

WAGNER MACHADO DA SILVA

**MORTALIDADE MATERNA DE ADOLESCENTES NEGRAS:
A INVISIBILIDADE DA COR**

Florianópolis, 2006

**MORTALIDADE MATERNA DE ADOLESCENTES NEGRAS:
A INVISIBILIDADE DA COR**

Trabalho apresentado por Wagner Machado da Silva, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Maria de Lourdes de Souza.

Florianópolis, Março de 2006.

HOMENAGEM ESPECIAL

Aos meus pais Agnelo e Dalva Machado da Silva, pelo dom da vida e por todos os valores e ensinamentos que me proporcionaram, dedico esta Dissertação. Obrigada é pouco diante do muito de todos os encontros e desencontros.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, e agradeço:

A Deus, o autor da minha vida e de meus sonhos. Que me sustentou nos momentos mais difíceis dessa trajetória, escrevendo em mais um capítulo da minha vida, mais uma página de vitória, e para tanto, colocou a professora Dra. Maria de Lourdes de Souza no meu caminho, sendo que, sem a sua cumplicidade com Deus eu jamais teria chegado ao fim deste trabalho.

A Daniele, minha amada esposa, presença de ensinamento de amor e confiança que me incentivou acreditando ser possível os meus sonhos. A minha amada filha caçula, Emanuelle Vitória, que foi minha “inspiração” para construir um futuro melhor do que o ontem e com ela compartilhar. E também aos meus filhos Filipe, Wanger e Érika, que embora distantes fisicamente estão sempre presentes em meus pensamentos e orações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho:

À minha orientadora, professora Dra. Maria de Lourdes de Souza, pela persistência e apoio para comigo quando eu achava que não seria mais possível prosseguir, com quem aprendi valores e atributos que levarei para além desta formação acadêmica com disciplina e determinação;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública por todas as informações compartilhadas;

Ao Professor Alexandre Aguiar, Coordenador do Curso de Fisioterapia da UNISUL, pelo apoio, particularmente no período de finalização desta dissertação.

Assim agradeço também aos demais colegas;

Aos funcionários da REPENSUL, particularmente o bolsista Marcelo Gomes com o suporte de informática;

Aos meus colegas de mestrado, especialmente à Helen Cristhiane Müller Nagano pelo apoio que me foi dado no momento necessário;

Ao meu amigo Carlos Deantoni, cujo incentivo para a realização do meu mestrado em SPB foi de extrema importância;

À Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, por meio do Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, que me concedeu acesso aos DOS e demais dados necessários ao estudo;

Ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por facilitar o acesso aos Bancos de Dados;

À Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina – FAPESC - que, por meio do Projeto n° 2100 AAG 15894/2003, coordenado pela professora Dra. Maria de Lourdes de Souza, me proporcionou parte do auxílio financeiro para a realização desta pesquisa.

RESUMO

O presente estudo analisou a mortalidade materna por causa entre adolescentes negras, adotando como população as mulheres cujos óbitos foram investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, no período compreendido entre os anos de 2002 e 2003; também foi realizada a verificação do registro da cor ou etnia dos afro-descendentes entre os caracteres epidemiológicos informados no Sistema de Registro de Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Na consulta das declarações de óbitos (DO) e dos registros do Comitê de Mortalidade Materna, relativas aos anos de 2002 e 2003, foram registradas 93 óbitos como Mortes Maternas, 10 destas eram mulheres com idades entre 10 a 19 anos. Das DO de mulheres com idades entre 10 a 19 anos, cuja cor estava registrada (9), verificou-se que três (3) foram registradas como negras, seis (6) como branca e uma adolescente sem a notificação da cor/raça.

A magnitude da mortalidade materna em adolescentes negras foi excessivamente alta quando comparada com a tabela classificatória de Laurenti (1995) e o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como valores aceitáveis. Além disso, embora não tenha sido adotado teste estatístico, o coeficiente de mortalidade materna de adolescentes pretas é muito maior que o coeficiente de mortalidade materna de adolescentes brancas, os achados revelam magnitude muito alta e sugerem riscos diferentes, ou seja, maior probabilidade da adolescente negra ter morte materna por cada 100.000 nascidos vivos de mãe adolescentes negras em relação às mortes maternas de adolescentes brancas. Esta mesma relação, aplicada à população de adolescentes Os dados não puderam ser coletados diretamente do banco de dados do SIM/SINASC pois o registro da cor ou etnia dos afrodescendente Não foi possível obter estes dados sobre a variável cor deste sistema para os grupos raciais nem pelo TabNet nem pelo TabWin, que são os aplicativos do Departamento de Processamento e Disseminação de Dados da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DATASUS) comumente empregados para a consulta das bases. Assim sendo a coleta de dados foi complementada nos bancos de dados do IBGE e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher (OMS) e quando calculado o coeficiente específico para a mulher negra representa mais um recorte da realidade social, mas os Sistemas de Estatísticas Vitais do governo, como o SIM e o SINASC, não o registram e desta forma contribuem para a invisibilidade do negro na sociedade.

Ressalte-se ainda que, a perspectiva de direito de igualdade, definida na Constituição, não é observada na prática, pois, o governo não garante que a variável “cor da pele” seja registrada nos sistemas oficiais de informação como as DOS, o SIM e o SINASC. Assim sendo, o processo saúde/doença entre pessoas afro-descendentes ainda não é conhecido em sua real magnitude e assim as ações são planejadas com base em projeções que nem sempre revelam a realidade.

ABSTRACT

The present study analyzed maternal mortality for cause between black adolescents, adopting as its sample the deaths investigated for the Committee of Maternal Mortality of the Santa Catarina State, in the understood period it enters the years of 2002 and 2003; also the verification of the register of the color or ethnical of the afro-descendants between the characters was carried through epidemiologists informed in the Register of Live Birth System (SINASC) and on Mortality Information System (SIM) of the Health Ministry Department.

In the consultation of the deaths declarations and the registers of the Committee of Maternal Mortality, relative to the years of 2002 and 2003, they had been registered 93 deaths as Maternal Deaths, 10 of these were women with ages between 10 - 19 years. Of the ones deaths declarations the ones of women with ages between 10 the 19 years, whose color was registered (9), six (6) as white and adolescent without the notification of the color verified itself that three (3) had been registered as black,/race. The magnitude of mortality materna in black adolescents excessively high when was compared with the classification table of Laurenti (1995) and what it is praised by the World Health Organization (WHO) as acceptable values. Moreover, he has even so not been adopted statistical test, the maternal mortality coefficient of black adolescents is very bigger who the maternal mortality coefficient of white adolescents, the findings discloses magnitude high and suggests risks very different, that is, greater probability of the black adolescent to have death materna for each 100,000 been born alive black adolescent from black mothers adolescents in relation to the maternal deaths of white adolescents. The data on the variable color could not directly have been collected of the data base of the SIM/SINASC therefore the register of the color or ethnical of afrodescendente is not enclosed was not possible to get these data on the variable color of this system for the racial groups or for the TabNet or for the TabWin, that are applicator of the Department of Processing and the Dissemination of Data of the Executive Secretariat of the Health Ministry (DATASUS) usually employed for the consultation of the bases. Thus being the collection of data it was complemented in the data bases of the IBGE and the State secretary of the Health of Santa Catarina. Thus being the collection of data it was complemented in the data bases of the IBGE and the Health State Secretary of Santa Catarina. Maternal mortality represents a pointer on the status of the woman and when calculated the specific coefficient for the black woman it represents plus a clipping of the social reality, but the Vital Statisticians Systems of the government, as SIM and the SINASC, do not register it and in this form they contribute for the invisibility of the black in the society.

It is still stand out that, the perspective of right of equality, defined in the Constitution, is not observed in the practical one, therefore, the government does not guarantee that the variable "color of the skin" is registered in the official information systems as death certificate, SIM and the SINASC. Thus being, the process health/illness between afro-descendants people is still not known in its real magnitude and thus the actions are planned on the basis of projections that nor always disclose the reality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população feminina – segundo grupos etários e raça/cor - santa catarina. idade: 10 a 19 anos - ano: 2002 e 2003.....	68
Tabela 2 - Nascidos vivos por instrução da mãe segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 19 anos - ano: 2002 e 2003.....	69
Tabela 3 - Nascidos vivos por consulta pré-natal segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 19 anos. consulta pré-natal: 1-3 vezes, 4-6 vezes, 7 e + - ano: 2002 e 2003.....	69
Tabela 4 - Nascidos vivos por tipo de parto segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 19 anos tipo de parto: vaginal, cesário. - ano: 2002.e 2003.....	70
Tabela 5 - Nascidos vivos por local de ocorrência segundo raça/cor - local de ocorr: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, outro. idade da mãe: 10 a 19 anos - ano: 2002 e 2003.....	70
Tabela 6 – Distribuição da população feminina – segundo grupos etários e raça/cor - santa catarina. idade: 10 a 49 anos - ano: 2002 e 2003.....	70
Tabela 7 - Nascidos vivos por instrução da mãe segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 49 anos - ano: 2002 e 2003.....	71
Tabela 8 - Nascidos vivos por consulta pré-natal segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 49 anos. consulta pré-natal: 1-3 vezes, 4-6 vezes, 7 e + - ano: 2002 e 2003.....	71
Tabela 9 - Nascidos vivos por tipo de parto segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 49 anos tipo de parto: vaginal, cesário - ano: 2002 e 2003.....	71
Tabela 10 - Nascidos vivos por local de ocorrência segundo raça/cor - local de ocorr: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, outro. idade da mãe: 10 a 49 anos - ano: 2002.e 2003.....	71
Tabela 11 – Estado civil das mulheres com mm segundo raça/cor - idade da mãe: 10 a 49 anos. ano: 2002 e 2003.....	72
Tabela 12 - Distribuição da população feminina – segundo grupos etários e raça/cor - santa catarina. idade: 10 a 49 anos: 2002 e 2003.....	72
Tabela 13 - Morte materna – segundo grupos etários e raça/cor - Santa Catarina. idade: 10 a 49 anos - ano: 2002 e 2003.....	77
tabela 14 - Classificação do coeficiente de mortalidade materna.2002 e 2003.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Causas de morte materna de mulheres adolescentes no ano de ano 2002 E 2003.....	74
Quadro 2 - Coeficiente de mm para adolescentes no ano de 2002 e 2003.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome
CID - Classificação Internacional de Doenças
CMM - Coeficiente de Mortalidade Materna
CNCD – Conselho Nacional de Combate a Discriminação
DNV - Declaração de Nascido Vivo
DO - Declaração de óbito
DOS – Declarações de Óbitos
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
GTI – Grupo de trabalho Interministerial
HIV - Human Immunodeficiency Virus / Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDG – Índice de Desenvolvimento Geral
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDA – Ministério do Desenvolvendo Agrário
MM - Mortalidade Materna
mm – morte materna
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OOD – Óbito Obstétrico Direto
OOI – Óbito Obstétrico Indireto
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPS – Organización Panamericana de la Salud / Organização Pan-Americana da Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNDH – Programa Nacional dos Direitos Humanos
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNPIR – Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida/IBGE
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RNFSDR - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados
SEPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SIM - Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
TMM - Taxa de Mortalidade Materna
TST – Tribunal Superior do Trabalho
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF - United Nations International Children’s Emergency Fund
WHO - World Health Organization

LISTA DE ANEXO

Anexo 1. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.....	111
Anexo 2. Definição de nascido vivo.....	113
Anexo 3. O sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.....	113

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Comentários iniciais.....	18
2.2 Classificação da “Cor ou Raça” no Brasil.....	23
2.3 Os desafios da cor – O negro no Brasil.....	27
2.3.1 O negro em Santa Catarina.....	36
2.3.2 O Negro e a Invisibilidade na Sociedade.	38
2.3.3 A morbimortalidade da mulher negra	41
2.3.4 Mortalidade materna de adolescentes negras	43
3. JUSTIFICATIVA.....	47
4. METODOS.....	49
4.1 Pergunta de pesquisa.....	49
4.2 Tipo de estudo.....	50
4.3 Local do estudo.....	51
4.4 População de Estudo.....	52
4.5 Critérios de Inclusão ou Exclusão.....	53
4.6 Período do estudo.....	53
4.7 Das variáveis do estudo.....	53
4.7.1 Variável Dependente.....	54
4.7.2 Variáveis Independentes.....	54
4.8 Fonte de Dados:	55
4.9 Coleta de dados	55
4.10. Sistematização dos dados e Análise Estatístico	55
4.11 Aspectos éticos.....	56
5. REFERENCIAL TEÓRICO - CIDADANIA	57
6. RESULTADOS.....	67
6.1. População de Estudo.....	67
6.2. Caracteres Demográficos das Adolescentes do Estado de Santa Catarina.....	67
6.2.1. Distribuição Populacional das Mulheres.....	67

6.2.2 Nascidos Vivos.....	69
6.3 As Mortes maternas de adolescentes.....	72
6.3.1 Da Mortalidade materna de adolescentes - Anos de 2002 e 2003.....	72
6.3.2 Os coeficientes de mortalidade materna.....	76
6.3.2.1 Coeficientes de mortalidade materna – 10 a 19 anos – Anos de 2002 e 2003.....	76
6.3.2.2 Coeficientes de mortalidade materna – 10 a 49 anos - Anos de 2002 e 2003.....	77
7. DISCUSSÃO.....	78
7.1. As Adolescentes Negras em Santa Catarina.....	78
7.2. A variável Cor/Etnia no SIM/SINASC do Ministério da Saúde.....	80
7.3. A mortalidade materna entre adolescentes negras no Estado de Santa Catarina.....	86
7.3.1 A Mortalidade materna por causas entre adolescentes.....	88
7.3.2 A Magnitude da Mortalidade Materna em Mulheres Negras.....	89
7.3.3 Aspectos epidemiológicos das mulheres de 10 a 19 anos e 10 a 49 anos.....	93
8. COMENTÁRIOS FINAIS E CONCLUSÃO.....	96
9. REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS.....	111

1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente pobres, desproporcionalmente afetadas pelo desemprego e desproporcionalmente menos escolarizadas que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida. Estas, e outras formas de injustiça racial, são, a cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro”.

(Kofi Annan, Secretário Geral da ONU, Março 2001)

Algumas bases de informação se constituem em recursos para a construção de indicadores desagregados por grupos raciais. Atualmente, a afirmação da necessidade de indicadores para o planejamento, a gestão, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas tornou-se lugar-comum nos discursos dos envolvidos com tais tarefas (OSÓRIO, 2003).

Os indicadores, estatísticas às quais se atribui significado, são vistos como ponto de partida, um diagnóstico da situação que sofrerá a intervenção de uma política; e, concomitantemente, como um “destino”, pois se espera que, com políticas eficientes, as ações exerçam efeitos sobre a realidade, o que segundo Osório (2003), implicaria em mudanças nos indicadores rumo à patamares considerados aceitáveis ou desejáveis. Se os indicadores tratam do conjunto de políticas sociais, como as educacionais, as de saúde e as de trabalho, são designados sob a chancela indicadores sociais.

No entendimento de Figueroa (2004) cabem, pelo menos, duas perguntas em um país onde a figura do cidadão é tão esquecida. 1) Quantos habitantes, no Brasil, são cidadãos? 2) Quantos nem sequer sabem que o são?

O documento “Formulando estratégias para saúde para todos no ano de 2000”, da OMS, explicita que somente a elevação da qualidade de vida e a diminuição da pobreza extrema e da desigualdade entre os grupos humanos permitiriam alcançar tais metas (MEDRONHO, 2003).

As desigualdades que são vividas pelos grupos minoritários, as quais nem sempre são pesquisadas, e sem a coleta das informações que são os subsídios para as decisões e planejamento das ações de saúde, não se pode esperar ou

promover mudanças na realidade destes grupos. Na América Latina e no Brasil, em particular, onde as desigualdades sociais são de grande magnitude, o monitoramento da situação de saúde a partir da utilização de indicadores de mortalidade e morbidade, segundo diferentes grupos e espaços sociais, impõe-se enquanto as estatísticas oficiais continuarem sendo produzidas globalmente para uma população hipoteticamente homogênea (SILVA, 1999).

As desigualdades se expressam de diferentes maneiras, Carneiro et al. (1988) chamam a atenção para a inexistência de dados sobre a morbi-mortalidade de mulheres negras no Brasil, tendo em vista que os órgãos públicos desconsideram a variável etnia/cor, como indicador das condições de vida e saúde, voltada para a especificidade da mulher negra, e conseqüentemente, a ausência deste item cor/etnia nos registros da área da saúde parece se refletir no número escasso de trabalhos publicados sobre o processo saúde/doença entre pessoa de etnia negra (CRUZ, 1990).

No entendimento de Skidmore (1991) (...) controlar a coleta de dados significa controlar o conhecimento da sociedade sobre si mesma. O que por sua vez significa controlar a agenda das políticas públicas nacionais, e conhecer de fato a expressão da população afrodescendente e suas necessidades.

Historicamente dados acerca da população negra foram e são retidos e/ou ignorados, inviabilizando a possibilidade da discussão dos mesmos, como o fez Rui Barbosa e outras autoridades nacionais. Acerca disso Berquó (2001) refere que houve a supressão da variável cor no censo de 1970, época da ditadura militar. Assim, por quase 20 anos não houve idéia de como estava evoluindo a população negra, constituída pelos grupos que se auto-classificavam como preto e pardo. Com os dados de 1980 foi possível observar duas tendências: que a população preta vem declinando e a população parda vem crescendo, e quando somada, elas quase empatam com a população branca.

A falta de informações sobre os negros também foi observada na literatura consultada, “Embora ainda sejam poucos, os estudos que trabalham com sexo e raça, evidencia-se um perfil de saúde mais crítico quando se trata da mulher negra. É o que mostra, por exemplo, o trabalho de Cunha (2001) que constata a

sobremortalidade de filhos menores de um ano de mães negras e de mulheres adultas negras em relação às brancas (...).”

As condições de existência da população negra não podem ser desvinculadas das análises do seu perfil de saúde. Basta reconhecer que as condições históricas, estrutura econômica, política, social, cultural e códigos legais, permeados pelo racismo e sexismo em distintos contextos, condicionaram a vida da população negra (BARBOSA, 2001).

Além disso, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - (IBGE/ PNAD, 2000) a população brasileira compõe-se de 54% de brancos, 5,4% de negros, 39,9% de pardos e 0,6% amarela e indígena segundo a auto-declaração dos informantes.

A população brasileira ser ou não, população de pretos ou brancos, apesar da subenumeração ainda existente, revela-se nos dados socioeconômicos e sugerem o seu estado de saúde: 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha de pobreza e sua taxa de analfabetismo é o dobro, se comparada a das mulheres brancas; baixo acesso aos serviços de saúde de boa qualidade e maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. Exemplo disso, os dados nacionais sobre o acesso das mulheres negras ao pré-natal que estão diretamente relacionados com as classes sociais às quais pertencem: 50% das mulheres de baixa renda não têm acesso ao pré-natal. Os dados de morbidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, levantados confirmam os dados nacionais e demonstram que as mulheres negras têm acesso menor ao pré-natal, e este se inicia mais tardiamente do que o das mulheres brancas (PERPÉTUO, 2000).

Santa Catarina, um estado de colonização européia (com população de origem alemã, italiana, polonesa, açoriana e outras) não apresenta em suas pesquisas dados que permitam traçar o perfil da população negra, e em especial sobre a questão da mortalidade materna da adolescente negra. Tendo como objetivo geral a verificação da magnitude da mortalidade materna entre adolescentes negras de 10 -19 anos, no Estado de Santa Catarina, no período de Janeiro de 2002 e Dezembro de 2003, e como objetivos específicos a verificação

de como se apresenta a mortalidade materna por causas entre adolescentes e o registro da cor das mulheres ; verificar se a cor ou etnia dos afrodescendentes é incluída dentre os caracteres epidemiológicos informados no Sistema de Registro de Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Comentários iniciais

A história revela que o Brasil foi o último país do mundo a abolir o trabalho escravo de pessoas de origem africana, em 1888, após ter recebido, ao longo de mais de três séculos, cerca de quatro milhões de africanos como escravos (Heringer et al., 1989).

