

Mortalidade materna de mulheres negras em município da Região Metropolitana de São Paulo: iniquidades, lacunas e possibilidades de intervenção¹

Maternal mortality of black women in a city of São Paulo Metropolitan Region: inequalities, gaps and possibilities of intervention

Bruna Martins Cardoso da Silva^{II}, Sílvia Helena Bastos de Paula^{III}

Resumo

O estudo discute elementos relacionados à atenção básica e mortalidade materna entre mulheres negras, passíveis de intervenção em saúde coletiva pelos representantes públicos, gestores e profissionais de saúde. A abordagem quanti-qualitativa, de cunho descritivo, realizada em 2019, avalia as (des)informações sobre variáveis da assistência pré-natal a partir de dados obtidos de relatórios de investigação de óbitos maternos ocorridos entre 2008 e 2018 no município de Franco da Rocha-SP. Foram analisados 13 relatórios; os dados produzidos pela pesquisa documental foram organizados por modalidade temática e interpretados à luz da literatura que versa sobre direitos sexuais e reprodutivos. A pesquisa reafirma que as condições biopsicossociais e de cuidado em saúde sexual e reprodutiva vivenciadas por mulheres negras no município em questão são desfavoráveis, contribuindo para desfechos fatais, mas aponta-se como estratégia de mudança a promoção da completude dos dados e informações sobre mortalidade materna. Pondera-se ser necessário a retomada de diálogos e de ações sobre a qualificação das práticas em saúde, assim como sobre o reconhecimento e superação do racismo estrutural, das interseccionalidades que influem na atenção ao pré-natal, parto e puerpério de mulheres negras.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Saúde coletiva; Raça/cor.

Abstract

The study discusses elements related to primary care and maternal mortality among black women, amenable to intervention in collective health by public representatives, managers and health professionals. The quanti-qualitative approach, of descriptive nature, conducted in 2019 evaluates the (dis)information on variables of prenatal care from data obtained from investigation reports of maternal deaths that occurred between 2008 and 2018 in the municipality of Franco da Rocha-SP. Thirteen reports were analyzed; the data produced by the documentary research were organized by thematic modality and interpreted in light of the literature that deals with sexual and reproductive rights. The research reaffirms the biopsychosocial conditions and care in sexual and reproductive health impaired with which black women live in the municipality in question and that favor fatal outcomes, but it is pointed out as a strategy for change the promotion of the completeness of data and information on maternal mortality. It is considered necessary to resume dialogues and actions on the qualification of health practices, as well as the recognition and overcoming of structural racism, the intersectionalities that influence the prenatal care, delivery and puerperium of black women.

Keywords: Maternal mortality; Collective health; Race/color.

¹ Baseado em pesquisa realizada para o trabalho de conclusão de curso "Raça, cor, determinação social e mortalidade – um recorte das mortes de mulheres em idade fértil no município de Franco da Rocha" de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2020¹.

^{II} Bruna Martins Cardosos Silva (martins.bruna2010@hotmail.com), obstetrix pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, mestranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e diretora da Atenção Básica na Secretaria Municipal da Saúde de Itanhaém, estado de São Paulo.

^{III} Sílvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br), enfermeira e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (IS/SES-SP).

Introdução

Morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a morte de uma mulher durante sua gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o seu término, independentemente de sua duração ou localização, como consequência de causas relacionadas com a gravidez, agravadas por ela ou por medidas tomadas em relação à gestação (causas obstétricas diretas

ou indiretas), porém não associadas a causas acidentais ou incidentais². Dados como os de mortalidade materna permitem calcular a “razão de mortalidade materna” (RMM), obtida por meio do cálculo do número de óbitos maternos em relação ao de nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano ou período considerado e multiplicado por 100 mil². Esse é um importante indicador, pois se relaciona às peculiares condições sociais, de qualidade da assistência em saúde, a questões de gênero, a determinações políticas de cuidado de populações inteiras, seus grupos e interseccionalidades.

A década de 1980 foi fundamental para o avanço das discussões sobre a mortalidade materna. Em 1984, ocorreu o primeiro Encontro Nacional de Mortalidade Materna com o objetivo de discutir os fatores que permeiam esses desfechos. Em 1987, essa discussão foi oficialmente incorporada às políticas públicas de saúde no estado de São Paulo, com o Programa de Prevenção da Morte Materna pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a criação dos primeiros Comitês de Morte Materna (CMM), ainda universitários³. Um dos impulsos à criação desses comitês foi, em 1983, a elaboração, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁴ – programa que mais tarde seria transformado na atual Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que conta com 14 diretrizes como ferramentas organizadoras, dentre as quais se encontra:

“A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais”⁵ (p.63).

Após quase duas décadas da implantação da PNAISM, sua efetivação ainda é um desafio, principalmente nas questões relativas à integralidade e aos direitos sexuais e reprodutivos. Essas demandas escancaram o reconhecimento pleno das diretrizes da política e sua incorporação nas práticas cotidianas de saúde é necessária para que os desfechos em saúde no ciclo de vida de todas as mulheres, seus processos de gestar, adoecer e morrer sejam vividos sob um cuidado qualificado e livre de desigualdades e iniquidades.

