

## **Como elaborar programa de atenção à saúde da mulher que enfrente assimetrias de cor, raça ou etnia?<sup>1</sup>**

*Elaborado por Othília Carvalho*  
(2012)

Durante as manhãs, a conversa entre as mulheres fazia parte das atividades diárias de atendimento no local em que se costumava esperar pela realização dos exames de pré-natal, de cuidados pós-parto, e pelo acompanhamento do crescimento e da vacinação das crianças do centro de saúde local. Essa troca de informações se realizava por meio de relatos, muitas vezes detalhados, das mudanças físicas e emocionais vividas durante a gestação, o parto e após a chegada dos seus bebês. Elas trocavam experiências entre si e com as enfermeiras responsáveis pelos encaminhamentos e demais serviços das áreas de atendimento ao pré-natal e puerpério.

De modo geral, as usuárias do centro de saúde eram da mesma região e tinham padrão semelhante de condições de vida (renda, habitação, etc). Essas características da comunidade compunham um perfil epidemiológico relativamente estável e conhecido pelos profissionais de saúde.

As conversas das mulheres que aguardavam atendimento despertavam interesse da enfermeira Ana Cláudia, que havia desenvolvido trabalho de pesquisa a respeito da saúde sexual e reprodutiva de mulheres com perfil socioeconômico semelhante aos encontrados na região onde estava trabalhando. Ela pretendia dar continuidade às suas investigações no doutorado, e resolveu estudar a evolução das taxas de mortalidade materna no Brasil e sua relação com o acesso e tipo de atendimento recebido pelas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diariamente vários questionamentos instigavam Ana Cláudia: como as mulheres são recebidas e atendidas nos estabelecimentos públicos de saúde durante o pré-natal? Quais os cuidados médicos dispensados

durante os partos? Como se dá o acompanhamento do puerpério? Haveria predominância de algum tipo de parto (natural ou cesáreo) na região? Qual o critério utilizado pelos médicos para a utilização de anestésicos nesses procedimentos? E com relação aos cuidados preventivos, quais as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde no sentido de que essas mulheres tomassem decisões durante o ciclo gravídico-puerperal, e que respondessem às necessidades de cada uma delas?

Observando e ouvindo as mulheres atendidas no centro de saúde, Ana Cláudia percebeu várias similaridades nas conversas, o que a levou a iniciar o registro sistemático dos depoimentos, com o consentimento prévio das usuárias. Selecionou os relatos que revelavam situações de maior insatisfação, e percebeu que, de modo geral, eram recorrentes as queixas sobre o sofrimento durante o trabalho de parto e que a maioria dessas falas era de mulheres negras. Ana Cláudia pôde observar que havia uma associação entre o sofrimento e o trajeto rumo às maternidades, já que muitas delas haviam enfrentado dificuldades para encontrar estabelecimento de saúde que as acolhesse.

Ana Cláudia ouviu de Emanuelle a seguinte afirmação: “Saí de casa sozinha para a maternidade. Senti dores no início da noite e meu marido ainda não tinha chegado do trabalho. Uma vizinha, que está sem trabalho, não pôde ir comigo porque estava ocupada, fazendo a janta. De lá telefonei para o meu marido, pois não havia vaga e fiquei esperando por ele, sentindo aquelas dores todas, e quando ele chegou fomos para outra maternidade. Lá eu fui atendida”.

Kelly, que estava acompanhada do marido, assim se expressou: “Notei que ele [o bebê] estava para nascer bem cedo. Eram cinco da manhã. Fomos logo para a maternidade, eu e meu marido, que não foi trabalhar. Ficamos muito tempo esperando e depois disseram que não tinha vaga. Fomos para outra maternidade e lá eu tive o bebê. Mas acho que pior do que ficar esperando nas maternidades, foi mesmo a hora do parto. Pensei que tomaria anestesia. Como não deram, eu sofri muito”.

Para Carla, que fazia a vacinação e acompanhava a evolução do crescimento do filho, e ainda precisava monitorar sua própria saúde por apresentar quadro de hipertensão arterial, o relato foi: “Eu também tive que procurar maternidade e minha mãe, que foi comigo, estava preocupada porque eu sofro de hipertensão. Daí, ela foi logo dizendo para os atendentes e eles falaram para os médicos. Acho que foi por isso que fizeram cesariana. Não sei”.

Débora, uma adolescente que aparentava ser a mais nova entre as mulheres do grupo, disse: “Eu não gosto muito de vir aqui não. Acho que porque sou muito nova, o médico fica falando que eu devia ter me cuidado, pergunta se tenho companheiro, se trabalho e quem vai cuidar da minha

criança. Quando pergunto se vou tomar anestesia, ele diz que eu devia ter pensado nisso antes de engravidar, e até disse que as mulheres assim da minha cor não precisam de anestesia: não sei o motivo. Eu moro com a minha mãe e ela disse que vai me ajudar com a neta”.

Sandra, que fazia acompanhamento de pré-natal e esperava seu segundo filho, afirmou: “O primeiro parto foi difícil porque ficamos procurando maternidade, eu e meu marido. Depois eu senti muitas dores e tenho hipertensão. Mesmo assim, meu parto foi normal e não tomei anestesia. Espero que esse seja mais tranquilo porque me sinto mais preparada. Me preocupo mais com as dores e a hipertensão”.

Maricélia relatou que não se sentiu satisfeita com o atendimento durante seu parto: “Não gostei muito de como fui tratada, mandaram meu marido preencher uns formulários e ele não viu a criança chegar e, depois do nascimento, fiquei no meio de muita gente que eu não conhecia, sofri tanto que até me deram anestesia. O médico ficava dizendo que eu era resistente, que as negras se queixam muito, mas não sentem tanta dor”.

Para Ana Cláudia, os comentários dessas mulheres guardavam semelhanças com os resultados da pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, publicada em 2005<sup>2</sup>. Esse trabalho foi realizado em estabelecimentos públicos, privados e conveniados com o SUS, localizados no município do Rio de Janeiro. O estudo revelou que a relação entre o grau de satisfação das usuárias dos serviços de saúde e o nível de escolaridade dessas mulheres era da seguinte ordem: quanto maior o número de anos de estudo, maior o grau de satisfação com os serviços. Essa pesquisa revelou ainda que as mulheres negras apresentavam menor grau de satisfação do que as brancas em relação ao atendimento recebido no pré-natal, parto e puerpério, e que as mulheres com menos anos de escolaridade eram majoritariamente negras (pretas e pardas, segundo classificação do IBGE)<sup>3</sup>.

