

## **Nascido no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023**

Dados preliminares da pesquisa para  
oficina: Morte Materna de Mulheres  
Negras no Contexto do SUS

### **Autoras:**

Maria do Carmo Leal,  
Silvana Granado,  
Sonia Bittencourt,  
Ana Paula Esteves,  
Karina Caetano

Rio de Janeiro, 2023

## Introdução

Os dados apresentados neste material, referentes à pesquisa Nascido no Brasil 2, são preliminares. Correspondem a cerca de 80% da coleta de dados, realizada de outubro de 2020 a novembro de 2023, em todo o território nacional. Segue-se, ainda, uma análise também preliminar, sem a devida ponderação e calibração da amostra final, o que pode resultar em alteração dos resultados quando a pesquisa for concluída. A divulgação desses dados se deu em função da Oficina Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS, organizada pelo Ministério da Saúde.

Os resultados a seguir se referem aos hospitais públicos e mistos, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), participantes da pesquisa "Nascido no Brasil 2". Compara diversas variáveis a partir do quesito raça/cor, considerando as puérperas pretas, pardas e brancas participantes da pesquisa. Puérperas indígenas, asiáticas e quem não declarou raça/cor, correspondem a aproximadamente 2% da pesquisa e foram excluídas desta análise.

O "Nascido no Brasil 2" apresenta diversos objetivos, incluindo estimar a prevalência de agravos e fatores de risco durante a gestação, avaliar a assistência pré-natal, ao parto e às perdas fetais, e verificar a ocorrência de desfechos maternos e perinatais negativos e seus fatores associados. O estudo é realizado em três etapas: uma hospitalar, durante a internação para o parto ou perda fetal precoce, e duas etapas telefônicas, a primeira realizada no período de 45 a 60 após o parto ou perda fetal, e a segunda quatro meses após o parto ou perda fetal.

Os estudos são coordenados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) conta com diversas parcerias institucionais e fontes de financiamento nacionais e internacionais e foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer número 4.104.073 e CAAE:21633519.5.0000.5240, em 11 de março de 2020.

## **Características sociodemográficas e obstétricas da população negra usuária do SUS no Brasil**

Autoras:

Maria do Carmo Leal

Ana Paula Pereira Esteves

Silvana Granado Nogueira da Gama

Sonia de Azevedo Bittencourt

### **INTRODUÇÃO**

São descritas e reconhecidas as desigualdades socioeconômicas e as particularidades históricas e culturais da população negra no Brasil. <sup>1,2</sup> Na atenção à saúde, essa população é majoritariamente atendida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os indicadores desfavoráveis de saúde para a população negra brasileira destacam-se os indicadores obstétricos e os desfechos perinatais, tais como a Morbidade Materna Grave (MMG), Near Miss Materno (NMM) e a Mortalidade Materna.

O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), lançado em 2005 <sup>3,4</sup> pelo governo da época está sendo retomado agora pelo atual Ministério da Saúde, sob direção da ministra Nísia Trindade. Essa decisão política nos faz debruçar nesse texto sobre as características de fácil identificação dessa população para reconhecê-la e priorizá-la dentro do sistema de saúde, visando melhores resultados e redução das conhecidas iniquidades que a acomete.

Dos diversos componentes do PCRI, um foi a obrigatoriedade do registro do quesito raça/cor nas estatísticas vitais do país, que viabilizou a comparação racial e o monitoramento dos desfechos demográficos sociais e de saúde, permitindo uma maior visibilização da questão. A autoclassificação da cor pode sofrer mudanças ao longo da vida, à medida que as pessoas vão construindo a sua própria identidade, sua visão de mundo, seu pertencimento étnico. Esse processo está em curso, como mostrado por Sergei Soares em as políticas públicas e desigualdade racial no Brasil – IPEA 2008.

Este trabalho vai se dedicar a analisar as características sociais e indicadores obstétricos da população negra, em comparação com a branca, dado que o foco da discussão do atual programa de atenção é na redução da Mortalidade Materna de mulheres pretas e pardas.

## MÉTODOS

Os dados desse estudo são oriundos da pesquisa *Nascido no Brasil II: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento*, um estudo de base populacional, de abrangência nacional, sobre atenção à gestação, aborto e ao parto, seus principais desfechos e intervenções obstétricas e neonatais, realizado no período de novembro de 2021 a outubro de 2023. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto pelo número de dias necessários para coleta de dados nos hospitais. Em cada um dos 418 hospitais amostrados foram entrevistadas 50 puérperas, o terceiro estágio amostral. Nos hospitais com menos de 500 partos/ano apenas 30 puérperas foram incluídas, totalizando aproximadamente 20.000 mulheres entrevistadas por internação para o parto e 1.800 por internação por aborto. A descrição detalhada do desenho amostral do *Nascido no Brasil I*, semelhante ao *Nascido no Brasil II* está disponível em Vasconcellos et al (2014).

Participaram do estudo todas as puérperas admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto e aborto, incluindo seus conceitos vivos, ou mortos com peso ao nascer  $\geq 500$  g e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas de gestação. Foram critérios de exclusão: puérperas com transtorno mental grave que não permitiam comunicação com o entrevistador; indígenas ou estrangeiras que não compreendiam o idioma português; surdas/mudas; e mulheres internadas por decisão judicial para interrupção da gravidez.

Na análise aqui apresentada as mulheres que se auto classificaram como amarelas ou indígenas foram excluídas, devido ao foco deste trabalho ser sobre as mulheres de cor preta ou parda, tomando como referência as brancas.

A coleta de dados ainda está em curso, e já atingiu cerca de 80% da amostra final (15.867 partos e 1.185 abortos em novembro de 2023). Para a presente análise, excluimos 4.080 partos e 209 abortos ocorridos em hospitais privados, as mulheres que se autodeclararam indígenas, amarelas (asiáticas) ou sem informação sobre a cor

da pele (111, 23 e 87, respectivamente) e os 109 questionários incompletos, totalizando 11.488 partos e 945 abortos.

## **RESULTADOS (Dados preliminares, sujeito a mudança ao final da pesquisa.)**

A tabela 1 mostra que as mulheres usuárias do SUS de cor pardas estão em maior frequência nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, as brancas, no Sudeste e Sul e as negras no Nordeste e Sudeste. Há uma preponderância das mulheres de cor parda sendo atendidas nas cidades do interior dos estados do Brasil e das mulheres pretas no setor exclusivamente público do SUS. Quanto ao tamanho dos hospitais, as mulheres de cor preta são atendidas principalmente em hospitais de grande porte, com mais de 2.750 partos/ano.

A tabela 2 aborda o motivo da internação obstétrica para as mulheres segundo a cor da pele autodeclarada e verifica-se que as de cor preta se hospitalizam mais por aborto do que as pardas e brancas, bem como, junto com as pardas, têm maior frequência de gestantes adolescentes, enquanto as brancas são mais velhas (35 anos e mais). A baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e a ausência de trabalho remunerado foram maiores nas pardas e pretas do que nas brancas, mas, a situação conjugal de estar sozinha, sem companheiro, foi mais frequente nas pretas. Quanto aos antecedentes obstétricos, as mulheres pretas e pardas tem maior paridade e as pretas, maior frequência de hipertensão crônica e história de pré-eclâmpsia, enquanto as brancas têm mais cesarianas e diabetes gestacional.

## **DISCUSSÃO**

A descrição das mulheres usuárias do SUS segundo a raça tem o objetivo de identificar as características das mulheres pretas e pardas, que são o objeto prioritário desse programa de redução da Mortalidade Materna, visando dar prioridade a essas minorias étnico raciais.

