



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANE RIBEIRO

**MORBIMORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA BAHIA: DIFERENCIAIS
SEGUNDO A RAÇA/COR DA PELE**

FEIRA DE SANTANA-BAHIA

JUNHO/2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

LUCIANE RIBEIRO

**MORBIMORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA BAHIA: DIFERENCIAIS
SEGUNDO A RAÇA/COR DA PELE**

Dissertação em forma de artigo apresentada à Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para a obtenção do Título de Mestre Em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Área de concentração Epidemiologia
Linha de Pesquisa Saúde de Grupos Populacionais Específicos.

Orientadora: Prof. Dr^a. Edna Maria de Araujo
Co-Orientador: Prof. Dr. Nelson Fernandes de Oliveira

SCIENTIIBUS

FEIRA DE SANTANA-BAHIA

JUNHO/ 2013

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Ribeiro, Luciane
R369m Morbimortalidade materna no estado da Bahia: diferenciais segundo a raça/cor da pele / Luciane Ribeiro. – Feira de Santana, 2013.
75 f. : il.

Orientadora: Edna Maria de Araújo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

I. Mortalidade materna – Aspectos étnico-raciais – Bahia. I. Araújo, Edna Maria de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614:314.4(814.2)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO
Área de Concentração: EPIDEMIOLOGIA

LUCIANE ALVES RIBEIRO

MORBIMORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA BAHIA: DIFERENCIAIS
SEGUNDO A RAÇA/COR

1ª Examinadora

Prf^ª. Dr^ª Mirian dos Santos Paiva
Professora da Universidade Federal da Bahia

2ª Examinadora

Prf^ª. Dr^ª Rosely Cabral de Carvalho
Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana

3º Examinador e Presidente da Banca

Prof^º. Dr. Nelson Fernandes de Oliveira
Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana

FEIRA DE SANTANA - BA

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANE RIBEIRO

**MORBIMORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA BAHIA: DIFERENCIAIS
SEGUNDO A RAÇA/COR DA PELE**

SCIENTIIBUS

FEIRA DE SANTANA-BAHIA

JUNHO/2013

“Algumas linhas no rosto, algumas cicatrizes no ventre, algumas marcas de estrias não lhes tira a beleza. São feridas de guerra, testemunhas de que fizeram algo em suas vidas, não tiveram anos “em formol” nem em SPA... Viveram!

O corpo da mulher é a prova de que Deus existe!

É o sagrado recinto da gestação de todos os homens, onde foram alimentados, ninados e nós, sem querer, as enchemos de estrias, de cesáreas e demais coisas que tiveram que acontecer para estarmos vivos.

Cuidem-no! Cuidem-se! Amem-se!

A beleza é tudo isto. Tudo junto!"

Paulo Coelho

DEDICATÓRIA

Ofereço para a pessoas especiais e de grande significância na minha vida, sem as quais eu jamais existiria seja biologicamente falando, seja espiritualmente e emocionalmente, nada que diga será suficiente para agradecer-lhes pela minha existência.

Meu Painho,

Francisco Felix Ribeiro Filho (in memória) gostaria que o mesmo estivesse presente para poder presenciar a minha alegria em alcançar mais este título, que certamente me proporcionará alçar novos voos. Entretanto quis o destino/Deus que o Senhor aqui não estivesse presente, já são 13 anos sem você aqui, no entanto os seus ensinamentos e suas palavras ditas em vida e que guardo com o maior carinho em meu coração muito me ajudaram na caminhada para a realização deste sonho!

Pai...guardo com muito carinho a sua carta onde me estimulava a continuar a estudar... queria muito que você estivesse aqui presenciando mais esta minha caminhada, tenho certeza de que estaria sentado na primeira fileira e iria ser o primeiro a aplaudir, não iria se importar com nada nem ninguém simplesmente por que era eu sua filha que estaria ali...e significaria muito tenho certeza... sinto tanto sua ausência...!

Minha Mainha,

Lourdes Alves Ribeiro, mãe quero que saiba que és a pessoa mais importante e mais especial na minha vida! Obrigada por existir e por estar sempre ao meu lado, pelas suas orações, por me amar incondicionalmente, por suportar minhas mudanças de humor e choro, minha bagunça quando estou estudando, minhas ausências e minhas rejeições, obrigada por ser acima de tudo minha mãe e por cuidar de mim...enfim, peço a Deus que te fortaleça cada vez mais, que prolongue seus dias aqui comigo para que eu possa sempre contar contigo, **tu és a minha força, meu porto seguro, para onde sempre eu voltarei!**

AGRADECIMENTOS

A Deus!

*Obrigado **Deus** por que me deu forças, coragem e saúde para enfrentar e superar os obstáculos que foram muitos..., que me ensinou a ter perseverança e resiliência e saber renunciar no momento certo em prol de concretizar este sonho!*

*Aos meus pais, **Francisco** que mesmo ausente continuou me dando forças e me estimulando com suas palavras presentes em minha memória e com sua garra para vencer desafios! Minha querida mãe **Lourdes** que me ajudou e me estimulou sempre a olhar e seguir adiante, mesmo frente a todas as dificuldades encontradas!*

***As** minhas irmãs **Alda e Ana** por suportarem as mudanças constantes de humor extensivo também ao meu cunhado **Claudio**;*

***Aos** meus sobrinhos **Willian, Ingrid e Brunna** por aceitarem minhas negativas e por respeitarem a minha ausência, e pelas contribuições;*

***A** minha orientadora Professora **Doutora Edna Araujo** por ter me recebido no NUDES, me estimulado a crescer e a superar com êxito os obstáculos, pelo apoio em momento de grande fragilidade emocional e ter compreendido as limitações do momento estimulando-me a superá-las, professora a senhora é um orgulho e exemplo a ser seguido, obrigada por me permitir fazer parte desta família, pela paciência comigo todo este período, somente Deus poderá recompensá-la!*

***Ao** meu co-orientador Professor **Doutor Nelson Oliveira** por ter me ensinado a lutar e vencer meus obstáculos em bioestatística e Análises, não tenho palavras para agradecer-lhe e nem mesmo o **R** explicaria...; **As** Professoras **Doutoras Mirian Marciel e Rosely Cabral** pelas contribuições da banca;*

***A família Mesauco 2011**, minha turma linda e maravilhosa, sem vocês isto não seria possível mesmo, especialmente ao grupo da área de **Epidemiologia... a Felipe Nery e Ianara** vocês são o máximo, que Deus os recompense com muito sucesso e felicidades, amigos para sempre! **Aos professores, e secretários** do curso especialmente **Jorge e Gorete** por*

apoio e estímulo, a **Gilmara Braz** pela força e apoio.

Aos Colegas amigos do HIPS, da UEFS que muitas vezes me substituíram nas atividades para que eu estivesse presente às aulas, que me estimularam e sustentaram com suas palavras de incentivo e de amizade em momentos de extrema fragilidade emocional no qual quase desistia da caminhada em especial a **Maeli Oliveira e Cristina Camargo, Fernanda Campodônio, Alessandra Braga, Carine Queiroz , Kátia Mendes, Tatyane Varjão;**

Aos meus amigos Carlos Santana e Eduardo Nunes por terem me estimulado a persistir na investida ainda no processo seletivo me permitindo alçar novos voos e chegar até aqui.

A Roberto Lacerda, aos ex-alunos e alunos a equipe do ACCR e todos os outros... que me incentivaram nessa trajetória direta ou indiretamente

Aos missionários e pastores que sempre intercederam a Deus em meu favor abençoando-me na trajetória especialmente a **Angelina, Arnon, Darcy e Gissely...amo vocês!**

Aos Gestores do Hospital da Mulher em especial a Jair de Jesus, Charline Portugal, por compreender a minha necessidade de aperfeiçoamento;

A todos o meu muito **OBRIGADA!**



LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CID - 10 - Classificação Internacional de Doenças: décima revisão

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ESF – Equipe de Saúde da Família

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAISM – programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PSF – Programa de Saúde da Família

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PNUD – Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SIS - AIH – Sistema de Informação de Autorização de Internação Hospitalar

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré Natal

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNFPA- Fundo de Populações das Nações Unidas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos coeficientes de Abortos segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Tabela 2 – Distribuição dos coeficientes de DHEG segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Tabela 3 – Distribuição dos coeficientes de hemorragias segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Tabela 4 – Distribuição dos coeficientes de complicações segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Tabela 5 – Distribuição dos óbitos maternos, aspectos sócios demográficos e raça. cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Tabela 6 – Análise das médias de morbidades maternas, segundo raça/cor da pele nos 49 municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Tabela 7 – Análise bivariada entre mortalidade materna e fatores sócios econômicos nos 49 municípios mais populosos da Bahia, 2010.

Tabela 8 – Análise multivariada entre mortalidade materna e fatores sócios econômicos nos 49 municípios mais populosos da Bahia, 2010.

LISTA DE MAPAS, FIGURAS E GRÁFICOS.

Mapa 01 – Distribuição espacial da mortalidade materna dos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.

Mapa 02 - Distribuição espacial dos internamentos por aborto nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.

Mapa 03 - Distribuição espacial dos internamentos por complicações maternas nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.

Mapa 04 - Distribuição espacial dos internamentos por HELP_DHEG nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo a raça/cor da pele, 2010.

Mapa 05 - Distribuição espacial dos internamentos por hemorragias maternas nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.



“Qualquer estratégia para desmontar o racismo precisa reconhecer as formas pelas quais o poder estatal tem Reproduzido deliberadamente as categorias raciais e encorajado e se beneficiado das divisões. As categorias raciais não caíram do céu, impondo-se sobre os povos não-europeus. Foram deliberada e socialmente construídas e, nesse processo, o Estado sempre teve um papel decisivo e essencial.”
(Relatório “Além do Racismo”).

RESUMO

Introdução: De acordo com a organização Mundial de Saúde, a morbidade materna é compreendida como a ocorrência de complicação durante a gestação, parto, ou puerpério que, se não tratadas podem complicar e levar à morte. A mortalidade materna, por sua vez, é definida como a morte de mulheres em idade fértil (15-49 anos) durante a gestação ou nos 42 dias após o parto. **Objetivo:** analisar a morbimortalidade materna no estado da Bahia em 2010, segundo diferenciais de raça/cor da pele. **Métodos:** Estudo descritivo e ecológico, de múltiplos grupos, da morbimortalidade materna nos 49 municípios mais populosos da Bahia, em 2010, segundo a raça/cor da pele. Foram utilizados dados secundários disponibilizados nos Sistemas de informação em Saúde (SIS), Sistema de informação sobre mortalidade (SIM); Sistema de informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de informação hospitalar (SIH) do departamento de informática do SUS (Data SUS) e dados socioeconômicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para análise da associação entre as variáveis independentes e dependentes utilizou-se o modelo de regressão logística de Poisson através do software STATA versão 10 e R versão 2.15.2. Na espacialização dos dados foi usado aplicativo ARCGIS 10.0 **Resultados:** Em 2010, na Bahia, foram registrados 209.444 internamentos de mulheres em idade fértil. Nos 49 municípios com maior densidade populacional ocorreram 118.773 internamentos. Destes, 57.173 (48,1%) ocorreram na população negra, 6.938 (5,8%) na população branca; 54.551(45,9%) sem informação da raça/cor da pele. O total de óbitos maternos registrados no SIM na faixa etária de 15-49 anos correspondeu a 154 óbitos, sendo que 85 destes óbitos ocorreram nos 49 municípios (55,2%). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) na Bahia foi 72,5/100.000 Nascidos vivos (NV) enquanto nos municípios estudados foi 71,9/100.000(NV). Nas análises de associação bivariada e multivariada observou-se que o número de mortes maternas associou-se positivamente com proporção de população negra, já que, à medida que a proporção de população negra aumentou 5%, o risco de morte materna aumentou para a 25.2% ($p < 0.0278$) e 26.6% ($p < 0.0366$) respectivamente. Na análise bivariada Índice de Gini e IDH também se associaram, mas não foram estatisticamente significantes. Na análise multivariada foi observado que houve aumento no risco de morte mesmo quando ajustado pela variável taxa de água (TXAG), sendo esse resultado estatisticamente significativo. **Conclusão:** Os dados analisados revelaram maior incidência e prevalência de morbimortalidade materna na população negra. A subnotificação de registros relacionados ao preenchimento da

variável raça/cor da pele dificulta uma análise mais precisa da morbimortalidade e representa uma lacuna face à efetividade das ações em saúde para grupos de mulheres mais vulneráveis. A redução da morbidade e mortalidade materna deve ser um compromisso universal e emergencial. Investimentos em humanização e universalização da qualidade da assistência à saúde materna constituem uma significativa ação afirmativa contra a exclusão e a injustiça social.

Palavras-chave: morbidade, mortalidade materna, epidemiologia, raça e etnia, população negra, sistemas de informação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, maternal morbidity is understood as the occurrence of complications during pregnancy, childbirth, or puerperium that if untreated can complicate and lead to death. Maternal mortality, in turn, is defined as the death of women of childbearing age (15-49 years) during pregnancy or within 42 days after delivery. Objective: To analyze maternal mortality in the state of Bahia in 2010, according to differences in race/skin color. Methods: Descriptive and ecological study of multiple groups, of the maternal mortality in the 49 most populous cities in Bahia in 2010, according to race / skin color. Secondary data available in Health information systems (SIS), the mortality information system (MIS); Information System on Live Births (SINASC); Hospital information system (HIS) of the department of the SUS (SUS Data) and socioeconomic data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) were used. To analyze the association between the independent and dependent variables, we used the logistic regression model of Poisson through of software STATA version 10 and R version 2.15.2. In spatial data was used ARCGIS application 10.0 Results: In 2010, Bahia, 209 444 hospitalizations of women of childbearing age were recorded. In the 49 municipalities with the highest population density 118,773 admissions occurred. Of these, 57,173 (48.1%) occurred in the black population, 6,938 (5.8%) in the white population; 54,551 (45.9%) without race / skin color information. The total number of maternal deaths in MIS aged 15-49 years accounted for 154 deaths, with 85 of these deaths occurred in the 49 municipalities (55.2%). The Maternal Mortality Ratio (MMR) in Bahia was 72.5 / 100,000 live births (LB) as in the cities studied was 71.9 / 100,000 (LB). In the bivariate and multivariate analyzes of association was observed that the number of maternal deaths was positively associated with the proportion of black population, since, as the proportion

of blacks increased 5%, the risk of maternal death increased to 25.2 % ($p < 0.0278$) and 26.6% ($p < 0.0366$), respectively. In the bivariate analysis of HDI and Gini index also associated, but were not statistically significant. The multivariate analysis showed that there was increased risk of death even when adjusted for variable water rate (WR), and this result was statistically significant. Conclusion: The analyzed data revealed higher incidence and prevalence of maternal mortality in the black population. Underreporting related to completing the race / skin color variable records hinders a more precise analysis of morbidity and mortality and represents a gap due to the effectiveness of health interventions for vulnerable groups of women. The reduction of maternal morbidity and mortality should be a universal and emergency commitment. Investments in humanization and universalization of quality maternal health care constitute a significant affirmative action against exclusion and social injustice.