Do total de mortes maternas, incluindo aquelas descritas como mortes maternas tardias, em todo o território nacional, no ano de 2017, 1.176 óbitos (62,4%) foram de mulheres pretas e pardas que viviam distribuídas em todas as regiões brasileiras⁶. Em 2018, o valor relativo a essas mulheres chegou a 1.229 óbitos maternos (65,8%), o que corrobora dados de outros anos e achados de Dias e colegas⁷ que, em revisão de literatura sobre as características socioeconômicas das mulheres brasileiras vítimas da morte materna, puderam identificar discussões sobre os maiores coeficientes do indicador entre as mulheres negras.

Grande parte dessas mortes ocorre durante o trabalho de parto, puerpério imediato e por razões evitáveis, mostrando ser, portanto, de suma importância que se faça diagnóstico oportuno e qualificado dos riscos existentes ou condições mórbidas já instaladas durante o período de gestação, parto e pós-parto. A Atenção Básica de Saúde representa um espaço crucial para as ações em saúde sexual e reprodutiva e cabe a ela, prioritariamente, avaliar constantemente os riscos aos quais o binômio mulher-feto/recém-nascido está submetido, de forma a contribuir para o tratamento adequado e a melhora dos desfechos. Acessar a Atenção Básica e o sistema de saúde de forma equitativa e oportuna é,

portanto, imprescindível para favorecer desfechos positivos, melhorando, assim, indicadores de saúde de mulheres e crianças⁸.

A partir dessa constatação e considerando que nos contextos municipais ocorre de forma semelhante às abordagens nacionais, a razão da mortalidade materna (RMM) pode sinalizar diferentes problemáticas nas áreas de Saúde da Mulher e Saúde Coletiva⁹. Assim, o estudo aqui apresentado teve por objetivo discutir elementos relacionados à Atenção Básica e à mortalidade materna entre mulheres negras passíveis de intervenção em Saúde Coletiva pelos representantes públicos, gestores e profissionais de um município da Região Metropolitana de São Paulo.

Metodologia

Trata-se de estudo quanti-qualitativo do tipo avaliativo, realizado durante a avaliação de implementação de linha de cuidado, por meio do projeto intitulado “Implementação da linha de cuidado de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na atenção ao pré-natal, parto e puerpério na Atenção Básica de Franco da Rocha: utilização e sustentabilidade”, elaborado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Saúde de Franco da Rocha.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2019, por meio de visitas ao Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil de Franco da Rocha, estado de São Paulo. A amostra foi composta por 13 relatórios de investigação de óbitos maternos ocorridos entre os anos de 2008 a 2018. Para os objetivos deste estudo, apresentamos apenas os dados de mulheres falecidas descritas como negras (pardas ou pretas) e que totalizam sete casos.

Um roteiro de coleta de dados foi aplicado a cada um dos relatórios de investigação. Além do quesito raça/cor, as variáveis coletadas foram:

idade ao falecer, ano de nascimento, bairro de residência, estado civil, escolaridade, ocupação, atendimento pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e/ou pela Estratégia Saúde da Família (ESF), quantidade de pessoas com residência fixa no domicílio e renda familiar.

A organização do instrumento dessa coleta ocorreu a partir da “Ficha de investigação de óbito materno” elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁰. Esses dados foram sistematizados em planilhas e gráficos produzidos com as ferramentas do Microsoft Excel versão 2013 e apresentados na forma de quadros.

A pesquisa com suas respectivas intervenções foi autorizada pela gestão municipal e realizada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (Parecer de nº 3.640.095). O responsável pelo Comitê de Mortalidade Materna de Franco da Rocha também autorizou a coleta de dados secundários.

Resultados

A investigação possibilitou a obtenção de tendências de mortalidade materna no município de Franco da Rocha nos últimos 11 anos, de 2008 a 2018, e avaliação retrospectiva de ações pré-natais e de atenção ao parto, com recorte na atenção pré-natal, raça/cor e outros aspectos de determinação social que influenciam nessa mortalidade.

Franco da Rocha está localizada na Região Metropolitana de São Paulo, microrregião de Franco da Rocha. As razões de morte materna nesse município foram, respectivamente, de 90,95 e 45,49 nos anos de 2017 e 2018^{IV}, por motivos prevalentemente classificados como mortes por causas obstétricas diretas.

^{IV} Dados obtidos na Secretaria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SVE/SES-SP).

Sendo a população francorochense, segundo o Censo de 2010¹¹, composta por 64.142 mulheres, dentre as quais 47,7% eram mulheres negras em idade fértil e considerando possível manutenção dessa proporção atualmente, um grande grupo de mulheres pode experimentar ciclos gravídico-puerperais sob a premissa da interferência das iniquidades raciais no acesso ao cuidado, às informações e ao cuidado

a esses ciclos, conforme já mencionado por Batista e colegas¹². A partir dessa percepção, apresentamos dados relativos a mulheres descritas como pardas, único “subgrupo” de mulheres negras que foi vítima de morte materna no período do estudo.