Ana Cláudia poderia afirmar que a maioria das mulheres atendidas no centro de saúde era negra. Entretanto, como a classificação por cor ou raça/etnia é autodeclaratória, ela teria que confrontar suas percepções com os resultados dos formulários de atendimento do próprio centro de saúde. Ao realizar a tabulação das informações desses formulários, surpreendeu-se com resultados que apontaram para um elevado percentual de campos sem resposta, referente ao quesito “qual a sua raça ou cor?”.

Ana Cláudia sabia que, desde 1996, esse quesito tinha sido inserido no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e, a partir de 2000, havia sido incluído no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) do Ministério

da Saúde. A ocorrência de número elevado de formulários sem resposta nesse campo demonstrava que os funcionários do centro de saúde estavam encontrando algum tipo de dificuldade no preenchimento. Além disso, esse tipo de subnotificação gerava um quadro de “invisibilidade” da cor ou raça/etnia nas informações sobre as usuárias do centro de saúde, com impactos prejudiciais, por exemplo, na definição de cuidados diferenciados para o atendimento dessas mulheres, impedindo ainda a classificação em grupos de cor ou raça/etnia em função de classes de idade, ocupação, escolaridade e condições de habitação.

Segundo o Ministério da Saúde, a ausência de informações sobre a variável cor na maioria dos sistemas de informação da área da saúde dificulta uma análise mais consistente sobre o estado de saúde da população negra. Mesmo assim, o Ministério apresenta resultados sobre a questão por meio da análise de dados socioeconômicos<sup>4</sup>: a grande maioria das mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro entre elas, quando comparada à das mulheres brancas. Mulheres negras têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade, e apresentam maior risco de contrair determinadas doenças – e morrer por causa delas – do que as mulheres brancas. Fatores como menos acesso à assistência obstétrica, durante o pré-natal, o parto ou o puerpério, e à atenção ginecológica também colocam as mulheres negras em situação de desvantagem.

Para fundamentar sua investigação, Ana Cláudia realizou levantamento preliminar de dados e acessou o trabalho produzido por 18 especialistas brasileiros em 2001<sup>5</sup>. Esse documento apresentou quatro grupos de doenças, agravos e condições com maior ocorrência entre a população negra, os quais foram classificados como: aqueles que podem ser geneticamente determinados; os adquiridos ou derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis; os de evolução agravada ou de tratamento dificultado, e aqueles decorrentes de condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas.

A hipertensão, por exemplo, incide significativamente sobre as mulheres negras, superando, em algumas séries estatísticas, as taxas masculinas; a anemia falciforme foi apontada como uma condição altamente incidente na população negra.

Diante desse quadro, a enfermeira questionava-se sobre a possível associação entre as queixas que ouvia das mulheres atendidas no centro de saúde e as causas de mortalidade materna na região. Mais que isso, questionava-se se seria possível estabelecer paralelos entre as diferentes categorias de óbitos maternos e o tipo de atendimento dispensado às mulheres no sistema público de saúde em função da classificação dessas mulheres por grupos de cor ou raça/etnia.

A fim de investigar as causas dos óbitos maternos entre a gravidez e o puerpério, Ana Cláudia precisava utilizar os dados coletados diretamente nas maternidades públicas e nas conveniadas com o SUS da região a ser pesquisada. Sabia do envolvimento desses estabelecimentos com a redução de óbitos maternos devido ao lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal<sup>6</sup>, pelo Ministério da Saúde, e do compromisso assumido pelo Brasil junto à Organização das Nações Unidas (ONU), em relação ao 5º Objetivo do Milênio: Melhorar a Saúde Materna.

O Brasil assumiu os Objetivos do Milênio, comprometendo-se a promover, no âmbito do SUS, a cobertura universal de ações de saúde sexual e reprodutiva, e a deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero.

Entre os compromissos assumidos pelo país estão a melhoria da saúde das gestantes por meio da redução, até 2015, de 75% da taxa de mortalidade materna de 1990, e a garantia de acesso universal à saúde reprodutiva. Essa redução na razão da mortalidade materna (RMM)<sup>7</sup> do Brasil é importante, pois taxas elevadas indicam condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo grau de informação e escolaridade, dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade, e, até mesmo, dinâmicas familiares em que a violência está presente.

A redução de cerca de 50% na razão de mortalidade materna no Brasil, observada entre 1990 e 2007, e a posterior estabilidade atingida por essa taxa, que apresentou pequenas variações ao longo da década de 2000<sup>8</sup>, conferia ainda maior relevo ao estudo a ser desenvolvido por Ana Cláudia.

As variações foram consideradas abaixo do esperado pelo Ministério da Saúde, conforme publicado no 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Além disso, as tendências estatísticas têm apontado para um quadro de assimetrias de cor ou raça/etnia em relação à incidência desse tipo de óbito, com prejuízo para as mulheres negras.

Ana Cláudia teve acesso aos indicadores divulgados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2006, que revelavam o seguinte panorama: do total de óbitos maternos nesse ano, pouco mais da metade ocorreu entre mulheres negras; 65% dos óbitos tiveram causas obstétricas diretas, observando-se uma concentração percentual de óbitos nas faixas etárias de 20 a 39 anos, com aumento de concentração nessa faixa em torno de 75%, entre 1996 e 2006. As três principais causas de morte materna foram a hipertensão (com 21,4% do total de óbitos), a hemorragia (13,9%) e as infecções puerperais (7,3%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério (6,4%) e pelo aborto (5,7%).

Ao fazer a leitura das informações fornecidas pelo suplemento de 2008 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE – Um Panorama da Saúde no Brasil), Ana Cláudia percebeu a importância do SUS para os grupos de pessoas classificados por cor ou raça/etnia. No ano de 2008, do total de atendimentos realizados pelo SUS, 55,2% foram prestados a negros e 41,1% a brancos. Esses dados permitiam inferir que as mulheres negras também dependiam, em larga medida, do sistema público de saúde<sup>9</sup>.

A enfermeira realizou levantamento das análises mais recentes sobre a mortalidade materna e suas relações com iniquidades de cor no âmbito do SUS, realizadas a partir dos microdados do SIM e Sinasc, do Ministério da Saúde, conforme apresentado no quadro abaixo.