Keywords: morbidity, maternal mortality, epidemiology, race and ethnicity, blacks, Health information systems.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	16
2.1.2	Objetivos Específicos	16
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1	Pactos de Redução da Mortalidade Materna e Rede Cegonha.....	22
3.2	Morbimortalidade Materna no Brasil e Bahia.....	25
3.3	Morbimortalidade Materna e Raça.....	27
3.4	Desigualdades Sócio-Etnico-Raciais.....	30
4	MATERIAL E MÉTODOS	36
4.1	Tipo de Estudo	36
4.2	Unidade de Análise	37
4.3	Variáveis do Estudo	37
4.3.1	Variável Dependente	38
4.3.2	Variável Independente	38
4.3.3	Co-Variáveis	40
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão	40
4.5	Análise e Processamento de Dados	40
4.6	Aspectos Éticos	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6	REFERENCIAS.....	43
7	RESULTADOS...	48
	ARTIGO CIENTÍFICO: MORTALIDADE MATERNA NOS MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS DO ESTADO DA BAHIA, EM 2010, DIFERENCIAIS SEGUNDO RAÇA/COR DA PELE	48

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação intitulada: Morbimortalidade Materna no estado da Bahia: diferenciais segundo a raça/cor da pele, apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob a forma de artigo, se constitui no trabalho de conclusão do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia na Linha de Pesquisa Saúde de Grupos Populacionais Específicos. Esse trabalho refere-se ao estudo da morbidade e mortalidade materna por raça/cor da pele nos 49 municípios de maior densidade populacional do estado da Bahia, em 2010. Trata-se de um estudo ecológico, de múltiplos grupos, descritivo e analítico. Os dados foram retirados dos sistemas de informação em saúde nas esferas Estadual e Federal. Procurou-se observar os diferenciais da morbimortalidade materna através da análise da sua incidência e prevalência, verificação da associação com fatores sociodemográficos e socioeconômicos tomando como referência os 49 municípios mais populosos do estado da Bahia. Espera-se que este estudo contribua para ampliar as discussões e fomentar melhorias nas políticas de atenção à saúde da mulher no estado da Bahia, no período gestacional e puerperal principalmente nas questões relacionadas à raça/cor da pele promovendo mudanças da práxis. A formatação do artigo obedece às normas para publicação nos periódicos Epidemiologia e Serviços de Saúde, conforme regimento interno do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a morbimortalidade materna no estado da Bahia em 2010, segundo diferenciais de Raça/cor da pele;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico da morbimortalidade materna no estado da Bahia segundo raça/cor da pele;
- Estimar a incidência mortalidade materna, segundo diferenciais de raça/cor da pele nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia;
- Associar a morbimortalidade materna com variáveis sócio-econômicas e sócio-demográficas referentes a 49 municípios mais populosos do estado da Bahia;
- Distribuir espacialmente a morbidade e mortalidade materna dos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia;

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os estudiosos da área de saúde da mulher constantemente deparam-se com diversos aspectos relacionados à morbidade e mortalidade materna, pois esta é uma morte não mais esperada desde os dois últimos séculos uma vez que o avanço tecnológico e da ciência muito contribuiu para evitá-la, entretanto quando direcionamos estes estudos para as questões que compreendem a raça cor da pele observa-se que existe muito ainda a ser pesquisado uma vez que a literatura encontrada ainda é incipiente dentro do universo da população que compreende esta parcela da comunidade. Segundo o Censo 2010, dos 191 milhões de brasileiros, 47,7% (91 milhões) declararam ser da raça branca, 15 milhões disseram ser pretos, 82 milhões pardos, 2 milhões amarelos e 817 mil indígenas.

As questões relacionadas à mortalidade no Brasil assumem hoje um lugar de destaque, principalmente, quando está relacionada à morte de mulheres uma vez que os números publicados pelos órgãos oficiais nem sempre refletem a realidade, fato que se deve as questões processuais destes sistemas de informação, entretanto, percebe-se que quando se refere às mulheres, estas são mortes evitáveis, especialmente a morte materna, assim os Órgãos Federados vêm buscando a implantação de Políticas que favoreçam estas questões preocupando-se com a saúde da mulher e também, com as situações de vulnerabilidade das mulheres negras em nosso País.

Nas Américas, essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente quando vimos que o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério (BRASIL, 2007).

Ressalta-se que a mortalidade materna é uma perda evitável e por isso necessita de atenção especial para que não ocorra sendo necessário desenvolver um olhar mais

audacioso na problemática que a envolve seja ela relacionada às questões sócio econômicas ou as questões de raça cor da pele, o fato é que se precisa dar maior atenção pois esta é uma morte que traz consequências à população geral, além de deixar em evidência às questões de ingerência das ações de prevenção e promoção à saúde, principalmente quando se refere ao quesito raça cor da pele.

A reorganização da política nacional de saúde iniciada a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 com o artigo 198 asseguraram a saúde como um direito de todo o cidadão dentro do território nacional, seja ele brasileiro ou não, instituindo assim o SUS, o Ministério da Saúde no âmbito da sua governabilidade desenvolveu políticas para melhorar a atenção à saúde da mulher e promoveu sua descentralização aos estados e municípios.

Elaborada em 1984 e sob influência do movimento feminista, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), difundido em todo país teve suas diretrizes reafirmadas em 2003 com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que visa assegurar a mulher no ciclo grávido puerperal uma assistência livre de riscos e danos e amplia o leque de ações voltadas à saúde da mulher, ações estas pactuadas pelos gestores quando assinaram o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que tem como principal objetivo atingir a meta do milênio que é a redução dos índice de mortalidade materna em 75% até o ano de 2015, até o presente momento só conseguimos a redução em 20%, em 2011 esta redução foi de 19% a menor nos últimos anos (BRASIL, 2009, 2012).

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como levar em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Portanto, é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde para as mulheres, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis (BRASIL, 2009).

Ofertar uma atenção à mulher no período reprodutivo, de forma digna e humanizada, é o desafio a todos os gestores em todas as esferas de governo, fato que favorecerá o cumprimento de uma das oito metas para o milênio que é a redução da mortalidade materna e conseqüentemente da mortalidade infantil. Entretanto faz-se necessário que se observe com maior atenção os fatores relacionados ao quesito raça cor da

pele, para que realmente se cumpra a meta, uma vez que estudos comprovam a vulnerabilidade existente em relação à atenção ofertada à mulher negra em nosso País e em especial na região Nordeste e Bahia.

Um dos marcos importante para a população negra foi à construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2010 que está fundamentada nas evidências das imensas desigualdades em saúde dessa população e expressa o compromisso de governo com a diminuição das desigualdades. Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. A criação de programas de atenção aos portadores de anemias falciformes permitiu acesso melhor dos portadores desta patologia aos serviços de saúde, promovendo a inclusão social destes, nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

3.1 – PACTO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E REDE CEGONHA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado por alguns princípios, dentre eles o da *universalidade* e o da *equidade*. O princípio da *universalidade* garante o acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, sem distinção, restrição ou qualquer custo, seja este serviço público ou contratado pelo poder público.

O princípio da *equidade* garante o acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira. Tal princípio assegura que as ações coletivas sejam dirigidas por prioridades amplas e publicamente reconhecidas, favorecendo a disponibilidade justa de recursos e serviços, de acordo com as necessidades de cada indivíduo (BRASIL, 2009).

Percebe-se na construção do pacto de redução da mortalidade materna, uma proposta de resgate ao direito de cidadania da mulher, especialmente das mulheres negras e índias que pela primeira vez são incorporadas a uma política de estado, de forma que sua individualidade seja respeitada e que sua assistência seja diferenciada com o propósito de atender as suas reais necessidades, e vulnerabilidades, empoderando-as de seus direitos e tornando-as mais cidadãs. Os pactos pela saúde, entre eles o de redução da mortalidade materna e neonatal, são considerados hoje uma política de estado, que visa à melhoria de

indicadores de saúde através de metas previstas anteriormente, para ofertar uma atenção humanizada equânime e de qualidade. A adesão ao pacto fica a cargo dos gestores estaduais e municipais, ao aderirem aos pactos os gestores necessitam de dar às respostas as metas pactuadas em determinado espaço de tempo. Fato que nem sempre é cumprido devido às particularidades de cada região e de cada município que interferem diretamente nesses resultados (BRASIL, 2005).

Segundo o MS (Ministério da Saúde) o pacto pela saúde é uma política de estado que é composta de metas e objetivos, para que possamos atingir as metas propostas pela ONU (Organizações das Nações Unidas) no desenvolvimento do milênio para o mundo. Desta forma no pacto pela redução da mortalidade materna, a redução do câncer de colo uterino e mamário são os objetivos inclusos no pacto pela saúde, no que se refere à atenção a saúde da mulher, a mortalidade materna na maioria das vezes quando acontece é por alguma causa facilmente evitável, o que denota que se tivéssemos uma atenção de qualidade dentro das redes de saúde, e uma acessibilidade melhor aos serviços evitaríamos a maioria dessas mortes.

Com o intuito de atingir a meta de redução da mortalidade materna o MS vem implementando políticas e ações para que a mulher brasileira receba uma atenção melhor e mais qualificada objetivando que haja uma redução do número de cesarianas e que o parto e o ato da parturição sejam vistos de forma mais natural, mais humana, com a participação ativa da família, sem a hospitalização e medicalização desnecessária uma vez que está provado que tais procedimentos não reduzem os riscos da morbimortalidade materna. Assim, o MS desde 2003 com o intuito de por em prática esta evidência começa a incentivar a construção de casas de partos normais e a realização do parto por enfermeiras obstetras (sendo pago através da emissão de Autorização de Internação Hospitalar pelo enfermeiro no SUS), propõe a ampliação da oferta dos cursos de especialização e residência em enfermagem obstétrica pelas faculdades públicas, por acreditar que estas seriam medidas que ajudariam na melhoria da humanização do parto e nascimento e redução da mortalidade materna promovendo e incentivando a des hospitalização do parto. Observa-se que estas ações elevaram o quantitativo de pesquisas relacionadas ao serviço prestado pelos enfermeiros, publicações que evidenciam a qualidade do serviço prestado e avaliam as suas consequências como benéficas para a população.

Recentemente o MS lançou o projeto Rede Cegonha - 2011 sendo esta mais uma das estratégias usadas para se alcançar melhor qualidade na atenção à saúde da mulher no

período reprodutivo. Este projeto busca melhorar o acolhimento e a atenção, incentivando a ampliação do número de leitos obstétricos, facilitando o acesso ao pré-natal e ao parto natural, bem como melhorando a qualificação dos profissionais da ponta, responsáveis pelo atendimento a esta mulher, este projeto também assegura a gestante a sua inserção e vinculação no serviço de saúde e na maternidade escolhida para o parto, na realização dos exames laboratoriais, visto que oferta um valor mensal para o deslocamento da mesma a unidade de saúde e, dessa forma, não falte as suas consultas de pré-natal, fato que certamente promove um acompanhamento melhor, e conseqüentemente em um monitoramento mais adequado desta gestante, identificando precocemente as complicações potenciais e promovendo a intervenção na forma de prevenção e promoção da saúde da mãe e do feto.

Na Bahia este projeto inicialmente reforçou as ações na atenção básica em saúde ampliando a cobertura do pré - natal e a sua qualidade, proporcionando assim um acolhimento, adequado e eficaz a gestante, de forma que possa inferir melhorias nos indicadores de morbimortalidade materna e assegurando na Atenção Básica em Saúde (ABS) a qualidade necessária para isto. O Brasil na ultima década conseguiu uma redução de cerca de 51% nos índices de mortes maternas, evidenciando uma melhoria na atenção prestada a mulher no período grávido puerperal, com melhorias na atenção ao pré natal e parto.

Segundo relatório da avaliação do projeto, a partir do desenvolvimento das ações propostas, observou-se uma melhoria na qualidade dos serviços prestados a mulher, o que resultou na redução de 19% das mortes maternas, desde 2002, e a estimativa é que esse número seja ampliado em pelo menos 2-3% para o ano de 2013. O ex-ministro da Saúde Alexandre Padilha, afirmou que dificilmente o Brasil alcançará a meta do milênio, entretanto, assegurara a continuidade das ações visando atingir a meta.

A partir de 2013 foram disponibilizados recursos para serem usados em construção de centros de parto normal e em reformas de maternidades com o intuito de favorecer o parto normal sem distócia e também de poder assistir com maior segurança o parto com distócias assegurando a vida da mulher. A ampliação de leitos obstétricos já iniciada bem como o estabelecimento de fluxo de rede de linha de cuidado adequado de forma que a gestante não fique peregrinando em busca de um leito obstétrico e com isto venha a ter um parto complicado já foi colocado em prática em algumas cidades e deverá ser ampliada em 2014.

Nesse sentido o acolhimento adequado a gestante torna-se uma forma de assegurar a sua atenção adequada, e também um dos fatores fundamentais para o sucesso desta estratégia. Segundo Brasil (2004), o acolhimento define-se como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.

Entretanto, na contramão de tudo isto em discussões presenciadas no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em novembro/2012, há a possibilidade de se retirar esse indicador do pacto nacional, justamente por sua dificuldade de atingir a meta, uma vez que assim ele passa a ser um indicador de visibilidade internacional negativo, e prejudica as questões relacionadas aos financiamentos internacionais com o governo brasileiro, o que foi considerado um absurdo e as entidades sociais estão se mobilizando para impedir que isto aconteça, afinal, ao invés de se programar melhores políticas à saúde da mulher, discute-se retirar do pacto o indicador porque não responde positivamente. Assim, pode-se afirmar que a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. A academia está inserida neste processo e deve realizar o seu papel de promotor, favorecendo a realização de estudos avaliativos de forma a contribuir no alcance do objetivo 5 do milênio, e fomentando as discussões desta temática mantendo assim a sua inserção com a comunidade trabalhadora e sociedade em geral.

3.2. MORBIMORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E BAHIA.

Observa-se que no período de 1999 a 2001, a razão de morte materna do Brasil apresentou uma queda, evidenciando que houve uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar, podendo ser relacionado como consequência do momento de expansão de programas importantes para a Saúde Pública, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Programa de Saúde da Família, que teve a sua expansão ampliada nos anos 2001-2003, quando o Ministério da Saúde implantou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no Brasil, principalmente nas áreas de menor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e maior dificuldade de acesso geográfico.

Nesse período, as questões de mortalidade materna ganharam maior visibilidade e

vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para este enfrentamento obviamente que isto se dá devido ao aumento do número de profissionais nos municípios com o PITS, uma vez que estes foram selecionados e encaminhados aos municípios de menor IDH, que apresentavam altas taxas de iniquidades de saúde, e sofriam com a ausência de profissionais habilitados a promoverem a inserção do PSF.

Assim, entre 1990 a 2007, todas as causas específicas de morte materna diminuíram: observa-se queda de 63% por hipertensão 58%, por hemorragia, 47% por infecções puerperais 80%, por aborto e 51% por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério. A redução das mortes por complicações durante a gravidez, parto e puerpério, deve-se à ampliação do acesso aos cuidados na Atenção Básica e nas unidades hospitalares, com acompanhamento das mulheres antes, durante e após o parto sendo todo esse resultado reflexo do maior acesso ao pré-natal e acompanhamento por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Quase 90% das mulheres grávidas realizam, pelo menos, quatro consultas pré-natais no Sistema Único de Saúde (SUS). O número aumentou em 30% desde 1996. As Equipes de Saúde da Família - ESF estão presentes em 99% dos municípios, com 31.500 equipes (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 2006 a razão de mortalidade materna obtida a partir de óbitos declarados foi de 55 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a razão de mortalidade materna corrigida, aplicando-se fator de correção resultante de estudo promovido pelo Ministério da Saúde e realizado pelo Dr. Ruy Laurenti e colaboradores, foi de 77 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos. As maiores razões de mortalidade materna encontradas nas regiões em 2010 foram: Nordeste 68/10000 NV, Centro-Oeste 74,8/10000 e Norte 68/10000 (BRASIL, 2007).

A partir de 2007 esta razão sofreu redução em torno de 56%, reafirmando que as ações de prevenção e promoção implementadas foram eficazes na manutenção da vida destas mulheres, entretanto percebe-se uma disparidade entre os números que correspondem à mortalidade materna entre as regiões do Brasil, sendo que os maiores índices são encontrados nas regiões Nordeste e Centro- Oeste e o menor na região Sudeste refletindo as especificidades regionais de cada uma, e não se diferenciando de outros indicadores sociais (BRASIL, 2007).