Na história brasileira, acerca da escravatura e do processo de desigualdade racial, destaca-se Gilberto Freire que segundo Skidmore (1991 p.5) era um apologista da miscigenação e ideólogo da democracia racial, e considera ainda que:

“É necessário esclarecer por que a ideologia do clareamento (assimilacionista) levou os políticos e acadêmicos a acreditarem que a etnia merecia pouca atenção, tanto na coleta de dados quanto nas discussões sobre a sociedade. Na verdade pode-se perguntar se sua insistência em ignorar a etnia não estaria mascarando o medo de enfrentar uma dúvida óbvia: dada a enorme população brasileira não branca, como poderiam ter certeza de que iria tornar-se branca ? Não poderia ser o contrário ?”

A população brasileira é uma população de negros e brancos, apesar das diferentes etnias que a compõe e revela-se nos dados socioeconômicos que sugere o seu estado sócio-sanitário.

As desigualdades étnicas ou raciais, não são privilégios de uma só nação; exemplo disso é os EUA que apresenta indicadores que atestam as desigualdades étnicas raciais na saúde pública podemos pensar na hipótese de serem encontradas em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos como no caso o Brasil, um quadro semelhante agravado pela invisibilidade do negro por falta de registro de seus problemas e o mito da democracia racial.

A preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez, para Tanaka (1995), revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. A mortalidade materna é um bom indicador de saúde da população feminina e, de certa forma, da população em geral. Seus níveis servem também para estimar as iniquidades na medida em que revelam grandes disparidades ao se compararem áreas ou regiões de diferentes graus de desenvolvimento (LAURENTI, 2000).

Tanaka (1986), ao pesquisar a relação da renda familiar com o resultado perinatal, identificou maiores taxas de mortalidade entre famílias cuja renda per capita era inferior a um salário mínimo, entretanto Trevisan (2002) não evidenciou correlação estatística entre a renda familiar a adequação da atenção pré-natal.

Em nosso país a noção de raça tem sido fundamental na organização dos princípios da sociedade. De acordo com alguns autores, a idéia de raça não pode ser considerada universal por não prescindir de uma fundamentação objetiva, “natural” ou biológica (PESSOA, 1996; SANTOS, 1996), para estes autores, a “fragilidade” terminológica e conceitual pode dificultar sua aplicação em estudos e pesquisas sobre saúde.

Aqueles que defendem o uso do termo reiteram seu caráter mutável, plástico e afirmam que sua utilidade analítica está centrada, exatamente, na negação de uma fundamentação biológica e na confirmação de sua propriedade social e política plena (FANON, 1983; GUIMARÃES, 1995; HASENBALG, 1996; MAGGIE, 1996; LÓPEZ, 2000 a, b; PEREA, 2000; GOODMAN, 2000; DELGADO, 2000). De acordo com estes autores, a utilização científica do termo permite compreender e intervir em certas ações inter e/ou subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como em suas implicações e desfechos.

É freqüente reduzir a explicação das desigualdades sociais no Brasil a um fenômeno unicamente socioeconômico, de classe. Dispensa-se, assim, a necessidade do recorte racial nas políticas específicas visando superar essas desigualdades.

Henriques (2001) afirma que a pobreza é um dos mais agudos problemas econômicos do país, mas a desigualdade — principal determinante da pobreza — é o maior problema estrutural do Brasil. Desse modo, a agenda de pesquisa e de definição de políticas públicas que prioriza a questão da desigualdade tem como implicação necessária a compreensão da questão da desigualdade racial. Desnaturalizar a desigualdade econômica e social no Brasil passa, portanto, de forma prioritária, por desnaturalizar a desigualdade racial. Prossegue ainda o autor apresentando que a intensa desigualdade racial brasileira, associada as formas usualmente sutis de discriminação racial, impede o desenvolvimento das potencialidades e o progresso social da população negra. O entendimento dos contornos econômicos e sociais da desigualdade entre brasileiros brancos e brasileiros afro-descendentes apresenta-se como fundamental para se construir uma sociedade democrática, socialmente justa e economicamente eficiente. Essa investigação assume maior pertinência quando reconhecemos que os termos da naturalização do convívio com a desigualdade no Brasil são ainda mais categóricos no fictício mundo da “democracia racial” ditado há mais de 60 anos por Gilberto Freire, mas ainda verdadeiro para muitos brasileiros.

Segundo Nogueira (1985), a marca principal que permite a identificação das potenciais vítimas de preconceito é a cor, para a qual existe uma espécie de escala de graduação que vai do estritamente branco (o nível “ideal”) ao completamente preto. O preconceito se intensifica na razão direta dessa escala de cor e do porte de outras marcas: quanto mais negra é uma pessoa maior é a probabilidade de ser vítima do preconceito. Em essência, as categorias branca, parda e preta refletem essa escala: são os dois pontos extremos e as posições intermediárias sintetizadas em uma única categoria. A classificação parece, portanto, encontrar uma justificativa teórica para as suas categorias no quadro de referência de Oracy, especialmente na colocação da cor como a marca principal.

Entretanto, os mais sequiosos de precisão poderiam perguntar se não seria oportuno ter mais categorias intermediárias entre o branco e o preto. Assim, o pardo não seria uma categoria tão ambígua. Todavia, a classificação racial ao contrário do que possa parecer não se beneficia de mais precisão na delimitação dos grupos ou de um maior número de categorias.

O caráter “intelectivo e estético (NOGUEIRA, 1985, p. 82) do preconceito racial de marca faz que a definição do grupo discriminado e a atribuição de pertença a este sejam flexíveis. Uma mesma pessoa, inserida em determinadas relações sociais em contextos delimitados, pode ser vista como branca, e em outras relações e contextos, como parda, ou mesmo, preta. “Assim, a concepção de branco e não-branco varia, no Brasil, em função do grau de mestiçagem, de indivíduo para indivíduo, de classe para classe, de região para região”.

A cor, em grande maioria, é fator de status, sendo determinante das condições socioeconômicas, e esta por sua vez determina as condições de vida e saúde dos negros. Quanto mais próxima à cor da pessoa com a cor da etnia dominante, mais ele é aceito neste grupo, sendo esse fator possivelmente determinante das condições dos adolescentes, sua inserção social e os modos conviver com a saúde e doença:

Bulgarelli afirma: “Temos também muita dificuldade até em citar ou explicitar que uma pessoa é negra, como se fosse ofensivo ou estivéssemos desqualificando alguém por ser negro. Raramente me vejo fazendo referência ao fato de eu ser homem branco, o que é tão incomum entre os brancos porque é o padrão e apenas o que foge do padrão precisa de referências. Também gostamos de dizer que nas nossas vidas, nossas escolhas, nossos trabalhos não levamos em consideração as diferenças, como se disséssemos assim que não discriminamos e que nos importamos apenas com a alma das pessoas. Acontece que somos também raça ou etnia, da maneira como politicamente se realizam na sociedade. Somos também gênero, somos nosso local de nascimento, nossa idade, nossas experiências, nossa maneira de nos portarmos, de nos vestir, nossos gestos, enfim não ver isso considerado com respeito e dignidade pelos outros é desagradável.” (BULGARELLI, 2002 p. 38)

O autor explicita e trás a luz o peso que a cor tem na sociedade, que insiste em ignorar esta realidade discriminatória que tem como padrão de normalidade o ser branco.

A pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia. Esta afirmação, interpretada por alguns como esquizofrênica, está pautada em números tão cruéis quanto seu reflexo nos corpos e nas mentes de negros e negras, índios e índias (LOPES, 2004).

No Brasil, o nível de pobreza é mais elevado do que o encontrado em outros países com a renda *per capita* similar. Contudo cerca de 64% dos países tenham renda inferior à brasileira, aqui o nível de desigualdades é um dos mais elevados do mundo (BARROS e col., 2000 apud LOPES, 2003).

De acordo com os dados analisados por Jaccoud e Beghnin (2002), em 1992, 40,7% da população brasileira era considerada pobre; em 2001, esse percentual cai para 33,6%. Nesse período, a proporção de negros pobres equivalia a duas vezes a proporção observada na população branca - 55,3% *versus* 28,9% em 1992 e 46,8% *versus* 22,4% em 2001. Nesse ano, homens e mulheres apresentaram-se distribuídos de forma semelhante entre os pobres – cerca de 1/3 da população. Na indigência, a proporção de mulheres e homens negros foi cerca de 28% em 1992 e 22% em 2001, entretanto este percentual apresentou-se 2,3 vezes maior quando comparado àquele apresentado para mulheres e homens brancos em 1992 e 2,6 vezes maior em 2001 (LOPES, 2004).

A grande questão da identificação por auto-atribuição envolve o problema da variação social da cor, pois a extensa literatura disponível sobre o assunto, a despeito das ênfases diferenciadas em classe ou raça, é unânime em afirmar que a ascensão social pode embranquecer, havendo copiosos exemplos do fenômeno.

À luz do ideal de brancura vigente, é de se esperar que as pessoas que apresentem menos traços característicos dos negros, em sua aparência, tenham a tendência a se considerarem brancas, e que essa tendência varia de acordo com a situação socioeconômica, com as pessoas mais abastadas também tendendo à escolha do branco. O fato de a classificação de cor ser realizada por auto-atribuição pode se apresentar problemática a sua definição. Se, por exemplo, a

grande diferença nas médias da renda domiciliar *per capita* de negros (pretos ou pardos) e brancos for considerada, poder-se-ia perguntar quanto dessa diferença, na verdade, dever-se-ia ao fato de a reivindicação da branquidão ser maior entre os mais ricos e menores entre os mais pobres (OSÓRIO, 2003).

Falando de saúde, doença e vulnerabilidades, as vias pelas qual o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplos e diferenciados, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infundável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual) (LOPES, 2004)

A definição do conceito de vulnerabilidade apresentado por Lopes (2004 p. 49) de forma sintética é:

“O conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação”.

2.2 Classificação da “Cor ou Raça” no Brasil

A variável cor/raça apresenta-se neste estudo como um recorte específico, sendo normalmente um assunto polêmico em seus fóruns de debate, não somente no Brasil, mas apresenta-se historicamente como um assunto gerador de eventos que atraem a atenção mundial. Sendo que especialmente num país como o Brasil, com a sua multi-representatividade racial e suas dimensões continentais, tornam esse tema ainda mais complexo e de difícil classificação.

Osório (2003, p. 24) declara que no Brasil em relação ao sistema de classificação de cor/raça, que:

“Alega-se freqüentemente que a classificação racial é pobre em face da riqueza do vocabulário empregado pelos brasileiros para designar sua identidade racial. De fato, exemplos arrolados por Valle Silva (1999a) confirmam a riqueza desse vocabulário, (...), e mostram que, desde a década de 1950, vários estudos dedicados à identificação racial levantaram uma enorme quantidade de termos, variando de cinco a quarenta. Esses levantamentos realizados em áreas restritas, cidades ou vilas, mostravam também que determinados termos não eram objeto de concordância, pois um mesmo conjunto de traços poderia ser referido por mais de um termo, dependendo dos entrevistados, podendo mesmo haver contradições entre os termos empregados. Sabendo-se que essas variações locais são importantes, é legítimo questionar se a classificação de “cor ou raça” do IBGE daria conta dessa riqueza sem perder informações relevantes. Talvez a identificação da pertença racial pudesse se beneficiar da inclusão de mais categorias no sistema de classificação, ou mesmo da captação livre dos termos designadores da identidade racial, sem a indução à escolha de categorias de um conjunto previamente definido, isto é, do não-emprego de um sistema de classificação”.

Entretanto, o dado mais interessante vem de uma comparação entre a PNAD de 1976 (que foi a primeira a relacionar a cor) e a de 1998. No levantamento mais antigo, as quatro categorias então existentes eram mencionadas em 57% das respostas espontâneas; em 1998, essas mesmas categorias, sem considerar a indígena, apareceram em nada menos que 70% das respostas livres. Ou seja, as alegações de que a classificação do IBGE seria inadequada por não corresponder às representações dos brasileiros sobre as raças são absolutamente injustificadas, assim como as de que existiria uma enorme multiplicidade de representações (OSÓRIO, 2003).

O sistema de classificação de cor ou raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para identificar grupos raciais, frente a uma grande diversidade, delimitaram pelas categorias da classificação a quase totalidade das pessoas enquadrando-as em um dos cinco grupos disponíveis que são: Branco, Preto, Pardo, Indígena e Outros. Existem basicamente três métodos de identificação racial, que podem ser aplicados pelo IBGE, com variantes. O primeiro é a auto-atribuição de pertença, no qual o próprio sujeito da classificação escolhe o grupo do qual se considera membro. O segundo é a heteroatribuição de

pertença, no qual outra pessoa define o grupo do sujeito. O terceiro método é a identificação de grandes grupos populacionais dos quais provieram os ascendentes próximos por meio de técnicas biológicas, como a análise do DNA, sendo que a identificação pode ser realizada por meio do uso simultâneo de auto-atribuição e de heteroatribuição de pertença, que vem sendo o método empregado pelo IBGE (OSÓRIO, 2003).

Segundo Maggie (1986), o olho humano tem capacidade de ver milhões de cores diferentes, mas existe um número limitado de termos básicos de cor. O que significa isso? Muitos antropólogos discutiram essa questão e pensaram a relação entre a percepção e o signo. O trabalho de Berlin e Kay, Basic color terms (1970), popularizou a grande descoberta da universalidade dos termos básicos de cor, mas foi sempre interpretado através do viés crítico do relativismo cultural. E sendo que a classificação racial é entendida como o conjunto de categorias em que os sujeitos da classificação podem ser enquadrados.

Todavia, a classificação racial, ao contrário do que possa parecer, não se beneficia de mais precisão na delimitação dos grupos ou de um maior número de categorias. O caráter “intelectivo e estético” (NOGUEIRA, 1985, p. 82) do preconceito racial de marca faz que a definição do grupo discriminado e a atribuição de pertença a este sejam flexíveis. Uma mesma pessoa, inserida em determinadas relações sociais em contextos delimitados, pode ser vista como branca, e em outras relações e contextos, como parda, ou mesmo, preta. “Assim, a concepção de branco e não-branco varia, no Brasil, em função do grau de mestiçagem, de indivíduo para indivíduo, de classe para classe, de região para região”.

A cor desempenha vários papéis desejáveis na classificação, sendo o principal deles, funcionar como forma de aproximar a pertença racial dos indivíduos, pois é a marca mais importante considerada nas situações concretas para a definição dessa pertença. Sua eficiência nessa tarefa provém do fato de que geralmente a cor de uma pessoa tem a capacidade de definir a situação do indivíduo classificado em seu microcosmo social, embora haja exceções a tal regularidade.

Os negros – pretos e pardos -, majoritários em grande parte das unidades da federação, apenas do ponto de vista estritamente estatístico, as semelhanças socioeconômicas entre eles justificariam tal agregação. Embora já se tenha proposto que a situação socioeconômica dos pardos seria intermediária entre pretos e brancos, outros estudos com base em evidências empíricas mais sólidas mostraram haver nenhuma ou pouca diferença entre os dois grupos (Telles e Lim, 1998). Assim, fica difícil conceber o pardo na fronteira do branco com o negro, pois os traços que o relacionam ao “fenótipo” negro estão extremamente diluídos. Todavia Osório (2003) lembra que o propósito da classificação racial não é estabelecer com precisão um tipo “biológico”, mas se aproximar de uma caracterização sociocultural local.

Fernandes (1978), em um comparativo com o conceito americano e o brasileiro comenta que nos anos 60, já se espantava com a "diferença" dos termos das cores nos EUA e no Brasil. Nos EUA a categoria "negro" denota agressão e desvalorização, e "*black*" ou "preto" é usado pelo movimento negro norte americano. No Brasil inverte-se a situação: o termo "preto" é agressivo e "negro" respeitoso. Mas será mesmo o termo que é diferente, ou o significado a ele atribuído? Florestan Fernandes prossegue respondendo que os termos são diferentes e que no Brasil, se usa "negro" porque se quer colocar a diferença na cultura, enquanto nos EUA os "*blacks*" querem ser americanos e exigem direitos iguais aos dos "brancos". Lá os termos "preto" e "branco" são usados porque querem comunicar que a diferença é social, enquanto no Brasil se fala de "negro" porque se quer comunicar que a diferença está na cultura, na origem.

Para Alencastro (1985), os signos ou os termos das cores não são totalmente aleatórios ou apenas naturais: eles também revelam combinações significativas da cultura.

2.3 O desafio da cor - Negro no Brasil

Vários são os registros sobre a história brasileira acerca da escravatura e do processo de desigualdade racial. Aqui, toma-se como corte de referência a Lei 3.353 de 13 de Maio de 1888 que declara extinta a Escravidão no Brasil. Bem ressalta a importância da existência de leis a exemplo desta, no que trata a questão da cor. (Lei nº 1390/51, Constituição/88, Lei 7.716/89, Lei 8.081/90, Lei 9.459/97).

As leis que tratam da questão “cor”, buscando assegurar igualdade e a não-discriminação, que são temas de discussão mundial conforme salienta Vasconcelos (2001), sendo que desde a *Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* de 1969 que foi considerada a primeira grande Convenção das Nações Unidas na área dos Direitos Humanos, afirmando que a discriminação entre os seres humanos tendo como base a raça, cor ou origem étnica, transforma-se em uma ofensa à dignidade humana, devendo ser condenada como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma das violações dos *Direitos Humanos* e das liberdades fundamentais proclamadas na *Declaração Universal sobre Direitos Humanos*, como um obstáculo às relações pacíficas e amistosas entre as nações.

No Brasil, prossegue Vasconcelos (2001) após a abolição da escravatura em 1888, a existência e conseqüente punição da discriminação racial só foram reconhecidas em 1951, com a aprovação da “Lei Afonso Arinos” (Lei nº 1390, de 3 de julho de 1951). A Constituição Brasileira de 1988 transformou essa discriminação em crime, estabelecendo que a lei puna qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais.

A Lei n. 7.716 foi aprovada em 5 de janeiro de 1989, conhecida como “Lei Anti-racismo” ou “Lei Caó” que trata dos crimes resultantes do prejuízo de raça ou cor. Essa lei não representou maiores avanços no tocante a discriminação racial por ser muito superficial.

No entanto, a Lei n. 8.081/90 estabeleceu os crimes e as penas aplicáveis aos atos de discriminação racial, de cor, de religião, de etnia ou nacionalidade

praticada pelos meios de comunicação ou por publicação de qualquer natureza. A Lei n. 9.459/97 introduziu no Código Penal Brasileiro a “injúria racial” (Art. 140, §3º do Código Penal do Brasil).

No movimento Negro o tema tem estado presente na agenda resultando também no acolhimento pela Assembléia Nacional Constituinte do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, reconhecendo aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” evidenciando-se pela primeira vez na história do país uma política compensatória aos descendentes de escravos (VASCONCELOS, 2001).

Os negros no Brasil, pela existência desta Lei não se tornam cidadãos, mas trata-se de uma referência para pensar a realidade, por isto transcreve-se a seguir o texto na sua íntegra e conforme o idioma era escrito à época.

A Princesa Imperial Regente, em nome de Sua Magestade o Imperador, o senhor D. Pedro II faz saber a todos os súditos do Império que a Assembléia Geral decretou e Ela sancionou a Lei seguinte:

Art 1o - É declarada extinta desde a data desta lei a escravidão no Brasil.

Art 2o - Revogam-se as disposições em contrário. Manda, portanto a todas as autoridades, a quem o conhecimento e execução da referida Lei pertencer, que a cumpram e façam cumprir e guardar tão inteiramente como nela se contém.

O Secretário de Estado dos Negócios da Arquitetura, Comércio e Obras Públicas e interino dos Negócios Estrangeiros, bacharel Rodrigo Augusto da Silva, do Conselho de Sua Magestade o Imperador, e faça imprimir e correr.

