

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

# Relatório da Oficina



## Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS

Brasília - DF  
2023



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

# Relatório da Oficina



## Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS

Brasília - DF  
2023





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Ministra de Estado da Saúde:  
Nísia Verônica Trindade Lima  
Secretário Executivo:  
Swedenberger do Nascimento Barbosa  
Secretário de Atenção Primária à Saúde:  
Nésio Fernandes de Medeiros Júnior

*Organização:*

Ministério da Saúde:  
Luis Eduardo Batista  
Flavia do Bonucesso Teixeira  
Nádja Alves dos Reis  
Ana Laura Pereira Abreu  
Doracy Karoline Simões de Medeiros  
Everton Bornholdt Falcão  
Jemina Prestes de Souza  
Katia Maria Barreto Souto  
Patrícia Santana Santos  
Maria Gerlivia de Melo Maia Angelim  
Claudia Araújo de Lima  
Dressiane Zanardi Pereira  
Karoline Martins Moreira  
Isis Padilha Macagnan  
Amarilis Bahia Bezerra  
Pedro Henrique Presta Dias.

Beneficiência Portuguesa:  
Tania Lago  
Everton Lopes Rodrigues  
Jucelia Barbosa  
Jefferson Pereira  
Luciara de Jesus Souza.

*Colaboração:*

Ministério da Saúde:

Marcos Moreira da Costa  
Gilmara Santos  
Samantha Turte Cavadinha  
Camila Bahia  
Sérgio Pedro da Silva  
Mara Lucia dos Santos Costa  
Clara Alves Silva  
Caroline Ludmila Bezerra Guerra  
Mariana Russo Damasceno  
Helder Lima Garcia Azevedo  
Débora Siqueira Ramos Beltrammi  
Ananda Beatriz Rodrigues Marques  
Jessevanda Galvino de Almeida  
Letícia Amaral  
Jéssica Procópio de Quadros  
Liliane Cristina Rodrigues Augusto  
Renata Torres  
Índira Ramos  
Carla Santos

Beneficiência Portuguesa  
Giselli Souza  
Maraisa Sena  
Zilma De Souza  
Ana Paula Margarido  
Ana Lúcia Nascimento  
Lavinia Aragão  
Leane Machado  
Marta Campagnoni.

*Coordenação de comunicação:*

Andréia Ferreira

*Projeto gráfico e capa:*

Matheus Moreira

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Relatório: Oficina de Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2023. 98 p.



# Sumário

Por que o Ministério da Saúde decidiu realizar essa oficina de trabalho?.....	5
Impacto do racismo na mortalidade materna.....	8
Equidade, determinantes sociais, determinação social e a mortalidade materna de mulheres negras no SUS Brasil.....	21
Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil.....	23
Atenção ao pré-natal e ao parto entre as mulheres negras.....	29
Morbidade Materna e Near Miss .....	37
Morbidade materna grave e Near Miss Materno na população negra brasileira .....	43
Produtos dos grupos da oficina.....	52

## Por que o Ministério da Saúde decidiu realizar essa oficina de trabalho?

O Brasil assina e ratifica declarações e convenções internacionais que têm como premissas a redução da mortalidade materna e ações de promoção da saúde e de enfrentamento do racismo, assim como orienta políticas públicas a buscar alcances para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A Convenção do Cairo (1994), que trata dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres por intermédio de outros direitos, como educação, saúde, redução da pobreza, igualdade, e a Declaração de Durban (2001), que trata do enfrentamento do racismo, da xenofobia, da violência e da estigmatização, apontam que o enfrentamento do racismo deve ser tema de políticas públicas e planos de ação governamental.

Em 2015, o Brasil assumiu 17 pontos dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável que contribuem direta e indiretamente com a qualidade de vida e bem-estar da população e devem encaminhar suas ações para ampliar diretrizes e metas para 2023. O ponto de encontro entre os ODS e as Convenções é a determinação política do País em reduzir a mortalidade materna de mulheres negras por intermédio do crescimento econômico e do desenvolvimento de ações dirigidas a elas em todas as áreas de fortalecimento.

Em janeiro de 2023, o presidente da República anuncia que uma de suas prioridades de governo será o enfrentamento do racismo. No mesmo mês, a ministra da Saúde anuncia que entre suas prioridades está a redução da mortalidade materna entre as mulheres negras.

E é a partir desses marcos históricos e conceituais que o Ministério da Saúde decidiu realizar essa primeira **OFICINA MORTE MATERNA DE MULHERES NEGRAS NO CONTEXTO DO SUS**. E para essa atividade convidou gestores(as) da saúde da população negra, saúde da mulher e saúde do adolescente dos estados e das capitais, com os objetivos de:

- Promover articulação institucional para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento dos fatores que determinam a mortalidade materna entre as mulheres negras;
- Propor um grupo de ações que busque qualificar trabalhadores e trabalhadoras do SUS para o enfrentamento do racismo, que é um dos fatores estruturantes da mortalidade materna de mulheres negras;
- Apoiar a condução das ações de construção do plano de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da Mulher e da Política Nacional de Saúde da População Negra, considerando as características locais, bem como fortalecer e fomentar ações estruturantes em saúde da mulher;
- Disseminar e compartilhar conhecimento e práticas em uma interlocução entre produtores de conhecimento, profissionais de saúde, gestores(as), docentes negras, estudantes e população em geral em articulação com a formação de recursos humanos do SUS.

A segunda **OFICINA MORTE MATERNA DE MULHERES NEGRAS NO CONTEXTO DO SUS** será realizada em 2024 e contará com a presença das gestoras e gestores e movimentos sociais.



## Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS

# PROGRAMAÇÃO

23 DE NOVEMBRO

### 8h - 8h30

Credenciamento

### 9h - 11h

Mesa de abertura

### 11h - 12h30

Painel: Aline Pimentel (*in memorian*)

**Racismo e mortalidade materna das mulheres negras**

Moderadora: Karoline Moreira (SE/MS)

Convidadas: Carol Cardoso Rodrigues, Emanuele Goes e Carmem Faro

### 12h30 - 14h

Almoço

### 14h - 14h55

Painel: Rurany Ester Silva (*in memorian*)

**Determinação social**

Moderadora: Cláudia Araújo (Deppros/Saps/MS)

Convidadas: Layla Carvalho e Maria do Carmo Leal

### 14h55 - 15h50

Painel: Fátima Oliveira (*in memorian*)

**Atenção ao pré-natal e ao parto**

Moderadora: Gilmar Santos (Deppros/Saps/MS)

Convidadas: Silvana Granado Nogueira da Gama e Luana Silva

### 15h50

Intervalo

### 16h - 17h

Painel: Alaerte Leandro Martins

**Morbilidade materna e Near Miss**

Moderadora: Samantha Turte Cavadinha (Decit/Sectis/MS)

Convidadas: Maria do Carmo Leal e Cleonusia Vasconcelos

### 17h - 18h30

Painel: Regina Viola (*in memorian*)

**Qualificação da informação em saúde**

Moderadora: Jemina Prestes de Souza (DGCI/Saps/MS)

Convidadas: Sonia de Azevedo Bittencourt, Camila Bahia e Leticia de Oliveira Cardoso





**Morte Materna  
de Mulheres Negras  
no Contexto do SUS**

# PROGRAMAÇÃO

**24 DE NOVEMBRO**

## **8h30 - 9h**

### **Boas-vindas**

Retomada do dia anterior e orientações

Vídeo: Gravidez na adolescência

Convidados: Luis Eduardo, Juliana Soares e Martha Silva

## **9h - 12h30**

### **Grupos de trabalho**

## **12h30 - 14h**

### **Almoço**

## **14h - 16h**

### **Plenária: apresentação dos grupos de trabalho**

## **16h - 17h**

### **Encerramento**



## Impacto do racismo na mortalidade materna

Carol Cardoso Rodrigues<sup>1</sup>

Não é possível falar de saúde das mulheres negras sem falar de racismo enquanto um determinante de saúde. A experiência do nascer, viver, gestar, parir e morrer não é a mesma para as pessoas que têm útero. Um homem trans negro terá diferentes trajetórias sexuais e reprodutivas que uma mulher cis negra com deficiência, que terá diferentes trajetórias de uma adolescente negra em medida socioeducativa.

Akotirene (2018) alerta que não existem hierarquias de opressão, existe uma matriz de opressão que produz diferenças. As identidades são constituídas a partir da experiência racializada coletivamente. A pesquisadora acredita que não é possível separar as opressões de raça, classe e sexo, porque, na vida, essas opressões são quase sempre experimentadas simultaneamente. Desde a década de 1980, o movimento de mulheres negras denuncia, no campo dos direitos reprodutivos, o impacto do racismo na saúde da população negra, por meio de denúncias sobre supostas políticas de controle de natalidade que teriam como alvo principal a população negra (DAMASCO, 2012).

Apesar de a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1986, IBGE, apresentar os maiores índices de mulheres esterilizadas de 15 a 54 anos no Maranhão (75,4%), Goiás (71,3%) e Pernambuco (61,4%), onde a população parda e preta é majoritária, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) não confirmou a denúncia do movimento negro de que a maior incidência de esterilização era em mulheres negras. Entretanto, os membros da CPMI concordaram que não havia estatísticas oficiais satisfatórias que desagregassem por raça os aspectos relacionados à saúde da população brasileira (DAMASCO, 2012).

As discussões promovidas pela CPMI possibilitaram a criação de um projeto de lei para normatizar e conter o uso abusivo da esterilização cirúrgica no Brasil, o qual serviu de base para a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 (DAMASCO, 2012).

Em 2001, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Mortalidade Materna apresentou que no Brasil eram raros os dados de mortalidade materna segundo a raça e que era difícil traçar com precisão a cor que apresenta maior risco para a mortalidade materna no Brasil, visto que havia uma intensa miscigenação racial (BRASIL, 2001).


No parágrafo abaixo a essas afirmações, o relatório da CPI apresentou alguns dados da pesquisa de mestrado de Alaerte Martins, em 1993, realizada no Paraná, que analisou a diferença do coeficiente de mortalidade materna por raça, mostrando que a mortalidade materna é 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes maior entre as pretas (BRASIL, 2001).

O relatório da CPI recomendou identificar os grupos de maior vulnerabilidade para que fossem constituídas prioridade nas políticas públicas de saúde, na assistência e na educação (BRASIL, 2001). O marcador racial não tem visibilidade nas recomendações da CPI, nem mesmo para a criação de estratégias para coleta de dados relacionados a raça/cor, já que se afirmou que eram raros os dados.

O governo brasileiro foi condenado internacionalmente pela violação do direito humano devido à mortalidade materna, em 2011, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Alyne da Silva Pimentel, mulher, negra e empobrecida sofreu discriminação de gênero, de raça e de classe e veio a óbito por não ter recebido assistência obstétrica de qualidade.

1 - Servidora pública concursada na SES/RS. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva.





Ainda que o Comitê da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres (Cedaw) tenha afirmado que Alyne sofreu discriminação racial, nas recomendações do Comitê não há nenhuma para o enfrentamento do racismo. Assim, as recomendações do governo brasileiro também foram generalistas e não apresentaram ações focadas nas mulheres negras e de enfrentamento do racismo.

A sociedade brasileira não discute amplamente as questões raciais e o racismo, ficando a cargo das pessoas negras e indígenas fazerem essa discussão. Nos últimos 15 anos, muitas pesquisas foram realizadas com o objetivo de demonstrar as diferenças nos indicadores de saúde, no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da assistência ofertada à população branca e negra.

A população negra acumula mais doenças crônicas, em decorrência da precarização das suas condições de vida, moradias, ausência de saneamento, bairros com equipamentos públicos sociais insuficientes e inadequados. Percebem-se os reflexos do racismo institucional na falta de materialidade do marcador racial nas políticas públicas, ainda que os indicadores de saúde demonstrem as desigualdades raciais.

Nas políticas públicas de mortalidade materna, que também apresentam o sexismo como opressão, o racismo e suas manifestações desorganizam as trajetórias reprodutivas das mulheres negras, contribuindo para desfechos negativos à saúde sexual e reprodutiva (GOES; FERREIRA; RAMOS, 2023).

Assim, se coloca como fundamental traçar estratégias para a redução da mortalidade materna, identificando e reconhecendo as diferenças regionais, econômicas e sociais e as desigualdades raciais e o impacto do racismo. É urgente que as políticas públicas de redução da mortalidade materna tragam visibilidade para o marcador racial e façam o enfrentamento do racismo institucional.

## Referências

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte (MG): Letramento Justificando, 2018. 144p.

BRASIL. **CPI Mortalidade Materna**. Brasília: Câmara de Deputados, 2001

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 133–151, jan. 2012.

GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna por covid-19: o que vimos na Pandemia?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023.

## Anexos

Linha do tempo do caso Alyne Pimentel e das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e para equidade racial.

Para a apresentação deste item, foi elaborada uma linha do tempo com informações quanto ao ano, o acontecimento e considerações importantes sobre o caso Alyne Pimentel, além de informações sobre o cenário internacional e nacional das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e para a equidade racial, como pode ser observado no quadro 1.

As conferências internacionais relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos não foram apresentadas no quadro. Essa linha do tempo tem a finalidade de traçar paralelos possíveis para uma melhor compreensão do tema, e, por isso, ela não o esgota.

**Quadro 1** - Linha do tempo do caso Alyne Pimentel e das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e para equidade racial

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
1965	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	Em 1965, os estados-partes acordaram um dos principais tratados internacionais em relação aos Direitos Humanos. Os estados-partes comprometem-se a tomar as medidas imediatas e eficazes, principalmente no campo do ensino, educação, saúde, cultura e informação, para lutar contra os preconceitos que levem à discriminação racial. O Brasil promulgou a Convenção, por meio do Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969, tendo sido ratificada no ano anterior (BRASIL, 1969).
1979	Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, em inglês)	Primeiro tratado internacional a dispor de maneira ampla sobre os direitos humanos das mulheres, tendo como instrumentos o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação das Mulheres. O artigo 1º definiu a discriminação contra a mulher como sendo: "toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo" (ONU, 1979, p. 3).
1983/ 1984	Implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism)	Proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Ofereceu atividade de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, oferecendo assistência para concepção e contracepção e assegurando a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade. Objetivava também o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário (BRASIL, 2004c).
1984	Brasil ratifica a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)	Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984, promulgou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, com reservas a alguns artigos. Em 6 de junho de 2002, o Congresso Nacional aprovou o texto do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, passando a vigorar o Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002 (BRASIL, 2002a).
1987	Conferência Internacional sobre Mortalidade Materna sem Risco em Nairóbi	Definição da iniciativa da Maternidade Segura, que identificou a redução da mortalidade materna como uma meta global de saúde pública (COOK, 2013; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).
1987	Implantação dos Comitês de Investigação da Morte Materna	Os comitês de morte materna têm o objetivo de analisar os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução, é um importante instrumento de acompanhamento e avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher. Os primeiros Comitês Municipais foram no estado de São Paulo. Em seguida, o processo ocorreu nos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. Apenas em 2005, todos os comitês estaduais foram implantados (BRASIL, 2007a).