As causas das mortes maternas refletem uma, predominância das causas obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas reconhecidas como Urgências Obstétricas, (FUSTINONI, 2006)

Uma assistência pré-natal de qualidade requer ações de baixo custo econômico, porém de grande impacto na saúde coletiva, uma vez que a detecção precoce de fatores predisponentes as complicações obstétricas na gestação e parto permitem uma atenção diferenciada e qualificada e reduz o risco destas complicações acontecerem proporcionando assim uma gestação e partos seguros, para a população feminina, em especial, as mulheres da raça negra e indígena. Estas questões quando são verificadas na atenção básica em saúde (PACS/PSF/UBS) permitem favorecer um atendimento diferenciado e de qualidade, respeitando suas particularidades epidemiológicas e minimizando os riscos.

Destaca-se aqui que a ampliação da oferta de serviços de pré-natal na maioria das vezes realizado pela Enfermeira do PSF/PACS foi de grande relevância para a melhoria deste indicador na ABS uma vez que com a expansão a partir de 2001, observa-se crescente melhoria no acesso das mulheres a este serviço, de forma que, apesar de não se ter atingido a meta do objetivo 5 do milênio ainda, muito se tem melhorado na atenção a saúde da mulher no período gestacional e parturitivo, o Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte é um excelente exemplo de que a oferta de atenção à saúde da mulher adequada e humanizada no SUS reduz consideravelmente a mortalidade materna.

3.3 - MORBIMORTALIDADE MATERNA E RAÇA.

As causas de morte materna na população feminina negra estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico, o quesito “cor”, apesar de constar na declaração de óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. Dessa forma, a subnotificação da variável “cor” na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil. Entretanto, os óbitos de mulheres da população parda apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas no período de 2000 e 2003(BRASIL, 2007). Esta subnotificação da variável cor pode estar relacionada com a dificuldade dos brasileiros de auto referir-se como de cor negra

resquício de discriminações vividas por nossos antepassados no período escravagista. Entretanto, se observa que devido aos avanços das questões afirmativas, esta pode ser uma realidade modificada daqui a alguns anos, pois hoje já se percebe uma melhor tendência desta população em auto referir-se como negra ou indígena (IBGE, 2010), fato que permitirá aos pesquisadores desta temática maior segurança nas questões relacionadas ao quesito raça cor da pele.

No período de 2002 a 2006 as mortes maternas por causas obstétricas diretas foram mais elevadas entre as mulheres pardas (com variações entre 72,8 e 76,1%). Com exceção dos anos 2002 e 2004 em que prevalecem as mulheres com raça cor da pele preta. O grupo de mulheres pretas foi aquele que apresentou uma redução proporcional gradual no período analisado (de 75 para 65,7%). Embora, tenha sido menos significativo o grupo das mulheres brancas, também, apresentou uma redução proporcional de 4,3% no período (BRASIL, 2007).

Em 2003, o percentual de óbitos maternos de mulheres da cor parda foi 41,5%. Os óbitos maternos das mulheres da cor branca ficaram em segundo lugar com um percentual de 58,5%. Entre as mulheres pretas observou-se um aumento proporcional de óbitos por causas diretas (12,3%) e uma pequena redução entre as causas indiretas (0,4%). A região Centro-Oeste apresentou um aumento proporcional superior a 50% entre as causas diretas e uma redução de 79% entre as indiretas. Por outro lado, na região Sul verificou-se uma redução de 6% de óbitos por causas diretas e um aumento das causas indiretas (BRASIL, 2009a).

Em 2007, a cada 100 mil nascidos vivos, 55 mulheres morreram em decorrência de problemas relacionados à maternidade. As mulheres negras representavam 59% desse total. O estudo ainda revela que elas estão em piores condições quanto à realização de exames preventivos e de pré-natal. Entre as mães brancas, 70,1% realizaram sete ou mais consultas, enquanto entre as negras o número é de 42,6% (PAIXÃO, et al 2010).

O Brasil registrou uma queda de quase 50% na taxa de mortalidade materna de 1990 a 2007. Segundo o relatório do Ministério da Saúde, de 140 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 1990, a Razão da Mortalidade Materna passou para 75 mortes em 2007. No entanto ainda se observa a dificuldade do cumprimento da meta de redução pactuada para o milênio em 35% na razão de morte materna para até o ano de 2015, tornando-se necessárias mudanças nas políticas de saúde, em se tratando da região nordeste, somente o Ceará e Rio Grande do Norte e Sergipe conseguiram a redução dos índices até 2007, os

outros estados elevaram os índices apesar das políticas de saúde implantadas pelas instâncias governamentais. (UNICEF, 2008).

A formulação da política de estado do pacto pela vida - redução da mortalidade materna, a implantação da Rede Cegonha, complementam as questões de planejamento de atenção à saúde da mulher, entretanto a sua implementação encontra-se comprometida bem como a sua monitoração, uma vez que as regiões brasileiras apresentam características diferenciadas e, portanto necessitam de olhar diferenciado da parte dos gestores tornando-se necessária a criação de estratégias loco regionais para minimizar as diferenças e assim torná-la possível, de forma que seu planejamento venha atender as necessidades da população, valorizando sua epidemiologia social e clínica, suas especificidades locais e regionais, bem como buscar minimizar estas iniquidades promovendo a equidade tão bem definida no pacto pela vida, principalmente as relacionadas à população negra feminina em período reprodutivo, que, na sua maioria, são vitimadas pelo ainda (in) visível, mas sempre presente racismo institucional.

Considera-se racismo institucional a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ainda que não haja a intenção, práticas discriminatórias, indesejáveis e antiéticas fazem parte da rotina das instituições e das pessoas que nelas atuam. O racismo já está cristalizado, incorporado no cotidiano e, na maioria das vezes, é tão “natural”, que passa despercebido (BRASIL, 2010).

Tal situação pode estar relacionada às disparidades regionais presentes nos estados brasileiros e particularmente na região Norte e Nordeste, que vivenciam situações de grandes desigualdades sociais, onde os aspectos sócio demográficos e econômicos e culturais apresentam grandes divergências em comparação com os estados do Sul e Sudeste, e ainda observa-se nestes estados a existência de escassez de profissionais qualificados, principalmente nos interiores, estes profissionais se concentram mais nas capitais e região metropolitana o que compromete a melhoria de oferta de serviços à população. Portanto, estas influências das desigualdades sociais presentes principalmente nas regiões Norte e Nordeste as quais apresentam influencias diretas nas questões de saúde pública e em especial a saúde materna e neonatal e da população negra, podem explicitar os altos índices e a dificuldade em atingir a meta do pacto pela redução da mortalidade materna (BRASIL, 2010).

3.4 – DESIGUALDADES SÓCIO-ETNICO-RACIAIS.

Entende-se por desigualdades sociais as questões relacionadas às condições de uma população geo-referenciada e que apresenta discrepâncias entre si e entre as regiões.

No que se refere à saúde coletiva, percebe-se a presença destas desigualdades ao compararmos os indicadores sociais e demográficos das regiões. Com relação à população feminina, especialmente a população negra, observa-se que esta população apresenta discrepâncias nos indicadores de mortalidade e morbidade materna, conseqüentemente a morte materna, assim como, as questões de desenvolvimento industrial se apresenta com aspectos diferenciados entre as regiões do Brasil, e como já foram citados anteriormente, estes aspectos podem estar relacionados ou não a estas desigualdades sociais.

Esta população, exposta no passado no período da escravidão a várias questões raciais e discriminatórias tais como o racismo institucional, hoje pode estar sofrendo as influências disto na saúde da mulher, em especial a mulher negra, uma vez que estas são questões ainda latentes na sociedade e que necessitam ser discutidas e analisadas evitando assim as iniquidades raciais, (ARAUJO et al, 2010).

As evidências empíricas acumuladas a respeito das amplas desigualdades étnico-raciais no Brasil, a atuação dos movimentos sociais organizados e o amplo debate a respeito do tema vêm resultando em gradual desmistificação da ideia de “democracia racial” no Brasil (CHOR e LIMA, 2005).

Em toda a América Latina, cerca de 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderiam ser evitados se houvesse uma melhor condição de saúde nestas regiões, se fossem semelhantes as dos países desenvolvidos. Entretanto, em alguns países com situação econômica desfavorável, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população (BRASIL, 2009).

A existência de problemas relacionados às discrepâncias regionais fazem com que o Norte e o Nordeste apresentem índices maiores do que o Sul, Sudeste e o Centro-Oeste com relação à mortalidade materna, assim observa-se que em 2008, a região Nordeste registrou 543 mortes maternas enquanto que na região Sul o número foi de 189.(Brasil, 2007a). Portanto a desigualdades em saúde é um tema tradicional nas pesquisas epidemiológicas, e se reflete nas mais diversas dimensões, tais como: classes sociais, frações de classe, gênero, etnias/raças (CUNHA, 2004).

Para Martins, (2001) as doenças raciais - étnicas apresentam relação íntima com as situações de saúde da população favorecendo o surgimento das iniquidades sociais, e refletindo nas questões de desigualdades raciais, frequentemente encontradas nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.

“Não estou tentando dividir. Ao contrário, a luta contra o racismo é uma forma de unir as pessoas. O racismo não é um problema dos negros, o racismo afeta toda a nossa sociedade. A luta contra o racismo não é uma luta contra os brancos. É uma luta para a construção de uma sociedade onde várias culturas possam viver em harmonia.”

Benedita da Silva

Segundo ARAUJO et al, 2010, apesar de sustentar a ideia de “democracia racial” e ter a maior população de descendentes africanos na diáspora, o Brasil foi o último país a abolir a escravidão e somente a partir da década passada começou a reconhecer a existência de racismo, passando a repensar estas questões raciais, tanto no campo social como na saúde coletiva, sendo assim:

“A abordagem dos diferenciais em saúde decorrentes das desigualdades sociais segundo a raça cor da pele requer, pelo menos, uma breve aproximação das teorias de relações raciais no Brasil. Nelas está explicitada, de alguma forma, a construção histórico-social que levou a sociedade brasileira a uma evidente divisão entre subgrupos populacionais, caracterizada pela falta de equidade na efetivação dos direitos sociais.” ARAUJO et al, 2010).

Desta forma percebe-se que as desigualdades étnico-raciais vêm adquirindo relevância ainda maior na produção de diferentes perfis de doença em função de recentes e surpreendentes acontecimentos mundiais (CHOR e LIMA, 2005). Principalmente no caso Brasil, que se observa a existência de um quantitativo populacional grande de afrodescendentes fora do continente africano, e onde a escravidão deixou suas marcas seja na posição social de sucessivas gerações da população negra, seja na sua inserção no mercado de trabalho, seja nas questões sociais, educacionais e de condições sanitárias e de saúde.

Quanto aos povos indígenas, também foram submetidos à escravidão (antes mesmo do tráfico negreiro), além de epidemias de doenças infecciosas que resultaram em grande mortalidade e desorganização social. Sendo assim, pode-se afirmar que os acontecimentos relacionados às guerras, por diversos motivos, étnicos, religiosos territoriais entre outros vêm causando a migração de diversas populações, levando-as a recomeçar suas vidas em mundos estranhos aos seus, que influenciam diretamente na sua condição de vida e saúde, portanto a epidemiologia deve ter um olhar diferenciado para estes acontecimentos uma vez estes podem impactar diretamente nas questões de saúde destas populações (CUNHA, 2004). De acordo com o IBGE, as definições para as categorias de cor/raça/etnia (Osório, 2003) são: Preto: de pele bem escura. Branco: de aparência e de pele clara. Amarelo: asiáticos (japonês, chinês e coreano). Pardo: de pele mais clara (filhos de branco e preto, indígena e preto, indígena e branco). Indígena: descendentes de índios brasileiros.

A discriminação racial resultante das desvantagens econômicas e sociais enfrentadas por minorias étnico-raciais no Brasil produz seus efeitos na saúde, e estudiosos estão à procura deles, uma vez que esta discriminação racial tem sido definida como tratamento diferenciado em função da raça (ou em função de outros fatores insuficientemente justificados), que coloca em desvantagem grupos racial específico (CHOR e LIMA, 2005).

ARAÚJO ET AL, 2009, afirmam que:

“A raça cor da pele tem sido pouco abordada de modo a explicitar como a maneira preconceituosa e discriminatória como a sociedade trata os seus segmentos leva às desigualdades econômicas e sociais, e estrutura desvantagens que

determinam posição de menor valor para os grupos discriminados. Nessa direção, raça cor da pele deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais”.

As diferenças entre os indicadores sociais entre brancos e negros ao contrario do que pregam os governantes no Brasil, não estão tendo redução, apesar de se ter verificado alguns avanços, estas diferenças, estão longe de serem abolidas da nossa sociedade. Pesquisas do PNUD têm demonstrado que na America Latina, o Brasil e a região do Caribe são os locais que apresentam os piores índices de Gini (esse índice mede o grau de desigualdade na distribuição pessoal da renda, especialmente no rendimento do trabalho, e da participação do rendimento do trabalho na renda nacional) e no Brasil ainda observa-se que entre as regiões o Norte e Nordeste apresentam os piores índices de Gini, sendo a questão da escolaridade dos pais fator significativa para análise deste índice, percebe-se que apesar dos avanços nas ultimas décadas ainda estamos longe de sermos considerados um país de pessoas com um bom grau de escolaridade. Mas, apesar de tudo isso, em 2010, pode-se verificar que o Brasil atingiu o melhor índice de Gini desde a década de 1960 segundo a estimativa para 2009 do IBGE, e pesquisadores da FGV (PNUD, 2010).

Estudos realizados por Cunha, 2009 revelaram que filhos de mulheres negras possuem uma maior probabilidade de adoecer e morrer. Além disso, pesquisas revelam que o tratamento recebido por negros e negras no SUS, é desigual em relação a outros grupos.

Assim,

“Precisamos superar as eternas discussões sobre o mito da democracia racial e os benefícios da especificidade do racismo brasileiro com políticas públicas urgentes e

concretas para melhorar imediatamente a condição dos afrodescendentes. (.) já é hora, na sociedade civil e no governo, de tentar promover uma mudança social profunda. Essa é a melhor maneira de avançar para além do racismo.” Paulo Sérgio Pinheiro

Pesquisas demonstram que as mulheres negras têm menos chances de passar por consultas ginecológicas completas, ter acompanhamento pré-natal e pós-parto, obter informações adequadas sobre concepção e anticoncepção, bem como a ter acesso aos métodos contraceptivos (BRASIL, 2009).

Desta forma percebe-se que as questões de morbimortalidade materna apresentam relação direta com o acesso aos serviços de saúde e com as condições sociais e econômicas que estão expostas a população feminina, o que nos leva a refletir sobre a morbimortalidade materna com o objetivo de tentar compreender esta relação.

Um dos principais avanços em relação a este objetivo específico foi à introdução do quesito raça cor da pele nos sistemas de informação em saúde, tanto no SISPRENATAL como no SISCOLO, o que permitirá análises da situação de saúde das mulheres negras mais precisas. O quesito “raça cor da pele” passa a ser campo obrigatório nos registros administrativos, cadastros, formulários e bases de dados do Governo Federal em dezembro de 2012, e visa orientar os órgãos públicos federais na adoção de ações de promoção da igualdade racial previstas na Lei 12.288. Outro foi o lançamento do Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF) e outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2007).

Desde 1996 este quesito tornou-se obrigatório quando foi introduzido nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e nas Declarações de Óbito (DO) houve um avanço nos estudos epidemiológicos que relacionaram tal questão, entretanto percebe-se uma subnotificação de registro que dificulta as pesquisas, torna-se necessário uma sensibilização dos profissionais, de forma que percebam a importância deste quesito raça cor da pele na formulação de políticas públicas mais justas equânimes principalmente para os estados do Norte e Nordeste, destacando aí a Bahia e seus 417 municípios e ainda os 49 mais populosos que foram alvo desta pesquisa, e onde se encontrou dados incompletos e insuficientes nos SIS Nacional e Estadual.