Faleceram, entre 2008 e 2018, em Franco da Rocha, sete mulheres negras devido a causas relacionadas no quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 - Dados dos casos de mortes maternas de mulheres pardas
- Franco da Rocha (2008 a 2018)

Ano do óbito	Causa do óbito	Ocorrência	Tipo de óbito
2011	Pré-eclâmpsia grave	No puerpério até 42 dias	Obstétrico direto
2013	Insuficiência cardíaca devido à cardiomiopatia dilatada e complicações do puerpério	Entre 43º dia e 1 ano após término da gestação	Mortalidade materna tardia
2014	Enforcamento, estrangulamento e sufocação - Intenção não determinada	Durante a gestação com (?) semanas	Não obstétrico (Mortalidade materna presumível)
2014	Deficiência de coagulação pós-parto	No puerpério até 42 dias	Obstétrico direto
2015	Miocardiomatia isquêmica	Entre 43º dia e 1 ano após término da gestação	Mortalidade materna tardia
2017	Aborto não especificado	Após abortamento / no puerpério até 42 dias	Obstétrico direto
2017	Insuficiência respiratória aguda devido a estado de mal asmático	Durante o abortamento	Obstétrico indireto

Fonte: adaptado pela autora de dados Municipais SVE/ CMM.

Vale salientar que, em 100% dos casos, a classificação do tipo de óbito não foi informada no relatório de investigação (situação corrigida no projeto, mediante a avaliação das causas informadas), assim como não estava descrita a possível situação de evitabilidade e as recomendações relacionadas a ela.

Destaca-se que a investigação de cada caso revelou que uma mulher identificada no sistema como branca, morta em 2017, era classificada como uma mulher parda, segundo a descrição de sua própria mãe, obtida em entrevista domiciliar.

As idades dessas mulheres variaram entre 19 e 34 anos, sendo mais prevalente o grupo de mulheres maiores de 25 anos; duas delas eram casadas (28,6%); apenas uma chegou a iniciar o ensino superior (14,3%); e três se ocupavam com as tarefas domésticas (42,8%). As demais trabalhavam como garçonete, técnica de enfermagem e alimentadora de linha de produção e para uma mulher não havia a informação profissional.

Todas essas mulheres habitavam em bairros da região urbana de Franco da Rocha e cinco

delas (71,4%) moravam com mais de duas pessoas, sendo mais prevalentes os domicílios com mais de três habitantes fixos. Em 100% dos casos não houve informação sobre a renda familiar e sobre o atendimento em saúde pela Estratégia de Saúde da Família.

Os dados obstétricos mostraram que essas mulheres eram majoritariamente “grandes” multigestas (três ou mais gestações anteriores em 57,1% dos casos), com nascimentos ocorridos frequentemente por partos vaginais; duas delas vivenciaram aborto (28,6%) e, entre as gestações anteriores descritas, a infecção do trato urinário (ITU), bronquite, problemas cardíacos e sífilis apareceram como intercorrências.

O acompanhamento pré-natal foi avaliado a partir das seguintes variáveis: realização do acompanhamento, número de consultas e tipo de serviço acessado (público ou privado), idade gestacional (IG) na ocasião da primeira consulta,

data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), idade gestacional na ocasião da última consulta e fatores de risco: vulnerabilidades e comportamento; além da estratificação de risco gestacional, do registro de dados em cadernetas da gestante, realização de vacinação, realização e coleta de exames e outras informações disponibilizadas na caderneta da gestante.

Todas as gestações foram descritas como de risco habitual, apesar de haver registros de abuso de drogas ilícitas sem cuidados, asma, hipertensão arterial e arritmia cardíaca sem acompanhamento. Apenas uma das mulheres teve o acompanhamento gestacional documentado em caderneta da gestante, mas, nesse caso, não foi descrita a vacinação e nem os resultados de exames. A data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP) tiveram registro estimado em apenas um caso. Os demais dados estão organizados abaixo no Quadro 2:

Quadro 2 - Dados de pré-natal das mulheres vítimas de morte materna
- Franco da Rocha (2008 a 2018)

Ano do óbito	Realização de pré-natal		1ª consulta	Última consulta	Vacinação	Exames
2011	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)
2013	Sim - SUS	6/7 consultas	18 semanas	40 semanas	dado não encontrado	dado não encontrado
2014	Não	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)
2014	Sim - SUS	8 consultas	10 semanas	40 semanas	(dado não encontrado)	Apenas registro de solicitação
2015	Sim - Serviço Privado	7 ou + consultas	9 semanas	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)
2017	Não	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)
2017	Sim - SUS	1 consulta	13 semanas	13 semanas (aborto)	Apenas registro de solicitação	Apenas registro de solicitação

Fonte: adaptado pela autora de dados Municipais SVE/ CMM.

Apenas uma mulher hipertensa e sem tratamento registrado durante o pré-natal foi internada no primeiro mês de gestação por hipertensão arterial. Com relação ao local de falecimento, em 28,6% (dois casos) do total foi o domicílio e as

demais mortes (71,4%) ocorreram em unidades hospitalares. Foi realizada a necropsia em apenas 42,8% (três) dos casos. As complicações no ciclo gravídico-puerperal, o desfecho gestacional e a descrição do óbito seguem abaixo no Quadro 3:

Quadro 3 - Complicações, desfecho gestacional e descrição dos óbitos das mulheres vítimas de morte materna - Franco da Rocha (2008 a 2018)