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
1990	23ª Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington	Os países assumiram o compromisso de formular seus planos nacionais de redução da mortalidade materna firmando, até o ano 2000, a meta de reversão em pelo menos 50% da mortalidade materna (PAHO; WHO, 1990).
1991/ 1993	Criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre esterilização em massa de mulheres no Brasil	Em 1991, por pressão do movimento de mulheres negras e do requerimento da deputada Benedita da Silva, foi criada a CPMI destinada a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil”. O relatório final publicado em 1993 reconheceu que havia um processo de esterilização em massa das mulheres. Denunciou-se o interesse de governos e organismos internacionais em executar políticas de controle demográfico no País e a omissão do governo brasileiro (não investigadas as ações internacionais). Entretanto, a CPMI não acreditou na denúncia das mulheres negras quanto à maior incidência da esterilização nos corpos das mulheres negras, um dos efeitos do racismo no Brasil (BRASIL, 1993; LÓPEZ, 2016; ROLAND, 1995).
1994	Comissão Nacional de Mortalidade Materna	Ao ser criada, a Comissão Nacional de Morte Materna foi composta por representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimento de mulheres e técnicos de notório saber (BRASIL, 2007a).
1995	Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela vida	Reuniu em Brasília cerca de 30 mil manifestantes. Foi entregue ao presidente Fernando Henrique Cardoso o Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial. Com o objetivo de incluir a população negra nas políticas públicas, enfocando a desigualdade socioeconômica e o baixo orçamento público destinado à população negra (FIGUEIREDO, 2018).
1996	Planejamento Familiar	A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Entende-se por planejamento familiar, o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996).
	Projeto Maternidade Segura	Projeto de credenciamento de instituições que promovessem a assistência integral à saúde da mulher e da criança, com o objetivo principal de elevar a qualidade de atendimento à saúde materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade. Parceria do Ministério da Saúde (MS), Febrasgo <sup>2</sup> , Unicef <sup>3</sup> , Opas <sup>4</sup> e UNFPA <sup>5</sup> (BRASIL, [1996?]).
	Criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra	Após a Marcha Zumbi dos Palmares, no ano anterior, as questões de saúde da população negra passaram a fazer parte da agenda da gestão pública, principalmente devido à vinculação do racismo com as vulnerabilidades em saúde. O GTI para a Valorização da População Negra foi criado para formular propostas de ação governamental (WERNECK, 2016). O GTI não foi efetivamente institucionalizado, não recebeu recursos financeiros, tornando-se inativo pouco tempo depois (LÓPEZ, 2012).
1996	Inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascido Vivo e de Óbito e elaboração da Resolução 196/96	Os Sistemas Nacionais de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) passam a constar da informação sobre raça/cor. A Resolução nº 196/96 versa sobre as normas de ética em pesquisas envolvendo seres humanos, sendo inserido o quesito raça/cor nos dados de identificação dos sujeitos das pesquisas, possibilitando as pesquisas apresentarem seus dados com o recorte racial (LOPES; WERNECK, 2010; LÓPEZ, 2012).

2 - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

3 - Fundo das Nações Unidas para a Infância

4 - Organização Pan-americana da Saúde

5 - Fundo das Nações Unidas para a População

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
1998	Aprovação dos atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde	O parágrafo único do art. 2º da Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998, aprovou os atributos comuns a serem adotados obrigatoriamente por todos os sistemas e bases de dados do MS, a partir de 1999. O dado raça/cor, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE, foi definido como complementar para o reconhecimento do indivíduo assistido. Como também o grau de escolaridade, a situação no mercado de trabalho, a ocupação e o ramo de atividade econômica (BRASIL, 1999).
1999	Recomendação geral sobre a saúde das mulheres pela CEDAW	"É uma obrigação para os estados-partes garantirem o direito da mulher a serviços de maternidade e de emergência de obstetrícia seguros, e que eles devem atribuir a esses serviços a extensão máxima dos seus recursos disponíveis" (CEDAW, 1999, p. 5).
2000	Declaração do Milênio das Nações Unidas em Nova Iorque	O ODM 5, "melhorar a saúde materna", tinha como meta reduzir a mortalidade materna em $\frac{3}{4}$ entre 1990 e 2015, aumentar a percentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados e melhorar a cobertura do atendimento pré-natal (COOK, 2013).
	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento	Instituído pelo MS por meio da Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000, o objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002b).
2000/ 2001	Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a Mortalidade Materna	Publicação do Relatório da CPI da Mortalidade Materna em 2001, trouxe o perfil das mortes maternas no País, suas causas e condicionantes e apontou recomendações para eliminar o problema (BRASIL, 2001). López (2016) denuncia que há um discurso de subvalorização da dimensão racial das mortes maternas no Brasil no relatório da CPI, devido às ideologias da mestiçagem quanto à falta ou à fragmentariedade dos dados epidemiológicos que contemplem o quesito cor. A dimensão racial parece se resumir a "algumas doenças de predominância racial" que afetam as mulheres negras.
2001	III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas	As mulheres negras foram protagonistas na conferência, elas contribuíram nos diversos documentos elaborados. As organizações do movimento negro desenvolveram intenso esforço de preparação e mobilização para as reuniões preparatórias. Em 2000, ocorreram em Santiago, Chile, a Conferência Cidadã e a Conferência Regional das Américas. Em julho de 2001, ocorreu em Brasília a Conferência Nacional (WERNECK, 2016; CARNEIRO, 2018; SILVA et al., 2009). Os países tiveram dificuldade em alcançar um consenso quanto à problemática étnico-racial. A Conferência Mundial foi marcada por disputas e conflitos, por isso a aprovação da Declaração e do Plano de Ação da Conferência foi considerada uma vitória. Colocou-se a necessidade de uma intervenção decisiva nas condições de vida das populações historicamente discriminadas (CARNEIRO, 2018).
2002 (nov.)	Óbito de Alynne Pimentel	Em 11 de novembro, Alynne Pimentel estava com seis meses de gravidez e foi ao centro de saúde Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, de Belford Roxo/RJ, com náusea severa e dor abdominal. Alynne morreu no dia 16 de novembro no Hospital Municipal Geral de Nova Iguaçu (HGNI). Uma autópsia determinou que a causa oficial da morte foi hemorragia digestiva (CEDAW, 2011).

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
2003 (fev.)	Registro de ação indenizatória contra o sistema de saúde por danos morais e materiais	O marido de Alyne Pimentel registrou ação indenizatória por danos morais e materiais e solicitou tutela antecipada (mecanismo judicial para que o juiz antecipe os efeitos protetivos de uma decisão), que lhe foi negada em dois momentos (CEDAW, 2011).
2003	Notificação compulsória do óbito materno	A Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003, estabeleceu que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas desse óbito, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Definiu-se como obrigatória a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno (BRASIL, 2003; 2007a).
	Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir)	Alguns objetivos da Seppir eram: formulação, coordenação e articulação de políticas para a promoção da igualdade racial, de políticas de ação afirmativa, da proteção de direitos de indivíduos e grupos raciais afetados pela discriminação racial, com ênfase na população negra. Ela estava vinculada diretamente à Presidência da República e com status de ministério (SILVA et al., 2009).
	Criação do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR)	Órgão colegiado de caráter consultivo vinculado à Seppir, tinha como missão propor políticas de combate ao racismo, ao preconceito e à discriminação e de promoção da igualdade racial. Ainda em 2003, houve a publicação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SILVA et al., 2009).
2004	Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra	O comitê foi formalizado pela Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, com a finalidade de promover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS (BRASIL, 2017a).
	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	O Pacto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os princípios norteadores eram a melhoria da atenção obstétrica e neonatal e o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças. Estabeleceu-se a meta de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006, e em 75% até 2015. Foram selecionados 78 municípios para serem apoiados financeiramente (BRASIL, 2004a; REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Depois houve publicação de outra portaria que instituiu a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres	Este documento incorporou o enfoque no gênero, reconhecendo que o ser mulher é uma construção social, histórica e cultural, extrapolando o biológico. Tinha como princípios orientadores a integralidade e a promoção da saúde, e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004c).
2004	Plano Nacional de Saúde (2004-2007)	Uma das medidas aprovadas no Plano Nacional de Saúde para a Promoção da equidade na atenção à saúde da população negra foi a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados (BRASIL, 2004d).



Ano	Acontecimento	Considerações importantes
2005/ 2007	Programa de Combate ao Racismo Institucional	O objetivo principal era contribuir para a redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas que promovessem a igualdade racial no SUS (SILVA et al., 2009).
2005	Publicação do documento Saúde da população negra no Brasil: contribuição para a promoção da equidade	A(O)s pesquisadora(e)s negra(o)s trabalharam apenas com dados oficiais sobre desigualdades raciais em saúde e iniquidades, com o objetivo de demonstrar que era possível trabalhar com os dados com base no quesito raça/cor. Na apresentação aos técnicos do MS, questionou-se sobre a posição do MS em não realizar análises desagregadas por raça/cor, devido à incompletude do preenchimento. Os pesquisadores negros demonstraram que era possível fazer essa análise. Houve bastante desconforto. E, então, em 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde publicou o livro Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde, apresentando pela primeira vez os dados desagregados por raça/cor (LOPES, 2020).
	Política Nacional dos Direitos sexuais e direitos reprodutivos	Segundo Brasil (2005a), as propostas e diretrizes para 2005-2007 eram: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; atenção em reprodução humana assistida no SUS; atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão; implantação de serviços para atenção às vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada as situações de abortamento.
	Aquisição centralizada de anticoncepcionais	Teve início em 1997, porém, com o processo de descentralização do SUS, a aquisição centralizada foi interrompida, retornando em 2005 (BRASIL, 2005a).
2005	Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento	Guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida (BRASIL, 2005b).
	Lei de acompanhante no parto	A Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, determinou que os serviços de saúde ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante (indicada por ela), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c).

Ano	Acontecimento	Considerações importantes	
2006	Pacto pela Saúde/ Pacto pela Vida	<p>A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulgou o Pacto pela Saúde. Na perspectiva de superar as dificuldades, de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão, apresentava três componentes, o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida apresentou os seguintes objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna (RMM);</li> <li>- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;</li> <li>- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades dos locais de parto (BRASIL, 2006b).</li> </ul> <p>Reis, Pepe e Caetano (2011) destacam que o Pacto pela Saúde tornou obrigatória a inclusão dessas ações nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, firmando o compromisso dos gestores com o alcance das metas pactuadas.</p>	
	Reconhecimento da existência do racismo institucional	Durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, o ministro, Agenor Álvares, reconheceu publicamente a existência do racismo institucional no SUS (LOPES; WERNECK, 2010).	
	Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra <sup>6</sup>	Movimento Negro passou a ser membro no segmento usuários no CNS	Foram eleitas para o período 2006/2009, a Articulação de ONGs de Mulheres Negras Brasileiras e como suplentes a Coordenação Nacional das Entidades Negras e o Congresso Nacional Afro-Brasileiro (LOPES; WERNECK, 2010; LOPES, 2020).
		Aprovação da PNSIPN no CNS	Importante ato político organizado pelo movimento negro para mobilizar a aprovação da política, pois haviam resistências contrárias à aprovação. Iniciou-se 15 dias antes da reunião do CNS. Em novembro de 2006, o CNS aprovou por unanimidade a PNSIPN (LOPES; WERNECK, 2010).
2006 (set.)	Processo de ação indenizatória pela morte de Alyne Pimentel	Após 3 anos e 10 meses, o poder judiciário designou um médico para dar um parecer no processo de ação indenizatória pela morte de Alyne Pimentel. Até esta data não havia acontecido nenhuma audiência (CEDAW, 2011).	
2007	Submissão do caso Alyne Pimentel ao Comitê CEDAW	A representação alegou que Alyne Pimentel foi vítima de uma violação de seu direito à vida e à saúde, de acordo com os artigos 2º e 12º da CEDAW pelo estado-parte. A Convenção e o Protocolo Opcional entraram em vigor no Brasil em 2 de março de 1984 e 28 de setembro de 2002, respectivamente (CEDAW, 2011).	
	Vinculação da gestante à maternidade passa a ser lei	A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, estabelece que toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e ao serviço no qual será atendida nos casos de intercorrência obstétrica. Importante destacar que, em casos de comprovação de falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade, <b>é responsabilidade do SUS realizar a transferência segura da gestante</b> (BRASIL, 2007b, grifo da autora).	

6 - A partir de 2006, o dia 27 de outubro passa a ser o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra.

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
2008	Pacto de Redução da <b>Mortalidade Infantil</b> no Nordeste e na Amazônia Legal 2009-2010 (grifo da autora)	Dados do IBGE e um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) demonstraram que as desigualdades regionais no território brasileiro poderiam ser superadas focando os investimentos em quatro problemas: taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, precária estrutura para os agricultores familiares e falta do Registro Civil. Firmou-se um Protocolo de Cooperação Federativa para execuções de ações cooperadas e solidárias com o objetivo de acelerar a redução da desigualdade nessas regiões (BRASIL, 2010b).
	Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal	A RDC <sup>7</sup> nº 36, de 3 de junho de 2008, estabeleceu os padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (BRASIL, 2008a).
	Regulamentação da vigilância do óbito materno	A Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, regulamentou a vigilância de óbitos maternos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência. Ela determina o fluxo para a declaração de óbito (DO), roteiro para a investigação do óbito e a realização de busca ativa diária de óbitos maternos e de mulher em idade fértil pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (BRASIL, 2008b). Apesar da investigação do óbito ter sido regulamentada em 2008, apenas no primeiro trimestre de 2010 foi incluído o quesito raça/cor nos formulários de investigação da morte materna. Essa inclusão permitiu uma compreensão mais adequada das desigualdades raciais pelos comitês de investigação da mortalidade materna (KALCKMANN et al., 2010).
	Relatório de Avaliação dos Objetivos do Milênio	O relatório apontou que de todos os objetivos de desenvolvimento do milênio, o objetivo 5, reduzir em $\frac{3}{4}$ a RMM entre os anos de 1994-2015, foi o que teve menos progresso (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).
2009	Institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	A aprovação da PNSIPN no CNS aconteceu em novembro de 2006, porém a pactuação na CIT aconteceu apenas em abril de 2008. O MS não deu celeridade ao processo de institucionalização da política, que foi instituída por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 (BATISTA et al., 2020). O principal objetivo da política é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, <b>o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS</b> ” (BRASIL, 2017a, p. 24, grifo da autora).
2010	Estatuto da Igualdade Racial	Em 2010, com a aprovação da Lei nº 12.288, a PNSIPN passa a ter força de lei. A operacionalização das estratégias e ações para a implementação da política foi pactuada nos planos operativos e inserida no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual, com previsão orçamentária na Lei Orçamentária (BATISTA et al., 2020). Os artigos alusivos à saúde da população negra e a PNSIPN se encontram no Título II – Dos Direitos Fundamentais/Capítulo I – Do Direito à Saúde/Artigos 6º, 7º e 8º (UNFPA, 2016).
2011 (24 jun.)	Rede Cegonha (RC)	A RC consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

7 - Resolução da Diretoria Colegiada de Agência de Vigilância Sanitária.

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
2011 (25 jul.)	Comitê CEDAW condenou o Estado brasileiro	O Brasil violou as obrigações dispostas no artigo 12° (em relação ao acesso à saúde), no artigo 2° (c) (em relação ao acesso à justiça) e no artigo 2° (e) (em relação à obrigação de devida diligência do estado-parte de regular as atividades de provedores privados de saúde), em conjunção com o artigo 1 da Convenção, levando também em conta as Recomendações Gerais nº 24 e 28 (CEDAW, 2011).
2013	Decisão de mérito (indenização da família)	É importante frisar que o Estado já havia sido condenado internacionalmente pela ONU e uma das recomendações era a indenização da família (LÓPEZ, 2016).
	Criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI)	A Portaria Interministerial nº 2, de 18 de março de 2013, criou o GTI. Este grupo apresentou um relatório demonstrando as ações realizadas pelo governo brasileiro para atender às recomendações do Comitê CEDAW no caso Alyne Pimentel, melhorando a saúde da mulher e da criança em todo o território nacional (BRASIL, 2014b).
2014 (mar.)	Pagamento da indenização à mãe de Alyne Pimentel	No dia 25 de março de 2014, houve uma cerimônia em que o governo federal reconheceu publicamente a responsabilidade do Estado brasileiro na morte de Alyne Pimentel, vítima de violação de direitos humanos (BRASIL, 2014a).
2015	Marcha das Mulheres Negras	Reuniu cerca de 35 mil mulheres, que gritavam em coro: "Nós, mulheres negras, exigimos um novo projeto civilizatório!". Elas denunciavam que o racismo e o sexismo perpetuam a violência contra a mulher negra por meio de um projeto ideológico e político, que mantém intactas as hierarquias raciais e de gênero. Algumas demandas da Carta das Mulheres Negras eram direito à vida e à liberdade, promoção da igualdade racial, direito ao trabalho, educação e cultura, direito à justiça e à moradia (FIGUEIREDO, 2018).
2017	Preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos SUS	O MS atualizou as disposições sobre o preenchimento do quesito, em todos os sistemas de informações do SUS, conforme a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017b).
	Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ÁPI-CE ON)	O projeto é uma iniciativa do MS em parceria com a EBSEH <sup>8</sup> , ABRAHUE <sup>9</sup> , MEC <sup>10</sup> e IFF/Fiocruz <sup>11</sup> , tendo a Universidade Federal de Minas Gerais como instituição executora. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto aos hospitais de ensino. Estratégia de indução e articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de ensino, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção - cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal (BRASIL, 2017c).

Fonte: RODRIGUES, 2022.

## Referências

BATISTA, L. E. et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade** [online], v. 29, n. 3, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969**. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação da Discriminação Racial. Brasília: Casa Civil, 1969.

8 - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

9 - Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino.

10 - Ministério da Educação

11 - Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz



BRASIL. Congresso Nacional. Relatório n. 2, de 1993 - **Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa nas mulheres no Brasil**. Brasília, 1993.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1996.

