

ISSN 2525-6904



ARTIGOS



Vidas Negras Importam!

Um estudo sobre os indicadores sociais da mortalidade materna de mulheres negras na Paraíba

Alessandra Gomes de Souza MENDES, *Universidade Federal da Paraíba*

Gabriela Nogueira EDUARDO, *Universidade Federal da Paraíba*

O presente estudo tem como objetivo geral refletir sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como ferramenta para enfrentamento das iniquidades raciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, levantou-se um questionamento: Como se apresentam os indicadores de mortalidade materna com recorte de raça/cor? Para tanto, fizemos um levantamento dos óbitos com recorte de raça/cor, escolaridade, estado civil, idade e causa de morte por Código de Identificação da Doença (CID) 10 capítulo IV (doenças endócrinas e nutricionais) no Estado da Paraíba durante o período de 2003 a 2013. As informações sobre a mortalidade materna na Paraíba foram analisadas e os principais resultados mostram que 628 mulheres faleceram no Estado da Paraíba por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, entre os anos 2003 a 2013, sendo a maioria de raça/cor parda, perfazendo um total de 332 mulheres (52,9%). Dessa forma, conclui-se que a melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio, já que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres de raça/cor parda e preta em comparação a mulheres de cor branca. Assim, faz-se necessária uma reflexão sobre a implementação, o alcance e efetividade de políticas públicas para a redução da mortalidade materna com esse recorte populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Saúde da população negra. Mortalidade materna.



Introdução

Nas instituições sociais, em geral, o racismo pode se manifestar de diferentes formas, no âmbito da saúde, o racismo influencia diretamente na qualidade da assistência prestada aos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) surge da necessidade de garantir a atenção integral à saúde da população negra nos serviços públicos de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal.

Para garantir aos/as usuários/as um atendimento de forma equânime, a PNSIPN estabelece diretrizes para que haja inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos profissionais. Com o objetivo de promover a interação entre o/a profissional e o/a usuário/a, um atendimento isento de discriminação étnico-racial, pautando-se em uma escuta qualificada e na própria cultura de matriz afro-brasileira (BRASIL, 2009).

No campo da saúde, as diferenças raciais produzem diretamente iniquidades raciais e violação dos direitos, refletindo na qualidade da assistência prestada, no perfil epidemiológico e nos indicadores de morbimortalidade da população. O racismo pode interferir na forma que o/a trabalhador/a da saúde irá tratar e conduzir o/a paciente e conseqüentemente, refletirá nas condições de melhora da saúde.

Em um estudo realizado por Kalckann (2007) que mostra a opinião dos/as usuários/as sobre a existência do racismo institucional nos serviços de saúde, apontou nos relatos de sua pesquisa que existe impedimento ao acesso e atendimento com equidade. “Os relatos mostram que as situações de discriminação são mais frequentes quando as pessoas estão mais fragilizadas, como durante a gravidez e durante o parto” (p.152)

No âmbito das políticas de saúde, a mortalidade materna é considerada um indicador importante da realidade de um país, as condições pelas quais as mulheres morrem, nos traz reflexões sobre o grau de desenvolvimento da população, dessa forma, um alto grau de mortalidade materna pode indicar precárias condições socioeconômicas da população (MARINHO e PAES, 2010).

Sendo um dos problemas prioritários para a saúde pública, a mortalidade materna, afeta diretamente as mulheres que pertencem a grupos menos prioritários, como mulheres negras e de baixa



escolaridade (TORRES, 2009). “Entende-se por população negra aquela composta pelas pessoas que se declaram de cor preta e as que se declaram de cor parda” (BRASIL, 2007, p. 10).

Historicamente, sabemos que cada um de nós têm seus próprios valores e costumes sobre a saúde, a população negra, também tem seus valores e costumes no que se referem à saúde, valores esses pertencentes à cultura de matriz afrodescendente ou outra determinada cultura popular, passados de uma geração para outra, e que nem sempre estão baseados na ciência ou em termos técnicos, contudo, esses métodos devem ser reconhecidos e considerados pelos profissionais de saúde, com o intuito de aproximação com o/a paciente. É nesse momento, em que o/a profissional de saúde deve reconhecer os valores psicológicos, sociais e culturais do/a usuário/a, e de forma qualificada iniciar o contato/atendimento pautando-se na PNSIPN, com a finalidade de desconstruir práticas racistas e promover a saúde e melhor o acesso ao SUS.

