

MULHERES NEGRAS E MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DO PARANÁ, BRASIL, DE 1993 A 1998¹

NEGRO WOMEN AND MATERNAL MORTALITY IN THE STATE OF PARANA BRAZIL, BETWEEN 1993 AND 1998

*Alaerte Leandro Martins²
Ana Cristina d'Andretta Tanaka³*

MARTINS, A.L.; TANAKA, A.C.d'A. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998. São Paulo. Rev. Bras. Cresc. Desv. Hum., 10(1), 31-40, 2000.

Resumo: Estudou-se a mortalidade materna segundo a raça das mulheres que residiam no Estado do Paraná e que morreram entre os anos de 1993 a 1998. O objetivo foi analisar as causas de mortes segundo raça e variáveis sócio - econômicas, buscando evidenciar a situação da mulher negra. A população foi composta por 956 casos de óbitos maternos que fazem parte do Banco de Dados do Comitê Estadual de Morte Materna responsável pela coleta das informações. Para elaboração das tabelas utilizou-se os programas Epi-Info e Excel. Os coeficientes de mortalidade materna, para 1993, foram de 385,4; 342,3 e 51,6 por 100.000 nascidos vivos entre as mulheres amarelas, pretas e brancas, respectivamente. O risco de morte foi 7,4 vezes maior nas pretas e 5 vezes nas amarelas, em 1993, e de 4,4 vezes maior entre as pretas e 3,4 vezes entre as amarelas, em 1997. A hipertensão ocorreu em 77,8% dos óbitos entre as mulheres de raça amarela, 46,9% entre as pretas e 31,2% entre as brancas. Concluiu-se que nas estratégias para a redução da mortalidade materna é indispensável observar as características de raça e as condições sócio - econômicas. Sugere-se assim, que os Comitês de Morte Materna colem com mais cuidado os dados de cor e situação sócio - econômica, para que estudos como este possam ser realizados.

Palavras-chave: mortalidade materna, raça, mulheres negras.

INTRODUÇÃO

O estudo da mortalidade materna tem desafios, na atualidade, que superam análises individuais de cada caso e remetem a uma dimensão maior, que é a da população, de suas questões de vida, saúde e doença, em uma sociedade onde a igualdade de gênero e direitos reprodutivos ainda não são um consenso.

Tema essencial da saúde reprodutiva, esse desafio está em correlacioná-la com as questões econômicas e sociais e com a sua influência no desenvolvimento do todo que é a humanidade onde, explicitamente ou não, as políticas populacionais colocam-se frente à frente com realidades diversas: fome e miséria, no terceiro mundo;

clonagem de seres humanos e novas tecnologias reprodutivas, conceptivas e contraceptivas, para servir a alguns poucos.

Considerando a abrangência das questões econômicas e sociais e sua influência na mortalidade materna, é consenso que a maioria das mulheres que falecem tem menor renda e escolaridade. Por exemplo, no estudo feito pelo Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná (CEMM-PR, 1992) observou-se que os óbitos ocorrem em mulheres com renda de 1 a 4 salários mínimos (52,5% dos casos) e entre aquelas que tinham de 1 a 4 anos de estudo (86,78% dos casos).

Juntamente com as questões sócio-econômicas e demográficas emerge a questão racial, com uma análise difícil de ser realizada decor-

1 Baseado em dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (MARTINS, 2000).

2 Enfermeira, Mestre em Saúde Pública. Membro do Comitê de Mortalidade Materna do Paraná. End. Av. Aloisio Leone, 1409 - Lapa - CEP 83750-000 - PR.

3 Professora Associada do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. End. Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo.

rente da conceituação e classificação de etnia, onde várias tendências se colocam: por cor, por ascendência, por estrato social e há até quem acredite que não deva existir classificação; mas, certamente, qualquer que seja a classificação, os dados parecem evidenciar que as minorias étnicas vivem em piores condições sócio-econômicas.

Para BREILH (1997), “vivemos e realizamos um trabalho epidemiológico encurralados em um mundo fundado na iniquidade e na agressão, na lei implacável dos poderosos observamos, além disso, com calafrios, o avanço avassalador de uma ‘narcoburguesia’ que domina os espaços por meio da violência... o ressurgimento de velhas teses científicas racistas a respeito da iniquidade... que já não são apenas patrimônio de seitas ultra nacionalistas. Desdobram-se em recentes obras científicas... em que a explicação da desigualdade reduz-se, sob modelos matemáticos formais, à presença de condições genéticas supostamente estáveis e pouco modificadas pelos processos do contexto. Esse material genético explicaria per se a desigualdade entre um segmento da sociedade branca opulenta, inteligente e empreendedora, e esse outro segmento de grupos de hispânicos e negros, radicados no fundo da sociedade, substancialmente menos inteligentes, drogados e delinquentes”.

ATRASH e cols. (1995) afirmam que ser membro de uma minoria étnica em si mesmo não explica a razão desta disparidade, porém é importante ter esta informação quando se faz prevenção.