Ana Cláudia procurou entender quais eram os instrumentos de gestão utilizados pelo poder público para enfrentar o problema das assimetrias de cor ou raça/etnia revelado pelos indicadores de saúde da mulher. Constatou que havia sido instituído, em agosto de 2004, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico da Saúde da População Negra e que sua criação foi discutida por ocasião da realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, nesse mesmo ano.

#### **Quadro 1 - A mortalidade materna no Brasil e assimetrias de cor ou raça/etnia<sup>10</sup>**

Entre 2000 e 2007, a razão de mortalidade materna no Brasil se elevou de 52,3 para 55,0 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Para o mesmo período, as análises com desagregação de dados por grupos de raça, cor/etnia revelaram que:

- No ano de 2000, do total de mortes causadas por problemas maternos, 42,9% corresponderam a casos de mulheres negras, sendo o percentual de 38,6% para mulheres brancas.
- No ano de 2007, do total da razão de mortalidade materna, 59% correspondeu a mulheres negras, enquanto as brancas responderam por 33% dessa razão.
- Entre 2000 e 2007, houve uma redução de 41,5 para 40,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, entre mulheres brancas.
- Para esse mesmo período, foi registrado aumento da taxa entre mulheres negras de 60,1 para 67,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Fonte: Análise de microdados realizada pelo Laeser/UFRJ. Extraído de PAIXÃO, ROSSETTO, MONTOVANELE & CARVANO (2010).

A enfermeira tomou conhecimento dos fundamentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Pnsipn)<sup>11</sup>, aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. Soube que, nesse mesmo ano, durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra no Rio de Janeiro, houve o episódio da declaração de existência de práticas discriminatórias no âmbito do SUS feita pelo ministro da Saúde: “Isso tem que acabar. A universalização diz que todos são iguais no seu atendimento, e é por isso que estamos lançando essa política. Esse é o grande desafio que temos no SUS hoje”. O ministro explicou que a discriminação é explicitada por meio de diagnósticos incompletos, exames que deixam de ser feitos e até na recusa em tocar o paciente. “Esse racismo cria condições muito perversas que temos de combater fortemente. Queremos construir uma nova cultura e criar valores de solidariedade e tolerância em relação à população negra”<sup>12</sup>.

Contudo, somente em maio de 2009 o Ministério da Saúde instituiu a Pnsipn, que tem como princípio “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. A Política estabelece o desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, inclusive na morbimortalidade materna e infantil. Recomenda a humanização da atenção à saúde da mulher negra, no que diz respeito à assistência ginecológica e obstétrica no puerpério, climatério e em situações de abortamento.

A fim de compreender o processo de operacionalização da Pnsipn, Ana Cláudia localizou no plano operativo dessa política a existência de metas específicas para a saúde da mulher negra na ação Redução da Mortalidade Materna.<sup>13</sup> Outra ação presente na Pnsipn, que dialoga com a produção de indicadores a respeito da saúde da mulher negra no ciclo gravídico-puerperal, diz respeito ao “Aperfeiçoamento da coleta e análise de dados em saúde quanto ao quesito etnia/raça/cor nos sistemas de informação do SUS”.

Para além da Pnsipn, Ana Cláudia procurou identificar quais as políticas e programas do Ministério da Saúde que apresentavam interfaces com as questões de iniquidades de cor ou raça/etnia, no âmbito da atenção à saúde da mulher, implementadas pelo SUS.

O que ela observou foi que a própria existência da Pnsipn colocava desafios de monitoramento específico para as causas de óbitos maternos decorrentes de práticas desumanas e inadequadas no SUS. Em que pese o comportamento recente dos indicadores de mortalidade materna, restaria identificar quais os mecanismos de acompanhamento utilizados pelo Ministério da Saúde para registro de práticas discriminatórias e como estaria ocorrendo a tradução da Pnsipn em ações concretas.



Diante do conflito ético de ter de lidar com práticas discriminatórias em seu próprio ambiente de trabalho, Ana Cláudia optou por incluir na sua pesquisa questões específicas a respeito da orientação e cuidados recebidos no pré-natal e pós-parto por todas as usuárias atendidas pelo centro de saúde. Planejava apresentar os resultados do seu trabalho a todos os colegas do centro, incluindo o corpo médico e o administrativo e, nesse sentido, contava com o apoio da Diretoria. Desejava, sobretudo, que sua pesquisa pudesse ser aplicada por meio da definição de medidas concretas de intervenção na rotina de atendimento à saúde das mulheres usuárias do centro de saúde.

Os resultados a respeito dos procedimentos adotados durante o parto e puerpério seriam enviados para todos os diretores das maternidades pesquisadas da região. Ana Cláudia havia assumido o compromisso de não deixar que as vozes de Emanuelle, Kelly, Carla, Débora, Sandra e Maricélia se apagassem na sala de espera do centro de saúde. Precisava encontrar os caminhos para que isso não acontecesse.

#### **Perguntas orientadoras para discussões sobre desenho e implementação de programas/políticas públicas:**

- Quais políticas/programas do Ministério da Saúde estão relacionados com questões de equidade racial/étnica?
- Quais os limites e possibilidades de políticas focalizadas/temáticas no SUS, considerando-se seu princípio universalizante?
- A redução da mortalidade materna no Brasil é um fato. Seria possível afirmar que essa redução tem impactos na redução de iniquidades raciais?
- Quais as estratégias do Ministério da Saúde para lidar com práticas de atendimento discriminatórias no SUS?
- Seria possível afirmar que as políticas de humanização possuem potencial de reduzir iniquidades de cor ou raça/etnia?

#### **Referências bibliográficas**

ADORNO, RUBENS de C. F.; ALVARENGA, Augusta Thereza de; ASCONCELLOS, Maria da Penha. *Quesito cor no sistema de informação em saúde*. Estudos Avançados. São Paulo, v. 18, n° 50, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142004000100011>

INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE/ARTICULAÇÃO PARA O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL. *Identificação e Abordagem do Racismo Institucional*. Brasília: DFID, 2007.

BRASIL. Lei nº12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília: Casa Civil/Legislação, 2010.

BRASIL. IDB 2010 Brasil - *Indicadores e dados básicos para a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde, 2010.



BRASIL. 4º. Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio. Brasília: IPEA/MP, março de 2010.