O presente estudo tem como objetivo geral refletir sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como ferramenta para enfrentamento das iniquidades raciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, levantou-se um questionamento: como se apresentam os indicadores de mortalidade materna com recorte de raça/cor? Para tanto, fizemos um levantamento dos óbitos com recorte de raça/cor, escolaridade, estado civil, idade e causa de morte por Código de Identificação da Doença (CID) 10¹ capítulo IV (doenças endócrinas e nutricionais) no Estado da Paraíba durante o período de 2003 a 2013, com o intuito de fornecer elementos para o diagnóstico da realidade e subsidiar planejamentos considerando essas especificidades.

Abordagem Teórica e Metodológica

Historicamente, muitos anos de luta marcaram o percurso dos negros no Brasil. Entre os anos de 1930 a 1980 surgiam muitos movimentos sociais, um marco importante e de relevância na década de 1980 foi a participação do movimento negro e o movimento de mulheres negras na 8^a Conferência Nacional de Saúde, de forma ativa

1 A CID 10, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de padronizar a codificação de doenças.



juntamente com outros movimentos, por uma saúde igualitária e universal (BRASIL, 2007 a).

Considerando o contexto histórico sobre a escravidão do país e a discriminação racial existente até os dias atuais, os pretos, pardos e afrodescendentes ocupam espaços sociais diferentes na sociedade brasileira, esse aspecto reflete diretamente nos indicadores sociais, econômicos e de saúde do país. (MUNANGA, 2006). Assim como toda população, os usuários do SUS possuem também identidade civil, de gênero, local, regional, entre outras, e quanto a identidade étnica-racial, dentre os usuários do SUS, 70% são pretos e pardos (BRASIL 2011).

Pensando em como seriam demonstrados os indicadores com recorte racial, foi incluído o quesito cor no Sistema Nacional de Informação da Saúde, sendo possível desenvolver estudos epidemiológicos que pudessem evidenciar o perfil da saúde da população negra, e assim, identificar a existência de iniquidades raciais no âmbito do SUS. “O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) constitui-se fonte oficial de dados sobre os óbitos para a área da saúde, criado em 1976” (BRASIL, 2005 p. 30) com o objetivo de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade. A partir de uma reivindicação da Liga Nacional para a valorização da raça negra, em 1996 a variável cor/raça foi introduzida na Declaração de Óbito (BRASIL, 2005).

A partir da inserção do quesito cor da década de 90 na Declaração de Óbito e nos Sistemas nacionais de informação sobre mortalidade, foi possível desenvolver estudos com recorte racial, abrindo debate para a saúde da população negra.

Segundo o relatório *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde*, em relação a proporção de óbitos por causas externas, ainda prevalecem os diferenciais de raça, cor e etnia. “O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa é 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco. No geral, o risco de morte por homicídios foi maior nas populações preta e parda, independentemente do sexo” (BRASIL, 2005 *apud* BRASIL, 2013, p. 14). Em relação às mulheres negras grávidas, “morrem mais de causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, que as brancas [...]” (BRASIL, 2005 *apud* BRASIL, 2013, p. 14).

No Brasil, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um conjunto de negação dos direitos



humanos de mulheres, atingindo desigualmente as classes sociais desfavorecidas e com menos acesso aos seus direitos sociais (MARTINS, 2006).

A morte de mulher em idade fértil é “considerada aquela entre 10 a 49 anos” (BRASIL, 2007 b p. 15). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), mortalidade materna pode ser definida das seguintes maneiras:

Morte materna: é a morte durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou, ainda, por medidas em relação a ela, não incluindo as causas incidentais e acidentais; Morte materna tardia: é a morte por causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre após mais de 42 dias do parto e em um prazo inferior a um ano; Morte materna relacionada com a gravidez: é a morte da mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da causa da sua morte (RIQUINHO e CORREIAS, 2006, p. 304).

Marinho e Paes (2010) relatam que, de acordo com a causa, a morte materna pode ser classificada como direta ou indireta.