Estes mesmos autores, ao compararem os dados de vários trabalhos em que se estudou o risco de morte materna, entre minorias étnicas, em alguns países da Europa, América do Norte e Austrália, mostraram que nos Estados Unidos da América, por exemplo, o risco de morte materna, em 1994, foi 4,3 vezes maior entre as negras. Enquanto na França, também em 1994, ele foi de 2,2 vezes maior entre as não francesas e na Austrália, em 1993, ele foi 10 vezes maior entre as aborígenes.

No Brasil, não existem estudos que abordem esta questão de raça e mortalidade materna. Vale ressaltar que, devido à ampla miscigenação da população brasileira, uma pesquisa nesta área tem que ser cuidadosa e criteriosa para que fatores intervenientes, como os sócio-econômicos, não interfiram no resultado.

A grande dificuldade de se trabalhar com esta temática deve-se a quatro correntes, bastante heterogêneas na composição e antagônicas na concepção quanto aos problemas sanitários da população brasileira, identificadas pelo Grupo de Trabalho Interministerial (MINISTÉRIO DA SAÚDE/JUSTIÇA, 1998):

- A corrente negativista recusava-se a re-

conhecer que a população tivesse problemas específicos de saúde, repelindo qualquer tentativa de sistematização científica. A divulgação de informações sobre as doenças da população negra serviria, no seu entender, para aumentar a segregação racial, diminuindo o valor étnico de seus integrantes perante os demais grupos sociais;

- A corrente integracionista defendia a tese de que não havia uma problemática específica da população negra, visto que suas doenças derivavam de suas condições sociais, econômicas e culturais. Os problemas sanitários seriam resolvidos quando se resolvessem as questões estruturais do País. Os programas de saúde, gerais e universalizados, ao atenderem a todos, estariam atendendo aos negros;
- A corrente pró-paternalismo posicionava-se favorável à tese de que a população negra sofria de várias doenças, provocadas pela escravidão e marginalização a que fora submetida, e a reparação deveria traduzir-se na criação de múltiplos programas especializados e no estabelecimento de prioridades para o atendimento dos afrodescendentes na rede pública.
- A corrente contemporânea propugnava por uma abordagem científica, sem receio de externar a problemática da saúde da população negra, desde que esse diagnóstico servisse como instrumento de conscientização para o encaminhamento de soluções.

Com a finalidade de fazer uma primeira abordagem da questão de raça e mortalidade materna é que o presente estudo foi realizado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional de óbitos maternos ocorridos no estado do Paraná entre os anos de 1993 a 1998. Utilizou-se o Banco de Dados do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná, pois este continha as informações necessárias ao estudo, inclusive raça. Assim, trabalhou-se com as variáveis: idade materna, raça, renda, escolaridade, estado civil, história genésica, frequência ao pré-natal, tipo de parto, natimortos e causa de óbito. Para a questão de raça, utilizou-se a classificação disponível no banco que foi a identificação da cor: amarela, branca, parda e preta. Para melhor análise as mulheres identificadas

como parda e preta foram agrupadas como negras, mas estudadas separadamente. Desta forma, quando referir mulheres negras estar-se-á falando das pardas mais as pretas.

Para elaboração das tabelas, utilizou-se os programas Epi-Info*, Excel**; para a análise calculou-se o Coeficiente de Mortalidade Feminina de 10 a 49 anos por raça e causa materna (CMF) e o Coeficiente ou Razão de Mortalidade Materna (CMM) e o risco relativo de morte feminina de 10 a 49 anos por causa materna.***

Foi calculado o risco relativo apenas para 1993 e 1997 por não existirem dados populacionais, por raça, para os demais anos. Para 1993, adotou-se estas como parâmetro a distribuição da população feminina por raça, sexo e idade do Censo de 1991 (IBGE) tendo-se como premissa que não ocorreram grandes mudanças nesta distribuição entre 1991 e 1993, e, para 1997 os dados da Pesquisa de Amostra Domiciliar do Paraná (PNAD-PR) feita em 1997 (IBGE, 1997).

O Coeficiente de Mortalidade Materna foi calculado apenas para o ano de 1993, pois o país ainda não dispõe de dados de nascidos vivos por raça; assim, para estimar o número de nascidos vivos por raça deste ano, utilizou-se sobre o total de nascidos vivos de 1993 a mesma distribuição percentual de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos últimos doze meses ao Censo de 1991 (IBGE) por raça, admitindo que não devam ter ocorrido grandes alterações entre 1991 e 1993.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Estado do Paraná, no período de 1993 a 1998, ocorreram 956 casos de óbitos de mulhe-

res de 10 a 49 anos por causa materna numa média anual de 160 óbitos. A maioria dos óbitos ocorreu entre as mulheres da raça branca (53,3%). A raça negra totalizou 17,9%, onde incluiu-se as pardas e as pretas e, a raça amarela 1,4%. Infelizmente, o número de casos ignorados foi muito elevado impedindo uma melhor análise. As alterações de distribuição do óbito materno por raça anualmente podem ser apenas efeito do maior ou menor número de casos ignorados (Tabela 1).