BRASIL. **Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998 (\*)**. Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DO nº 227-E, Seção 1, pág. 18, de 26.11.98. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

BRASIL. **Processo de Credenciamento para a Maternidade Segura**. Ministério da Saúde. [1996?] data provável. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002455.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. **CPI Mortalidade Materna**. Brasília: Câmara de Deputados, 2001.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília: Casa Civil. 2002a.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório nacional de acompanhamento. Coord. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Supervisão: Grupo Técnico para Acompanhamento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, 2004. Brasília: Ipea, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Casa Civil, 2005c.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b.

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

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007b.





BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal**: 2009–2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011a.

BRASIL. Secretaria de Política das Mulheres. **Cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne Pimentel**. 2014a. Disponível em: <https://youtu.be/sbz6B6LTE-E>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Relatório do governo brasileiro sobre o caso Alyne da Silva Pimentel** - Comitê para eliminação da discriminação contra a mulher. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Direitos Humanos. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a.


BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Apice On** - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde. 2017c.

CARNEIRO, S. **Escritos de uma vida**/ Sueli Carneiro; Prefácio Conceição Evaristo, Apresentação Djamilia Ribeiro - Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018. 290p.

CEDAW. **Recomendação Geral nº 24**: artigo 12º (as mulheres e a saúde). 20ª sessão, 1999. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW\\_RG\\_24.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW_RG_24.pdf). Acesso em: 10 maio 2019.

CEDAW. **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) v. Brasil**. Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 49ª Sessão, julho de 2011 (tradução livre por Juliana Fontana Moyses). 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253529/mod\\_resource/content/1/Julgamento%20CEDAW%20caso%20Alyne%20da%20Silva%20Pimentel%20Teixeira%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253529/mod_resource/content/1/Julgamento%20CEDAW%20caso%20Alyne%20da%20Silva%20Pimentel%20Teixeira%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf). Acesso em: 11 fev. 2019.



COOK, R. Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 1, p. 103-123, 2013. Traduzido para o português, com a permissão da Sociedade Americana de Direito, Medicina e Ética, por Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. Disponível em: [https://www.law.utoronto.ca/utfl\\_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf](https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf). Acesso em: 10 fev. 2019.

FIGUEIREDO, A. Perspectivas e contribuições das organizações de mulheres negras e feministas negras contra o racismo e o sexismo na sociedade brasileira. **Revista Direito e Práxis** [online], v. 9, n. 2, p. 1080-1099, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/33942>. Acesso em: 9 jul. 2019.

KALCKMANN, S. et al. **Nascer com equidade**: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/nascer.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LOPES, F.; WERNECK, J. Saúde da População Negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, J. (Org.). **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010. p.5-23. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/886/81.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 fev. 2019.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>. Acesso em: 15 fev. 2019.

LÓPEZ, L. C. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. **TOMO**, n. 28, p. 135-67, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424/4447>. Acesso em: 6 fev. 2019.

ONU. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher**. Nova York, Nações Unidas, 1979.


PAHO; WHO. **Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas**. 23ª Pan American Sanitary Conference of the Pan American Health Organization.

**42ª Regional Committee Meeting of the World Health Organization**. 1990. Washington, D.C: OPS/Ginebra: OMS. CSP23/10 (Eng.).

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020>. Acesso em: 27 jun. 2021.

RODRIGUES, C.C. **Mulheres negras**: o paradoxo entre corpos visíveis para a morte, mas invisíveis para as políticas públicas de redução da mortalidade materna. 2022. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROLAND, E. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**. Florianópo-



lis, v. 2, n. 3, p. 506-514, 1995. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16469/15039>. Acesso em: 17 abr. 2019.

SILVA, A. et al. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à promoção de uma política de Igualdade Racial (1988-2008). In: JACCOUD, L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial**: uma análise dos últimos 20 anos / Org. Luciana Jaccoud - Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009. p. 19-92. Disponível em: <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5108>. Acesso em: 4 out. 2021.

UNFPA. **Relatório Final sobre o Fórum "Enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS"**, 3 e 4 jul. 2012. Brasília: UNFPA Brasil. Fundo de População das Nações Unidas. 2016. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio\\_forum\\_enfrentamento\\_racismo.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio_forum_enfrentamento_racismo.pdf). Acesso em: 04 fev. 2022.

## **Equidade, determinantes sociais, determinação social e a mortalidade materna de mulheres negras no SUS Brasil**

Cláudia Araújo de Lima<sup>12</sup>

Kátia Souto<sup>13</sup>

A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS, e esse conceito dialoga com o conceito de justiça social. A equidade busca tratar de maneira diferente os desiguais, buscando diminuir as iniquidades na perspectiva de estabelecer caminhos para a construção da igualdade.

Quando analisamos o conceito ampliado de saúde e, neste, os apontamentos que estão descritos como determinantes sociais em saúde, temos a oportunidade de qualificá-los, no sentido de compreender o que se coloca como determinação social para o cotidiano de parte da nossa população, que, neste contexto, é representado pela cor da pele, a classe social, o gênero e o racismo histórico, que ultrapassa o preconceito individual e se instala no âmbito institucional, causando óbitos de mulheres negras, que seriam mães, em todas as regiões do País.

A mortalidade materna por causas evitáveis representa uma das brutais formas de violência cometidas contra mulheres, posto que cumula negligências em etapas da gestação, dificuldades no acesso aos direitos em saúde, desumanização no atendimento em variadas situações e a banalização das queixas ou situações de saúde destas, sendo as mulheres pretas e pardas, que, somadas, são as mulheres negras, as vítimas nesse contexto negativo.

A morte materna representa uma perda social e econômica da força de trabalho e também afetiva, que se traduz em sofrimento para muitas pessoas, na orfandade de crianças, muitas vezes na desagregação familiar, na reorganização para os cuidados com os que ficaram ou na colocação desses em situações de desproteção quando não existem outros cuidadores, ou até mesmo situação de abandono.


Quando aprofundamos o olhar sobre a mortalidade materna de mulheres negras atendidas pelo SUS no Brasil e suas interfaces com a implementação das políticas de saúde nos territórios, percebemos a necessidade de melhorias nas interfaces entre as políticas específicas e suas aplicabilidades nas linhas de atenção à saúde. Identificamos também as lacunas do não reconhecimento dos determinantes sociais que levaram essas mulheres negras gestantes às situações de vulnerabilidade e risco para a morte materna.

O racismo existe, está presente no SUS e deve ser tratado como uma das formas de adoecimento e morte. O Ministério da Saúde reconhece o problema e chama o conjunto de gestores e trabalhadores do SUS a realizar um enfrentamento diferente do que já foi proposto em outras oportunidades, a discutir estratégias para mitigar e acompanhar o desenvolvimento das iniciativas de prevenção e promoção da saúde reprodutiva de todas as mulheres, mas em especial das mulheres negras.

A determinação em saúde é a expressão do que é necessário observar para alterar os processos de atenção à saúde. Determinação social é, nesse foco, a raça/cor, a condição social, a escolaridade, as dificuldades de acesso às políticas públicas e ao atendimento em saúde, que, por vezes, se dá pela incompatibilidade dos horários de trabalho da mulher e do funcionamento do serviço de saúde, ou pela distância, pelo tratamento dispensado a ela pelos profissionais

12 - Pedagoga, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora

13 - Servidora Pública Federal, Mestre em Sociologia, Doutora em Saúde Pública, Coordenadora Geral Cgedess\Deppros\Saps\MS



de saúde, pela invisibilidade das realidades e contextos em que vivem e trabalham essas mulheres, e, mais ainda, pela diferença ou pela indiferença de profissionais que estão nas linhas de atendimentos e não as acolhem adequadamente.

A atenção primária em saúde (APS) é a porta de entrada, o ponto de encontro entre políticas e coordenador da Rede de Atenção, e deve fomentar essa articulação entre as políticas para promover a integralidade do cuidado e ser capaz de alterar essa realidade que está sendo priorizada nesta iniciativa conjunta de enfrentar o racismo e a morte de mulheres negras no SUS.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher são as principais potencialidades para a organização das redes e dos sistemas de saúde voltados ao pré-natal, parto e puerpério. As diretrizes devem, necessariamente, se articular com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens e a Política Nacional de Humanização do Atendimento, entre outras, e, em imersão com as estratégias de Equidade e Determinantes Sociais em Saúde, efetivamente, voltar o foco para a redução do racismo e em avanços nas linhas de cuidado para gestantes pretas e pardas atendidas no SUS, com participação social e a colaboração do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conass e Conasems).

Enfrentar a mortalidade materna de mulheres negras no SUS impele à APS o trabalho inter-setorial e interfederativo, aliando programas sociais dos governos federal e estaduais e o ge-referenciamento dos óbitos nas regiões brasileiras. Olhar para os determinantes sociais em cada território, buscar os pontos de fortalecimento para as políticas de saúde, tratar o racismo como uma ação coletiva que adoecer pessoas e ampliar os canais de comunicação positiva e de denúncia são caminhos que devem ser percorridos imediatamente. Estimular a participação social nos territórios, incluir as representações das mulheres negras em espaços de discussão, de formulação, de planejamento e implementação das estratégias e ações de enfrentamento da morte materna é mais que fundamental, é imprescindível. Reorganizar e fortalecer os Comitês de Prevenção e Redução da Morte Materna, ampliando sua composição e sua missão como espaços de discussão, de decisão e de monitoramento compartilhado e participativo, envolvendo gestores (as), trabalhadores (as) e usuárias do SUS.



# **Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil**

Maria do Carmo Leal

Ana Paula Pereira Esteves

Silvana Grandado Nogueira da Gama

Sonia de Azevedo Bittencourt

## **Introdução**

São descritas e reconhecidas as desigualdades socioeconômicas e as particularidades históricas e culturais da população negra no Brasil. Na atenção à saúde, essa população é majoritariamente atendida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os indicadores desfavoráveis de saúde para a população negra brasileira destacam-se os indicadores obstétricos e os desfechos perinatais, tais como a morbidade materna grave (MMG), near miss materno (NMM) e a mortalidade materna.

O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), lançado em 2005 <sup>3,4</sup> pelo governo da época, está sendo retomado agora pelo atual Ministério da Saúde, sob direção da ministra Nísia Trindade. Essa decisão política nos faz debruçar nesse texto sobre as características de fácil identificação dessa população para reconhecê-la e priorizá-la dentro do sistema de saúde, visando melhores resultados e redução das conhecidas iniquidades que a acomete.

Dos diversos componentes do PCRI, um foi a obrigatoriedade do registro do quesito raça/cor nas estatísticas vitais do País, que viabilizou a comparação racial e o monitoramento dos desfechos demográficos sociais e de saúde, permitindo uma maior visibilização da questão. A autoclassificação da cor pode sofrer mudanças ao longo da vida, à medida que as pessoas vão construindo a sua própria identidade, sua visão de mundo, seu pertencimento étnico. Esse processo está em curso, como mostrado por Sergei Soares em *As Políticas Públicas e Desigualdade Racial no Brasil* – IPEA 2008.

Este trabalho vai se dedicar a analisar as características sociais e indicadores obstétricos da população negra, em comparação com a branca, dado que o foco da discussão do programa de atenção é na redução da mortalidade materna de mulheres pretas e pardas.

## **Métodos**

Os dados deste estudo são oriundos da pesquisa *Nascer no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento*, um estudo de base populacional, de abrangência nacional, sobre a atenção à gestação, ao aborto e ao parto, seus principais desfechos e intervenções obstétricas e neonatais, realizado no período de novembro de 2021 a outubro de 2023. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do País, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto pelo número de dias necessários para coleta de dados nos hospitais. Em cada um dos 418 hospitais amostrados foram entrevistadas 50 puérperas, o terceiro estágio amostral. Nos hospitais com menos de 500 partos/ano apenas 30 puérperas foram incluídas, totalizando aproximadamente 20.000 mulheres entrevistadas por internação para o parto e 1.800 por internação por aborto. A descrição detalhada do desenho amostral do *Nascer no Brasil I*, semelhante ao *Nascer II* está disponível em Vascon-



cellos et al (2014).

Participaram do estudo todas as puérperas admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto e aborto, incluindo seus conceitos vivos, ou mortos com peso ao nascer  $\geq 500$  g e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas de gestação. Foram critérios de exclusão: puérperas com transtorno mental grave que não permitiam comunicação com o entrevistador; indígenas ou estrangeiras que não compreendiam o idioma português; surdas/mudas; e mulheres internadas por decisão judicial para interrupção da gravidez.

Na análise aqui apresentada, as mulheres que se autoclassificaram como amarelas ou indígenas foram excluídas, devido ao foco deste trabalho ser sobre as mulheres de cor preta ou parda, tomando como referência as brancas.

A coleta de dados ainda está em curso e já atingiu cerca de 80% da amostra final (15.867 partos e 1.185 abortos em novembro de 2023). Para a presente análise, excluimos 4.080 partos e 209 abortos ocorridos em hospitais privados, as mulheres que se autodeclararam indígenas, amarelas (asiáticas) ou sem informação sobre a cor da pele (111, 23 e 87, respectivamente) e os 109 questionários incompletos, totalizando 11.488 partos e 945 abortos.

## Resultados

A tabela 1 mostra que as mulheres usuárias do SUS de cor pardas estão em maior frequência nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, as brancas, no Sudeste e Sul e as negras no Nordeste e Sudeste. Há uma preponderância das mulheres de cor parda sendo atendidas nas cidades do interior dos estados do Brasil e das mulheres pretas no setor exclusivamente público do SUS. Quanto ao tamanho dos hospitais, as mulheres de cor preta são atendidas principalmente em hospitais de grande porte, com mais de 2.750 partos/ano.

A tabela 2 aborda o motivo da internação obstétrica para as mulheres segundo a cor da pele autodeclarada e verifica-se que as de cor preta se hospitalizam mais por aborto do que as pardas e brancas, bem como, junto com as pardas, têm maior frequência de gestantes adolescentes, enquanto as brancas são mais velhas (35 anos e mais). A baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e a ausência de trabalho remunerado foram maiores nas pardas e pretas do que nas brancas, mas, a situação conjugal de estar sozinha, sem companheiro, foi mais frequente nas pretas. Quanto aos antecedentes obstétricos, as mulheres pretas e pardas têm maior paridade e as pretas, maior frequência de hipertensão crônica e história de pré-eclâmpsia, enquanto as brancas têm mais cesarianas e diabetes gestacional.

## Discussão

A descrição das mulheres usuárias do SUS segundo a raça tem o objetivo de identificar as características das mulheres pretas e pardas, que são o objeto prioritário desse programa de redução da mortalidade materna, visando dar prioridade a essas minorias étnico-raciais.

Além de a população feminina negra ter historicamente maior mortalidade materna, identifica-se aqui que também têm maior prevalência de gestação na adolescência e internações por aborto. Desvantagens essas ampliadas pela baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado e solidão conjugal, principalmente para aquelas que se declararam pretas.

## Referências Bibliográficas

1. Panorama Ipea - **Situação social da população negra no Brasil** [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com\\_content&view=article&id=829&Itemid=114](https://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=829&Itemid=114)
2. Silva HP, De Souza AM, De Araújo EM, Nery JS, Trad LAB. **Negligências e Vulnerabilidade Aportes Epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte** - Nordeste do Brasil. Edufba; 2023.
3. Silvério V. **Negros em movimento**: a construção da autonomia pela afirmação de direitos. Levando a raça a sério: ação afirmativa e universidade. In: Bernardino J, Galdino D, organizadores; 2004, p. 39–70.
4. López LC. **O conceito de racismo institucional**: aplicações no campo da saúde. Interface (Botucatu). 2012 Mar 20;16(40):121–134.

