

Boletim Çarê-IEPS n. 1/2022

Saúde Materna da Mulher Negra

O *Boletim Saúde Materna da Mulher Negra* é uma iniciativa da Cátedra Çarê-IEPS. Esse é um projeto do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e do Instituto Çarê criado com o objetivo de produzir pesquisas e informações qualificadas sobre a saúde da população negra no Brasil. [Saiba mais.](#)

1 Introdução

O Boletim Çarê-IEPS: Saúde Materna da Mulher Negra tem por objetivo analisar as intercorrências obstétricas graves mais recorrentes bem como as causas de mortes maternas mais frequentes, segundo raça/cor. As intercorrências obstétricas graves são complicações durante o estado gravídico puerperal com "condições potencialmente ameaçadoras à vida" (da Saúde 2011). As principais complicações representam quase 75% de todas as mortes maternas (OPAS 2018). Elas são: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias graves (principalmente após o parto); infecções e sepse (normalmente depois do parto); complicações no parto; e, abortos inseguros. A mortalidade materna é o óbito que ocorre durante a gestação ou dentro de 42 dias após o término desta ou por medidas adotadas em relação à gravidez, exceto aqueles devidos a causas acidentais ou incidentais. Tanto as intercorrências obstétricas graves quanto as mortes maternas são classificadas como desfechos maternos graves (OPAS 2018).

A morte materna é uma “tragédia evitável” em 92% dos casos (Brasil 2009) e, de modo geral, “as soluções de cuidados de saúde para prevenir ou administrar complicações são bem conhecidas”, segundo a OPAS (2018). Nesse sentido, é emblemático que 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. No Brasil, persistem as desigualdades raciais no acesso ao pré-natal. Com a crise sanitária provocada pelo coronavírus, a proporção de gestações de nascidos vivos com o número de consultas adequado caiu 0,54% para mulheres brancas, em relação ao ano anterior, para as negras essa queda foi mais que o dobro, de 1,44% (Coelho et al. 2022).

A mortalidade materna na pandemia tem sido um fator de preocupação, conforme o Boletim Observatório Covid da Fiocruz (2021), pois atingiu “níveis extraordinariamente elevados”. Com caráter informativo, este primeiro Boletim Çarê-IEPS, de uma série a ser publicada anualmente, apresenta dados sobre os desfechos maternos graves com a finalidade de suscitar discussões, aprofundamentos das análises e, principalmente, realizar o monitoramento dessas condições, especialmente dados os recentes impactos da pandemia. A metodologia utilizada neste boletim está detalhada em apêndice ao final deste documento.