CHOR, Dora; LIMA, Cláudia Riso de Araújo. *Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n° 5, set./out. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000500033&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500033&lng=pt&nrm=iso)

CICONELLO, Alexandre. *O desafio de eliminar o racismo no Brasil: a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial*. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/artigos/Racismo%20%20texto%20do%20Peck.pdf/view?searchterm=eliminar+o+racismo+no+brasil>

DIAS, Jussara; MARCIA, R. Giovanetti; SANTOS, Naila J. Seabra. *Perguntar não Ofende: Qual é a sua cor ou Raça/Etnia?* SES/Coordenadoria de Controle de Doenças. São Paulo, 2009. Disponível em: [http://www2.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso\\_rapido/gtae/saude\\_pop\\_negra/manual\\_quesito\\_cor.pdf](http://www2.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_pop_negra/manual_quesito_cor.pdf)

GOULART, F. A; TANNÚS, L. *Subsídios para o enfrentamento do racismo na saúde*. Brasília: DFID, 2007.

HOFBAUER, Andreas. O conceito de “raça” e o ideário do “branqueamento” no século XIX - bases ideológicas do racismo brasileiro. Universidade Federal de Santa Catarina: *Revista Teoria e Pesquisa*, n° 42 e 43, jan. e jul. 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA/ONU Mulheres/SEPPIR. *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça*. 4ª ed. Brasília: IPEA, 2011.

LAGUARDIA, Josué. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: *Revista de Estudos Feministas*, v. 14, n° 1, jan./abril de 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2006000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2006000100013&lng=pt&nrm=iso)

\_\_\_\_\_. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n° 2, jul./dez. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200003&lng=pt&nrm=iso)

\_\_\_\_\_. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. *Physis - Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n° 1, jan./mar. de 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232007000100029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000100029&lng=pt&nrm=iso)

\_\_\_\_\_. Raças e doenças: uma relação delicada. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n° 2, jul./dez. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312002000200014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312002000200014&lng=pt&nrm=iso)

\_\_\_\_\_. LEAL, Maria do Carmo. *Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 24, n° 8, jan/ago 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000800001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000800001&lng=pt&nrm=iso)

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. São Paulo: *Revista de Saúde Pública/USP* v. 39, n° 1, jan. 2005. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102006000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300015&lng=pt&nrm=iso)

LOPES, Fernanda. *Para além da barreira dos números: desigualdades sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 21, n° 5, set./out. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0102-311X20050005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20050005&lng=pt&nrm=iso)

\_\_\_\_\_. *Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do quesito cor na saúde*. Suplemento 6, Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo, v. 3, dez. 2006.

- MACHADO, K. CARVALHO, M. Invisibilidade, a maior das dores. *Radis, Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n° 20, p. 8-11, abril 2004. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_20.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_20.pdf)
- MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro*, v. 12, n° 2, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-5970200500200010>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000. *Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento-PHPN*.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual dos comitês de morte materna*. Brasília: MS/Coordenação de Saúde Materno-infantil, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção a Saúde das Mulheres Negras*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: MS, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS*. Brasília: MS, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde – PNS 2008/2009-2011*. Brasília, MS, 2 de dez. de 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: MS, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de junho de 2011. Instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. Cria o Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. *Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_integral\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase em mortalidade materna – Relatório final*. Brasília: MS/Secretaria de Atenção em Saúde/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SEPPPIR. *Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Brasília, agosto de 2004. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_textos\\_basicos\\_snsnspn.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_textos_basicos_snsnspn.pdf)
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; RODRIGUES, Quessia Paz; SANTOS, Carla Cristina Carmo do; CARVALHO, Ana Luiza de Oliveira. A percepção das profissionais de saúde a respeito da identificação racial nos formulários da assistência pré-natal. *Revista Paraninfo Digital*, 2007. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n1/p114.php>
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração sobre a raça e os preconceitos raciais*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm>
- PAIXÃO, Marcelo; ROSSETTO, Irene; MONTOVANELE, Fabiana; CARVANO, Luiz M. (Orgs.). *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil: 2009-2010*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária/IE-LAESER, UFRJ, 2010.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas Racial Brasileiro*. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas\\_racial/index.php](http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php)

\_\_\_\_\_. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/odm/objetivo\\_5/](http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_5/)

SILVA, Wagner Machado. *Mortalidade Materna de Adolescentes Negras: A invisibilidade da cor*. Pós-Graduação em Saúde Pública, Epidemiologia. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PSPB0138-D.pdf>

SISTEMA NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL/OPAS. *Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma questão de equidade*. Brasília: PNUD, dezembro 2001.

THEODORO, Mario. (Org.); JACCOUD, Luciana; OSÓRIO, Rafael Guerreiro; SOARES, Sergei. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil – 120 anos após a abolição*. Brasília, IPEA, nov. 2008. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro\\_desigualdadesraciais.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro_desigualdadesraciais.pdf)

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVAL, Francisco; LAGUARDIA, Josué. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 11, supl. 1, maio 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2008000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000500010&lng=pt&nrm=iso)

WERNECK, Jurema. *Segurança e justiça em cores*. Disponível em: <http://www.social.org.br/index.php>

## Notas

<sup>1</sup> Caso elaborado em parceria com as secretarias de Políticas para as Mulheres (SPM/PR) e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir/PR), Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), no âmbito do Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia, implementado no Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU).

<sup>2</sup> Pesquisa pioneira realizada entre 1999-2001 por LEAL, GAMA & CUNHA (2005). Grande parte das percepções das mulheres citadas nesta narrativa foi inspirada pelos resultados desse estudo.

<sup>3</sup> O IBGE utiliza o quesito cor ou raça/etnia para estabelecer a classificação da população em grupos de cor branca, preta, parda, amarela e raça/etnia indígena. O somatório de dados para os grupos de cor preta mais parda resulta na variável negra. A tendência é de que todos os registros administrativos do poder público incorporem essa mesma classificação para fins de comparabilidade entre os dados de diferentes áreas, bem como para o desenho de políticas públicas específicas. Os sistemas de informação do Ministério da Saúde realizam o registro de informações para esse quesito; entretanto, os dados utilizados neste estudo de caso dizem respeito apenas aos grupos branca, preta e parda. Isso não significa a inexistência de desagregação dos dados para os indígenas em relação aos temas tratados na presente narrativa.

<sup>4</sup> Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011.