**Tabela 1** - Características amostrais segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Total</b>	3,291	100	1,716	100	7,426	100	
<b>Região</b>							
Norte	234	7.1	208	12	1,575	<b>21</b>	
Nordeste	507	15	475	<b>28</b>	2,306	<b>31</b>	
Sudeste	1,302	<b>40</b>	713	<b>42</b>	2,184	<b>29</b>	<b>&lt; 0.001</b>
Sul	891	<b>27</b>	136	7.9	486	6.5	
Centro-Oeste	357	11	784	11	875	12	
<b>Local</b>							
Região metropolitana	2,216	67	1,198	70	4,549	61	
Fora da região metropolitana	1,075	33	518	30	2,877	<b>39</b>	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Tipo de Hospital</b>							
Público	1,815	55	1,148	<b>67</b>	4,678	<b>63</b>	<b>&lt; 0.001</b>
Misto	1,476	45	568	33	2,748	37	
<b>Tamanho</b>							
≥ 500 partos/ano	3,048	93	1,645	96	63987	94	<b>&lt; 0.001</b>
< 500 partos/ano	243	<b>7.4</b>	71	4.1	439	5.9	

**Tabela 2** - Características socioeconômicas, obstétricas e risco obstétrico segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Total</b>	3.29	100	1.72	100	7.43	100	
<b>Tipo de desfecho</b>							
Parto	3.026	91,9	1.564	91,1	6.898	92,9	<b>0,025</b>
Aborto	265	8,1	152	<b>8,9</b>	528	7,1	
<b>Idade</b>							
10 a 19	357	10,8	237	<b>13,8</b>	1.180	15,9	<b>&lt; 0,001</b>
20 a 34	2.341	71,1	1.207	70,3	5.212	70,2	
≥ 35	593	18,0	272	15,9	1.034	13,9	
<b>Situação conjugal</b>							
Não vive com companheiro(a)	502	15,3	402	<b>23,4</b>	1.408	<b>19</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Vive com companheiro(a)	2.787	84,7	1.308	76,2	6.001	80,8	
Sem informação	2	0,1	6	0,3	16	0,2	
<b>Escolaridade em anos de estudo</b>							
≤ 8 (EF incompleto)	450	13,7	359	<b>20,9</b>	1.483	<b>20,0</b>	<b>&lt; 0,001</b>
9 a 11 (EF completo)	741	22,5	452	26,3	2.019	27,2	
12 a 15 (EM completo)	1.615	49,1	794	46,3	3.404	45,8	
≥ 16 (ES completo)	477	14,5	105	6,1	497	6,7	
Sem informação	6	0,2	5	0,3	23	0,3	
<b>Trabalho remunerado</b>							
Não	1.655	50,3	1.023	<b>59,6</b>	4.787	<b>64,5</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Sim	1.632	49,6	691	40,3	2.634	35,5	
Sem informação	4	0,1	2	0,1	5	0,1	
<b>Paridade</b>							
Primípara	1.388	42,2	678	39,5	2.969	40	<b>&lt; 0,001</b>
1 a 2	1.558	47,3	787	45,9	3.485	46,9	
≥ 3	345	10,5	251	<b>14,6</b>	972	13,1	
<b>Cesariana prévia</b>							
Não	2.245	68,2	1.262	73,5	5.432	73,1	<b>&lt; 0,001</b>
Sim	1.043	<b>31,7</b>	450	26,2	1.983	26,7	
<b>Tipo de gravidez</b>							
Única	3.235	98,3	1.684	98,1	7.305	98,4	0,685
Múltipla	39	1,2	18	1	80	1,1	
Sem informação	17	0,5	14	0,8	41	0,6	

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Hipertensão crônica*</b>							
Não	2.261	80,9	1.361	79,3	6.043	81,4	<b>&lt; 0,001</b>
Sim	146	4,4	95	<b>5,5</b>	257	3,5	
<b>Diabetes pré-gestacional*</b>							
Não	2.771	84,2	1.437	83,7	6.224	83,8	0,928
Sim	36	1,1	19	1,1	76	1	
<b>Diabetes gestacional*</b>							
Não	2.456	74,6	1.319	76,9	5.736	77,2	<b>&lt; 0,001</b>
Sim	351	<b>10,7</b>	137	8	564	7,6	
<b>DHEG / pré-eclâmpsia*</b>							
Não	2.404	73	1.237	72,1	5.528	74,4	<b>0,002</b>
Sim	403	12,2	219	<b>12,8</b>	772	10,4	
<b>HELLP / Eclâmpsia*</b>							
Não	2.782	84,5	1.442	84	6.241	84	0,968
Sim	25	0,8	14	0,8	59	0,8	

\*incluídas apenas as puérperas de parto com entrevista e prontuário finalizados.



## **Atenção ao pré-natal e ao parto entre as mulheres negras**

Silvana Granado

Maria do Carmo Leal

Sonia Bittencourt

Ana Paula Esteves

Karina Caetano

### **Assistência pré-natal no Brasil**


A assistência pré-natal é um componente fundamental da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Estudos apontam que práticas rotineiras durante essa assistência, segundo evidências científicas e protocolos, estão associadas a melhores desfechos maternos e perinatais.

O Brasil tem sido bem-sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente o universo das gestantes brasileiras. No entanto, o acesso não ocorre de forma equânime, pelo contrário, oferece mais àquelas que precisam menos (Leal et al, 2020). Assim, é bastante pertinente analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e mistos no Brasil, considerando a sua adequação, conforme alguns parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, além de sua forma de organização e relação com outros serviços do sistema de saúde, bem como o perfil das usuárias dos serviços de pré-natal. O estudo Nascer no Brasil (NB), realizado em 2011 e 2012, revela que 98,7% das mulheres fizeram alguma consulta de pré-natal, com valores que praticamente não diferem de acordo com a região de residência (99,5% no Sul X 97,5% no Norte), nível de escolaridade (100% para as de nível superior completo X 96,9% para EF incompleto) e cor da pele (99,2% nas brancas X 95% indígenas e 98,1% pretas).

Entretanto, existem distinções na ocorrência da assistência prestada quando analisadas de forma mais específica. Quando se recorta pelo número mínimo de seis consultas, preconizado pelo Ministério da Saúde, as proporções já são menores, sendo 73,1% para o total de mulheres, 80% das brancas e 67,1% das pretas. O início precoce do pré-natal, por exemplo, é um dos relevantes fatores de proteção para o binômio mãe e filho, uma vez que possibilita identificar, mais corretamente, a idade gestacional, assim como diagnosticar possíveis fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais. O pré-natal foi iniciado até a 12ª semana gestacional por 80,8% das gestantes brancas, enquanto 69,2% das pretas iniciaram no mesmo período. Cabe ressaltar que quase 70% da atenção pré-natal é prestada pelos serviços públicos (Viellas et al, 2014).

Além das questões quantitativas, estudos têm avaliado a qualidade da atenção pré-natal, com resultados pouco favoráveis. O NB encontrou 21,6% de adequação da assistência pré-natal, levando em consideração o início até 12 semanas gestacionais, número de consultas esperadas para a idade gestacional, pelo menos um dos exames: glicemia de jejum, VDRL, anti-HIV, EAS, ultrassonografia e orientação sobre a maternidade. Os piores resultados foram da região Norte, com 11,4% de adequação, para as adolescentes, com 15,4%, para as pretas, com 16,2%, assim como para as de menor escolaridade (<8 anos), com 13,3%, e para as classes econômicas D e E, com 12,7% (Domingues et al, 2015). Esses marcadores sociais indicam a importância de considerar a intersecção dos determinantes sociais em saúde na construção de políticas públicas (Crenshaw, 2002).

Artigo com análise de 4.059 municípios brasileiros que aderiram ao 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica em 2013-2014 apontou que, nos aspectos



estruturais, 32,6% dos municípios apresentaram adequação e apenas 24,1%, nos operacionais. Na avaliação geral do pré-natal, menos de um quarto (24,6%) dos municípios ficaram adequados, e aqueles com até 10 mil habitantes apresentaram maior percentual de adequação (41,6%). A região Sul apresentou adequação de 33,8%, considerando todos os portes, e as regiões Norte e Nordeste ficaram com as piores colocações, respectivamente 14,5 e 14,3% (Cunha et al, 2019).

Sob um olhar particular das desigualdades na atenção pré-natal de adolescentes, foi desenvolvido um estudo que compara a adequação do pré-natal segundo raça/cor da pele (Almeida Filho et al, 2019). As desvantagens foram expressas sob a forma de gradiente, ou seja, quanto mais escura a pele, piores os resultados. Assim, apontamos apenas os resultados de brancas e pretas. O pré-natal foi inadequado para 68% das adolescentes pretas contra 58% das brancas; 45% das pretas contra 37% das brancas não foram orientadas sobre a maternidade à qual deveriam se dirigir para o parto. Na maternidade, 34% das pretas não tiveram acompanhante o tempo todo contra 19% das brancas; a satisfação com o parto refletiu um pouco essa diferença, avaliando a assistência como excelente 46% das pretas e 53% das brancas, e como regular ou ruim 12% das pretas e 9% das brancas. Todos achados estatisticamente significativos.

### **Assistência ao parto no Brasil**

Um expressivo conjunto de evidências tem apontado para importantes disparidades raciais no Brasil nas mais diversas dimensões da vida social, também documentadas nas pesquisas em saúde, incluindo o cuidado obstétrico. No âmbito da obstetria, estudos apontam para as influências raça/cor no acesso ao serviço e sua utilização. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e do Programa de Combate ao Racismo Institucional, lançados em 2005, entre seus diversos componentes está a obrigatoriedade do registro do quesito raça/cor nas estatísticas vitais do País, o que viabilizou abordagens comparativas entre os grupos de raça/cor e o monitoramento de desfechos demográficos, sociais e de saúde.

A morbimortalidade materna elevada sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada desde o pré-natal até o parto. Muito embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos têm mostrado falhas na qualidade da assistência prestada, contribuindo para esses desfechos negativos, tanto em relação à saúde materna quanto do recém-nascido. Em consonância com resultados observados em outros países, que apontam para níveis de mortalidade materna expressivamente mais elevadas em mulheres de minorias étnico-raciais, a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil (SIM, 2016; LEAL et al, 2017). Falhas na assistência à saúde da população negra também podem estar relacionadas ao abortamento, mais comum entre mulheres negras, que também encontram mais barreiras no acesso aos cuidados pós-aborto. (Diniz et al, 2023)

Apesar da centralidade da questão da saúde da mulher e da criança nas políticas de saúde no Brasil, até o momento foram conduzidas poucas pesquisas voltadas para a análise das influências da raça/cor na experiência de gestação e parto. Em geral, as investigações disponíveis são realizadas em contextos locais específicos, não havendo análises de abrangência nacional. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor. Embora o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela Lei nº 11.108/37, na pesquisa Nascer no Brasil verificou-se que mais de 35% das mulheres não ficaram com acompanhantes durante toda a internação para o parto.



Ainda podemos identificar menos a presença de boas práticas no trabalho de parto e parto de mulheres pretas, podendo levar a piores desfechos ao nascimento.

## Método

Estudo de base hospitalar, em que foram incluídos 418 hospitais públicos, mistos e privados que atendem a 100 ou mais partos/ano (Sinasc). As mulheres são entrevistadas no pós-parto imediato, com pelo menos seis horas após o parto. Em caso de aborto, é abordada geralmente após a curetagem ou próximo à alta hospitalar.

A amostra foi probabilística em dois estágios: o primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde, selecionados em cada uma das cinco macrorregiões (Sinasc), segundo os critérios:

- Região metropolitana ou interior;
- Público, privado ou misto.

O segundo estágio correspondeu à seleção das mulheres. Todos os estados da Federação foram inseridos na amostra.

Na amostra foram incluídos 43 hospitais com 100-499 partos/ano, com entrevista a 30 puérperas e todas as perdas fetais precoces ocorridas no período por hospital; e 375 hospitais com  $\geq 500$  partos/ano, incluindo 50 puérperas e todas as perdas fetais precoces ocorridas no período por hospital. Estimam-se 21.800 entrevistas, sendo 1750 de aborto.

O treinamento da equipe de campo é ofertado pela coordenação-geral, que participa com os coordenadores estaduais, visando garantir a padronização do trabalho de campo. A programação tem dois modelos de treinamento teórico on-line e prático presencial, um para entrevistadoras e outro para as prontuaristas.

As equipes são compostas de profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiras. Para atuar como prontuarista é importante ter experiência em obstetrícia, ser enfermeira obstétrica ou obstetriz. Para a primeira ligação telefônica, são contratadas psicólogas, uma vez que aborda depressão pós-parto e transtorno pós-traumático. Para a segunda, cujo tema principal é a violência obstétrica, são priorizadas enfermeiras.

São incluídas todas as mulheres elegíveis que tiveram o parto naquela maternidade ou internaram por aborto, até completar o tamanho da amostra em cada hospital. Foram excluídas aquelas que não podem se comunicar, seja por doença mental grave ou por não compreender a língua portuguesa ou por serem surdas, além daquelas com gestações triplas ou mais. A coleta de dados se estende pelos finais de semanas e feriados.

É feita uma entrevista com os gestores sobre a infraestrutura física, insumos e recursos humanos da instituição, e é quase sempre realizada pela coordenação estadual.

As mulheres são entrevistadas em todos os dias e turnos, e são consultados e fotografados os seus prontuários, cartões de pré-natal e ultrassonografias, e, posteriormente, seus dados são extraídos para um formulário-padrão por equipe específica para isso.

O projeto Nascer no Brasil II foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep. Antes de iniciar as entrevistas, as mulheres são convidadas a participar da pesquisa, e aquelas que aceitam assinam o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

## Resultados

Ainda que a cobertura de alguma consulta pré-natal seja bastante elevada, encontramos diferença naquelas que não receberam qualquer atenção pré-natal por um profissional de saúde, sendo a pior situação para as mulheres pretas. Do mesmo modo, foi menor o percentual de pretas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e elas tiveram menor número de consultas em comparação às brancas, enquanto as pardas ficaram em situação intermediária.

Não ter recebido o cartão de pré-natal foi pouco frequente, mas foi mais comum entre as pretas. Do mesmo modo, foi mais baixa a apresentação do cartão na maternidade entre as mulheres que se declararam pretas.

Quanto à garantia da vinculação da gestante à maternidade de referência, embora seja um item de verificação das diretrizes da Rede Cegonha, foi baixa para todas as mulheres, sendo mais frequente entre as brancas e menos nas pretas. Em consequência, foi mais baixa ainda as visitas às maternidades para onde deveriam se deslocar para o parto e, mais baixo para as mulheres pretas.

Embora a vinculação das gestantes às maternidades de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007, ainda se identificou peregrinação para o parto, com pouca melhoria do que foi encontrado no NBI, permanecendo os maiores percentuais entre pretas e pardas. Quanto ao tipo de parto, as pretas e pardas são menos expostas à cesariana, certamente por serem mais usuárias dos serviços públicos, onde o parto vaginal é mais frequente. Do mesmo modo, têm mais início do trabalho de parto espontâneo.

Entre aquelas que tiveram partos vaginais, as pretas e pardas foram mais atendidas por enfermeiras que as brancas, também provável reflexo dos serviços públicos em relação aos mistos. Observou-se uma grande melhoria na presença de acompanhantes ao longo da internação para o parto. No entanto, a maioria das poucas que não tiveram esse direito era de pretas.


## Discussão

A superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez e ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação é a principal medida para melhoria da qualidade da assistência pré-natal no País. Desafios persistem, e a qualidade da assistência só será efetiva com a realização de todos os procedimentos mínimos para a redução de desfechos desfavoráveis.

As desigualdades segundo raça/cor na assistência obstétrica vão além dos eventos no entorno mais imediato do parto e se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir.

A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica, necessariamente, na eliminação de iniquidades sociais e raciais, pois as disparidades sociais e raciais no processo de atenção à gravidez e ao parto contribuem para resultados negativos para mulheres e fetos/RN.

Os determinantes mais significativos dessas iniquidades fazem parte da sociedade e não podem ser mudados por um esforço isolado por parte do setor de Saúde. A situação atual só poderá ser alterada se a equidade racial for incluída como um indicador de qualidade de serviço para acreditação hospitalar em saúde.



O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade e a participação social. Portanto, é imprescindível ampliar o debate, visando identificar e confrontar práticas que potencialmente resultem nas desigualdades observadas que consolidam determinantes e determinações sociais de saúde (BUSS, PELEGRINI FILHO, 2007).

Isso necessariamente acontecerá por meio da justiça reprodutiva, quando se oferecem condições de vida plena às pessoas em situações de vulnerabilidade. No caso do cuidado às pessoas negras por meio de medidas educacionais antirracistas, que venham desde as escolas básicas até as universidades, ações relacionadas à seguridade social e ao trabalho, bem como a partir de ações nos serviços de saúde alinhadas com a PNSIPN (Brasil, 2017).

No Brasil, a despeito do crescimento da literatura sobre a temática, ainda predominam os estudos de natureza descritiva, raramente voltados à aferição de discriminação racial e do racismo obstétrico nos serviços de saúde e/ou análise da percepção dos usuários. Em dois estudos brasileiros com amostra de abrangência nacional, realizados em 2003 e 2013, os principais motivos apontados para a percepção de discriminação nos serviços de saúde foram a pobreza e a baixa classe social, o que pode demonstrar como a questão racial vem sendo historicamente negligenciada no País. A referência explícita à raça/cor foi bem menor, ocupando o quinto lugar nos dois estudos, o que se alinha com outras análises sobre as percepções sociais acerca das relações entre raça/cor e saúde no Brasil.