A Lei Áurea se constitui um marco histórico-político, pois ela representa a possibilidade do negro vir a ser reconhecido como pessoa e ter a liberdade de ir e vir, ou seja, um dos componentes sociais da cidadania segundo Marshall, 1967. Vários recortes sobre a realidade dos negros desde a promulgação desta lei até a presente data podem ser visualizados nos estudos de Skidmore, 1976, Heringer e col, 1989, Skidmore, 1991, Sant'anna, 1997, Heringer, 1999, Heringer, 2000, Cunha, 2001, Henriques, 2001, Paixão, 2001 e 33, 2004.

"O doutor José Joaquim Simões, juiz municipal da Terceira Vara do cível n'esta cidade da Bahia e seo termo: Faço saber que no dia 14 do corrente março, depois da audiência d'este juizo, no escriptorio della sito a rua direita do palácio, as 10 horas da manham, se hão de arrematar na praça d'este juizo, por quem por elles mais der, e maior lanço fizer os *bens* seguintes: - Francisco Nago carregador, de cadeira, e do serviço de roça, sem moléstia, avaliado em 600\$000rs; - David nago do mesmo serviço, sem moléstia, avaliado em 600\$000rs; - Bruno nago moço do mesmo serviço, sem moléstia avaliado em 600\$000rs; - Julio Ussá, do serviço da roça, quebrado das virilhas avaliado em 400\$000rs, - Um burro com grande defeito no pé esquerdo e magro avaliado em 20\$000rs; com defeito no quarto e magro, avaliado em 200\$000 (...)." (MATTOSO, 1988 p.73-73).

Este texto citado na íntegra expõe os conceitos existentes em relação ao negro no período pré e pós a abolição (sec. XIX), onde o negro era colocado em uma escala de valores ao mesmo nível de animais de carga. Sendo que a Lei Áurea foi muito significativa como um marco histórico, mas após a sua assinatura e promulgação não teve o poder de mudar os valores de juízo em relação ao negro, para que fossem alterados, e assim foram as leis que ao longo das décadas têm sido construídas sem o objetivo primário de dar condições do negro de lutar por e com dignidade, em busca de uma situação socioeconômica e cultural melhor.

Durante o período escravista, os escravos careciam de direitos civis, políticos, econômicos e sociais, a liberdade de ir e vir dos negros, atribuída pela Lei Áurea, não foi acompanhada da remuneração pelo seu trabalho e a liberdade de escolhas de um homem livre, senão também toda possibilidade de adquirir e acumular riqueza, educação e outros ativos. Portanto, a Lei Áurea não teve o poder de mudar a condição do negro e torná-lo socialmente igual ao homem branco com oportunidades e cidadania reconhecida. Considerando que 80% da nossa história pós-descobrimento foi vivida sob esse regime, os efeitos históricos do escravismo se refletem até hoje sobre a população negra em forma de exclusão social, iniquidade na saúde e oportunidades desiguais de desenvolvimento econômico (MARTINS, 2004).

Assim, para discutir a mortalidade materna de adolescentes negras em Santa Catarina, os fatores históricos são importantes para uma leitura mais aproximada da população negra, também no país, embora que sucinta, apontando

como chegaram no Brasil, a dinâmica demográfica, e as suas evoluções sociais, econômicas, culturais e política.

Segundo Martins (2004) toda desigualdade social e econômica que existe entre classes dentro de uma nação, possui fundamentos históricos que o inauguraram e que realizam a sua manutenção. No Brasil este fato revela-se pela opção da adoção do regime escravista, que durou mais de três séculos, com cerca de 4.000.000 (quatro milhões) de africanos trazidos como escravos (HERINGER et al., 1989).

O Brasil foi a maior nação escravista do mundo, do século XVI ao século XVIII, ficando atrás somente dos EUA no início do século XIX, mas somente por algumas décadas. Sendo o maior importador (traficante) de escravos de todos os tempos, sendo o último país do ocidente e penúltimo país do mundo a abolir o comércio internacional de seres humanos, em 1850, por pressão militar e diplomática da Inglaterra. Quase quatro em cada 10 africanos que chegaram com vida à América durante os quatro séculos do tráfico (c. 1450 – c. 1870) desembarcaram em portos brasileiros (CURTIN, 1969).

Como é peculiar ao homem quando são subjugados, os escravos, também ofereceram resistência, manifestada de várias formas, lutando em grupos ou individualmente para preservarem as suas raízes e encontrarem alguma possibilidade de melhora das suas condições de vida, esta resistência somente atestava a dignidade dos oprimidos, pois as possibilidades de vitória em um confronto eram inexistentes.

Para Martins (2004) ao contrário da visão legada pela literatura abolicionista, a sociedade brasileira não rejeitava eticamente a escravidão. Possuir escravos, ou traficar com escravos, não era vergonhoso, nem estigmatizante, mas sim um sinal de status, de riqueza e de prestígio. Eram proprietários de escravos desde um grande fazendeiro até o pequeno agricultor, do pequeno funcionário à pobre viúva, ordens religiosas também possuíam escravos e o próprio governo possuía cativos chamados de escravos da nação.

Persiste ainda hoje o mito de que o escravo só prestava ao trabalho braçal repetitivo, sob estreita coerção física permanente. Esta crença tem como resultado

a idéia de que a escravidão só se estabelecia como regime dominante e economicamente viável nas regiões onde predominava a plantação exportadora de açúcar, café ou de algodão, ou a mineração em larga escala. As duas crenças são inteiramente falsas. O escravo foi predominantemente, sem dúvida, o trabalho braçal da mina, do engenho e do eito, o carregador e o estivador. Mas foi também músico, pintor, escultor, artesão, pedreiro, marceneiro, ferreiro, tropeiro, alfaiate, ourives, mecânico, gerente, administrador, marinheiro, soldado, vaqueiro e muito mais. Exerceu todos os tipos de ocupação e função urbana e rural, e foi empregado, sistematicamente e com sucesso, na indústria – na manufatura têxtil, na construção naval, na siderúrgica, e em outras atividades industriais (MARTINS, 2004).

A população brasileira afrodescendente, em termos numéricos, se equivale a segunda maior nação negra do mundo, ficando atrás somente da Nigéria. Em 1999, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), entre os cerca de 160 milhões de indivíduos que compunham a população brasileira, 54% se declaravam brancos, 39,9% pardos, 5,4% pretos, 0,46% amarelos e 0,16% índios. A evolução histórica mostra que os brancos eram minorias no século passado, representando 44% da população em 1890. De acordo com Andrews (2003) e, também, Silva (1999), a forte imigração europeia ocorrida entre o final do século e os anos 30 implicou uma recomposição racial da população brasileira, com a participação dos brancos alcançando 64% no recenseamento de 1940. Antes de meados do século XX, no entanto, as imigrações aparentemente deixam de ser um elemento crucial na recomposição demográfica da população brasileira e, desde então, como nos diz Silva (1999), “a dinâmica demográfica passa a ser regida basicamente pelos regimes de mortalidade e de fecundidade e, no caso da composição por cor, também pelo padrão de intercasamento”.

Os principais contingentes populacionais do país correspondem aos brancos e aos pardos na região Sudeste, aos pardos na região Nordeste e aos brancos na região Sul. Especificamente, 28% da população compõem-se de brancos residentes na região Sudeste, 19% pardos no Nordeste, 13% brancos no

Sul e 12% pardos no Sudeste. Esses quatro contingentes representam, portanto, mais de 70% do total da população brasileira (PNAD, 1999).

Os brancos são em maior concentração nas regiões mais desenvolvidas do país (Sudeste e Sul) e os pardos sendo majoritários nas regiões menos desenvolvidas (Nordeste e Norte). A região Sul dispõe de 15,3% da população nacional, é composta de forma preponderante por brancos; 83% de seus habitantes declaram-se dessa cor. Na região Sudeste, que concentra a maior parte da população brasileira (43,7%), observamos que 64% de seus habitantes declaram-se brancos, e 34%, negros. Os habitantes das regiões Nordeste e Norte são em sua maioria negros e a composição racial dessas regiões é praticamente simétrica à da população do Sudeste. No Nordeste, onde residem 28,9% da população brasileira, e no Norte, com 5% da população, constatamos que cerca de 70% declaram-se negros. Na região Centro-Oeste a distribuição racial é mais equilibrada e quase simétrica à distribuição nacional, com 53% declarando-se negros e 46%, brancos.

Ao considerarmos como as populações de cada raça, embora na realidade brasileira a miscigenação seja ampla e, por conseguinte, é possível que tenham se referido a cor da pele, se distribuí entre as regiões, isto é, as distribuições regionais das pessoas segundo a cor da pele, podem identificar onde vivem os negros e os brancos. Observamos que 75% da população branca residem nas regiões mais desenvolvidas do país, com 52% concentrados no Sudeste.

Quase a metade da população parda (47%) vive no Nordeste e 31%, no Sudeste. A população de cor preta, por sua vez, apresenta uma diferença na sua distribuição espacial frente à população parda, posto que 54,5% de sua população se encontram no Sudeste. Assim, observamos uma importante distinção no interior da população negra posto que a população de cor preta concentra-se mais fortemente nas regiões ricas do país, dispondo, a princípio, de uma vantagem espacial a população de cor parda. Cabe ainda destacar o fato de a população de origem oriental, apesar de seu pequeno peso na população nacional, concentrar-se quase exclusivamente nas regiões Sudeste (71%) e Sul (16%) (PNAD, 1999).

Pós-segunda guerra mundial, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) financiou um extenso projeto de pesquisa sobre o Brasil. Segundo Maio (1999), "a opção Brasil' guarda íntima relação com o contexto internacional da época. (...) A controvertida crença numa democracia racial à brasileira, que teve no sociólogo Gilberto Freyre a mais refinada interpretação, tornou-se assim um dos principais alicerces ideológicos da integração racial e do desenvolvimento do país e foi suficientemente substantiva para atrair a atenção internacional. O Projeto UNESCO constituiu-se num importante marco do estudo sobre relações raciais no Brasil e no processo de institucionalização das Ciências Sociais de uma forma geral. Alguns autores afirmam que o Projeto UNESCO frustrou suas expectativas iniciais ao ter identificado o preconceito racial persistente no país, que era freqüentemente relatado como "paraíso racial" (SKIDMORE, 1976; WINANT, 1994). Maio (1999), entretanto, afirma que embora houvesse por parte da UNESCO "uma imagem positiva do país em matéria racial", o projeto "desenvolveu-se de forma mais complexa", resultando numa visão mais contrastante do cenário racial brasileiro. Maio (1999) reproduz uma declaração do principal idealizador do Projeto UNESCO, Alfred Métraux, na qual ele considera o Brasil "um exemplo de país onde as relações entre as raças são relativamente harmoniosas, todavia registra que seria um exagero (...) afirmar que o preconceito racial é ignorado".

Martins (2004) afirma que as desigualdades sociais que se observam entre as raças têm sido pouco estudadas e divulgadas apesar de sua grande importância. No Brasil, a intensa miscigenação da população, a ausência de ódio racial, de manifestações abertas de racismo e de segregação legal ou explícita, enfim a aparência de "democracia racial" da sociedade, oculta aos olhos do observador externo e mesmo de muitos brasileiros, o grande abismo existente entre as condições econômicas dos seus dois maiores grupos étnicos: os brancos de origem européia e os negros, ou afro-descendentes. Chama ainda chama a atenção sobre as marcas da disparidade que são visíveis por toda a parte, e se manifesta com grande clareza, tanto na presença maciça dos negros nas situações indesejáveis, como, por exemplo, nas favelas, nos bolsões da miséria,

nas piores ocupações, como na sua ausência quase absoluta nos lugares e situações sociais mais desejáveis, como os bairros ricos ou de classe média alta, nas posições de comando e decisão, nas ocupações de prestígio e de alta remuneração.

É de conhecimento geral a estreita relação entre as condições de saúde e o acesso à infra-estrutura básica em termos de serviço público tais como: saneamento básico, coleta de lixo e acesso à eletricidade, entre outros. No que diz respeito à rede de esgoto, por exemplo, apenas metade dos negros tem acesso a ele, enquanto 73,6% dos brancos o possuem (HERINGER, 2000)

O IDH - Índice de desenvolvimento Humano, aplicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), para calcular a qualidade de vida relativa da população revelou que no conjunto da população brasileira era de 0,796 (para um máximo de 1,000) enquanto para os afro-brasileiros era de 0,573. “O IDH para os afro-brasileiros é pior do que o dos países latino-americanos, exceto Nicarágua, que vêm logo atrás com 0.568. (...) Uma triste situação para o paraíso da democracia racial...” (SANT’ANNA e PAIXÃO, 1997, p.33). Além disso, Paixão (2002) salienta que analisando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 1997, 1998 e 1999 o IDH da população negra apresentou-se, em todos os anos, nitidamente inferior ao IDH da população branca, sendo que essa inferioridade se repete para cada um dos indicadores que compõe o índice. No período estudado, as maiores distâncias em termos do posicionamento dos índices de desenvolvimento humano (IDH) de negros e brancos ocorreram nas regiões Sul e Sudeste, coincidentemente as mais desenvolvidas do país. Além disso, em 1999, quando recalculado o IDH para compará-lo ao IDG - cujo ranking é integrado por uma quantidade menor de países -, enquanto o país ocupava a posição 64 frente aos demais países do mundo, o “Brasil de mulheres brancas” ocupava a posição 48 (IDG=0,78), o “Brasil de mulheres negras” ocupava a 91a posição - IDG=0,66 - (SANT’ANNA, 2001).

Outra característica brasileira se relaciona ao nosso passado e ao mito da democracia racial. Como Guimarães explica que a especificidade do racismo brasileiro (em sua particularidade) ou do racismo latino-americano em geral, vem

do fato de que a nacionalidade brasileira não foi formada, ou 'imaginada', (...), como uma comunidade de indivíduos etnicamente dissimilares, vindos de todas as partes da Europa, como ocorreu nos EUA. O Brasil é um amálgama de mestiços de diferentes origens raciais e étnicas, cuja raça e etnicidade foram perdidas, a fim de ganhar a nacionalidade brasileira (GUIMARÃES, 1996).

A análise sobre a desigualdade racial no estudo realizado por Henriques (2001) foi estabelecida no contexto da desigualdade socioeconômica e da pobreza no Brasil. Em seu trabalho anterior, Barros, Henriques e Mendonça (2000a, b) foi demonstrado, de forma categórica, que o Brasil, tanto em termos absolutos como em termos relativos, não pode ser considerado um país pobre, mas deve ser reconhecido como um país extremamente injusto. E essa injustiça social encontra-se na origem do enorme contingente de pobres em nossa sociedade.

Em 1999 cerca de 54 milhões de brasileiros eram pobres, dos quais 22 milhões indigentes. Esse enorme contingente de pobreza inquieta, sobretudo, porque as experiências dos países com renda *per capita* semelhante à brasileira tornam evidente o caráter excepcional de sua magnitude. Por exemplo, se o grau de desigualdade de renda brasileira correspondesse à média da desigualdade dos países com níveis de renda *per capita* similares ao Brasil, tenderíamos a ter cerca de 10% de pobres ao invés dos atuais 34% (HENRIQUES, 2001).

A desigualdade de renda é tão grande que coloca o Brasil longe de qualquer índice mundial reconhecível comparando com país de economia próxima a brasileira, estando longe de uma política distributiva justa ou razoável, continua ainda Henriques (2001) citando que as origens históricas e institucionais da desigualdade brasileira são múltiplas, mas sua longa estabilidade faz com que o convívio cotidiano com ela passe a ser encarado, pela sociedade, como algo natural. A desigualdade tornada uma experiência natural não se apresenta aos olhos de nossa sociedade como um artifício. No entanto, resulta de um acordo social excludente, que não reconhece a cidadania para todos, onde a cidadania dos incluídos é distinta da dos excluídos e, em decorrência, também são distintos os direitos, as oportunidades e os horizontes.

Henriques (2001) coloca como marco conceitual base para o seu estudo sobre “*A desigualdade racial no Brasil*”, a pobreza, que é um dos mais agudos problemas econômicos do país, mas enfatiza a desigualdade como a principal determinante da pobreza, sendo o maior problema estrutural do Brasil. Desse modo, as agendas de pesquisa e de definição de políticas públicas que prioriza a questão da desigualdade têm como implicação necessária a compreensão da questão da desigualdade racial. Prossegue Henriques (2001) apontando que o desnaturalizar a desigualdade econômica e social no Brasil passa, portanto, de forma prioritária, por desnaturalizar a desigualdade racial. Afirma ainda que,

“A intensa desigualdade racial brasileira, associada às formas usualmente sutis de discriminação racial, impede o desenvolvimento das potencialidades e o progresso social da população negra. O entendimento dos contornos econômicos e sociais da desigualdade entre brasileiros brancos e brasileiros afro-descendentes apresenta-se como elemento central para se construir uma sociedade democrática, socialmente justa e economicamente eficiente. Essa investigação assume maior pertinência quando reconhecemos que os termos da naturalização do convívio com a desigualdade no Brasil são ainda mais categóricos no fictício mundo da “democracia racial” ditado há mais de 60 anos por Gilberto Freire, mas ainda verdadeiro para muitos brasileiros” (HENRIQUES, 2001 p. 18).

2.3.1 – O negro em Santa Catarina

Os fatos históricos que permearam a trajetória dos afro-brasileiros em Santa Catarina diferenciam-na, em suas peculiaridades e concepções.

A afirmação de Cabral (1979) que é bem verdade que Santa Catarina foi insignificante em sua população de escravos e a densidade do negro na totalidade catarinense foi uma das menores revelada pelas estatísticas de épocas diferentes em comparação a densidade verificada em outras Províncias.

Ainda prossegue Cabral (1979) afirmando que na literatura barriga-verde as referências ao negro não levam a nenhuma conclusão e os clássicos da história catarinense parecem terem esquecidos por completo desse elemento histórico, não mencionando nada referente às suas origens, dos seus costumes, dos seus usos e da sua religião.

Cabral pode ser considerado o precursor da “teoria da insignificância do negro”, no Estado de Santa Catarina, como ressalta Leite (1998), a escravidão foi sempre analisada em contraponto com outras regiões.

“O sistema escravista em Santa Catarina foi julgado como “não importante”, “secundário”, “insignificante” segundo Cabral e muitos outros”. Neste “pacote”, os descendentes de africanos que viveram e vivem tornaram-se sob esta perspectiva, também insignificantes (LEITE, 1998, p 48).

Na história de Santa Catarina que é narrada sobre os afro-brasileiros, encontram-se, num segundo momento, comentários jocosos como, por exemplo: “Piores de todos eram os Moçambiques, rebeldes e turbulentos”. Cabindas e Congos eram bem cotados como trabalhadores, por serem fiéis. Sensuais e afetivos, (CABRAL, 1979 apud OLIVEIRA, 1990) di-los “caracterizados por uma inferioridade mental própria dos tipos mais baixos da raça negra”. Os Quissamã eram sensuais, afetivos, os Benguelas, boçais e os Cassanges desbocados e com a fealdade repulsiva dos tipos negros puros (OLIVEIRA, 1990).

Alguns textos expõem esta realidade: “Havia ainda, também, o fato de que muita crioula ou mulata requebrando, apetitosa, deixava-se gamar pelo senhor – e a patroa exigia a sua venda imediatamente. Muitos daqueles casos de que “ao comprador se dirá o motivo” tinham origem nos ciúmes, quase sempre precedentes da senhora, que não admitia bandalheiras porta adentro e com razão” (CABRAL, 1979. p. 398). Cabral caracterizou a escrava como a grande vilã, descaracterizando-a do elemento servil e caracterizando-a como objeto sexual do senhor e também do próprio autor que a caracterizou como apetitosa.

Santa Catarina ainda apresenta poucos estudos em relação a esta população, que mesmo historicamente sempre apresentando uma porcentagem pequena de negros, em relação à média do Brasil, ela não é insignificante, como a falta de estudos e políticas de saúde voltadas para ela, assim sugerem.

2.3.2 O Negro e a Invisibilidade na Sociedade.

Neste capítulo são apresentadas algumas controvérsias acerca do valor do negro, em termos de contribuição social e, também, sobre o reconhecimento social que lhe é aportado. Isto porque, no meu entender, o negro enquanto cidadão com contribuições sociais importantes ainda é invisível.

Paixão (2001) chama a atenção para o fato de que em nosso país, quando na análise dos assuntos históricos, culturais, religiosos, esportivos, devem ser reconhecidos os papéis ocupados pela tradição e pela cultura negra.

As políticas públicas, em geral, apresentam a tendência de negar as questões raciais no Brasil, tratando-as como inexistentes ou envolvidas em uma problemática demasiadamente ampla, postergada para um outro momento. O poder econômico e social brasileiro guardou um papel não relevante para a pessoa negra em termos da compreensão do cenário de estratificação social no Brasil. Ainda prossegue Paixão (2004) afirmando que o fato é que, um amplo conjunto de teorias que tem tratado do assunto, em geral, tende a inviabilizar a dimensão racial das desigualdades e da exclusão social no Brasil. A primeira grande hipótese está associada ao velho *paradigma freyriano* que aponta o Brasil como um país livre do preconceito racial e do racismo, ao menos em suas formas mais extremadas e radicais. Desta maneira as relações raciais brasileiras são consideradas benignas e harmônicas, o que nos tornaria uma grande democracia étnica (FREYRE, 2000). Por sua vez, Park (1950), classificou as relações raciais brasileiras como fundadas em parâmetros ingênuos, inexistentes em outros lugares, o que favoreceria de todo jeito, a assimilação dos grupos subordinados no quadro cultural dominante. Sendo verdadeiro tal paradigma, sua conclusão, em termos da compreensão do quadro de estratificação social brasileiro, é fácil de ser derivada. Paixão (2004) concorda com Park salientando que, com a idéia da não existência do preconceito racial ou de cor – e sendo livre o caminho da mobilidade social do negro e do mulato –, o cenário não poderia interagir com os processos de construção das desigualdades e de exclusão social em nosso país.

Naturalmente, o contexto não deixa de refletir sobre um evidente fato que diz respeito à realidade de que, entre as pessoas pobres, as negras formam a imensa maioria.

No seu clássico “A integração do negro na sociedade de classes”, Fernandes (1978) analisou a situação social da população negra da cidade de São Paulo na primeira metade do século 20, classificou assim pela primeira vez a democracia racial brasileira como um mito. O autor citou a suposta harmonia racial existente no Brasil e descreveu a situação vigente durante o período escravista quando a sociedade era caracterizada por um rígido padrão de hierarquização social. Nesse processo de subjugação por níveis de hierarquia, a negação do racismo é o ponto chave e iniciador do processo para tornar o negro e seu universo de problemas invisíveis para a sociedade da democracia-racial, dessa forma o preconceito e o racismo, longe de inexistentes, podem ficar escondidos na forma de uma modalidade de relação hierárquica.

Os negros, por sua vez, vivenciam a realidade da ausência de reformas sociais democráticas que lhes permitam terem condições sociais e culturais dignas na sua realidade de vida (no seu contexto posterior à abolição), passando a vivenciar uma situação de perda de identidade coletiva (anomia), desajustamento social, familiar e laboral pela incapacidade para a competição no mercado de trabalho (PAIXÃO, 2004).

Osório (2003, p.49) também chama à atenção sobre o fato da “negação” como forma de controle e manutenção da condição inerte, insípida, inodora, mas não incolor do negro no Brasil, e cita:

“A mobilidade social sempre foi tópico importante nos estudos sobre as relações raciais no Brasil, tendo mesmo contribuído em algum grau para a cristalização de uma tese que ainda hoje é debatida, a despeito de seu falseamento pelas evidências empíricas: a de que o preconceito de classe seria preponderante em relação ao racial, que praticamente inexistiria. Tal tese, burilada em várias versões, constitui um dos pilares da ideologia da democracia racial, sendo freqüentemente evocada como explicação das inegáveis desigualdades entre os negros e os brancos”.

No Brasil na década de 1990, no que diz respeito ao poder público, novas respostas são dadas à problemática racial brasileira. No Estado do Rio de Janeiro,

o governo Leonel Brizola criou, em 1991, a Secretaria de Defesa e Promoção das Populações Negras. Apesar de ter representantes do Movimento Negro, a Secretaria foi fechada pelo governo Marcelo Alencar em 1994, não tendo sido capaz de resistir às dificuldades que o tema da questão racial enfrenta no Brasil, tais como a invisibilidade, a falta de experiência e de vocação do setor público para lidar com a questão negra e, também, a falta de adesão de grande parte da sociedade ao tema (JACCOUD, 2002).

A partir da segunda metade da década de 1990, um novo impulso é dado à questão racial quando o poder público federal começa a tomar uma série de medidas, sendo que uma das alavancas desse novo impulso pode ser creditada à “Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida”, realizada em 20 de novembro de 1995, e da qual participam dezenas de milhares de pessoas em homenagem ao tricentenário da morte de Zumbi dos Palmares.

Os organizadores da Marcha entregaram ao então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, um documento sobre a situação do negro no país e um programa de ações para a superação do racismo e das desigualdades raciais no país. É importante destacar a abertura em relação ao tema por parte do chefe do Executivo Federal: já em seu discurso de posse, o presidente reconhece a existência e a relevância do problema racial bem como a necessidade de interlocução política com o Movimento Negro brasileiro.

Na mesma data da Marcha, é criado, por decreto presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra (GTI População Negra), ligado ao Ministério da Justiça. A proposta nasce dentro do governo a partir da articulação de setores do Movimento Negro que defendem uma atuação mais incisiva do governo federal no estabelecimento de políticas públicas e sem a marca culturalista que muitas vezes prevalece no âmbito do Estado quando se pensa no segmento negro (PAIXÃO, 2004).

Paralela à instalação do GTI População Negra que ocorre em 1996, é lançado pelo Ministério da Justiça o I Programa Nacional dos Direitos Humanos (I PNDH), que contém um tópico destinado à população negra, para a qual se propõe a conquista efetiva da igualdade de oportunidades, relata ainda Paixão

(2004). É com esse espírito que o GTI - População Negra se constitui, a partir dos seguintes objetivos:

- Propor ações de combate à discriminação racial;
- Elaborar e promover políticas governamentais;
- Estimular ações da iniciativa privada;
- Apoiar a elaboração de estudos atualizados; e
- Estimular iniciativas públicas e privadas que valorizem a inserção qualificada dos negros nos meios de comunicação (Ministério da Justiça, 2000).

O poder público enfrenta dificuldades nas questões raciais no Brasil para que possa viver a sua própria experiência em relação às ações afirmativas e avaliar o seu impacto e representatividade nas estatísticas sócio-econômicas da população negra, completa Paixão (2004).

Henriques, (2001), afirma que o pertencimento racial tem importância significativa na estruturação das desigualdades sociais e econômicas no Brasil. O aceite dessa tese, apesar de ainda limitado, tem crescido no interior da sociedade civil, sobretudo a partir dos anos 80, com o fortalecimento do Movimento Negro e a produção acadêmica de diagnósticos sociais sobre as desigualdades raciais.

O que se pode deduzir dos autores aqui apresentados é que a cor preta, é visível ao olho humano, mas é reconhecida de modo inadequado em termos de oportunidades sociais. A invisibilidade do negro ocorre por múltiplos fatores sociais e culturais, apesar do contingente populacional brasileiro ser constituída por quase 50% de “pessoas de cor”.

2.3.3 A morbimortalidade da mulher negra

Os estudos que trabalham com sexo e raça evidenciam um perfil de saúde mais crítico quando se trata da mulher negra. É o que mostra, por exemplo, o trabalho de Cunha (1997), que constata a sobremortalidade de filhos menores de

um ano de mães negras e de mulheres adultas negras em relação às brancas, afirmando inclusive que a mulher negra morre antes.

Oliveira (2001) refere que, no Brasil, afro-descendentes residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, tais como saneamento básico, escolas e instituições de saúde, que quando existem são de baixa qualidade. Prossegue, afirmando que os afrodescendentes trabalham em atividades que exigem pouca qualificação profissional, com rendas mensais irrisórias, insuficientes para cobrir as necessidades vitais básicas. Agregam-se às precárias condições materiais de vida, práticas racistas, firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa estima e risco de adoecimento físico e mental. Além disso, a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV/IBGE, 1996), informa que 32% dos domicílios com chefes afro-descendentes foram classificados como inapropriados, contra 12% dos domicílios com chefia branca. Apenas 26% dos domicílios considerados apropriados possuíam chefia afrodescendente, contra 54% dos chefiados por brancos; os domicílios sem acesso à água tratada foram 35% entre os de chefia afrodescendente, contra 19% para os de chefia branca; e os domicílios sem esgoto sanitário foram 50% entre os chefiados por afrodescendentes, contra 26,4% entre os chefiados por brancos.

Oliveira (2001) destaca que os dados do Censo (1991) e da PNAD (1998), demonstram que nas famílias chefiadas por mulheres que não têm rendimento ou recebem menos do que um salário mínimo, as chefiadas por negras são 60%; já entre as que recebem três ou mais salários mínimos, a participação das chefiadas por mulheres negras cai para 29%; as mulheres negras chefes de família possuem escolaridade mais baixa do que as brancas, destacando-se a alta proporção de analfabetas, com 27,6% em 1998, contra 15% das brancas; e no cruzamento de dados como escolaridade, estado conjugal, número de filhos, etc., as mulheres negras estão sempre em piores condições, deixando evidente que o fator escolaridade é para estas chefias o primeiro marcador de pobreza, seguida pelo estado conjugal, com um diferencial racial.

Complementa este contexto a questão do acesso à educação, que na “Pesquisa sobre Padrões de Vida” (1996-1997) é registrado que a população branca tem maior escolaridade do que a afrodescendente em todas as faixas de idade, com desigualdades educacionais mais acentuadas entre as crianças de 0 a 6 anos, com uma diferença de 8,4 pontos percentuais: 31,9% para os brancos e 23,5% para pretos e pardos; e entre os adolescentes de 15 a 17 anos, com 10,7 pontos percentuais (brancos 80,1% e pretos/pardos, 9,4%). O quadro, certamente, contribui para que a população afrodescendente brasileira tenha uma expectativa de vida seis anos inferior à da população branca (respectivamente mulheres afrodescendentes têm uma expectativa de vida de 66 anos, que é alguns meses abaixo da média nacional (66,8 anos), 5 anos abaixo do das mulheres brancas e 3 anos abaixo da dos homens brancos).

Observando os dados da Fundação SEADE sobre os óbitos no Município de São Paulo em 1995, Barbosa (2001) refere que, das mortes ocorridas antes dos 50 anos, a proporção de mulheres negras (40,7%) era quase igual à de homens brancos (39%). Nos óbitos na faixa acima de 55 anos, os homens brancos atingem 54,6% dos casos, para 52,4% das mortes de mulheres negras, esses dados confirmam que, no que diz respeito às brasileiras negras, está sendo quebrada a “regra” de que as mulheres vivem mais que os homens. A esperada diferença por sexo só se confirma quando se comparam os dados dos homens negros, que perdem mais anos de vida do que todos os outros segmentos, e não apenas o das mulheres negras.

Laurenti (2004) em sua pesquisa sobre a mortalidade materna, (sem considerar o recorte raça /cor), detectou que dos 7.332 óbitos, pôde ser constatado que 458 (6,2%) ocorreram no aqui chamado ciclo gravídico puerperal ampliado (mortes ocorridas na gestação, no parto e até um ano após o mesmo).

2.3.4 Mortalidade materna de adolescentes negras

A maternidade precoce representa riscos tanto para a adolescente gestante, como para o concepto. Todos os anos, no mundo, pelos menos 60 mil

adolescentes morrem em decorrência de complicações na gravidez e no parto; a Pesquisa Nacional de Demografia Saúde (PNDS, 1996) mostrou que 14% das mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior do que as de melhor estrato socioeconômico (CUNHA, 2001)

O coeficiente de mortalidade infantil e a materna são indicadores que retratam as condições e a qualidade de vida, e segundo Oliveira (2001) no recorte racial/étnico em afro-descendentes, os dados evidenciam a omissão dos governos e revelam discriminação de classe e indiferença racial/étnica.

A diferença da mortalidade, entre as crianças negras e as brancas, no Brasil, tem aumentado muito a despeito de a mortalidade infantil no país vir caindo significativamente. Dados do IBGE (1996) mostram as diferenças nas taxas da mortalidade infantil de 1980 para 1991. Em 1980, para cada 1 000 nascidos vivos, morriam 76 brancos e 96 negros. Em 1991, para cada 1 000 nascidos vivos, morriam 43 brancos e 72 negros. No ano de 1980 as crianças negras apresentavam índice de mortalidade 21% maior do que o das brancas e, em 1991, esse índice elevaram-se para 40%.

A expectativa de vida, segundo o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) desagregado por gênero e raça, é respectivamente: homens brancos, 69 anos; mulheres brancas, 71 anos; homens negros, 62 anos; e mulheres negras, 66 anos. A média de expectativa de vida para o total de brancos é de 70 anos e para o total de negros é de 66,8 anos. Os dados relativos à renda informam que o PIB per capita das mulheres negras é de 0,76 SM; homens negros: 1,36 SM; mulheres brancas: 1,88 SM; e homens brancos, 4,74 SM. No tocante ao índice de escolaridade são respectivamente: 82% para homens brancos, 83% mulheres brancas, 76% para mulheres negras; 70% para homens negros. Diante dos dados mencionados, entende-se porque Sant'anna (2001), diz de forma sintética que as ações de combate às desigualdades raciais ajudam, mas não são suficientes aos interesses e necessidades das mulheres negras. Da mesma forma, as ações de combate às desigualdades de gênero ajudam, mas, igualmente, não são suficientes aos interesses e necessidades das mulheres negras. A superação das

desigualdades de gênero e raça vividas pelas mulheres negras requer ações especialmente destinadas a elas porque possuem características próprias ao fato de serem mulheres negras.”(SANT’ANA 2001 p. 53 apud OLIVEIRA, 2003)

Na atenção a saúde da mulher em sua abrangência, o coeficiente de mortalidade materna espelha a qualidade da assistência prestada à vida reprodutiva de cidadãos e, indiretamente, a concepção de seus dirigentes, salienta Oliveira (2003), especialmente no que diz respeito à assistência à saúde da mulher, o que pode ser observado por meio dos diferentes índices encontrados para países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos, em 1980, morreram nove mulheres por 100.000 nascidos vivos; nesse mesmo ano, no Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna foi de 70 por 100.000 N.V., (TANAKA, 1989). Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), nesta mesma época, Paraguai, Chile e Argentina apresentaram, respectivamente, 365, 73 e 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Isso equivale a dizer, segundo Tanaka (1995), que ‘as determinações da própria gravidade da doença, muitas vezes, podem ser influenciadas pela própria condição social do indivíduo, isto é, dependendo da classe social da pessoa, uma patologia pode causar danos maiores ou menores à sua saúde’. Classe social e condição social – raça/etnia; uma inter-relação de difícil abordagem. Essa é uma preocupação de Atrash (1995), quando afirmam que ‘ser membro de uma minoria étnica em si mesmo não explica a razão por esta disparidade; porém, é importante ter esta informação quando fazemos a prevenção [...]’.

No Brasil são raros os dados de mortalidade materna por raça. Estudo sobre raça do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (1997) cita que, no triênio 1994-1996: “dos óbitos em que se obteve o dado sobre raça, 78,3% eram mulheres brancas, seguidas das negras (preta e parda) com 20,8% (67 óbitos) e 0,9% das amarelas”.

Outro trabalho nacional realizado em 1997, no Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Pará, por Tanaka (1999) mencionam que: ‘[...] prevaleceu a cor branca com 28,5% dos óbitos. Porém, ao se considerarem as cores parda, morena e

morena clara como sendo uma só, esta perfaz 51,5% dos óbitos. Não houve nenhum óbito em que a falecida fosse considerada de cor preta’.

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 que nas brancas e cinco vezes maior entre as amarelas quando comparadas com as brancas, conforme mostra a tabela 7.12. Relacionado ao Coeficiente de Mortalidade Materna por raça, este foi de 356,5 por 100.000 nascidos vivos entre as amarelas, 318,9 entre as pretas e 48,0 entre as brancas. Estes dados mostram que a morte materna foi 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes maior entre as pretas, quando comparadas com as brancas. Estes coeficientes, principalmente entre os de raça amarela e preta, são extremamente elevados, comparando-se aos de países em desenvolvimento como Quênia, Namíbia ou mesmo Paraguai e Peru, entre outros (OMS/UNICEF, 1996).

Dentre os estudos sobre mortalidade materna, os de Siqueira et al, (1984) e Laurenti (1995), mostram que as quatro principais causas básicas de óbito no Brasil são: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto.

Segundo Tanaka et al (1989), no Estado de São Paulo, no período de 1980 a 1984, do total de mortes maternas, 33,8% foram causadas por hipertensão, 16,6% por hemorragias e 13,4% por aborto. As demais causas, como complicações do trabalho de parto e infecções puerperais, entre outras, não atingiram o percentual de 10% cada uma.

No estudo realizado no Paraná, a principal causa de morte materna foi à hipertensão, que ocorreu em 33,6% dos óbitos, acometendo principalmente as amarelas (77,8%), seguidas das negras (36%); dentre estas últimas, as pretas tiveram o maior percentual (46,9%).

A síndrome hipertensiva foi 2,5 vezes maior entre as amarelas do que entre as brancas e 1,5 vezes maior entre as pretas do que as brancas, apesar de as características destas mulheres serem muito diferentes. Enquanto as amarelas eram mais velhas, casadas, com renda familiar maior, com maior escolaridade,

menor fecundidade e maior percentagem de primigestas, as pretas eram jovens, com menor percentagem de mulheres casadas, menor renda e escolaridade, maior fecundidade e menor percentagem de primigestas. Diante disso foi levantada a hipótese de que a questão racial deve ter relação com a doença que levou à morte, assim como as questões socioeconômicas.

A forte associação segundo Barbosa (2001), entre a pobreza e população negra está expressa em diversos indicadores, sejam estes econômicos, educacionais ou de saúde, que atestam as desigualdades raciais nestas áreas. A tese, amplamente difundida, de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à população negra, vem sendo paulatinamente derrubada por pesquisas recentes, posto que desconsidere o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil; é necessário se agregar ao princípio da universalidade o de equidade, conforme instituído pelo Sistema Único de Saúde.

Reafirma-se o que salienta Barbosa, (2001) de que as condições de vida da população negra estão relacionadas ao seu perfil de saúde.

3. JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre a mortalidade materna, por si só, se justificam. Isto porque, a gestação é um evento previsível, com duração para o seu término, envolve uma família e acomete a um grupo populacional específico, mulheres em idade fértil.

A World Health Organization (WHO) e a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) enfatizam que:

“A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder as suas necessidades. É preciso portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto mas também pelo que significa sobre a saúde em geral da mulher e por extensão seu status social e econômico” (WHO/UNICEF, 1996)

A gestação é um evento fisiológico, social e que segundo SOUZA (1982) ocorre na maioria das mulheres do mundo e o término desejado é o da vinda de um novo ser para a família. Afirma ainda esta autora que a mulher é responsável pela agregação da família e, por isto mesmo, a morte materna não se justifica. Mesmo assim não tem representado um evento que mereça a atenção das autoridades sanitárias que permanecem com o pré-conceito de que somente os eventos com grandes expressões numéricas é que merecem investimentos. A gravidade da situação e a conseqüente tomada de posição a esse respeito são mais visível a partir da *International Conference on Safe Motherhood*, realizada em Nairobi, Quênia, em 1987, quando a mortalidade materna passou a ser vista como grave problema de saúde da mulher e de saúde pública nos países em desenvolvimento (LAURENTI, 2000).