<sup>5</sup> O documento “Subsídios para o Debate sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma questão de equidade” foi produzido com apoio do Sistema das Nações Unidas no Brasil/Organização Panamericana de Saúde, por ocasião do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra.

<sup>6</sup> O Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 08 de março de 2004.

<sup>7</sup> A razão de mortalidade materna estima a frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos.

<sup>8</sup> Dados do 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio.

<sup>9</sup> Conforme análise de microdados realizada por PAIXÃO, ROSSETTO, MONTOVANELE & CARVANO (2010).

<sup>10</sup> Para dados e indicadores complementares sobre a saúde da mulher, ver anexo 1.

<sup>11</sup> Para um histórico da concepção e instituição da Pnsipn e outras políticas e programas de atenção à saúde da mulher, ver anexo 2.

<sup>12</sup> Declarações extraídas de artigo publicado pelo Correio Braziliense em 27/10/2006 e de matéria da repórter da Agência Brasil Adriana Brendler, ambos publicados pelo Fórum Nacional de Direitos Humanos. Disponível em: [http://www.direitos.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2071&Itemid=2](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=2071&Itemid=2)

<sup>13</sup> O Plano Operativo da Pnsipn foi aprovado em 2008 pelo Conselho Intergestores Tripartite.

## Anexo 1 – Dados e indicadores complementares sobre a saúde da mulher

**1. Quadro geral de indicadores: mortalidade materna (sem desagregação) e outros indicadores relacionados com a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, desagregados segundo a classificação de cor ou raça.**

### **1.1 IDB 2010 Brasil - Indicadores e dados básicos para a saúde, Ripsa/MS<sup>2</sup>**

Razão de Mortalidade Materna no Brasil									
Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos segundo Região e UF Brasil, 2000-2008									
Região e UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Brasil	73,3	70,9	75,9	73,0	76,1	74,7	77,2	77,0	68,7
<b>Região Norte</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Região Nordeste</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Região Sudeste</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espírito Santo	44,5	24,5	43,6	37,4	65,7	53,4	64,1	41,2	54,0
Rio de Janeiro	76,0	71,4	74,1	68,0	69,6	63,2	75,1	79,3	69,5
São Paulo	40,1	40,6	40,1	34,2	34,8	35,4	40,8	42,3	40,9
<b>Região Sul</b>	53,4	52,7	57,6	51,6	59,0	55,1	56,7	52,9	54,4
Paraná	68,5	65,2	57,5	42,6	69,5	66,1	61,9	59,6	58,2
Santa Catarina	36,9	42,0	45,5	52,9	43,3	33,1	42,8	41,5	37,5
Rio Grande do Sul	47,0	45,5	64,4	60,3	56,8	55,7	59,4	52,5	60,7
<b>Região Centro-Oeste</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mato Grosso do Sul	37,1	82,4	87,7	79,0	84,2	70,0	83,5	57,0	82,5
Distrito Federal	35,4	29,9	34,9	21,7	43,9	41,4	46,5	38,6	58,9

Fontes: Tabela produzida pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm>. Microdados do Sistema de Vigilância Sanitária/MS: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

### **1.2 Dados de assistência no puerpério da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)**

A PNDS-2006 está incluída em projeto global, apoiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), cumprindo as exigências de fornecer dados que possam ser comparados nacional e internacionalmente. A PNDS é realizada sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e encontra-se em sua terceira edição. As anteriores foram realizadas em 1986 e 1996.

No que diz respeito ao acompanhamento da mulher ao longo do puerpério, os resultados da pesquisa revelam que:

- Em apenas 39% dos nascimentos a mulher realizou uma consulta pós-parto;
- A ausência de avaliação no período pós-parto ocorre em todas as regiões, sendo mais destacada na região Norte, onde apenas 19% das mulheres realizaram uma consulta, e menos no Sudeste (51%).
- As desigualdades no acesso à consulta puerperal apontaram que a chance de obtê-la é 89% maior para as mulheres urbanas do que para as rurais, 34% maior para as brancas do que para as negras, e cinco vezes maior para as mulheres com, pelo menos, 12 ou mais anos de estudo do que para as não escolarizadas.
- Entre mulheres com mais de 11 anos de estudo, quase 35% não tinham realizado a consulta puerperal. Por fim, as usuárias do SUS apresentam-se em desvantagem diante das usuárias do sistema privado, onde a proporção de assistidas é duas vezes maior (65% *versus* 32%).

### **1.3 Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), com desagregação por grupos de cor ou raça e gênero, realizada pela Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – Disoc/Ipea.**

- Distribuição percentual das mulheres cuja principal razão de internação foi a realização de parto normal ou cesáreo, Brasil, 2008:
  - Do total de mulheres pesquisadas, 63,4% brancas realizaram o parto na rede pública, e negras 81,3%.
  - Na rede particular, 36,6% de brancas foram atendidas, enquanto que as negras representaram 18,7% do total.
- Distribuição percentual das mulheres de 25 anos ou mais de idade que realizaram exame clínico das mamas, Brasil, 2008:
  - Do total de mulheres pesquisadas em todo o país, 29,8% nunca tinham realizado o exame clínico de mama.
  - Das que nunca tinham realizado o exame clínico de mama, 22,9% eram brancas e 37,5% eram negras.

- Distribuição percentual das mulheres de 25 anos ou mais de idade que realizaram exame de colo de útero, Brasil, 2008:
  - Do total de mulheres pesquisadas, 15,5% responderam que nunca haviam feito o exame.
  - Desse total, 13,2% correspondia a mulheres brancas e 18,1% a negras.
- Prevalência de doenças selecionadas na população feminina ocupada, Brasil, 2008:
  - A doença com maior prevalência entre as mulheres ocupadas foi a doença na coluna ou nas costas, que correspondeu a 17,1 % para as brancas e 18,2% para as negras
  - A segunda maior ocorrência foi para a hipertensão, com 14,0% entre as brancas e 17,4% entre as mulheres negras.

## 2. Outras fontes de indicadores:

***2.1 Dados a respeito de tendências recentes da fecundidade da população brasileira, comportamento sexual/reprodutivo, exames ginecológicos preventivos, condição de realização dos partos e puerpério e mortalidade materna podem ser encontrados nos Capítulos 3 e 4 de PAIXÃO, ROSSETTO, MONTOVANELE & CARVANO: “Saúde sexual e reprodutiva” e “Padrões de morbimortalidade e acesso ao sistema de Saúde”.***

Por meio de análise detalhada de microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e das bases de dados do Ministério da Saúde, realizados pelo Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas (Laeser) do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IE/UFRJ), os autores apresentam séries estatísticas com desagregação por grupos de cor ou raça, segundo classes de idade e regiões do país.