As mortes diretas resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações (ex.: hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico). As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação (intercorrentes) e que não se devem a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (ex.: cardiopatias, colagenoses e outras doenças crônicas) (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2004 *apud* MARINHO e PAES, 2010, p. 733).

Ainda de acordo com os autores acima, a mortalidade materna também é considerada um importante indicador da realidade social de um país, portanto,

as condições pelas quais as mulheres morrem espelham o nível do desenvolvimento humano da população, porquanto um alto grau de mortalidade materna é indicativo de precárias condições socioeconômicas, que culminam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde” (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2004 *apud* MARINHO e PAES, 2010, p. 733).



No estudo realizado por Marinho e Paes (2009, p. 736)² “os resultados apontaram haver associação entre raça e o tipo de óbito”. Segundo Batista (2002) citado por Marinho e Paes (2010) a morte materna do tipo direta é a mais frequente em mulheres negras.

Os argumentos são que as causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão/pré-eclâmpsia, fatores relacionados à dificuldade no acesso, à baixa qualidade no atendimento e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão sujeitas (MARINHO e PAES, 2010 p. 736).

A PNSIPN objetiva a desconstrução do racismo institucional no SUS e dispõem de ações estratégicas para aumentar o acesso ao SUS e melhorar a atenção a saúde da população negra, sobretudo, de mulheres negras, prevenindo assim o acontecimento de óbito precoce e por causas evitáveis (BRASIL, 2013). Nessa perceptiva, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada:

[...] o Ministério da Saúde reconhece os processos históricos de luta e resistência desta população desde o período colonial, até os dias de hoje. Reconhece, que as condições sociais nas quais os (as) negros (as) vivem, e o racismo a que estão submetidos (as) são determinantes da sua situação de saúde. E, ainda, reconhece o racismo institucional como produtor e reproduzidor de práticas discriminatórias que resultam na oferta de serviços de baixa qualidade aos grupos raciais discriminados (BRASIL, sd, p. 42).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra aprovada pela portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, “define os princípios, a marca os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltada para melhoria das condições de saúde desse segmento da população” (BRASIL, 2013, p. 07).

A PNSIPN inclui ações estratégicas para a sua execução, a saber:

Ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013, p. 07).

² *Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis*. Ver. Esc. Enferm. USP 2010.



Contudo, para a efetivação dessa política é necessário reconhecer e quebrar barreiras, tais como a discriminação e o racismo. O racismo, enquanto uma barreira da implantação desta política e fator determinante da saúde promove o acesso limitado a assistência, reduz o engajamento de práticas saudáveis por parte da população por falta de conhecimentos, tais como exercícios físicos e boas práticas de alimentação. Essa barreira pode fazer com que a população não acesse os serviços de saúde que prestam orientação e promoção a saúde, aumentando assim, a adoção de hábitos ruins para a saúde e consequentemente a ocorrência de óbitos por causas diretas e evitáveis.

Para que a Política Nacional de saúde Integral da População Negra seja implementada, é necessário também conhecer o perfil epidemiológico da população negra, e a presença do racismo institucional, as barreiras para impedir o acesso da assistência. Assim, reconhecendo a existência de preconceito dentro da instituição, o/a profissional de saúde pode repensar a sua prática na assistência e assim pensar estratégias para atrair a população negra para o atendimento de promoção a saúde. O/a profissional deve também passar a integrar no seu atendimento práticas e conceitos tradicionais de matriz afrodescendente ao cuidado de saúde, considerados importantes para a população negra, utilizando muitas vezes da mesma linguagem, e métodos utilizados por eles, como forma de valorização e respeito de sua cultura (BRASIL, s.d).

Na Paraíba, a PNSIPN foi pauta de reunião no ano de 2013, em nota, foi publicada no site do Governo da Paraíba, a apresentação das ações do governo para a melhoria da qualidade de vida da população negra, buscando parcerias com os municípios paraibanos para que as ações de saúde cheguem a toda população, independentemente de raça ou cor. Uma das grandes ações destacadas por Cláudia Veras (Secretária Executiva de Saúde do Estado 2013) foi a implantação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Criado pela portaria nº 467, de 6 de setembro de 2012, o “Comitê tem o objetivo de subsidiar o avanço da equidade na atenção à saúde da população negra com a sistematização de propostas que visem à promoção dessa população” (GOVERNO DA PARAÍBA, 2013).

A seguir, será demonstrado através de dados epidemiológicos o perfil de mortalidade materna no Estado da Paraíba durante 10 anos (2003 a 2013). O estado da Paraíba está situado a leste da região Nordeste e tem como limites ao norte o estado do Rio Grande do Norte, a



leste o Oceano Atlântico, ao sul Pernambuco e a oeste o Ceará (IBGE, 2010). A Paraíba ocupa uma área de 56.469 km² de relevo modesto, porém, não muito baixo com 66% do seu território entre 300 e 900 m de altitude. Com uma população de 3.766.528 habitantes distribuída em 223 municípios o estado tem uma densidade demográfica de 66,70 habitantes/km². A População masculina representa 48,4% (1.824.379) da população do estado e a população feminina 51,6% (1.942.149) (IBGE, 2010).

A metodologia utilizada se deu a partir de um levantamento bibliográfico sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, através de portarias, diretrizes e propostas, bem como recorreremos a uma pesquisa quantitativa de dados disponíveis no Departamento de Informática do SUS - DATASUS. O período compreendeu os anos de 2003 a 2013 no estado da Paraíba, com buscas a apontar a mortalidade materna a partir de um recorte por cor/raça e aspectos socioeconômicos.

Resultados e Discussão

A busca na base de dados DATASUS forneceu um total de 628 óbitos de mulheres em idade fértil, no estado da Paraíba, compreendendo o período 2003-2013.

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade, no que se refere ao nível de escolaridade, 110 mulheres do número total não apresentam nenhum nível de escolaridade, seguindo com um número menor de apenas 17 mulheres que apresentaram ter 12 anos ou mais de estudos.

É possível afirmar que a baixa escolaridade pode influenciar na saúde, aumentando o risco de mortalidade, pois a falta de acesso a informações e conhecimentos sobre hábitos de saúde, sobre saúde reprodutiva, uma boa alimentação, prática de atividades físicas e cuidados quanto prevenção de doenças é um agravante para o aumento da mortalidade (HERNANDES, LANGER, *et al*, 1994 *apud* LEITE, 2009). Assim diz: “quanto menos estudo menor é o acesso a informação e menos conhecimento sobre hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva” (LEITE, PAES, 2009 p. 50).

A pesquisa ainda mostrou, no que se refere ao estado civil, das 628 mulheres, 265 são solteiras, 198 casadas, 28 viúvas, 14 separadas, e



as demais tem esse campo sem preenchimento. De acordo com Riquinho e Correia (2006, p. 306) “as mulheres solteiras apresentam maior probabilidade para o óbito, considerando o abandono como fator contribuinte para este fim”.

Ainda observa-se que as mulheres férteis com idade avançada, apresentam maior índice de mortalidade, o aumento dos óbitos são em mulheres na faixa etária entre 40 a 49 anos, com 359 óbitos. “O maior risco de morte materna encontra-se em mulheres muito jovens ou com idade mais avançada – menores de 15 anos ou maiores de 35 anos - sendo que as mais velhas são mais suscetíveis à hipertensão específica da gestação” (RIQUINHO e CORREIRA, 2006, p. 305).

Já como ponto central da pesquisa, apresentamos o resultado no que se refere a quantidade de óbitos distribuídos por cor/raça, conforme segue o quadro.

QUADRO 1 - Óbitos mulheres idade fértil óbitos maternos. Estado da Paraíba. Capítulo CID-10: IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Período: 2003-2013. Quantidade de óbitos. Cor/raça.

Cor/raça	QUANTIDADE	%
Branca	196	31,2%
Preta	38	6,04%
Amarela	4	0,63%
Parda	332	52,9%
Ignorado	58	9,23%

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

No QUADRO 1, podemos analisar a mortalidade materna com recorte de cor/raça. “Raça: variável categórica classificada conforme as informações constantes na DO: branca, preta, amarela, parda e indígena” (LEITE e PAES, 2009, p. 44).

Assim, observou-se que ocorreram 196 mortes em mulheres brancas (31,2%), 38 óbitos para mulheres de raça/cor preta (6,04%), 4 amarela (0,63%), 332 parda (52,9%) e 58 com o campo cor ignorado (9,23%). A maioria dos óbitos foi em mulheres da cor parda, totalizando



52,9%. Atenta-se que no quadro 01, o maior índice de mortalidade relacionado à cor/raça se dá em mulheres pardas no estado da Paraíba.

Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade materna (2007, pag. 11), as causas de morte materna estão relacionadas a “predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial; fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas”.

Mulheres pretas mostram-se com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além da qualidade da assistência prestada, ou cuidados recebidos, principalmente, na atenção básica no momento ao pré-natal e na idade considerada fértil para a mulher, atentando-se para a sua saúde reprodutiva.

Ainda podemos observar a falta do preenchimento do campo cor/raça, contabilizando 58 óbitos, considerando também a falta de fidedignidade do ato do preenchimento adequado do campo cor/raça na Declaração de Óbito, dificultando assim os estudos dos indicadores com este recorte, pois, o quesito cor, apesar de constar na declaração de óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. “Dessa forma, a subnotificação da variável “cor” na maioria dos sistemas de informação da área da saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil” (BRASIL, 2007, p. 10).

Muitas mulheres pretas não procuram o serviço em tempo oportuno para realizar o pré-natal por dificuldade no acesso, ou por ter sido vítima de preconceito tantas vezes em sua história de vida, ou simplesmente não procuram assistência médica por questões culturais que levam a cuidar de sua própria saúde através de curandeiras e práticas medicinais de seus descendentes, dessa forma, não seguem as orientações de saúde necessárias.

São indispensáveis ações emergenciais e articuladas que visem uma mudança efetiva do atual modelo assistencial na atenção primária, em relação as mulheres negras, principalmente no período de idade fértil ou gestacional, haja vista as inegáveis deficiências demonstradas e considerando o elevado número de óbitos evitáveis (SOARES *et al*, 2012).



Considerações Finais

Diante do exposto, os óbitos de mulheres pardas apresentaram maior participação entre os óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, consequência resultante de fatores relacionados a dificuldade de acesso, atendimento de forma preconceituosa e revestido de racismo, bem como a falta de conhecimento e capacitação por parte dos profissionais em relação a PNSIPN, evidenciando assim, que a população é vítima de discriminação racial e que o princípio de equidade do SUS não está sendo contemplado.

As causas de morte estão relacionadas com a predisposição biológica e fatores determinantes relacionados à raça/cor, a escolaridade e a idade. Nesse sentido, para prevenção desses óbitos, deve-se investir em uma atenção à saúde de forma estratégica, que busque o público em questão para o acompanhamento apropriado e em tempo oportuno, percorrendo toda rede de atenção primária à alta complexidade, a partir de práticas sem preconceito e racismo. Se atentar para o preenchimento adequado do campo cor/raça nos Sistemas de informação a saúde, bem como a aproximação com os estudos epidemiológicos com recorte de cor/raça para o planejamento e o desenvolvimento de ações estratégicas.

Para tanto, estima-se a necessidade de preparação dos profissionais para sensibilizar e conhecer a existência da PNSIPN, suas ações e objetivos, na perspectiva de ser aplicada, garantindo atendimentos adequados, garantindo o diálogo, a escuta qualificada e o atendimento isento de discriminação.

Assim, a partir da reflexão sobre a PNSIPN, faz-se necessário identificar o racismo nos espaços de saúde, identificar os determinantes sociais que podem contribuir para a ocorrência dos óbitos e a forma como o preconceito e a discriminação podem afetar a saúde das pessoas, bem como instigar discussões sobre essa temática com vistas a dar visibilidade as iniquidades raciais no âmbito do SUS.

Referências

BRASIL. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Manual técnico. Brasília, 2006. Acessado em: www.saude.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. *Una Sus*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES e Secretaria de Gestão



Estratégica e Participativa - SGEP), Módulo: *Saúde Integral da população Negra*. Unidade 1 Contextualizando a saúde da população negra (S.D). 64 pag. Disponível em: arouca.unasus.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2005* –uma análise da situação de saúde. Brasília, 2005. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005.pdf >.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 maio 2009, Seção1, n. 90, p.31.