Em relação ao elevado número de casos ignorados quanto à raça deve-se considerar duas questões: a primeira é que este dado depende de visita domiciliar e, como se sabe, a morte materna é a que leva a uma maior desagregação familiar não sendo a família, com frequência, encontrada; assim, o dado não pode ser obtido. Em segundo lugar, ele depende do entendimento e da importância dispensadas pelo entrevistador ou profissional de saúde a este quesito. À guisa do exemplo, em algumas regionais de saúde, todas as mulheres pesquisadas foram consideradas brancas. Certamente, há uma grande dificuldade de se classificar as raças, permitindo que erros ocorram principalmente ao incluir as pardas como brancas.

WOOD & CARVALHO (1994) "...mostram que a distribuição da população por cor altera-se substancialmente de acordo com o método de coleta de dados. Em resposta à questão aberta, 41,91% das pessoas declararam-se brancas. Na resposta pré-codificada, o percentual de brancos subiu para 53,94%, um aumento de 12 pontos percentuais..."

O Censo de 1991 (IBGE) mostrou que, para o Estado do Paraná, das 3.187.964 mulheres de 10 a 49 anos, 76,31% eram brancas, 22,65% ne-

Tabela 1: Número e porcentagem de óbitos maternos no Estado do Paraná, segundo raça, nos anos de 1993 e 1998.

Raça	1993		1994		1995		1996		1997		1998		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amarela	04	2,4	02	1,0	-	-	02	1,4	03	2,0	02	1,3	13	1,4
Branca	71	42,8	90	47,1	93	62,8	75	52,4	92	60,1	89	57,4	510	53,3
Negra	31	18,7	26	13,6	13	8,8	41	28,7	34	22,2	26	16,8	171	17,9
Parda	16	9,6	14	7,3	07	4,7	19	13,3	22	14,4	15	9,7	93	9,7
Preta	15	9,0	12	6,3	06	4,0	22	15,4	12	7,8	11	7,1	78	8,2
Ignorado	60	36,1	73	38,2	42	28,4	25	17,5	24	15,7	38	25,4	262	27,4
Total	166	100,0	191	100,0	148	100,0	143	100,0	153	100,0	155	100,0	956	100,0

* Epi-Info: programa estatístico para labutação e análise de dados, de domínio público, produzido pelo CDC de Atlanta, para computador pessoal.

** Excel: programa para elaboração de tabelas e gráficos da MICROSOFT.

*** Coeficiente de Mortalidade Feminina (CMF) = numero de óbitos femininos por causa materna e por raca x 100.000 número de mulheres por raça.z

Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) = número de óbitos femininos por causa materna e por raça x 100.000 numero de nascidos vivos por raça Risco Relativo (relação entre dois coeficientes de incidência) = CMF por cada raça exceto a branca CMF das brancas

gras e apenas 0,86% amarelas. Ao comparar a distribuição da população feminina e o número de mortes maternas por raça, para 1993, observou-se que o risco relativo de morte destas mulheres por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério foi 7,4 vezes maior nas pretas do que nas brancas e 5 vezes maior entre as amarelas quando comparadas com as brancas (Tabela 2).

Visualiza-se, na tabela acima referida, que a distribuição percentual das mulheres por raça é diferente entre as vivas e as que faleceram. Era de se esperar que esta distribuição fosse semelhante. Esta diferença pode ter ocorrido devido à grande percentagem de casos ignorados ou porque o risco de morrer ocorre diferentemente entre as raças.

No presente estudo, as mulheres que apresentaram maiores diferenças foram as pretas e as amarelas. Esta questão fica mais clara quando se observa o Coeficiente de Mortalidade Feminina de 10 a 49 anos, por causa materna e raça (Tabela 2), em que as mulheres pretas tiveram um coeficiente de 21,7, as amarelas de 14,6 e as brancas de 2,9 por cem mil mulheres. É interessante mencionar que este coeficiente foi semelhante entre as brancas e as pardas.

Em relação ao Coeficiente de Mortalidade Materna por raça, este foi de 385,4 por cem mil nascidos vivos entre as amarelas, 342,3 entre as pretas e 51,6 entre as brancas. Estes dados mostram que a morte materna foi 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes entre as pretas, quando comparadas com as brancas.

Estes coeficientes, principalmente, os de raça amarela e preta, são extremamente elevados comparando-se aos valores de países de produto interno bruto muito mais baixo do que o nosso, como o Quênia, Namíbia ou mesmo o Paraguai e o Peru, entre outros. (WHO/UNICEF, 1996). Ou a valores semelhantes ao coeficiente de mortalidade materna de negros americanos* na década de 40 (MMWR, 1995).

Como observa-se na Tabela 2, a Taxa de Fecundidade foi maior entre as pretas e menor entre as amarelas; estranhamente, é justamente entre as mulheres da raça amarela que o coeficiente de mortalidade materna se apresentou mais elevado.

Na Tabela 3 observa-se que, para 1997, o risco relativo de morte feminina de 10 a 49 anos por causa materna foi maior para as mulheres amarelas e pretas. Também para este ano, a distribuição percentual de mulheres vivas e que faleceram foi diferente sugerindo que estas duas raças apresentam um maior risco de morrer por complicações da gravidez, parto e puerpério. Os dados do Coeficiente de Mortalidade Feminina por raça e causa materna elucidam esta questão, isto é, enquanto em cada 100.000 mulheres pretas morreram 15,4, entre 100.000 mulheres amarelas morreram 11,7 e entre 100.000 brancas faleceram 3,5, revelando a magnitude do risco de morte nestas duas raças.