Há neste estudo discussão sobre como a variável *cor ou raça/etnia* é apresentada nas diversas bases de dados da administração pública federal e as implicações que os diferentes métodos de coleta dessas informações trazem para o tratamento dos dados.

***2.2 É importante que o Quadro 1.1 seja confrontado com os dados disponíveis no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, considerando-se os estados que ainda apresentam coleta precária de informações, de acordo com a Ripsa e MS.***

Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>



## Notas

<sup>1</sup> Esse texto faz parte do caso “Como elaborar programa de atenção à saúde da mulher que enfrente assimetrias de cor, raça ou etnia?” elaborado em parceria com as secretarias de Políticas para as Mulheres (SPM/PR) e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir/PR), Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), no âmbito do Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia, implementado no Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU).

<sup>2</sup> Informações sobre o quadro: a) O indicador foi calculado apenas para os estados que atingiram índice final (cobertura e regularidade do SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do Sinasc igual ou superior a 90%, o que corresponde a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. b) O cálculo do indicador nas regiões só é feito para aquelas em que todas as UF estejam representadas com as razões específicas. Apenas a Região Sul atendeu a essa condição. c) Para o total Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi obtida aplicando-se fatores de correção às RMM brutas, a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (Sinasc). d) Para 2009, o processo de busca ativa não estava completo no momento de fechamento do IDB-2010; por esse motivo, tal indicador não apresenta dados para este ano.

## **Anexo 2 – Material complementar ao estudo de caso: histórico e instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e outras políticas e programas de atenção à saúde da mulher**

### **1. Histórico da concepção e instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

O Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011 destaca a existência de consenso entre os especialistas brasileiros acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, e que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- geneticamente determinados, tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato, desidrogenase, foliculite;
- adquiridos em condições desfavoráveis, como desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e
- de evolução agravada ou tratamento dificultado, como hipertensão arterial, diabete melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses.

Sendo a anemia falciforme uma doença hereditária que incide majoritariamente em negros em todo o mundo, o Plano destaca que sua variação mais grave, o tipo Banto, é a predominante no país. Ressalta ainda que estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam para o nascimento de cerca de 2.500 crianças falcêmicas por ano no Brasil. O Plano apresenta os resultados de pesquisa realizada com gestantes no pré-natal: em cada grupo de mil mulheres negras, 30 são portadoras do traço falcêmico.

Em relação à hipertensão arterial, a sua maior prevalência entre mulheres negras, sobretudo quando associada ao ciclo gravídico-

puerperal, pode levar à toxemia gravídica, uma das principais causas de morte materna no Brasil.

#### **Quadro 1. Situação atual dos sistemas de coleta de informações do Sistema de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde**

- O Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011 menciona que a ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de saúde dificulta a produção de análises mais consistentes quanto à saúde das mulheres negras no Brasil.
- Os Comitês de Mortalidade Materna, presentes em várias regiões do país, têm desempenhado papel importante no aumento do número de registros de óbitos maternos e na melhoria da qualidade da coleta das informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Os impactos dessas contribuições podem ser percebidos nas quedas progressivas dos percentuais de formulários com a marcação “cor ou raça ignorada”.
- A redução mais significativa nesse percentual foi registrada no SIM, com redução nas respostas de “cor ou raça ignorada” de 16,6% em 2000 para 6,3% em 2007.

Fontes: Plano Nacional de Saúde – PNS 2008/2009-2011 e PAIXÃO, ROSSETTO, MONTOVANELE & CARVANO (2010).

Os padrões de morbimortalidade observados entre as mulheres brasileiras apresentam tanto padrões de países desenvolvidos (doenças crônicas não transmissíveis/DCNT) quanto de países subdesenvolvidos (desnutrição). A mortalidade materna é um indicador importante, considerado como referência na avaliação das condições de saúde de uma população, uma vez que permite análises das condições em que morrem as mulheres e como isso ocorre.

Os movimentos sociais organizados em torno de questões de gênero, raça e de direitos humanos, particularmente as organizações de mulheres negras, denunciaram, de maneira mais contundente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a correlação entre as altas taxas de mortalidade materna e práticas discriminatórias no atendimento dispensado às mulheres negras durante a gravidez, o parto e o puerpério no âmbito dos serviços públicos de saúde do país.

Tais movimentos participaram e contribuíram com propostas que definiram os resultados do *Workshop Interagencial Saúde da População Negra*, organizado com apoio do Sistema ONU no Brasil, em dezembro de 2001. Esse workshop produziu o documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra - uma questão de equidade”, que contou com a colaboração de 18 especialistas, entre médicos e outros profissionais da saúde vinculados a instituições de pesquisa e dos movimentos sociais organizados em torno de questões de gênero, raça e de direitos humanos.

O Ministério da Saúde considerou publicações de órgãos públicos e pesquisas acadêmicas sobre iniquidades de cor ou raça/etnia no SUS como subsídios para a elaboração da Política Nacional de Saúde da População Negra (Pnsipn), aprovada em novembro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde.

A consolidação do texto da Pnsipn teve a coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. O Departamento dialogou com instituições nacionais e organismos internacionais no sentido de que fossem produzidos estudos que agregassem todas as contribuições disponíveis e necessárias ao estabelecimento de uma proposta que promovesse a redução de iniquidades raciais no SUS.

Mesmo com a entrada do tema da discriminação e da existência de condições de saúde específicas, com maior ocorrência entre a população negra, na pauta das conferências nacionais de saúde mais recentes, é só a partir do início da década de 2000 que esses temas ganham visibilidade nacional, extrapolando o debate até então restrito a especialistas e estudiosos do tema e aos movimentos sociais específicos. Foi destaque a participação dos movimentos sociais envolvidos com as questões raciais na 11ª e na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000 e 2003 respectivamente, ocasiões em que propuseram o estabelecimento de padrões de equidade racial e de gênero na política de saúde do país. E, nesse contexto, foi definido pela 12ª Conferência que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais criassem comissões técnicas, com a participação da sociedade civil, para estudo e avaliação das condições de saúde da população negra. Foi importante ainda a participação das mulheres negras organizadas em torno do tema da saúde e dos direitos reprodutivos, e a contribuição efetiva que promoveram na publicização das pesquisas de percepções sobre o atendimento no âmbito do SUS para as mulheres negras no pré-natal, parto e puerpério, que alcançaram repercussão nacional.