**Tabela 3** - Características do pré-natal, do trabalho de parto e do parto segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Valor
	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Total</b>	3.026	100	1.564	100	6.898	100	
<b>Teve assistência pré-natal</b>							
Sim	3.005	99,3	1.532	98	6.805	98,7	<b>0,001</b>
Não	21	0,7	21	<b>2</b>	90	<b>1,3</b>	
<b>Início do pré-natal</b>							
Primeiro trimestre	2.659	87,9	1.266	80,39	5.646	81,8	<b>&lt;0,001</b>
Segundo trimestre	274	9,1	210	<b>13,4</b>	914	<b>13,3</b>	
Terceiro trimestre	42	1,4	38	<b>2,4</b>	142	<b>2,1</b>	
Não fez PN	21	0,7	31	2	90	1,3	
Sem informação	30	1	18	1,2	101	1,5	
<b>Número de consultas pré-natal</b>							
de 1 a 3	102	3,4	79	<b>5,1</b>	366	<b>5,3</b>	<b>&lt; 0,001</b>
de 4 a 5	260	8,6	190	<b>12,1</b>	763	<b>11,1</b>	
6 ou mais	2.556	84,5	1.215	77,7	5.463	79,2	
Não fez PN	21	0,7	31	2	90	1,3	
Sem informação	86	2,8	47	3	213	3,1	
<b>Recebimento de cartão da gestante durante o acompanhamento pré-natal</b>							
Sim	2.974	98,3	1.527	97,6	6.745	97,8	<b>0,043</b>
Não	31	<b>1</b>	5	0,3	61	0,9	
Não fez PN	21	0,7	31	2	90	1,3	
<b>Apresentou a caderneta da gestante na admissão para o parto</b>							
Sim	2.846	94,1	1.484	94,9	6.491	94,1	<b>0,0025</b>
Não	216	<b>4,2</b>	40	2,6	251	3,6	
Não teve caderneta	31	1	5	0,3	61	0,9	
Não fez PN	21	0,7	31	2	90	1,3	
Sem informação	2	0,1	4	0,3	5	0,1	
<b>Orientação sobre visitar a maternidade durante a gestação</b>							
Sim	678	22,4	293	<b>18,7</b>	1.394	20,2	<b>0,011</b>
Não	2.309	76,3	1.236	79	5.387	78,1	
Sem informação	18	0,6	4	0,3	27	0,4	

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Valor
	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Visitou a maternidade durante a gestação</b>							
Sim	393	13	152	9,7	790	11,5	0,007
Não	2.607	86,2	1.372	87,7	5.994	86,9	
Não fez PN	21	0,7	31	2	90	1,3	
Sem informação	5	0,2	9	0,6	24	0,3	
<b>Peregrinação para o parto</b>							
Sim	425	14	292	18,7	1.368	19,8	< 0,001
Não	2.592	85,7	1.267	81	5.509	79,9	
Sem informação	8	0,3	4	0,3	20	0,3	
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	1.240	41	784	50,1	3.397	49,2	< 0,001
Fórceps / Vácuo extrator	28	0,9	6	0,4	46	0,7	
Cesariana	1.758	58,1	774	49,5	3.455	50,1	
<b>Tipo de início de trabalho de parto*</b>							
Espontâneo	1.115	39,7	706	48,5	3.030	48,1	< 0,001
Induzido com sucesso	359	12,8	181	12,4	724	11,5	
Induzido sem sucesso	121	4,3	70	4,8	257	4,1	
Não entrou em trabalho de parto	1.060	37,8	444	30,5	2.006	31,8	
Sem informação	152	5,4	55	3,8	283	4,5	
<b>Profissional que assistiu ao parto vaginal**</b>							
Médico(a)	841	67,8	473	60,3	1.906	56,1	<0,001
Enfermeiro(a)/ obstetriz	380	30,6	277	35,3	1.353	39,8	
Outro	5	0,4	11	1,4	23	0,7	
Sem informação	14	1,1	23	2,9	115	3,4	
<b>Acompanhante</b>							
Em todos os momentos	1.935	63,9	987	63,1	4.374	63,4	0,060
Em algum momento	1.034	34,2	527	33,7	2.334	33,8	
Em nenhum momento	57	1,9	50	3,2	190	2,8	

\* Incluídas apenas as puérperas de parto com entrevista e prontuário finalizados (2.807 brancas, 1.456 pretas e 6.300 pardas).

\*\* Incluídas apenas as puérperas de parto com parto vaginal (1.240 brancas, 784 pretas e 3.397 pardas).



## Referências

- ALVES et al. **Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha.** Cien Saude Colet [periódico na internet] 2020.
- ALMEIDA FILHO et al. **Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes,** Brasil, 2011-2012. 2019
- AVELAR et al. **A associação do pré-natal com diferentes desfechos perinatais:** um estudo de coorte. Brazilian Journal of Health Review. 2023
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- BUSS; PELLEGRINI FILHO. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva [online]. 2007.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2002, v. 10, n. 1 [Acessado 30 Janeiro 2022] , pp. 171-188.
- DAVIS, D. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. **Amazônica** - revista de Antropologia. vol. 12(2). 2020
- DINIZ, D, et al. Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 11, p. 3085–3092, nov. 2023.
- Domingues, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2015.
- Leal, et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública.** 2020
- LEAL, et al. **A cor da dor:** iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. 2017.
- LOPES. **Justiça reprodutiva:** um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. Organicom. 2022.
- SANTOS et al. Estado nutricional pré gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. Rev **Bras Epidemiol.** 2012
- VIELAS, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** 2014.

## Morbidade materna e near miss

Cleonúcia Batista Leite de Vasconcelos<sup>14</sup>

Enquanto algumas mulheres morrem, uma proporção delas sobrevive por pouco.

O termo *near miss* materno foi emprestado da indústria aérea, citado pela primeira vez no final da década de 1990, ainda sem definição dos critérios diagnósticos para a identificação dos casos. Porém o entendimento de que seu estudo sistemático seria de fato importante para uma mais fácil e completa compreensão das condições que contribuem para a morte materna é bem mais recente.

O termo *near miss* materno (NMM) foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, após várias reuniões de um grupo internacional de especialistas no assunto, que constituiu uma força-tarefa para essa finalidade, padronizou o conceito de *near miss* materno, determinou seus critérios diagnósticos e indicadores de saúde utilizados para monitorar a qualidade dos resultados obstétricos nos casos de NMM e MM.

O near miss materno (NMM) é atualmente definido pela OMS como a mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação.

De um total de 100% de gestações, 15% evoluirão com complicações, sendo 7% delas potencialmente ameaçadoras à vida, e 2% com risco de morte. Fazem parte desta última parcela o NMM e o óbito materno.

**Complicações maternas graves** são definidas como condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV) – incluem-se doenças que podem ameaçar a vida da mulher durante a gestação, o parto e após o termo da gestação. As complicações maternas graves estão intimamente ligadas à falta de cuidado durante o pré-natal.

**Intervenções críticas** são aquelas que demonstram ser necessárias para o manejo das CPAVs – transfusões sanguíneas, radiologia intervencionista e laparotomia (inclusive histerectomia e outras intervenções cirúrgicas de emergência na cavidade abdominal, mas com a exclusão da cesárea) encaixam-se nesta categoria.

**Óbito materno** definido como a morte de uma mulher durante a gestação ou em até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou seu manejo, porém, não devido a causas acidentais ou incidentais.

**Desfechos maternos graves** são casos de NMM e óbito materno.

**Indicadores de processo** são aqueles que avaliam os processos da assistência à saúde, avaliando o uso de intervenções-chave para a prevenção e manejo de complicações graves. Eles oferecem informações sobre o status de implementação de recomendações baseadas em evidências.

**Unidades-sentinela** são estruturas no serviço que têm maior probabilidade de oferecer atendimento às mulheres com complicações graves relacionadas à gestação, ao parto ou ao período pós-parto (isto é, enfermarias de alto risco materno, unidades de tratamento intensivo ou de

14 - Médica ginecologista/obstetra; gerente da Atenção à Saúde da Mulher e mestre em Gestão e Economia da Saúde - UFPE.



cuidado especial, salas de recuperação cirúrgica, emergências ou sala de espera, bancos de sangue, unidades de atendimento pós-abortamento e outras).

As CPAVs foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde. Essas condições associam-se a maior risco de progressão para gravidade e risco de vida, e entre as condições mais graves algumas foram classificadas como:

**Desordens hemorrágicas** - Placenta prévia, placenta acreta, increta, percreta, gestação ectópica, hemorragia pós-parto e rotura uterina.

**Desordens hipertensivas** - Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, eclâmpsia, hipertensão grave, encefalopatia hipertensiva e síndrome Hellp.

**Indicadores de manejo** - Transfusão sanguínea, acesso venoso central, histerectomia, admissão em UTI, internação prolongada (>7 dias), intubação não anestésica, retorno à sala cirúrgica e intervenção cirúrgica.

**Outras desordens sistêmicas** - Endometrite, edema pulmonar, falência respiratória, convulsões, sepse, choque, trombocitopenia <100.000 e crise tireotóxica.

Por sorte ou por adequado tratamento, a maior parte das mulheres se recuperará da CPAV que apresentou, com pleno reestabelecimento, ou com algum grau de incapacidade, temporária ou permanente. Por outro lado, uma pequena fração destas mulheres evoluirá com complicações associadas à CPAV que lhe acometeu, complicações estas definidas pela deterioração clínica, a piora de parâmetros laboratoriais ou necessidade de medidas intensivas de cuidado, denotando algum grau de disfunção ou falência orgânica, com condições de fato ameaçadoras à vida e que se denominam atualmente NMM.

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia preconiza que para que não haja evolução do NMM para morte é necessário atentar para o momento adequado de transferir a mãe para a unidade de terapia intensiva, o que deve ocorrer de imediato se for identificado algum tipo de disfunção respiratória. Se a complicação com maior potencial de evoluir mais gravemente e para a morte for detectada a tempo e medidas adequadas forem tomadas pelos serviços e profissionais de saúde, há a possibilidade de alterar a evolução do caso e a mulher pode sobreviver.

No início dos anos 2000, foram propostos três critérios para identificar o NMM com abordagens baseadas em disfunção orgânica. Os critérios mais utilizados para classificar o near miss materno foram indicados pela OMS e incluem as disfunções de órgãos. Incluem estimativas de índices e marcadores clínicos, laboratoriais e de manejo, presentes nas disfunções orgânicas. Estes últimos consistem em procedimentos de suporte de vida ou em intervenções geralmente não usuais durante a gravidez normal ou o período pós-parto.

Os critérios diagnósticos para inclusão como NMM estão apresentados no quadro 1.



**Quadro 1** – Critérios diagnósticos do Near Miss Materno.


<b>Near Miss Materno (NMM)</b>		
<b>Critério clínico</b>	<b>Critério laboratorial</b>	<b>Critério de manejo</b>
Cianose aguda <i>Gasping</i> Frequência respiratória >40 ou <6/min Choque Oligúria não responsiva a fluídos ou diuréticos Coagulopatia Perda de consciência ≥ 12h Perda de consciência e ausência de pulso/batimento cardíaco Acidente vascular cerebral Paralisia total Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	Saturação de O <sub>2</sub> <90% por ≥60 minutos PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <200 mmHg Creatinina ≥ 300 umol/l ou ≥3,5mg/dl Nilirrubina > 100umol/l ou 6,0mg/dl pH < 7,1 Lactato > 5 Trombocitopenia (<50.000 plaquetas) Perda de consciência e presença de gluconato ou cetoácidos na urina	Uso contínuo de drogas vaso-ativas Histerectomia por infecção ou hemorragia Transfusão de ≥5 unidades Intubação e ventilação por ≥60 minutos não relacionada à anestesia Diálise por falência renal aguda Ressuscitação cardiopulmonar

Fonte: SAY, 2009.

A OMS também desenvolveu um conjunto de indicadores para a avaliação da qualidade do atendimento prestado dentro do serviço de saúde ou do Sistema de Saúde, relacionados no quadro 2.

**Quadro 2** – Definição dos indicadores de cuidados obstétricos de acordo com a OMS.

<b>Marcador</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Significado</b>
Potentially Life-Threatening Conditions Ratio	Número de casos de CPAV/1000 nascidos vivos	Estimativa de complexidade dos cuidados
Maternal Near Miss Ratio	Número de casos de NMM/1000 nascidos vivos	
Severe Maternal Outcome Ratio	Número de casos de NMM+MM/1000 nascidos vivos	
MNM:MD Ratio	Proporção de casos de NM<M para cada caso que evoluiu para MM	
Mortality index	Casos de MM/ Casos de NMM+MM	Estimativa de desempenho, quanto mais alto, pior a qualidade da promoção de cuidados obstétricos para os casos graves
Intra hospital Maternal Mortality Ratio	Númerop de mortes ocorridas nos primeiros 7 dias pós-parto dentro do ambiente hospitalar para 100.00 nascidos vivos	



Marcador	Cálculo	Significado
Maternal Severity Score (MSS)	Número de marcadores de gravidade para cada caso de NMM+MM	Monitoramento de performance de cuidados fornecidos para a mulher com complicações
Maternal Severity Index	Probabilidade de morte dentre os casos de NMM+MM	

Fonte: SAY, 2009.

A abordagem da auditoria do NMM tem sido sugerida para o uso de rotina em programas nacionais de saúde, a fim de avaliar e aperfeiçoar a qualidade do atendimento oferecido dentro do sistema de saúde. Idealmente, a abordagem do near miss materno da OMS em sua totalidade deveria ser implementada em três etapas: (1) avaliação inicial (ou reavaliação); (2) análise de situação; e (3) intervenções para aperfeiçoar o atendimento à saúde.

A seguir, a figura 1 apresenta a estrutura conceitual da abordagem do NMM.

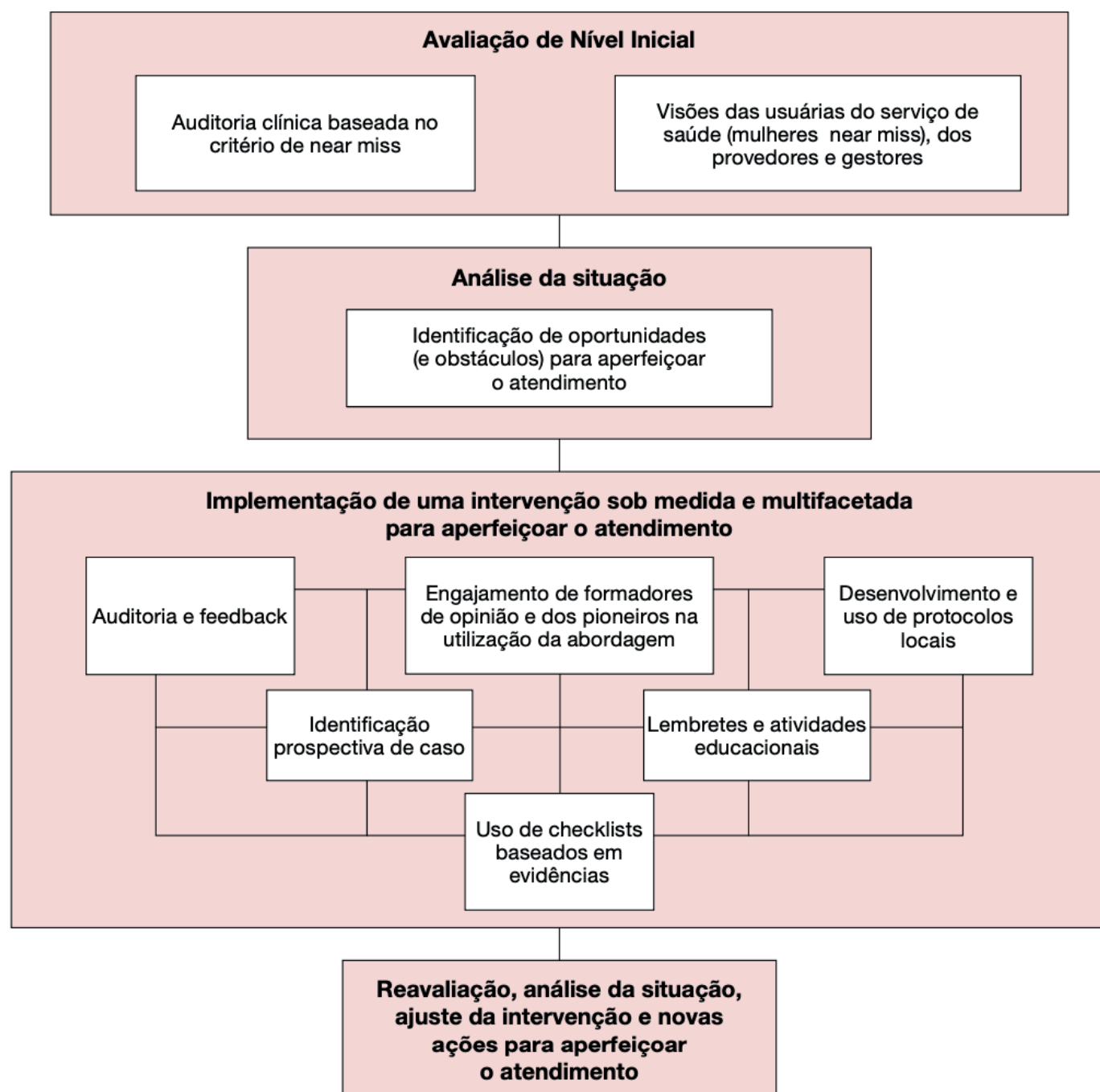



Figura 1 – Estrutura conceitual da abordagem do near miss materno  
Fonte: OMS, 2011.