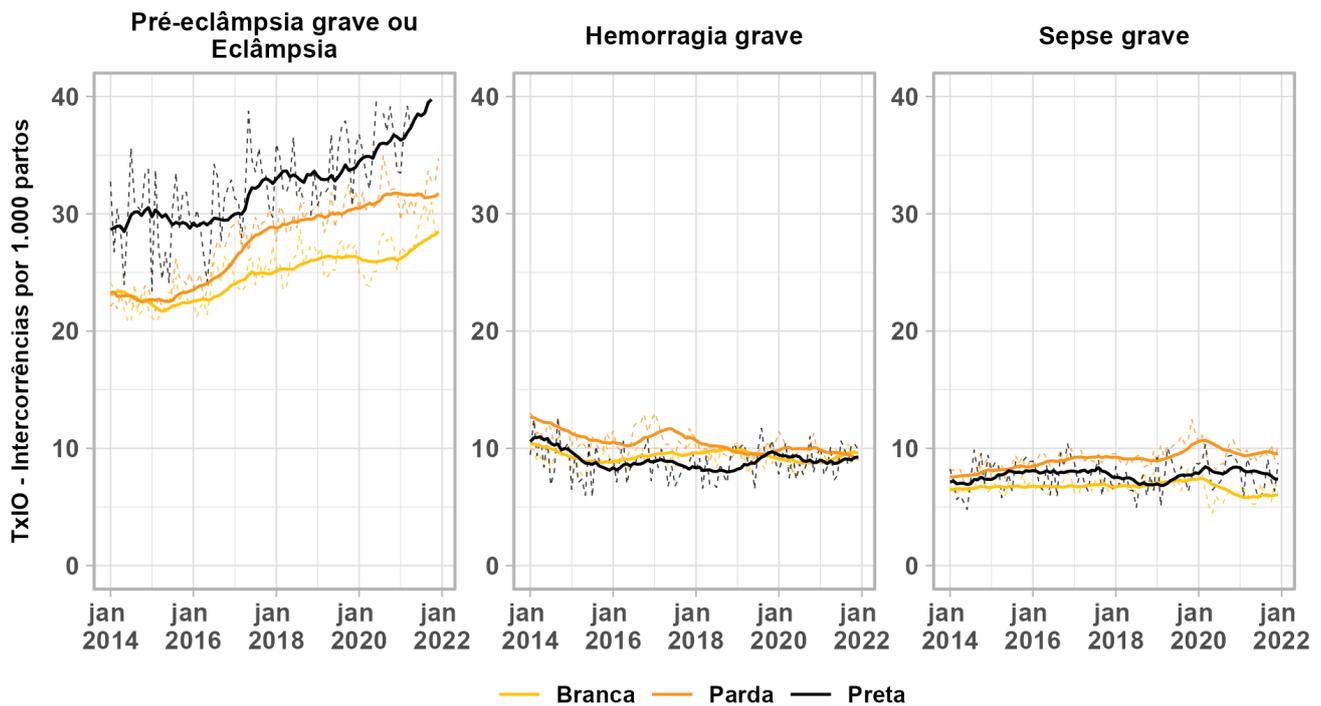
2 Resultados e discussão

2.1 Intercorrências obstétricas graves

Entre as principais intercorrências, encontramos diferenciações expressivas, segundo o recorte de raça/cor, para pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia ao longo do período analisado. Além disso, essas complicações têm aumentado ao longo do tempo para todas as mulheres, o que não se verificou para os demais eventos morbidos reportados, hemorragia grave e sepse grave (infecção), conforme a Figura 1.

Pelas taxas mensais para todas as gestantes, a média da TxIO de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia para o período ficou em 28,4, com desvio padrão de 5,1. Significa que aproximadamente entre 33 e 23 a cada 1.000 parturientes sofreram este tipo de problema durante o ciclo gravídico entre 2014 e 2021. Para as mulheres

Figura 1. Taxa de intercorrências obstétricas graves segundo raça/cor



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIH.

brancas, essa média ficou em 24,9 (12,5% a menos do que a média geral), para as pardas em 27,5 (3,1% a menos do que a média geral) e para as pretas em 32,8 (15,5% a mais do que a média geral).

Em 2014, a TxIO para pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, para todas as gestantes, foi de 25,2. Em 2021, de 33,3, correspondendo a um aumento de aproximadamente 34%. Conforme as médias móveis no gráfico indicam, o aumento foi mais acentuado para as mulheres pretas. Para elas, a TxIO passou de 30,5 para 41,3 nos respectivos anos, aumento de aproximadamente 35%.

A pré-eclâmpsia é o diagnóstico de hipertensão arterial que surge após 20 semanas de gestação ou apresenta piora desta condição preexistente em pacientes. Já a eclâmpsia são convulsões que ocorrem em mulheres com pré-eclâmpsia que não são causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva (Brasil n.d.). Estudos sugerem que a obesidade é um fator de risco para a ocorrência de pré-eclâmpsia (Apolonio et al. 2019), além da hipertensão arterial prévia e/ou crônica e da gestação tardia (acima dos 40 anos). Conforme a OPAS (2018), para mitigar esta condição, “a pré-eclâmpsia deve ser detectada e adequadamente tratada antes do início das convulsões (eclâmpsia) e outras complicações potencialmente fatais. Administrar drogas como sulfato de magnésio a pacientes com pré-eclâmpsia pode diminuir o risco de eclâmpsia”.

As demais causas de intercorrências graves apresentam viés de baixa ou estabilidade no período. Para hemorragia grave, a média mensal do período da TxIO, para todas as gestantes, foi de 9,7, com desvio padrão de 1,4. Para as mulheres brancas, a média foi de 9,5 (com desvio de 0,8), para as pardas de 10,6 (com desvio de 1,3) e para as pretas de 9,1 (com desvio de 1,7). Em 2014, a TxIO para hemorragia grave, para todas as gestantes, foi de 10,3. Em 2019, de 9,5, indicando uma queda suave desse indicador.

