

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela
Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
Atenção à Saúde das Mulheres Negras

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas
Estratégicas

Disque Saúde Mulher: 0800 644 0803
Área Técnica de Saúde da Mulher
Coordenadora: Maria José Oliveira de Araújo

Área Técnica de Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
6.º andar, sala 629

Autora:
Maria Auxiliadora da Silva Benevides

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Colaboradoras:

Tels.: (61) 315 2933 / 223 5591

Alaerte Leandro Martins;

Fax: (61) 322 3912

Isabel Cristina F da Cruz;

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Maria de Fátima Oliveira

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras / [Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al.].

20 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0884-6

Obra da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS.

1. Saúde da mulher. 2. Mortalidade materna. 3. Mortalidade neonatal (saúde pública). I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. II. [Benevides, Maria Auxiliadora da Silva. et al.]. III. Título. IV. Série.

NLM WA 309

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0010

Títulos para indexação:

Em inglês: Equity Perspective in the National Pact for Reduction of Maternal and Neonatal Mortality. Attention to Black Women's Health Care

Em espanhol: Perspectiva de la Equidad en el Pacto Nacional por la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal. Atención a la Salud de las Mujeres Negras

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

Home page: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Mara Pamplona

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

Sumário

Introdução.....	5
As Mulheres Negras no Brasil	7
As Comunidades Quilombolas.....	8
Evolução Diferenciada e Prevalência de Algumas Doenças na População Negra – Repercussões na Atenção Obstétrica.....	9
Hipertensão arterial.....	9
Diabetes <i>mellitus</i> tipo II.....	10
Morte materna em mulheres negras.....	10
Anemia falciforme	11
Discriminação e exclusão	12
Como O SUS Pode Acolher e Atender com Qualidade Gestantes e Recém-Nascidos(as) Negros(as)	15

1 Ações educativas	15
2 Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde.....	16
3 "Quesito cor" nos documentos e sistemas de informação do SUS.....	16
4 Pré-natal	17
5 Programa de anemia falciforme.....	17
6 Quilombolas	18
7 Parcerias.....	18
Referências Bibliográficas	19

Introdução

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como levar em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Portanto, é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis.

A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incluiu, nas Diretrizes e no Plano de Ação 2004–2007 da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, um capítulo relativo às mulheres negras.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal contém, em suas ações estratégicas, a necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos(as) negros(as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade.

O Ministério da Saúde destaca, neste documento, algumas especificidades da população negra na área da saúde, com olhar especial para as mulheres negras. São

apontadas algumas estratégias que poderão ser incorporadas por gestores estaduais e municipais de saúde, na perspectiva da equidade no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

É importante que os gestores desenvolvam ações e atividades considerando o sistema local de saúde e os recursos disponíveis, incluídas aí as parcerias com a sociedade civil.

As Mulheres Negras no Brasil

Segundo o Censo de 2000, a população de mulheres negras brasileiras é de 36 milhões e vive, em sua maioria, na zona urbana. Conforme o IPEA, a população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras são 30% da população feminina.

A subnotificação da variável cor ("quesito cor") na maioria dos sistemas de informação da área de saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil.

Por outro lado, os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação:

- . taxa de analfabetismo é o dobro das brancas;
- . são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos;
- . por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério; e
- . maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças.

As comunidades quilombolas

Comunidades quilombolas são grupos populacionais remanescentes dos antigos quilombos. Apesar de dados oficiais reconhecerem a existência de apenas 743 comunidades quilombolas no Brasil, dados dos movimentos sociais indicam que há cerca de 4.000 grupos distribuídos, sobretudo, nas zonas rurais de todo o território nacional.

Há que se reconhecer que, efetivamente, o SUS ainda não consegue atender da forma necessária e adequada esta população que, em sua maioria, é analfabeta e vive em precárias condições. Por isso, o Ministério da Saúde formulou a Política de Saúde para a População do Campo, em que consta o povo negro quilombola.

Evolução Diferenciada e Prevalência de Algumas Doenças na População Negra – Repercussões na Atenção Obstétrica

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A principal causa de morte em adultos no Brasil são as doenças vasculares e circulatórias. A hipertensão arterial é mais freqüente, se inicia mais precocemente e apresenta uma evolução mais grave na população negra.

No Brasil, as doenças hipertensivas constituem a principal causa de morte materna, responsáveis por um terço dessas mortes. Toda gestante deve ter a pressão arterial verificada sempre que for à consulta de pré-natal. Embora a hipertensão arterial seja uma doença crônica e sem cura, ela é perfeitamente controlável com a educação em saúde – que promova na gestante a adoção de um estilo de vida saudável – e com medicamentos prescritos por médico(a), se necessário.

DIABETES MELLITUS TIPO II

A diabetes tipo II – não insulino-dependente é prevalente na população negra. As negras têm 50% a mais de chances de desenvolver diabetes que as brancas. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Mulheres portadoras de diabetes estão mais expostas à gravidez de alto risco.

Embora crônica e sem cura, a diabetes, tal como a hipertensão, pode ser controlada com educação em saúde, que promova na mulher a adoção de hábitos saudáveis, e com os medicamentos prescritos pelo(a) médico(a), quando necessário.

MORTE MATERNA EM MULHERES NEGRAS

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia. São também mortes maternas aquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico. O "quesito cor", apesar de constar na Declaração de Óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. No entanto, alguns estudos publicados indicam que a

morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais freqüente entre as mulheres negras. Eles revelam que a taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. Em razão de serem, em sua maioria, chefes de família sem cônjuge, mas com filhos, a mortalidade materna de negras conseqüentemente relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças.

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

ANEMIA FALCIFORME

A anemia falciforme é a doença genética mais comum do Brasil. Trata-se de uma doença hereditária que apresenta maior prevalência na população negra.

No Brasil, a anemia falciforme afeta milhões de pessoas e apresenta alto índice de mortalidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nascem anualmente no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas e há 30 portadores do traço falcêmico para cada 1.000 crianças nascidas vivas. A OMS também afir-

ma que, no Brasil, 25% dos falcêmicos sem assistência específica morrem antes dos 5 anos de idade. A melhor estratégia para a atenção à anemia falciforme é o diagnóstico e cuidado precoce.

Mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta entre outros). Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo.

DISCRIMINAÇÃO E EXCLUSÃO

A esperança de vida para as mulheres negras é de 66 anos, enquanto que para as mulheres brancas é de 71 anos. Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse.

Assim, as ações de saúde de combate à discriminação e exclusão no que se refere à mulher negra devem ser desenvolvidas integralmente sem desconsiderar o corpo, as relações de gênero (sexualidade) e as relações políticas (emancipação/empoderamento).

Como o SUS Pode Acolher e Atender com Qualidade Gestantes e Recém-Nascidos(as) Negros(as)

1 AÇÕES EDUCATIVAS – para a gestante, com orientação sobre os riscos, identificação precoce de sintomas e cuidados na hipertensão arterial e na diabetes *mellitus*. Enfatizar a necessidade da triagem neonatal para hemoglobinopatias, que inclui o diagnóstico da anemia falciforme.

As ações educativas devem ser sistematizadas, visando melhorar a qualidade de vida e preparar a gestante para o parto e pós-parto e para os cuidados consigo e com o bebê.

Cursos para gestantes, realizados preferencialmente em grupo e extensivos à família e/ou companheiro(a), devem contemplar a promoção da saúde e a prevenção dos principais problemas decorrentes das modificações anátomo-funcionais provocadas pela gestação.

Deve ser dada orientação sobre a alimentação; o desenvolvimento do bebê; os cuidados posturais e os

exercícios de fortalecimento do períneo; aleitamento materno e preparação do seio e do mamilo para amamentação; as práticas de relaxamento para o pré-natal e o trabalho de parto; as técnicas respiratórias que minimizam a dor; os posicionamentos que auxiliam a dilatação e a saída do bebê; o papel ativo e participante da gestante durante o trabalho de parto; o alojamento conjunto; os cuidados com o bebê, a vacinação e a triagem neonatal.

É também fundamental a orientação para identificação de sinais e sintomas de risco no pós-parto, a realização da consulta de puerpério, o planejamento familiar, a prevenção das DST/aids e câncer e o intervalo interpartal.

2 SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE – Inclusão nas capacitações de profissionais da rede básica e dos serviços de referência e das maternidades, de conteúdos sobre diferenciais étnico/raciais nas condições de vida e na saúde da população.

3 "QUESITO COR" NOS DOCUMENTOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS – A inclusão do "quesito cor" nos sistemas de informação e nos documentos do SUS consta no documento "Compromissos do Ministério da Saúde para com a saúde da mulher", assinado pelo Ministro Humberto Costa, em 28/5/2003.

É necessária a sensibilização dos (as) trabalhadores (as) da saúde sobre a importância da informação ("quesito cor") e a capacitação para coleta e registro da informação da população atendida. A coleta da informação sobre o "quesito cor" deve ser por autodeclaração e com base na classificação racial do IBGE: preto(a), branco(a), pardo(a), indígena, amarelo(a).

4 PRÉ-NATAL – Como preconiza o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), é fundamental garantir que seja aferida a pressão arterial de *todas* as gestantes em *todas* as consultas de pré-natal. Atenção especial deve ser dada para qualquer alteração nos níveis pressóricos das gestantes negras, com o devido acompanhamento e encaminhamento para serviços de alto-risco, quando detectadas alterações significativas. Atentar também para resultados de glicemia, garantindo a realização de dois exames de rotina, conforme preconiza o PHPN.

5 PROGRAMA DE ANEMIA FALCIFORME – A doença falciforme não é contra-indicação para a gravidez mas, tendo em mente os riscos, a mulher portadora de doença falciforme deve ser acompanhada por serviços especializados ou conforme o que preconiza o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falcêmicas, do Ministério da Saúde. Os recém-nascidos devem ser submetidos à triagem neonatal, atentando especialmente para

a anemia falciforme, e dispor de serviço para atenção precoce aos portadores desta hemoglobinopatia, conforme preconiza o Programa de Anemia Falciforme, criado em 2000 pelo Ministério da Saúde e cuja operacionalização está a cargo dos estados e municípios.

6 QUILOMBOLAS – Investigar se no município há comunidades quilombolas. Incluí-las nas ações de saúde numa abordagem adequada às suas necessidades e que não esteja descolada da sua realidade sociocultural. Identificar, reconhecer e capacitar as parteiras tradicionais quilombolas, vinculando-as ao sistema local de saúde. Observar que a Portaria n.º 1.434/2004, do Ministério da Saúde, definiu aumentar em 50% o valor dos incentivos das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios com população quilombola.

7 PARCERIAS – Os terreiros e outros espaços de religiões de matriz africana são importantes possibilidades de parcerias para atividades educativas em saúde. O setor Saúde precisa compreender a importância desses espaços, assim como conviver, sem preconceito, com as práticas populares e tradicionais de atenção à saúde, sobretudo no campo do cuidado, adotadas pela população negra.

HUMANIZAR É TAMBÉM NÃO DISCRIMINAR!

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, 2004. Mimeo.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004.

———. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Caderno de textos básicos*. Brasília, 2004. Mimeo. Textos elaborados para o Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade: subsídios para o debate*. Brasília, 2002.

———. (Org.). *Desigualdade racial em números: coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, [2003]. v. 1.

———. (Org.). *Desigualdade racial em números: coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil*. Rio de Janeiro: Criola, [2003]. v. 2.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, fevereiro de 2005

OS 0010/2005