Percebe-se que os indicadores de mortalidade materna no Brasil sofrem influências de diversos fatores, oriundos de diversos problemas. Sejam de origem genética ou social, econômicos ou regionais, estes compreendem as desigualdades sociais que nem sempre apresenta o recorte racial sendo este um aspecto a ser explorado pelos pesquisadores.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico. O “quesito cor”, apesar de constar na Declaração de Óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. No entanto, pesquisas indicam que a morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais frequente entre as mulheres negras (BRASIL, 2004). Eles revelam que a taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. Em razão de serem, em sua maioria, chefes de família sem cônjuge, mas com filhos, a mortalidade materna de negras consequentemente relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças negras no Brasil (BRASIL, 2007).

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

De acordo com pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (divulgada na Folha de São Paulo, 26/5/2003), as mulheres negras são as que menos recebem informações sobre os sinais de parto, sofrem mais com a falta de vaga nas maternidades e têm menos chances de receber anestesia no momento do parto. Dados do Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo demonstram que 1% da população branca, que reside em área urbana no Brasil, sofreu algum tipo de discriminação no serviço de saúde contra 6% da população preta (CUNHA, 2004).

As mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem. Por essas e outras razões, não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde estão concentrados os piores indicadores socioeconômicos e também elevado percentual de população negra, é onde também se evidencia a maior parte das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério e, consequentemente também a maioria das mortes maternas (MARTINS, 2006).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo ecológico descritivo de múltiplos grupos. Segundo Medronho, 2011, os estudos ecológicos se caracterizam por sua unidade de análise ser uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida, como por exemplo, um país, um estado, uma cidade, um município, ou um setor censitário, os estudos ecológicos são realizados combinando-se bases de dados referentes a grandes populações, e procuram avaliar como os contextos sociais e ambientais podem afetar a saúde de grupos populacionais.

Os estudos ecológicos são frequentemente realizados combinando-se dados referentes a grandes populações, em função disto envolvem menor custo e são mais rápidos do que os estudos envolvendo indivíduos como unidade de análise (MEDRONHO, 2011).

Neste estudo as unidades de análise compreenderam os 49 municípios mais populosos da Bahia. Este tipo de estudo de acordo com Medronho (2011) apresenta limitações por ser realizado a partir de dados secundários que podem apresentar subnotificações e está sujeito a vieses de pesquisa tipo falácia ecológicos.

Pereira (2010), afirma que as limitações deste tipo de estudo são: ausência de acesso aos dados individuais, não se sabe quem é o exposto nem o doente; dificuldade em usar técnicas mascaradas (duplo-cego, aumentando o risco de viés); dados de diferentes fontes, o que pode significar qualidade variável de informações; dificuldade em proceder à análise estatística por causa da unidade de observação ser um grupo de pessoas; possibilidade de efetuar muitas comparações, o que facilita encontrar correlações significativas apenas ao acaso; as correlações são, em geral, mais altas do que em estudos individuais; dificuldades em controlar fatores de confundimento.

Para Medronho (2011) uma das formas de se minimizar o viés ecológico é a utilização de dados agrupados em unidades de análise geográficas tão menores quanto possíveis, tornando-as mais homogênea possível (MEDRONHO, 2011).

Os dados extraídos dos sistemas de informação SIM/SIH/SISPRENATAL-DATASUS e IBGE foram organizados e agrupados de acordo com as variáveis relativas à morbidade materna Abortos (aborto espontâneo, outros abortos, outras gravidez que terminam em aborto), DHEG (edema, proteinuria, hipertensão do estado gestacional,

síndrome HELLP); Hemorragia (placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, hemorragia anterior ao parto, hemorragia pós-parto), Complicações (complicações relacionadas à gravidez, complicações relacionadas ao puerpério) e a mortalidade materna (óbitos diretos e indiretos) e correlacionadas com as variáveis socioeconômicas e demográficas, usando para isto as razões de taxas para associação de preditores de morbidade e mortalidade materna. Foram geradas séries anuais referentes aos 49 municípios mais populosos da Bahia a partir de dados secundários provenientes dos bancos de dados acima referidos no período de 2010.

4.2 UNIDADE DE ANÁLISE:

A pesquisa foi realizada a partir dos dados de morbimortalidade materna referentes, ao Estado da Bahia, representado pelos 49 municípios mais populosos da Bahia no período de 2010, segundo o censo do IBGE de 2010.

O estado da Bahia está localizado ao sul da região Nordeste do Brasil, e representa o quinto estado em área territorial com 564.693 km². Possui em seu território 417 municípios e 832 distritos, limita-se ao norte com os estados de Alagoas, Sergipe, Pernambuco e Piauí; a leste com o Oceano Atlântico, ao sul com os estados de Minas Gerais e Espírito Santo; e a oeste com os estados de Goiás e Tocantins. Sua população em 2010 segundo – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e de 14.021.432. A composição demográfica do estado indica que 72,07% da população encontram-se na área urbana, enquanto 27,93% vivem no meio rural. A cidade de Salvador, capital do estado, e a mais importante e também a mais populosa da Bahia, com 2.676.606 habitantes; Feira de Santana com população de 556.756 habitantes ocupa o segundo lugar, seguida de Vitória da Conquista com 306.374 habitantes; Camaçari, 242.984 habitantes; Itabuna, 204.710 habitantes; Juazeiro, 197.984 habitantes; Ilhéus, 184.231 habitantes, Lauro de Freitas, 163.414 habitantes; e Jequié, 151.921 habitantes (IBGE, 2010). A economia da Bahia é composta basicamente por agropecuária, indústria, mineração, turismo e serviços.

A população é bem miscigenada, composta pelo índio, europeu e africano. No estado reside o maior número relativo de negros e mulatos do Brasil, e a cultura africana tem grande influência na música, na culinária e na religião, celebrada nas festas de Nosso Senhor do Bonfim e de Iemanjá. A capital, Salvador, é a terceira capital mais populosa do Brasil, ficando atrás apenas de São Paulo e Rio de Janeiro. Em todo o estado, 53% dos

domicílios não têm rede de esgoto. O índice de mortalidade infantil é de aproximadamente 31,4 mortes por mil crianças nascidas vivas. A taxa de analfabetismo é de aproximadamente 16,7% entre os habitantes com 15 anos ou mais. Um quarto da população vive com até um salário mínimo, enquanto menos de 1% dos baianos recebe mais de 20 salários mínimos. (BRASIL ESCOLA, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado é de 0,74, ocupando o 19º lugar no ranking dos estados brasileiros, e o primeiro entre os estados da Região Nordeste. A Bahia é um estado com uma importante indústria petroquímica: quase 50% de suas exportações são de petróleo e derivados. No setor industrial também se destacam os ramos da informática e de automóveis. O turismo é um segmento de extrema importância na economia estadual, sua faixa litorânea é a mais extensa do Brasil. A agricultura se baseia na produção de mandioca e milho e novas fronteiras agrícolas se abrem no oeste baiano, onde se destaca a produção de laranja, banana, tomate, fibras e mamona. Na pecuária, o estado tem o maior rebanho de cabras do país e o segundo de carneiros e ovelhas. Outro segmento que também se destaca é a criação de caprinos (BRASIL ESCOLA, 2012).

A população desta pesquisa foi composta pela população dos 49 municípios de maior densidade populacional do estado da Bahia cujos dados de morbimortalidade materna ocorridas em 2010 foram registrados no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e no SIS-AIH (Sistema Informação em Saúde-Autorização de Internamento Hospitalar) respectivamente. Para as morbidades, considerou-se o motivo de internamento no período de gravidez, parto e puerpério e para a mortalidade considerou-se a causa básica do óbito registrada na Declaração de óbito de acordo com o CID-10.

Os dados foram retirados do Sistema de Informações em Saúde Estadual sediados na Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) - DATASUS sediados no Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por possuir dados sobre a assistência a mulher na fase reprodutiva. Os critérios de seleção dos dados envolveram os 49 municípios mais populosos da Bahia, que tiveram neste período registro de óbitos de mulheres em idade fértil de 15-49 anos e internamentos de mulheres por causas obstétricas. Usando o aplicativo software do Microsoft Excel 2007 foi construído um Banco de dados sóciodemográficos, de mortalidade materna, e morbidades maternas, referente aos 49 municípios, dados estes retirados dos Sistemas de Informações Oficiais IBGE. Estes dados foram transferidos para o aplicativo estatístico

South Texas Art Therapy Association (STATA) versão 10 e no R.

4.3 VARIÁVEL DO ESTUDO

4.3.1 Variável dependente

Como variáveis dependentes principais teremos as morbidades e a mortalidade materna. A Morbidade materna se refere a: aborto espontâneo, outros abortos, DHEG, síndrome help, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, hemorragia anterior ao parto, hemorragia pós-parto, complicações relacionadas ao puerpério e outras gravidez que terminam em aborto e outras complicações da gravidez e do parto. Para melhor entendimento estas foram categorizadas em quatro categorias, ou seja, Aborto = abortos espontâneos provocados e outras gravidez que terminam em abortos; Hemorragias = hemorragias, os descolamentos prematuros de placenta, e placenta prévia; DHEG = Doença hipertensiva da idade gestacional, edema, proteinúria; Complicações = todas as complicações e as complicações relacionadas ao puerpério.

A mortalidade materna se refere a: número de óbitos maternos diretos e indiretos, descritos nos SIS (dado bruto não ajustado por fator de correção) oficiais dos 49 municípios mais populosos da Bahia, por ano em 2010.

4.3.1 Variável independente

Como variáveis independentes as variáveis sócio demográficas, econômicas e ambientais relativas aos 49 municípios mais populosos da Bahia, em 2010, originados a partir da coleta de dados nos sistemas de informações oficiais, disponibilizados pelo sistema de informação do IBGE retirados do censo 2010.

1. Proporção de mulheres em idade fértil; Percentual de mulheres no grupo etário de 15-49 anos considerado no período reprodutivo, (OMS).
2. Índice de Gini – é definido entre as curvas de Lorenz e varia entre 0 que reflete a completa equidade e 1 refletindo a completa iniquidade;
3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); Índice calculado pelo PNUD a partir das dimensões de saúde (esperança de vida), educação (índice de alfabetização) e ingresso (PIB per capita);

4. Taxa de fecundidade – Numero médio de filhos que teria uma mulher numa coorte hipotética (15-49) anos ao final do seu período reprodutivo;
5. Renda familiar/ chefe de família;
6. Proporção de analfabetos – taxa de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário ou mais;
7. Taxa de Saneamento Básico/IPA (índice parasitário) – Percentual de domicílios particulares, permanentes com rede de esgoto ou pluvial segundo IBGE;
8. Proporção de pretos e pardos na população;

4.3.3 Co-Variáveis

Eventualmente outras variáveis podem ser analisadas como possíveis confundidores.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Foram incluídos neste estudo, os 49 municípios mais populosos da Bahia no período de 2010 que apresentarem nos SIS os dados relacionados à morbidade e no SIM os dados de mortalidade materna, assim como, dados socioeconômicos disponibilizados pelo IBGE. Foram excluídos automaticamente aqueles que não apresentarem estes dados. Dos 50 municípios previstos para esta análise excluiu-se da amostra o município de Luiz Eduardo Magalhães, por não apresentar dados de morbidade e mortalidade materna no período em estudo, obedecendo ao critério pré-estabelecido, ficando então somente 49 municípios na análise.

4.5 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS:

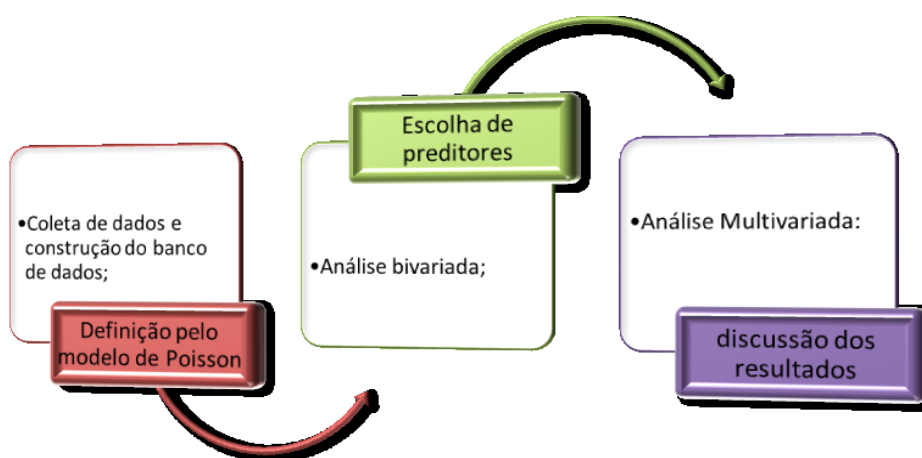
(Em todo o processo desse trabalho os dados foram digitados e classificados utilizando o software Microsoft Office Word e Excel 2007, Stata - versão 10) e também o software R (versão 2.14.2) e o aplicativo ARGIS versão 10.0 para espacialização dos dados base de dados IBGE 2005.

Os passos para análise dos dados compreenderam:

- 1 Descrição da morbimortalidade através do cálculo da taxa de incidência,

- prevalência e da Razão de mortalidade materna;
- 2 Cálculo de razões de taxas para associação entre mortalidade e morbidades e os fatores de risco;
 - 3 Uso de modelo de regressão para o cálculo de taxas ajustadas;
 - 4 Distribuição espacial das razões de mortalidade e das morbidades maternas;

Fluxograma do percurso metodológico da análise de associação entre mortalidade materna e variáveis socioeconômicas.



4.6- ASPÉCTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a ética e regulamenta a pesquisa com seres humanos. Por utilizar-se de dados secundários não necessita passar por comitê de ética sendo dispensada o código fornecido pelo mesmo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação apresentada teve como objetivo analisar a morbimortalidade materna na Bahia no ano de 2010, diferenciais segundo raça cor da pele. O trabalho permitiu analisar os dados individuais e agregados das morbidades maternas e mortalidade materna, sendo que os resultados corroboraram estudos anteriores que afirmam ser a população negra (pretas e pardas) as que possuem maior vulnerabilidade para estes eventos.

Os resultados apontam para uma redução na mortalidade materna na Bahia de modo geral, entretanto ao se estratificar esses dados, pelos 49 municípios de maior densidade populacional no ano de 2010, percebe-se a variação elevada da RMM, sendo, portanto, um indicador negativo das ações e serviços ofertados a mulher no período reprodutivo nestes municípios. Da mesma forma, apresentam-se as morbidades maternas, com destaque para as complicações e os abortos, que foram em maiores proporções na raça cor da pele negra, porém com prevalência em todas as raças e em percentuais elevados.

O direito a saúde reprodutiva, é constitucional, mas parece que nestes municípios isto não tem sido levado em consideração, visto a distribuição das ações de saúde não serem voltadas a epidemiologia local, conseqüentemente desrespeitando este direito.

Há que se evidenciar uma possibilidade de empoderar a mulher negra, jovem de seus direitos reprodutivos, e com isto encorajá-la a buscar os serviços que lhes devem ser ofertados de forma digna e em larga escala, impedindo que sua vida seja posta em risco, ou impelindo-a a praticar atos inseguros a sua saúde.