O Ministério da Saúde promoveu e estabeleceu espaços efetivos de participação, como o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra

(I SNSPN), realizado em agosto de 2004, que constituiu um marco no debate desenvolvido nesse ministério. Mesmo não possuindo o *status* e a estrutura de uma conferência nacional, o I SNSPN foi organizado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, com o apoio do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), e contou com o financiamento do Fundo das Nações Unidas para as Mulheres (Unifem) e o Ministério de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (Dfid/UK). Ao final, teve caráter deliberativo e seus resultados forneceram as bases para a redação da Pnsipn, em particular para os tópicos que se referem à saúde das mulheres negras.

Em agosto de 2004, foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, por meio da Portaria nº 1.678, com objetivo de subsidiar a promoção da equidade racial no SUS, sob a coordenação do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Para desempenho de suas atribuições, o Comitê conta com a participação de secretarias e órgãos vinculados ao Ministério, além da Seppir, da Federação Nacional de Anemia Falciforme e de nove especialistas no tema da saúde da população negra. Uma das atribuições do Comitê consiste em apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde.

A Política Nacional de Saúde da População Negra (Pnsipn) foi apresentada durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em outubro de 2006, e incorporou as informações oriundas do *Workshop* e do primeiro seminário. Recomendou ainda o desenvolvimento de ações específicas nas diversas esferas de gestão do SUS, para enfrentar as doenças e agravos prevalentes na população negra. Os eixos de atuação integrada propostos nos eventos acima mencionados (produção de conhecimento científico, capacitação de profissionais de saúde, informação da população e atenção à saúde) também foram incorporados ao desenho da Pnsipn.

Quase três anos depois, a Pnsipn foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, juntamente com seu Plano Operativo. O Plano Operativo havia sido pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, em 2008.

A Política Nacional de Saúde da População Negra (Pnsipn) tem por objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Propõe que as três

esferas de gestão desenvolvam ações específicas para a redução das iniquidades raciais observadas nas taxas de mortalidade infantil e materna, além de recomendar a qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica e obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento.

1.1 Operacionalização da Política Nacional de Saúde da População Negra (Pnsipn):

A Pnsipn se insere na dinâmica do SUS por meio de ações, estratégias operacionais e metas propostas no seu Plano Operativo, que foram desenvolvidas em duas fases: de 2008 a 2009 e de 2010 a 2011. Para cada ação foram definidos recursos financeiros correspondentes, os quais estavam contidos no PPA 2008-2011, nos programas e ações dos respectivos órgãos e secretarias do Ministério da Saúde.

O Plano Operativo orientou a gestão compartilhada entre as três esferas de governo, a atuação articulada com as demais políticas do Ministério da Saúde e demais secretarias, e definiu as intervenções a serem implementadas no SUS pelos estados, Distrito Federal e municípios. A execução das ações previstas no Plano Operativo ocorreu por meio da transferência de incentivo financeiro, por meio de repasse automático aos fundos estaduais, do Distrito Federal, e outras modalidades.

O enfoque no atendimento da saúde da mulher negra no pré-natal, parto e puerpério foi contemplado na ação Redução da Mortalidade Materna, destinada, juntamente com outras ações, a enfrentar o problema da morbidade e mortalidade na população negra.

As metas do período 2010-2011 tiveram a seguinte dotação orçamentária:

- alcançar um percentual de 20% dos estados com trabalhadores da saúde capacitados, com enfoque étnico-racial, para a redução da mortalidade materna - R\$ 1.350.000,00 (um milhão e trezentos e cinquenta mil reais)
- revisar os Manuais dos Comitês de Mortalidade Materna em 100% dos estados - R\$ 208.500,00 (duzentos e oito mil e quinhentos reais).

Outra ação com repercussão direta na produção de indicadores a respeito das causas de mortalidade materna diz respeito ao “Aperfeiçoamento da coleta e análise de dados em saúde quanto ao quesito etnia/raça/cor nos sistemas de informação do SUS”. Para cumprir a meta de alcançar 20% dos estados prioritários com análises realizadas, essa ação dividiu com outras o total de R\$ 27.716.554,00 (vinte e sete milhões, setecentos e dezesseis mil e quinhentos e cinquenta e quatro reais).

### **1.1.1 Exemplos de estratégias de implementação:**

Alguns municípios desenvolveram estratégias próprias para combater a discriminação às mulheres negras no atendimento dos serviços de saúde.

As prefeituras de Salvador e Recife realizaram diagnósticos sobre o perfil do atendimento prestado por trabalhadores de saúde e promoveram adaptações no que concerne ao treinamento desses profissionais.

Para enfrentar a discriminação, a Prefeitura de Recife, em parceria com o Ministério Público de Pernambuco, propôs a inclusão, no Estatuto dos Servidores Públicos Municipais, de cotas para afrodescendentes nos editais de concursos públicos; a realização de censo dos servidores, com a inserção do quesito raça/cor nos questionários; a entrada de temas relativos à equidade racial nos concursos públicos, e a definição de penalidades administrativas para os casos de racismo na relação servidor/servidor e servidor/usuário.

### **1.1.2 Proposta de acompanhamento feita pelo Ministério da Saúde:**

Para efeito de monitoramento e avaliação da ação do Plano Operativo para Redução da Mortalidade Materna, a meta era capacitar os trabalhadores da saúde de 40% dos estados até 2011. Como o Plano começou a ser executado em 2008, os resultados ainda estão sendo contabilizados pelo Ministério da Saúde.

A implementação da ação Redução da Mortalidade Materna poderia ser analisada – levando-se em conta sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, a aprovação do Plano Operativo pelo Conselho Intergestores Tripartite em 2008 e a publicação em 2009, por portaria do Ministério da Saúde, da política e do Plano Operativo – à luz da evolução da razão de mortalidade materna nas diversas regiões do país, nos últimos cinco anos.