Ano do óbito	Complicações na gestação/parto/puerpério	Desfecho gestacional	Descrição do óbito
2011	Pré-eclâmpsia grave (gestação/parto)	Cesariana - Sem dados do recém-nascido	Hemorragia intracerebral não especificada devido à hipertensão intracraniana benigna, consequência de edema cerebral devido à pré-eclâmpsia grave e doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério. Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) não especificado. Laudo do Instituto Médico Legal (IML) local: acidente vascular cerebral hemorrágico e pré-eclâmpsia grave.
2013	Arritmia cardíaca e hipertensão sem tratamento registrado na gestação	Parto vaginal - Recém-nascido vivo	Insuficiência cardíaca devido à cardiomiopatia dilatada e complicações do puerpério.
2014	Drogadição sem cuidados registrados na gestação	Óbito fetal sem registro de parto/ nascimento	Asfixia. Morte materna associada à causa externa não determinada.
2014	Sangramento intenso pós-parto, choque hemorrágico	Cesariana - Recém-nascido vivo	Choque cardiogênico como consequência de septicemia não especificada, deficiência de coagulação pós-parto, parto por cesariana. Causa da morte registrada no prontuário: choque cardiogênico/ choque séptico/ coagulação intravascular disseminada pós-cesariana.
2015	Irmã relata que tinha pressão alta, mas não há registro ou relato de tratamento na gestação	Cesariana - Recém-nascido vivo	Cardiomiopatia obstrutiva.
2017	Aborto incompleto, descompensação e sepse no puerpério	Aborto	Hemorragia não classificada devido a aborto não especificado e doença inflamatória não especificada do útero.
2017	Paciente asmática; Drogadição sem cuidados registrados na gestação	Aborto	Insuficiência respiratória aguda por crise asmática.

Fonte: adaptado pela autora de dados municipais SVE/ CMM.

Discussão

Em saúde, conforme são qualificadas as informações e registros de casos de morbimortalidade, se confirmam estatisticamente os maiores riscos que vulnerabilizam determinados grupos sociais. A população negra sofre com piores condições de vida e saúde e isso vem sendo exposto nos indicadores de morbimortalidade por vários autores¹³.

Sabe-se que está fortemente recomendada, pelas produções científicas, a autoatribuição – citação espontânea de raça/cor diante de uma pergunta aberta, como método de captação de raça/cor/etnia. Porém, no Brasil, as pesquisas populacionais têm lançado mão, para além desse método, da heteroatribuição, na qual outra pessoa define o grupo do sujeito.

O estudo da mortalidade é um campo complexificado por dois fatores: primeiro, o fato amplamente registrado e vivido nas ações de cuidado e assistência em que a saúde é também uma das áreas em que o racismo está embrenhado; e segundo, a impossibilidade de confirmação presencial da pessoa em questão de sua autoclassificação de raça/cor. Frequentemente, os técnicos desse campo tendem a registrar essa variável sob o viés sociocultural do embranquecimento, de forma que as mulheres pardas tornam-se brancas e as pretas tornam-se pardas.

As análises epidemiológicas de mortalidade materna nacional¹⁴ e do estado de São Paulo¹⁵ mostram que o quesito raça/cor tem sido um dado mais informado com o passar dos anos, corroborando o fato de que, com o aumento dessa informação, passa-se a aumentar os registros de mortes maternas entre as mulheres negras, especialmente as descritas como pardas – grupo também mais frequente nos registros de mortalidade em Franco da Rocha.

Segundo o Ministério da Saúde¹⁶, cerca de 92% das mortes maternas são por causas

evitáveis e ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia ou infecções. Essas são causas classificadas como do tipo obstétricas diretas e que, dada a sua definição, são sensíveis à ampliação do acesso e qualificação das ações e cuidados realizados no acompanhamento pré-natal, no parto e puerpério. Ou seja, ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Entre a população negra, esse tipo de morte materna é o mais encontrado, devido a complicações majoritárias de hipertensão/pré-eclâmpsia. Em Franco da Rocha, esse tipo também foi identificado, além de outras causas, como hemorragia e complicações do abortamento. As mortes do tipo obstétricas diretas foram, na amostra deste estudo, seguidas de mortes maternas do tipo tardias – as que ocorrem entre 42 dias e um ano após o término da gestação. A morte não obstétrica é aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na declaração de óbito por falhas no preenchimento, dessa forma, ocultando o estado gestacional. É também chamada de “máscara”, daí a expressão “morte materna mascarada”. O óbito do tipo obstétrico indireto é aquele resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez¹⁷.

As mortes maternas tardias não compõem os valores que determinam a razão de mortalidade materna de um território, porém podem compor um cálculo específico que é a “razão de mortalidade materna tardia”, a qual permite um conhecimento mais aprofundado e aprimorado dessas mortes e de seu impacto na mortalidade materna geral, contribuindo para a construção de medidas de cuidado em saúde. Esses óbitos são

ainda subestimados, pouco visibilizados e pouco estudados no Brasil e em outros países, por isso têm sido menos informados nas declarações de óbito, ou seja, subnotificados, o que dificulta o processo de investigação e sua inclusão nos sistemas de informação, assim como as análises necessárias para construção de ações e políticas de saúde concretas com vistas a reduzi-los, uma vez que são frequentemente evitáveis¹⁸.

Sabe-se que o estudo da mortalidade materna e de sua razão são indicadores sensíveis das condições de saúde das mulheres, de uma população, da organização e eficiência de um sistema de saúde; portanto, sua vigilância, além de informar, permite conhecer as circunstâncias em que os óbitos ocorreram, fornecendo subsídios para a tomada de decisão por gestores e técnicos. A investigação, portanto, completa e adequadamente registrada é quesito de grande importância nesse processo, inclusive os registros da classificação do tipo de óbito, sua evitabilidade, classificação dessa evitabilidade e recomendações relativas. Vê-se o quanto é necessário avançar no aspecto dos registros para adequação das análises, tanto da implicação do quesito raça/cor nos desfechos de mortes maternas quanto dos tipos de causas obstétricas que as ocasionam.

Com relação aos dados gerais encontrados em nosso estudo, já em 2006, Martins¹³ relatou que as questões raciais são acompanhadas das questões socioeconômicas. É visto que o racismo e as iniquidades de gênero afetam mulheres negras para além das piores condições econômicas e de baixa escolaridade que têm acompanhado essa população ao longo da história do Brasil, compondo o quadro de suas vulnerabilidades tanto individuais como coletivas e contextuais de maneira interseccional^{13, 26}. Entre os indicadores dessa realidade, está a baixa escolaridade, que se relaciona ao menor acesso à informação, menor uso de métodos contraceptivos, gravidezes

mais precoces e numerosas, embora a taxa de fecundidade entre negros esteja em queda¹⁹.

Sobre as idades das mulheres estudadas, tem-se que as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos compreendem, respectivamente, populações de mulheres com menor risco reprodutivo. Portanto, se estão morrendo nesse momento da vida reprodutiva, deve-se investir na melhoria da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e detecção oportuna de riscos. Quanto à segunda faixa de idade, verifica-se maior risco para essa população, com chances entre duas e três vezes maiores de morte. Esse dado indica a necessidade de fortalecimento e qualificação de ações de planejamento reprodutivo para esse grupo²⁰.

Ainda com relação à taxa de fecundidade entre mulheres negras, pesquisas encontraram concentração de piores desfechos naquelas com mais de três filhos vivos. Martins¹³ verificou grande interação entre o número de gestações (três ou mais), quantidade de filhos vivos e morbidades maternas graves, o que novamente direciona à necessidade de fortalecimento e qualificação de ações de planejamento reprodutivo.

Leal e colegas²¹ constataram, também, maior paridade nessa população, assim como maior número de partos normais como via de nascimento. Assim, discutem o quanto, no contexto brasileiro, esse tipo de nascimento denota “menor cuidado”.

O modelo intervencionista de assistência obstétrica, a despeito das recomendações nacionais e internacionais baseadas em evidências científicas sobre os benefícios dos partos normais e uso seletivo, bem indicado dos nascimentos por via cirúrgica, identifica a prática de cesarianas como “bom cuidado”, majoritariamente oferecido às mulheres brancas e no sistema privado de assistência à saúde. Leal e colegas²¹

apontam que o racismo internalizado faz compreender que diferentes grupos raciais resistem a procedimentos e processos dolorosos de formas diferentes, sendo os negros mais resistentes.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, infelizmente, problemáticas como ausência de registro e/ou registro inadequado impediram o conhecimento aprofundado dos fatos e mostraram uma fragilidade no cuidado, deixando os seguintes questionamentos: trata-se de uma real falta de documentos? Os documentos apenas não foram preenchidos/completos/disponibilizados ou há uma real ausência de acesso aos atendimentos e aos recursos para registro do processo gestacional para essas mulheres? Sobre isso, o Ministério da Saúde²² enfatiza em um de seus manuais:

“...é importante reiterar a necessidade do adequado preenchimento de todos os instrumentos de registro disponíveis, para que a assistência prestada à gestação seja de qualidade”²² (p. 21).

Os dados encontrados em nosso estudo mostram, para a maioria dos casos em que essa informação esteve disponível, a adequação do número de consultas pré-natal a partir da orientação do Ministério da Saúde²³ – que consiste na realização de, no mínimo, seis consultas, sendo preconizada uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação, apesar de para dois deles o início ter sido tardio, segundo essa referência. Em oposição ao início tardio do acompanhamento pré-natal, recomenda-se a captação precoce da gestante para esse cuidado, sendo o período indicado até a 12ª semana gestacional. Essa estratégia deve ser preconizada, pois está relacionada a melhores resultados do processo como um todo.

Entre os objetivos do acompanhamento pré-natal, estão a busca por prevenção de enfermidades, diagnóstico e tratamento adequado a cada gestação, cuidados que podem ser alcançados por meio de dinâmica, constante e adequada classificação de risco gestacional, ações de prevenção e assistência à saúde humanizada e qualificada. Sobre isso, Ferreira²⁴ e Leal e colegas²¹ reafirmam a desigualdade racial como fator de extrema relevância nos aspectos do acesso ao cuidado adequado e conforme recomendado em vários protocolos.

Segundo o Ministério da Saúde²², na gestação de alto risco há probabilidade aumentada de serem afligidas a vida ou a saúde do binômio mulher-feto, ou a saúde de um deles quando comparada à média populacional considerada, de forma que a identificação dos fatores de risco e o ajuste do cuidado às demandas relacionadas tornam-se cruciais para a intervenção sobre tais probabilidades. Fatores como a dependência de drogas lícitas e/ou ilícitas, o intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, hipertensão arterial/pré-eclâmpsia, cardiopatias, pneumopatias, histórico de doenças infecciosas e outros aqui encontrados são alguns dos listados pelo Ministério da Saúde no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco²² como marcadores que indicam a necessidade de maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes e gestações. Nem sempre a presença isolada de um desses fatores determina o encaminhamento para a assistência especializada e com recursos propedêuticos de tecnologia mais avançada, porém, nos casos em que isso for necessário, esse encaminhamento deve ser feito prontamente, de forma a assegurar a conformidade da assistência às necessidades.

Diante desses quesitos, entende-se que o pré-natal da amostra do estudo aqui apresentado apresentou importantes fragilidades no que diz respeito aos ajustes do cuidado a partir de

fatores de risco, cumprimento de protocolos de exames, vacinação, tratamentos prioritários e oportunos e medidas de prevenção de agravos em saúde.

Com relação ao abuso de drogas ilícitas sem cuidados durante o período gestacional, é necessário considerar que, biológica e fisiologicamente, tais substâncias relacionam-se a possíveis prejuízos no crescimento fetal, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, entre outros, podendo atingir a saúde do binômio mulher-conceito. Santos e Gavioli²⁵ encontraram evidências do consumo prolongado de maconha, cocaína e crack entre “gestantes jovens, de cor “não branca”, de religião católica, com baixa escolaridade e baixa renda, advindas de famílias nas quais existam usuários de drogas”, ou seja, mulheres que vivenciam um conjunto de vulnerabilidades sociais que abarcam questões raciais, assim como os casos descritos neste estudo.

Ainda, destaca-se que, para o grupo de mulheres gestantes negras, a hipertensão – que é uma complicação frequente e importante do ciclo gravídico-puerperal – tem início mais precoce e evolução mais grave nessa população. Segundo o Ministério da Saúde, a mulher negra tem mais predisposição biológica a doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus e anemia falciforme, complicações sensíveis a ações como avaliação de risco frequente, solicitação de exames, aferição de pressão arterial, pesagem, escuta, registro e construção do cuidado mediante avaliações clínicas e queixas.

A hipertensão arterial é uma causa de mortalidade evitável, relacionada à qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, por meio da suplementação de cálcio conforme protocolo, orientações sobre estilo de vida e manutenção do cuidado em casos pré-gestacionais, identificação de grupos e fatores de risco, avaliação adequada de risco por meio de exames e sinais/sintomas

clínicos e realização de encaminhamentos necessários²⁶. Para além disso, as morbimortalidades maternas não são isoladamente biológicas, mas também relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, baixa qualidade de atendimento por razões discriminatórias e sociais, falta de capacitação dos profissionais e serviços de saúde e de ações voltadas para os riscos específicos aos quais as referidas mulheres estão expostas^{22,24}.

Sobre os abortos intencionais e espontâneos, a literatura mostra grande lacuna na discussão científica dessa problemática. Goes²⁷ discute a maior frequência de abortos descritos como provocados entre mulheres pretas. Elas apresentam atitudes mais negativas quando se descobrem gestantes e se expõem a práticas ilegais e inseguras de aborto com mais frequência, quando comparadas às mulheres brancas, dadas as suas piores condições socioeconômicas, o que aumenta o risco de complicações, inclusive por infecções e morte. Esse risco aumenta à medida que se tem dificuldade de acessar um cuidado tecnicamente adequado e humanamente sensível nos serviços de saúde que procuram, sendo essas mulheres frequentemente abandonadas, humilhadas e negligenciadas. Assim, esse grupo tem piores experiências reprodutivas, o que envolve, muitas vezes, situações de violência e realização mais tardia de processos abortivos intencionais.

Sobre a violência contra a mulher durante a gestação, o cenário de um dos casos aqui tratados corrobora a revisão de literatura realizada por Costa, Silva e Siqueira²⁸, que verifica que a gestação não é uma situação protetora às violências domésticas e tem como fatores associados a dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal, ser primípara, apresentar transtorno mental comum, abuso de substâncias como álcool e drogas, baixa escolaridade, gravidez na adolescência, abuso sexual na infância, consumo de álcool pelo parceiro e desemprego da gestante

e/ou do parceiro. Os autores ainda mencionam a mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer como consequências das violências vivenciadas pelas gestantes e consideram o início tardio da atenção pré-natal como um fator negativo a possíveis intervenções sobre a problemática. Além disso, há dificuldade, entre as gestantes, em expor a questão, assim como os profissionais de saúde têm dificuldade em identificar os problemas e prestar assistência à gestante, por meio da vinculação à mulher, escuta e acolhimento, encaminhamentos, notificação e divulgação de casos à gestão.

Por fim, as causas de mortes encontradas em nosso estudo estiveram relacionadas a complicações frequentemente evitáveis por diversos tipos de cuidados, especialmente os realizados durante o período gestacional. As hemorragias, apesar de mais comuns no período puerperal e por causas relacionadas à função da musculatura uterina – ocorrências para as quais existem diversos protocolos bem fundamentados cientificamente sobre o uso de ocitocina e/ou outros uterotônicos no pós-parto – também são sensíveis a ações durante o cuidado pré-natal, por meio da escuta de queixas e do histórico, além das orientações para prevenção de acidentes, como quedas e a realização de exames de acompanhamento da localização da gestação e da placenta, entre outros que possam evidenciar alteração de risco gestacional.