O número de mulheres que sofrem na peregrinação em busca de uma atenção a saúde no período reprodutivo, e em busca de uma maternidade segura é grande e por consequência desta peregrinação observou-se neste estudo dados tão alarmantes e assustadores, a redução da mortalidade materna e dos riscos de uma maternidade insegura, tem que ser ponto de discussão em conselhos de saúde municipais e locais, de forma que se possa organizar a rede de atenção à saúde materno infantil, e a rede de enfrentamento desses problemas para assegurar a mulher negra, jovem uma assistência digna e de qualidade, é necessário que sejam articuladas organizações de mulheres para que possam fortalecer as suas ações, de forma a fazer os enfrentamentos necessários para que não só tenhamos êxito em atingir o objetivo 5 do milênio, mas para que possamos permitir a essas mulheres o acesso e tratamento de forma equânime e igualitária, em observância aos princípios do SUS.

5 REFERÊNCIAS:

ARAÚJO E.M. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. Rev. Saúde Pública vol.43 no. 3. São Paulo out 2010.

ARAÚJO, E.M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

ARAÚJO, E.M. Mortalidade por causas externas: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador, 1998 a 2003. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

BOERMA J. Levels of maternal mortality in developing countries. Stud Fam Plan 1987; 18: 213-221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área técnica de Saúde da Mulher. – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade materna por complicações na gravidez, parto e puerpério cai 56%. Disponível em: <[http:// Portal da Saúde – www.Saude.gov.br](http://Portal da Saúde – www.Saude.gov.br)>. Acesso em: 15 de out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 de out 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde– Brasília: Editorado Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Resumo População Negra. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31336 acesso em março/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – 3. ed. 1ª Reimpressão – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras /Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, Escola: Aspectos naturais do estado da Bahia, disponível em <http://www.brasilecola.com/brasil/aspectos-naturais-estado-bahia.htm>. Acesso em julho 2012.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Funasa, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf Acesso em: 20 de fev. de 2013.

CECCATTI JG, ALBUQUERQUE RM, HARDY E, FAÚNDES A. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. Rev. Brás Ginec. Obstet. 1998; 20: 7-11.

CECATTI, J. G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Mar. 2010.

CHOR, D. LIMA C. R. de A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5): 1586-1594 set-out, 2005.

CUNHA, E. M. G. de P. da. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: WERNECK, J, BATISTA, L.E., LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra**. Petrópolis, RJ: DP; Brasília, DF: ABPN, 2012.

CUNHA, E.M.G.P. Mortalidade infantil por raça. In: I Seminário da População Negra, p. 103-116, 2004. Disponível em: < www.mulheresnegras.org/doc/livro1.pdf>. Acesso em: 11 nov./2010.

FUSTINONI, Suzete Maria. Síndromes Hipertensivas na Gravidez. In: Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal/ Sonia Maria Oliveira de Barros, (org). – Barueri, SP: Manole, 2006.

Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2001-2002. Geneva; 2002.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 57-65, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo 2010. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>> Acesso em set/2011, maio, 2012/2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Síntese dos Indicadores Sociais 2010 (PDF). Tabela 8.1 - População total e respectiva distribuição percentual, por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas - 2009. Acesso jan_2012 http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_1/

LAROS, Kátia Elizabeth and, ARIE, Jacob. **Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual**. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2009, vol.26, n.3, pp. 349-361. ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300008>.

LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D.; Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 283-292. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000400005>. acesso em agosto/2012.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto**, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005.

MAIO, M. C., et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autotaxonomia no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2005.

MARINHO, A. C.N. and PAES, N.A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 732-738. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300026>.

MARTINS B.C.; LEITE F.; e CECHIN J. **Morbidade materna em mulheres com e sem plano de saúde**, 2009 disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TD00212009PNDSmorbidadegravidez.pdf> acesso em

junho/2012.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.11, pp. 2473-2479.

MARTINS AL. **Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil**. In: XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004.

MARTINS, A.L. **“Near Miss” e mulheres negras em três municípios da Região Metropolitana de Curitiba**. (Tese de Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da US- SP, 2001.

MENEZES, A. M. B. Noções básicas de epidemiologia. In: Epidemiologia das doenças respiratórias. Rio de Janeiro: Revinter, p.01-25, 2001.

MEDRONHO, R.A. Epidemiologia. 1ª Reimpressão – 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Atheneu 2011.

MUNDO EDUCAÇÃO, Características da Bahia; disponível em <http://www.mundoeducacao.com.br/geografia/bahia.htm> acesso em 02/08/2012.

OLIVEIRA, F.O **Recorte Racial étnico e a Saúde da Mulher**. Disponível em <http://www.cnte.org.br/index.php/component/content/article/181-artigos/2921>. Acesso em maio/2011.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças**: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143

OMS - Organização Mundial de Saúde: **Mortalidade Materna**, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>. Acesso em julho 2012.

OSORIO, R. G. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2003. (Texto para discussão, 996).

PAIXÃO M., ROSSETTO I, MONTOVANELE F., CARVANO L.M. (ORGS.) Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. Editora Garamond Ltda. Rua da Estrela, 79 – 3º andar. Rio de Janeiro, 2010.

PEREIRA, Vanessa do Nascimento et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 2012.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem**

da USP, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2011.

SILVA, RE. Brasil: um olhar sobre mortalidade materna, segundo o quesito cor, 2000 a 2003. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. 2006; (28): 9.

SOARES FILHO, A.M. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: WERNECK, J; BATISTA, L. E, LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: ABPN, 2012.

SOUZA JP et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2): 255-264, fev, 2006.

TANAKA Mitsuiki, L. **Dossiê Mortalidade Materna**. Rede Nacional Feminista de Saúde, direitos sexuais e reprodutivos, 2001. Disponível em <http://www.redesaude.org.br>.

UNICEF. **Caderno Brasil - Saúde materna e neonatal: como estamos?** Disponível em <<http://www.unicef.org/brazil/cadernobrasil2008.pdf>>pdfcap1. Acesso em junho 2011 e julho 2012.

UNFPA - FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, acesso em maio 2013.

VENTURA, Mirian. Direitos reprodutivos no Brasil, 3ª edição Revisada e atualizada, 30/09/2009, ISBN 978-85-98579-08-5. UNFPA - FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS 2009.

6 RESULTADOS:

ARTIGO CIENTÍFICO:

REVISTA: EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE COLETIVA

MORBIMORTALIDADE MATERNA NOS MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS DO ESTADO DA BAHIA, EM 2010, DIFERENCIAIS SEGUNDO RAÇA/COR DA PELE.

Luciane Alves Ribeiro¹

Edna Maria de Araujo²

Nelson Fernandes de Oliveira³

Ionara Magalhães de Souza⁴

Felipe Souza Nery⁵

^{1,2,3,4,5} Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia - Brasil.

RESUMO:

Objetivo: analisar a morbimortalidade materna no estado da Bahia em 2010, segundo diferenciais de raça/cor da pele. **Métodos:** estudo descritivo e ecológico de múltiplos grupos da morbimortalidade materna em 49 municípios da Bahia, dados obtidos nos Sistemas de informação em Mortalidade e Nascimento (SIM, SINASC), dados socioeconômicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizaram-se análise da associação usando modelo de regressão logística de Poisson e espacialização dos dados. **Resultados:** em 2010 a Razão de Mortalidade Materna na Bahia (RMM) foi 72,5/100.000 Nascidos vivos (NV) e nos 49 municípios foi 71,9/100.000. Nas análises de associação bivariada e multivariada observou-se que o número de mortes maternas associou-se positivamente com proporção de população negra, à medida que proporção de população negra aumenta 5%, o risco de morte materna aumenta para a 25.2% ($p < 0.0278$)

e 26.6% ($p < 0.0366$) respectivamente. **Conclusão:** Os dados de morbimortalidade materna analisados revelaram maior incidência e prevalência na população negra.

Palavras-chave: morbidade, mortalidade materna, epidemiologia, raça e etnia, população negra, sistemas de informação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To examine maternal mortality in the state of Bahia in 2010, according to differences in race / skin color. Methods: Descriptive and ecological study of multiple groups of maternal morbidity and mortality in 49 cities of Bahia, data obtained from the information in Mortality and Birth (YES, SINASC), socioeconomic data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) systems. Were performed association analysis using logistic and Poisson regression model spatial data. Results: In 2010, the Maternal Mortality Ratio in Bahia (RMM) was 72.5 / 100,000 live births (LB) and 49 municipalities was 71.9 / 100,000. In bivariate analyzes and multivariate association was observed that the number of maternal deaths was positively associated with the proportion of black population, as the proportion of the black population increases 5 % , the risk of maternal death increases to 25.2 % ($p < 0.0278$) and 26.6 % ($p < 0.0366$) respectivamente. Conclusion: Data analyzed maternal mortality revealed a higher incidence and prevalence in the black population

Keywords: morbidity, maternal mortality, epidemiology, race and ethnicity, Black, Health Information System.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um indicador sensível de iniquidade¹, e um dos indicadores de saúde mais difíceis de construir e estimar sua magnitude, pois, é considerada, em todo o mundo, a causa de morte mais mal informada². De todos os indicadores normalmente utilizados para avaliar e comparar o grau de desenvolvimento entre países, regiões, populações, os níveis de mortalidade materna apresentam as maiores disparidades¹.

No Brasil, as elevadas taxas de mortalidade maternas registradas se configuram

como uma violação dos direitos humanos de mulheres, consistindo em um grave problema de saúde pública. Essas taxas distribuem-se desigualmente entre as regiões brasileiras, com maior incidência de mulheres negras nas Regiões Norte e Nordeste, pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas economicamente, evidenciando a clara interação entre morte materna e desenvolvimento social e econômico.

A proporção de morbimortalidade materna entre mulheres negras, isto é, a soma mulheres de cor preta e parda, responde por mais de 50% dos óbitos³. As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das mulheres negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltada para os riscos específicos, aos quais as mulheres negras estão expostas⁴.

Mas, é necessário enfatizar também as desigualdades socioeconômicas as quais às mulheres negras estão expostas. Mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem status socioeconômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar, ainda que não o desejem. Nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, onde estão concentrados os piores indicadores socioeconômicos e também elevado percentual de população negra, é onde se evidencia a maior parte das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto e puerpério⁵.

De acordo com pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (divulgada na Folha de São Paulo, 26/5/2003), as mulheres negras são as que menos recebem informações sobre os sinais de parto, sofrem mais com a falta de vaga nas maternidades e têm menos chances de receber anestesia no momento do parto. Dados do Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo mostram que 1% da população branca, que reside em área urbana no Brasil, já sofreu algum tipo de discriminação no serviço de saúde, ao passo que 6% da população preta relataram sofrer esse tipo de discriminação⁶. Estudo realizado por Cunha em 2009 revela ainda que filhos de mulheres negras possuem uma maior probabilidade de adoecer e morrer

Muito se tem avançado, e hoje se percebe um empenho mundial na tentativa de reduzir esses números e, conseqüentemente, promover humanização e melhoria na qualidade da atenção à saúde da mulher no período gestacional e parturitivo, um dos objetivos para o milênio. Nesse sentido, a pactuação entre diversas entidades, associações, governos, estão sendo realizadas desde o ano de 2000. Além disso, o Ministério da Saúde

instituiu a portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004, que definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a portaria ministerial nº. 1.119 de 5 de junho regulamentou essa prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação⁷. Um dos marcos importante refere-se à criação da portaria 992/2009 que instituiu a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Essa política representa um importante arcabouço jurídico, fruto dos movimentos sociais organizados e que está fundamentada nas evidências dos diferenciais em saúde com pior resultado para essa população e expressa o compromisso de governo com a diminuição dessas iniquidades. Em seus objetivos, consta o desenvolvimento de ações específicas com vistas à redução das disparidades étnico-raciais voltadas à morbimortalidade materna⁸.

O projeto Cegonha lançado em 2011 pelo governo Federal é mais uma dessas estratégias para se alcançar melhor qualidade na atenção à saúde da mulher no período reprodutivo. Esse projeto objetiva buscar melhorias no acolhimento, aumentando o número de leitos obstétricos, facilitando o acesso ao pré-natal e ao parto, bem como, melhorar a qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento à mulher⁹.

A utilização do recorte étnico/racial nos estudos no âmbito da saúde possibilita a produção de informações epidemiológicas sobre grupos vulneráveis, historicamente desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico e uma compreensão mais sólida das iniquidades sociais e das desigualdades em saúde no Brasil¹⁰. Para Cunha¹¹, a incorporação do quesito raça-cor da pele nos formulários básicos dos sistemas de informação em saúde, representa uma conquista política que possibilitou visibilidade e legitimidade à questão étnico-racial no Brasil¹¹. Igualmente, a criação da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos que recomenda a utilização do quesito de cor da pele ou raça nos dados de identificação individual¹².

Poucos são os estudos que abordam a variável raça/cor da pele como determinante de saúde. Cor da pele, raça e etnia são categorias que recebem pouca valorização no cenário das práticas dos serviços de saúde e produções científicas sobre a saúde no Brasil¹⁵. Nessa perspectiva, esse estudo tem como objetivo analisar a morbimortalidade materna no estado da Bahia, em 2010, segundo diferenciais de raça/cor da pele.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e ecológico de múltiplos grupos, do tipo exploratório que considerou para esse estudo os 49 municípios que detêm as maiores densidades populacionais, dentre os 417 municípios que compõem o Estado da Bahia e estão distribuídos em macro e microrregiões de saúde, conforme o Plano diretor Regional (PDR) de 2012. No Brasil, em 2010 a população de mulheres em idade fértil correspondeu a um total de 53.669.289. Na Bahia, a população foi estimada em 3.951.610 mulheres nessa faixa etária. Nos 49 municípios analisados, foram registradas 2.283.276 mulheres em idade fértil e destas, 1.756.999 (76,9%) corresponderam a mulheres negras entre 15-49 anos; 477.465 mulheres pretas (20,9%); 1.279.574 mulheres pardas (56,0%); 482.136 mulheres brancas (21,1%), 32.238 mulheres amarelas (1,4 %); mulheres indígenas (0,38%) e 139 mulheres para as quais não havia registro para a variável raça/cor da pele¹⁶.

Os dados secundários foram obtidos por meio dos Sistemas de informação em Saúde (SIS), Sistema de informação sobre mortalidade (SIM); Sistema de informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de informação hospitalar (SIH) do departamento de informática do SUS (Data SUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os Sistemas de Informações em Saúde que utilizam o recorte étnico-racial adotam a mesma classificação utilizada pelo IBGE¹⁷, que apresenta o quesito cor numa alusão à cor da pele, analisado a partir das categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Considerando-se que a maioria dos pardos possui ascendência africana, os pretos e pardos são classificados como uma única categoria, isto é, negra¹⁸. O mesmo critério de classificação foi adotado nesse estudo e para efeito das análises optou-se por utilizar as categorias preta, parda, branca e preta e parda conjuntamente. Este estudo é composto por análise descritiva individual e análise de dados agregados.

Na análise de associação, foram adotadas como variável independente a proporção de mulheres negras, como variáveis dependentes a mortalidade e as morbidades maternas e como co-variáveis: taxa de renda, taxa analfabetismo, taxa de fecundidade, Índice de Desenvolvimento Humano, Índice de Gini, taxa de lixo, taxa de água e taxa de saneamento básico.