Além da população feminina negra ter historicamente maior mortalidade materna, identifica-se aqui que também têm maior prevalência de gestação na adolescência e internações por aborto. Desvantagens essas ampliadas pela baixa escolaridade, ausência de trabalho remunerado e solidão conjugal, principalmente para aquelas que se declararam pretas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Panorama Ipea - Situação social da população negra no Brasil [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com\\_content&view=article&id=829&Itemid=114](https://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=829&Itemid=114)
2. Silva HP, De Souza AM, De Araújo EM, Nery JS, Trad LAB. Negligências e Vulnerabilidade Aportes Epidemiológicos para a saúde da população negra no Norte - Nordeste do Brasil. Edufba; 2023.
3. Silvério V. Negros em movimento: a construção da autonomia pela afirmação de direitos. Levando a raça a sério: ação afirmativa e universidade. In: Bernardino J, Galdino D, organizadores; 2004. p. 39–70.
4. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface (Botucatu). 2012 Mar 20;16(40):121–134.

Dados preliminares, sujeitos a mudança ao final da pesquisa.

**Tabela 1 - Características amostrais segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023**

	Brancas		Pretas		Pardas		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	<b>3,291</b>	100	<b>1,716</b>	100	<b>7,426</b>	100	
<b>Região</b>							
Norte	234	7.1	208	12	1,575	<b>21</b>	
Nordeste	507	15	475	<b>28</b>	2,306	<b>31</b>	
Sudeste	1,302	<b>40</b>	713	<b>42</b>	2,184	<b>29</b>	<b>&lt;0.001</b>
Sul	891	<b>27</b>	136	7.9	486	6.5	
Centro-oeste	357	11	184	11	875	12	
<b>Local</b>							
Região metropolitana	2,216	67	1,198	70	4,549	61	
Fora de região metropolitana	1,075	33	518	30	2,877	<b>39</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Tipo de Hospital</b>							
Público	1,815	55	1,148	<b>67</b>	4,678	<b>63</b>	<b>&lt;0.001</b>
Misto	1,476	45	568	33	2,748	37	
<b>Tamanho</b>							
≥ 500 partos/ano	3,048	93	1,645	96	6,987	94	
< 500 partos/ano	243	<b>7.4</b>	71	4.1	439	5.9	<b>&lt;0.001</b>

**Tabela 2 - Características socioeconômicas, obstétricas e risco obstétrico segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023**

	Brancas		Pretas		Pardas		P-valor r
	n	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	<b>3.29</b>	100,0	<b>1.72</b>	100,0	<b>7.43</b>	100,0	
<b>Tipo de desfecho</b>							
Parto	3026	91,9	1564	91,1	6898	92,9	<b>0,025</b>
Aborto	265	8,1	152	<b>8,9</b>	528	7,1	
<b>Idade</b>							
10 a 19	357	10,8	237	<b>13,8</b>	1180	<b>15,9</b>	<b>&lt;0.001</b>
20 s 34	2341	71,1	1207	70,3	5212	70,2	
≥ 35	593	18,0	272	15,9	1034	13,9	
<b>Situação conjugal</b>							
Não vive com companheiro(a)	502	15,3	402	<b>23,4</b>	1408	<b>19,0</b>	<b>&lt;0.001</b>
Vive com companheiro(a)	2787	84,7	1308	76,2	6001	80,8	
Sem informação	2	0,1	6	0,3	16	0,2	
<b>Escolaridade em anos de estudo</b>							
≤ 8 (EF incompleto)	450	13,7	359	<b>20,9</b>	1483	<b>20,0</b>	<b>&lt;0.001</b>
9 a 11 (EF completo)	741	22,5	452	26,3	2019	27,2	
12 a 15 (EM completo)	1615	49,1	794	46,3	3404	45,8	
≥ 16 (ES completo)	477	14,5	105	6,1	497	6,7	
Sem informação	6	0,2	5	0,3	23	0,3	
<b>Trabalho remunerado</b>							
Não	1655	50,3	1023	<b>59,6</b>	4787	<b>64,5</b>	<b>&lt;0.001</b>
Sim	1632	49,6	691	40,3	2634	35,5	
Sem informação	4	0,1	2	0,1	5	0,1	
<b>Paridade</b>							
Primípara	1388	42,2	678	39,5	2969	40,0	<b>&lt;0.001</b>
1 a 2	1558	47,3	787	45,9	3485	46,9	
≥ 3	345	10,5	251	<b>14,6</b>	972	<b>13,1</b>	
<b>Cesariana prévia</b>							
Não	2245	68,2	1262	73,5	5432	73,1	<b>&lt;0.001</b>
Sim	1043	<b>31,7</b>	450	26,2	1983	26,7	
<b>Tipo de gravidez</b>							
Única	3235	98,3	1684	98,1	7305	98,4	0,685
Múltipla	39	1,2	18	1,0	80	1,1	
Sem informação	17	0,5	14	0,8	41	0,6	
<b>Hipertensão crônica*</b>							
Não	2661	80,9	1361	79,3	6043	81,4	<b>&lt;0.001</b>



Sim 146 4,4 95 **5,5** 257 3,5

**Tabela 2 - Características socioeconômicas, obstétricas e risco obstétrico segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023**

	Brancas		Pretas		Pardas		P-valor r
	n	%	n	%	n	%	
<b>Diabetes pré-gestacional*</b>							
Não	2771	84,2	1437	83,7	6224	83,8	0,928
Sim	36	1,1	19	1,1	76	1,0	
<b>Diabetes gestacional*</b>							
Não	2456	74,6	1319	76,9	5736	77,2	<b>&lt;0.001</b>
Sim	351	<b>10,7</b>	137	8,0	564	7,6	
<b>DHEG/ pré eclâmpsia*</b>							
Não	2404	73,0	1237	72,1	5528	74,4	<b>0,002</b>
Sim	403	12,2	219	<b>12,8</b>	772	10,4	
<b>HELLP/ Eclâmpsia*</b>							
Não	2782	84,5	1442	84,0	6241	84,0	0,968
Sim	25	0,8	14	0,8	59	0,8	

\* Incluídas apenas as puérperas de parto com entrevista e prontuário finalizados.

## Mortalidade materna segundo cor da pele

### **Autoras:**

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Maria do Carmo Leal

Silvana Granado Nogueira da Gama

Ana Paula Pereira Esteves

A probabilidade de uma mulher morrer durante o período grávido puerperal medida pela razão de mortalidade materna (RMM) reflete a estreita e complexa relação entre as desigualdades socioeconômicas e falhas na assistência à saúde da mulher, além do nível de reconhecimento das sociedades para com os direitos humanos das mulheres (Ventura, 2009). Antes de apresentar os dados de mortalidade materna, com destaque, entre as mulheres pretas, é importante destacar que a subnotificação de morte materna é um problema no país. Embora a vigilância dos óbitos maternos, de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e de causas mal definidas (BRASIL, 2009) para captar mortes maternas não declaradas no SIM esteja regulamentado desde 2009, ainda hoje no Brasil ainda é necessário multiplicar a RMM calculada por meio do SIM, por 1,05, fator de correção, para alcançar uma estimativa mais próxima da magnitude da morte no ciclo gravídico puerperal.

No Brasil depois de um período de queda da RMM no período 1990-2019 de 49%, passando de 111,4 para 58,4 óbitos por 100.000 NV, a emergência da covid-19 desencadeou um acréscimo de óbitos de gestantes e puérperas elevando em 94% a RMM, que passou para 107,5 óbitos /100.000 NV em 2021. Dados preliminares de 2022, apontam uma redução da RMM para 52,8 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, voltando à tendência da década. Esse valor é quase duas vezes acima da meta de reduzir a RMM para 30 por 100.000 NV, até 2030 (ODS), e bem maior da observada nos países que detêm os menores valores no ranking mundial (Noruega teve 2 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, a Dinamarca, Suécia e Japão com 5 mortes (WHO, 2023).