Em relação às características sócio-demográficas das falecidas observou-se que, no conjunto das raças os óbitos, em sua maioria, foram

Tabela 2: Número e porcentagem de mulheres de 10 a 49 anos (Censo de 1991), número de nascidos vivos, número e porcentagem de óbitos maternos, coeficiente de mortalidade feminina por causa materna e raça (CMF), coeficiente de mortalidade materna (CMM), risco relativo de morte por causa materna segundo raça e taxa de fecundidade. Estado do Paraná, 1993.

Raça	Mulheres De 10 49 anos		Nascidos vivos	Óbitos maternos		CMF (100.000 mul.)	CMM (100.000 NV)	Risco Relativo [entre C e A]	Taxa de fecundidade (1.000 mul.) [B/AX1.000]
	Nº [A]	%		Nº [B]	Nº [C]				
Amarela	27.491	0,86	1.038	4	2,4	14,6	385,4	5,0	40,8
Branca	2.432.719	76,31	137.738	71	42,8	2,9	51,6	1,0	60,8
Negra	722.042	22,65	43.967	31	18,7	4,3	70,5	1,5	65,4
Parda	652.786	20,48	39.585	16	9,6	2,5	40,4	0,8	65,1
Preta	69.256	2,17	4.382	15	9,0	21,7	342,3	7,4	67,9
Ignorados*	5712	0,18	532	60	36,1		
Total	3.187.964	100,0	183.275	166	100,0	5,2	90,6		61,7

* Incluiu-se nesta categorias as mulheres indígenas e sem identificação de raça.

* Neste estudo, feito pelo MMWR do CDC, de Atlanta, trabalhou-se apenas com mulheres de raça branca e negra, sendo as demais excluídas.

Tabela 3: Número e porcentagem de mulheres de 10 a 49 anos, número e porcentagem de óbitos maternos, coeficiente de mortalidade feminina por causa materna e raça (CMF) e risco relativo de morte por causa materna segundo raça. Estado do Paraná, 1997.

Raça	Mulheres de 10 - 49 anos*		Óbitos de mulheres por causa materna		CMF	Risco
	Nº	%	Nº	%	100.000 mulheres	Relativo
Amarela	25.574	0,74	3	2,0	11,7	3,4
Branca	2.636.894	76,30	92	60,1	3,5	1
Negra	781.046	22,60	34	22,2	4,4	1,3
Parda	702.941	20,34	22	14,4	3,1	0,9
Preta	78.105	2,26	12	7,8	15,4	4,4
Ignorada	12.441	0,36	24	15,7		
Total	3.455.955	100,0	153	100,0	4,4	

* Dados da PNAD - Paraná de 1997.

de mulheres entre 20 a 29 anos, onde ocorre o maior número de nascimentos. O maior valor observado foi nas raças branca e negra, nesta faixa etária, de 42,5% e 44,7%, respectivamente. Ao analisar separadamente a raça negra, as mulheres pardas em 49,5% estavam nesta faixa etária. As falecidas da raça amarela apresentaram maior percentual na faixa de 30 a 39 anos (53,8%). A porcentagem de casos ignorados por idade foi apenas de 0,2%.

ATRASH e cols. (1990) citam que "... a idade mais avançada é fator de risco, assim como as mulheres solteiras. As brancas solteiras têm 2,7 vezes mais risco que as casadas e as negras solteiras 1,2 vezes mais risco que as negras casadas".

Evidenciou-se que grande parte dos óbitos (614 - 64,22%) ocorreu entre mulheres casadas. Este resultado difere dos de TANAKA e MITSUIKI (1999), onde "... houve uma maior prevalência de óbitos de mulheres solteiras (62,9%), seguidas pelas casadas (28,6%)." Das solteiras com identificação de raça, as pardas eram em maior percentual (35,5%).

O fato de ser solteira ou casada, na maioria dos casos, influencia diretamente na condição sócio - econômica, renda per-capita familiar

e acesso a serviços de saúde. A mulher casada teria melhores condições de acesso, além do fator emocional, inclusive através do amparo do companheiro. Assim como a idade, a identificação do estado civil na declaração de óbito é bem preenchida, havendo apenas 2,7% de casos ignorados.

A análise de renda ficou muito prejudicada pois, em 45,6% dos casos não se obteve esta informação. Entre as de raça identificadas, as brancas apresentaram o maior percentual (37,0%) de renda ignorada. Desta forma, não se pode fazer uma análise mais aprofundada em relação à morte materna por raça e renda.

Na Tabela 4 visualiza-se que 267 (27,9%) do total da população investigada, cuja renda familiar era conhecida, recebiam 1 salário mínimo e menos. Apenas 23,1% das famílias das amarelas recebiam este salário; em contrapartida entre as pardas, 45,1% das famílias estavam nesta faixa de renda. Presumindo-se que, se a distribuição percentual das falecidas de renda ignorada for semelhante à das com renda conhecida, poder-se-ia fazer a hipótese que, provavelmente, morreram mais mulheres com renda familiar de até 1 salário mínimo, isto é, as mais pobres.

Tabela 4: Distribuição de óbitos maternos segundo renda familiar e raça. Estado do Paraná, 1993 a 1998.

Raça	Renda em salários mínimos (SM)											
	< 1		1		1 a 2		3 e mais		IGN.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amarela	2	15,4	1	7,7	5	38,5	2	15,4	3	23,1	13	100,0
Branca	74	14,5	80	15,7	89	17,4	78	15,3	189	37,0	510	100,0
Negra	32	18,7	32	18,7	26	15,2	25	14,6	56	32,7	171	100,0
Parda	24	25,8	18	19,3	13	14,0	10	10,7	28	30,1	93	100,0
Preta	8	10,2	14	17,9	13	16,6	15	19,2	28	35,9	78	100,0
Ignorado	21	8,0	25	9,5	11	4,2	17	6,4	188	71,7	262	100,0
Total	129	13,5	138	14,4	131	13,7	122	12,8	436	45,6	956	100,0

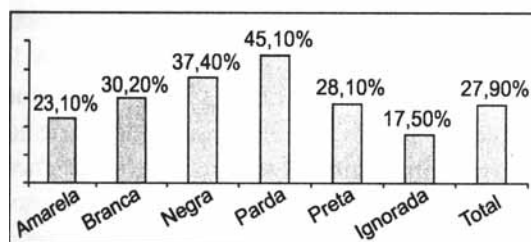


Gráfico 1 - Distribuição dos óbitos maternos segundo percentual de renda até um salário mínimo por raça. Estado do Paraná, 1993 a 1998.

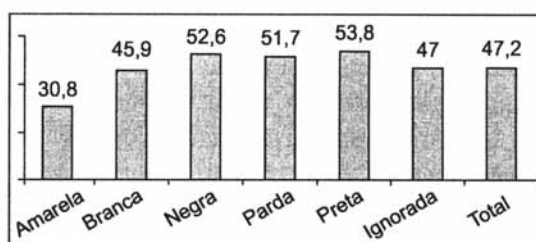


Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos maternos segundo escolaridade até 4 anos de estudo por raça. Estado do Paraná, 1993 a 1998.

O Gráfico 1 ilustra a questão da renda familiar até 1 salário mínimo, onde pode-se observar que as mulheres negras foram as mais pobres apresentando um percentual de 37,4%, para esta faixa de renda, sendo que, dentre elas, as pardas atingiram 45,1%.

A análise da escolaridade talvez possa mostrar melhor a questão da pobreza como um fator importante na mortalidade materna, visto que, nos dias atuais, a escolaridade influencia na qualificação profissional que possibilita um emprego melhor e uma maior renda. Entre as falecidas, 36,2% delas tinham de 1 a 4 anos de escolaridade e 11,0% eram analfabetas, isto é, quase 50,0% delas apresentavam baixa escolaridade. Faz-se necessário mencionar que em apenas 18,7% (179) dos casos não se pode obter intonação sobre esta variável.

O estudo da escolaridade detalhado por raça mostrou que 52,6% (90) das negras, tinham no máximo 4 anos de estudo, seguido pelas brancas com 45,9% e depois as amarelas com 30,8% (Gráfico 2). Dentre as negras, as pretas em 53,8% tinham 4 anos ou menos de estudos, sendo 11,5% delas analfabetas.

Para BERQUÓ (1988) “na área de estudos demográficos, a educação da mulher e da mulher negra aparece como componente essencial ao controle do crescimento da população e ao melhor atendimento das necessidades dos filhos, agindo, portanto, sobre a diminuição da mortalidade infantil”, inclusive.

Evidenciou-se no trabalho que, quanto mais anos de estudo, menor foi a mortalidade materna; apenas 8 (0,8%) óbitos ocorreram em mulheres com escolaridade acima de 11 anos e, por outro lado, 105 (11,0%) casos eram de analfabetas. As mulheres da raça amarela foram as que apresentaram maior escolaridade, 38,5% delas tinham mais de 9 anos de estudos, já entre as brancas apenas 6,9% e entre as negras 2,9%.

Se a escolaridade é um importante determinante da condição social das mulheres, as mu-

lheres negras eram menos escolarizadas e, provavelmente, mais pobres. Ao associar este dado com o da ocupação, esta relação fica mais clara pois as falecidas negras que trabalhavam o faziam em serviços mais simples e de menor prestígio do que as brancas. Resumindo: as falecidas negras tinham, provavelmente, condições sócio-econômicas mais baixa do que as falecidas das outras raças (brancas e amarelas).

A análise da história genésica das mulheres revelou que as maiores taxas de óbitos maternos em primigestas, isto é, em primeira gestação, foram de mulheres amarelas seguidas das brancas e negras, respectivamente, 61,5%, 29,4% e 22,2%; embora, entre multigestas (5 gestações e mais), as mulheres amarelas também apresentaram o maior percentual (30,8%), seguidas das negras e brancas, respectivamente 22,8% e 22,0%.

Com relação ao pré-natal, somente 24,9% (238 delas) não o frequentaram. Inclui-se em não realizados os casos também onde “não se aplica”, isto é, mulheres que morreram com poucas semanas de gravidez. Os ignorados foram 10,25% (98) dos casos, dentre os quais as pardas têm o maior percentual, 12 casos (12,90%).

Embora apenas 24,9% das mulheres não tenham frequentado o pré-natal, a percentagem de mulheres que receberam 6 ou mais consultas também foi baixo: de 34,0% entre as negras, 32,1% entre as brancas e 23,1% entre as amarelas. Entre as negras, as pretas frequentaram o pré-natal um pouco mais do que as pardas, 35,9% e 32,2%, respectivamente. A discussão do número de consultas se faz importante porque um pré-natal incompleto, com início tardio e baixo número de consultas, não ajuda na prevenção de doenças, principalmente ao se levar em consideração a qualidade dessas consultas.

SASS e cols. (1995), em estudo sobre o pré-natal e prevenção da mortalidade materna por hipertensão arterial citam que: “... a maior parte dos casos que evoluíram para óbito apresentavam assistência pré-natal considerada razoável em ter-

mos quantitativos, isto é, em termos de número de consultas, porém com qualidade discutível”.

Este mesmo autor apresenta indicadores oficiais, onde mostra que as grávidas com renda até um quarto de salário mínimo, apenas 29% realizaram pré-natal e 71% não o realizaram, sendo que, nas de renda de dois salários mínimos, o dado praticamente inverte-se: 91% delas realizaram e 9% não realizaram, e conclui que a “... assistência pré-natal é precária, principalmente nos grupos populacionais mais carentes e se agrava mais ainda na população rural.”

O estudo da via de nascimento mostrou que em 21,7% dos casos a gestação terminou em aborto ou não houve a expulsão do concepto, isto é a grávida e o bebê morreram juntos; dos demais casos, 47,0% (449) deles terminaram em cesariana e 26,0% (208) em parto vaginal. As mulheres brancas foram as mais submetidas à cesárea, em 52,3% dos casos, e as amarelas, as em menor número, 46,1%.

A assistência ao parto e condições de saúde da mãe são a base da mortalidade perinatal. O número de natimortos chegou a 210 22,0%. Somados aos que não nasceram, obteve-se um percentual de 37,7% (360 casos). Isto é, além da elevada mortalidade materna, quase 40% dos conceptos também morreram.

Dos vários estudos de mortalidade materna, como SIQUEIRA e cols. (1984), LAURENTI (1995) entre outros, são conhecidas as quatro principais causas básicas de morte no Brasil: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto. Segundo TANAKA e cols. (1989), no Estado de São Paulo, no período de 1980 a 1984, do total de mortes maternas, 33,8% o foram por hipertensão, 16,6% por hemorragias e 13,4% por aborto. As demais causas, como complicações do trabalho de parto, infecções puerperais, entre outras, não atingiram o percentual de 10% cada uma.

Na cidade de São Paulo, no biênio 95/96, as causas foram “... hemorragia, com 14,5%, complicações do aborto, 13,7% e eclampsia, 10,3% e cardiopatias 11,11%” conforme citam PMSP (s.d.).

Nos municípios de Bauru, Marília e Presidente Prudente - São Paulo - de 1989 a 1990, apresentados no estudo de SALGADO NETTO (1992), as causas foram “... toxemia, seguido de hemorragia, aborto, indiretas com aproximadamente o mesmo percentual das duas últimas, em quarto lugar”.

VIANNA (1990) em Diadema - São Paulo, observou que “as complicações da gravidez, do parto e do puerpério ocupavam o 5º lugar no total de óbitos, com 7,0% dos casos, sendo que todas as mortes foram entre mulheres com 20 a

49 anos, 59,0% tinham nível de escolaridade até a 4ª série do 1º grau ... Com relação ao salário, 58,3% das que trabalhavam, recebiam na faixa de meio até um salário mínimo por mes. Os estados hipertensivos... ficaram em primeiro lugar, seguidos das cardiopatias, das hemorragias e dos abortos, com coeficiente de mortalidade materna de 289,32 por 100.000 nascidos vivos”.

A Tabela 5 mostra que o maior índice foi de óbitos maternos obstétricos diretos (72,60%), sem variação significativa entre as raças, exceto para as pretas que apresentaram o menor percentual (62,8%), evidenciando, como um todo, a necessidade de melhor assistência ao pré-natal e ao parto, pois estes óbitos são evitáveis, em sua maioria.

No Estado do Paraná, o CEMM-PR (1997) cita que “... no período 94-96, 333, (67%) dos óbitos foram decorrentes de causas obstétricas diretas, sendo que a principal causa identificada foi a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) com 19% dos casos... exclui-se a hipertensão arterial crônica que possui na CID-10 um código próprio, 10, e passou a ser classificada como obstétrica indireta. A segunda... foi infecção puerperal... em seguida hemorragias pós-parto ... e aborto”.

ATRASH e cols. (1990) referem que a primeira causa de óbito materno foi embolia pulmonar, seguida de complicações da hipertensão e hemorragia. BERG e cols. (1996) referem que de 1979-86 para 1987-90 “diminuiu a hemorragia e complicações anestésicas e aumentou as cardiomiopatias e infecção, sendo que para todas as causas o coeficiente sempre foi maior para as mulheres negras; a cardiomiopatia foi 5,9 vezes maior que o coeficiente para mulheres brancas e a mortalidade por anestesia 6,6 vezes maior”.

Na Tabela 6, visualizam-se as principais causas de óbitos maternos, onde os obstétricos diretos são responsáveis por 72,6% (694) dos casos. A hipertensão ocorreu em 33,6% dos óbitos, acometendo principalmente as amarelas (77,8%), seguidas das negras (36,0%), dentre as quais as pretas têm o maior percentual (46,9%).

As hemorragias foram a segunda causa de óbito seguida das infecções puerperais e do aborto. A análise da causa de óbito por raça não revelou diferenças importantes a não ser quanto à hipertensão que foi maior nas amarelas e nas pretas.

Para LOPES (1999) e JARDIM (1996), entre outros, a hipertensão arterial é maior entre negros. Cita ainda o primeiro autor que, fora do continente africano, o risco de hipertensão arterial é maior em negros e mestiços.

No presente estudo, a síndrome hipertensiva foi 2,5 vezes maior entre as amarelas do que entre as brancas, e 1,5 vezes maior entre

Tabela 5: Distribuição dos óbitos maternos segundo tipo de óbito e raça. Estado do Paraná, 1993 a 1998.

Raça	Óbito obstétrico						Total	
	Direto		Indireto		Não especificado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Amarela	9	69,2	3	23,1	1	7,7	13	100,0
Branca	375	73,5	124	24,3	11	2,1	510	100,0
Negra	111	64,9	34	19,9	26	15,2	171	100,0
Parda	62	66,7	20	21,5	11	11,8	93	100,0
Preta	49	62,8	14	17,9	15	19,2	78	100,0
Ignorado	199	75,9	59	22,5	4	1,5	262	100,0
Total	694	72,6	220	23,0	42	4,4	956	100,0

Tabela 6: Distribuição de óbitos maternos obstétricos diretos segundo causa básica e raça. Estado do Paraná, 1993 a 1998.

Raça	Causa básica											
	Aborto		Hemorragia		Hipertensão		Infecção		Out. complicações		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amarela	-	-	-	-	7	77,8	-	-	2	22,2	9	100,0
Branca	33	8,8	58	15,5	117	31,2	47	12,5	120	32,0	375	100,0
Negra	2	1,8	23	20,7	40	36,0	14	12,6	32	28,8	111	100,0
Parda	2	3,2	18	29,0	17	27,4	8	12,9	17	27,4	62	100,0
Preta	-	-	5	10,2	23	46,9	6	12,2	15	30,6	49	100,0
Ignorada	13	6,5	35	17,6	69	34,7	22	11,0	60	30,1	199	100,0
Total	48	6,9	116	16,7	233	33,6	83	11,9	214	30,8	694	100,0

as pretas do que as brancas, apesar das características destas mulheres serem muito diferentes: enquanto as amarela eram mais velhas, casadas, com renda familiar maior, com maior escolaridade, menor fecundidade e maior porcentagem de primigestas; as pretas eram novas, jovens, com menor porcentagem de mulheres casadas, menor renda e escolaridade, maior fecundidade e menor porcentagem de primigestas, permitindo com isto que se faça a hipótese que a questão racial deve ter relação com a doença que levou à morte, mas as questões sócio-econômicas também.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Dos óbitos maternos identificados por raça, 17,9% ocorreram entre as mulheres negras e estas correspondiam a 21,8% do total de mulheres do Paraná, em 1991. Dentre a população de mulheres negras, apenas 2,2% delas eram pretas, porém 8,2% dos óbitos maternos foram de mulheres pretas.

O risco de uma mulher morrer por causa materna foi, sem dúvida, maior para as mulheres pretas seguidas das amarelas, tanto para 1993 como para 1997.

O coeficiente de mortalidade materna, em 1993, foi de 356,5 nas amarelas, 318,9 nas pretas, 48,0 nas brancas e 37,6 nas pardas por 100.000 nascidos vivos.

As principais causas básicas de óbitos maternos foram os diretos, onde as síndromes hipertensivas acometeram 2,5 vezes mais as amarelas e 1,5 vezes mais as pretas.

As mulheres de raça amarela apresentaram melhores características sócio-econômicas demográficas do que as brancas, e as pretas apresentaram as piores; porém, o risco de morte de ambas foi muito elevado, sugerindo que deve existir relação entre raça, doença, condições de vida e mortalidade materna, necessitando, para isto, um maior aprofundamento no tema.

Conclui-se que nas estratégias para redução da mortalidade materna é indispensável observar as especificidades de cada raça, especialmente das amarelas e pretas. Para isto, é necessário que os Comitês de Morte Materna colem com cuidado os dados pessoais das falecidas, principalmente no quesito cor e situação sócio-econômica.

Agradecimentos: Aos membros do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná pelo apoio, disponibilização dos dados e confiança sem a qual não seria possível viabilizar este estudo. Aos Professores Doutores Arnaldo

Augusto Franco de Siqueira e João Bosco Strozzi, membros da Banca Julgadora da defe-

sa da Dissertação, pela colaboração que levou ao enriquecimento do trabalho.