Para as análises de regressão procedeu-se a seguinte codificação:

1. Proporção de mulheres em idade fértil (TX MIF): percentual de mulheres no grupo etário de 15-49 anos considerado o período reprodutivo, (OMS);
2. Índice de Gini (GINI): definido entre as curvas de Lorenz e varia entre 0 que reflete

- a completa equidade e 1 referente à completa iniquidade;
3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): índice calculado pelo PNUD a partir das dimensões de saúde (esperança de vida), educação (índice de alfabetização) e ingresso (PIB per capita);
 4. Taxa de fecundidade (TXFE): número médio de filhos que teria uma mulher numa coorte hipotética (15-49) anos ao final do seu período reprodutivo;
 5. Renda (REND): valor da renda familiar/ chefe de família;
 6. Proporção de analfabetos (TXAN): taxa de pessoas de 15 anos ou mais analfabetas em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário ou mais;
 7. Taxa de água (TXAG): percentual de domicílios particulares permanentes servidos pelo sistema de abastecimento público de água encanada segundo o IBGE;
 8. Taxa de lixo (TXLI): percentual de domicílios particulares, permanentes servidos pela coleta pública de lixo segundo o IBGE;
 9. Taxa de Saneamento Básico/IPA (índice parasitário) (TXSA): percentual de domicílios particulares, permanentes com rede de esgoto ou pluvial, segundo IBGE;
 10. Proporção de pretas e pardas: percentual da população feminina preta e parda nos 49 municípios da Bahia (Prop);
 11. Taxa de aborto (TX ABTO): Total e % de internamentos abortos espontâneos, abortos por Razões médicas e outras gravidezes que terminam em aborto em 49 municípios da Bahia geral e por raça/cor da pele em 2010;
 12. Doença hipertensiva do Estado Gestacional (TX DHEG): Total e % de internamentos por edema, proteinúria, transtornos hipertensivos da gravidez, parto e puerpério em 49 municípios da Bahia geral e por Raça/cor da pele em 2010.
 13. Hemorragias (TX HEMO): Total e % de internamentos por Descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, e hemorragias em 49 municípios da Bahia geral e por raça/cor da pele em 2010;
 14. Complicações (TX COMP): Total e % de internamentos por complicações da gravidez, e complicações do parto e puerpério em 49 municípios da Bahia geral e por raça/cor da pele em 2010;
 15. Numero de mortes (MM): Total e % óbitos maternos registrados nos 49 municípios da Bahia geral e por raça/cor da pele em 2010;
 16. Número de nascidos vivos (Nasv): Número de nascidos vivos do ano de 2010.

A análise descritiva dos dados de morbidade materna que geraram internação hospitalar foi realizada considerando-se os números e proporções geradas pelo aplicativo TABNET / DATASUS e também foram calculadas as taxas de morbidade materna total e segundo raça/cor da pele, em 2010. Os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2007 e a partir daí foi feita a análise descritiva da população em idade fértil que se internou nas unidades de saúde identificadas no SIH.

De acordo com a classificação do capítulo XV do CID-10, as morbidades são identificadas em 10 categorias. As causas das mortes maternas refletem uma, predominância das causas obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas reconhecidas como urgências obstétricas¹⁹. Nesse estudo, foram adotadas quatro categorias tomando por base estudos anteriores que relacionam a ocorrência de mortalidade materna à presença da tríade de hemorragias, doença hipertensiva do estado gestacional (DHEG), abortos e complicações sendo assim discriminadas: 1- abortos (todos os abortos notificados e as outras gravidezes que terminam em aborto), 2- DHEG (edema, proteinúria e doença hipertensiva do estado gestacional), 3- hemorragias (placenta prévia, hemorragias pós-parto, descolamento prematuro de placenta, hemorragia anterior ao parto), 4- Complicações (complicações da gravidez e do parto e complicações do puerpério,).

Para análise dos dados de mortalidade, calculou-se a Razão de Mortalidade Materna (100.000NV) para os 49 municípios, em 2010, segundo raça/cor da pele, a partir dos dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), conforme descrição a seguir:

RMM = $\frac{\text{óbitos por causas maternas nos municípios de maior densidade populacional do estado da Bahia em 2010}}{100.000}$

nº de nascidos vivos nos municípios de maior densidade populacional do estado da Bahia em 2010.⁷

Não foi aplicado o fator de correção definido através do método Ramos pelo MS, pois o mesmo só é aplicado para as capitais das regiões do Brasil, não sendo recomendada sua aplicação aos municípios, o fator de correção para a região nordeste seria de 1,7⁷.

Realizou-se análise descritiva dos óbitos maternos ocorridos na população em idade fértil, por causas obstétricas diretas e indiretas segundo raça/cor da pele registrados no SIM.

Para as análises da associação entre as variáveis independentes e variáveis

dependentes (morbidade e mortalidade) foi empregado o modelo de regressão de Poisson através do software R versão 2.15.2, adotando-se p valor $\leq 0,05$. Foram utilizados gráficos e tabelas para a apresentação e descrição das principais morbimortalidade materna.

Para a distribuição espacial utilizou-se do aplicativo ARCGIS versão 10.0 base de dados IBGE 2005.

Os mapas temáticos são instrumentos poderosos na análise espacial do risco de determinada doença, apresentando os seguintes objetivos: descrever e permitir a visualização da distribuição espacial do evento; exploratório, sugerindo os determinantes locais do evento e fatores etiológicos desconhecidos que possam ser formulados em termos de hipóteses e apontar associações entre um evento e seus determinantes²¹.

Neste estudo objetivou-se apresentar espacialmente o comportamento das morbimortalidade maternas no estado da Bahia no ano de 2010, nos 49 municípios de maiores densidade populacional.

A metodologia utilizada foi de espacialização das taxas de frequências simples das morbidades maternas, aborto, DHEG, Hemorragias, e Complicações e da Mortalidade Materna do ano de 2010.

Por terem sido utilizados dado secundário, disponibilizados no site do DATASUS, a execução da pesquisa não dependeu da aprovação de um comitê de ética em pesquisa. Contudo, o tratamento dos dados obedeceu à Resolução 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS:

Morbidade Materna

Em 2010, na Bahia, foram registrados no SIH 209.444 internamentos. Desses, 13.635 corresponderam a mulheres brancas (6,5%), 103.618 a mulheres negras (49,5%); 6.914 pretas (3,3%); 96.804 pardas (46,2%); 214 a mulheres amarelas (0,10%); 51 a mulheres indígenas (0,02%) e 91.126 sem informação (43,5%) de raça/cor da pele. Excetuando-se os 119.410 internamentos por parto espontâneo (57,0%), considerado como morbidade por gerar internamento hospitalar, as complicações corresponderam à principal causa de internamento de mulheres no período gestacional (16,2%), seguido de abortos (11,0%), doença hipertensiva do estado gestacional/DHEG (2,0%) e hemorragias (0,4%).

Nos municípios de maior densidade populacional do estado da Bahia ocorreram 118.773 registros de internações hospitalares, dos quais 60.572 corresponderam a partos espontâneos. Dos casos analisados, 57.173 (48, 1%) internamentos ocorreram na população de mulheres negras, sendo 3.609 (3,0%) referentes a mulheres pretas e 53.564 (45,1%) entre a população de mulheres pardas; 6.938 (5,9%) entre mulheres brancas e para 54.551 casos (46,0%) não havia informação sobre a raça/cor da pele.

No que se refere às categorias definidas para este estudo foram identificadas no SIH, em 2010, 42.605 registros de internamentos, dos quais, 19.064 ocorreram na população de mulheres negras (44,7%); 2.348 entre mulheres brancas (5,5%); 21.160 sem informação da raça/cor da pele (49,6%). Na distribuição por idade, observou-se maior prevalência na faixa etária entre 20-29 (51,0%); e menor entre 40-49 anos (4,0%).

Com relação ao aborto, observou-se maior prevalência na população de mulheres negras (43,8%) sendo 2,5% entre pretas e 41,3% entre pardas na faixa etária de 20-29 anos. Os municípios que apresentaram as maiores taxas foram Cruz das Almas (10,3%) e Barreiras (9,0%). Em contrapartida, as menores taxas foram observadas nos municípios de Jaguaquara (0,3%) e Porto Seguro (0,6%), excetuando-se os municípios de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista.

O aborto esteve presente em todos os seguimentos raciais, cabendo às mulheres negras (36,1%), os maiores coeficientes. Nos municípios de Camaçari e Simões Filho foram observados os menores coeficientes em mulheres brancas e os maiores em mulheres negras. Os municípios de Jequié (5,97), Alagoinhas (5,99) e Itapetinga (8,06) revelaram maiores coeficientes de ignorados, ou sem informação de raça/cor da pele (tabela 1).

Tabela 1 - Coeficientes de abortos segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Municípios	Raça/cor da pele									
	Branca		Preta		Parda		Negra		Ignorada	
Abortos	N	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.
Municípios	N	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.
Alagoinhas	01	0,02	01	0,2	10	0,23	11	0,26	258	5,99
Camaçari	01	0,01	01	0,2	548	7,34	549	7,35	29	0,39
Cruz das Almas	74	4,12	11	0,61	94	5,24	3105	5,85	07	0,39

Caitité	34	2,58	12	0,91	27	2,05	39	2,96	06	0,46
Guanambi	60	2,58	18	0,78	39	1,68	57	2,45	09	0,39
Jaguaquara	0	0	01	0,07	0	0	01	0,07	04	0,3
Jequié	0	0	01	0,02	0	0	01	0,02	258	5,97
Juazeiro	21	0,37	01	0,02	451	7,86	452	7,88	17	0,03
Itapetinga	01	0,05	0	0	01	0,05	01	0,05	157	8,06
Paulo Afonso	01	0,03	0	0	154	4,9	154	4,9	91	2,9
Simões Filho	01	0,03	0	0	274	7,71	274	7,71	21	0,59
TOTAL	194	9,79	46	2,91	1532	33,64	1578	36,18	861	25,79

Fonte: Data SUS/IBGE/DIS

Nos internamentos por DHEG segundo raça/cor da pele, a maior prevalência foi registrada em mulheres para as quais não havia registro sobre a raça cor da pele (20,7%), seguido das negras (20,2%) correspondendo aos municípios de Vitória da Conquista (1,98), Santo Estevão (1,48) os coeficientes mais elevados e aos municípios de Eunápolis e Itabuna (0,07) os menores coeficientes observados. Para a raça/cor da pele branca o município de Jacobina (0,9%) apresentou o maior coeficiente e o município de Camaçari (0,01%), o menor coeficiente registrado. Os municípios de Itamarajú (2,32) e Porto Seguro (0,03) apresentaram, respectivamente, os maiores e menores coeficientes sem informação de raça/cor da pele (tabela 2).

Tabela 2 – Coeficientes de DHEG segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Municípios	Raça/cor da pele									
	Branca		Preta		Parda		Negra		Ignorada	
	N	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	N	Coef.
Vitória da Conquista	2	0,2	0	0	177	1,95	177	1,95	26	0,29
Santo Estevão	3	0,22	1	0,07	19	1,41	20	1,48	4	0,3
Jacobina	2	0,9	1	0,04	26	1,17	27	1,21	0	0
Feira de Santana	35	0,2	25	0,15	166	0,96	191	1,11	99	0,57

Valença	0	0	0	0	1	1,04	1	1,04	0	0
Brumado	0	0	0	0	1	0,05	1	1,05	14	0,76
Itaberaba	0	0	0	0	1	0,6	1	1,06	13	0,76
Bom Jesus da Lapa	1	0,06	0	0	1	1,06	1	1,06	14	0,76
Barreiras	2	0,02	0	0	0	0	0	0	12	0,29
Juazeiro	1	0,02	0	0	38	0,66	38	0,66	39	0,67
Guanambi	2	0,09	1	0,04	2	0,09	3	0,13	1	0,04
Camaçari	1	0,01	3	0,04	65	0,87	68	0,91	7	0,09
Lauro de Freitas	0	0	1	0,02	21	0,41	22	0,43	29	0,57
Cruz das Almas	3	0,17	3	0,17	12	0,67	15	0,84	2	0,11
Ilhéus	5	0,1	5	0,1	11	0,21	16	0,31	7	0,13
Porto Seguro	0	0	9	0,25	13	0,35	22	0,6	1	0,03
Eunápolis	1	0,03	0	0	2	0,07	2	0,07	41	1,43
Itabuna	0	0	1	0,02	3	0,07	3	0,07	100	1,64
Itamaraju	0	0	0	0	0	0	0	0	39	2,32
TOTAL	58	2,02	50	0,9	559	11,64	608	13,98	448	10,76

Fonte: Data SUS/IBGE/DIS

Na análise dos internamentos por hemorragias e raça/cor da pele, maiores coeficientes foram observados em mulheres negras, com destaque para o elevado número de ignorados. Os municípios Vitória da Conquista (1,95), Santo Estevão (1,48) e Jacobina (1, 21) tiveram os maiores coeficientes de registros relacionados a mulheres negras, enquanto Candeias (0,04), Dias'Ávila (0,5) e Salvador (0, 12) apresentaram os menores coeficientes. Os municípios de Guanambi (0,09), Salvador (0, 01) apresentaram, respectivamente, os maiores e os menores coeficientes relacionadas à raça/cor da pele branca. Com relação aos dados sem informação do campo raça/cor da pele, os municípios Itamarajú (2, 32) e Candeias (0) apresentaram, sequencialmente, os maiores e menores coeficientes (tabela 3).

Tabela 3 – Coeficientes de hemorragias segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Municípios	Raça/cor da pele									
	Branca		Preta		Parda		Negra		Ignorada	
Hemorragia	n	Coef.	n	Coef.	N	Coef.	n	Coef.	n	Coef.
Município										
Vitória da Conquista	2	0,2	0	0	177	1,95	177	1,95	26	0,29
Santo Estevão	3	0,22	1	0,07	19	1,41	20	1,48	4	0,3
Jacobina	2	0,9	1	0,04	26	1,17	27	1,21	0	0
Feira de Santana	35	0,2	25	0,15	166	0,96	191	1,11	99	0,57
Candeias	0	0	0	0	1	0,04	1	0,04	1	0,04
Valença	0	0	0	0	1	1,04	1	1,04	0	0
Brumado	0	0	0	0	1	0,05	1	1,05	14	0,76
Itaberaba	0	0	0	0	1	0,6	1	1,06	13	0,76
Bom Jesus da Lapa	1	0,06	0	0	1	1,06	1	1,06	14	0,76
Barreiras	2	0,02	0	0	0	0	0	0	12	0,29
Dias D'Ávila	0	0	0	0	1	0,05	1	0,05	2	0,1
Juazeiro	1	0,02	0	0	38	0,66	38	0,66	39	0,67
Guanambi	2	0,09	1	0,04	2	0,09	3	0,13	1	0,04
Camaçari	1	0,01	3	0,04	65	0,87	68	0,91	7	0,09
Lauro de Freitas	0	0	1	0,02	21	0,41	22	0,43	29	0,57
Cruz das Almas	2	0,11	2	0,11	2	0,11	4	0,22	1	0,06
Ilhéus	5	0,1	5	0,1	11	0,21	16	0,31	7	0,13
Salvador	5	0,01	7	0,01	95	0,11	102	0,12	62	0,07
Porto Seguro	0	0	9	0,25	13	0,35	22	0,6	1	0,03
Eunápolis	1	0,03	0	0	2	0,07	2	0,07	41	1,43
Itabuna	0	0	1	0,02	3	0,07	3	0,07	100	1,64
Itamaraju	0	0	0	0	0	0	0	0	39	2,32
TOTAL	57	1,96	49	0,84	549	11,08	597	13,36	447	10,71

Fonte: Data SUS/IBGE/DIS

De modo geral, em comparação com os registros de internamentos por aborto, DHEG e hemorragias, os internamentos por complicações, apresentaram os coeficientes

mais elevados de registros e os maiores coeficientes foram registrados na raça/cor da pele negra. O município de Porto Seguro (13,77) registraram os maiores coeficientes em mulheres negras e Teixeira de Freitas (0,03), os menores. O maior coeficiente relacionado à raça/cor da pele branca foi observado no município de Guanambi (6,59), correspondendo ao município de Barra (0,08) o menor coeficiente evidenciado. Os municípios Barra (23,41) e Monte Santo (0,24) registraram, respectivamente, o maior e menor coeficiente de registros relacionados ao não preenchimento da informação raça/cor da pele (tabela 4).