## **2. Políticas e programas de atenção à saúde da mulher**

Outros instrumentos de gestão do Ministério da Saúde, com impactos no atendimento às usuárias do SUS e, em particular, na saúde da mulher negra durante o ciclo gravídico-puerperal, são o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM n.º 569, de 01/06/2000, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), lançada em maio de 2004 e sob a coordenação do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, por meio da Portaria n.º 1.459, de junho de 2011.



### **2.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**

Um dos objetivos da estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi concentrar esforços a fim de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, a partir de um conjunto de necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, com base nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.
- Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade, em que será atendida no momento do parto.
- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico.
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

O fundamento do PHPN é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, como condição essencial para que o acompanhamento do parto e do puerpério ocorra de maneira adequada.

A humanização dos serviços públicos de saúde, prevista no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNHPN), compreende dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; o segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

Cabe destacar que o PHPN apresenta componentes de incentivo à assistência pré-natal e à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, e institui uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

### **2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) apresenta, em suas diretrizes, a necessidade de atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, entre outras).

Consta do texto da Pnaism um breve diagnóstico sobre a situação da saúde da mulher no Brasil, que apresenta um componente dedicado à

saúde das mulheres negras. Esse diagnóstico destaca os resultados decorrentes do menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica (pré-natal, par-to e puerpério) e à atenção ginecológica.

### **2.3 A Rede Cegonha:**

A Rede Cegonha tem por objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que essa garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

O foco na saúde materna e infantil, instituído pela portaria de criação da Rede, contrasta com o princípio de atenção integral à saúde da mulher presente na Pnaism, uma vez que a primeira prioriza a mulher como mãe, ao passo que a segunda é mais abrangente, pois, ao ver a mulher para além da maternidade, propõe cuidados com sua saúde que alcançam todos os ciclos da vida.

Por outro lado, é possível identificar semelhanças entre os objetivos e princípios da Rede e os objetivos e princípios do PHPN. Essas sobreposições nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher têm sido tema de análises e debates recentes, sobretudo por parte dos movimentos sociais organizados em torno de questões de gênero, raça e de direitos humanos.

Tem-se discutido também a questão de a Rede Cegonha deixar de incluir no sistema de atendimento público as mulheres com gravidez indesejada, amparando apenas aquelas que optaram por ser mãe. Neste sentido, o caráter de humanização e integralidade no atendimento à saúde das mulheres estaria, de certa forma, comprometido.

3. Exercício - Construção de um programa de atenção à saúde de mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal, de acordo com um modelo lógico de resultados:

#### **Texto-síntese**

O Brasil assumiu compromissos junto à ONU, em relação ao alcance do 5º Objetivo do Milênio: Melhorar a Saúde Materna. Os compromissos assumidos pelo país dizem respeito à melhoria da saúde das gestantes por meio da redução em 75%, até 2015, da taxa de mortalidade materna, e a garantia ao acesso universal à saúde reprodutiva. O Brasil assumiu ainda a adequação desses objetivos à realidade brasileira, comprometendo-se a promover, no âmbito do SUS, a cobertura universal

de ações de saúde sexual e reprodutiva, e a deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero até 2015.

Indicadores, divulgados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2006, revelam que: do total de óbitos maternos para esse ano, pouco mais da metade ocorreu entre mulheres negras; cerca de 2/3 dos óbitos ocorreram por causas obstétricas diretas, e se observa uma concentração percentual de óbitos maternos nas faixas etárias de 20 a 39 anos de idade, atingindo um valor em torno de 75%, no período de 1996 a 2006. As três principais causas de morte materna foram a hipertensão com 21,4% do total de óbitos, a hemorragia com 13,9%, e as infecções puerperais com 7,3%, seguidas das doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério com 6,4%, e o aborto com cerca de 5,7% dos óbitos. As taxas de mortalidade materna incidem de maneira mais significativa sobre as mulheres negras, conforme apresentado a seguir (Quadro 1).

Diante desse panorama, o ministro da Saúde, em ação conjunta com o ministro da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e a ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), demandaram a elaboração de um programa específico para as gestantes negras, para enfrentar de maneira efetiva o problema da elevada incidência de mortalidade materna. Na perspectiva desses atores, que já contam com conhecimentos acumulados na execução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Pnsipn), esse problema decorre de um conjunto de causas:

- Existência de práticas discriminatórias no atendimento dispensado às mulheres negras durante a gravidez, o parto e o puerpério, no âmbito dos serviços públicos de saúde do país.
- Hipertensão arterial, a sua maior prevalência entre mulheres negras, sobretudo quando associada ao ciclo gravídico-puerperal, o que torna esse quadro mais preocupante, podendo levar à toxemia gravídica, uma das principais causas de morte materna no Brasil.
- Precária capacitação dos profissionais de saúde.
- Incipiente coleta e análise de dados em saúde quanto ao quesito cor ou raça/etnia nos sistemas de informação do SUS.

#### **Quadro 1 - A mortalidade materna no Brasil e assimetrias de cor ou raça<sup>2</sup>**

Entre 2000 e 2007, a razão de mortalidade materna no Brasil se elevou de 52,3 para 55,0 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Para o mesmo período, as análises com desagregação de dados por grupos de raça, cor/etnia revelaram que:

- No ano de 2000, do total de mortes causadas por problemas maternos, 42,9% corresponderam a casos de mulheres negras, sendo esse percentual de 38,6% para mulheres brancas.
- No ano de 2007, do total da razão de mortalidade materna, 59% correspondeu a mulheres negras, enquanto as brancas responderam por 33% dessa razão.
- Entre 2000 e 2007, houve uma redução de 41,5 para 40,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre mulheres brancas.
- Para esse mesmo período, foi registrado aumento da taxa entre mulheres negras, de 60,1 para 67,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Fonte: Análise de microdados realizada pelo Laeser/UFRJ. Extraído de PAIXÃO, ROSSETTO, MONTOVANELE & CARVANO (2010).

## Notas

<sup>1</sup> Esse texto faz parte do caso “Como elaborar programa de atenção à saúde da mulher que enfrente assimetrias de cor, raça ou etnia?” elaborado em parceria com as secretarias de Políticas para as Mulheres (SPM/PR) e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir/PR), Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), no âmbito do Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia, implementado no Brasil pela Organização das Nações Unidas (ONU).

<sup>2</sup> A metodologia para coleta de informações e cálculo da razão bruta de mortalidade maternal no Brasil segue as normas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde e a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e as bases de dados que coletam as informações são as do Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc.