

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS-UFMG
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA**

Emanuely Silva Matos

**A diferença de assistência à saúde para mulheres brancas, pardas e pretas no
Brasil.**

Belo Horizonte, 2022

Emanuely Silva Matos

A diferença de assistência à saúde para mulheres brancas, pardas e pretas no Brasil.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientador: Prof. Bernardo Lanza Queiroz

Belo Horizonte, 2022

RESUMO

Esse estudo tem como objetivo analisar a diferença de assistência à saúde entre as mulheres brancas, pretas e pardas no Brasil, uma vez que essa falta de acesso a exames preventivos pode levar a diagnósticos tardios. Além disso, como a mortalidade materna pode ser um grande indicador da saúde da mulher, serão analisados os óbitos maternos conforme raça/cor e as causas principais.

A parte de dados foi extraída da PNS, para avaliar o percentual de pessoas que possuem plano de assistência à saúde segregada por raça e cor e como esse amparo da saúde privada pode influenciar na prevenção de doenças crônicas, como câncer de mama, hipertensão e câncer do colo uterino, e como a falta de realização desses exames e quando feitas tardiamente pode estar relacionado com raça/cor. Por fim óbitos de mulheres, mortes evitáveis do sexo feminino e a falta de realização do pré-natal que foram extraídos do DATASUS e que poderiam ser evitados, principalmente durante o período puerpério da gravidez e que atingem principalmente as mulheres pretas e pardas. Em vista do estudo feito, conclui-se que, a falta de acesso à saúde sofrido pelas mulheres pretas e pardas, e a diferença de tratamento que recebem está diretamente relacionada ao racismo.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Racismo institucional. Mulher preta e parda. Óbitos e maternos

Lista de gráficos

Gráfico1 : Percentual de pessoas que tinham algum plano de saúde (2013 e e2019)	17
Gráfico 2: Percentual de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero (2013 e2019)	18
Gráfico 3: Percentual de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizaram exame de mamografia (2013)	19
Gráfico 3.1: Percentual de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizaram exame de mamografia (2019)	20
Gráfico 4: percentual de mulheres com autoavaliação de saúde boa/muito boa (2013)	20
Gráfico 5: Percentual de mulheres diagnosticadas com hipertensão arterial por raça/cor (2013)..	21
Gráfico 6: Proporção de consultas pré-natal de mulheres brancas (2019)	21
Gráfico 6.1: Proporção de consultas pré-natal de mulheres pardas (2019)	22
Gráfico 6.2: Proporção de consultas pré-natal de mulheres pretas (2019).....	23
Gráfico 7: Percentual de óbitos maternos Brasil 10 a 49 anos (2013)	24
Gráfico 7.1: Percentual de óbitos maternos Brasil 10 a 49 anos (2019)	25
Gráfico 8: Proporção de óbitos maternos por morte grav/puerp e tipo de causa obstétrica 10 a 49 anos (2013)	26
Gráfico 8.1: Proporção de óbitos maternos por morte grav/puerp e tipo de causa obstétrica 10 a 49 anos (2019)	27
Gráfico 9: Proporção de óbitos maternos por morte grav/puerp e cor/raça 10 a 49 anos de idade (2019)	28
Gráfico 9.1: Proporção de óbitos maternos por tipo causa obstétrica e cor/raça 10 a 49 anos de idade (2019)	28
Gráfico 10: Óbitos de causas evitáveis das mulheres brancas no Brasil 5 a 74 anos (2019)	29
Gráfico 10.1: Óbitos de causas evitáveis das mulheres pardas no Brasil 5 a 74 anos (2019)	30
Gráfico 10.2: Óbitos de causas evitáveis das mulheres pretas no Brasil 5 a 74 anos (2019)	30
Gráfico 11: Percentual de óbitos por raça /cor (2019)	31

Lista de tabela

Tabela 1: Morte grav/puerp	23
Tabela 2: As três fases do puerpério	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 Sistema Público de Saúde Brasileiro	9
2.2 Saúde Suplementar no Brasil	10
2.3 Raça e Saúde.....	11
2.4 Diferença de saúde das mulheres	12
2.5 Mortalidade Materna	13
3. DADOS	15
4. RESULTADOS	17
4.1 Informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde	17
4.2 Nascidos vivos Brasil	21
4.3 Óbitos maternos – Estatísticas vitais	23
4.4 Mortes por causas evitáveis	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
6. REFERÊNCIAS	34

1. INTRODUÇÃO

O Brasil foi responsável pela escravização de negros e indígenas por mais de 300 anos, o que levou a um quadro de desigualdade racial, bem como a clareza de que o país carrega um racismo institucional. E esse preconceito pode estar explícito acerca do acesso à saúde, que não pode ser determinado como sinônimo de utilização, pois mesmo considerando o uso de serviço de saúde pelo indivíduo como uma prova de acesso, o acesso refere-se à oportunidade, enquanto utilização é a manifestação dessa oportunidade. E essa utilização de serviços de saúde está diretamente associada às necessidades dos indivíduos, à oferta dos serviços, recursos financeiros e profissionais da saúde, e às condições socioeconômicas e culturais. E a população negra é a que mais sofre com falta desse acesso. (Costa & Kubiak, 2019).

No Brasil, a utilização de serviços de saúde, pode ser pela rede pública, por meio do sistema único de saúde (SUS) a principal provedora e/ou pela rede privada, se tratando da saúde suplementar, conhecido como um complemento da saúde pública através do desembolso direto na prestadora particular ou por intermédio de obtenção de planos de saúde da operadora de assistência à saúde.

O sexo feminino possui uma utilização superior do masculino ao sistema de saúde, pois, a mulher é vista por se prevenir, dessa maneira, procura mais os serviços de saúde, seja para consultas preventivas de check up, seja pelas questões da saúde.

E normalmente as mulheres passam a frequentar mais o SUS, ou plano de saúde, bem como hospital particular quando estão grávidas, entretanto isso não diz respeito às mulheres pardas e pretas nessa mesma proporção, pois, segundo um relatório da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada em 2009 para combater o racismo institucional, as mulheres pretas continuam sendo a maioria nas mortalidades maternas e enfrentando a violência obstétrica ou outros tipos de violências que afetam a saúde. Isso inclui atenção especial às doenças prevalentes, como hipertensão arterial e o maior risco de mulheres pretas para, eclampsia durante a gravidez, essa e outras doenças que poderia ser evitado com a prevenção, que seria o pré-natal, que protege tanto a mulher quanto o feto, e essa falta de realização são principalmente entre essas mulheres. (GOES, 2021)

Para uma melhor análise dessa diferença de raça, falta considerar e inserir o quesito da cor nas mudanças do sistema de saúde para adequação à PNSIPN, como o aumento da oferta de pré-natal ou de tratamento de doenças é importante analisar diferenças das ocorrências com mulheres negras e brancas. Em vista que, não é possível observar as mudanças das desigualdades raciais se não se tem informação de raça e cor nas atuações. (GOES, 2021)

Dado o que foi apresentado acima, este trabalho tem por objetivo mostrar como uma forma sistemática de discriminação, por meio de práticas conscientes ou inconscientes que resultam em desvantagens a determinado grupo racial acarretam na morte de mulheres pretas e partas que poderiam ser evitadas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistema Público de Saúde Brasileiro

O direito a saúde no Brasil foi garantido legalmente a todos e de forma igualitária por meio do Art. 196 da Constituição Federal do Brasil em 1988, estabelecendo compromisso de um atendimento à saúde gratuito, integral e universal, sendo possível por meio do Movimento da Reforma Sanitária, iniciado no final da década de 70, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, em 1986. Os temas dessa conferência foram: “Saúde para todos e dever do Estado” e “Reorganização do Sistema e Financiamento”. (FREITAS, 2011)

A criação do Sistema Único de Saúde representou um importante progresso no que diz respeito ao modelo de assistência à saúde pública no Brasil, que anteriormente não existia (FREITAS, 2011). Anterior à instituição do SUS, a atenção à saúde pública ocorria através ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, realizadas pelo Ministério da Saúde. (CONASS, 2003)

Diante do cenário de desigualdade na assistência à saúde na qual o Brasil se encontrava na década de 70, e dos consequentes detrimientos causados à saúde da população brasileira, movimentos sociais em prol da reestruturação do modelo assistencial existente começaram a ganhar força. Nesse contexto, o movimento da Reforma Sanitária se destacou de modo a reivindicar por um modelo de assistência à saúde universal, descentralizado e unificado. (AZEVEDO, 2012)

Surge então, por meio dessa reforma, em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a exercer constitucionalmente a determinação de garantia do acesso à saúde a todos, e responsabilizando o Estado quanto a essa obrigação instituindo também, através deste instrumento regulatório, sendo suas diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Entretanto, devido à precariedade e da infraestrutura, aliada à falta de recursos materiais e humanos, podem induzir parte da população a buscar alternativas para acessar o sistema de saúde e garantir a assistência, utilizando convênios e serviços privados, dessa maneira se tem uma colaboração da parte do governo para um expressivo crescimento do setor de saúde suplementar que posteriormente, em 1998, também precisou ser regulamentado (FREITAS, 2011).

2.2 – Saúde suplementar no Brasil

A saúde suplementar no Brasil é a parte do mercado de saúde cujo produto principal é plano de saúde, e foi criada tendo como objetivo auxiliar e ajuda na demanda de pessoas que necessita de assistência a saúde, dessa maneira ela ajuda o SUS a dar atenção e oferecer um atendimento digno aos beneficiários que não tem condições financeira de obter um plano de saúde. (ROMERO&OKANO&CASTELO, 2013)

O mercado de saúde suplementar funcionou sem regulamentação própria por vários anos, sendo que até o final da década de 90, a principal proteção ao beneficiário quanto aos seus direitos e em caso que se sentisse lesado, era o código de defesa do consumidor. A principal mudança aconteceu em 1998, através da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) onde o setor de saúde suplementar foi agraciado pela legitimidade legal e assim foi possível dar início à sua regulamentação.

“Art. 1º - Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas (...)” – Lei nº 9.656 de 3 de Junho de 1998. (BRASIL, 1998)

Nesse sentido, fez-se necessário a criação de um órgão, cuja missão seria regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de saúde com o fim de garantir a sustentação do mercado e a assistência à saúde. Vinculada ao Ministério da Saúde, no ano de 2000, através da Lei 9.961 (BRASIL, 2000), foi criada a ANS (PIETROBON & PRADO & CAETANO, 2008).

Dessa maneira foi criada a agencia nacional de saúde suplementar (ANS) que é uma agencia reguladora vinculada ao ministério da saúde responsável pelo setor de

planos de saúde no Brasil e essa regulamentação é feita por meio de normas, controle e fiscalização de segmentos das operadoras para assegurar o interesse público - ANS

Dada o crescimento da população, o aumento da prevenção à saúde suplementar passa a ser extremamente importante no sistema de saúde do país, pois, o estado não conseguiria suportar ou incorporar os gastos para atender a demanda que seria de beneficiários no orçamento da união. (ROMERO&OKANO& CASTELO, 2013)

2.3 Raça e saúde

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) definiu um sistema de classificação com cinco categorias, que seria, branca, preta, parda, amarela e indígena.

O Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, adota o critério da autodeclaração. A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito. Declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais. (Ministério da saúde, 1998).

Os resultados dos estudos nacionais, assim como a comparação com a literatura internacional, reforçam a hipótese de que também no Brasil o eixo da desigualdade racial, além do socioeconômico e o de gênero, merece investigação na área da saúde. Esses três eixos podem atuar juntos, criando grupos especialmente expostos a riscos. Em muitos casos, a adversidade econômica será a explicação mais importante. Em outros, esse eixo não será suficiente e a compreensão do papel da raça e do gênero será indispensável para explicar o desfecho e contribuir para a elaboração de políticas públicas. (CHOR, 2013)

A literatura internacional sobre desigualdades sociais em saúde é volumosa, não descarta a influência da raça e a relaciona com as condições socioeconômicas, apontando a complexidade e desafios desse entrecruzamento. É necessário aprofundar esse esforço no campo da Saúde Pública brasileira. (CHOR, 2013)

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. (Ministério da saúde, 1998)

Por fim podemos concluir que as evidências disponíveis indicam que as desigualdades de saúde refletem as desigualdades mais abrangentes na sociedade. Raça, posição socioeconômica e gênero influenciam a saúde dos brasileiros por meio de diferentes relações e com magnitudes diversas a depender da pergunta que se deseja responder. (CHOR, 2013)

2.4 Diferença de saúde das mulheres

Ao analisar a diferença entre as mulheres, essa diferença não é muito explícita, dado que o racismo é proibido por lei, Lei nº 7.716 de 5 de janeiro de 1989, que ficou conhecida como Lei Caó, em homenagem ao autor Carlos Alberto de Oliveira. A legislação define como crime o ato de praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Sendo assim, o racismo com a mulher preta é um racismo institucional (Costa & Kubiak, 2019).

Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988, assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). (Araujo&Abreu,2012). No âmbito da saúde, o racismo institucional acarreta diferenças significativas na pesquisa e no cuidado com doenças predominantemente negras, como, por exemplo, a anemia falciforme. A falta de conhecimento dos profissionais a respeito da doença é marcante e tem como consequência seu diagnóstico tardio, apesar de a descoberta precoce da doença ser um dos principais fatores para um bom prognóstico. Além disso, muitas vezes, os sintomas são tratados como dependência química, outro exemplo da estigmatização da população negra. (Costa & Kubiak, 2019).

O racismo institucional está presente também na prestação de serviços: sua influência vai desde a restrição ao acesso à saúde pela população negra até a relação entre os profissionais de saúde. Identifica-se uma ideologia presente nas redes de assistência à saúde ligada a pensamentos como 'pessoas negras são mais resistentes à dor' ou 'negro não adocece' que tendem a minimizar queixas advindas de pessoas negras e minorar o uso de medicamentos e anestésias, principalmente tratando-se de mulheres nos procedimentos de pré-natal e parto. (Costa & Kubiak, 2019).

2.5 - Mortalidade Materna

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definiu morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. Esta definição é aceita pelas associações de ginecologia e obstetrícia, internacionais e nacionais. (VIANA; CARVALHO; CALDERON, 2011).

No que diz respeito à morte materna, existe tipos, como a morte materna obstétrica, é correntes de causas obstétricas diretas e indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas. Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. (VIANA; CARVALHO; CALDERON, 2011).

Já a morte materna não obstétrica, é aquela resultante de causas incidentais ou acidentais, não relacionadas à gravidez ou ao seu manejo. Também chamada, por alguns autores, como morte não relacionada. Este tipo de óbito também não é incluído no cálculo da RMM.

Razão de Mortalidade Materna (RMM) - relaciona apenas as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos e é expressa por 100.000 nascidos vivos.

É calculada pela seguinte fórmula: onde MM é o número de mortes maternas e NV é o número de nascidos vivos.

$$RMM = \frac{\text{NúmeroMM}}{\text{NúmeroNV}} \times 100\,000$$

Fonte: (VIANA; CARVALHO; CALDERON, 2011).

No Brasil, a morte materna obstétrica direta é responsável pela manutenção da razão de mortalidade materna em níveis elevados. Em 2007, o Ministério da Saúde divulgou razão da mortalidade materna correspondente a 75 mortes/100.000NV, equivalente a 1572 óbitos ocorridos, tendo como principal causa as doenças hipertensivas. Diversos estudos nacionais corroboram esses resultados, além de destacar que grande parte destas mortes poderia ser evitada se a assistência à gestação, ao parto ou puerpério fosse adequada. (VIANA; CARVALHO; CALDERON, 2011).

Esses óbitos são um importante indicador de saúde, não apenas da mulher, mas de toda a sociedade, pois evidencia as inequidades que nela ocorrem, dessa maneira é o melhor indicador de saúde da população feminina, seus números são apresentados de forma irreal, pela dificuldade na identificação dos casos nos registros de óbito. Medidas de prevenção associadas a diagnóstico e tratamento precoces e adequados são fatores benéficos na redução desses óbitos maternos. (KALCKMANNI, 2011).

3. DADOS

Os dados serão retirados da PNS, que seria a Pesquisa Nacional de Saúde que é um inquérito de saúde de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 2013 e 2019. (CRUZ, 2009).

Vale salientar que a população pesquisada corresponde aos moradores de domicílios particulares permanentes do Brasil, exceto os localizados nos setores censitários especiais (compostos por aglomerados subnormais; quartéis, bases militares etc.; alojamento, acampamentos etc.; embarcações, barcos, navios etc.; aldeia indígena; penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias etc.; asilos, orfanatos, conventos, hospitais etc.; e assentamentos rurais).

A amostra é realizada por meio de três estágios no primeiro estágio, a seleção das unidades primárias de amostragem (setores censitários ou composição de setores). Foi realizada por amostragem aleatória simples, mantendo a estratificação da Amostra Mestra da PNAD.

No segundo estágio, um número fixo de domicílios particulares permanentes foi selecionado aleatoriamente em cada UPA selecionada no primeiro estágio, a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE).

No terceiro estágio, dentro de cada domicílio da amostra, um morador (com 18 ou mais anos de idade, em 2013, e com 15 anos ou mais de idade, em 2019) foi selecionado com equiprobabilidade, a partir de uma lista de moradores elegíveis construída no momento da entrevista, para responder à entrevista individual. (CRUZ, 2009)

Por fazer parte do SIPD do IBGE, a amostra da PNS é uma sub amostra da Amostra Mestra da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), com avanços tanto no espalhamento geográfico como na precisão das estimativas. Com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde, a PNS foi planejada para a estimação de vários indicadores em diferentes níveis de desagregação geográfica. (CRUZ, 2009).

Dado a base de dados PNS será verificado as pessoas que possuem plano de saúde, segundo cor/raça, bem como as mulheres segundo cor e raça que realizaram

exame preventivo contra câncer de mama e câncer de colo uterino, bem como hipertensão, uma das maiores causas de morte das mulheres.

Além disso, foram selecionados dados do DATASUS, buscando explorar as mulheres que realizam pré-natal, um exame que tem como objetivo proteger o feto e a mãe, ademais o foco é a forma como as mulheres pretas e pardas sofrem racismo estrutural na assistência à saúde, e a melhor forma de fazer essa análise é por meio dos óbitos maternos.

Além disso, serão analisados, por meio do DATASUS, os óbitos maternos por cor/raça e as principais causas. E o cruzamento do tipo de óbito por causa, segundo cor/raça.

Será feita uma análise descritiva das variáveis descritas acima, de acordo com os dados coletados pelo DATASUS e PNS.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos conforme explicações na seção anterior foram organizados conforme problema discutido e objetivo no trabalho proposto.

4.1- Informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde

Primeiro foi analisado as pessoas que tinham algum plano de saúde (médico ou odontológico), por cor ou raça e situação do domicílio, sendo em 2013, 55.727 pessoas, do qual são 53.890 pessoas urbanas e 1.837 rurais. Dessas pessoas analisadas 34.715 eram brancas, 3.718 eram pretas e 16.504 eram pardas.

Já em 2019 houve um crescimento, o total de pessoas passou para 59.724, dessas pessoas 57.580 eram urbanas e 2.144 rurais, sendo 35.325 pessoas brancas, 4.667 eram pretas e 18.911 eram pardas.

Após descrição dos dados a serem analisados, já fica claro que as pessoas de cor/raça branca, mesmo não sendo a maioria da população do Brasil, é quase o dobro do número de cor/raça parda e dez vezes o número de pessoas de cor/raça preta.

Para melhor visualização, no gráfico 1, é possível vê o percentual da massa, por cor/raça e situação de domicílio, urbano e rural, nos anos de 2013 e 2019.

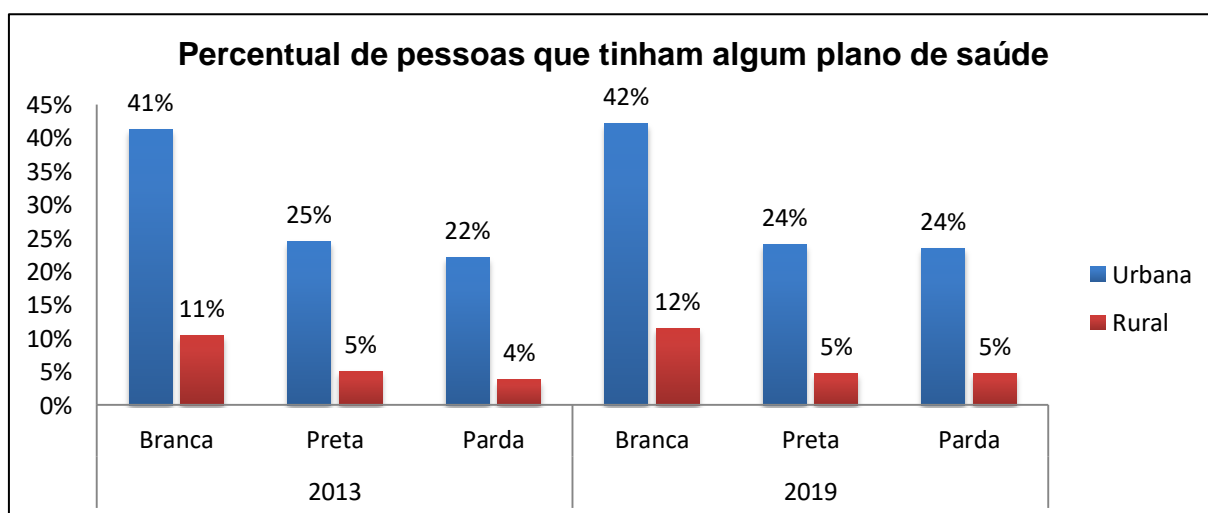


Gráfico 1 - Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

No gráfico 1, conforme esperado o percentual de pessoas que tinham algum plano de saúde a maioria se encontra na zona urbana, agora ao analisar a cor/raça, dessa massa é possível concluir que o percentual de pessoas brancas nessa zona é quase o dobro nos anos analisados, 2013 e 2019. Em relação aos usuários pretos e pardos, houve uma redução de 2013 para 2019. Já na zona rural teve um aumento do percentual das brancas e pardas que possuíam algum plano de assistência a saúde. E ter um plano de saúde, está diretamente relacionado à renda e conhecimento, pode-se dizer que também está diretamente ou indiretamente relacionada à cor.

Sendo mais específico agora, será analisada a saúde da mulher quanto a raça/cor.

Foram consideradas 43.474 mulheres em 2013, dessas mulheres, 21.486 eram brancas, 3.818 eram pretas e 17.480 eram pardas. Em 2019 foram estudadas 48.865, sendo 21.570 brancas, 5.569 pretas e 21.128 pardas.

No gráfico abaixo será exposto o percentual de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos anos de 2013 e 2019.

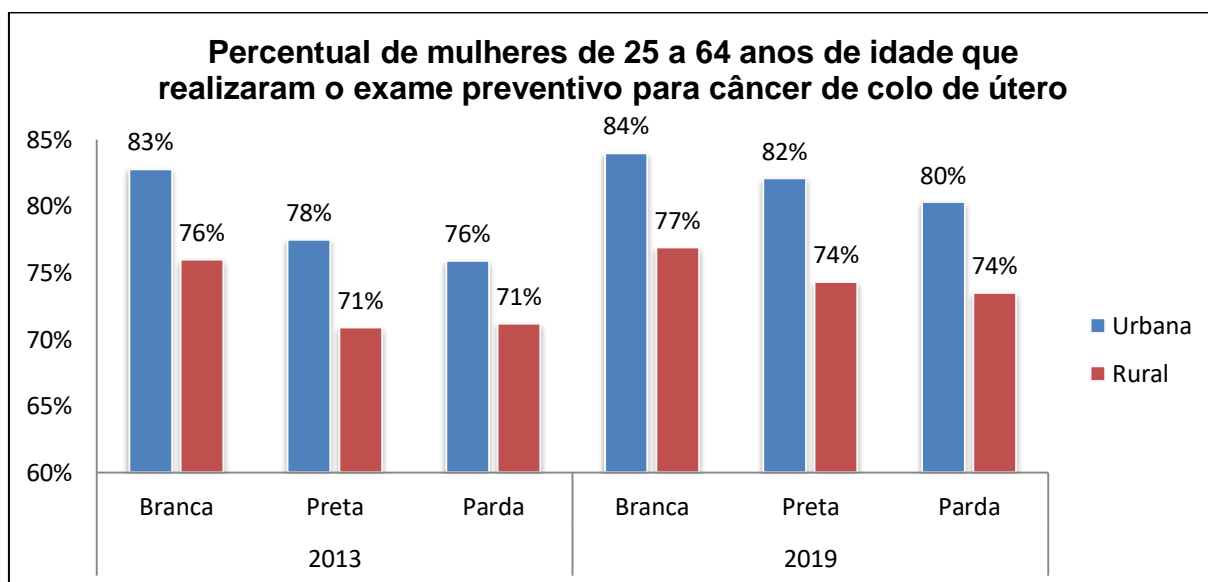


Gráfico 2 - Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

No gráfico 2, observa-se que as mulheres pretas e pardas em um meio rural possuem o menor percentual nos anos analisados, e um percentual sempre abaixo das mulheres brancas, bem como as mulheres brancas no meio urbano possuem o

maior percentual, é notável um crescimento das mulheres pretas e pardas de 2013 até 2019, entretanto sempre abaixo das mulheres brancas. Desse modo, podemos concluir que o percentual de mulheres brancas de 25 a 64 anos de idade são as que mais realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos três anos anteriores à pesquisa. Ou seja, elas se preveniram em um maior percentual.

Além disso, serão analisadas as mulheres que nunca realizaram exames de mamografia. Pode ser reflexão da falta de plano de assistência a saúde, como relatado gráfico 1.

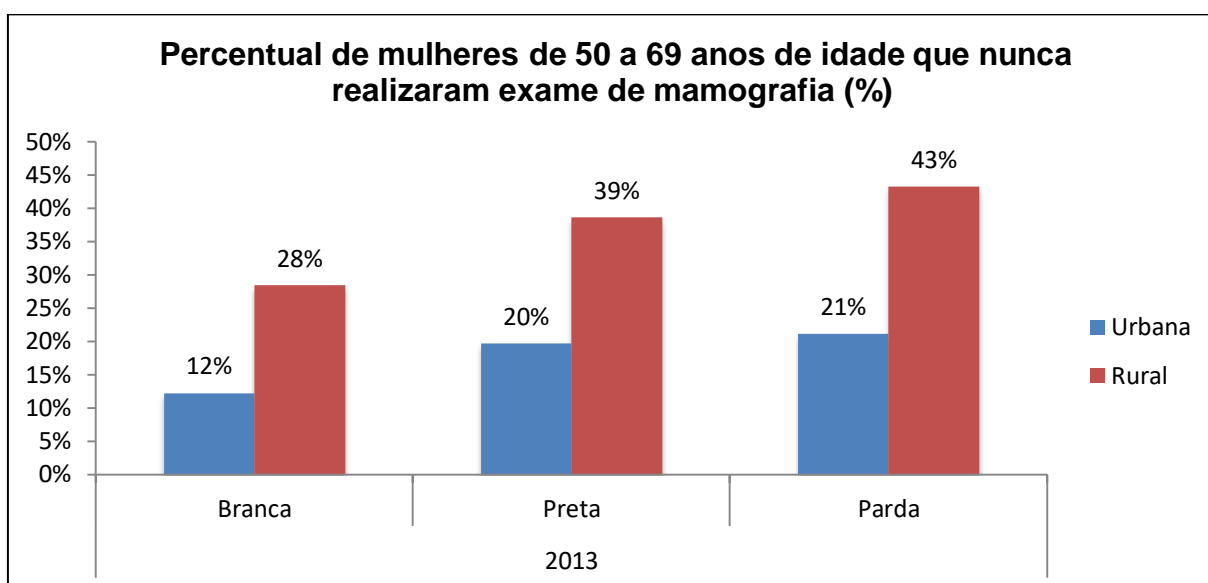


Gráfico 3 - Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

No gráfico 3, no ano de 2013 é explícito que o percentual de mulheres pretas e pardas de 50 a 69 anos que nunca realizaram exame de mamografia é o dobro em relação às brancas na situação domiciliar urbana. Bem como, o impacto da situação domiciliar no percentual, pois 43% das mulheres pardas em meio rural nunca realizou esse exame, quase metade das mulheres pretas seguem a mesma linha.

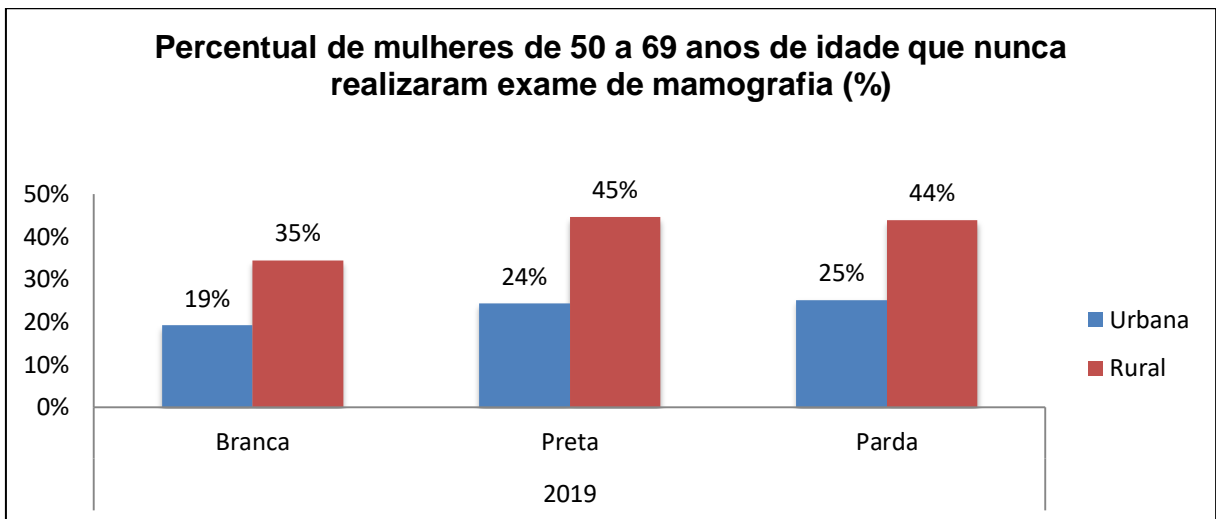


Gráfico 3.1 - Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

No gráfico 3.1 se vê um crescimento da falta de realização do exame de 2013, gráfico 3, para 2019 gráfico 3.1. E as mulheres pretas urbanas passam a representar o maior percentual de mulheres de 50 a 69 anos de idade que nunca realizaram exame de mamografia.

Para mais, será analisado o percentual de mulheres segundo cor/raça de se avaliaram com saúde boa/muito boa em 2013.

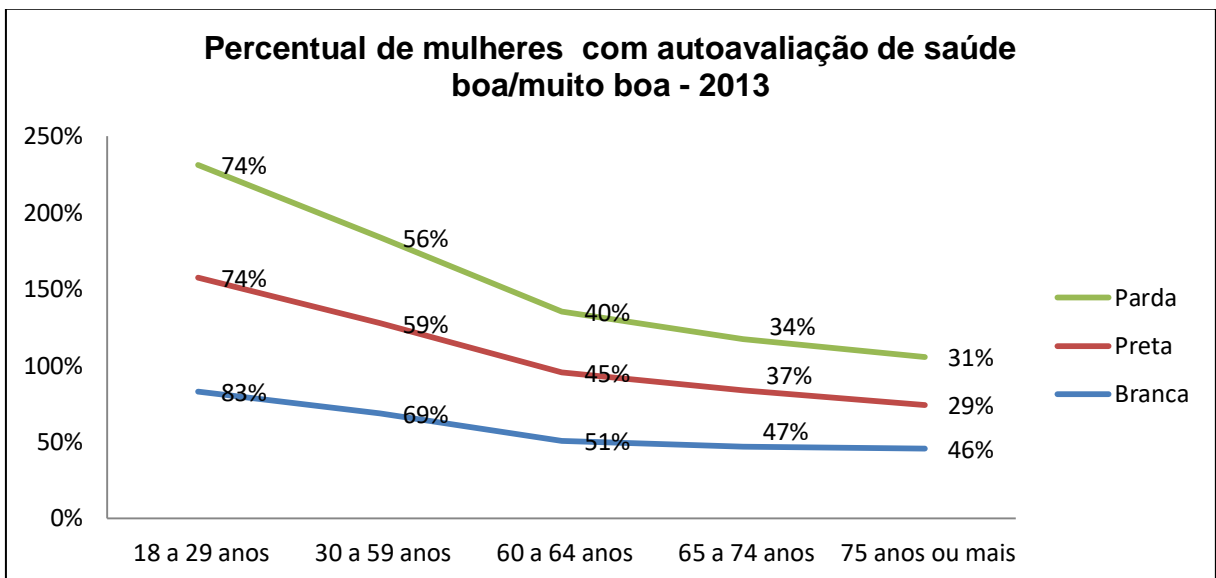


Gráfico 4 - Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

Após análise do gráfico 4, é possível perceber que as mulheres brancas se consideram com a saúde melhor em todas as faixas etárias, e o que chama atenção

é que quanto maior a faixa etária se perceber uma diminuição no percentual de boa saúde e na última faixa etária que seria de 75 anos ou mais, o menor percentual de saúde boa/muito boa é da mulher preta.

Dessa maneira em vista da que as mulheres pretas e pardas não possuem plano de saúde pode acarretar um diagnóstico tardio, com apresentado no gráfico 5.

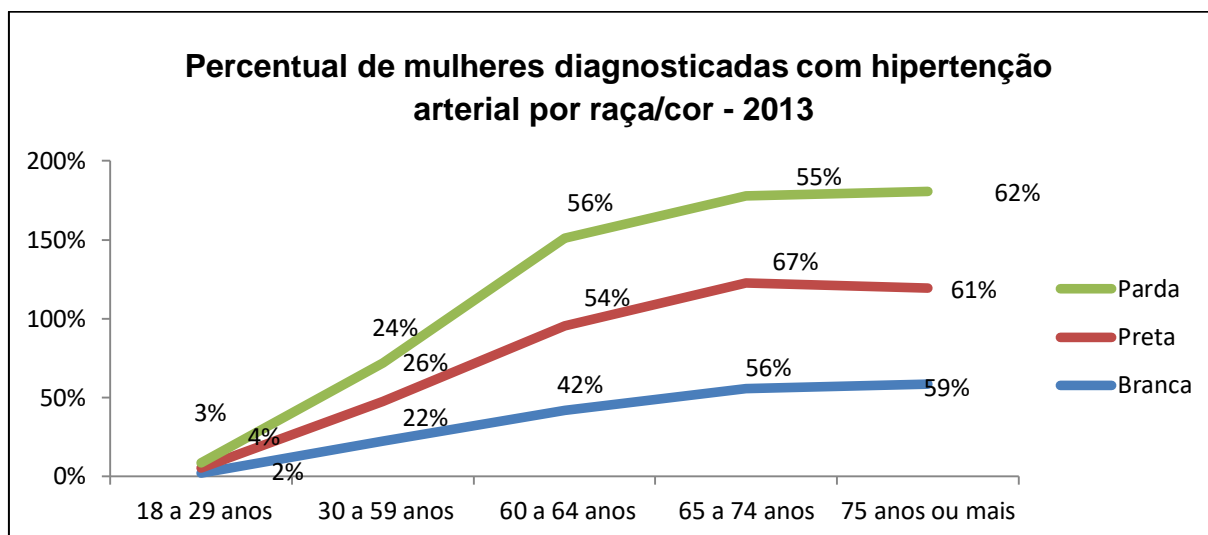


Gráfico 5 - Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013

No gráfico 5, o percentual mais elevado é 67% que diz respeito as mulheres pretas diagnosticadas com hipertensão arterial de 65 a 74 anos.

4.2 Nascidos vivos Brasil

Tendo como base de Dados o DATASUS, serão explorados as consultas de pré-natal por raça/cor das mulheres brancas, pretas e pardas.

Nos gráficos 6, 6.1 e 6.2 mostra a quantidade de consultas que uma mulher realiza segundo cor/raça no período de 2019, o total de mulheres é 2.816.394.

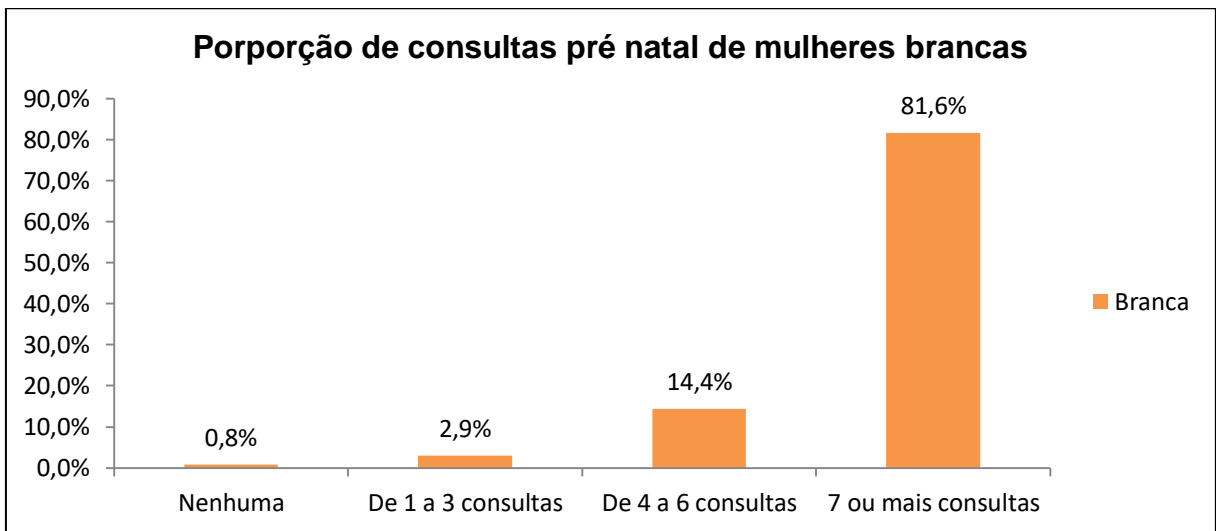


Gráfico 6 - Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

No gráfico 6, menos de 1% das mulheres não realizarão nenhuma consulta pré-natal e quase 82% efetivaram 7 ou mais consultas, uma proporção alta.

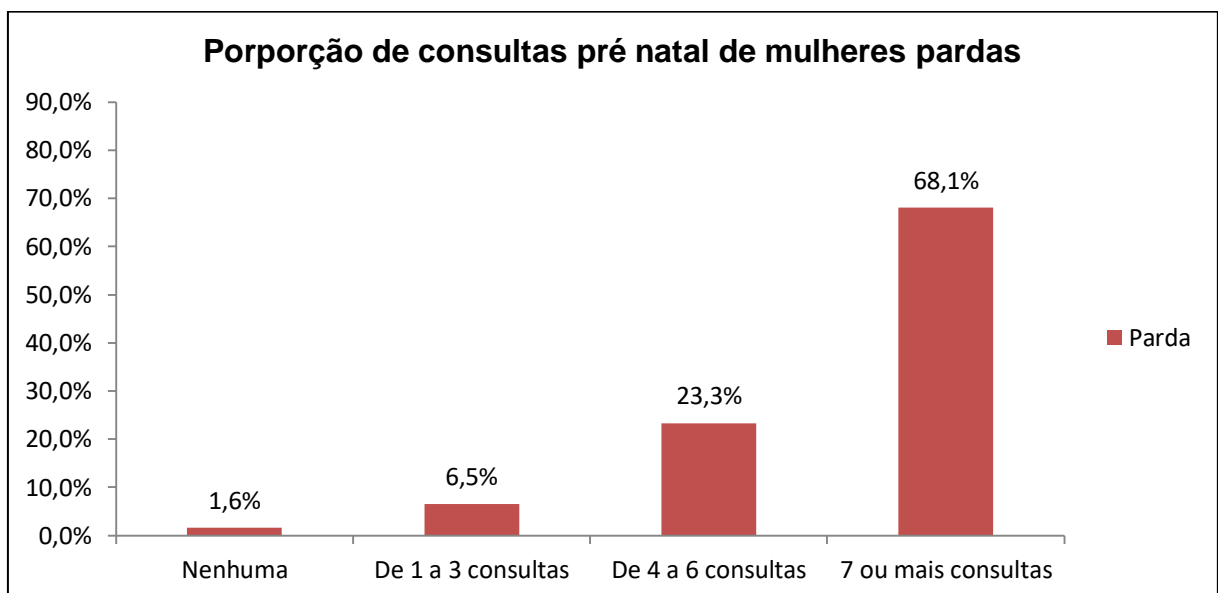


Gráfico 6.1 - Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Já no gráfico 6.1 as mulheres que não realizam nenhuma consulta de pré-natal durante a gestação mesmo sendo apenas 1,6% é o dobro em relação as mulheres brancas, bem como acima de 6 consultas é menos de 70%.

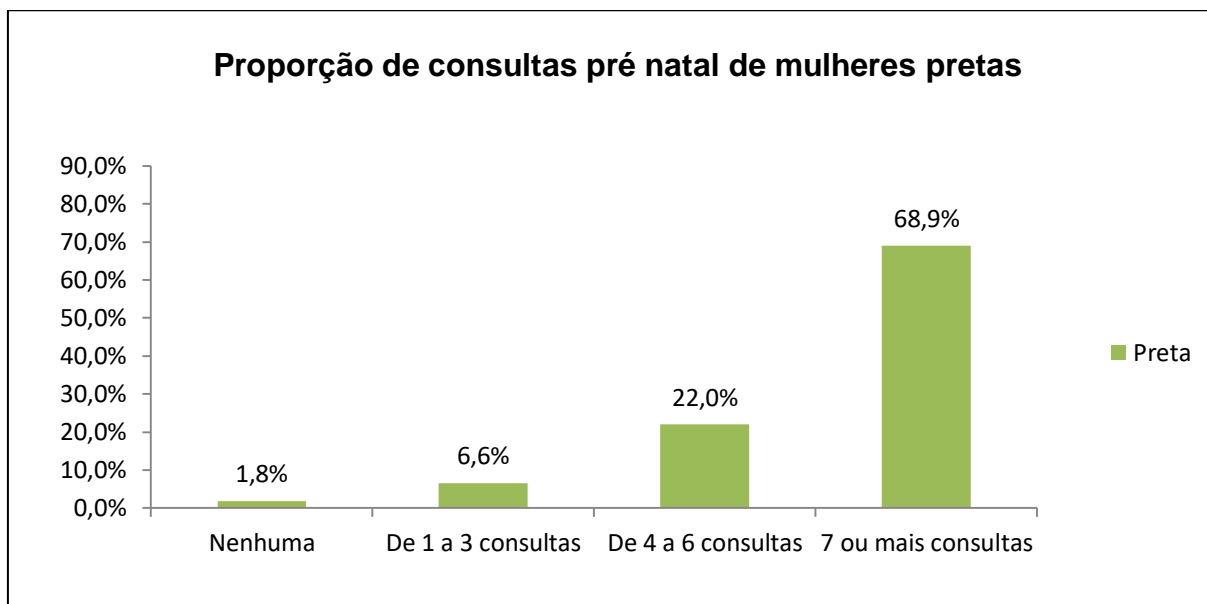


Gráfico 6.2 - Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

No gráfico 6.2 o número de mulheres pretas que não realizam consulta pré-natal é mais que o dobro em relação às mulheres brancas e essa porcentagem também é maior que a das mulheres pardas.

E dado que a realização do pré-natal representa um papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias na mãe, identifica precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil.

4.3 Óbitos maternos – Estatísticas vitais

Como já visto, a Mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Muitas vezes, as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e dificulta a identificação do óbito materno. Por esse motivo, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é calculada pelo Ministério da Saúde utilizando fatores de correção. (SAPS)

A atenção ao pré-natal e puerpério são ações importantes de prevenção da saúde da mulher, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período.

Para análise da diferença de tratamento nas mulheres brancas e pretas/partas é importante analisar a mortalidade materna, sem contar que é um grande problema

de saúde pública. Será analisado o número de mortes das mulheres brancas, pretas/pardas em 2013, que morreram 63.137 mulheres e em 2019 62.387 mulheres foram a óbitos. De 10 a 49 anos no Brasil, conforme estatísticas vitais do DATASUS. As variáveis analisadas, serão as mortes por gravidez e puerpério segundo raça/cor, as mortes do estudo se segregam conforme tabela 1.

Morte grav/puerp
Durante a gravidez, parto ou aborto.
Durante o puerpério, até 42 dias.
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano.
Não na gravidez ou no puerpério.
Não informado ou ignorado.

Tabela 1 - Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Representação da proporção de óbitos maternos em 2013:

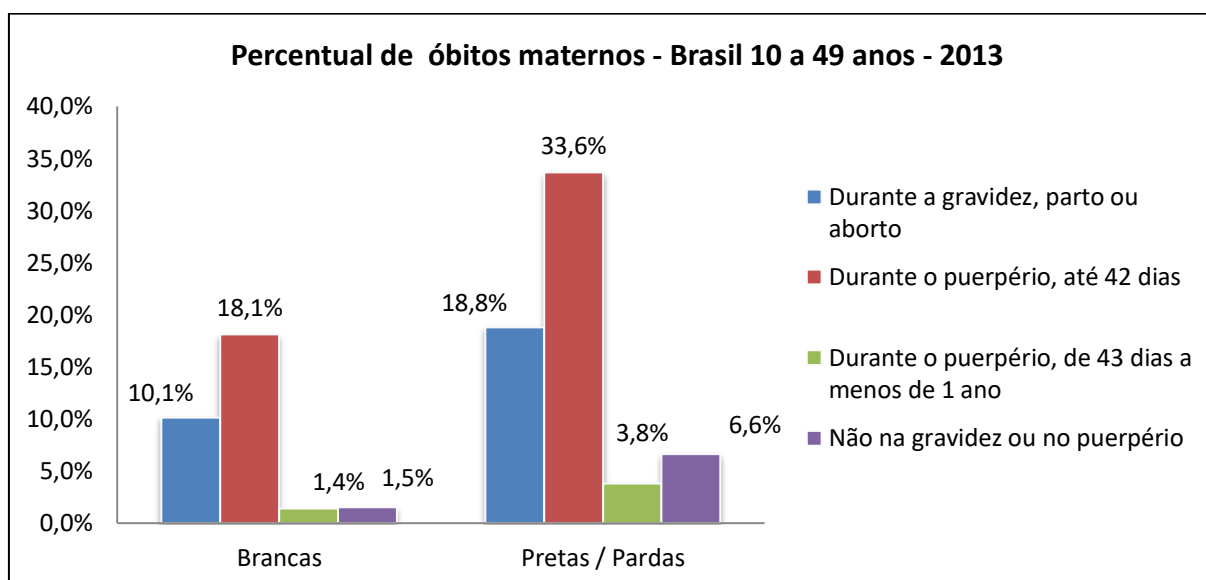


Gráfico 7 - Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Observa-se no gráfico 7 que 62,9% dos óbitos maternos são mulheres pretas ou pardas, enquanto as mulheres brancas são responsáveis por apenas 31,1%, dessa maneira, vemos essas mortalidades podem estar associada a cor da pele.

Representação da proporção de óbitos maternos em 2019.

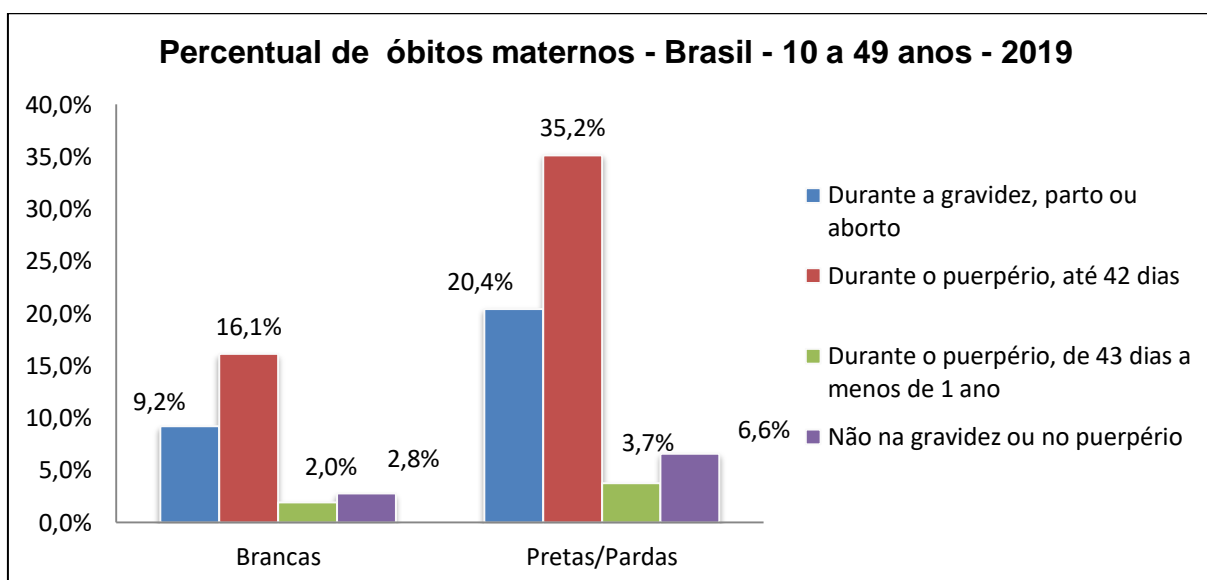


Gráfico 7.1 - Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Observa-se no gráfico 7.1 que 66% dos óbitos maternos são mulheres pretas ou pardas, enquanto as mulheres brancas são responsáveis por apenas 30%, dessa maneira, vemos essas mortalidades podem estar associada à cor da pele. Pode-se concluir que teve crescimento do número de óbitos maternos de 2013 para 2019 das mulheres pretas e pardas e diminuição das brancas.

O puerpério é o período do pós-parto em que as alterações no corpo da mulher, provocadas pela gestação e parto, voltam às condições que eram antes da gravidez e esse tempo, as ações se voltam, simultaneamente, a duas clientela vulneráveis e que desempenham importantes papéis na família e na sociedade - a mulher e a criança. (Dully, 2015)

As três fases do puerpério	
Imediato	(1º ao 10º dia)
Tardio	(11º ao 42º dia)
Remoto	(A parti do 43º)

Tabela 2 – Supera farma laboratórios S/A

Em seguida, será feito o cruzamento das variáveis, Morte gravidez/puerpério e mortes dos tipos de causa obstétrica, mantendo os mesmo anos de análise 2013 e 2019.

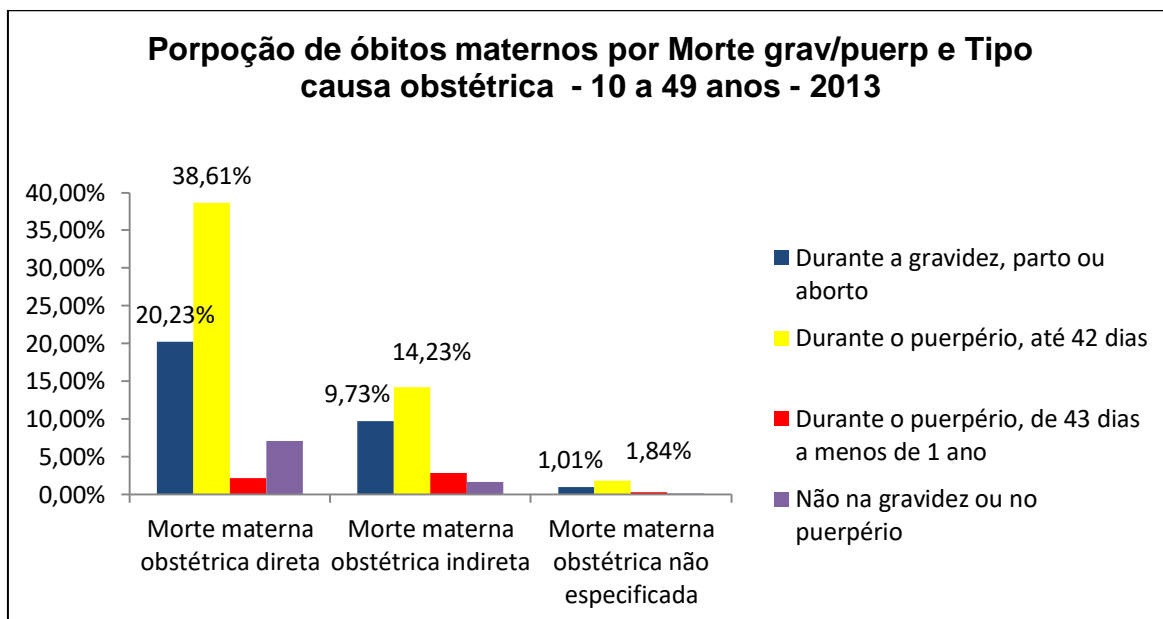


Gráfico 8 - Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

De acordo com o gráfico 8, os óbitos maternos em 2013, de mulheres entre 10 e 49 anos, durante a gravidez/período puerpério e tipo de causa obstétrica, o que mais chama atenção são durante a gravidez/parto/aborto e durante o puerpério até 42 dias e a causa da morte materna ser obstétrica direta ou indireta, pois são os percentuais que mais se destacam. E se pode notar que a morte materna durante o puerpério, até 42 dias tá diretamente relacionada com a morte materna obstétrica direta. Por fim a principal causa de morte materna é por obstétrica direta.

E em vista que as mortes por obstétrica direta ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como:

- Gravidez ectópica, mola hidatiforme e aborto e as complicações destes agravos(infecções, hemorragias, etc);
- Hipertensão gestacional , pré-eclâmpsia, eclâmpsia, tromboses, infecções por outras causas, etc;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Ruptura prematura de membranas, descolamento prematuro de placenta, hemorragias, obstrução do trabalho de parto, ruptura de útero, complicações pulmonares ou cardíacas devido ao TP, complicações da anestesia, infecção puerperal, etc.
- Neoplasia de placenta;
- Transtornos mentais associados ao puerpério;
- Osteomalácia puerperal.

Já a morte por obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como:

- Hipertensão pré-existente, doenças cardíacas e renais pré-existentes ou adquiridas;
- Diabetes mellitus pré-existente;
- Desnutrição na gravidez
- Doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez, anemia, doenças endócrinas, etc.
- Tétano
- AIDS

Proporção de óbitos maternos por morte durante a gravidez ou no período puerpério e o tipo de causa obstétrica em 2019

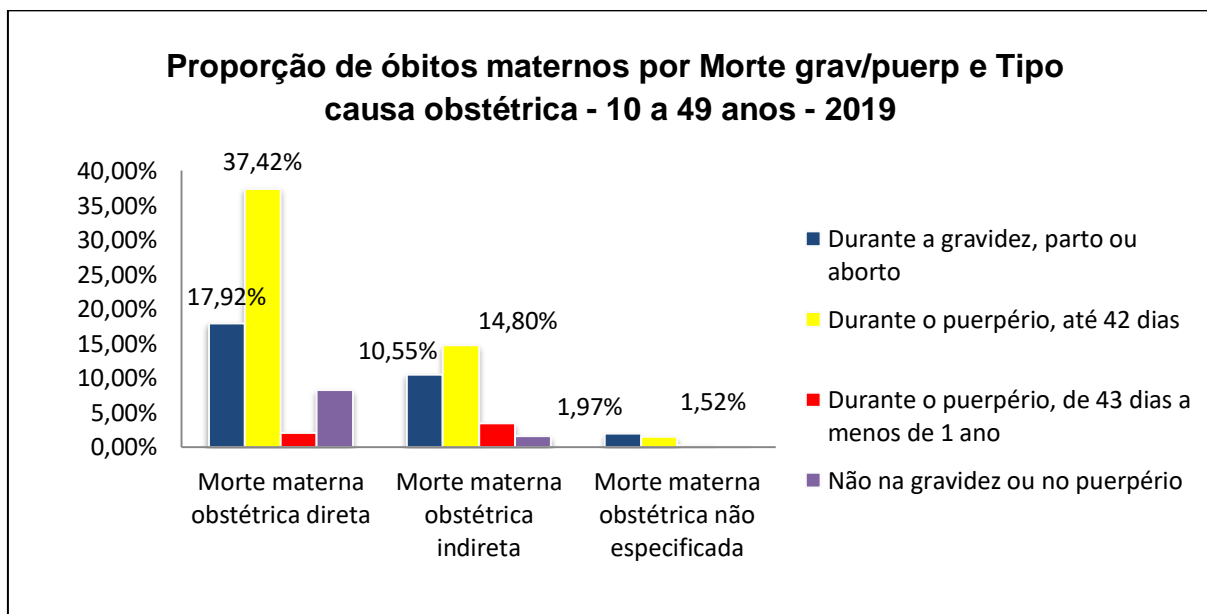


Gráfico 8.1 - Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O gráfico 8.1 que retrata o ano de 2019 de mulheres entre 10 e 49 anos, durante a gravidez/período puerpério e tipo de causa obstétrica, em comparação com o gráfico 8, é perceptível que houve uma diminuição da proporção de mortes maternas obstétricas direta e um aumento da indireta, entretanto segue a mesma linha de

2013 que seria que durante o puerpério até 42 a morte materna é principalmente obstétrica direta.

Relação dos óbitos maternos por morte durante a gravidez/ puerpério e cor/raça de mulheres entre 10 e 49 anos de idade em 2019. O total de morte é 1575.

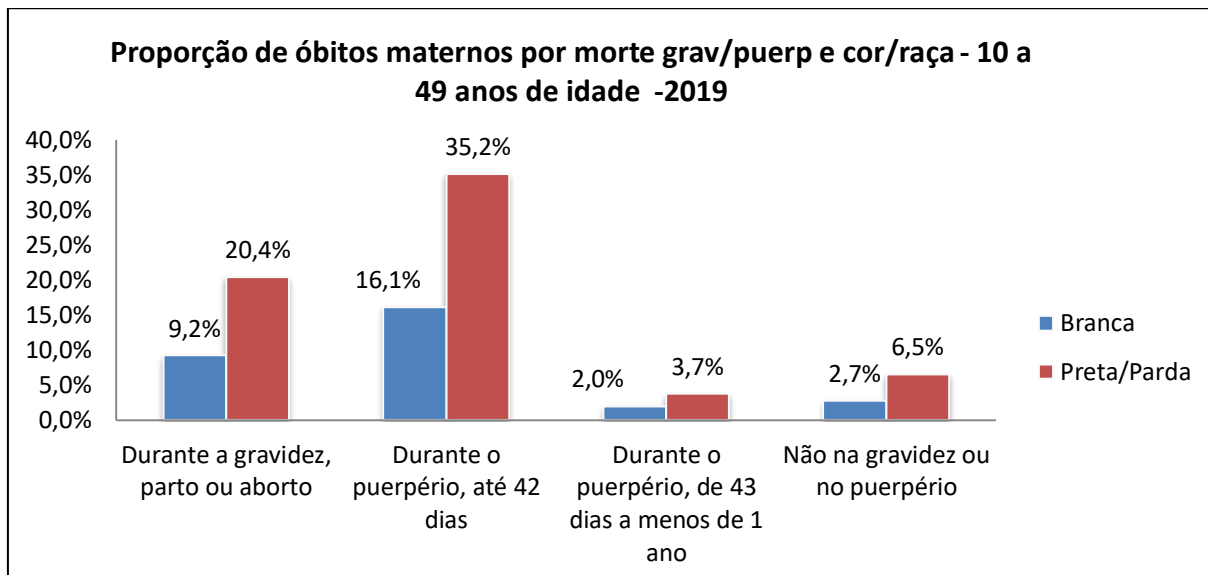


Gráfico 9- Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Após análise da proporção de mortes na gravidez/puerpério e cor e raça vemos que as mulheres pretas/pardas representam mais de 65% do tal de morte materna e se concentram essas mortes durante o puerpério, até 42 dias

Relação dos óbitos maternos por tipo causa obstétrica e cor/raça de mulheres entre 10 e 49 anos de idade em 2019.

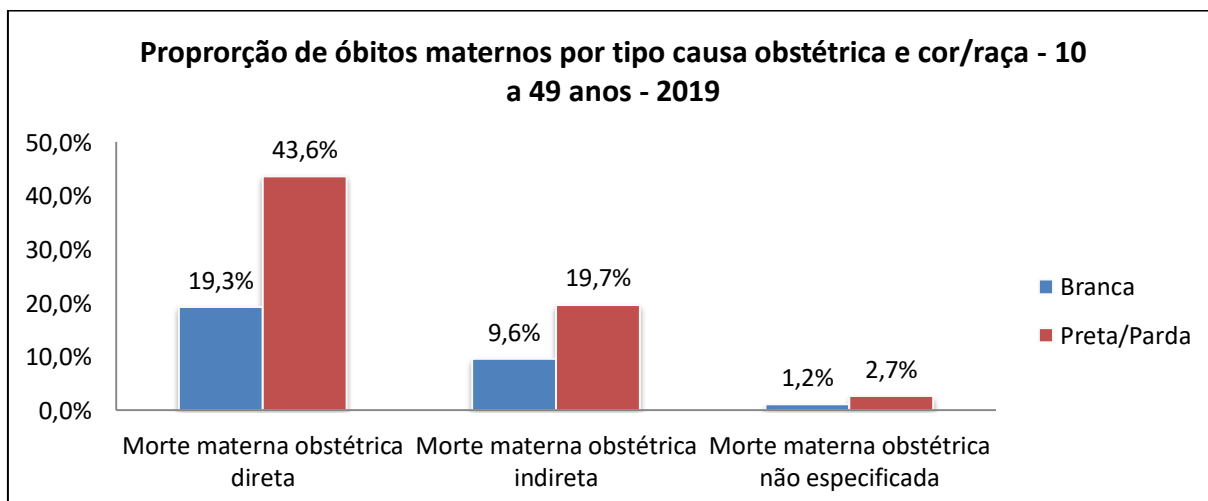


Gráfico 9.1 - Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No gráfico 9.1 as mulheres brancas e pretas representam quase 50% do total de morte materna obstétrica direta e 66,00% do total de morte materna por tipo de causa obstétrica.

Esse descuido com a mulheres pretas e pardas, deixa claro um racismo estrutural configurado na saúde da mulher.

4.4 Mortes por causas evitáveis

As mortes evitáveis são *aquelas causas de óbitos cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica*, sugerindo que determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível sua prevenção e/ou o tratamento do agravo ou condição que o determina.

Os dados retirados do DATASUS sobre Óbitos p/residência por/causas evitáveis segundo cor/raça os quais constam a morte de 32.336 mulheres em 2019.

Das causas de morte evitáveis no Brasil, foram selecionadas quatro para serem avaliadas e dessas quatro será analisado como se comporta a cor/raça da mulher em frente ao total de mortes segundo causa.

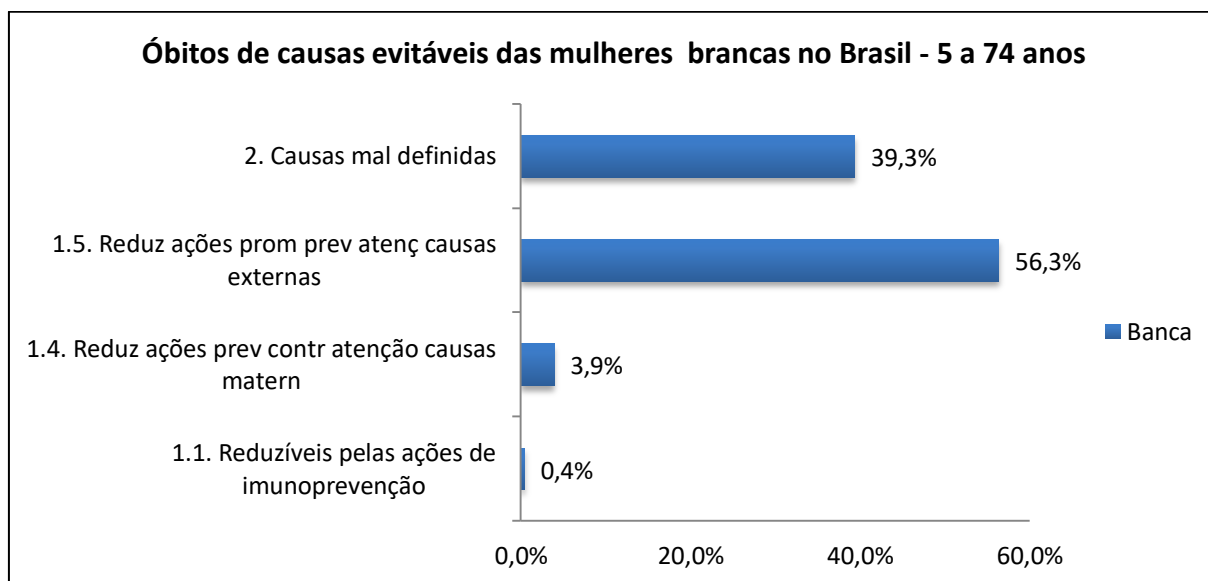


Gráfico 10 - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Em vista das quatro causas evitáveis das mortes das mulheres brancas representadas no gráfico 10, a que se destaca são as causas externas, seguida da mal definidas.

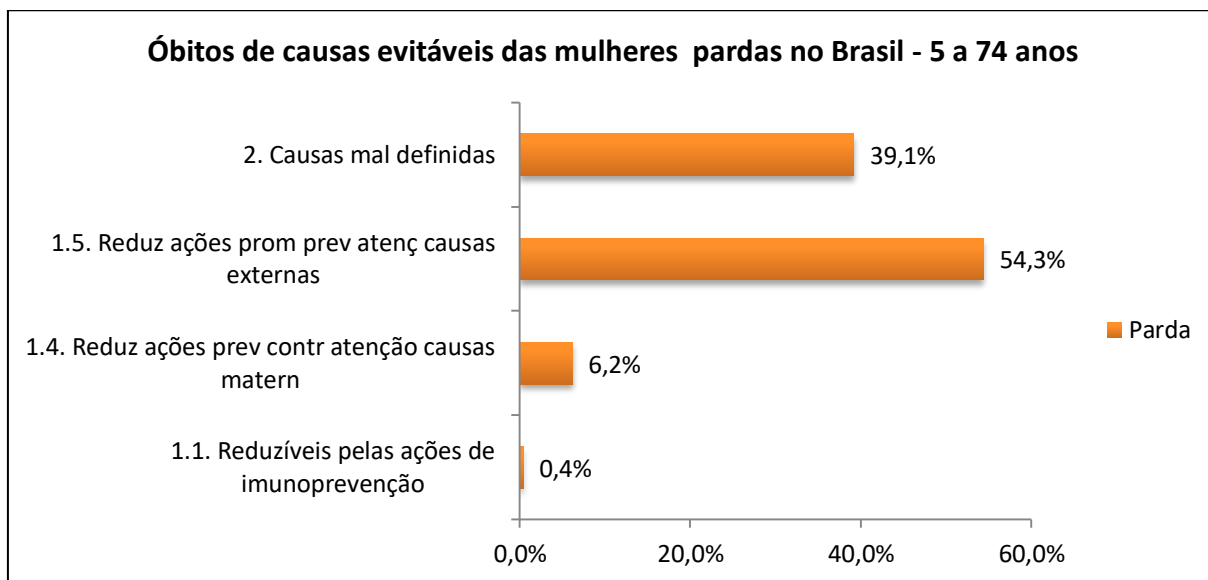


Gráfico 10.1 - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Ao analisar as causas de morte das mulheres pardas no gráfico 10.1, podemos notar um crescimento nas causas maternas e as causas externas continuam sendo o maior percentual.



Gráfico 10.2 - MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Já no gráfico 10.2 ao analisar a mulheres pretas as causas mal definidas são a que mais se destacam, bem como é notável que as mortes por causas maternas das mulheres pretas são quase o dobro em relação as mulheres brancas. Além disso, a falta de prevenção mata mais mulheres pretas que as demais.

Dada às causas de morte evitáveis, o gráfico abaixo irá destacar as cor/raça branca e preta/parda do total de óbitos.

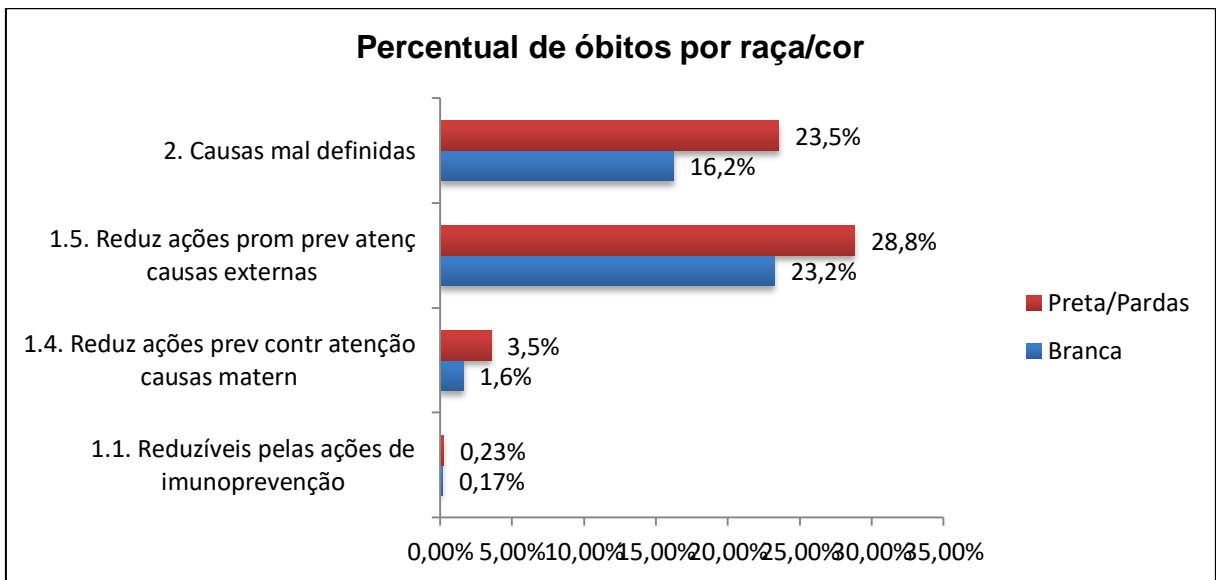


Gráfico 11- MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No gráfico 11, mesmo o percentual sendo pouco, verifica-se que os óbitos por causas maternas é mais que o dobro para mulheres pretas e partas e as causas mal definidas é mais de 45% superior a das mortes de mulheres brancas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das estimações econométricas condizem com as estatísticas descritivas, logo, foi possível identificar que existe uma desigualdade, de assistência à saúde como a falta de plano de saúde das mulheres pretas e pardas, faz com que o SUS passe a ser a única assistência à saúde, e em vista que, essa assistência atenda a população inteira, pode acarretar na falta de diagnósticos ou diagnósticos tardios como mostra os gráficos 2 e 3 onde o percentual é muito maior acerca da não realização de exames preventivo para câncer de colo de útero e mamografia das mulheres pretas e pardas. E dado que o momento do diagnóstico determina como vai ser o prognóstico dessa mulher, como a mulher vai evoluir, qual a qualidade de vida que ela vai ter, porque se ela se submeter a um tratamento muito agressivo pode comprometer a sua qualidade de vida, podem ficar sequelas ou dependendo do tipo de tumor, da lesão, maior a probabilidade de ela evoluir para óbito. Essa falta de cuidado, devido à dificuldade de acesso pode ser um dos fatores que fizeram as mulheres pretas e partas terem o menor percentual de auto avaliação de saúde boa/muito boa.

Outrossim, mesmo as mulheres que conseguem o acesso ao sistema de saúde, seja público ou privado é estatístico a diferença de tratamento pois, sendo a mortalidade materna o melhor indicador da assistência à saúde da mulher, a maioria dos óbitos maternos são durante o período puerpério de até 42 dias e por obstetrícia direta e atingem principalmente as mulheres pretas e pardas, para mais as mulheres pretas possuem o maior percentual de mortes não definidas, isto posto, essas mortes estão relacionadas principalmente ao racismo institucional e estigmatizarão as questões sociais, como a falta de dinheiro, a insegurança e violência que estimula o descaso por parte dos profissionais da saúde.

Dessa maneira, podemos concluir que as condições de saúde das mulheres negras apresentam desigualdades estruturais, sendo a raça/cor um fator que explica um pior acesso a bens, serviços e recursos sociais e de saúde. Neste estudo, o pior prognóstico das mulheres negras deveu-se, em grande parte, ao diagnóstico da doença em estagio mais avançado, falta de prevenção e mortes por obstetrícia direta. Tal disparidade pode estar relacionada a desigualdades no acesso a exames preventivos, e quando se tem esse acesso é tardio, o que dificulta o diagnóstico

precoce da doença, bem como descaso por parte dos profissionais de saúde. Assim fica claro que a falta de acesso à saúde sofrida pelas mulheres pretas e pardas e a diferença de tratamento que recebem está diretamente relacionado ao racismo.

6. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO da saúde DATASUS. [S. l.], 1991. Disponível em: <HTTP://TABNET.DATASUS.GOV.BR/CGI/TABCGI.EXE?SIM/CNV/MAT10UF.DEF>.

[S. l.], 1991. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 dez. 2022. Acesso em: 11 dez. 2022.

PUERPÉRIO imediato, emocional e tardio: Quanto tempo dura?. [S. l.], 11 mar. 2020. Disponível em: <https://superafarma.com.br/puerperio-imediato-emocional-e-tardio-quanto-tempo-dura/>. Acesso em: 1 dez. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Para entender a gestão do SUS (Coleção progestores). 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.

ANDRADE, Raquel; SANTOS, Jaqueline; MAIA, Maria; MELLO, Débora. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança**, [S. l.], p. 1 - 6, 1 mar. 2015.

MORTALIDADE materna. **Revista médica de Minas Gerais**, [S. l.], p. 0-1, 9 jun. 2014. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 27 nov. 2022.

MARTINS, Alaerte. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil**, [S. l.], p. 0-1, 27 jul. 2006.

LISTA de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil**, [S. l.], p. 0 - 1, 12 jun. 2007.

MÃES mortas: onde falha o sistema de saúde que negligencia a vida das mulheres negras. [S. l.], 11 set. 2018. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/racismo-mortalidade-materna/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

APÍTULO XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99). *In: Capítulo XVIII -*

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99). [S. l.], 2014. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/cid/capitulo-xviii-sintomas-sinais-achados-anormais-exames-clinicos-laboratorio-nao-classificados>. Acesso em: 1 dez. 2022.

(VIANA, Rosane; CARVALHO, Maria Rita; CALDERON, Iracema. Mortalidade Materna).

KALCKMANNI, Suzana. Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade?. **Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade?**, [S. l.], p. 1-7, 1 jan. 2011.

MULHERES negras têm maior probabilidade de morrer de câncer de mama. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/mulheres-negras-tem-maior-probabilidade-de-morrer-de-cancer> (UFMG). Acesso em: 11 dez. 2022.

(CRUZ, Oswaldo. PNS: Os principais eixos abordados na PNS-2013/2019. *In: Delineamento da PNS.* [S. l.], 2009. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/historico/>. Acesso em: 27 nov. 2022.