Vários programas foram propostos, no âmbito nacional e internacional, a exemplo do Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna da Organização Pan-americana da Saúde (OPS), o qual foi aprovado pelos países americanos na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, em setembro de 1990 (LAURENTI, 2000).

Devido à existência deste programa e à aplicação de recursos, os países e as agências internacionais, como, principalmente, OMS, OPS, UNICEF e Banco Mundial, têm monitorado os projetos que tratam da redução da mortalidade materna.

Nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) as mulheres apresentam-se especialmente vulneráveis a mortalidade e à morbidade materna, sobretudo porque possuem os mais baixos rendimentos individual e familiar, as maiores limitações de acesso à saúde e à educação, as piores condições de moradia e habitação (LOPES, 2004).

Além disso, a gravidez é a primeira causa de internações (66%) em mulheres com idades entre 10 e 19 anos na rede SUS no Brasil. Aproximadamente um quarto do total de partos realizado no país é em adolescentes de 10 a 19 anos (FREITAS E BOTEGA, 2002).

A mortalidade materna é um problema que, em sua maioria, pode ser evitado mediante uma boa assistência pré-natal e uma boa atenção ao parto e puerpério. Segundo Nagano (2004, p. 15):

“ a mortalidade em mulheres jovens, com elevada perspectiva de vida, em idade economicamente ativa e com muitos projetos para o futuro, deve ser alvo de crítica. Isto porque, são mulheres que se encontram, teoricamente, sob a proteção do Estado, expressa através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e, além disso, a gravidez é um processo fisiológico na vida da mulher” .

O cenário apresentado e a carência de estudos que retratem a mortalidade materna em adolescentes negras justificam o presente estudo. Este será norteado pela seguinte pergunta: Qual a magnitude da mortalidade materna em mulheres negras com idades compreendidas entre 10 e 19 anos, no Estado de Santa Catarina? O fenômeno ocorre e é registrado adequadamente com a identificação cor? Como se caracteriza a mortalidade materna entre adolescentes negras em Santa Catarina?

Justificamos ainda, o estudo da mortalidade materna de mulheres negras com idades compreendidas entre 10 a 19 anos, ocorridos no estado de Santa Catarina, porque a existência das políticas públicas voltadas para a população negra precisa ser operacionalizada para provocar impacto sobre a realidade.

4. MÉTODOS

4.1 Pergunta de pesquisa

Busca-se, com o presente estudo, responder a seguinte pergunta: - Qual a magnitude da mortalidade materna entre adolescentes no Estado de Santa Catarina, no período compreendido entre os anos de 2002 e 2003, e a cor ou etnia dos afro-descendentes é incluída dentre os caracteres epidemiológicos informados

no Sistema de Registro de Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde?

4.2 Tipo de estudo

Optou-se por um estudo cujo desenho é conceituado como descritivo exploratório, sendo que “a pesquisa descritiva observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir com a precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características”. (CERVO, 1996 p. 49); “sendo que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses” (GIL, 2002 p. 41).

Para Lakatos & Marconi (1991), esta modalidade de pesquisa busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo como de grupos e comunidade mais complexas. Eco (1988) complementa descrevendo como que a pesquisa descritiva se desenvolve principalmente nas ciências humanas e sociais com o objetivo de conhecer situações, atitudes ou costumes predominantes através de descrições detalhadas, seja de pessoas, objetos ou atividades também expressa que a pesquisa descritiva se caracteriza como um estudo no qual descreve com exatidão o fato e o fenômeno ocorrido em determinada realidade.

Esta pesquisa foi realizada com dados secundários (SIM/SINASC), e das análises dos dados, são formuladas sugestões acerca da cidadania das mulheres adolescentes negras. As vantagens da pesquisa exploratória têm sido apontadas como: o conhecimento direto da realidade (...), também ocorre economia e rapidez na quantificação, ou seja, o uso de estatística para apresentar os resultados encontrados. As principais desvantagens seriam as ênfases nos aspectos preceptivos, pouca profundidade no estudo da estrutura e dos processos sociais; limitada apreensão do processo de mudança, isto é, proporciona uma visão

estática do fenômeno estudado, não indica suas tendências à variação e muito menos as possíveis mudanças (GIL, 2002).

Os registros da mortalidade encontram-se dentro do sistema de estatísticas vitais, que compreende o estudo dos eventos vitais como os nascimentos, os casamentos e também a sua dissolução e os óbitos, sendo que estes três eventos são registrados em cartório (PEREIRA, 2002)

O simples conhecimento da mortalidade de uma população permite fazer inferência sobre as condições de saúde dos grupos que a constituem, reforça ainda Pereira (2002) afirmando que a inspeção da distribuição dos óbitos possibilita identificar os grupos da comunidade mais afetados por determinados agravos à saúde, definir problemas prioritários e orientar a alocação de recursos.

Faz parte do processo de diagnóstico epidemiológico a organização dos dados, de maneira a evidenciar as freqüências do evento, em diversos subgrupos da população de modo a compará-los (PEREIRA, 2002).

4. 3 Local do estudo

O local de realização do estudo é o Estado de Santa Catarina, com 293 Municípios e esta escolha decorre da magnitude do fenômeno, uma vez que se tratando de todo o estado, maior será a possibilidade de observar-se a ocorrência do mesmo. Esta escolha justifica-se pela baixa prevalência do fenômeno, a mortalidade materna em adolescentes e, particularmente, em mulheres negras. Por este motivo, quanto maior o agregado populacional, maior a possibilidade de ocorrência das mortes maternas razão que justifica adoção do estado como um todo.

A diversidade geográfica e humana do estado de Santa Catarina é surpreendente para um território de apenas 95,4 mil km² - do tamanho aproximado de países como a Áustria, Hungria, Irlanda ou Portugal. Uma viagem de poucas horas de carro é suficiente para experimentar mudanças radicais no clima, na paisagem, nos sotaques e culturas. Com atrativos diferenciados e de fácil acesso, o estado tem vocação acentuada para o turismo.

Santa Catarina, estado que fica na região sul do Brasil, bem no centro geográfico das regiões de maior desempenho econômico do país, Sul e Sudeste, e em uma posição estratégica no Mercosul. O Estado faz fronteira com a Argentina na região Oeste.

Florianópolis, a Capital, está a 1.850 km de Buenos Aires, 705 km de São Paulo, 1.144 do Rio de Janeiro e 1.673 de Brasília. Sua posição no mapa situa-se entre os paralelos 25°57'41" e 29°23'55" de latitude Sul e entre os meridianos 48°19'37" e 53°50'00" de longitude Oeste.

4.4 População de Estudo

Compuseram como sujeitos do estudo, mulheres com idade entre 10 a 19 anos, residentes no estado de Santa Catarina que morreram por causas associadas à gestação, parto e puerpério, durante os anos de 2002 e 2003.

A composição da população é intencional, por tratar-se somente das declarações de óbitos (DOS) de mulheres de 10 a 19 anos residentes em Santa Catarina, e, por acessibilidade porque foram incluídos os dados dos óbitos investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, assim, não se adotou para a definição da população os cálculos estatístico com probabilidade previamente definida, pois os próprios achados é que determinaram o número de casos estudados, ou seja mortes maternas de adolescentes negras.

Foi considerada população negra, a população de pretos mais a população de pardos, seguindo assim a tenência atual dos estudos que abordam a variável cor/raça.

Devido a ausência de registro de casos de morte materna de adolescentes negras que foram investigadas pelo comitê de mortalidade materna no ano de 2003, foram incluídas as mulheres com idade compreendida entre 10 – 49 anos, cujas mortes maternas foram investigadas pelo Comitê de Mortalidade Materna do estado de Santa Catarina. Esta inclusão teve como objetivo reforçar os achados nas adolescentes para mostrar uma possível tendência do fenômeno estudado.

4.5 Critérios de Inclusão ou Exclusão

O universo de estudo, compõe-se das mulheres com idades compreendidas de 10 a 19 anos, cujas mortes ocorreram por causas associadas à gestação, parto e puerpério, durante os anos de 2002 a 2003, disponíveis nos arquivos da Secretaria de Estado da Saúde e do Comitê de Mortalidade Materna. Foram incluídas somente as mulheres residentes no estado de Santa Catarina, independente do Município de residência e se o óbito ocorreu no município de residência e cujos óbitos tenham sido investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna. Foram excluídas do estudo as mulheres com causas de óbito não maternas, as não residentes em Santa Catarina, mesmo aquelas que tiverem morte materna declarada.

4.6 Período do estudo

O estudo foi focado no período de 01 de janeiro de 2002 a 31 de dezembro de 2003, estabelecendo este período porque os dados referentes há estes anos se encontram disponíveis nos Bancos de Dados -SIM e SINASC – Ministério da Saúde e também no Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina.

4.7 Das variáveis do estudo

Pereira (2002, p. 54) refere que “tradicionalmente, em avaliações realizadas na área da saúde, são usados indicadores “negativos”, como a mortalidade e a morbidade em lugar dos “positivos”, do tipo bem estar, qualidade de vida e normalidade”, prossegue ainda afirmando que a mortalidade historicamente, é o primeiro indicador utilizado em avaliações da saúde coletiva, e ainda hoje o mais utilizado. Isso pode ser explicado pelo fato de que a morte é definida de forma objetiva, ao contrário da doença, sendo ainda compulsivo o registro do óbito.

4.7.1 Variável Dependente

Como variável dependente foi considerada neste estudo, a mortalidade materna entre adolescentes, de 10 a 19 anos. O óbito é o último acontecimento no processo saúde-doença e as estatísticas de mortalidade refletem uma história incompleta da doença e seus fatores determinantes (PEREIRA, 2002).

4.7.2 – Variáveis Independentes

Nagano (2004) salienta a importância da apresentação de alguns caracteres demográficos, com finalidade descritiva, para melhor compreensão de um estudo no contexto da mortalidade por causas associadas à gestação, ao parto e ao puerpério em adolescentes de 10 a 19 anos no Estado de Santa Catarina, bem como os principais grupos de causas de morte dessas mulheres.

A mortalidade materna entre adolescentes, com um recorte específico sobre a cor das mulheres, encontra suporte em Pereira (2002). Elegeram-se as seguintes variáveis independentes:

- Cor: cor da pele da mulher, registrada na DO;
- Escolaridade: registrada na DO (número de anos completos de escola, frequentados pelas mulheres);
- Idade da mulher – número de anos completos vividos até o dia da morte;
- Estado Civil: considerado a união legal, e, também a existência de um companheiro independente do aspecto legal da união.
- História Obstétrica: tipo de parto - normal, cesariana, fórceps, outro; local do parto – hospitalar ou domiciliar;

4.8 Fonte de Dados

O SINASC representa um sistema de dados no qual se acessa dados sobre os nascidos vivos e a obtenção de um perfil epidemiológico de acordo com variáveis importantes como: idade da mãe, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução da mãe, índice de Apgar, tipo de parto, paridade, estabelecimento onde ocorreu o parto e município de origem da mãe. Agregue-se a este fato que muitas desses dados também estão na declaração de óbito (DO), incluídos no SIM, Sistema de Informação da Mortalidade, o que permite a obtenção de coeficientes específicos de mortalidade materna necessários para análises mais minuciosas (MELLO JORGE et al., 1993 apud NAGANO, 2004).

4.9 Coleta de dados

Os dados deste estudo foram coletados no SIM e o SINASC do Ministério da Saúde e também o Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, sendo estes órgãos centralizadores do registro oficial de óbitos e nascidos vivos.

4.10 Sistematização dos dados e Análise Estatística

Os dados dos anos de 2002 e 2003 foram agrupados para que houvesse a composição de uma maior média, e assim gerasse uma melhor observação do fenômeno e sua tendência, isso se deveu ao fato de sua pequena frequência, mesmo sendo o estudo realizado com dados de todo o Estado de Santa Catarina.

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica, a seguir foram sistematizados e quantificados para, facilitar o cálculo dos coeficientes de mortalidade materna. A análise da distribuição das frequências é realizada com

suporte das medidas de tendência central. A apresentação dos resultados é realizada em tabelas.

Com relação a variável dependente deste estudo, o CMM de adolescentes, optou-se, inicialmente por realizar uma análise dos 93 casos que ocorreram no Estado, no período do estudo e que foram investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina. As variáveis independentes, registradas nas DOS, cor da pele da mulher, escolaridade, idade da mulher, estado civil, tipo de parto e local do parto – hospitalar ou domiciliar foram estudadas dado a importância que têm em termos de caracterização epidemiológica.

4.11 Aspectos éticos

Foram respeitados os preceitos éticos das atividades de pesquisa que envolve seres humanos, através da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, mesmo se tratando de pesquisa com dados secundários, teve-se o cuidado em não comentar os dados encontrados, fora do contexto desta dissertação, Não registrar o nome das mulheres, das instituições e dos profissionais no texto desta dissertação e de qualquer outro trabalho que dela decorrer. Assume-se como um dos compromissos éticos, a divulgação dos dados obtidos nesta pesquisa, sejam eles favoráveis ou não, somente em publicação científica.

Esclarece-se ainda, que por se tratar de uma pesquisa com dados secundários e de domínio público, o presente trabalho não foi apresentado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, esta pesquisa não apresenta riscos em potencial para seus participantes, pois respeita sigilo e confidencialidade dos individuais e cumpre os termos das resoluções 196/96 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde.

Dentre os benefícios esperados, a oferta de subsídios ao programa de saúde da mulher adolescente negra, para prevenir mortes prematuras de jovens adolescentes, incentivando a criação de programas de apoio.

5. REFERENCIAL TEÓRICO - CIDADANIA

“Cidadania é a condição pelo quais as pessoas usufruem, de fato, dos direitos que lhe são reconhecidos nos âmbitos civis, político, social, cultural e individual. Os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à propriedade perante a lei são consagrados como direitos civis. Os direitos políticos referem-se ao direito de participar no destino da sociedade tendo se dado maior destaque ao de votar e ser votado. Os direitos sociais são os que garantem a participação na riqueza coletiva, o acesso a educação, à saúde, ao trabalho, à salário justo e a uma velhice tranqüila. Entre os direitos culturais, se incluem o de identidade étnica, de opção religiosa, de preservação e valorização das línguas e expressões rituais, músicas, técnicas de trabalho, formas de lazer, saberes e práticas médicas e de cuidados tradicionais, entre outras expressões patrimoniais materiais e imateriais. Os direitos individuais contemplam a liberdade de pensamento, de consciência e de sentimentos. O direito ao reconhecimento e consideração como pessoa moral, o direito a tratamento digno pelo simples fato de ser pessoa humana”. (FIGUEROA, 2004)

Compreender a cidadania serve de base para refletir sobre as iniquidades que os indicadores estatísticos revelam sobre a mortalidade materna e outros eventos como menciona Figueroa (2004). É, entretanto, no âmbito dos direitos individuais que incidem de forma mais forte os efeitos do preconceito, da intolerância e da discriminação, com desdobramentos que atingem as demais esferas dos direitos cidadãos.

A origem da palavra cidadania vem de cidade ou *pólis* grega, esta *pólis* era constituída de homens livres, que participavam politicamente de uma democracia direta e livre, porém restrita, pois participavam apenas os homens livres. O homem grego livre era, por excelência, um homem político (COVRE, 1998). Os cidadãos livres, somente os homens, tinham a capacidade de exercerem os direitos e deveres do cidadão, excluindo os escravos, as mulheres e as crianças. Este exercício da cidadania cessou-se no início do período feudal (século V) até o seu final (século XIII), sendo retomado com o surgimento da sociedade capitalista, por volta do século XV, onde se acirravam as lutas entre burguesia e feudalismo.

Por volta do século XV, teve origem à sociedade capitalista, com ascensão da burguesia em luta contra o feudalismo, movimento que leva o homem a viver em núcleos urbanos e o exercício da cidadania é retomado lentamente.

O marco da luta dos homens pela liberdade foi a Revolução Francesa, no século XVIII, quando foram estabelecidas as Cartas Constitucionais, surgindo o Estado de Direito que propunha “direitos iguais a todos os homens, ainda que perante a lei, e acenar com o fim da desigualdade a que os homens sempre foram relegados” (COVRE, 1998, p.17). Este fato foi reorganizado e ratificado após a II Guerra Mundial, pela Organização das Nações Unidas (ONU), com a Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948.

O conceito de cidadania vem ao longo da história sendo redimensionado à luz da história, e segundo Castanhel (1993 p.31) citando Marshall, (1967, p.63), cidadania é uma situação social que inclui três tipos distintos de direitos, especialmente em relação ao Estado:

- 4. Direitos civis, que incluem o direito de livre expressão, de ser informado sobre o que está acontecendo, de reunir-se, organizar-se, locomover-se sem restrição indevida e receber igual tratamento perante a lei.*
- 5. Direitos políticos, que incluem o direito de votar e disputar cargos em eleições livres, e,*
- 6. Direitos socioeconômicos, que incluem o direito ao bem-estar e a segurança social, a sindicalizar-se e participar de negociações coletivas com empregados e mesmo o de ter um emprego.*

O grau de privação destes direitos, está ligado proporcionalmente ao grau de pobreza, que é medido a partir do grau de privação das oportunidades mais fundamentais ao desenvolvimento humano. No Brasil é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar, embora cerca de 60% dos países tenham renda inferior à brasileira, o grau de desigualdades de nossa sociedade é o mais elevado do mundo (BARROS, 2000).

A desigualdade hoje observada em várias áreas na vida da população negra, não é outra coisa senão a manifestação presente de exclusões ancestrais, de discriminações passadas transmitidas de geração a geração, em cadeias de causalidade que remontam à época do tráfico e da escravidão, e que incluem não

apenas a negação do acesso à saúde e educação, mas também à renda, à propriedade, à acumulação de riqueza, ao poder político, ou seja, ter direito à própria cidadania. Não obstante, a decomposição é importante, pois não se trata de hierarquizar, em uma escala ética, mazelas do presente e do passado, e sim de identificar dimensões distintas de um mesmo problema, que se interpenetram e se combinam para gerar as iniquidades de hoje, mas que certamente demandam abordagens e políticas distintas para seu enfrentamento (MARTINS, 2004).

Ao longo de mais de 300 anos, o Brasil importou mais de quatro milhões de africanos na condição de escravos e com a sua força de trabalho construiu a sua base produtiva. Tal condição situou essas pessoas nas antípodas da cidadania. De escravos passaram a desempregados, considerados vadios, inferiores, propensos ao crime (FIGUEROA, 2004).

Segundo Santos (2000), a população pobre não está apenas privada de recursos financeiros para consumir, mas a ela é imposta uma cidadania abstrata; que em situação alguma seria cabível, sendo que, na maioria das vezes, não pode ser sequer reclamada. Por mais que se deseje negar, essa cidadania não consistente e não reivindicável, vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, índios e índias.

Considerando o conceito acima exposto de cidadania, e o que a história imprimiu popularmente acerca da pessoa negra, o então ex-escravo, ou melhor, o negro ainda é brutalmente exposto a desigualdades que podem ser notadas no seu cotidiano quando os seus direitos de cidadão não são respeitados na forma de direitos e oportunidades iguais. A violação desses direitos ocorre nas interações entre indivíduos ou entre indivíduos e coletividade, tanto nos espaços domésticos quanto nos institucionais. As filas de espera, os balcões de informação e atendimento, os consultórios, as enfermarias e demais espaços do serviço de saúde públicos ou suplementares são espaços para o exercício do reconhecimento ou para efetivas ou potenciais violações da dignidade das pessoas. (FIGUEROA, 2004)

Osório (2003) cita Costa Pinto, que em análise realizada em 1952, afirma que o fato do não exercício da cidadania imprime uma estratificação social que

subjuga o negro sobre-representando-o nos extratos inferiores, nas ocupações menos valorizadas e nos ramos de atividade econômica que remuneram menos e que oferecem trabalhos manuais, exaustivos e deletérios. Entretanto, não atribuiu o fato à proximidade histórica da escravidão, mas às barreiras étnicas travestidas de barreiras não-étnicas. Este autor questiona o mito da mobilidade ascendente dos mulatos, considerando que as "honrosas exceções" freqüentemente citadas como indício da inexistência de barreiras raciais à ascensão na estrutura de classes são mais figuras de um discurso ideológico destinado a reforçar tais barreiras (COSTA PINTO, 1952 apud OSÓRIO, 2003).