BRASIL. *Conferência Nacional de Saúde*, 8, 1986, Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, 2007 a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. *Manual dos Comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a saúde, Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. – 3. ed . Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 b. 104 p.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. In: RIQUELME, D.L; CORREIA,S.G; Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev. bras. enferm. vol.59 no.3 Brasília May/June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a10v59n3.pdf>



COOK. RJ; DICKENS. BM; FATHALLA. MF. *Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito*. Rio de Janeiro: Cepia/Oxford; 2004. In: MARINHO, A.C.N; PAES. N.A; Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev Esc Enferm USP 2010.

FERRAZA, L; BORDIGNON, M; *Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar*. Revista Brasileira de Saúde Pública. V 36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012.

FEITOSA, A.C.R; QUEIROZ, A.M; VIANNA, A.M; SCHLEU, M; *Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.32 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2010.

GOVERNO DA PARAÍBA. *Governo mobiliza municípios para melhoria da saúde da população negra*. Quinta-feira, 15 de agosto de 2013. João Pessoa/ Paraíba - See more at: <http://paraiba.pb.gov.br/governo-mobiliza-municipios-para-melhoria-da-saude-da-populacao-negra/#sthash.TdghnPTz.dpuf>. Acesso em 05 de maio de 2016.

GONSALVES, Elisa Pereira. *Conversas sobre iniciação à pesquisa científica*. 4º Ed. Campinas, SP: Alínea, 2007

GIL. Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5º Ed.- 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

LEITE. A. C. N. M. T. *Mortalidade materna no estado da Paraíba, 2000 a 2004*. Tese apresentada a Universidade do Rio Grande do Norte. 2009. Acesso em: 01/07/2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/13151/1/AnaCNMTL.pdf>.

MARINHO, A. C.N; PAES. N.A; *Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis*. Rev Esc Enferm USP 2010.

MONTENEGRO, Carlos A.B.; REZENDE, Jorge F. *Obstetrícia fundamental*. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 432-441, 2008.



MARTINS, A.L; *Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2473-2479, nov, 2006.

MARINHO, A. C. N; PAES. N. A; *Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis*. Rev Esc Enferm USP 2010.

RIQUINHO, D.L; CORREIA,S.G; *Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal*. Rev. bras. enferm. vol.59 no.3 Brasília May/June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a10v59n3.pdf>.

SANTOS, E. V. O.; NASCIMENTO, S. M.; CAVALCANTI, C. L.; CAVALCANTI, A. L.. *Estado Nutricional Pré-Gestacional e Gestacional: uma Análise de Gestantes Internas em um Hospital Público*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, vol.15, 2011.

SOARES, V.M.N;SOUZA,K.V; AZEVEDO,E.M.M; POSSEBON,C.R; MARQUES,F.F; *Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2012.

VIANA,R.C; NOVAES,M.R.C; CALDERON, I.M.P; *Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada* Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S141-S152, 2011

KALCKMANN. S; SANTOS, C .G; BATISTA L. E; CRUZ V. M. *Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?* Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.



Black Lives Matter! A study on the social indicators of maternal mortality of black women in Paraíba

ABSTRACT: The present study has as general objective to reflect on the National Policy of Integral Health of the Black Population (PNSIPN) as a tool to face racial inequities within the Unified Health System (SUS). Thus, a question was raised: How are indicators of maternal mortality with race / color cut? To do so, we performed a survey of deaths with race / color, schooling, marital status, age, and cause of death in the State of Paraíba during the period from 2003 to 2013. Information on maternal mortality in Paraíba was analyzed and the main results show that 628 women died in the State of Paraíba due to endocrine, metabolic and nutritional diseases between 2003 and 2013, most of them being race / color totaling 332 women (52.9%). Thus, it is concluded that the improvement of reproductive health conditions is a challenge, since the situations of risk reach, mainly, women of race / color brown and black compared to white women. Thus, it is necessary to reflect on the implementation, reach and effectiveness of public policies for the reduction of maternal mortality with this population cut.

KEYWORDS: National Policy of Integral Health of the Black Population. Black population health. Maternal mortality.

Alessandra Gomes de Souza MENDES

Assistente social, Técnica do Núcleo de vigilância epidemiológica do Hospital Regional de Sousa-PB. Especialista em gestão de políticas públicas de gênero e raça (UFPB).

Gabriela Nogueira EDUARDO

Assistente Social e professora universitária (FACHUSST), Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Recebido em: 25/08/2018

Aprovado em: 28/03/2020