A IFF/Fiocruz trabalha em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em três eixos:

1. Fortalecimento da capacidade de planejamento e gestão da rede de atenção à gestação, ao parto e nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e ao planejamento familiar.
2. Qualificação de práticas clínicas baseadas em evidências, com ênfase nas cau-



sas proximais da mortalidade neonatal e mortalidade materna (foco na superação de pontos críticos na estrutura e processos de trabalho).

3. Monitoramento e avaliação de indicadores de gestão e do cuidado e desfechos clínicos na atenção neonatal e obstétrica.

No eixo 3 são trabalhados o monitoramento e a avaliação das principais variáveis do cuidado e desfechos clínicos nas principais causas de morbimortalidade materna e neonatal. Ferramentas foram desenvolvidas especificamente para o cuidado obstétrico e neonatal, com coleta e digitação dos dados em cada maternidade, emissão direta de relatórios pela própria maternidade, SMS e SES, com apoio de especialistas para melhoria dos registros e para análise dos dados.

Serviços e secretarias podem aderir ao Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal – SMCON do IFF.

O monitoramento do NMM será útil para:

- Determinar a frequência de complicações maternas graves;
- Avaliar o desempenho do serviço de saúde ou do sistema de saúde na redução de desfechos graves;
- Determinar a frequência do uso de intervenções-chave para a prevenção e manejo de complicações graves;
- Conscientizar e promover a reflexão sobre a qualidade do atendimento e fomentar mudanças para melhoria da assistência à saúde materna.

Tal abordagem tem sido sugerida para o uso de rotina em programas nacionais de saúde, a fim de avaliar e aperfeiçoar a qualidade do atendimento oferecido dentro do sistema de saúde.

Os critérios diagnósticos do *near miss* têm como propósito prático serem utilizados como uma ferramenta de monitoramento da qualidade da atenção à saúde materna e uma maneira de, na prática diária, identificar os casos potencialmente graves, bem como aqueles já acometidos por complicações, e poder intervir, de forma rápida e eficaz, para evitar o agravamento ou até o óbito materno.


## Referências:

ABDOLLAHPOUR SHH, KHADIVZADEH T. The Maternal Near Miss Incidence Ratio with WHO Approach in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Iran J Nurs Midwifery Res.** 2019;24(3):159-66.

CALAFEL, L. Complicações graves, near miss e mortes maternas em uma unidade de terapia intensiva em Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Dissertação de mestrado.** Universidade de Brasília, 2019.

KAYE DK, KAKAIRE O, OSINDE MO. Systematic review of the magnitude and case fatality ratio for severe maternal morbidity in sub-Saharan Africa between 1995 and 2010. **BMC Pregnancy Childbirth.** 2011;11(1):65.

MASWIME S, BUCHMANN E. A systematic review of maternal near miss and mortality due to postpartum hemorrhage. **Int J Gynaecol Obstet.** 2017;137(1):1-7.



OMS. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. 1. Complicações na gravidez. 2. Serviços de saúde materna. 3. Resultado da gravidez. 4. Mortalidade materna. 5. Mortalidade infantil. i. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.**

FRANCO, LCA. **Complicações graves, near miss e mortes maternas em Unidade de Terapia Intensiva em Brasília**, Distrito Federal, Brasil. 2019.

SANTANA DS, GUIDA JPS, PACAGNELLA RC, CECATTI JG. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito / Maternal near miss - understanding and applying the concept. **Rev Med (São Paulo)**. 2018 mar.-abr.;97(2):187-94.

SILVA, JMP et al. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 7-35, 2018.

DIAS MAB et al. Incidência Do Near Miss Materno No Parto E Pós-parto Hospitalar, 30 Sup:S-169-S181, 201. **Cad. Saúde Pública**, Rio De Janeiro.

# Morbidade materna grave e near miss materno na população negra brasileira

Maria do Carmo Leal

Ana Paula Pereira Esteves

Silvana Granado Nogueira da Gama

Sonia de Azevedo Bittencourt

## Introdução

Embora a RMM seja elevada, o óbito materno é um evento raro. Por essa razão, tem-se estudado a morbidade materna grave (MMG). A MMG se define como a ocorrência de uma complicação materna grave durante a gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o término da gestação). Já o termo near miss materno – NMM é utilizado para as mulheres que quase morreram, mas sobreviveram a complicações ocorridas no período gravídico-puerperal.<sup>1-3</sup>

O NMM compartilha com os óbitos maternos os mesmos problemas e obstáculos associados ao cuidado durante a gravidez, parto e puerpério, podendo ser utilizado como um evento-sentinel.<sup>4</sup> Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - Figo para cada morte materna estima-se que 20 a 30 mulheres apresentem NMM.<sup>5</sup> Por serem mais frequentes do que os óbitos maternos, os casos de NMM permitem avaliação mais robusta da qualidade da assistência à saúde da mulher, possibilitando seu uso no enfrentamento da mortalidade materna no mundo.<sup>4,6</sup>

A OMS, em 2009, propôs uma classificação do NMM buscando uma padronização internacional dos parâmetros, tornando-o um indicador confiável que permite comparabilidade entre diferentes estudos, instituições e países.<sup>2</sup> A classificação atual utiliza 25 critérios baseados na presença de disfunção de órgãos e sistemas (disfunção cardíaca, respiratória, renal, hepática, neurológica, da coagulação e uterina), que são avaliados de acordo com sinais clínicos, laboratoriais e de tratamento.

Muitos casos de near miss e óbito materno se devem a algum tipo de atraso no acesso e ao cuidado obstétrico apropriado. Esse atraso foi descrito por Thaddeus e Maine<sup>7</sup> e apresenta três componentes: fase I - atraso na decisão de procurar assistência obstétrica pelo indivíduo ou família; fase II - atraso para chegar em um serviço de saúde adequado; e fase III - atraso para receber cuidado adequado na unidade de saúde.

A prevalência de NMM varia significativamente, de 0,80-8,23%, a depender dos critérios de definição utilizados.<sup>8</sup> Já a MMG, que inclui os outros casos de morbidade materna grave, menos extremos, a prevalência da complicação é maior, atingindo<sup>10-16</sup> puérperas/1.000 nascidos vivos.<sup>9-12</sup>

Em 2014, Marcos Dias<sup>13</sup> em estudo pioneiro neste campo, com dados da pesquisa Nascer no Brasil, estimaram uma prevalência de 10,2 casos de NMM por 1000 nascidos vivos (NV), considerando apenas o período do parto e pós-parto, estando relacionado à ausência de pré-natal, peregrinação pelas maternidades em busca de internação no momento do parto, complicações clínicas e obstétricas e ao tipo de parto (cesariana eletiva ou fórceps). Da mesma forma, Pacagnella et al.<sup>14</sup>, em um estudo multicêntrico envolvendo 28 maternidades no Brasil, estimaram uma prevalência de NMM de 9,5/1000 NV, observando em 53,8% dos casos algum tipo de atraso no atendimento à mulher, sendo 10,2% relacionados a um atraso da própria mulher como demora da identificação de sinais e sintomas de risco, 34,6% relacionado à acessibilidade ao serviço de saúde e 25,7% à qualidade do atendimento médico. Cecatti et al.<sup>15</sup> apontaram para a importância e a plausibilidade de criar um sistema nacional de vigilância dos casos de





NMM em tempo real para auxiliar a tomada de decisão médica podendo impactar na redução da mortalidade materna.

Em 2015 Rosendo e Roncalli<sup>16</sup> encontraram uma maior prevalência de NMM em mulheres negras em Natal, e Fernandes et al<sup>17</sup>, em 2017, também mostram as desvantagens da população negra brasileira frente a esse indicador. Estudos norte-americanos têm também chamado a atenção sobre a associação de raça com o NMM<sup>18,19</sup>.

Neste trabalho vamos apresentar, com dados atuais da pesquisa Nascer no Brasil II (NBII), as prevalências de MMG e NMM segundo as características clínicas, obstétricas e de manejo das mulheres atendidas por parto ou aborto, segundo a raça, com informações colhidas em hospitais da amostra do estudo em 2022/2023. Alguns desfechos dos recém-nascidos, tais como prematuridade, peso ao nascer e natimortalidade também serão mostrados.

## Métodos


A população de pesquisa do NBII corresponde ao conjunto de mulheres internadas por motivo de parto ou aborto, em hospitais com 100 ou mais nascidos vivos. A amostra final corresponderá a aproximadamente 20.000 partos e 1.800 abortos, distribuídos em 418 hospitais. A coleta de dados ainda está em curso e já atingiu cerca de 80% da amostra final (15.867 partos e 1.185 abortos em novembro de 2023). Para a presente análise, excluimos 4.080 partos e 209 abortos ocorridos em hospitais privados, as mulheres que se autodeclararam indígenas, amarelas (asiáticas) ou sem informação sobre a cor da pele (111, 23 e 87, respectivamente) e os 109 questionários incompletos, totalizando 11.488 partos e 945 abortos.

A população de pesquisa do estudo MMG corresponde ao conjunto de mulheres classificadas como caso de morbidade materna grave (MMG), internadas por quaisquer motivos obstétricos (complicações na gestação, para parto, por aborto ou até 42 dias após o parto ou aborto) em hospitais com mais de 2.750 partos/ano.

No estudo MMG, para cada internação identificada no período de coleta é preenchida uma ficha de triagem, a partir de dados de prontuário da mulher e do recém-nato. Os dados maternos obtidos nesse instrumento de triagem contemplam os critérios propostos pela OMS para vigilância da morbidade materna (Say 2009, WHO 2011), bem como os critérios utilizados previamente pela Rede Nacional de Vigilância da Morbidade Materna (Haddad et al, 2011), que incluem condições maternas e procedimentos adicionais. A utilização de critérios mais ampliados na etapa de triagem teve como objetivo minimizar o risco de perda de casos de morbidade materna.

Em todas as triagens com a presença de pelo menos uma condição indicadora de morbidade materna é realizada a extração completa de dados de prontuário, visando à identificação de condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV) ou near miss materno (NMM), além da avaliação das características demográficas, sociais, antecedentes clínicos e obstétricos, dados da gestação atual, assistência hospitalar ao parto e às perdas fetais, complicações na gestação e no puerpério e assistência neonatal.

**Condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV):** definidas pela Organização Mundial de Saúde. Toda mulher que apresentar um dos 26 critérios propostos pela OMS para classificação de caso de CPAV (Say et al 2009) e que não evoluir para óbito durante o período da internação hospitalar.



**Near miss materno (NMM):** toda mulher que apresentar um dos 25 critérios propostos pela OMS para classificação de near miss materno baseado em disfunção orgânica (Say et al 2009), e que não evoluir para óbito durante o período da internação hospitalar.

**Óbito materno (MM):** Todo óbito ocorrido durante a internação na gestação, parto ou até o 42º dia pós-parto por causas (CID) definidoras de óbito materno (MS, 2009).

**Morbidade materna grave (MMG):** CPAV ou NMM ou MM.

Para viabilizar a comparação com o estudo NBII, excluimos da presente análise os casos de MMG ocorridos em hospitais privados, as internações por complicações na gestação com desfecho “alta ainda gestante” e mulheres classificadas no prontuário com a cor da pele amarela (asiática) ou indígena, totalizando 6.097 casos de MMG analisados. Para viabilizar o cálculo da razão de MMG, que utiliza o número de nascidos vivos como denominador, a amostra de nascidos vivos do estudo MMG foi expandida para representar este número durante o período de coleta de dados.

## Resultados

A primeira tabela mostra que a incidência da natimortalidade foi maior para mulheres pretas e pardas, em relação às brancas, mas a prevalência de MMG no parto e aborto foi de 18.3%, maior nas mulheres pretas do que nas mulheres pardas (15,0%) e brancas (14%). Quanto à idade gestacional do recém-nascido (RN), a prematuridade foi ligeiramente maior nas pardas (11,3%) do que nas pretas e brancas (10,9%). As mulheres brancas tiveram mais filhos a termo precoce, entre 37 e 38 semanas gestacionais (32,7%) e as pretas e pardas mais a termo completo e pós termo. As mulheres pretas e pardas tiveram mais contato pele a pele com o bebê na sala de parto e menos informações anotadas no prontuário sobre o peso do RN. Não houve diferença por raça quanto ao peso do RN.

Quanto às causas da MMG, mostradas na tabela 2, verifica-se que os distúrbios hemorrágicos foram mais frequentes nas mulheres brancas, principalmente por hemorragia pós-parto, descolamento prematuro de placenta e placenta acreta. Nas mulheres negras as causas predominantes são as síndromes hipertensivas, destacadamente a hipertensão arterial grave e a pré-eclâmpsia grave.

Quanto aos indicadores de manejo, as mulheres brancas fizeram mais transfusão e utilizaram mais a UTI, enquanto para as mulheres negras não foi possível identificar um perfil claro de diferenciação. Importa destacar que a ausência de informação nessa tabela pode estar mascarando as diferenças étnicas frente às causas e ao manejo da MMG.

A tabela 3 apresenta os dados da regressão logística, identificando as características maternas associadas à MMG. Observa-se que o maior risco de MMG está com mulheres que vivem no norte, nordeste e sudeste, que são atendidas nas regiões metropolitanas, em hospitais públicos do SUS de grande porte, por motivo de aborto, de cor da pele preta, com mais de 35 anos de idade, baixa escolaridade e que não vivem com o companheiro. O risco foi também identificado para quem fez cesariana nessa gestação.

## Discussão

Há uma evidente desvantagem das mulheres negras e seus RN em relação aos indicadores de saúde aqui analisados, tanto nos resultados do atendimento hospitalar ao aborto quanto ao parto.

A regressão logística mostra que a maior chance de viver um episódio de MMG ocorre em mulheres com vulnerabilidade social (baixa escolaridade, mães chefes de família), de cor preta e com mais de 35 anos de idade. Quanto ao local onde essas mulheres se encontram, é principalmente no Norte, Nordeste e Sudeste, em regiões metropolitanas e em hospitais públicos próprios do SUS de grande porte.

A entrada da cesariana nesse modelo refere-se ao risco trazido por essa cirurgia, utilizada em larga escala na assistência obstétrica do País, principalmente por mulheres de cor branca, para a ocorrência da MMG, NMM e óbito materno (artigos Rosa, Ana Paula e Catherine).

## Referências bibliográficas

1. Pattinson R. Near miss audit in obstetrics. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**. 2009 Jun 1;23(3):285–286.
2. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**. 2009 Jun 1;23(3):287–296.
3. Silva JM de P da, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. **Rev Bras Saude Mater Infant**. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2018 Mar;18:7–35.
4. Chhabra P. Maternal near miss: an indicator for maternal health and maternal care. Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine [Internet]. **Indian J Community Med**; 2014 Jul [cited 2023 Nov 21];39(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25136152/> PMID: 25136152
5. Homepage | **Figo** [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: <https://www.figo.org/>
6. Zanette E, Parpinelli M, Surita F, Costa M, Haddad S, Sousa M, Silva J, Souza J, Cecatti J. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: A Brazilian multicenter surveillance study. **Reproductive health**. 2014 Jan 16;11:4.
7. Thaddeus S, **Maine D. Too far to walk**: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*. 1994 Apr 1;38(8):1091–1110.
8. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). **Reproductive Health**. BMC; 2004;1:3. PMID: 15357863
9. Bouvier-Colle M, Varnoux N. [Maternal mortality and severe morbidity in 3 French regions: results of MOMS, a European multicenter investigation]. **Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction**. 2001 Oct 1;30:S5–9.

10. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: Case control study. **BMJ: British Medical Journal**. United Kingdom: BMJ Publishing Group; 2001;322(7294):1089–1094.
11. Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Rusen ID, Joseph KS, for MSK. **Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001**. **CMAJ**. 2005 Sep 27;173(7):759–764. PMID: PMC1216316
12. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH de, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cad Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006 Feb;22:255–264.
13. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, Martins AL, Filha MMT, Gama SGND, Leal MDC. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2014 Aug;30(suppl 1):S169–S181.
14. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, Souza JP, Pattinson RC. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2014 May 5;14:159. PMID: PMC4016777
15. Cecatti J, Costa M, Haddad S, Parpinelli M, Souza J, Sousa M, Surita F, Pinto e Silva J, Pacagnella R, Passini Jr R, Group the BN for S of SMM study. Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**. 2016;123(6):946–953.
16. Rosendo TMS de S, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Ciênc saúde coletiva**. **ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 Apr;20:1295–1304.
17. Fernandes KG, Souza RT, Leal MC, Moura EC, Santos LM, Cecatti JG. Ethnic differences in maternal near miss. **Arch Gynecol Obstet**. 2017 Dec;296(6):1063–1070. PMID: 28918461
18. McGregor AJ, Hung P, Garman D, Amutah-Onukagha N, Cooper JA. Obstetrical unit closures and racial and ethnic differences in severe maternal morbidity in the state of New Jersey. **Am J Obstet Gynecol MFM**. 2021 Nov;3(6):100480. PMID: 34496307
19. Malhamé I, Danilack V, Raker C, Hardy E, Spalding H, Bouvier B, Hurlburt H, Vrees R, Savitz D, Mehta N. Cardiovascular severe maternal morbidity in pregnant and postpartum women: development and internal validation of risk prediction models. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**. 2021;128(5):922–932.

**Tabela 1** - Desfechos perinatais segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Total
	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Total</b>	3,026	100	1.564	100	8.898	100	
<b>Desfecho da gestação</b>							
Nascido Vivo	3.018	99,7	1.556	99,5	6.848	99,3	<b>0,019</b>
Natimorto	8	0,3	8	<b>0,5</b>	50	<b>0,7</b>	
<b>Óbito neonatal*</b>							
Não	3.009	99,7	1.551	99,7	6.810	99,4	0,153
Sim	9	0,3	5	0,3	38	0,6	
<b>Baixo peso ao nascer</b>							
Não	2.741	90,6	1.401	89,6	6.186	89,7	0,816
Sim	268	8,9	142	9,1	635	9,2	
Sem informação	17	0,6	21	<b>1,3</b>	77	<b>1,1</b>	
<b>Idade gestacional</b>							
<28	26	0,9	6	0,4	55	0,8	<b>0,004</b>
28-31	31	1,0	55	1,6	75	1,1	
32-33	28	0,9	13	0,8	97	1,4	
34-36	245	8,1	126	8,1	548	8	
<b>Prematuridade</b>		<b>10,9</b>		<b>10,9</b>		<b>11,3</b>	
37-38	986	<b>32,7</b>	449	28,9	1.973	28,8	
39-41	1.682	55,8	924	<b>59,4</b>	4.050	<b>59</b>	
≥42	17	0,6	13	<b>0,8</b>	61	<b>0,9</b>	
Sem informação	11	0,4	8	0,5	38	0,6	
<b>Contato pele a pele na sala de parto*</b>							
Não	1.642	54,4	792	50,9	3.577	52,2	<b>0,049</b>
Sim	1.376	45,6	764	<b>49,1</b>	3.271	47,8	
<b>Morbidade materna grave (parto)**</b>							
Não	2.424	86,4	1.198	82,3	5.377	85,3	0,002
Sim	383	13,6	258	<b>17,7</b>	923	14,7	
<b>Total</b>	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>**Nearmiss materno (parto)**</b>							
Não	2.765	98,5	1.423	97,7	6.197	98,4	0,160
Sim	42	1,5	33	<b>2,3</b>	103	1,6	

	Brancas		Pretas		Pardas		P - Total
<b>Morbidade materna grave (parto/aborto)***</b>							
Não	2.633	86	1.304	81,7	5.773	85	<b>&lt;0,001</b>
Sim	428	14	292	<b>18,3</b>	1.018	15	
<b>Nearmiss materno (parto/aborto)***</b>							
Não	3.017	98,6	1.559	97,7	6.673	98,3	0,092
Sim	44	1,4	37	<b>2,3</b>	118	1,7	

\* Dentre os nascidos vivos (3.018 brancas; 1.556 pretas e 6.848 pardas)

\*\* Incluídas internações por motivo de parto com entrevista e prontuário finalizados (2.807 brancas, 1.456 pretas e 6.300 pardas).

\*\*\* Incluídas internações por motivo de parto ou aborto com entrevista e prontuário finalizados (3.061 brancas, 1.596 pretas e 6.791 pardas).

**Tabela 2** - Morbidade Materna Grave segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - Estudo MMG - 2022-2023

	Brancas		Pretas		Pardas		Sem informação		P - Total
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
<b>Nascidos Vivos</b>	8.450		2.683		24.173		4.807		
<b>Casos MMG (CPAV+NMM+MM)</b>	1.184	<b>14,0</b>	491	<b>18,3</b>	3.626	<b>15,0</b>	796	<b>16,6</b>	796
<b>Distúrbios hemorrágicos</b>	496	<b>41,9</b>	158	32,2	1.144	31,5	302	37,9	<b>&lt;0,001</b>
Descolamento prematuro de placenta	72	<b>6,1</b>	23	4,7	161	4,4	43	5,4	
Placenta acreta/increta/percreta	36	<b>3,0</b>	7	1,4	55	1,5	13	1,6	
Gravidez ectópica	60	5,1	17	3,5	180	5,0	114	14,3	
Hemorragia pós-parto	344	<b>29,1</b>	117	23,8	785	21,6	137	17,2	
Rotura uterina	7	0,6	4	0,8	26	0,7	8	1,0	
<b>Síndromes hipertensivas</b>	648	54,7	315	<b>64,2</b>	2.253	62,1	389	48,9	<b>&lt;0,001</b>
Pré-eclâmpsia grave	200	16,9	130	<b>26,5</b>	908	<b>25,0</b>	155	19,5	
Eclâmpsia	36	3,0	16	3,3	161	4,4	36	4,5	
Hipertensão arterial grave	593	30,4	287	<b>58,5</b>	1.986	<b>54,8</b>	344	43,2	
Síndrome Hellp	54	4,6	19	3,9	167	4,6	24	3,0	
<b>Nascidos Vivos</b>	8.450		2.683		24.173		4.807		



	Brancas		Pretas		Pardas		Sem informação		P - Total
<b>Outros distúrbios sistêmicos</b>	150	12,7	51	10,4	510	14,1	130	16,3	0,011
Endometrite	13	1,1	5	1,0	60	1,7	14	1,8	
Edema pulmonar	16	1,4	7	1,4	36	1,0	7	0,9	
Insuficiência respiratória aguda	38	3,2	17	3,5	140	3,9	41	5,2	
Convulsões	28	2,4	13	2,6	122	3,4	29	3,6	
Sepse	21	1,8	11	2,2	73	2,0	22	2,8	
Choque	32	2,7	13	2,6	69	1,9	23	2,9	
Trombocitopenia	39	3,3	7	1,4	133	3,7	25	3,1	
Crise tireotóxica	12	1,0	0	0,0	22	0,6	3	0,4	
<b>Indicadores de manejo</b>	452	38	169	34,4	1.370	37,8	391	49,1	<0,001
Transfusão de hemocomponentes	102	8,6	28	5,7	276	7,6	77	9,7	
Acesso venoso central	26	2,2	9	1,8	86	2,4	23	2,9	
Histerectomia	29	2,4	9	1,8	58	1,6	14	1,8	
Admissão em uti	158	13,3	60	12,2	408	11,3	94	11,8	
Internação hospitalar ≥ 8 dias	146	12,3	59	10,0	462	12,7	112	14,1	
Intubação não relacionada à anestesia	35	3,0	6	1,2	90	2,5	25	3,1	
Retorno à sala de cirurgia	118	10,0	49	10,0	356	9,8	88	11,1	
Laparotomia pós-parto ou aborto	66	5,6	19	3,9	185	5,1	110	13,8	

Tabela 3 - Características associadas à Morbidade Materna Grave em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023

	% MMG	OR ajustado	IC ajustado		P - valor ajustado
<b>Total</b>	<b>15,1</b>				
<b>Região</b>					
Norte	15,1	1,3	1,1	1,6	0,012
Nordeste	15,6	1,3	1,1	1,6	0,004
Sudoeste	17,1	1,6	1,4	2,0	0,000
Sul	12,3	1,1	0,9	1,5	0,307
Centro-oeste	11,2				
<b>Local</b>					
Região metropolitana	16,3	1,1	1,0	1,3	0,051
Fora de região metropolitana	12,4				
<b>Tipo de hospital</b>					

	% MMG	OR ajustado	IC ajustado		P - valor ajustado
Público	16,8	1,4	1,2	1,5	<0,001
Misto	12,4				
<b>Tamanho do hospital</b>					
< 500 partos/ano	12,0				
500 - 2.749 partos/ano	12,7	1,0	0,8	1,3	0,758
≥ 2.750 partos/ano	17,4	1,4	1,1	1,8	0,002
<b>Tipo de desfecho</b>					
Parto	14,8				
Aborto	19,6	1,8	1,5	2,1	0,002
<b>Cor da pele</b>					
Branca	14,0				
Preta	18,3	1,3	1,1	1,5	0,006
Parda	15,0	1,1	0,6	1,2	0,249
<b>Idade</b>					
10 a 19	13,5	0,9	0,8	1,1	0,284
20 a 34	14,5				
≥ 35	19,6	1,3	1,1	1,5	<0,001
<b>Escolaridade em anos de estudo</b>					
≤ 8 (EF incompleto)	16,9	1,3	1,0	1,6	0,029
9 a 11 (EF completo)	15,8	1,2	1,0	1,5	0,054
12 a 15 (EM completo)	14,4	1,0	0,8	1,3	0,703
≥ 16 (ES completo)	13,8				
<b>Situação conjugal</b>					
Não vive com companheiro(a)	17,2	1,2	1,0	1,3	0,033
Vive com companheiro(a)	14,7				
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal	11,9				
Cesariana	17,5	1,8	1,6	2,0	<0,001

## Produtos dos grupos da oficina

A seguinte relação de metas e ações foram as que os grupos, divididos por eixos, desenvolveram em conjunto no segundo dia da oficina. A metodologia realizada foi de reelaboração das metas e atividades, com base no que foi discutido no dia anterior e das experiências dos participantes; ao final, cada grupo contou com duas relatorias, sendo uma delas apresentada ao final da oficina, a qual segue abaixo.

Sendo assim, o que está sendo apresentado é um resumo das discussões de cada eixo. É necessário pontuar que algumas atividades podem se repetir em eixos diferentes, isso ocorre pela transversalidade do tema. Mas, posteriormente, após maturação das análises das áreas técnicas, as atividades duplicadas serão direcionadas unicamente para o eixo que melhor possa recebê-las. Além disso, este relatório não indica um plano de trabalho, sendo necessárias pactuações posteriores.

### EIXO 1. Determinação social da mortalidade materna

**Meta 1: Intersecção de gênero, raça, classe e deficiências nas políticas públicas com foco na redução da morbimortalidade materna entre as pessoas negras em idade reprodutiva (de 10 a 49 anos).**

**Atividade 1.1** - Articular intersetorialmente o protagonismo da participação social (conselho de promoção de igualdade racial e conselho de mulheres).

**Atividade 1.2** - Qualificar os indicadores ambientais (mudanças climáticas, qualidade do ar, da água, saneamento) e analisar os seus impactos na morbimortalidade materna para produzir informações para intervenção.

**Atividade 1.3** - Qualificar os indicadores sociais (transporte, ocupação, insegurança alimentar, acesso à educação, moradia, renda e violência territorial) e analisar os seus impactos na morbimortalidade materna para produzir informações para intervenção.

**Atividade 1.4** - Qualificar os indicadores de acesso às políticas sociais, em especial as da saúde, assistência social e previdência.

**Atividade 1.5** - Implantar e implementar os comitês técnicos de saúde integral da população negra em todos os estados e municípios para fomento e articulação de ações para redução da morbimortalidade materna de pessoas negras.

**Atividade 1.6** - Identificar e priorizar adolescentes negras, garantindo o protagonismo juvenil, o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, a integralidade do cuidado de forma humanizada para enfrentamento do racismo e outras violências interpessoais e autoprovocadas.

**Atividade 1.7** - Identificar e priorizar as pessoas com deficiência, em especial as negras, garantindo acesso e integralidade do cuidado humanizado com foco na redução da morbimortalidade materna.

**Atividade 1.8** - Identificar e priorizar povos e comunidades tradicionais negros, garantindo acesso e integralidade do cuidado humanizado com foco na redução da morbimortalidade materna.

**Meta 2: Construção e qualificação dos indicadores de violência e relação com a morbimortalidade materna de pessoas negras em idade reprodutiva (de 10 a 49 anos), em especial mulheres, para orientar as intervenções.**

**Atividade 2.1** - Desenvolver ações com os profissionais da saúde na perspectiva da educação permanente em saúde antirracista para a realização e qualificação da notificação de todos os tipos e natureza de violências contra as mulheres, pessoas trans, em especial as mulheres negras.

**Atividade 2.2** - Reinstaurar, instrumentalizar e qualificar a Ouvidoria do SUS para notificação da

violência contra mulheres, em especial as mulheres negras.

**Atividade 2.3-** Conceituar a violência obstétrica e criar os indicadores para o monitoramento.

### **Meta 3: Enfrentamento e combate ao racismo no SUS e demais serviços de saúde.**

**Atividade 3.1-** Desenvolver ações educativas com os profissionais da saúde para a atenção integral humanizada com praxis antirracista, na perspectiva da educação permanente, de mulheres em situação de violência.

**Atividade 3.2-** Promover e fomentar educação popular em saúde em campanhas antirracistas nas unidades de saúde com abrangência intersetorial, para profissionais da saúde e usuários.

**Atividade 3.3-** Fomentar a participação social dos movimentos de mulheres negras para conscientização sobre o racismo institucional nos serviços de saúde.

**Atividade 3.4-** Incorporar aos planos de ação das redes de atenção à saúde o enfrentamento do racismo estrutural e institucional.

**Atividade 3.5-** Promover o reconhecimento do racismo como determinante social em saúde de iniquidade pelas gestões em saúde, interseccionando nas políticas e ações em saúde nos municípios e estados.

**Atividade 3.6-** Instrumentalizar as ouvidorias dos serviços de saúde para compreensão e dimensão do racismo institucional e estrutural para acolhimento e registro correto das denúncias.

**Atividade 3.7-** Articular com instituições de ensino e pesquisa para inclusão de conteúdos sobre racismo e violência na formação dos profissionais da saúde (graduação, pós-graduação e residências em saúde).

**Atividade 3.8-** Articular a inclusão de indicadores de enfrentamento do racismo nos planos federal, estadual e municipal de saúde, planos orçamentários financeiros e planos plurianuais de saúde.

**Atividade 3.9-** Promover *advocacy* com outras instituições, incluindo o Legislativo, para o desenvolvimento de ações e leis que enfrentam o racismo institucional na saúde.

## **EIXO 2. Atenção ao pré-natal e parto**

### **Meta 4: Qualificação do pré-natal das mulheres negras**

**Atividade 4.1** - Ampliar a proporção de gestantes negras com início de pré-natal até a 12ª semana de gestação.

**Atividade 4.2** - Qualificar o pré-natal para eliminar a transmissão vertical da sífilis e HIV, oferecendo o tratamento adequado, com destaque para as mulheres negras.

**Atividade 4.3** - Garantir o cuidado integral às mulheres negras no que tange a evitar complicações da hipertensão, diabetes e doenças infecciosas.

**Atividade 4.4** - Garantir o pré-natal odontológico de todas as gestantes, em especial das gestantes negras.

**Atividade 4.5** - Garantir acompanhamento nutricional das gestantes negras, em especial aquelas com hipertensão arterial, diabetes e em situação de insegurança alimentar.