Lopes (2000) chama a atenção para o fato de que a privação da liberdade econômica pode gerar a privação da liberdade social. A rejeição da liberdade de participar do mercado de trabalho é uma das maneiras de manter a sujeição e o cativo da mão de obra. O desemprego, não é uma mera deficiência de renda, é também uma fonte de efeitos debilitadores sobre a liberdade, a iniciativa e as habilidades dos indivíduos; ele contribui para a exclusão social de alguns grupos e acarreta a perda de autonomia, saúde física e psicológica e da autoconfiança (SEN, 2000).

Observando esta realidade excludente e limitante da condição da população negra, segundo o IBGE (2000), no país a taxa de desocupação de pessoas com idade entre 15 e 65 anos é de 9,9% (8,1% para homens e 12,3% para mulheres). Para brancos, independente do sexo, ela é da ordem de 9% e para negros de 10,9%. Barros (2000), afirma que a ascensão ocupacional, e por consequência a mobilidade social é, primeiramente, usufruída por homens brancos e mulheres brancas. As oportunidades sociais expressas em forma de serviços de educação e saúde favorecem a participação econômica e o crescimento da condição individual, sendo consideravelmente difícil mudar o quadro de oportunidades socioeconômicas, sendo que, no Brasil, a média de anos de estudo das pessoas com mais de 10 anos de idade é de 5,7 anos, distribuído em 5,6 para homens e 5,9 anos para mulheres. Quando há classificação por raça/cor, os valores encontrados são 6,6 anos para brancos e 4,6 para negros.

Conforme os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) a população negra tem expectativa de vida seis anos menor que a população branca (SANT'ANNA, 2001); a porcentagem de domicílios particulares com água canalizada e rede geral de distribuição foi de 76,1%. Nos domicílios cuja pessoa de referência era branca, a porcentagem aumentava para 82,8%, nos domicílios cuja pessoa de referência era preta ou parda a proporção diminuía para 67,2%. O mesmo declínio foi observado para a existência de esgoto e fossa séptica, nesse caso os domicílios negros à porcentagem de domicílios com tais características foi de apenas 39,6%; para os domicílios brancos 62,7% e para o país com um total de 52,8% (IBGE, 2000). Outras características indesejáveis tais como alta densidade, moradia construída com material não durável, ausência de energia elétrica e coleta de lixo também foram observadas com maior frequência em domicílios de negros (MARTINS, 2001).

Conforme Pinho (2002), as desigualdades sociais, econômicas e de gênero vivenciadas pela população negra brasileira, com conseqüências na qualidade de saúde e de vida vêm sendo demonstradas por vários autores, entre eles, Cunha (1990); Barbosa (1998, 2001); Perpétuo (2000); Martins e Tanaka (2000); Chaves (2001); Oliveira (1999a); Gomes (2001), Petry (2002).

Henriques (2001) refere que as condições sócio-econômicas do indivíduo irão influenciar a qualidade do cuidado a sua saúde, o seu local de busca desse atendimento e a qualidade dos recursos humanos são determinantes dessa qualidade. Fatores como a ausência das representações raciais no atendimento a saúde e a falta de preparo na formação dos profissionais, tornam o atendimento à saúde precário, aos diferentes grupos populacionais, especificamente a população afrodescendente, que se constitui em número, com valores de grande expressão.

No Brasil a intensidade de nossa desigualdade de renda, por sua vez, coloca-nos distante de qualquer padrão reconhecível, no cenário mundial, como razoável em termos de justiça distributiva afirma Henriques (2001), e prossegue destacando que as origens históricas e institucionais da desigualdade brasileira são múltiplas, mas sua longa estabilidade faz com que o convívio cotidiano com ela passe a ser encarado, pela sociedade, como algo natural. A desigualdade

tornada uma experiência natural não se apresenta aos olhos de nossa sociedade como um artifício. Entretanto, resulta de um acordo social excludente, que não reconhece a cidadania para todos, onde a cidadania dos incluídos é distinta da dos excluídos e, em decorrência, também são distintos os direitos, as oportunidades e os horizontes.

Conforme Jaccoud (2002, p. 66):

“As conseqüências da persistência e mesmo, em alguns casos, do agravamento dos altos índices de desigualdades raciais são perversos. De um lado, sobre a permanência das desigualdades raciais naturaliza a participação diferenciada de brancos e negros nos vários espaços da vida social, reforçando a estigmatização sofrida pelos negros, inibindo o desenvolvimento de suas potencialidades individuais e impedindo o usufruto da cidadania por parte dessa parcela de brasileiros à qual é negada a igualdade de oportunidades que deve o país oferecer a todos. De outro lado, o processo de exclusão vivido pela população negra compromete a evolução democrática do país e a construção de uma sociedade mais justa e coesa. Tal processo de exclusão fortalece as características hierárquicas e autoritárias da sociedade e aprofunda o processo de fratura social que marca o Brasil contemporâneo. Nesse sentido, ao se abordar o problema das desigualdades raciais, está-se abordando não somente uma questão que afeta parte da população nacional, mas um problema que atinge a sociedade brasileira como um todo”.

Lopes (2004) apud Figueroa (2004, 51) conclui “Se cidadania é o repertório de direitos efetivamente disponíveis, os coletivos, cujo Estado não lhes garante os meios para o desenvolvimento, não têm condições de exercer atividades globalizadas, ou seja, para negras e negros brasileiros a transposição das barreiras socioeconômicas é quase impossível”.

Este panorama demonstra que no Brasil apesar da abolição da escravatura em 1888, a existência e conseqüente punição da discriminação racial só foi reconhecida em 1951, com a aprovação da “Lei Afonso Arinos”(Lei nº 1390, de 3 de julho de 1951). A Constituição Brasileira de 1988 transformou essa discriminação em crime, estabelecendo que a lei puna qualquer ato atentatório aos direitos e liberdades fundamentais. A operacionalização dos dispositivos constitucionais é representada pelas Leis n. 7.716 (aprovada em 5 de janeiro de 1989, conhecida como “Lei Anti-racismo” ou “Lei Caó”), a Lei n. 8.081/90 (definiu os crimes e as penas aplicáveis aos atos de discriminação racial, de cor, de

religião, de etnia ou nacionalidade, praticados pelos meios de comunicação ou por publicação de qualquer natureza), a Lei n. 9.459/97 introduziu no Código Penal Brasileiro a “injúria racial” (Art. 140, §3º do Código Penal do Brasil).

O cenário até aqui registrado, reafirma a decisão de adotar a “cidadania” como marco teórico para análise dos achados deste estudo, e, refere-se ao exercício dos direitos individuais, das pessoas integrantes de uma sociedade, respeitadas as suas peculiaridades.

Lopes (2004 p. 5) em seu trabalho ¹“*Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil*”, relata que “as vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de ²vulnerabilidade.

A “negação do direito” representa a expropriação do direito à cidadania e a qualidade da saúde e do atendimento à saúde da população negra. Lopes (2004) destacando a inserção desqualificada e desvalorizada do negro na sociedade, o que a autora chama de vulnerabilidade social, e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças, que a autora também classifica como vulnerabilidade programática. Cita que as mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas que produzem no indivíduo uma vulnerabilidade individual.

¹ Projeto 914BRA3002 - Convênio FUNASA/MS e UNESCO, coordenado por Fernanda Lopes.

² Conceito de Vulnerabilidade - “Conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação” (LOPES, 2004 p. 5)

A concepção de cidadania, presente na Constituição Federal inclui a garantia de igualdade entre as pessoas, independente da origem étnica, conforme é explicitado a seguir:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei;

O governo federal no decreto nº 4.886 de 29 de novembro de 2003 instituiu a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PNPIR, como segue:

*“O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição e Considerando que o Estado deve redefinir o seu papel no que se refere à prestação dos serviços públicos, buscando traduzir a igualdade formal em igualdade de oportunidades e tratamento; Considerando que compete ao Estado a implantação de ações, norteadas pelos princípios da transversalidade, da participação e da descentralização, capazes de impulsionar de modo especial segmento que há cinco séculos trabalha para edificar o País, mas que continua sendo o alvo predileto de toda sorte de mazelas, discriminações, ofensas a direitos e violências, material e simbólica; Considerando que o Governo Federal tem o compromisso de romper com a fragmentação que marcou a ação estatal de promoção da igualdade racial, incentivando os diversos segmentos da sociedade e esferas de governo a buscar a eliminação das desigualdades raciais no Brasil; Considerando que o Governo Federal, ao instituir a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, definiu os elementos estruturais e de gestão necessários à constituição de núcleo formulador e coordenador de políticas públicas e articulador dos diversos atores sociais, públicos e privados, para a consecução dos objetivos de reduzir, até sua completa eliminação, as desigualdades econômico-raciais que permeiam a sociedade brasileira; Considerando que o Governo Federal pretende fornecer aos agentes sociais e instituições conhecimento necessário à mudança de mentalidade para eliminação do preconceito e da discriminação raciais para que seja incorporada a perspectiva da igualdade racial; Considerando-se que foi delegada à Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial a responsabilidade de fortalecer o protagonismo social de segmentos específicos, garantindo o acesso da população negra e da sociedade em geral a informações e idéias que contribuam para alterar a mentalidade coletiva relativa ao padrão das relações raciais estabelecidas no Brasil e no mundo; Considerando os princípios contidos em diversos instrumentos, dentre os quais se destacam: - a Convenção Internacional sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação, que define a discriminação racial como*

"toda exclusão, restrição ou preferência baseada na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, que tenha como objetivo anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em um mesmo plano de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico e social"; - o documento Brasil sem Racismo, elaborado para o programa de governo indicando a implementação de políticas de promoção da igualdade racial nas áreas do trabalho, emprego e renda, cultura e comunicação, educação e saúde, terras de quilombos, mulheres negras, juventude, segurança e relações internacionais; - o Plano de Ação de Durban, produto da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, no qual governos e organizações da sociedade civil, de todas as partes do mundo, foram conclamados a elaborar medidas globais contra o racismo, a discriminação, a intolerância e a xenofobia; e Considerando, por derradeiro, que para se romper com os limites da retórica e das declarações solenes é necessária a implementação de ações afirmativas, de igualdade de oportunidades, traduzidas por medidas tangíveis, concretas e articuladas.

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PNPIR, contendo as propostas de ações governamentais para a promoção da igualdade racial, na forma do Anexo a este Decreto.

Art. 2º A PNPIR tem como objetivo principal reduzir as desigualdades raciais no Brasil, com ênfase na população negra.

Art. 3º A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial fica responsável pela coordenação das ações e a articulação institucional necessárias à implementação da PNPIR.

Parágrafo único. Os órgãos da administração pública federal prestarão apoio à implementação da PNPIR.

Art. 4º As despesas decorrentes da implementação da PNPIR correrão à conta de dotações orçamentárias dos respectivos órgãos participantes.

Art. 5º Os procedimentos necessários para a execução do disposto no art. 1º deste Decreto serão normalizados pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de novembro de 2003; 182º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA”

Ações têm sido realizadas, mesmo que administrativamente e com controvérsias, o que deixa patente o reconhecimento da necessidade da construção da cidadania brasileira, no que tange inclusive a cor ou etnia, “que há cinco séculos trabalha para edificar o País, mas que continua sendo o alvo predileto de toda sorte de mazelas, discriminações, ofensas a direitos e violências”, conforme o próprio texto do decreto presidencial cita acima refere.

A intenção política por parte do governo evidencia-se pela produção legislativa, mas existe uma grande diferença entre o discurso e a construção real

da cidadania como um exercício de aprendizagem social e diário, para que as pessoas usufruam, de fato, dos direitos que lhe são atribuídos teoricamente nos âmbitos, civil, político, social, cultural e individual.

Agregam-se às precárias condições materiais de vida práticas racistas, firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa estima e risco de adoecimento físico e mental (OLIVEIRA, 2001).

A *Emenda Constitucional nº 26, de 14/02/2000* acrescenta ainda, nos artigos 196 a 200 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A *Lei Orgânica da Saúde, (8.080)* de 1990, reafirma o texto constitucional ao dispor que ‘a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício’. Em relação à saúde da população negra (mulheres adolescentes negras), existe a expectativa mediante esta lei, de uma melhora maior do que já existe na saúde da população negra.

Os conceitos acima mencionados e as determinações legais precisam ser olhados também à luz do que refere Ferreira (1993), a cidadania só se configura quando encarnada em um indivíduo – o cidadão. Este é quem concretiza sua existência, enquanto que a cidadania confere uma identidade, que segundo Castanhel (1993) a cidadania inicia-se com o registro de nascimento e se potencializa no direito à herança, ou seja, o direito de pertencer a uma determinada classe social.

Este referencial será o suporte para a discussão dos achados deste estudo, particularmente no que compete ao Estado em sua responsabilidade explicitada na Constituição de 1988, com o princípio de que “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza,...”.

6. RESULTADOS

6.1 População de estudo

A população de estudo foram mulheres de 10 a 49 anos com morte materna, residentes no estado de Santa Catarina com a causa morte associada à gestação, parto e puerpério nos anos de 2002 e 2003. A população foi representada pelo total de 93 mulheres com óbitos investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna, com registro de 10 adolescentes com morte materna.

Considerando que no ano de 2003 não foram identificadas mortes maternas de adolescentes de cor negra nas declarações de óbitos investigadas pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, foram incluídas as mortes maternas de mulheres de 10 a 49 anos para reforçar os achados no grupo das adolescentes e mostrar a possível tendência do fenômeno.

6.2 Caracteres demográficos das adolescentes do Estado de Santa Catarina

6.2.1 Distribuição populacional das mulheres:

Nos anos de 2002 e 2003, o total da população feminina do Estado de Santa Catarina era respectivamente de 2.803.165 e 2.848.640, sendo que deste total, 1.834.258 (65,43% da população feminina) eram de mulheres em ³idade fértil em 2002, e em 2003 as mulheres em idade fértil eram 1.862.362. Destas mulheres, 1.012.321 tinham idades compreendidas entre 10 a 19 anos. A distribuição da população por cor branca e ⁴negra deste total de mulheres de 10 a 19 anos, foi de 109.014 mulheres adolescentes negras, ou seja, 10,76%, e 936.307 adolescentes brancas formando a grande maioria com 89,23%. (**Tabela - 1**).

³ Idade Fértil: Mulheres com idade entre 10 a 49 anos.

⁴ Negro: O Preto mais o Pardo.

Tabela – 1 *Distribuição da população feminina – Segundo grupos etários e raça/cor - Santa Catarina. Idade: 10 a 19 anos - Anos: 2002 e 2003*

POPULAÇÃO IDADE	Brancas		Negra		Total
10 a 19 anos	936.307	89,23%.	109.014	10,76%	1.045.321

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002 e 2003

6.2.2 Nascidos vivos:

Considerando-se que o coeficiente de mortalidade materna é calculado na razão entre mortes associadas à gestação, parto e puerpério com os nascidos vivos no período, foram também coletados dados sobre os nascimentos, de crianças vivas, ocorridos nos anos de 2002 e 2003.

Nos anos de 2002 e 2003 registraram-se 32.995 nascidos vivos filhos de mulheres de 10 a 19 anos, sendo que destes 31.389 eram brancos (95,13%), 1.477 negros (4,47%), e 129 de ⁵ignorados a cor (0,39%).

Tabela 2 - Nascidos Vivos por Instrução da Mãe segundo Raça/Cor - Idade da Mãe: 10 a 19 anos - Anos: 2002 e 2003

Raça/Cor	Nenhuma	1-3 anos	4-7 anos	8-11 anos	12e+	1-7 anos	9-11 anos	Não informado	Ignorado	Total
TOTAL	156	2.154	8.456	12.864	1634	3	2	89	129	132.995
Branca	145 0,46%	2.028 6,46%	15.972 50,88%	12.365 39,39%	1580 5,03%	3	2	85 0,27%	118 0,37%	31.389
Negra	11 0,76%	114 7,71%	847 57,34%	452 30,60%	41 2,7%	0	0	2 0,13%	10 0,67%	1.477
Ignorado	0	7	62	47	10	0	0	2	1	129

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002 e 2003

A distribuição dos nascidos vivos segundo as variáveis de estudo (Idade, Cor, Escolaridade, Pré-natal, Tipo de parto, Local de ocorrência do parto) são transcritos na tabelas a seguir.

TABELA 3 - Nascidos Vivos por Consulta Pré-Natal segundo Raça/Cor - Idade da Mãe: 10 a 19 anos. Consulta Pré-Natal: 1-3 vezes, 4-6 vezes, 7 e + - Anos: 2002 e 2003.

Raça/Cor	1-3 vezes	4-6 vezes	7 e +	Total
TOTAL	2.862	14.089	15.283	32.224
Branca	2.643 8,61%	13.313 43,40%	14.715 47,97%	30.671
Negra	200 13,92%	720 50,13%	516 35,93%	1.436
Ignorado	19	46	52	117

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002 e 2003

⁵ Ignorados: não consta o registro dos anos de estudo da mãe.

TABELA 4 - Nascidos Vivos por Tipo de Parto segundo Raça/Cor - Idade da Mãe: 10 a 19 anos Tipo de Parto: Vaginal, Cesário. - Anos: 2002 e 2003.

Raça/Cor	Vaginal	Cesário	Total
TOTAL	22.013	10.894	32.966
Branca	20.904 66,64%	10.460 33,35%	31.364
Negra	1.024 69,42%	451 30,57%	1.475
Ignorado	90	37	127

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002 e 2003

TABELA 5 - Nascidos Vivos por Local de Ocorrência segundo Raça/Cor - Local de Ocorrência: Hospital, Outro Estabelecimento de Saúde, Domicílio, Outro. Idade da Mãe: 10 a 19 anos - Ano: 2002 e 2003.

Raça/Cor	Hospital	Outro Estabelecimento de Saúde	Domicílio	Outro	Total
TOTAL	32.814	114	59	8	32.995
Branca	31.219	109	55	6	31.389
Negra	1.467	5	3	2	1477
Ignorado	128	0	1	0	129

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002 e 2003.

Segue tabelas de nascidos vivos de mulheres de 10 a 49 anos que tiveram morte materna investigada pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina.