A análise da distribuição a mortalidade materna no Brasil segundo a cor da pele, mostra que situação é ainda mais dramática e injusta entre as mulheres pretas

em comparação com as brancas e, até mesmo com as pardas. Dados do SIM, no período de 2015 a 2022, demonstram que as mulheres brasileiras pretas tiveram um risco de morrer, em torno de duas vezes, maior em comparação com as brancas (Tabela 1).

A desigualdade na probabilidade de morte materna se acentua em relação aos anos de estudo. Para cada seis óbitos ocorridos entre as mulheres com até três anos de estudos, ocorre um entre aquelas com 12 anos ou mais de estudos. E independente do número de anos de estudo, a probabilidade de morte materna entre as mulheres pretas permanece em torno de duas vezes maior em comparação com as brancas e pardas (Tabela 2).

No período de 2015 a 2021, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por grande parte dos óbitos maternos (cerca de 60%). Entre as causas de morte materna registradas no SIM, destacaram-se os transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério, representando 36 % dos óbitos entre as mulheres pretas e um pouco menos entre as brancas e pardas. Em seguida, as complicações no trabalho de parto e do parto, como a hemorragia, com 15,1% entre as mulheres pretas e percentuais maiores (20%) foram observados entre as brancas e pardas. Essas causas acrescidas da infecção puerperal e do aborto compõem, próximo de 70% do grupo de causas obstétricas diretas. A avaliação da RMM por causa básica de óbito segundo a cor da pele, apontou que para as quatro principais causas, o risco de morrer da mulher preta é superior em comparação com as brancas e pardas, a diferença atinge três óbitos registrados por transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério entre as mulheres pretas para cada óbito entre as brancas (Tabela 3).

É importante destacar que a ocorrência desses óbitos depende do acesso e da qualidade da assistência ao pré-natal e parto. Geralmente são o resultado de intervenções, omissões e tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos decorrente de qualquer dessas causas. Nesse sentido, a mortalidade materna sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o puerpério.

### Referências:

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília, 2009.

WHO. (2023). disponível: [Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division](#). Acessado 07/11/2023.

DATASUS. **Arquivos de Declarações de óbitos reduzida para tabulação do Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília, DF: 2016 Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acessado em 07/11/2023.

DATASUS. **Arquivos de Declarações de nascidos vivos reduzida para tabulação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. Brasília, DF: 2016 Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado em 07/11/2023.

**Tabela 1 Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e de desigualdade segundo cor da pele. Brasil, 2015 a 2022**

Cor da pele	Ano							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Branca	52	52,3	55	49,9	49,2	64,8	121	46,56
Preta	117	119,4	118	104,0	104,4	127,6	194,8	100,38
Parda	56	57,8	56	55,5	53,6	68,8	100	50,56
Razão de desigualdade (Branca comparada com Preta)	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>1,6</b>	<b>2,2</b>

Fonte: SIM, Sinasc - MS/SVS/DASIS 2015 a 2021 (Datusus, 2022)

Painel de monitoramento de Mortalidade Materna e Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos – MS/SVS/DASIS 2022

Nota: \* Dados provisórios

**Tabela 2 Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e de desigualdade segundo anos de estudo e por cor da pele. Brasil, 2015 a 2022**

Anos de estudo da mãe	Branca	Preta	Razão de	Parda	Brasil
			Desigualdade (Preta/Branca)		
até 3	339,4	500,2	<b>1,5</b>	247,6	267,1
4 a 7	112,5	175,3	<b>1,6</b>	82,8	93,2
8 e mais	46,7	84,3	<b>1,8</b>	42,4	45,8
Razão de Desigualdade (comparação entre até 3 e 8 e mais)	<b>7,3</b>	<b>5,9</b>		5,8	5,8

Fonte: SIM, Sinasc - MS/SVS/DASIS 2015 a 2021 (Datusus, 2022)

**Tabela 3 Distribuição percentual, razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e desigualdade segundo principais causas de óbitos e cor da pele, 2015 a 2021**

Causas de óbitos	Branc a		Pard a		Pret a		Razão de Taxa (Preta/Branca)
	%	RM M	%	RM M	%	RMM	
Aborto	10,7	3,6	11,5	4,3	11,2	8,1	<b>2,3</b>
Hipertensão	26,2	8,7	29,5	11,1	36	25,8	<b>3</b>
Hemorragia	21,7	7,2	20,3	7,7	15,1	10,8	<b>1,5</b>
Infecção	7	2,3	8	3	8	5,7	<b>2,5</b>
Causas obstétricas diretas	<b>65,5</b>		<b>69,3</b>		<b>70,3</b>		

---

Fonte: SIM, Sinasc - MS/SVS/DASIS 2015 a 2021 (Datusus, 2022)

## **Morbidade materna grave e Near Miss Materno na população negra brasileira**

Autoras:

Maria do Carmo Leal

Ana Paula Pereira Esteves

Silvana Granado Nogueira da gama

Sonia de Azevedo Bittencourt

### **INTRODUÇÃO**

Embora a RMM seja elevada, o óbito materno é um evento raro. Por essa razão, tem-se estudado a morbidade materna grave (MMG). A MMG se define como a ocorrência de uma complicação materna grave durante a gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o término da gestação). Já o termo near miss materno – NMM é utilizado para as mulheres que quase morreram, mas sobreviveram, a complicações ocorridas no período gravídico-puerperal. <sup>1-3</sup>

O NMM compartilha com os óbitos maternos os mesmos problemas e obstáculos associados ao cuidado durante a gravidez, parto e puerpério, podendo ser utilizado como um evento sentinela. <sup>4</sup> Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO para cada morte materna estima-se que 20 a 30 mulheres apresentem NMM. <sup>5</sup> Por serem mais frequentes do que os óbitos maternos, os casos de NMM permitem avaliação mais robusta da qualidade da assistência à saúde da mulher, possibilitando seu uso no enfrentamento da mortalidade materna no mundo. <sup>4,6</sup>

A OMS, em 2009, propôs uma classificação do NMM buscando uma padronização internacional dos parâmetros, tornando-o um indicador confiável que permite comparabilidade entre diferentes estudos, instituições e países. <sup>2</sup> A classificação atual utiliza 25 critérios baseados na presença de disfunção de órgãos e sistemas (disfunção cardíaca, respiratória, renal, hepática, neurológica, da coagulação e uterina), que são avaliados de acordo com sinais clínicos, laboratoriais e de tratamento.

Muitos casos de near miss e óbito materno se devem a algum tipo de atraso no acesso e ao cuidado obstétrico apropriado. Esse atraso foi descrito por Thaddeus e Maine <sup>7</sup> e apresenta três componentes: fase I - atraso na decisão de procurar

assistência obstétrica pelo indivíduo ou família, fase II - atraso para chegar em um serviço de saúde adequado, e fase III - atraso para receber cuidado adequado na unidade de saúde.

A prevalência de NMM varia significativamente, de 0,80-8,23%, a depender dos critérios de definição utilizados. <sup>8</sup> Já a MMG, que inclui os outros casos de morbidade materna grave, menos extremos, a prevalência da complicação é maior, atingindo 10-16 puérperas/1.000 nascidos vivos. <sup>9-12</sup>

Em 2014, Marcos Dias <sup>13</sup> em estudo pioneiro neste campo, com dados da pesquisa Nascido no Brasil, estimaram uma prevalência de 10,2 casos de NMM por 1000 nascidos vivos (NV), considerando apenas o período do parto e pós-parto, estando relacionado à ausência de pré-natal, peregrinação pelas maternidades em busca de internação no momento do parto, complicações clínicas e obstétricas e ao tipo de parto (cesariana eletiva ou fórceps). Da mesma forma, Pacagnella et al. <sup>14</sup> em um estudo multicêntrico envolvendo 28 maternidades no Brasil, estimaram uma prevalência de NMM de 9,5/1000 NV, observando em 53,8% dos casos algum tipo de atraso no atendimento à mulher, sendo 10,2% relacionados a um atraso da própria mulher como demora da identificação de sinais e sintomas de risco, 34,6% relacionado à acessibilidade ao serviço de saúde e 25,7% à qualidade do atendimento médico. Cecatti et al. <sup>15</sup> apontaram para a importância e a plausibilidade de se criar um sistema nacional de vigilância dos casos de NMM em tempo real para auxiliar a tomada de decisão médica podendo impactar na redução da mortalidade materna.

Em 2015 Rosendo e Roncalli <sup>16</sup> encontraram uma maior prevalência de NMM em mulheres negras em Natal e Fernandes et al <sup>17</sup>, em 2017 também mostram as desvantagens da população negra brasileira, frente a esse indicador. Estudos norte americanos têm também chamado a atenção sobre a associação de raça com o NMM. <sup>18,19</sup>

Neste trabalho vamos apresentar, com dados atuais da pesquisa Nascido no Brasil II (NBII), as prevalências de MMG e NMM segundo as características clínicas, obstétricas e de manejo das mulheres atendidas por parto ou aborto, segundo a raça, com informações colhidas em hospitais da amostra do estudo em 2022/2023. Alguns desfechos dos recém-nascidos, tais como prematuridade, peso ao nascer e natimortalidade também serão mostrados.

## MÉTODOS

A população de pesquisa do NBII corresponde ao conjunto de mulheres internadas por motivo de parto ou aborto, em hospitais com 100 ou mais nascidos vivos. A amostra final corresponderá a aproximadamente 20.000 partos e 1.800 abortos, distribuídas em 418 hospitais. A coleta de dados ainda está em curso, e já atingiu cerca de 80% da amostra final (15.867 partos e 1.185 abortos em novembro de 2023). Para a presente análise, excluímos 4.080 partos e 209 abortos ocorridos em hospitais privados, as mulheres que se autodeclararam indígenas, amarelas (asiáticas) ou sem informação sobre a cor da pele (111, 23 e 87, respectivamente) e os 109 questionários incompletos, totalizando 11.488 partos e 945 abortos.

A população de pesquisa do estudo MMG corresponde ao conjunto de mulheres classificadas como caso de Morbidade Materna Grave (MMG), internadas por quaisquer motivos obstétricos (complicações na gestação, para parto, por aborto ou até 42 dias após o parto ou aborto) em hospitais com mais de 2.750 partos/ano.

No estudo MMG, para cada internação identificada no período de coleta é preenchida uma ficha de triagem, a partir de dados de prontuário da mulher e do recém-nato. Os dados maternos obtidos neste instrumento de triagem contemplam os critérios propostos pela OMS para vigilância da morbidade materna (Say 2009, WHO 2011), bem como os critérios utilizados previamente pela Rede Nacional de

Vigilância da Morbidade Materna (Haddad et al, 2011), que incluem condições maternas e procedimentos adicionais. A utilização de critérios mais ampliados na etapa de triagem teve como objetivo minimizar o risco de perda de casos de morbidade materna.

Em todas as triagens com a presença de pelo menos uma condição indicadora de morbidade materna é realizada a extração completa de dados de prontuário, visando a identificação de condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV) ou *Near Miss* Materno (NMM), além da avaliação das características demográficas, sociais, antecedentes clínicos e obstétricos, dados da gestação atual, assistência hospitalar ao parto e às perdas fetais, complicações na gestação e no puerpério e assistência neonatal.

Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV): definidas pela Organização Mundial de Saúde. Toda mulher que apresentar um dos 26 critérios propostos pela



OMS para classificação de caso de CPAV (Say et al 2009) e que não evoluir para óbito durante o período da internação hospitalar.

Near Miss Materno (NMM): toda mulher que apresentar um dos 25 critérios propostos pela OMS para classificação de *Near Miss* Materno baseado em disfunção orgânica (Say et al 2009), e que não evoluir para óbito durante o período da internação hospitalar.

Óbito materno (MM): Todo óbito ocorrido durante a internação na gestação, parto ou até o 42º dia pós-parto por causas (CID) definidoras de óbito materno (MS, 2009).

Morbidade Materna Grave (MMG): CPAV ou NMM ou MM

Para viabilizar a comparação com o estudo NBII, excluímos da presente análise os casos de MMG ocorridos em hospitais privados, as internações por complicações na gestação com desfecho “alta ainda gestante” e mulheres classificadas no prontuário com a cor da pele amarela (asiática) ou indígena, totalizando 6.097 casos de MMG analisados. Para viabilizar o cálculo da Razão de MMG, que utiliza o número de Nascidos Vivos como denominador, a amostra de Nascidos Vivos do estudo MMG foi expandida para representar este número durante o período de coleta de dados.

## **RESULTADOS** (Dados preliminares, sujeito a mudança ao final da pesquisa.)

A primeira tabela mostra que a incidência da natimortalidade foi maior para mulheres pretas e pardas, em relação às brancas, mas, a prevalência de MMG no parto e aborto foi de 18.3%, maior nas mulheres pretas do que nas mulheres pardas (15,0%) e brancas (14%). Quanto à idade gestacional do recém-nascido (RN), a prematuridade foi ligeiramente maior nas pardas (11,3%) do que nas pretas e brancas (10,9%). As mulheres brancas tiveram mais filhos termo precoce, entre 37 e 38 semanas gestacionais (32,7%) e as pretas e pardas mais termo completo e pós termo. As mulheres pretas e pardas tiveram mais contato pele a pele com o bebê na sala de parto e menos informação anotadas no prontuário sobre o peso do RN. Não houve diferença por raça quanto ao peso do RN.

Quanto às causas da MMG, mostradas na tabela 2, verifica-se que os distúrbios hemorrágicos foram mais frequentes nas mulheres brancas, principalmente por hemorragia pós parto, descolamento prematuro de placenta e

placenta acreta. Nas mulheres negras as causas predominantes são as síndromes hipertensivas, destacadamente a hipertensão arterial grave e a pré-eclampsia grave.

Quanto aos indicadores de manejo, as mulheres brancas fizeram mais transfusão e utilizaram mais a UTI, enquanto as para as mulheres negras não foi possível identificar um perfil claro de diferenciação. Importa destacar que a ausência de informação nessa tabela pode estar mascarando as diferenças étnicas frente às causas e ao manejo da MMG.

A tabela 3 apresenta os dados da regressão logística, identificando as características maternas associadas à MMG. Observa-se que o maior risco de MMG está com mulheres que vivem no norte, nordeste e sudeste, que são atendidas nas regiões metropolitanas, em hospitais públicos do SUS, de grande porte, por motivo de aborto, de cor da pele preta, com mais de 35 anos de idade, baixa escolaridade e que não vivem com o companheiro. O risco foi também identificado para quem fez cesariana nessa gestação.

## **DISCUSSÃO**

Há uma evidente desvantagem das mulheres negras e seus RN em relação aos indicadores de saúde aqui analisados, tanto nos resultados do atendimento hospitalar ao aborto, quanto ao parto.

A regressão logística mostra que a maior chance de viver um episódio de MMG ocorre em mulheres com vulnerabilidade social (baixa escolaridade, mães chefes de família), de cor preta e com mais de 35 anos de idade. Quanto ao local onde essas mulheres se encontram, é principalmente no Norte, Nordeste e Sudeste, em regiões metropolitanas e em hospitais públicos próprios do SUS, de grande porte.

A entrada da cesariana nesse modelo refere-se ao risco trazido por essa cirurgia, utilizada em larga escala na assistência obstétrica do país, principalmente por mulheres de cor branca, para a ocorrência da MMG, NMM e Óbito Materno (artigos Rosa, Ana Paula e Catherine).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pattinson R. Near miss audit in obstetrics. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009 Jun 1;23(3):285–286.
2. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009 Jun 1;23(3):287–296.
3. Silva JM de P da, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. *Rev Bras Saude Mater Infant*. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2018 Mar;18:7–35.
4. Chhabra P. Maternal near miss: an indicator for maternal health and maternal care. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine [Internet]*. *Indian J Community Med*; 2014 Jul [cited 2023 Nov 21];39(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25136152/> PMID: 25136152
5. Homepage | Figo [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: <https://www.figo.org/>
6. Zanette E, Parpinelli M, Surita F, Costa M, Haddad S, Sousa M, Silva J, Souza J, Cecatti J. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: A Brazilian multicenter surveillance study. *Reproductive health*. 2014 Jan 16;11:4.
7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*. 1994 Apr 1;38(8):1091–1110.
8. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health*. *BMC*; 2004;1:3. PMID: 15357863
9. Bouvier-Colle M, Varnoux N. [Maternal mortality and severe morbidity in 3 French regions: results of MOMS, a European multicenter investigation]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2001 Oct 1;30:S5-9.
10. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: Case control study. *BMJ: British Medical Journal*. United Kingdom: BMJ Publishing Group; 2001;322(7294):1089–1094.
11. Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Rusen ID, Joseph KS, for MSK. Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001. *CMAJ*. 2005 Sep 27;173(7):759–764. PMID: PMC1216316
12. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH de, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006 Feb;22:255–264.
13. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, Martins AL, Filha MMT, Gama SGND, Leal MDC. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascido no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014 Aug;30(suppl 1):S169–S181.

14. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, Souza JP, Pattinson RC. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 5;14:159. PMID: PMC4016777
15. Cecatti J, Costa M, Haddad S, Parpinelli M, Souza J, Sousa M, Surita F, Pinto e Silva J, Pacagnella R, Passini Jr R, Group the BN for S of SMM study. Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(6):946–953.
16. Rosendo TMS de S, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 Apr;20:1295–1304.
17. Fernandes KG, Souza RT, Leal MC, Moura EC, Santos LM, Cecatti JG. Ethnic differences in maternal near miss. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Dec;296(6):1063–1070. PMID: 28918461
18. McGregor AJ, Hung P, Garman D, Amutah-Onukagha N, Cooper JA. Obstetrical unit closures and racial and ethnic differences in severe maternal morbidity in the state of New Jersey. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Nov;3(6):100480. PMID: 34496307
19. Malhamé I, Danilack V, Raker C, Hardy E, Spalding H, Bouvier B, Hurlburt H, Vrees R, Savitz D, Mehta N. Cardiovascular severe maternal morbidity in pregnant and postpartum women: development and internal validation of risk prediction models. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2021;128(5):922–932.

Dados preliminares, sujeitos a mudança ao final da pesquisa.

**Tabela 1 - Desfechos perinatais segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023**

	Brancas		Pretas		Pardas		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	<b>3,026</b>	100.0	<b>1,564</b>	100.0	<b>6,898</b>	100.0	
<b>Desfecho da gestação</b>							
Nascido vivo	3018	99.7	1556	99.5	6848	99.3	0.019
Natimorto	8	0.3	8	0.5	50	0.7	
<b>Óbito neonatal*</b>							
Não	3009	99.7	1551	99.7	6810	99.4	0.153
Sim	9	0.3	5	0.3	38	0.6	
<b>Baixo peso ao nascer</b>							
Não	2741	90.6	1401	89.6	6186	89.7	0.816
Sim	268	8.9	142	9.1	635	9.2	
Sem informação	17	0.6	21	1.3	77	1.1	
<b>Idade gestacional</b>							
< 28	26	0.9	6	0.4	56	0.8	0.004
28-31	31	1.0	25	1.6	75	1.1	
32-33	28	0.9	13	0.8	97	1.4	
34-36	245	8.1	126	8.1	548	8.0	
<b>Prematuridade</b>		<b>10.9</b>		<b>10.9</b>		<b>11.3</b>	
37-38	986	32.7	449	28.9	1973	28.8	0.004
39-41	1682	55.8	924	59.4	4050	59.0	
>=42	17	0.6	13	0.8	61	0.9	
Sem informação	11	0.4	8	0.5	38	0.6	
<b>Contato pele a pele na sala de parto*</b>							
Não	1642	54.4	792	50.9	3577	52.2	0.049
Sim	1376	45.6	764	49.1	3271	47.8	
<b>Morbidade materna grave (parto)**</b>							
Não	2424	86.4	1198	82.3	5377	85.3	0.002
Sim	383	13.6	258	17.7	923	14.7	
<b>Nearmiss materno (parto)**</b>							
Não	2765	98.5	1423	97.7	6197	98.4	0.160
Sim	42	1.5	33	2.3	103	1.6	
<b>Morbidade materna grave(parto/aborto)***</b>							
Não	2633	86.0	1304	81.7	5773	85.0	<0.001
Sim	428	14.0	292	18.3	1018	15.0	
<b>Nearmiss materno (parto/aborto)***</b>							
Não	3017	98.6	1559	97.7	6673	98.3	0.092
Sim	44	1.4	37	2.3	118	1.7	

\* Dentre os nascidos vivos (3.018 brancas; 1.556 pretas e 6.848 pardas)

\*\* Incluídas internações por motivo de parto com entrevista e prontuário finalizados (2.807 brancas, 1.456 pretas e 6.300 pardas).

\*\*\* Incluídas internações por motivo de parto ou aborto com entrevista e prontuário finalizados (3.061 brancas, 1.596 pretas e 6.791 pardas).

Dados preliminares, sujeitos a mudança ao final da pesquisa.

**Tabela 2 - Morbidade Materna Grave segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto/aborto em hospitais públicos e mistos no Brasil - Estudo MMG - 2022-2023**

	Brancas		Pretas		Pardas		Sem informação		P-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>NASCIDOS VIVOS</b>	<b>8,45</b>		<b>2,68</b>		<b>24,17</b>				
	0	-	3	-	3	-	4,807	-	
<b>Casos MMG (CPAV + NMM + MM)</b>	1,18	14.	491	18.	3,626	15.	796	16.	
	4	41.	3	32.	0	31.	6	37.	
<b>Distúrbios hemorrágicos</b>	496	9	158	2	1,144	5	302	9	<0.001
Descolamento prematuro de placenta	72	6.1	23	4.7	161	4.4	43	5.4	
Placenta accreta/increta/percreta	36	3.0	7	1.4	55	1.5	13	1.6	
Gravidez ectópica	60	5.1	17	3.5	180	5.0	114	14.	
Hemorragia pós-parto	344	29.	117	23.	785	21.	137	17.	
Rotura uterina	7	0.6	4	0.8	26	0.7	8	1.0	
<b>Síndromes hipertensivas</b>	648	7	315	2	2,253	1	389	9	<0.001
Pré-eclampsia grave	200	16.	130	26.	908	25.	155	19.	
Eclampsia	36	9	5	5	0	0	155	5	
Hipertensão arterial grave	36	3.0	16	3.3	161	4.4	36	4.5	
Síndrome hellp	593	50.	287	58.	1,986	54.	344	43.	
	54	1	5	5	8	8	24	2	
<b>Outros distúrbios sistêmicos</b>	150	4.6	19	3.9	167	4.6	24	3.0	
Endometrite	13	12.	5	10.	60	14.	14	16.	
Edema pulmonar	16	7	4	4	510	1	130	3	0.011
Insuficiência respiratória aguda	13	1.1	5	1.0	60	1.7	14	1.8	
Convulsões	16	1.4	7	1.4	36	1.0	7	0.9	
Sepse	38	3.2	17	3.5	140	3.9	41	5.2	
Choque	28	2.4	13	2.6	122	3.4	29	3.6	
Trombocitopenia	21	1.8	11	2.2	73	2.0	22	2.8	
Crise tireotóxica	32	2.7	13	2.6	69	1.9	23	2.9	
<b>Indicadores de manejo</b>	39	3.3	7	1.4	133	3.7	25	3.1	
Transfusão de hemocomponentes	12	1.0	0	0.0	22	0.6	3	0.4	
Acesso venoso central	452	38.	169	34.	1,370	37.	391	49.	<0.001
Histerectomia	102	2	28	4	276	8	77	1	
Admissão em uti	26	8.6	9	5.7	86	7.6	23	9.7	
	29	2.2	9	1.8	58	2.4	14	2.9	
	29	2.4	9	1.8	58	1.6	14	1.8	
	158	13.	60	12.	408	11.	94	11.	
		3		2		3		8	

Internação hospitalar >= 8 dias	146	12.	3	59	0	462	12.	7	112	14.
Intubação não relacionada à anestesia	35	3.0	6	1.2	90	2.5	25	3.1		
Retorno à sala cirurgica	118	10.	0	49	0	356	10.	9.8	88	11.
Laparotomia pós-parto ou aborto	66	5.6	19	3.9	185	5.1	110	13.		8

Dados preliminares, sujeitos a mudança ao final da pesquisa.

**Tabela 3 - Características associadas à Morbidade Materna Grave em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023**

	% MMG	OR ajustado	IC ajustado	P-valor ajustado
<b>Total</b>	<b>15,1</b>	-		-
<b>Região</b>				
Norte	15,1	1,3	1,1 1,6	0,012
Nordeste	15,6	1,3	1,1 1,6	0,004
Sudeste	17,1	1,6	1,4 2,0	0,000
Sul	12,3	1,1	0,9 1,5	0,307
Centro-oeste	11,2			
<b>Local</b>				
Região metropolitana	16,3	1,1	1,0 1,3	0,051
Fora de região metropolitana	13,1			
<b>Tipo de Hospital</b>				
Público	16,8	1,4	1,2 1,5	<0,001
Misto	12,4			
<b>Tamanho do hospital</b>				
< 500 partos/ano	12,0			
500-2749 partos/ano	12,7	1,0	0,8 1,3	0,758
≥ 2.750 partos/ano	17,4	1,4	1,1 1,8	0,002
<b>Tipo de desfecho</b>				
Parto	14,8			
Aborto	19,6	1,8	1,5 2,1	<0,001
<b>Cor da pele</b>				
Branca	14,0			
Preta	18,3	1,3	1,1 1,5	0,006
Parda	15,0	1,1	0,9 1,2	0,249
<b>Idade</b>				
10 a 19	13,5	0,9	0,8 1,1	0,284
20 s 34	14,5			
≥ 35	19,6	1,3	1,1 1,5	<0,001
<b>Escolaridade em anos de estudo</b>				
≤ 8 (EF incompleto)	16,9	1,3	1,0 1,6	0,029
9 a 11 (EF completo)	15,8	1,2	1,0 1,5	0,054
12 a 15 (EM completo)	14,4	1,0	0,8 1,3	0,703
≥ 16 (ES completo)	13,8			
<b>Situação conjugal</b>				

Não vive com companheiro(a)	17,2	1,2	1,0	1,3	0,033
Vive com companheiro(a)	14,7				
<b>Tipo de parto</b>					
Vaginal	11,9				
Cesariana	17,5	1,8	1,6	2,0	<0.001

---



## **Nascido no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento, 2022-2023: desigualdades raciais na assistência pré-natal**

### **Autoras:**

Silvana Granado,

Maria do Carmo Leal,

Sonia Bittencourt,

Ana Paula Esteves,

Karina Caetano

### **Assistência pré-natal no Brasil**

A assistência pré-natal é um componente fundamental da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Estudos apontam que práticas rotineiras realizadas, segundo evidências científicas e protocolos, durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos maternos e perinatais.

O Brasil tem sido bem-sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, alcançando praticamente o universo das gestantes brasileiras, no entanto o acesso não ocorre de forma equânime, pelo contrário, oferece mais àquelas que precisam menos (Leal et al, 2020). Assim, é bastante pertinente analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e mistos no Brasil, considerando a sua adequação, conforme alguns parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde, além de sua forma de organização e relação com outros serviços do sistema de saúde, bem como o perfil das usuárias dos serviços de pré-natal.

No estudo Nascido no Brasil, realizado em 2011 e 2012, já foi encontrado 98,7% de mulheres com alguma consulta de pré-natal, valores que praticamente não se diferem, de acordo com a região de residência (99,5% no Sul X 97,5% no Norte), nível de escolaridade (100% para as de nível superior completo X 96,9% para EF incompleto) e cor da pele (99,2% nas brancas X 95% indígenas e 98,1% pretas).

Entretanto, existem distinções na ocorrência da assistência prestada quando analisadas de forma mais específica. Quando se recorta pelo número mínimo de seis consultas, preconizado pelo Ministério da Saúde, as proporções já são menores, sendo 73,1% para o total de mulheres, 80% das brancas e 67,1% das pretas. O início precoce do pré-natal, por exemplo, é um dos relevantes fatores de proteção para o binômio mãe e filho, uma vez que possibilita identificar, mais corretamente, a idade gestacional, assim como diagnosticar possíveis fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais. O PN foi iniciado até a 12<sup>a</sup> semana gestacional por 80,8% das gestantes brancas, enquanto 69,2% das pretas iniciaram no mesmo período. Cabe ressaltar que quase 70% da atenção pré-natal é prestada pelos serviços públicos (Viellas et al, 2014).

Além das questões quantitativas, estudos têm avaliado a qualidade da atenção pré-natal, e os resultados têm sido pouco favoráveis. No NB se encontrou 21,6% de adequação da assistência pré-natal, levando em consideração o início até 12 semanas gestacionais, número de consultas esperadas para a idade gestacional, pelo menos um dos exames: glicemia de jejum, VDRL, anti-HIV, EAS, ultrassonografia e orientação sobre a maternidade. Os piores resultados foram da região Norte, 11,4% de adequação, para as adolescentes, 15,4%, para as pretas, 16,2%, assim como para as de menor escolaridade (<8 anos), e 13,3% para classe econômica (D+E), 12,7% (Domingues et al, 2015). Esses marcadores sociais indicam a importância de considerar a intersecção dos determinantes sociais em saúde na construção de políticas públicas (Crenshaw, 2002).

Artigo com análise de 4.059 municípios brasileiros que aderiram ao 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica em 2013-2014, apontou que nos aspectos estruturais 32,6%

dos municípios apresentaram adequação e nos operacionais, apenas 24,1%. Na avaliação geral do pré-natal menos de um quarto (24,6%) dos municípios ficaram adequados, àqueles com até 10 mil habitantes apresentaram maior percentual de adequação (41,6%). A região Sul apresentou adequação de 33,8%, considerando todos os portes e as regiões Norte e Nordeste ficaram com as piores colocações, respectivamente 14,5 e 14,3% (Cunha *et al*, 2019).

Sob um olhar particular das desigualdades na atenção pré-natal de adolescentes, foi desenvolvido um estudo que compara a adequação do pré-natal segundo raça/cor da pele (Almeida Filho *et al*, 2019). As desvantagens foram expressas sob a forma de gradiente, ou seja, quanto mais escura a pele, piores os resultados. Assim, apontamos apenas os resultados de brancas e pretas. O pré-natal foi inadequado para 68% das adolescentes pretas X 58% das brancas; não foi orientada sobre a maternidade a qual deveria se dirigir para o parto; 45% das pretas X 37% das brancas. Na maternidade, 34% das pretas não tiveram acompanhante o tempo todo X 19% das brancas; a satisfação com o parto refletiu um pouco essa diferença, avaliando a assistência como excelente 46% das pretas e 53% das brancas, e como regular ou ruim 12% das pretas e 9% das brancas. Todos achados estatisticamente significativos.

### **Assistência ao parto no Brasil**

Um expressivo conjunto de evidências têm apontado para importantes disparidades raciais no Brasil nas mais diversas dimensões da vida social, também documentadas nas pesquisas em saúde, incluindo o cuidado obstétrico. No âmbito da obstetrícia, estudos apontam para as influências raça/cor no acesso ao serviço e sua utilização. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e do Programa de Combate ao Racismo Institucional, lançados em 2005, dentre seus diversos componentes, está a obrigatoriedade do registro do quesito raça/cor nas estatísticas vitais do país, o que viabilizou abordagens comparativas entre os grupos de raça/cor e o monitoramento de desfechos demográficos, sociais e de saúde.

A morbimortalidade materna elevada sinaliza falhas na atenção obstétrica ofertada desde o pré-natal até o parto. Muito embora tenham sido alcançadas coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar ao parto, estudos têm mostrado falhas na qualidade da assistência prestada, contribuindo para esses desfechos negativos, tanto em relação à saúde materna quanto do recém-nascido. Em consonância com resultados observados em outros países no mundo, que apontam para níveis de mortalidade materna expressivamente mais elevadas em mulheres de minorias étnico-raciais, a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil (SIM, 2016; LEAL *et al*, 2017). Falhas na assistência à saúde da população negra também podem estar relacionadas ao abortamento, mais comum entre mulheres negras, que também encontram mais barreiras no acesso aos cuidados pós-aborto. (Diniz *et al*, 2023)

Apesar da centralidade da questão da saúde da mulher e da criança nas políticas de saúde no Brasil, até o momento foram conduzidas poucas pesquisas voltadas para a análise das influências da raça/cor na experiência de gestação e parto. Em geral, as investigações disponíveis são realizadas em contextos locais específicos, não havendo análises de abrangência nacional.

Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor. Embora o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela Lei no 11.108 37, na pesquisa Nascido no Brasil se verificou que mais de 35% das mulheres não ficaram com acompanhantes durante toda a internação para o parto.

Ainda podemos identificar menos a presença de boas práticas no trabalho de parto e parto de mulheres pretas, podendo levar a piores desfechos ao nascimento.

## Método

Estudo de base hospitalar, em que foram incluídos 418 hospitais públicos, mistos e privados que atendem a 100 ou mais partos/ano (Sinasc). As mulheres são entrevistadas no pós-parto imediato, com pelo menos seis horas após o parto. Em caso de aborto, é abordada geralmente após a curetagem ou próximo à alta hospitalar.

A amostra foi probabilística em dois estágios: o 1º correspondeu aos estabelecimentos de saúde, selecionados em cada uma das cinco macrorregiões (SINASC), segundo os critérios:

- Região Metropolitana ou Interior;
- Público, Privado ou misto.

O 2º estágio correspondeu à seleção das mulheres. Todos os estados da Federação foram inseridos na amostra.

Na amostra foram incluídos 43 hospitais com 100-499 partos/ano, com entrevista a 30 puérperas e todas as perdas fetais precoces ocorridas no período por hospital; e 375 hospitais com  $\geq 500$  partos/ano, incluindo 50 puérperas e todas as perdas fetais precoces ocorridas no período por hospital. Estima-se entrevistar 21.800 mulheres, sendo 1750 de aborto.

O treinamento da equipe de campo é ofertado pela coordenação geral, que participa de com os coordenadores estaduais, visando garantir a padronização do trabalho de campo. A programação possui dois modelos de treinamento teórico on-line e prático presencial, um para entrevistadoras e outro para as prontuaristas.

As equipes são compostas de profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiras. Para atuar como prontuarista é importante ter experiência em obstetrícia, ser enfermeira obstétrica ou obstetriz. Para a primeira ligação telefônica são contratadas psicólogas, uma vez que aborda depressão pós-parto e transtorno pós-traumático. Para a segunda, cuja tema principal é a violência obstétrica, são priorizadas enfermeiras.

São incluídas todas as mulheres elegíveis, que tiveram o parto naquela maternidade ou internaram por aborto, até completar o tamanho da amostra em cada hospital. São excluídas aquelas que não podem se comunicar, seja por doença mental grave ou por não compreender a língua portuguesa ou por serem surdas, além daquelas com gestações triplas ou mais. A coleta de dados se estende pelos finais de semanas e feriados.

É feita uma entrevista com os gestores sobre a infraestrutura física, insumos e recursos humanos da instituição, e é quase sempre realizada pela coordenação estadual;

As mulheres são entrevistadas em todos os dias e turnos, e são consultados os seus prontuários, e cartões de pré-natal e ultrassonografias são fotografados, e posteriormente, seus dados extraídos para um formulário padrão por equipe específica para isso.

O projeto "Nascido no Brasil II", foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Antes de iniciar as entrevistas, as mulheres são convidadas a participar da pesquisa e, aquelas que aceitam, assinam o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

## Resultados (Dados preliminares, sujeito a mudança ao final da pesquisa.)

Ainda que a cobertura de alguma consulta pré-natal seja bastante elevada, encontramos diferença naquelas que não receberam qualquer atenção pré-natal por um profissional de saúde, sendo a pior situação para as mulheres pretas. Do mesmo modo, foi menor o percentual de pretas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e tiveram menor número de consultas em comparação às brancas,

enquanto as pardas ficaram em situação intermediária.

Não ter recebido o cartão de pré-natal foi pouco frequente, mas foi mais comum entre as pretas. Do mesmo modo, foi mais baixo a apresentação do cartão na maternidade entre as mulheres que se declararam pretas.

Quanto à garantia da vinculação da gestante à maternidade de referência, embora seja um item de verificação das diretrizes da Rede Cegonha, foi baixa para todas as mulheres, sendo mais frequente entre as brancas e menos nas pretas. Em consequência foi mais baixa ainda as visitas às maternidades para onde deveriam se deslocar para o parto e, mais baixo para as mulheres pretas.

Embora a vinculação das gestantes às maternidades de referência para atenção ao parto esteja regulamentada desde 2007, ainda se identificou peregrinação para o parto, com pouca melhora do que foi encontrado no NBI, permanecendo os maiores percentuais entre pretas e pardas. Quanto ao tipo de parto, as pretas e pardas são menos expostas à cesariana, certamente por serem mais usuárias dos serviços públicos, onde o parto vaginal é mais frequente. Do mesmo modo, têm mais início do trabalho de parto espontâneo.

Dentre aquelas que tiveram partos vaginais, as pretas e pardas foram mais atendidas por enfermeiras que as brancas, também provável reflexo dos serviços públicos em relação aos mistos.

Observou-se uma grande melhoria na presença de acompanhantes ao longo da internação para o parto. No entanto, para as poucas que não tiveram esse direito, foi maior dentre as pretas.

## Discussão

A superação das barreiras ao diagnóstico precoce da gravidez e ao início do acompanhamento pré-natal nas primeiras semanas de gestação, são as principais medidas para melhoria da qualidade da assistência pré-natal no país. Desafios persistem, e a qualidade da assistência só será efetiva com a realização de todos os procedimentos mínimos para a redução de desfechos desfavoráveis.

As desigualdades segundo raça/cor na assistência obstétrica, vão além dos eventos no entorno mais imediato do parto, se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir.

A melhoria da qualidade da atenção à saúde implica, necessariamente, na eliminação de iniquidades sociais e raciais, pois as disparidades sociais e raciais no processo de atenção à gravidez e ao parto contribuem para resultados negativos para mulheres e fetos/RN.