**Atividade 4.6** - Oferta de qualificação da equipe de acolhimento e classificação de risco das unidades de saúde.

**Atividade 4.7** - Reconhecer mulheres negras gestantes com doença falciforme e garantir a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

**Atividade 4.8** - Garantir o cuidado integral às gestantes negras em medida protetiva no pré-natal, parto e puerpério.

**Atividade 4.9** - Garantir o cuidado integral às gestantes negras quilombolas no pré-natal, parto e puerpério.

**Atividades 4.10** - Garantir o cuidado integral aos homens trans no pré-natal, parto e puerpério.

**Meta 5: Aprimoramento das ações voltadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com destaque para as especificidades das mulheres negras.**

**Atividade 5.1** - Ampliar e garantir a oferta de todos os métodos contraceptivos a todas as mulheres para que elas tenham autonomia na escolha do que desejarem.

**Atividade 5.2** - Fomentar a discussão da participação social dos movimentos de mulheres negras para a discussão sobre planejamento reprodutivo.

**Atividade 5.3** - Articular atividades conjuntas entre equipes de saúde da família e o Programa Saúde na Escola.

**Atividade 5.4** - Ampliar o acesso a métodos contraceptivos, em especial de Larc, na Rede de Atenção à Saúde.

**Atividade 5.5** - Garantir o acesso a métodos contraceptivos pela APS.

**Atividade 5.6** - Garantir o acesso a métodos contraceptivos, após evento obstétrico, caso seja o desejo da puérpera.

**Meta 6: Garantia de acesso dos adolescentes nos serviços de saúde**

**Atividade 6.1** - Qualificar os profissionais de saúde para garantir o acesso ao cuidado de adolescentes sem acompanhantes nos serviços de saúde.

**Atividade 6.2** - Qualificar o acesso dos adolescentes ao direitos sexuais e direitos reprodutivos por intermédio do Programa Saúde na Escola.

**Meta 7: Qualificação e ampliação do acesso e da humanização ao parto e nascimento.**

**Atividade 7.1** - Promover a presença de doulas na assistência ao parto, nascimento e puerpério;

**Atividade 7.2** - Identificar, cadastrar e disponibilizar kits para as parteiras tradicionais.

**Meta 8: Garantia de atenção, cuidado, acolhimento às mulheres gestantes em privação de liberdade.**

**Atividade 8.1** - Promover o pré-natal com identificação e captação precoce.

**Atividade 8.2** - Assegurar o cumprimento das normativas em vigor para atenção ao pré-natal, parto e nascimento (Lei nº 13434/2017).

**Atividade 8.3** - Garantir o cuidado integral às mulheres negras no que tange a evitar complicações da hipertensão e diabetes.

**Atividade 8.4** - Fortalecer a relação intra e intersetorial entre as equipes da APS para garantia dos direitos que cabem às mulheres no pré-natal, parto e puerpério.

**Meta 9:** Organização da Rede de Atenção à Saúde para oferta de atenção às mulheres negras gestantes, no parto e puerpério

**Atividade 9.1** - Ampliar Casas de Parto Normal (CPN) nos municípios.

**Atividade 9.2** - Ampliar Casas da Gestante, Bebê e puérpera (CGBP).

### **EIXO 3. Morbimortalidade materna e Near Miss**

**Meta 10: Redução da morbimortalidade materna em mulheres negras**

**Atividade 10.1** - Ofertar educação permanente a profissionais de saúde e gestores para qualificação do acesso e acolhimento das demandas de mulheres negras nos serviços de saúde.

Ação 1: Necessidade de qualificação e sensibilização dos profissionais, com formação sobre raça e violência de gênero. Com quantidade de horas mínimas por profissional/ano.

Ação 2: Promover o conhecimento de direitos / empoderar as mulheres / qualificar seu processo de decisão.



Ação 3: Qualificar ACS, equipes, ambiência.

Ação 4: Incentivo às boas práticas a partir da qualidade e numa perspectiva racial.

Ação 5: Avaliação do parto.

Ação 6: Fortalecer os comitês e ampliar capacidade de atuação e consequência para os processos investigativos.

Ação 7: Obrigatoriedade da notificação dos *near miss*.

Ação 8: Cumprimento dos protocolos.

Ação 9: Oficina de readequação para qualificação dos servidores sobre a garantia do acolhimento.

Ação 10: Qualificação profissional ampla para oferta dos Larc pós-parto e pós-aborto com garantia de insumos.

Ação 11: Qualificação das parteiras tradicionais com oferta dos insumos básicos / mapear, cadastrar as parteiras tradicionais.

Ação 12: Ampliação de oferta de cursos formativos para enfermeiros obstetras.

Ação 13: Sistema APS que converse com a média e alta complexidade.

Ação 14: Pensar os vínculos de trabalho dos profissionais de assistência.

Ação 15: Monitoramento do uso do partograma, vinculando o faturamento ao preenchimento da ficha.

Ação 16: *Labcare*, enquanto instrumento de referência da OMS para aprimoramento do partograma.

Ação 17: Implantar Classificação de Robson.

**Atividade 10.2** – Qualificar os serviços com a garantia de acolhimento com equidade de raça e gênero

Ação 18: Implantar Classificação de Robson.

Ação 19: Estratificação de risco a cada encontro com atenção ao quesito raça/cor.

Ação 20: Classificação de risco contemplando quesitos de raça/cor.

Ação 21: Garantia dos insumos básicos na rede de atenção.

Ação 22: Revisão e instituição de protocolos únicos considerando raça/cor.

Ação 23: Ampliação de leitos de alto risco a partir de avaliação dos dados.

Ação 24: Instituir, implementar e monitorar os indicadores de near miss.





Ação 25: Instituir bundles de hipertensão, hemorragia e sepse na APS e maternidades, incluindo os HPPs.

Ação 26: Garantir e qualificar o transporte sanitário, assegurando prioritariamente para a tríade mulheres pretas, pobres e sem acompanhantes. Observando a realidade de cada região.

Ação 27: Implantar/implementar o telemonitoramento e tele-UTI obstétrica.

Ação 28: Retomar o "selo" de maternidade segura.

Ação 29: Aproveitamento de experiências exitosas nacionais e internacionais.

Ação 30: Instituição de fóruns perinatais na rede cegonha.

Ação 31: Retomar a Estratégia Zero Morte Materna e criar o Zero Morte por causas evitáveis para mulheres negras.

Ação 32: Pactuação interfederativa para garantia da oferta dos exames em todos os níveis de atenção, com reajuste da tabela.

Ação 33: Estabelecer a regulação e a vinculação, com informação sobre raça/cor.

Ação 34: Ampliação de CGBP vinculadas às maternidades de alto risco.

Ação 35: Qualificar salas de estabilização em locais de vazios assistenciais (UPAs, UBS, DSEI, quilombos) para atenção obstétrica com maleta de emergência obstétrica (anti-hipertensivos, sulfato de magnésio, ocitocina, balão de tamponamento intrauterino etc.) com qualificação dos profissionais.

Ação 36: Instituição de indicador de morte materna e near miss por raça/cor (ex.: RMM de mulheres negras) – publicar em boletins epidemiológicos.

Ação 37: Instituição de PEC no e-SUS com fichas de monitoramento da estratificação, near miss etc.

Ação 38: Obrigatoriedade de registro raça/cor em todos os instrumentos de dados de morbimortalidade, mortalidade e near miss.

Ação 39: Instituição do cuidado progressivo obstétrico.

Ação 40: Alta responsável.

## **EIXO 4 – Qualificação da informação em saúde**

**Meta 11. Ampliação e qualificação das informações em saúde relacionadas aos óbitos maternos e perinatais.**

**Atividade 11.1** – Reduzir a subnotificação da violência contra mulheres e meninas negras no campo da saúde.



Ação 41 – Sensibilizar e qualificar os profissionais de saúde que realizam notificações de violência.

Ação 42 – Implementar campos no prontuário eletrônico para identificação de violências cometidas contra mulheres negras em todos os níveis de atenção.

Ação 43 – Qualificar os Núcleos de Prevenção à Violência em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e potencializar o papel dessas equipes no matriciamento dos serviços.

Ação 44 – Implantar ações de educação permanente sobre a notificação de violências na atenção primária e vigilância considerando os quesitos raça/cor.

Ação 45 – Implementar escuta qualificada para o preenchimento qualificado das fichas de notificação de violência.

Ação 46 – Melhorar as condições de trabalho em serviços de atenção à saúde para garantir a qualidade da notificação de violências

Ação 47 – Desenvolver ações de comunicação e mídia para divulgar aos conselhos de saúde, mulheres, a academia e outros espaços sociais, os tipos e a localização dos serviços de atenção a violências nos municípios.

**Atividade 11.2** – Ampliar a produção de informações sobre violência contra mulheres e meninas negras no campo da saúde.

Ação 48 – Ajustar os diversos sistemas de informação em saúde para contemplar os dados sobre violência contra mulheres e meninas negras.

Ação 49 – Ampliar os mecanismos de disseminação da informação sobre violência contra mulheres e meninas negras em estados e municípios.

Atividade 11.3 – Qualificar o preenchimento do campo raça/cor nos sistemas de informação em saúde.

Ação 50 – Incluir o campo de violência obstétrica nas fichas de atendimento de atenção primária e atenção especializada, nas ouvidorias do SUS, observando o quesito gênero e raça/cor.

Ação 51 – Qualificar profissionais de saúde da atenção primária para registrar, com o intuito de reconhecer e valorizar o quesito gênero e raça/cor da população de suas regiões de saúde.

**Atividade 11.4 - Qualificar os profissionais para o preenchimento adequado das causas dos óbitos maternos (CID-10).**

Ação 52 – Estabelecer parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, Conselho Federal de Medicina e sociedades médicas, para qualificar a formação profissional de médicos, observando ações de preenchimento correto, considerando a completude dos campos de declarações de óbito materno, e outras fichas de notificação, em especial os quesitos gênero, raça/cor e escolaridade.

Ação 53 – Implementar ações para qualificação dos profissionais que preenchem os sistemas de informação sobre óbito materno, infantil e fetal, por intermédio de ações de educação permanente no SUS.

## Meta 12. Implantação e implementação dos Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal nas três esferas de gestão.

**Atividade 12.1** - Instituir a portaria que cria o Comitê Nacional de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

**Atividade 12.2** - Qualificar profissionais e gestores que atuam na vigilância do óbito e nos comitês.

**Atividade 12.3** - Estimular/fortalecer a criação de comitês estadual, municipal ou regional de mortalidade materna, infantil e fetal.

Ação 1 – Garantir a participação da representação local de áreas que atuem com as políticas de equidades.

**Atividade 12.4** – Qualificar profissionais e gestores que atuam na vigilância de óbito e nos comitês.

Ação 54 – Organizar estratégias de educação permanente regionais/estaduais para qualificação dos comitês de mortalidade materna, infantil e fetal.

### Estratégias:

-Revogar a legislação que obriga o SUS a informar os casos de violência contra mulheres à segurança pública (isso vem inibindo as notificações para fins epidemiológicos e de gestão do SUS).

- Inserir artigo na Lei Maria da Penha para garantir a obrigatoriedade do preenchimento da ficha de notificação de violência por profissionais de saúde, assistência social e segurança pública, observando o quesito raça/cor.

- Garantir condições de infraestrutura necessárias para o desenvolvimento de informações qualificadas sobre mortalidade materna de mulheres e meninas negras nas esferas de gestão do SUS e com participação social.

- Organizar estratégias de integração entre os ministérios da área social (MEC, Mulheres, MDS, MDH, MIR) para o fortalecimento de ações de enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal observando as questões de gênero e raça/cor (agenda para os ministros).

### Redomendações

1- Faz-se necessário que os **Comitês de Mortalidade Materna** passem por uma reelaboração em sua composição técnica para além dos técnicos, incluindo representação do Ministério Público, com participação ativa do secretário estadual, além de representantes dos Conselhos de Saúde, movimentos sociais e Conasems.

2- Que no texto da Nova Rede Cegonha seja deixada explicitada a pauta do racismo obstétrico e toda a questão racial como diretriz e objetivo e que o **plano de implementação** da Rede apresente as ações necessárias para implementação nos territórios, considerando as ressignificações e mudanças necessárias nos serviços. Que também sejam incluídos todos os cursos de vida e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no texto da nova Rede.

3- Induzir a criação de um observatório de racismo institucional, no âmbito do

SUS, em todos os estados.

4- Racismo obstétrico precisa ser conteúdo das qualificações dos(as) profissionais de saúde. Que as formações dialoguem com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

5- O tema racismo precisa ser conteúdo sempre presente em processos de educação permanente.

6- É necessário que a temática do racismo esteja presente também nos cursos de graduação, como disciplina obrigatória.

7- Produção de metas e indicadores com destaque para o quesito raça/cor, não apenas como recorte, mas como algo que representa a maior parte da população brasileira, apresentando proposições de ações para sanar os desafios que forem identificados.

8- Previsão de ações de atenção e cuidado antirracistas no PPA, nos Planos Estaduais e Planos Municipais de Saúde, considerando que as políticas precisam ser antirracistas e com mecanismos de monitoramento. Programação anual.

9- Detecção precoce de casos proximais que acarretam a mortalidade de mulheres negras que são: hipertensão, hemorragia e infecção.

10- Revisão do documento dos *10 Passos para Redução de Morte Materna*, à luz do enfoque raça/cor.

11- Produção de indicadores antirracistas atrelados a financiamento na nova rede.

12- Importante induzir ações antirracistas para além da publicação de portarias.

13- Instituir mecanismos operacionais para o cumprimento da obrigatoriedade do quesito raça/cor.

14- **Campanhas de autodeclaração** nas escolas, com a finalidade de trabalhar a **identificação racial por meio do PSE**.

15- Produção da informação pensando na gestão do cuidado – relatórios precisam chegar à ponta de forma mais inteligente e clara para facilitar as ações necessárias.

16- Construir cultura antirracista nas instituições e medidas protetivas às pessoas que vivem cotidianamente violentadas (das mais diferentes formas).

17- Fortalecimento das Ouvidorias do SUS e sensibilização dos trabalhadores da Ouvidoria para as questões de racismo, sabendo para onde encaminhar os casos identificados. E também o fortalecimento da rede de apoio a esses casos.

18- Precisamos repensar os protocolos clínicos, considerando estudos e necessidades específicas para serem revisados.


19- Qualificação dos profissionais para atenção às adolescentes negras nas escolas via PSE.

20- Fortalecer junto aos profissionais de saúde a **prescrição social**, que identifica outros aparelhos que ajudam na atenção à saúde de mulheres negras, mas que vão além da saúde, como lazer, transporte, dentre outros.

21- Precisamos de mais profissionais preparados para trabalhar com epidemiologia, que nos mostram a necessidade de mais **busca ativa**.

22- Pensar na estratificação de risco no pré-natal e mais buscas ativas, qualificar as consultas, monitorar os indicadores, pensar em estratégias de atenção e cuidado aos casos necessários.

23- Fortalecer a assistência farmacêutica pelo MS, para estados e municípios na disponibilização de medicamentos (de proteção como: ASS, cálcio, ferritinas, ferro) para gestantes classificadas como de alto risco (diabetes, hipertensão,



trombocitemias, asmáticas, síndrome de Hellp), em destaque para adolescentes negras.

24- Qualificação/sensibilização de gestores e profissionais em saúde e educação para atenção às adolescentes negras nas escolas (via PSE).

25- Os **prontuários** precisam dar **alertas** para que os casos sejam acompanhados com suas especificidades.

26- Fortalecer a vinculação das gestantes aos locais de trabalho do parto, sendo necessário um caminho assistencial claro e seguro para todas elas.

27- Ainda precisamos frisar a garantia do direito ao acompanhante de escolha da mulher negra no parto e pós-parto, assim como nas consultas de pré-natal.

28- Participação da enfermagem obstétrica na atenção e cuidado protege contra a violência.

29- Oferta de qualificação aos gestores e profissionais de saúde acerca da estratificação e classificação de risco, como algo fundamental para todos terem clareza.

30- Fortalecer e retomar as ações dos **Comitês de Transmissão Vertical** para atuarem conjuntamente com os serviços de saúde.

31- Garantir testes rápidos e diagnósticos precoces de gestação, em especial para adolescentes negras.

32- Escuta qualificada de todas as gestantes, em especial de mulheres negras, para um diagnóstico correto de cada caso.

33- Revisão da Pnab, direcionada para os critérios de vulnerabilidade e todos os públicos em suas especificidades.