Tabela – 6 Distribuição da população feminina – Segundo grupos etários e raça/cor - Santa Catarina. Idade: 10 a 49 anos - Ano: 2002 e 2003

POPULAÇÃO	Branças	Negra	Total
IDADE			
10 a 14 anos	463.381	53.936	517.317
15 a 19 anos	472.926	55.078	528.004
20 a 24 anos	440.675	51.321	491.996
25 a 29 anos	399.256	46.497	445.753
30 a 34 anos	396.250	46.149	442.399
35 a 39 anos	423.008	49.263	472.271
40 a 44 anos	388.638	45.261	433.899
45 a 49 anos	316.974	36.916	353.890
Total	3.301.108	384.421	3.685.529

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2002 e 2003

TABELA 7 - Nascidos Vivos por Instrução da Mãe segundo Raça/Cor - Idade da Mãe: 10 a 49 anos. ano 2002 e 2003

Raça/Cor	Nenhuma	1-3 anos	4-7 anos	8-11 anos	12e+	1-7 anos	8 anos	9-11 anos	Não informado	Ignorado	Total
TOTAL	1.693	15.078	71.756	57.161	22.172	18	1	6	542	821	169.248
Branca	1.543 0,95%	14.342 8,83%	68.167 41,98%	55.277 34,04%	21.745 13,39%	18	1	6	509 0,31%	769 0,47%	162.377
Negra	139 2,16%	824 12,84%	3.328 51,86%	1700 26,49%	357 5,56%	0	0	0	26 0,40%	43 0,67%	6.417
Ignorado	6	65	261	184	70	0	0	0	7	9	602

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – 2002 e 2003

TABELA 8 - Nascidos Vivos por Consulta Pré-Natal segundo Raça/Cor Idade da Mãe: 10 - 49 anos. ano : 2002 e 2003

Raça/Cor	Nenhuma	1-3 vezes	4-6 vezes	7 e +	1-6 vezes	Não informado	Ignorado	Total
TOATAL	1.908	10.628	62.012	93.074	5	309	1.231	169.167
Branca	1.737 1,07%	9.790 6,03%	58.935 36,34%	90.241 55,65%	5	276 0,17%	1.164 0,71%	162.148
Negra	156 2,43%	677 10,55%	2.862 44,60%	2.553 39,78%	0	14 0,21%	55 0,85%	6.417
Ignorado	15	61	215	280	0	19	12	602

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – 2002 e 2003

TABELA 9 - Nascidos Vivos por Tipo de Parto segundo Raça/Cor - Idade da Mãe: 10 a 49 anos - Tipo de Parto: Vaginal, Cesário - ano: 2002 e 2003

Raça/Cor	Vaginal	Cesário	Total
TOTAL	92.757	76.274	169.031
Branca	88.284 54,48%	73.748 45,51%	162.032
Negra	4.101 63,99%	1.907 29,75%	6.408
Ignorado	372	219	591

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – 2002 e 2003

TABELA 10 - Nascidos Vivos por Local de Ocorrência, segundo Raça/Cor - Idade da Mãe: 10 49 anos - ano: 2002 e 2003

Raça/Cor	Hospital	Outro Estabelecimento de Saúde	Domicílio	Outro	Total
TOTAL	166.165	2.584	374	44	83.082
Branca	159.248	2.524	335	41	79.579
Negra	6.336	58	21	2	3.184
Ignorado	581	2	18	1	319

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – 2002 e 2003

Estado Civil	Total	%
Casada	37	39,78%
Ignorada	2	2,15%
Não notificado	6	6,45%
Separada	1	1,07%
Solteira	36	38,70%
União consensual	5	5,37%
Divorciada	3	3,22%
Viúva	3	3,22%

TABELA 11 – *Estado Civil das mulheres com mm 10-49 anos, 2002 e 2003*

Cor	Total	%
Branca	69	74,19%
Preta	6	6,45%
Parda	6	6,45%
Não notificada	12	12,90%

TABELA 12 – *Cor/Raça das mulheres com mm 10-49 anos, 2002 e 2003*

6.3 As mortes maternas de adolescentes

Na consulta das DOS e dos registros do Comitê de Mortalidade Materna, relativas aos anos de 2002 e 2003, foram registradas 93 Mortes Maternas de mulheres em idade fértil, sendo que 10 destas eram mulheres com idades entre 10 a 19 anos. Das DOS de mulheres com idades entre 10 a 19 anos, cuja cor estava registrada (9), verificou-se que 3 (três) foram registradas como negras, 6 (seis) adolescentes como brancas e 1 (uma) adolescente com a cor ignorada.

6.3.1 Das mortes maternas de adolescentes nos anos 2002 e 2003

Os 93 óbitos maternos ocorridos no ano de 2002 e 2003, ficaram distribuídos entre 49 municípios dos 293 municípios que compõem o Estado de

Santa Catarina, o que representa a ocorrência de morte materna em 16,72% dos municípios catarinenses, sendo estes os municípios que mais apresentaram morte materna nos anos estudados: Tijucas = 9 óbitos, Joinville = 8 óbitos, Florianópolis e Itajaí = 5 óbitos cada, Lages e Balneário Camboriu = 4 óbitos cada, Chapecó e Tijucas = 3 óbitos cada.

Nos anos de 2002 e 2003 ocorreram 10 mm de adolescentes segundo os dados do Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, significando 18,74% das mm no estado, sendo distribuído por cor/raça da seguinte forma: 3 mm de adolescentes negras e 6 mm de adolescentes de cor branca, e uma adolescente com a cor ignorada, distribuindo-se os coeficientes de mortalidade materna da seguinte forma: adolescentes negras com 203,11/100.000 NV e as adolescentes brancas com um coeficiente de 18,43/100.000 NV.

A escolaridade apresentou uma distribuição das mulheres adolescentes segundo os anos de estudo da seguinte forma: 1 a 3 anos de estudos – 3 adolescentes (30%), 4 a 7 anos de estudo – 2 adolescentes (20%), 8 a 11 anos de estudo – 1 adolescente (10%), 4 adolescentes – ignorados os anos de estudos (40%).

O estado civil das adolescentes apresentou-se da seguinte forma: união consensual, com duas (2) adolescentes negras, solteiras foram registradas sete (7) adolescentes, uma negra e seis brancas e uma adolescente com o estado civil ignorado, definindo o estado civil das adolescentes com mm nos anos de 2002 e 2003 em uma porcentagem de 70% de solteiras, 20% com união consensual e 10% ignorado.

A variável cor/raça apresentou-se com 30% das adolescentes com a cor negra e 60% para a cor branca.

O tipo de óbito materno de adolescentes relatadas nas DOS e investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, nos anos de 2002 e 2003, apresentaram-se assim como segue: 8 Óbitos Obstétricos Diretos (OOD) e 2 Óbito Obstétrico Indireto (OOI), sendo as causas relatadas apresentadas no Quadro - 1.

NOME	COR/RAÇA	♦ CAUSA DO ÓBITO	TIPO
A. L. N.	Branca	♦ Síndrome da angustia respiratória, sepsis	OOD
A. M.	Branca	♦ Descolamento prematuro de placenta, abdome agudo com descência de sutura decorrente de cesária	OOD
C. S.	Não Notificada	♦ Sepsi, derrame pleural, abscesso pulmonar	OOD
D. S. L.	Negra	♦ Doença do aparelho circulatório complicando a gravidez, Insuficiência cardiorespiratória , edema pulmonar e anemia	OOI
M. A.	Branca	♦ Parada cardiorespiratória, eclampsia	OOD
M. J. C.	Branca	♦ Falência de múltiplos órgãos, pneumonia bacteriana, choque séptico.	OOD
P. C. K.	Branca	♦ Falência de múltiplos órgãos, sepsi, síndrome Hellp	OOD
S. S.	Branca	♦ Encefalopatia hipóxica, tumor cerebral, após aborto espontâneo.	OOI
V. A. C.	Branca	♦ Parada cardiorespiratória, anemia aguda, hipotonia uterina pós parto	OOD
V.S.	Negra	♦ Parada cardiorespiratória / anestesia na cesária	OOD

Quadro – 1 Causa de Morte Materna de adolescente – anos 2002 e 2003

O tipo de parto das adolescentes apresentou-se da seguinte forma: 1 adolescente não chegou ao parto tendo uma gestação de 24 semanas e indo a óbito por falência de múltiplos órgãos, pneumonia bacteriana e choque séptico, as demais adolescentes não apresentaram o registro do tipo de parto nas DOS.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), as quatro principais causas de morte materna no Brasil são: obstétricas diretas - as síndromes hipertensivas, as infecções puerperais, as hemorragias e as complicações do aborto. Destacando que as causas obstétricas diretas são responsáveis por 66% das mortes maternas em nosso país.

As síndromes hipertensivas chegam a ser responsáveis por aproximadamente um quarto das mortes maternas no Brasil, o que indica problemas na qualidade assistencial ou falta de pré-natal. Além dos problemas ligados à qualidade da atenção à saúde, estudo realizado no estado do Paraná

sobre a mortalidade materna entre mulheres negras (pretas mais pardas), comparando-as com as de outras raças, mostrou que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres pretas e em mulheres da raça amarela (MARTINS, 2000).

Em 1998, no Brasil, as mortes devidas às síndromes hipertensivas apareceram em 22,4% das declarações de óbito; as síndromes hemorrágicas, em 12,4%; as infecções puerperais, em 7%; e o aborto (excluídos os casos de gravidez molar e ectópicas), em 4,7% dos casos. É importante relatar que a embolia puerperal obstétrica foi registrada em 2,6% dos casos e que todas as causas obstétricas indiretas, excluídas as hipertensões preexistentes, em 33% (Ministério da Saúde, 2000).

As causas hemorrágicas estão ligadas diretamente à qualidade da assistência, na qual a oportunidade da atenção é fator decisivo. A falta de disponibilidade de sangue nos hospitais faz, por vezes, com que a assistência seja tardia e o agravo à saúde da mulher, irreversível (TANAKA, 1995).

6.3.2 Os coeficientes de mortalidade materna

6.3.2.1 Coeficientes das Mulheres de 10 a 19 anos de 2002 e 2003

$$\begin{array}{l} \text{3 mm mulheres negras} \\ \text{CMM preta} = \frac{\text{-----}}{\text{1.477 NV mulheres negras}} \times 100.000 = 203,11/100.000 \text{ NV} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{6 mm mulheres brancas} \\ \text{CMM branca} = \frac{\text{-----}}{\text{32.554 NV mulheres brancas}} \times 100.000 = 18,43/100.000 \text{ NV} \end{array}$$

No Estado de Santa Catarina, nos anos de 2002 e 2003, foram registrados 1.447 nascidos vivos de mães adolescentes de cor negra e nos mesmos anos foram registrados 3 óbitos de mulheres adolescentes negras classificados como mortes maternas, estes números geram um coeficiente específico de mortalidade materna para adolescentes negras de 203,11/100.000 NV (203,11 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos no estado).

O registro de nascidos vivos de mulheres adolescentes brancas em Santa Catarina foi de 32.554 nos anos de 2002 e 2003, e uma (1) morte materna nos mesmos anos, produzindo um coeficiente específico de mortalidade materna para adolescentes brancas de 18,43/100.000 NV (18,43 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos no estado).

O total de mulheres investigadas pelo Comitê de Mortalidade Materna nesse período foi de 93 mulheres de 10 a 49 anos, sendo que 13 dessas mulheres não possuíam o registro da cor e 80 possuíam, e assim podendo serem enquadradas em uma categoria de cor/raça. (**Tabela: 13**)

Tabela – 13 Morte materna – Segundo grupos etários e raça/cor - Santa Catarina. Idade: 10 a 49 anos - Ano: 2002 e 2003

POPULAÇÃO	Brancas	Negra	Não Notificado	Total
IDADE				
10 a 19 anos	6	3	1	9*
10 a 49 anos	68	12	13	93

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, 2002 e 2003

6.3.2.2 Coeficientes ano 2002 e 2003 - Mulheres de 10 a 49 anos

$$\text{CMM preta} = \frac{12 \text{ mm de mulheres negras}}{6.417 \text{ NV de mulheres negras}} \times 100.000 = \mathbf{187,00 /100.000 \text{ NV}}$$

$$\text{CMM branca} = \frac{68 \text{ mm de mulheres brancas}}{162.377 \text{ NV de mulheres brancas}} \times 100.000 = \mathbf{41,87 /100.000 \text{ NV}}$$

Nos anos de 2002 e 2003, foram registrados no Estado de Santa Catarina 12 óbitos de mulheres em idade fértil de cor negra classificados como morte materna, sendo que no mesmo período foi registrado o número de 6.417 nascidos vivos de mulheres de cor negra no estado, esses números formaram o coeficiente específico de mortalidade materna de mulheres de cor negra em idade fértil, que é de 187,00 óbitos por 100.000 nascidos vivos de mulheres de cor negra no mesmo ano (187,00 /100.000 NV). A mortalidade materna na população de mulheres brancas em idade fértil nos anos 2002 e 2003 foi de 68 mulheres, e o número de nascidos vivos de mulheres brancas em idade fértil no mesmo período foi de 162.377. Sendo configurado por estes números, um coeficiente específico para mortalidade materna de mulheres brancas em idade fértil de 41,87 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos de mulheres brancas em idade fértil (41,87 /100.000 NV).

7. DISCUSSÃO

7.1 As adolescentes negras em Santa Catarina

A frequência calculada para períodos curtos ou para populações de tamanho reduzido pode resultar na reunião de um número pequeno de casos, nesta eventualidade, os coeficientes são de pouca estabilidade e devem ser interpretados com cautela (PEREIRA, 2002).

A população Negra, conforme o IBGE/PNAD (2004), em Santa Catarina apresentou-se na ordem de 2,54% em 2002 e 2,81% em 2003, em relação a população total do estado, sendo uma das menores concentrações da população negra no Brasil. Estes números em si levantam algumas questões, como por exemplo: por que a população negra no Estado de Santa Catarina apresenta uma proporção tão pequena em relação a média nacional, que é de 5.9% (IBGE, 2003) ?. Quais os fatos históricos que influenciaram esta diferença? As políticas públicas, ao longo da história de Santa Catarina, têm contemplado a população negra favorecendo-lhe um nascer, viver e morrer igualitário à cidadania da população de cor/raça majoritária? O negro catarinense ficou perdido dentro de um sistema histórico de insignificância como o citado por LEITE (1998)? (...) o sistema escravista em Santa Catarina foi julgado como “não importante”, “secundário”, “insignificante” segundo ⁶Cabral e muitos outros autores catarinenses. Neste “pacote”, os descendentes de africanos que viveram e vivem tornaram-se sob esta perspectiva, também insignificantes (LEITE, 1998.). Essa insignificância não seria a precursora da sua invisibilidade no Estado de Santa Catarina?

Conforme Andrews (2003) e HASENBALG (1992), a forte imigração européia ocorrida entre o final do século passado e nos anos 30 implicou numa recomposição racial da população brasileira, com a participação dos brancos alcançando 64% no recenseamento de 1940. Essa migração pode ter determinado

⁶ Considerado o maior historiador de Santa Catarina. Cabral pode ser considerado o precursor da “teoria da insignificância do negro”, no Estado de Santa Catarina, como ressalta Leite (1998)

esta reduzida presença da população negra especialmente no estado de Santa Catarina, um estado que teve como grande característica a imigração europeia.

Milhões de imigrantes europeus entraram no país durante as últimas décadas do século XIX e no início do século XX. Essa força de trabalho foi contratada preferencialmente tanto na agricultura como na indústria que estava sendo implantada nas principais cidades, durante a década de 1930, quando o país iniciava sua industrialização. Esse grande volume migratório europeu para o Brasil, teve em Santa Catarina um de seus maiores redutos, mas essa migração isoladamente não esclarece a pequena presença do negro no estado. Mas conforme Hasenbalg (1992), antes de meados do século XX, no entanto, as imigrações aparentemente deixam de ser um elemento crucial na recomposição demográfica da população brasileira e, desde então, a dinâmica demográfica passa a ser dirigida basicamente pelo ritmo das taxas de fecundidade e mortalidade e, no caso da composição por cor, também pelo padrão de intercasamento.

Os números que expressam a presença da população negra em Santa Catarina podem induzir a um conceito errôneo de que os problemas relacionados a esta população sejam proporcionalmente também pequenos (insignificantes) em magnitude em relação a grande maioria da população, mas como vimos pelos resultados da pesquisa, em se tratando de valores epidemiológicos esse conceito não se aplica dessa forma.

Assim, uma pergunta emerge na observação dos resultados encontrados a variável cor nas DOS têm sido sub-notificada?

Esta hipótese encontra respaldo no que afirma Santos (2000) de que a falta de informação da saúde da população brasileira afrodescendente é fruto do conceito equivocado de que no Brasil existe uma democracia racial. Parece ainda que há um senso comum entre as pessoas que trabalham no poder público, de que a variável cor da pele não é importante sendo desta forma sub-notificada.

Carneiro et al (1988) afirmam que a inexistência de dados sobre a morbimortalidade de mulheres negras no Brasil, tendo em vista que os órgãos públicos desconsideram a variável etnia/cor, como indicador das condições de vida e

saúde, voltada para a especificidade da mulher negra, e conseqüentemente, a ausência deste item cor/etnia nos registros da área da saúde parece se refletir no número escasso de trabalhos publicados sobre o processo saúde/doença entre pessoa de etnia negra (CRUZ, 1990).

Todo este quadro antagoniza-se com o que afirma Osório (2003), que algumas bases de informação se constituem em recursos para a construção de indicadores desagregados por grupos raciais. Atualmente, a afirmação da necessidade de indicadores para o planejamento, a gestão, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas tornou-se lugar-comum nos discursos dos envolvidos com tais tarefas (OSÓRIO, 2003).

Nagano (2004) refere que o número de mortes ainda é sub-notificado por causa de fatores, como a existência de cemitérios clandestinos, onde pessoas são enterradas sem registro, a dificuldade de acesso aos cartórios e, até mesmo, o preenchimento inadequado da Declaração de Óbito (DO) pelos médicos que, muitas vezes, omitem que a mulher morreu em decorrência de problemas ligados à gestação, ao parto ou ao puerpério. Esse é um dos problemas que emergem quando se estuda a mortalidade materna no Brasil, a falta de fidedignidade das informações e a subnotificação dos casos, são ainda muito elevados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003 apud NAGANO, 2004) E tratando-se ainda com a variável cor, este problema toma proporções ainda maiores.

7.2 A variável cor / etnia no SINASC e SIM do ministério da saúde

O dados sobre a variável cor não foram coletados diretamente do banco de dados do SIM/SINASC e sim nos bancos de dados do IBGE e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em virtude da dificuldade na obtenção dos dados conforme refere Osório (2003) que: Um bom exemplo de tal situação é o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM): apesar de, para alguns estados, a informação de “cor ou raça” das declarações de óbito apresentar um elevado percentual de preenchimento, não é possível obter dados deste sistema para os

grupos raciais nem pelo TabNet nem pelo TabWin, que são os aplicativos do Departamento de Processamento e Disseminação de Dados da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DATASUS) comumente empregados para a consulta das bases. A variável de “cor ou raça” está lá, mas exige um conhecimento do processamento das bases muito superior ao necessário, por exemplo, para obter as informações por sexo (OSORIO, 2003). O acesso a variável “cor ou raça” poderia apresentar-se de forma mais acessível como os demais dados que são normalmente disponibilizados nas bases

Araújo (2001), ressalta a escassez de dados sobre o estado de saúde da população negra e, sobretudo, das mulheres, afirma crer que o diagnóstico epidemiológico da situação de saúde da população negra é de fundamental importância para o planejamento da saúde coletiva, o que implica a necessidade urgente de melhorar os dados existentes.

A formulação de políticas públicas de saúde precisam aprimorar-se mediante o conhecimento geral e específico de suas populações, e dentre elas está a população afrodescendente. E para isso, a disponibilidade e acesso igualitário as informações sobre sua saúde no seu processo de nascer, viver e morrer são fundamentais para formulação de políticas que contemplem as suas reais necessidades, e que passam dessa forma cumprir o que a Constituição Federal de 1988, que determina na SEÇÃO – II DA SAÚDE, em seu Art. 196 que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O governo tem criado políticas para que as desigualdades raciais sejam combatidas, mas surge uma simples questão: em relação as outras variáveis disponíveis nos bancos de dados do Governo, as informações sobre a população afrodescendente estão igualmente disponíveis e acessíveis tanto quanto as demais?

Associado ao difícil acesso a informações, o sub-registro da variável cor e dos problemas que acometem os afrodescendentes devem ser investigados, não

porque seja anormal, mas porque a cor/raça/etnia, são construções sociais que monopolizam recursos coletivos e (...) há importância em políticas que visem afirmar o direito de acesso a tais recursos a membros de grupos sub-representados, uma vez que se tenham boas razões e evidências para supor que o acesso seja controlado por mecanismos ilegítimos de discriminação (racial, étnica, de gênero). (GUIMARÃES, 1999). Assim é que a discriminação que se abate sobre a mulher negra resulta de uma conduta que agrega dois tipos de discriminação, ainda que fundada em dois atributos pessoais — a cor/raça e o gênero (PERPÉTUO, 2000).

As diferenças sociais, entre os negros e os brancos, prosseguem injustificáveis. Enfrentá-las constitui-se, pois, um grande desafio para todos aqueles que lutam pela efetivação da democracia no país (JACCOUD & BEGHIN, 2002). Reconhecer os componentes da determinação social destas diferenças pode ter no registro da variável cor, um ponto de partida para a implementação de políticas de enfrentamento destas iniquidades.