Os determinantes mais significativos dessas iniquidades fazem parte da sociedade e não podem ser mudados por um esforço isolado por parte do setor de saúde. A situação atual só poderá ser alterada se a equidade racial for incluída como um indicador de qualidade de serviço para acreditação hospitalar em saúde.

O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade e a participação social. Portanto, é imprescindível ampliar o debate, visando identificar e confrontar práticas que potencialmente resultem nas desigualdades observadas que resultam em determinantes e determinações sociais de saúde (BUSS, PELEGRINI FILHO, 2007).

Isso necessariamente acontecerá por meio da justiça reprodutiva, quando se oferece condições de vida plena às pessoas em situações de vulnerabilidade. No caso do cuidado às pessoas negras por meio de medidas educacionais antirracistas, que venham desde as escolas básicas até as universidades, ações relacionadas à seguridade social e ao trabalho, bem como a partir de ações nos serviços de saúde alinhadas com a PNSIPN (Brasil, 2017).

No Brasil, a despeito do crescimento da literatura sobre a temática, ainda predominam os estudos de natureza descritiva, raramente voltados à aferição de discriminação racial e do racismo obstétrico nos serviços de saúde e/ou análise da percepção dos usuários. Em dois estudos brasileiros com amostra de abrangência nacional, realizados em 2003 e 2013, os principais motivos apontados para a percepção de discriminação nos serviços de saúde foram a pobreza e a baixa classe social, o que pode demonstrar como a questão racial vem sendo historicamente negligenciada no país. A referência explícita à raça/cor foi bem menor, ocupando o quinto lugar nos dois estudos, o que se alinha com outras análises sobre as percepções sociais acerca das relações entre raça/cor e saúde no Brasil.

Dados preliminares, sujeitos a mudança ao final da pesquisa.

**Tabela 1 - Características do pré-natal, do trabalho de parto e do parto segundo a cor da pele de mulheres internadas por parto em hospitais públicos e mistos no Brasil - NBII - 2022-2023**

	Brancas		Pretas		Pardas		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	<b>3.026</b>	100,0	<b>1.564</b>	100,0	<b>6.898</b>	100,0	
<b>Teve assistência Pré-natal</b>							
Não	21	0,7	31	<b>2,0</b>	90	<b>1,3</b>	<b>0,001</b>
Sim	3005	99,3	1532	98,0	6805	98,7	
<b>Início do Pré-natal</b>							
Primeiro trimestre	2659	87,9	1266	80,9	5646	81,8	
Segundo trimestre	274	9,1	210	<b>13,4</b>	914	<b>13,3</b>	<b>&lt;0,001</b>
Terceiro trimestre	42	1,4	38	<b>2,4</b>	142	<b>2,1</b>	
Não fez PN	21	0,7	31	2,0	90	1,3	
Sem informação	30	1,0	18	1,2	101	1,5	
<b>Número de consultas de pré-natal</b>							
De 1 a 3	102	3,4	79	<b>5,1</b>	366	<b>5,3</b>	
De 4 a 5	260	8,6	190	<b>12,1</b>	763	<b>11,1</b>	<b>&lt;0,001</b>
6 ou mais	2556	84,5	1215	77,7	5463	79,2	
Não fez PN	21	0,7	31	2,0	90	1,3	
Sem informação	86	2,8	47	3,0	213	3,1	
<b>Recebimento de cartão da gestante durante acompanhamento pré-natal</b>							
Não	31	<b>1,0</b>	5	0,3	61	0,9	<b>0,043</b>
Sim	2974	98,3	1527	97,6	6745	97,8	

Não fez PN	21	0,7	31	2,0	90	1,3	
<b>Apresentou caderneta da gestante na admissão para o parto</b>							
Não	126	<b>4,2</b>	40	2,6	251	3,6	<b>0,025</b>
Sim	2846	94,1	1484	94,9	6491	94,1	
Não teve caderneta	31	1,0	5	0,3	61	0,9	
Não fez PN	21	0,7	31	2,0	90	1,3	
Sem informação	2	0,1	4	0,3	5	0,1	
<b>Orientação sobre visitar a maternidade durante a gestação</b>							
Não	2309	76,3	1236	79,0	5387	78,1	<b>0,011</b>
Sim	678	22,4	293	<b>18,7</b>	1394	<b>20,2</b>	
Não fez PN	21	0,7	31	2,0	90	1,3	
Sem informação	18	0,6	4	0,3	27	0,4	
<b>Visitou a maternidade durante a gestação</b>							
Não	2607	86,2	1372	87,7	5994	86,9	<b>0,007</b>
Sim	393	13,0	152	<b>9,7</b>	790	11,5	
Não fez PN	21	0,7	31	2,0	90	1,3	
Sem informação	5	0,2	9	0,6	24	0,3	
<b>Peregrinação para o parto</b>							
Não	2592	85,7	1267	81,0	5509	79,9	<b>&lt;0.001</b>
Sim	425	14,0	292	<b>18,7</b>	1368	<b>19,8</b>	
Sem informação	8	0,3	4	0,3	20	0,3	
<b>Tipo de parto</b>							
Vaginal	1240	41,0	784	<b>50,1</b>	3397	<b>49,2</b>	
Fórceps/ vácuo extrator	28	0,9	6	0,4	46	0,7	<b>&lt;0.001</b>

Cesariana	1758	58,1	774	49,5	3455	50,1	
<b>Tipo de início de trabalho de parto*</b>							
Espontâneo	1115	39,7	706	<b>48,5</b>	3030	<b>48,1</b>	
Induzido com sucesso	359	12,8	181	12,4	724	11,5	<b>&lt;0.001</b>
Induzido sem sucesso	121	4,3	70	4,8	257	4,1	
Não entrou em trabalho de parto	1060	37,8	444	30,5	2006	31,8	
Sem informação	152	5,4	55	3,8	283	4,5	
<b>Profissional que assistiu ao parto vaginal**</b>							
Médica(o)	841	67,8	473	60,3	1906	56,1	
Enfermeira(o)/ obstetrix	380	30,6	277	<b>35,3</b>	1353	<b>39,8</b>	<b>&lt;0.001</b>
Outro	5	0,4	11	<b>1,4</b>	23	<b>0,7</b>	
Sem informação	14	1,1	23	2,9	115	3,4	
<b>Acompanhante</b>							
Em todos os momentos	1935	63,9	987	63,1	4374	63,4	
Em algum momento	1034	34,2	527	33,7	2334	33,8	0,060
Em nenhum momento	57		50		190		
		1,9		<b>3,2</b>		<b>2,8</b>	

\* Incluídas apenas as puérperas de parto com entrevista e prontuário finalizados (2.807 brancas, 1.456 pretas e 6.300 pardas).

\*\* Incluídas apenas as puérperas de parto com parto vaginal (1.240 brancas, 784 pretas e 3.397 pardas).



## Referências

- ALVES *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2020.
- ALMEIDA FILHO *et al.* Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. 2019
- AVELAR *et al.* A associação do pré-natal com diferentes desfechos perinatais: um estudo de coorte. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023
- BRASIL. 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 e ao Controle Social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- BUSS; PELLEGRINI FILHO. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2007.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2002, v. 10, n. 1 [Acessado 30 Janeiro 2022] , pp. 171-188.
- DAVIS, D. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica - revista de Antropologia*. vol. 12(2). 2020
- DINIZ, D, *et al.* Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 11, p. 3085–3092, nov. 2023.
- Domingues, *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015.
- Leal, *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2020
- LEAL, *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. 2017.
- LOPES. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. *Organicom*. 2022.
- SANTOS *et al.* Estado nutricional pré gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2012
- VIELAS, *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014.