Tabela 4 – Coeficientes de complicações segundo raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Municípios	Raça/cor da pele									
	Branca		Preta		Parda		Negra		Ignorada	
Complicações	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.
Município	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.	n	Coef.
Porto Seguro	36	0,98	40	1,09	465	12,67	505	13,77	19	0,52
Teixeira de Freitas	218	5,49	0	0	1	0,03	1	0,03	217	5,47
Guanambi	153	6,59	25	1,08	55	2,37	80	3,45	14	0,6
Itabuna	154	2,53	10	0,16	155	2,54	165	2,71	248	4,07
Barra	1	0,08	0	0	1	0,08	1	0,08	277	23,41
Valença	160	6,31	32	1,36	161	6,35	197	7,61	105	4,14
Monte Santo	0	0	163	12,77	163	12,77	0	0	3	0,24
Barreiras	2	0,05	0	0	0	0	0	0	941	22,46
TOTAL	724	22,03	270	16,46	1001	36,81	949	27,65	1824	60,91

Fonte: Data SUS/IBGE/DIS

As análises bivariadas e multivariadas da relação entre os principais grupos de morbidades maternas e proporção de mulheres negras, mostrou associação negativa para a maioria das variáveis de exposição, mas ao se calcular a taxa média se observou que, apesar da grande assimetria e variabilidade dos dados, as mulheres pretas, pardas e negras apresentam maior risco de serem internadas por DHEG e as mulheres pardas e negras apresentam maior risco de serem internadas por aborto, hemorragias e complicações quando comparadas às mulheres brancas (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das taxas médias de internamentos devido a morbidades maternas, segundo raça/cor da pele nos 49 municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

Municípios	Raça/cor da pele			
	Branca Txmed.	Pretas Txmed.	Pardas Txmed.	Negra Txmed.
Abortos	236	111	402	338
DHEG	23	28	65	55
Hemorragias	12	9	18	15
Complicações	349	151	583	506

Fonte: Data-SUS/IBGE/DIS

Mortalidade Materna

No tocante à mortalidade em 2010, na Bahia, o total de óbitos maternos registrados no SIM na faixa etária de 15-49 anos correspondeu a 154 óbitos, sendo que 85 destes óbitos ocorreram nos 49 municípios (55,2%). De acordo com a causa do óbito, registrou-se maior incidência de óbitos maternos diretos. Em todas as causas de óbitos a maior incidência foi evidenciada na população negra, na faixa etária de 20-29 anos, solteiras e que apresentaram entre 4 -7 anos de estudo (tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição dos óbitos maternos, aspectos sócios demográficos e raça/cor da pele nos municípios de maior densidade populacional, Bahia, 2010.

	Raça/cor da pele									
	Branca		Preta		Parda		Negra		Ignorada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade (85)										
15-29 anos	3	6,3	10	21,2	31	66,0	41	87,2	3	6,3
30-39	5	15,1	11	33,3	14	42,4	25	75,7	3	9
40-49	0,0	0,0	2	40,0	3	60,0	5	100	0,0	0,0
Escolaridade (85)										
Nenhuma	0,0	0,0	2	100	0	0,0	2	100	0,0	0,0

1-3 anos	0,0	0,0	2	33,3	3	50,0	5	83,3	1	16,6
4-7	1	6,6	7	13,3	7	46,6	14	93,3	0,0	0,0
8-11	0	0	2	13,3	13	86,6	15	100	0,0	0,0
12 ou mais	1	12,5	1	12,5	6	75,0	7	87,5	0,0	0,0
Ignorado	6	15,4	9	23,0	19	48,7	28	71,7	5	12,8
Estado Civil (85)										
Solteiro	3	6,2	13	27,0	29	60,4	42	87,5	3	6,2
Casado	4	18,1	6	27,2	11	50,0	17	77,2	1	4,5
Ignorado	1	6,6	4	26,6	8	53,3	12	80	2	13,4
Tipo de causa (85)										
Obstétrica direta	5	11,6	9	21,0	27	62,7	36	83,7	2	4,6
Obstétrica indireta	3	7,6	14	35,8	18	46,1	32	82	4	10,2
Obstétrica não específica	0,0	0,0	0,0	0,0	3	100	3	100	0,0	0,0

Fonte: Data SUS/IBGE/DIS

Nos aspectos envolvendo a situação do estado civil houve maior ocorrência de morte na população de mulheres solteiras e negras do que na população de mulheres brancas. Dentre a população de mulheres com situação de conjugabilidade casada e ignorada se observou menor ocorrência de mortalidade.

Em 2010, nos 49 municípios analisados, observou-se uma RMM de 71,9/100.000(NV). Na desagregação segundo raça/cor da pele, observou-se razão de 9,3/100.000(NV) em mulheres de raça/cor branca; 83,7/100.000(NV) em mulheres negras e RMM de 7,0/100.000(NV) para o grupo sem informação da raça/cor. A maior incidência de mortalidade materna foi registrada em Catu, cuja RMM foi de 270,2/100.000(NV), e a menor foi observada em Juazeiro 25,2/100.000(NV).

Com relação à Razão de Mortalidade Materna (RMM) nos 49 municípios segundo a raça/cor da pele observou-se que a maior incidência se referiu a mulheres negras nos municípios de Serrinha 250,0/100.000(NV), Cruz das Almas 220,9/100.000(NV) e Itabuna 149,0/100.000(NV) e a menor incidência foi observada no município de Vitória da Conquista 18,9/100.000/100.000(NV), Eunápolis 53,7/100.000(NV) e Feira de Santana 42,4/100.000(NV). Para as mulheres de raça/cor da pele branca, foram registrados nos municípios de Caitité 158,9/100.000(NV), Jaguaquara 116,8/100.000(NV) e Teixeira de Freitas 39,2/100.000(NV) as maiores incidências, enquanto os municípios de Salvador 5,4

/100.000(NV); Feira de Santana 21,2/100.000(NV); Juazeiro 25,2/100.000(NV) registraram as menores incidências nessa população. No que concerne ao número de registros de informação ignorada para a raça/cor da pele, a maior ocorrência coube ao município de Candeias 82,5/100.000(NV) e a menor ao município de Salvador 5,4/100.000(NV).

Nas análises bivariadas observou-se que o número de mortes maternas se associou positivamente com proporção de população negra. Dessa maneira, quando a proporção de população negra aumenta 5% o risco de morte materna aumenta 25.2% e este resultado foi estatisticamente significativo $p=0.0278$. Índice de Gini e IDH também se associaram, mas não foram estatisticamente significantes (tabela 7).

Tabela 7 – Análise bivariada entre mortalidade materna e fatores sócios econômicos e demográficos nos 49 municípios mais populosos da Bahia, 2010.

Preditores	Coeficiente	Risco relativo	P valor
Prop	- 10.701	1.25	0.0278

Na análise multivariada observou-se que um aumento de 5% na proporção de população negra resulta num aumento de 26.6% no risco de morte mesmo quando ajustado pela variável taxa de água (TXAG) ($p=0.0366$), sendo esse resultado estatisticamente significativo (tabela 8).

Tabela 8 – Análise multivariada entre mortalidade materna e fatores sócios econômicos e nos 49 municípios mais populosos da Bahia, 2010.

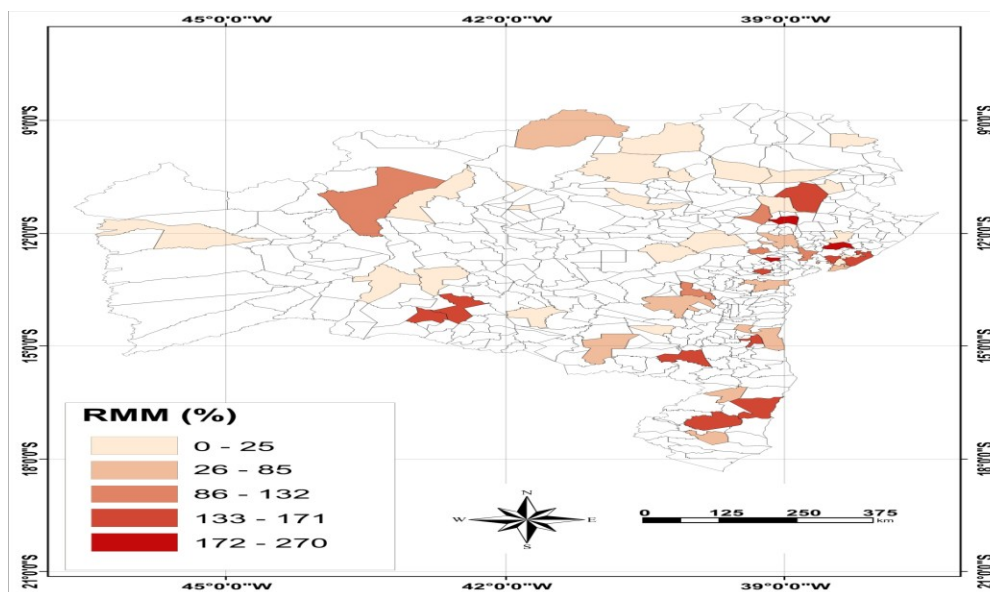
Preditores	Coeficiente	Risco relativo	P valor
Prop	-10.550145	1.26	0.0366
TXAG	- 0.003674	0,99	0.7320

Distribuição Espacial

No mapa 01 foi realizada a distribuição da RMM (razão de morte materna) pode-se

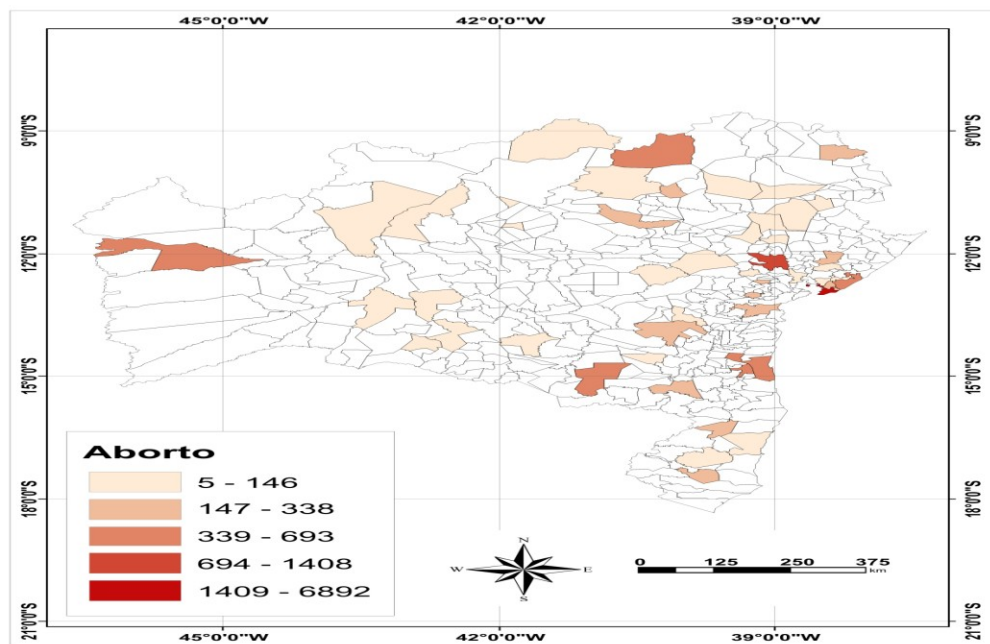
observar que este é um problema evidenciado em quase toda Bahia. A maior incidência de RMM encontra-se nos municípios de Catú, Cruz das Almas, Serrinha, a menor nos municípios Juazeiro, Vitória da Conquista e Teixeira de Freitas.

Mapa 01 - Distribuição espacial da mortalidade materna dos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.



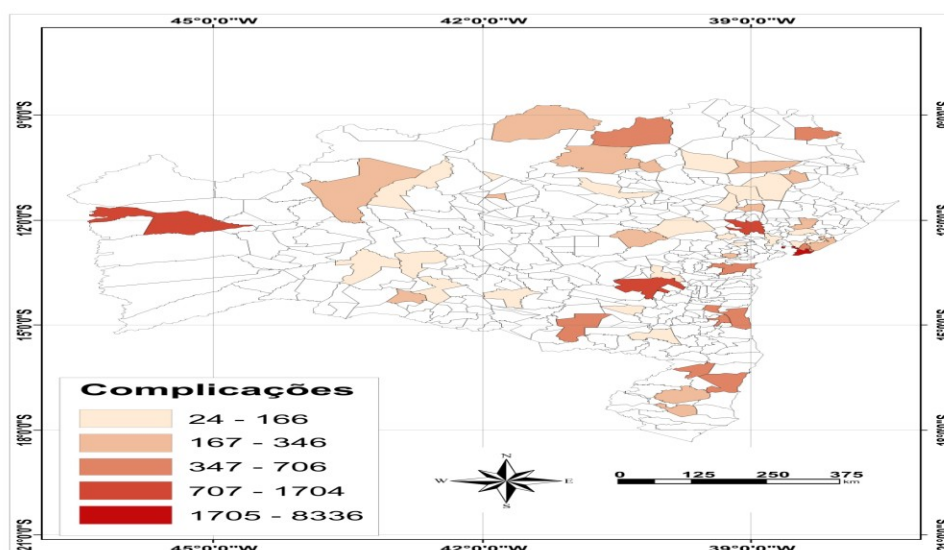
No mapa 02 registrou-se a distribuição dos internamentos por abortos, onde é possível observar sua ocorrência em todos os municípios deste estudo, sendo a maior prevalência em Salvador, Feira de Santana, Juazeiro, Vitória da Conquista, e as menores em Jaguaquara, Porto Seguro, e Xique-Xique.

Mapa 02 - Distribuição espacial dos internamentos por aborto nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.



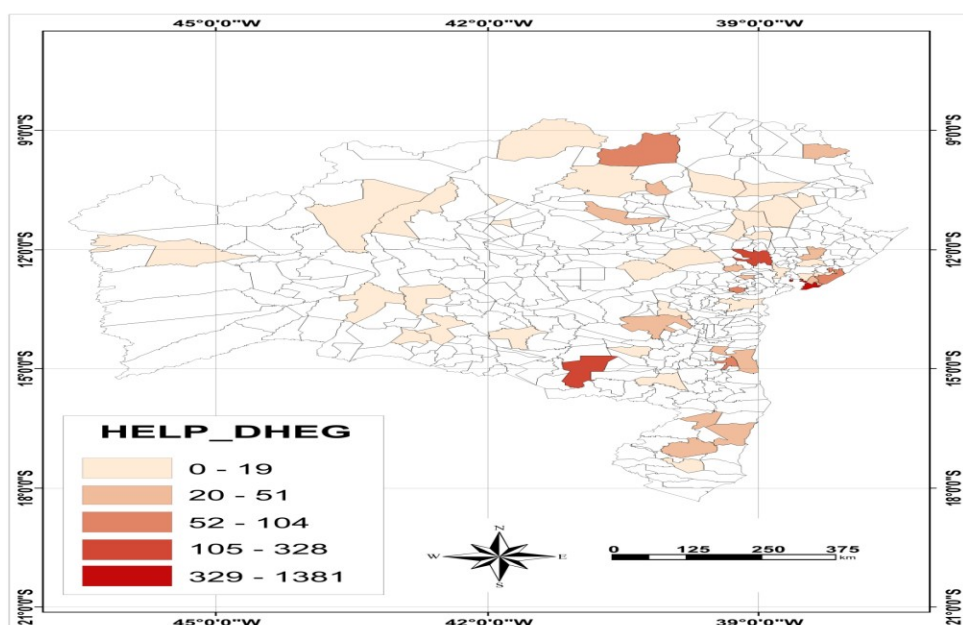
No mapa 03 observa-se a distribuição dos internamentos por complicações, como na mortalidade materna e como no aborto, o comportamento dos internamentos por complicações, é de grande dimensão e prevalência. Pode-se observar sua ocorrência em todos os municípios deste estudo, sendo que em Salvador, Vitória da Conquista, Jequié, Feira de Santana esteve com as maiores frequências, e as menores em Poções, Santo Amaro, Caitité.