Entre as causas do óbito indireto encontradas por Mendes¹⁵ e em nosso estudo, estão as doenças preexistentes do aparelho circulatório ou do aparelho respiratório, que se complicam com a gestação e são igualmente sensíveis à avaliação adequada e ao acompanhamento pré-natal com intervenção oportuna. Corroborando os dados de Franco da Rocha, autores¹⁸ encontraram a cardiomiopatia no puerpério como a principal causa de óbito obstétrico tardio, sendo

as demais causas complicações de aborto e a infecção puerperal. Sobre a cardiopatia, os fatores de risco são: a multiparidade, a idade materna avançada, ter tido gravidez múltipla, pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional. “Não está claro se a raça representa um fator de risco independente ou se é a interação decorrida com hipertensão que aumenta o risco [especialmente entre mulheres negras]”¹⁸ (p.8).

A partir de tais informações e da literatura científica²⁹, em que se aplique o critério do Ministério da Saúde, a proporção da evitabilidade dos óbitos maternos é de 80 a 100%. Nesse sentido, entende-se que Franco da Rocha poderia revelar um cenário diferente, mais positivo e mais seguro para as mulheres em geral, especialmente as mulheres negras, a partir de adequações no sistema de saúde, tanto por parte da gestão quanto da assistência e de investigação das mortes maternas.

Fica clara também a importância dos registros detalhados das ocorrências e acompanhamentos durante o pré-natal, parto e puerpério e da investigação desses documentos pelos Comitês de Mortalidade Materna, para a identificação de fatores de evitabilidade, de forma a possibilitar a construção de ações adequadas, tanto no âmbito da assistência quanto da gestão dos serviços e sistema de saúde. Além disso, é crucial o reconhecimento de que ainda há a manutenção do racismo em nossa sociedade, que continua a ser vivenciado nas experiências de busca do cuidado em saúde e se relaciona aos altos níveis de estresse físico e psicossocial, à baixa adesão a orientações e indicações e ao aumento do adoecimento no ciclo gravídico-puerperal, resultando em desfechos desfavoráveis, como o abandono do acompanhamento pré-natal, as dificuldades no aleitamento e a depressão pós-parto²¹.

Cardoso e Cockell³⁰ destacam que a manutenção desse processo se dá pela negação e pelo não reconhecimento dos profissionais sobre a

reprodução cotidiana e contínua de tais desigualdades e iniquidades na assistência, sendo, portanto, necessária a identificação dessas disparidades para que haja intervenção sobre esse ciclo, que se chame atenção para o problema e se construam estratégias coletivas de enfrentamento.

Considerações finais

Esta pesquisa reafirma que as condições biopsicossociais e de cuidado em saúde sexual e reprodutiva vivenciadas por mulheres negras no município em questão são desfavoráveis, contribuindo para desfechos fatais, como os estudados. Evidentemente, a incompletude de dados e a ausência de informações foram barreiras para as análises mais profundas, ao mesmo tempo que revelaram o quanto a mortalidade materna e a de mulheres negras são questões de difícil conhecimento e, portanto, ficam à mercê de inadequadas intervenções.

Para além de tais barreiras e olhando detalhadamente para as informações disponíveis nos casos de morte materna estudados, conforme a literatura repetidamente denuncia, vê-se que o acesso e a qualidade do cuidado em saúde ofertado para mulheres negras não é suficiente e completo como poderia e deveria ser, mediante os protocolos e recomendações cientificamente fundamentados e humanamente orientados do ponto de vista das vulnerabilidades que permeiam e estão embrenhadas nas vivências desse grupo.

Como ferramentas para a ação e possibilidade de mudança desse cenário, o estudo mostra a possibilidade de ampla evitabilidade das mortes, por meio do acesso a uma assistência oportuna, qualificada e ajustada às demandas gerais e específicas, ao mesmo tempo que alerta para que os profissionais de saúde estejam cientes e com o olhar treinado para identificar as variáveis biopsicossociais relacionadas às maiores chances

de morrer durante o ciclo gravídico-puerperal das mulheres negras. Entende-se ainda serem necessárias ações para além da classificação de risco biológico. Para tanto, é preciso construir um modelo de assistência suficientemente flexível, que considere os fatores de risco geralmente tidos como incomuns nas concepções de vários profissionais de saúde, como o estresse psicológico e social e outros elementos peculiares que possam ser percebidos no encontro entre profissionais, mulheres e seus pares.

Além disso, os profissionais do sistema de saúde devem estar sensibilizados quanto ao racismo estrutural que se apresenta também no sistema de saúde e, por isso, necessita ser constante e incansavelmente combatido. Esses profissionais devem estar treinados e habilitados para o cumprimento dos protocolos e das recomendações ministeriais e de outros órgãos e setores responsáveis. É importante também que os trabalhadores da área da saúde tenham suas condutas pautadas em produções científicas atualizadas, priorizem o adequado registro de informações sobre os cuidados oferecidos e fundamentem os processos assistenciais na integralidade e no multiprofissionalismo, contando com uma rede de serviços e sistema de referência e contrarreferência previamente acertado.