Abstract: A study of maternal mortality according to the race of women who lived in the state of Paraná and died between 1993 and 1998 was undertaken on the basis of data obtained from the database of the State Committee for Maternal Mortality. The objective was to analyse the cases in the light of some particular socio-economic variables and to verify their correlation to race and basic cause of death, revealing specifically the situation of black women. The sample studied consisted of 956 women whose deaths occurred during the period mentioned, whose data were collected and recorded in a "Confidential Investigation of Maternal Death" file. The Epi-Info and Excel programs were used in the necessary analyses. The results show that the maternal mortality ratios in 1993 were 385.4; 342.3 and 51.6 per 100,000 live births for the yellow, black and white women respectively. The relative risk in 1993 was 7.4 for black women followed by the yellow with 5.0, and in 1997 it was 4.4 for black women and 3.4 for the yellow. Hypertension occurred in 77.8% of the yellow, 46.9% of the black and 31.2% of the white deaths. The conclusion is that intervention strategies for the prevention of pregnancy-related deaths must take into account both socioeconomic conditions and racial characteristics, and it is suggested that the Committee for Maternal Mortality studies the need for more complete personal data especially as regards colour and socio-economic situation.

Key words: maternal mortality; race; black women.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATRASH, H. K.; ALEXANDER, S.; BERG, C. J. Maternal mortality in developed countries: Not just a concern of the past. *Obstet. Gynecol.*, 86 (4, part 2): 700-5, 1995.
- ATRASH, H. K.; KOONIN, L. M.; LAWSON, H. W.; FRANKS, A. L.; SMITH, J. C. Maternal mortality in the United States, 1979-1986. *Obstet. Gynecol.*, 76: 1055-60, 1990.
- BERG, C. J.; ATRASH, H. K.; KOONIN, L. M.; TUCKER, M. Pregnancy – related mortality in the United States, 1987-1990. *Obstet. Gynecol.*, 88: 161-167, 1996.
- BERQUÓ, E. Demografia da desigualdade- Algumas considerações sobre os negros no Brasil. In: *Anais do 4º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 1988 out.; Olinda, Brasil. São Paulo, ABEP; 1988. v.3: p.89- 110.
- BREILH, J. A epidemiologia na humanização da vida: convergências e desencontros das correntes. In: BARATA, R. B. (Org.). *Equidade e Saúde. Contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 23-38.
- CEMM-PR Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná Relatórios dos Comitês de Morte Materna do Paraná, Paraná; 1992. [mimeo]
- CEMM-PR Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná Relatório trienal 1994-96. Mortalidade materna no Paraná, do anonimato à ação. Curitiba; 1997. [mimeo]
- Differences in maternal mortality among black and white women - United States, 1990. *MMWR*, 44(1): 6-7, 13-4, 1995.
- FUNDAÇÃO IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD Paraná e Região Metropolitana. 1997. Rio de Janeiro; 1997. p. 176.
- JARDIM, P. C. B. V. Patologia da hipertensão arterial em negros. *Hiper Ativo*, 3: 173-9, 1996.
- LAURENTI, R. Perfil da mortalidade materna. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, p. 304-319, 1995.
- LOPEZ, A. A. Hipertensão arterial em negros. *KARDIA: o desafio em cardiologia*, 2: 16-23, 1999.
- MARTINS, A.L. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, de 1993 a 1998. Ponta Grossa (PR); 2000. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa-PR.
- MINISTÉRIO DA SAUDE/MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. A saúde da população negra – realizações e perspectivas. Brasília (DF); 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ UNICEF. Revised /990 estimares of maternal mortality: a new approach by WHO and Unicef. Genebra: OMS/Unicef; 1996.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Relatório do comitê de mortalidade materna da PMSP – biênio 95/96. São Paulo, s.d. [mimeo].

- SALGADO NETTO, J. Mortalidade materna: estudo em 3 Municípios do Estado de São Paulo: Bauru, Marília e Presidente Prudente; período 1989/ 1990. São Paulo; 1992. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública da USP.
- SASS, N.; ROCHA, N. S. C.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Pré-natal - a melhor arma na prevenção da mortalidade materna por hipertensão. *FEMINA*, 23(9): 851-856, 1995.
- SIQUEIRA, A. A. E. D.; TANAKA, A. C. d'A.; SANTANA, R. M.; ALMEIDA, P. A. M. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Rev. Saúde Pública*, 18: 448-65, 1984.
- TANAKA, A. C. d'A.; SIQUEIRA, A. A. F.d.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 23: 6775, 1989.
- TANAKA, A. C. d'A.; MITSUIKI, L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. São Paulo, 1999. Publicação eletrônica <URL; <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/document.htm>
- VIANNA, L. A. C. Características da mortalidade das mulheres (10 anos e mais) residentes em Diadema/SP - 1985/1986. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP.
- WOOD, C. H.; CARVALHO, J. A. M. Categorias do censo e classificação subjetiva de cor no Brasil. *Rev. Bras. Estudos Populacionais*, 11(1): 3-17, 1994.

Recebido em 30/07/2000

Aprovado em 10/09/2000

Revisado em 08/12/2000