Mapa 03 - Distribuição espacial dos internamentos por complicações maternas nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.



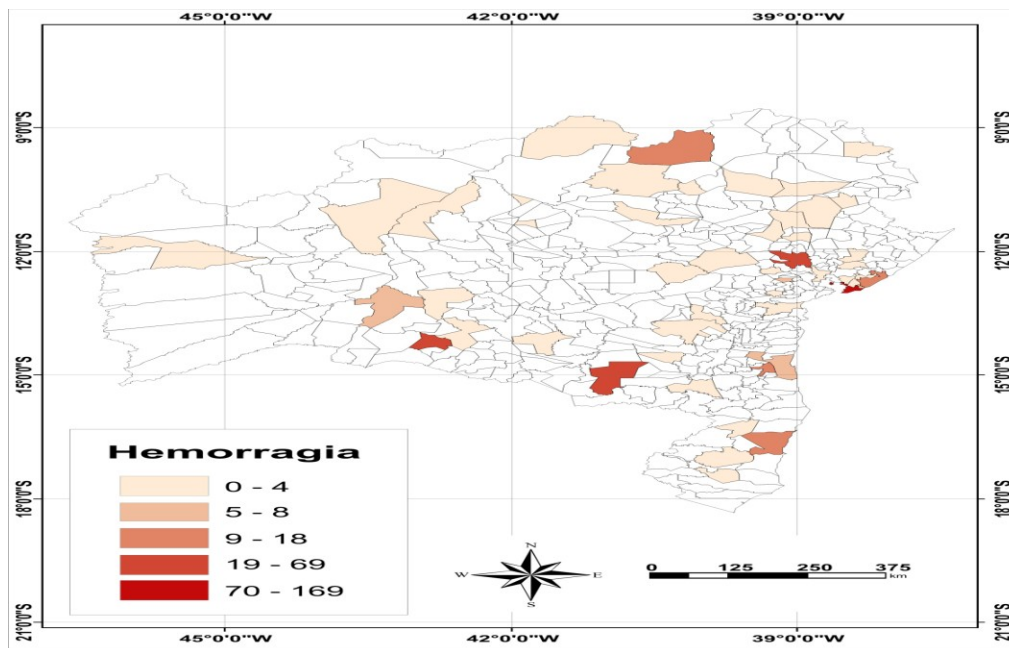
No mapa 04 observa-se a distribuição dos internamentos por HELP_DHEG, como na mortalidade materna e como no aborto, o comportamento dos internamentos por estas causas é de grande dimensão devida sua grande prevalência, e que acontece em todos os municípios deste estudo, sendo que em Salvador, Vitória da Conquista, Feira de Santana esteve com as maiores frequências, e os menores em Valença, Teixeira de Freitas, Ribeira do Pombal, e Itapetinga.

Mapa 04 - Distribuição espacial dos internamentos por HELP_DHEG nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo a raça/cor da pele, 2010.



No mapa 05 a distribuição dos internamentos por Hemorragia apresentou-se, em menor proporção que no aborto, complicações e DHEG, mas com a mesma importância sendo que os municípios de Salvador, Vitória da Conquista e Guanambi apresentaram as maiores frequências, e as menores foram observadas em Caitité, Porções, Santo Amaro.

Mapa 05 - Distribuição espacial dos internamentos por hemorragias maternas nos 49 municípios mais populosos do estado da Bahia segundo raça/cor da pele, 2010.



Os municípios de Salvador, Feira de Santana, e Vitória da Conquista, apresentam-se destacados e isto se justifica por serem estes os maiores municípios da Bahia, de maior desenvolvimento, são sede de macros, e recebem maiores recursos, bem como possuem maior aparato tecnológico e humano para atender às mulheres advindas de outros municípios que por ventura não disponham de recursos humanos e tecnológicos.

DISCUSSÃO

A morbimortalidade materna se configura como um problema de saúde pública no Brasil³. Na Bahia, a mortalidade materna é um indicador em declínio desde 1990, porém apesar de se observar uma redução em 2010, estes números ainda preocupam, pois se encontram elevados e refletem a atual situação de saúde reprodutiva no estado, além de traduzir profundas desigualdades²².

Ao analisar a ocorrência de morbidade materna em 2010, os 49 municípios apresentaram taxas elevadas em todas as categorias analisadas, principalmente por abortos e por complicações, destacando-se maior prevalência de mortalidade por essas mesmas causas entre as mulheres negras. O aumento da mortalidade materna e perinatal esta diretamente relacionado com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade em tempo oportuno e no nível de complexidade necessário¹⁰.

A DHEG correspondeu a uma das principais causas de internamento e de morte

materna, cuja prevalência foi maior nas negras, principalmente nos municípios do sul da Bahia. Os elevados coeficientes de morbimortalidade materna observados na população de mulheres negras evidenciam uma provável lacuna ou precariedade nos serviços de saúde destes municípios com relação à assistência à saúde dessas mulheres.

As mortes maternas por causas indiretas na raça cor da pele negra continuaram em evidência, sendo ainda maior nos registros de óbitos por causa obstétrica direta. De acordo com o banco de dados do DATASUS, as mulheres de raça/cor preta e branca apresentaram os maiores coeficientes de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas entre 2002 e 2006²¹.

Neste estudo notou-se maior prevalência de morbimortalidade materna em mulheres negras, solteiras, com idade entre 20-29 anos, com ensino fundamental entre 4-7 anos, e tipo de causa obstétricas diretas para os óbitos. Com efeito, os aspectos renda, condições de vida, nível de instrução, inserção no mercado de trabalho, acesso aos serviços de saúde quando agregados potencializam as possibilidades de adoecimento e morte em mulheres negras. Às mulheres negras são reservados múltiplos fatores estruturantes que se interseccionam, condicionam e favorecem todo esse processo de vulnerabilidade social²³.

Um dos grandes entraves para a identificação dos óbitos maternos refere-se à qualidade e confiabilidade questionável das informações expressas nas declarações de óbitos¹⁰, dado verificado nesse estudo. Os sub-registros tendem a dificultar o monitoramento da tendência de mortalidade materna e provocar distorções quantitativas e informacionais²⁴, o que nos induz a considerar que esses dados sejam ainda mais díspares. Entretanto, não se pode desconsiderar que embora não sendo completamente fidedignas, as estatísticas de mortalidade por causa contribuem, sobremaneira, para a caracterização do perfil epidemiológico de uma população²⁵.

Os dados desagregados por raça cor da pele apresentaram maior subnotificação nas questões relacionadas à morbidade, sendo, portanto este um indicador de difícil análise em face das unidades de análises, apresentarem um número alto de registros sem informações, ou ignoradas. Os dados sobre mortalidade materna apresentaram-se mais fidedignos, mas com relação às morbidades observa-se superdispersão, necessitando de ajustes para sua análise e interpretação.

As análises de associação bivariada e multivariada entre os principais grupos de morbidades maternas e a proporção de mulheres negras nos 49 municípios de maior densidade populacional, não mostrou correlação entre proporção de mulheres negras e

risco de internação por causas maternas, inclusive as análises mostraram associação negativa com a maioria dos indicadores. Entretanto, esses resultados podem ter sido observados devido a grande assimetria e variabilidade dos dados, já que ao se comparar as taxas de prevalência observou-se que as mulheres pretas, pardas e a junção de pretas e pardas apresentam maior risco de serem internadas por DHEG, e as mulheres pardas separadamente e negras apresentam maior risco de serem internadas por abortos hemorragias e complicações quando comparadas as mulheres brancas.

Nas análises bivariadas para mortalidade materna, observou-se que o número de mortes maternas se associou positivamente com a proporção de mulheres negras. A discriminação racial resultante das desvantagens econômicas e sociais enfrentadas por minorias étnico-raciais no Brasil produz seus efeitos na saúde, e coloca em desvantagem grupos raciais específicos²⁶.

As análises de associação bi e multivariada permitiram avaliar se os fatores sócios econômicos exercem alguma influência na morbimortalidade materna. Isto permite inferir que municípios com menores índices de domicílios servidos pelo abastecimento de água da rede pública, e com diferenças populacionais entre 5% na população de mulheres negras exercem influencia na mortalidade materna. Nesta análise, excetuando Santo Amaro que foi o município que apresentou maior proporção de negras (90,0%), observaram-se os maiores coeficientes desta população nos municípios de Candeias e Cruz das Almas e os menores coeficientes em Brumado e Caitité. Ao associarmos as taxas de água, observaram-se em Monte Santo e Casa Nova as menores taxas e Itapetinga e Lauro de Freitas as maiores taxas.

No contexto da mortalidade materna, em que se avaliam desde questões sociais à qualidade do acesso aos serviços de saúde, a utilização da variável raça/cor é imprescindível, sobretudo, porque os óbitos maternos se distribuem com grande diferencial entre os grupos populacionais e ocorrem majoritariamente em mulheres de baixa escolaridade, baixos salários, classes sociais mais baixas e negras^{27, 28}.

Um dos aspectos limitantes do estudo refere-se à indisponibilidade dos dados socioeconômicos do IBGE de forma desagregada por raça/cor da pele e idade fértil, o que obriga os pesquisadores a realização de estimativas, ou então como no caso deste estudo a limitar-se ao uso de dados de anos censitários, reduzindo assim as possibilidades de análises. Outro fator limitante é que os dados da base estadual²⁹ divergem com os dados da base nacional¹⁶.

Os dados oficiais sobre mortalidade materna apresentam limitações de subenumeração dos dados uma vez que exige conhecimento preciso nas definições da morte materna para que sejam classificados corretamente e da circunstância que ela ocorreu, bem como a existência de sub-registros de nascidos vivos, fato que interfere diretamente nos resultados, o que demanda uso de fatores de correção e ajustes de probabilidades, entretanto o uso de estimativas indiretas, e de fatores de correção, envolvem dificuldades metodológicas, e imprecisões, por isso a sua recomendação de uso é para as grandes regiões e suas capitais, estudos anteriores,⁵ usando o método RAMOS definiu para a região nordeste o fator de correção para a RMM de 1,7 e para o país de 1,4 não aplicáveis a pequenas unidades como as usadas nesta pesquisa⁹.

Faz-se necessário a realização de outros estudos, tanto em nível agregado como em nível individual que permitam outros tipos de análises uma vez que os dados observados no nível agregado não retrata a realidade em nível individual, portanto, a realização de um estudo multinível poderia dar uma dimensão mais aproximada do risco individual e agregado da morbimortalidade materna³⁰.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que nos 49 municípios de maior densidade populacional na Bahia em 2010, houve predominância de morbimortalidade materna na população negra de 20-29 anos, com pouca escolaridade e renda. Os internamentos por complicações e abortos foram observados em todos os municípios em coeficientes elevados, enquanto que DHEG e Hemorragias observou-se uma discreta dispersão, sendo prevalente em uma ou outra região, não se sabe se por subnotificação destes dados ou por erros de diagnóstico. As análises de associação bi e multivariada permitiram avaliar se os fatores sócios econômicos exercem alguma influência na morbimortalidade materna, assim, se observou que o aumento de 5% na população de mulheres negras faz com que os municípios apresentem risco de morte materna em 25,2%.

Este estudo possibilitou a identificação dos municípios com maior vulnerabilidade para a morbimortalidade materna, evidenciando que a população de mulheres negras apresenta maior risco de internamentos por DHEG, Abortos, Hemorragias e Complicações.

Considerando que estas causas apresentam risco significativo de morte materna, os achados observados poderão ser úteis na compreensão das diversidades regionais e locais

podendo vir a contribuir na elaboração de ações que assegurem um pré-natal de qualidade e uma maternidade segura às mulheres, principalmente aquelas em situação de maior risco para a morbimortalidade materna.

Os dados deste estudo permitem inferir que existe uma lacuna a ser corrigida na atenção a saúde da mulher nestes municípios, com relação à morbimortalidade materna principalmente aborto e complicações, particularmente na população de mulheres negras.

A inexistência de dados socioeconômicos desagregados, e/ou a subnotificação do registro raça/cor da pele, bem como a superdispersão de dados, a possibilidade de estas taxas estarem subestimadas, e a impossibilidade de uso de fator de correção foram algumas das limitações deste estudo. Faz-se necessário a realização de outros estudos sobre essa temática em uma perspectiva metodológica que possibilite melhor apreensão dessa realidade.

REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization. Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1(6), 1997.
2. Tanaka, Ana Cristina d'Andretta. Mortalidade materna: um indicador de iniquidade. In: *Mortalidade Materna no Nordeste: da política à ação*. Editores: José Guilherme Cecatti Carlos Laudari. O papel da sociedade civil. Responsabilidade e controle social. Salvador: 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
5. MARTINS AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.11, pp. 2473-2479. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>.

6. CUNHA, E.M.G.P. Mortalidade infantil por raça. In: **I Seminário da População Negra**, p. 103-116, 2004. Disponível em: <www.mulheresnegras.org/doc/livro1.pdf>. Acesso em: 11 nov./2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde– Brasília: Editorado Ministério da Saúde, 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
10. MAIO, M. C., et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 171-180, 2005.
11. CUNHA, E. M. G. de P. da. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: WERNECK, J, BATISTA, L.E., LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra**. Petrópolis, RJ: DP; Brasília, DF: ABPN, 2012.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_ver_sao_final_196_ENCEP2012.pdf Acesso em: 20 de fev. de 2013.
13. ARAÚJO, E.M. **Mortalidade por causas externas: uma expressão das desigualdades sociais em Salvador**, 1998 a 2003. 2007. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007
14. ARAÚJO, E.M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

15. SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2011.
16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Censo 2010**. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>> Acesso em set/2011, maio, 2012/2013.
17. SOARES FILHO, A.M. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: WERNECK, J; BATISTA, L. E, LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: ABPN, 2012.
18. HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 57-65, 2002.
19. FUSTINONI, Suzete Maria. **Síndromes Hipertensivas na Gravidez**. In: **Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal/** Sonia Maria Oliveira de Barros, (org). – Barueri, SP: Manole, 2006.
20. CARVALHO, M. S e SOUZA-SANTOS, Reinaldo. Análise de Dados Espaciais em Saúde pública: methods, Problemas, Perspectivas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2005 vol.21, n.2, pp 361-378. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200003>
21. BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acessado em 2012-2013].
22. MARTINS B.C.; LEITE F.; e CECHIN J. **Morbidade materna e em mulheres com e sem plano de saúde, 2009** disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TD00212009PNDSmorbidadegravidez.pdf> [acesso em junho/2012].
23. GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. 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.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

- Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
25. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2008; 23(5): 349–56.
 26. CHOR, D. LIMA C. R. de A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5): 1586-1594 set-out, 2005.
 27. MARTINS AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.11, pp. 2473-2479. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>.
 28. TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha; BARBOSA, Dulce Aparecida and VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2012, vol.12, n.1, pp. 27-35.
 29. BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Banco de Dados do Sistema Estadual de Saúde.** DIS_SESAB. Disponível em <http://www.sesab.ba.org.br> [Acessado em 2012-2013].
 30. LAROS, Kátia Elizabeth and, ARIE, Jacob. **Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual.** *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2009, vol.26, n.3, pp. 349-361. ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300008>.



Não somos tão diferentes quanto desejamos;
Tão frágeis quanto aparentamos;
Tão certos como os sábios;
Somos justos, somos elos; corrente de batalhas,
homens, mulheres;
Somos nós e nós difíceis de desatar;
Em cada canto, campo, cidade,
Instrumentos vivos de luta,
TRABALHADORES!

Por isso somos
DIFERENTES... IGUAIS!

(AD)

Luciane Alves Ribeiro
Enfermeira, docente e
Mestre Saúde Coletiva - UEFS