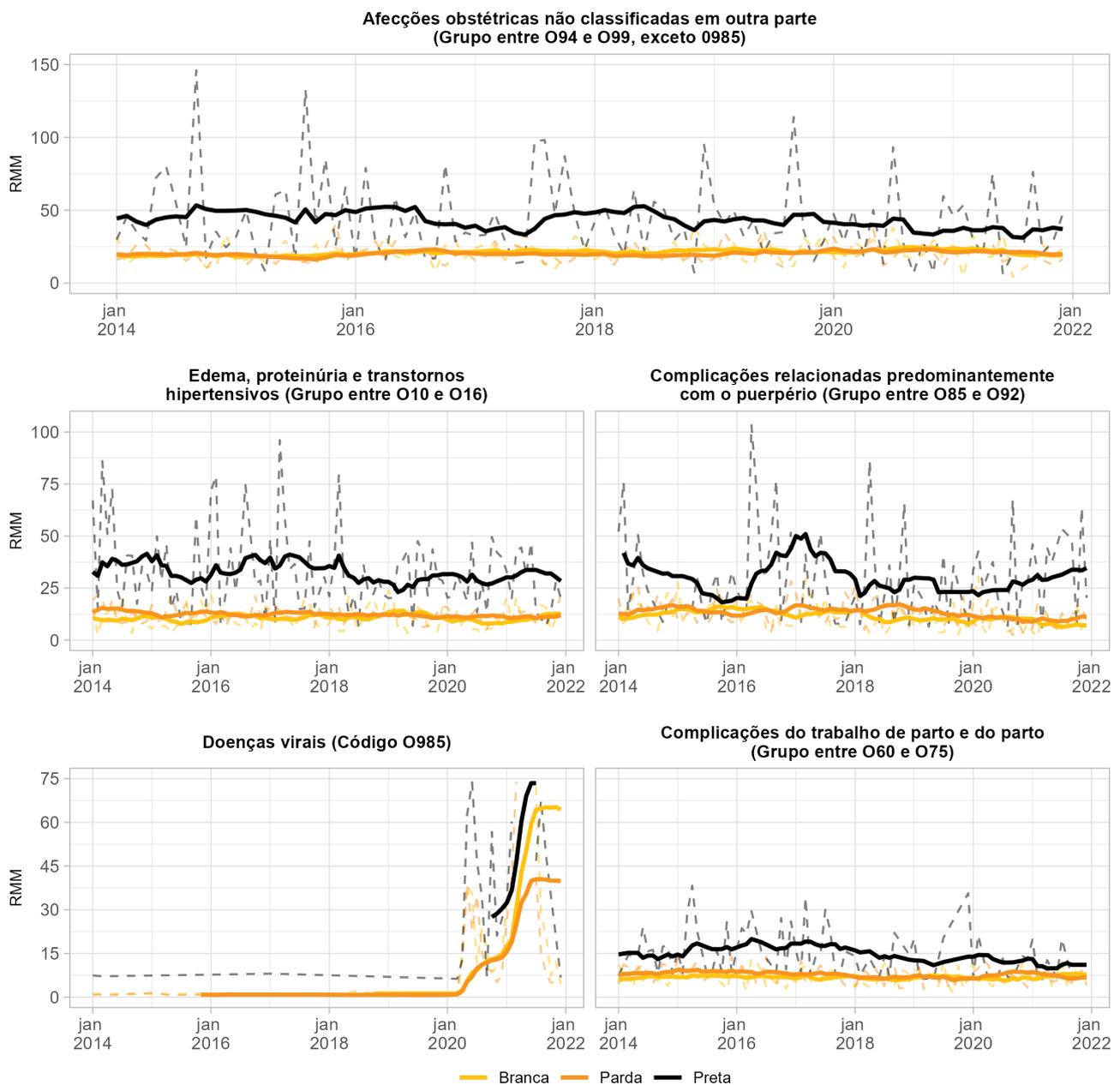
No último evento mórbido analisado, a sepse grave, a média mensal do período da TxIO para todas as gestantes foi de 7,8, com desvio padrão de 1,4. Para as mulheres brancas, essa média foi de 6,6 (com desvio de 0,7), para as pardas de 9,0 (com desvio de 1,0) e para as pretas de 7,6 (com desvio de 1,3). Em 2014, a TxIO para sepse grave, para todas as gestantes, foi de 7,3. Em 2019, foi de 8,5, indicando aumento suave (ou estabilidade) desse indicador, conforme as curvas das médias móveis indicadas no gráfico acima sugerem.

Para a OPAS (2018), o tratamento oportuno pode fazer a diferença para evitar essas condições de mortalidade materna e preservar a saúde do recém-nascido, “o uso de oxitocina logo após o parto é uma medida eficaz que previne até 60% dos casos de hemorragia puerperal” e “a infecção após o parto pode ser eliminada se uma boa higiene for praticada e se seus primeiros sinais forem reconhecidos e tratados em tempo oportuno”.

2.2 Razão de Mortalidade Materna por causas mais frequentes

Ao se desmembrar a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por grupos de causas da CID-10, verifica-se que “Afecções obstétricas não classificadas em outra parte” apresenta o maior valor médio do período, RMM de 27,9.

Figura 2. Razão de Mortalidade Materna por causas mais frequentes segundo raça/cor



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM.

O grupo "Afecções obstétricas não classificadas em outra parte" é seguido de "Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos" e de "Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério", com valores médios da RMM, respectivamente, de 18,3 e 18,1. "Complicações do trabalho de parto e do parto" aparece com valor médio de 9,34. O gráfico acima demonstra os valores mensais das RMM, segundo raça/cor, bem como a média móvel dos últimos 12 meses para cada mês.

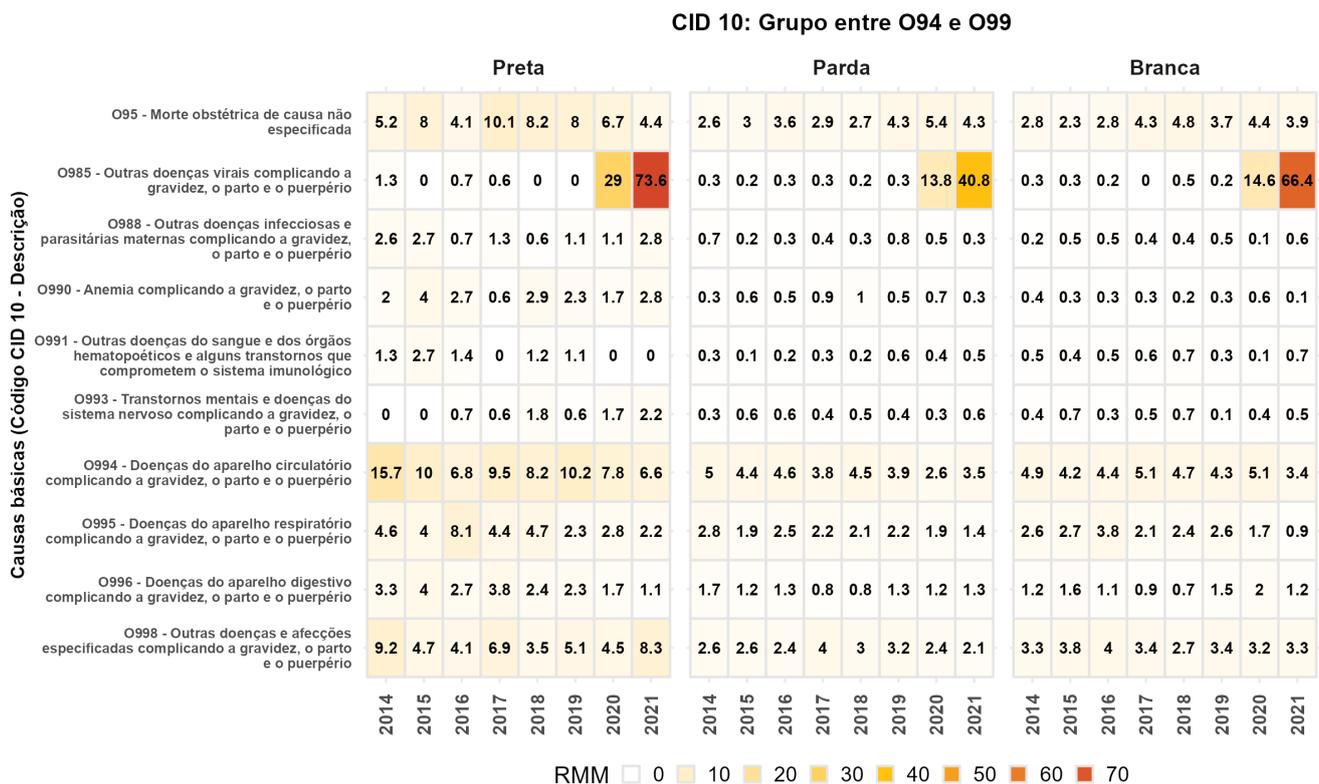
O que mais chama a atenção é que, dentre os grupos de causas de mortalidade mais frequentes, mulheres pretas apresentam piores indicadores em todos os casos. Para "Afecções obstétricas não classificadas em outra parte", mulheres pretas apresentaram RMM de 42,9, na média do período analisado, mais que o dobro para mulheres brancas (20,8) e pardas (20,1). O padrão se repete nos demais casos.

Neste gráfico, destacamos ainda as "Doenças Virais" (pertencente ao grupo "Afecções obstétricas") que, em 2020 e 2021, apresentaram grande salto devido à crise sanitária da Covid-19, atingindo dramaticamente todas as mulheres.

Por fim, desdobramos o grupo "Afecções obstétricas" em suas principais causas especificando por código, incluindo, inclusive, as "Doenças Virais", conforme a Figura 3.

Além das "Doenças Virais", são pontos de atenção as mortes obstétricas por causas não específicas, que apresentam valores médios bastante próximos para todas as mulheres, segundo raça/cor, e "Doenças do aparelho circulatório", que atingem mais as mulheres pretas, mas apresentam diminuição de casos ao longo do tempo.

Figura 3. Diagnósticos das afecções obstétricas não classificadas em outra parte



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM.

Os resultados apresentados corroboram parte do que indica a literatura especializada. Se as intercorrências obstétricas não estão associadas à raça/cor, embora não se possa dizer isso para pré-eclâmpsia e eclâmpsia, as mortalidades maternas apresentam, sim, um recorte racial.



3 Considerações finais

Como apontado por muitos especialistas, mortes maternas são em geral evitáveis. Isso reforça a importância de monitorar os desfechos maternos graves, tanto as intercorrências obstétricas quanto as causas da mortalidade. Não é conclusivo na literatura científica se a raça/cor é um fator de risco para a ocorrência de intercorrências graves (Martins 2016, Fernandes et al. 2017, Pacheco et al. 2018, Silva Junior 2020). Não obstante, é mais consensual que a mortalidade materna é mais prevalente entre as mulheres negras (Martins 2006, Morse et al. 2011, Brasil 2020, 2021, Coelho et al. 2022).

Este Boletim Çarê-IEPS: Saúde Materna da Mulher Negra n. 1 mostrou esses desfechos segundo raça/cor, corroborando parte dos achados da literatura acadêmica e mantendo atualizados os dados mais recentes. Esse monitoramento, que terá continuidade em edições posteriores, pode auxiliar a compreender melhor a situação a fim de se criar evidências para atuação de profissionais e gestores com a finalidade de atingir o pacto de redução de mortalidade materna, em 2030, a 30 mortes a cada 100.000 nascidos vivos.

Autores

Rony Coelho

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Gisele Campos

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas (EAESP/FGV)

Agradecimentos

Agradecemos à Paula Spinola, Rudi Rocha, Beatriz Rache, Matías Mrejen e Leonardo Rosa pelas sugestões e comentários bem como à Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Referências

xx

Apolonio, R., Vieira, M., Cruz, M., Marques, D. & Gomes, H. (2019), 'A relação entre pré-eclâmpsia e obesidade: uma revisão integrativa', *Cadernos de Medicina* **2**.

Brasil (2009), Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno, Manual Técnico, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde.

URL: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf

Brasil (2020), Boletim Epidemiológico N° 20, Volume 51, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

URL: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>

[iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/)

Brasil (2021), Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim Epidemiológico N° 29, Volume 52, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

URL: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf

Brasil (n.d.), gestação de auto risco: manual técnico, Technical report.

Coelho, R., Mrejen, M., Remédios, J. & Campos, G. (2022), Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020, Nota Técnica, Instituto de Saúde para Políticas de Saúde.

URL: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf

da Saúde, O. M. (2011), 'Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da oms para a saúde materna'.

Fernandes, K. G., Sousa, M. H. & Cecatti, J. G. (2017), 'Skin color and maternal near miss: exploring a demographic and health survey in Brazil', *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* **39**(05), 209-216.

Fiocruz (2021), Boletim Observatório Covid-19, Technical report, Observatório Covid-19 Fiocruz.

URL: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf

Martins, A. L. (2006), 'Mortalidade materna de mu-



lheres negras no Brasil', *Cadernos de Saúde Pública* **22**(11), 2473–2479.

Martins, A. L. (2016), 'Near miss e mulheres negras', *Saúde e Sociedade* **25**(3), 573–588.

Morse, M. L., Fonseca, S. C., Barbosa, M. D., Calil, M. B. & Eyer, F. P. C. (2011), 'Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?', *Cadernos de Saúde Pública* **27**(4), 623–638.

OPAS (2018), 'Folha informativa - mortalidade materna [internet]'

URL: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820

Pacheco, V. C., Silva, J. C., Mariussi, A. P. and Lima,

M. R. & Silva, T. R. (2018), 'As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis', *Saúde em debate* **42**(116), 125–137.

Silva Junior, C. A. D. S. (2020), Mulheres negras e near miss materno no Brasil: uma análise da sua magnitude a partir do sistema de informações hospitalares do SUS, entre 2016 e 2019, Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz.

Silva, T. C. D. (2011), Morbidade materna e morbidade materna grave (near miss): análise das internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde, Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá.

Waterstone, M., Bewley, S. & Wolfe, C. (2022), 'Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: Case-control study', *Obstetrical gynecological survey* **57**(3), 139–140.

www.ieps.org.br
www.institutocare.org.br

4 Apêndice metodológico

Para classificar as intercorrências obstétricas graves foram utilizados os critérios de Waterstone et al. (2022), cujas principais complicações convergem com as indicadas pela OPAS. Os códigos específicos desses critérios foram catalogados e organizados por autores como Silva Junior (2020) e Silva (2011) a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). As taxas de intercorrências obstétricas (TxIO) foram calculadas considerando o número de intercorrências graves pelo total de partos multiplicado por mil. Os dados são provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do DataSUS.

$$\frac{\text{Morbidade materna grave}}{\text{Total de partos}} \times 1.000$$

Já a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi calculada considerando o número de óbitos por causas maternas pelo número de nascidos vivos na população residente no ano considerado, multiplicado por 100 mil (OPAS, 2002). As informações são dos Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Na CID-10, as causas maternas são agrupadas no capítulo XV, intitulado “Gravidez, parto e puerpério” (Códigos de O00 à O99). Desagregamos essas causas por seus grupos e reportamos apenas os mais frequentes: “Afecções obstétricas não classificadas em outra parte” (Grupo entre O94 e O99); “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério” (Grupo entre O10 e O16); “Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério” (Grupo entre O85 e O92); “Complicações do trabalho de parto e do parto” (Grupo entre O60 e O75). Dentro do grupo mais frequente, “Afecções obstétricas não classificadas em outra parte”, destacamos a causa “Doenças virais” (Código CID-10 O985) devido à alta prevalência nos anos pandêmicos analisados (2020 e 2021) (Figura 2). Ademais, subdividimos as causas desse grupo mais frequente por seus códigos específicos calculando a RMM anual (Figura 3) no período analisado. Os dados de 2021 do SIM e do SINASC são preliminares, conforme disponibilizado pelo DataSUS em setembro de 2022.

A TxIO e a RMM foram calculadas mensalmente (de janeiro de 2014 a dezembro de 2021), bem como foi reportada a média móvel mensal dos últimos 12 meses. Todas as análises foram realizadas pelo recorte raça/cor, considerando a categorização oficial do IBGE, para todas as mulheres em idade fértil, entre 10 e 49 anos.