Nesse ponto, se destaca a importância da construção, pactuação e implementação de uma linha de cuidados em saúde sexual e reprodutiva que envolva todos os responsáveis pela assistência e cuidado, tal como a elaborada pelo Instituto de Saúde em parceria com a gestão municipal de Franco da Rocha³¹. Ela vem tendo a sua utilização e sustentabilidade avaliadas com a intenção de garantir que seja ajustada às demandas particulares desse cenário, de forma a impactar, da maneira mais ampla e positiva possível, a saúde das mulheres, reduzindo os desfechos fatais evitáveis e qualificando a vida e o viver dessa população.

Referências

1. Silva BMC. Raça, cor, determinação social e mortalidade: um recorte das mortes de mulheres em idade fértil no município de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF); 2007. (Série G - Estatística e Informação em Saúde).
3. Bonciani RDF. Mortalidade materna: uma análise da utilização de lista de causas presumíveis [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
4. Jannotti CB, Silva KS, Perillo RD. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. In: Bittencourt, SDA, organizador. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p.268-
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de atenção integral de saúde da mulher: plano de ação, 2004-2007. Brasília (DF); 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Mortalidade. DATASUS [internet]. [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/c06.htm>.
7. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. Rev. Med. Minas Gerais. 2015; 25(2):173-179. DOI: 10.5935/2238-3182.20150034
8. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões paulistas em 2005. São Paulo: Bol Inst Saude. 2010; 12:143-153.
9. Instituto de Saúde - IS. Núcleo de Evidências. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade materna. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ficha de investigação de óbito materno [internet]. São Paulo; 2017 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/2020/ficha_estadual_de_investigacao_do_obito_materno_-_2020.pdf.
11. Instituto de Geografia e Estatística - IBGE. Amostra característica da população: Franco da Rocha [internet]. Censo 2010 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franco-da-rocha/pesquisa/23/25888?detalhes=true>.
12. Batista LE, Rattner D, Kalckmann SA, Oliveira MCG. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde Soc. 2016; 25(3):689-702.
13. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saude Publica [internet]. 2006 [acesso em 19 ago 2021]; 22(11):2473-2479. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>.
14. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. Brasília; 2012 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
15. Mendes JDV. Mortalidade materna no estado de São Paulo. BEPA [internet]; 2017 [acesso em 19 ago 2021]; 15(173):3-9. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_173.pdf
16. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna [internet]. Canal Saúde Fiocruz; 2018 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna-2018-05-28>.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília (DF); 2009. (Série A. Normas e manuais técnicos)
18. Vega CEP, Soares VMN, Nasr AMLF. Late maternal mortality: comparison of maternal mortality committees in Brazil. Cad Saude Publica [internet]. 2017 [acesso em 19 ago 2021]; 33(3):e00197315. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pQdQ9SSLyJdMLSt4t3jDDTM/?lang=pt>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro; 2016. (Série Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica; 3).
20. Wanderley RMM, Vasconcelos PJA, Pinheiro HDM. Perfil da mortalidade materna. Rev Enferm UFPE [internet]. 2017[acesso em 19 ago 2021]; 11(s.4):1616-24. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15257>. DOI: 10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201702.

21. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2017 [acesso em 19 ago 2021]; 33(1):e00078816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso&tIng=pt.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília (DF); 2012.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 474, de 3 outubro de 2006. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM [internet]. Brasília (DF); 2000 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/documents/20182/47176/portaria_474_2000.pdf/0b672f51-b2b7-423c-a0b6-d03364c201be?version=1.0
24. Ferreira MV. Mãe preta, estudo sobre o índice de violência entre mulheres negras. In: X Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros, (Re) Existência intelectual negra e ancestral – COPENE [internet]; 12-16 out 2018; Uberlândia. Brasil. Uberlândia; MG, 2018 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/153245.
25. Santos RMS, Gavioli A. Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em gestantes. *Rev Rene* [internet]. 2017 [acesso em 21 ago 2021]; 18(1):35-42. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18864>. doi: 10.15253/2175-6783.2017000100006
26. Belfort IKP, Kalckmann S e Batistas LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão. *Saude soc* [internet]. 2016 [acesso em 19 ago 2021]; 25(3):631-640. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KRhgTyHmpNMSzKLbMwmcYDq/abstract/?lang=pt>. Doi: 10.1590/S0104-129020162571
27. Goes EF. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional [tese]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2019.
28. Costa MC, Silva EB, Siqueira ET. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. *Rev Enf* 2015; 9(2):965-973.
29. Mayerhoff EVL, Lemos DF, Martins CAG, Costa CSL, Andrade JIC, et al. Evitabilidade do óbito materno segundo critérios baseados nos fatores determinantes e a causa básica de morte - município do Rio de Janeiro, 2008 [acesso em 19 ago 2021]. XVIII Encontro Nacional de Estudos populacionais, ABEP [internet]. Águas de Lindóia-SP; 2012. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1996>.
30. Cardoso EM, Cockell FF. Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. *Rev Tecnol Soc* [internet] 2016 [acesso em 19 ago 2021]; 12(24):1-25. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9485>.
31. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). *Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério*. Franco da Rocha; 2018.