A discriminação racial é ilícita, injusta e indigna, refere-se a uma conduta fundada em atributos pessoais dos indivíduos, com base nos quais estes sofrem violações de direitos, e a violação dos direitos representa a negação da cidadania, ou seja, é o não cumprimento dos direitos que lhe são reconhecidos nos âmbitos civis, político, social, cultural e individual, dentre esses direitos, o direito à saúde e o direito ao reconhecimento e consideração como pessoa moral, o direito a tratamento digno pelo simples fato de ser pessoa humana (FIGUEROA, 2004).

O grau de privação destes direitos está associado ao grau de pobreza, que é medido a partir do grau de privação das oportunidades mais fundamentais ao desenvolvimento humano. No Brasil é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar, embora cerca de 60% dos países tenham renda inferior à brasileira, o grau de desigualdades de nossa sociedade é o mais elevado do mundo (BARROS, 2000).

Compreender a cidadania serve de base para refletir sobre as iniquidades que os indicadores estatísticos revelam sobre a mortalidade materna e outros eventos como menciona Figueroa (2004). É, entretanto, no âmbito dos direitos

individuais que incidem de forma mais forte os efeitos do preconceito, da intolerância e da discriminação, com desdobramentos que atingem as demais esferas dos direitos cidadãos.

A exposição não igualitária das informações e o difícil acesso a ela, de certo modo é um indício de uma construção indevida da cidadania, ou seja, cria-se a ilusão de que todos são iguais conforme determina a constituição (*Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade*), mas na realidade há uma banalização da importância de uma característica específica da população, “a sua cor”, refletindo em seus marcos históricos, riquezas, diferenças e condição socioeconômica. A história da população negra no Brasil, desde a escravidão até os dias atuais, tem sido marcada pela negação e exclusão. A população negra é relegada ao anonimato e a invisibilidade, esquecida dentro de uma sociedade que discute e direciona os seus destinos, com uma agenda pública de saúde representada pela subenumeração de dados.

O marco da luta dos homens pela liberdade foi a Revolução Francesa, no século XVIII, quando foram estabelecidas as Cartas Constitucionais, surgindo o Estado de Direito que propunha “direitos iguais a todos os homens”, ainda que perante a lei, e acenar com o fim da desigualdade a que os homens sempre foram relegados (COVRE, 1998, p.17). Este fato foi reorganizado e ratificado após a II Guerra Mundial, pela Organização das Nações Unidas (ONU), com a Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948.

A Lei Áurea se constitui um marco histórico-político (para a população negra), pois ela representa a possibilidade do negro vir a ser reconhecido como pessoa e ter a liberdade de ir e vir, ou seja, um dos componentes sociais da cidadania segundo Marshall (1967).

Durante o período escravista, os escravos careciam de direitos civis, políticos, econômicos e sociais (MARTINS, 2004), a liberdade de ir e vir dos negros, atribuída pela Lei Áurea, não foi acompanhada pela remuneração do trabalho e pela liberdade de escolhas de um homem livre, senão também toda

possibilidade de adquirir e acumular riqueza, educação e outros ativos. Portanto, a Lei Áurea não teve o poder de mudar a condição do negro e torná-lo socialmente igual ao homem branco com cidadania reconhecida. Os efeitos históricos do escravismo se refletem até hoje sobre a população negra em forma de exclusão social, iniquidade na saúde e oportunidades desiguais de desenvolvimento econômico.

Sendo assim, outras questões emergem: Quais as condições que permeiam o término da gravidez das adolescentes negras e brancas? Lopes (2004) em seu trabalho "*Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer, tópicos em saúde da população negra no Brasil*", relata que "as vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade.

No que se refere à atenção médica durante a gestação, segundo Bettiol et al. (1992) e Wiemannet al. (1997) (apud VELASCO, 1998), as jovens tendem a receber atenção médica deficiente durante a gravidez por pertencerem na sua maioria a classes sociais menos favorecidas, tendo menor acesso ao pré-natal e à internação privada, dando à luz, na maioria das vezes, em hospitais públicos e caritativos. Quando o autor refere-se à classe social menos favorecida, refere-se às minorias étnicas, em sua maioria pobres, afetadas pelo desemprego, menos escolarizadas que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida. Estas, e outras são as formas de injustiça e da falta de cidadania do negro, (ANNAN, 2001), e a adolescente negra encontra-se inserida neste contexto. A adolescente negra está sujeita a exploração de sua sexualidade, dado a sua beleza, submetida em grande maioria a um lar menos estruturado, não ter uma educação que lhe favoreça amadurecer seus conceitos de sexualidade e prevenção contraceptiva,

dentre outros como refere Pinto & Silva (1998) apud Nagano (2004), que a gravidez indesejada representa a falência da estrutura social em prover, de modo adequado, condições para que esta fosse evitada. Há falha em oferecer à mulher informações sobre seu corpo, sobre sexualidade, sobre reprodução e seu controle através de métodos anticoncepcionais oportunos e eficientes serviços disponíveis para sua obtenção. Vários estudos consideram que a gravidez indesejada na população jovem indica falta de propostas educacionais das famílias e das escolas.

Segundo Pinto e Silva (1998), o fenômeno da gravidez na adolescência tem-se mostrado generalizado, atingindo mulheres de todos os estratos sócio-econômicos; o que difere entre as adolescentes de alto estrato sócio-econômico e as mais carentes é que, as primeiras, com elevada freqüência, resolvem o problema da gravidez indesejada através do aborto (clandestino, porém realizado em boas condições de higiene) e, às mais pobres, restam dois caminhos: a aceitação do prosseguimento da gravidez ou o aborto clandestino, mal realizado, sem a segurança institucional e respaldo legal, com risco de infecção, hemorragias, seqüelas várias e/ou morte.

Dawson, Comfort e Doorninck (1979), estudando a gravidez na adolescência nos Estados Unidos, observaram que, naquele país, ela estava geralmente associada ao baixo nível socioeconômico e aumento dos riscos à saúde. Constataram ainda que, quando as adolescentes de melhor condição sócio-econômica engravidavam, elas geralmente recorriam ao aborto (legalizado na maioria dos estados do país em questão), pois desejavam continuar estudando. Por outro lado, as de baixo estrato socioeconômico, que têm menos condições para estudar e menos expectativas em relação ao futuro, mais freqüentemente levavam suas gravidezes a termo.

A preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez, para Tanaka (1995), revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Mas, em países subdesenvolvidos, de assistência precária, à atenção pré-natal representa, talvez, a única oportunidade para que as mulheres recebam assistência médica

(BELFORT, 1987 apud TREVISAN, 2002). O registro dos eventos que ocorrem durante a gravidez, o parto e o puerpério são importantes para direcionar os programas públicos de atenção as gestantes, e o registro da cor torna-se fundamental para que isso ocorra, sendo que sem o registro da cor, esta mulher torna-se invisível em todas as suas necessidades e direitos como cidadã. A relação condição social e econômica e a morte materna são intimas que segundo Yayla (2003), de todas as estatísticas de saúde apresentadas pela Organização Mundial de Saúde, a mortalidade materna é a que mostra a maior discrepância entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Segundo o autor, aproximadamente 90% das mortes maternas ocorrem nos países em desenvolvimento. Os programas para redução da mortalidade materna nestes países têm se mostrado insuficientes. Hemorragia, anemia crônica, distúrbios hipertensivos, abortos realizados em condições precárias e infecções são as principais causas de mortes maternas nos países em desenvolvimento, sendo, a maioria dessas causas passíveis de prevenção. O autor ressalta ainda que, nem sempre políticas produzidas globalmente são aplicáveis aos diferentes países.

7.3 A MM entre adolescentes negras no estado de Santa Catarina

Ao longo da história muito se desvendou a respeito das principais causas e condições que levam a mortalidade materna, porém pouco se sabe sobre estes índices em populações de idades específicas como é o caso das mães adolescentes (LAURENTI, 1988), e menos ainda em relação a população específica de adolescentes negras.

Vários estudos mostram, em diversas regiões do mundo que, geralmente, a gravidez na adolescência está associada a uma maior gama de problemas médicos na gestação, no parto e no puerpério (SALGUERO, 1980; CAREY *et al.*, 1986; SIQUEIRA *et al.*, 1984; SIQUEIRA e TANAKA, 1986; PINTO E SILVA, 1998; LIMA *et al.*, 2000), estes fatores, associados a outros comportamentos de risco a que, muitas vezes, estas jovens estão sujeitas, como a prática sexual sem o devido cuidado com vistas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis,

dentre elas a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); e o uso de drogas lícitas (fumo e álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e crack) fazem com que este grupo figure como de especial atenção no tocante a problemas relacionados à gestação e, conseqüentemente, à mortalidade materna (NAGANO 2004).

Em Santa Catarina segundo Nagano (2004) na análise da série histórica (1996 – 2003), verificou que a mortalidade materna (MM) apresentou variação positiva de 8,0% no período, ou seja, os casos de MM entre adolescentes vêm aumentando no estado de Santa Catarina. A principal característica destas mortes é a de que, em sua maioria, são evitáveis, desde que seus componentes sociais sejam incorporados na prática como prioridades pelo Estado, através do cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, e da reorganização dos serviços de saúde e educação. Esta autora, não apresentou a MM segundo o recorte cor.

No presente estudo observou-se para os anos de 2002 e 2003 que foram registrados 10 mm de adolescentes com idades entre 10 e 19 anos. Das DOS de mulheres com idades entre 10 a 19 anos, cuja cor estava registrada (9), verificou-se que três (3) adolescentes foram registradas como negras, seis (6) brancas e uma (1) adolescente com a cor ignorada. Estes números observados com a aplicação do coeficiente de mortalidade materna nos leva a observarmos a sua magnitude na população de adolescentes, e especificamente na de adolescentes negras, isso veremos no próximo tópico. Houve a subnotificação conforme refere Nagano (2004)? Ou o fato de que o Estado de Santa Catarina apresentar a menor concentração da população negra no país, ocorra a irrelevância dos números relativos a essa população por apresentarem-se baixos? Embora estes números apenas sugiram uma tendência, eles estão apontando para uma realidade presente no Brasil em relação a população afrodescendente citadas nas bibliografias consultadas neste estudo.

7.3.1 Mortalidade materna por causas entre adolescentes

A primeira causa de internações é a gravidez (66%) em mulheres com idades entre 10 e 19 anos na rede SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil. Aproximadamente um quarto do total de partos realizados no país é em adolescentes de 10 a 19 anos (FREITAS & BOTEGA, 2002).

Caberia ressaltar que os negros constituem 63% da população pobre e que, entre os pobres, a maioria é mulher (IPEA, 2002). Sendo que as mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem *status* social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem. Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas (LAURENTI e col, 2003 *apud* MARTINS e col, 2004). Essa citação refere-se as mulheres negras em geral, isso inclui as adolescentes negras, embora sem um recorte específico.

Nos anos de 2002 e 2003, os tipos de óbitos das adolescentes classificadas como morte materna, investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna, foram em sua maioria Óbitos Obstétricos Diretos (OOD), tendo o registro de 8 casos, e 2 Óbito Obstétrico Indireto (OOI), sendo que as causas de morte relatadas nas DOS vão ao encontro do que refere Nagano (2004) que em seu estudo “Mortalidade Materna de Adolescentes” afirma ser a mortalidade materna um problema que, em sua maioria, poderia ser evitada mediante uma boa assistência pré-natal e uma boa atenção ao parto e puerpério.

Os indicadores estatísticos, os quais se atribuem significado não apenas numéricos, mas na sua interpretação são vistos como ponto de partida, um diagnóstico da situação que demandará a intervenção de uma política; e, concomitantemente, como um “destino”, pois se espera que, com políticas eficientes, as ações exerçam efeitos sobre a realidade, o que segundo Osório

(2003), implicaria em mudanças nos indicadores rumo a patamares considerados aceitáveis ou desejáveis.

“A mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder as suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também, pelo que significa sobre a saúde em geral da mulher e por extensão seu status social e econômico” (WHO/UNICEF, 1996). Segundo esta afirmação da OMS, as informações sobre os níveis e tendências da mortalidade materna são importantes para que ocorra uma adequação do sistema de assistência a saúde, e na ocorrência de informações incorretas, essas ações para correção da iniquidade vigentes, não serão executadas.

7.3.2 A magnitude da mortalidade materna em mulheres negras

A mensuração da mortalidade materna exige a adoção de várias técnicas. Isto ocorre tanto pela inexistência de dados para algumas regiões e países, como pela parcial fidedignidade da informação, mesmo naquelas áreas onde há declaração médica da causa da morte e bom sistema de registros vitais.

A proporção de mulheres negras que se encontram sob “risco reprodutivo” é muito maior que a das brancas, pois é substancialmente mais alto o percentual de negras que iniciam a vida sexual e que têm o primeiro filho ainda adolescente, bem como a proporção de mulheres com 3 filhos e mais; as negras têm um conhecimento precário da fisiologia reprodutiva, a fecundidade é maior que a das brancas, o que está intimamente relacionado à realidade, também detectada pela PNDS, que apenas 20% das negras sabem localizar o período fértil (em contraste com 37% das brancas) (PERPÉTUO, 2000).

A observação dos números de mortes maternas de adolescentes, e especificamente das negras, em si não resultam na real apreensão da magnitude do problema, sendo assim, foi calculado o coeficiente de mortalidade materna.

Nos anos de 2002 e 2003 houve o registro de 3 mortes maternas de adolescentes negras, segundo os dados do Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina, poderiam estes valores não serem considerados relevantes. Entretanto quando as mortes maternas foram distribuídas por cor/raça e calculados os coeficientes específicos de mortalidade materna, verificou-se significativa a expressão numérica, e não somente o coeficiente das adolescentes negras, mas também o CMM das adolescentes brancas, porém quando comparados estes dois coeficientes, mostrou-se um risco muito maior de mortalidade materna para as adolescentes negras em relação as adolescentes brancas, na ordem de 1.102,06%. Sendo esses valores expressados nos coeficientes de mortalidade materna específicos a seguir: 203,11/100.000 NV para as adolescentes negras (203,11 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos) e 18,43/100.000 NV para as adolescentes brancas (18,43 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos). Ao compormos os coeficientes de mortalidade materna das mulheres com idade entre 10 e 49 anos (em idade fértil), observamos também números expressivos como os encontrados nos coeficientes das adolescentes, embora que em proporções menores, mas que reproduzem em significância, valores importantes, sendo assim esses coeficientes: 187,00 /100.000 NV para mulheres negras em idade fértil (187,00 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos) e 41,87 /100.000 NV para mulheres brancas em idade fértil (41,87 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos). Estes números podem estar indicando uma tendência deste fenômeno em dois aspectos:

1. A diferença entre os coeficientes de MM das mulheres negras e das mulheres brancas são altamente discrepantes, tanto entre as adolescentes como entre as mulheres em idade fértil, sugerindo um risco muito alto de MM para as mulheres negras em relação as mulheres brancas.
2. Quando composto o coeficiente de MM de mulheres em idade fértil, o CMM das mulheres brancas também se mostra acima do recomendado, sugerindo que existam fatores comuns as duas raças que as exponham

as mulheres a um alto risco de MM, sendo estes fatores mais incidiosos na população negra conforme sugerem os números encontrados.

A magnitude da mortalidade materna em adolescentes negras é excessivamente alta quando comparada com a tabela classificatória de Laurenti (1995). Além disso, embora não se tenha adotado testes estatísticos, o coeficiente de mortalidade materna de adolescentes pretas é muito maior que o coeficiente de mortalidade materna de adolescentes brancas, os achados revelam magnitude e sugerem riscos diferentes, ou seja, maior probabilidade da adolescente negra ter morte materna por cada 100.000 nascidos vivos de mãe adolescentes negras em relação as mortes maternas de adolescentes brancas. (**Quadro – 3**)

Ressalte-se ainda que estes valores estejam muito distantes dos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme pode ser observado nas citações a seguir (THEME, LAURENTI e REZENDE, 2000).

Cor/Raça Da adolescente	CMM Específico
Negra	203,11/100.000 NV
Branca	18,43/100.000 NV

Quadro – 2 Coeficiente de MM para adolescentes 2002 e 2003

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) deve ser preconizado como aceitável, porém não ideal (pois o ideal seria que não ocorressem óbitos por causas maternas), um coeficiente de mortalidade materna de até 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. (THEME-FILHA, 1999), o que segundo a classificação do coeficiente de mortalidade materna de Laurenti, (1995), seria classificado entre um nível baixo e o médio.

Segundo essa classificação os resultados encontrados no presente estudo se apresentam mais que o dobro do valor máximo estabelecido por Laurenti

(Tabela 13), estando também largamente distante do aceitável preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Tabela - 14 Classificação do Coeficiente de Mortalidade Materna

VALORES	NÍVEIS
◆ Abaixo de 10	◆ Muito baixo
◆ 10 a 20	◆ Baixo
◆ 20 a 50	◆ Médio
◆ 50 a 100	◆ Alto
◆ 100 a 200	◆ Muito alto
◆ + de 200	◆ Extremamente alto

(LAURENTI, 1995),

Ressalte-se ainda que a magnitude da mortalidade materna de mulheres adolescentes negras reflete o risco social de um segmento da população, isto pode ser confirmado quando da observação dos coeficientes calculados para as mulheres em idade fértil.

Estes coeficientes específicos encontrados, chamam também a atenção porque confirmam o maior risco da mortalidade materna para as mulheres de cor negra; sendo que por meio deles pode-se estimar o risco de mortalidade materna para as adolescentes negras, e esses números facilitam a compreensão da magnitude real do problema, embora os números absolutos sejam baixos.

Com a ampliação da faixa etária - de mulheres adolescentes para mulheres em idade fértil, houve um aumento do coeficiente de MM para a população de cor branca se comparado com o coeficiente específico para MM de mulheres adolescentes da população branca. Este achado vai ao encontro da literatura que afirma que a gravidez na mulher adolescente há mais exposição a complicações. No entanto, isso não se verifica na população negra pelo fato de que as condições sociais não se alteram a ponto de produzir uma diferença como ocorre com a população de mulheres brancas.

Observando o coeficiente de MM para as mulheres em idade fértil, pela classificação de Laurenti (1995) nota-se que eles apresentam-se de baixo

(18,43/100.000 NV) a extremamente alto (203,11/100.000 NV), confirmando maior risco para as mulheres negras. O mesmo autor dessa classificação, afirma que a estimativa da Razão de Mortalidade Materna para o conjunto de capitais de Estados brasileiros e Distrito Federal, no primeiro semestre de 2002, foi de 54,3 por 100.000 nascidos vivos. Esse valor é elevado, embora não pareça ser exageradamente alto. No restante do país, a mortalidade não seria muito maior (LAURENTI, MELLO JORGE & GOTLIEB, 2004). Esses valores vão em sentido contrario ao que preconiza a OMS, que é de um coeficiente de MM de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, sendo esse valor considerado baixo dentro da tabela de Classificação do Coeficiente de Mortalidade Materna (LAURENTI, 2003)

Estimativas do Ministério da Saúde (MS) para o Brasil em 2003 apontavam para um coeficiente de mortalidade materna de 50 óbitos para 100.000 nascidos vivos, porém, o próprio Ministério da Saúde reconhece que trabalha contra uma questão de proporções indefinidas.

7.3.3 Aspectos epidemiológicos das mulheres de 10 – 19 e de 10 – 49 anos

Nagano (2004) salienta a importância da apresentação de alguns caracteres demográficos, com finalidade descritiva, para melhor compreensão de um estudo no contexto da mortalidade materna de adolescentes (...).

No período de estudo a consulta pré-natal entre as adolescentes apresentou-se da seguinte forma: de 1 a 3 consultas - 13,92% as adolescentes negras e 8,61% as adolescentes brancas; de 4 a 6 consultas – 50,13% as adolescentes negras e 43,40% as adolescentes brancas; de 7 e + consultas – 35,93% as adolescentes negras e 47,97% as adolescentes brancas.

O número de visitas pré-natais, segundo o Ministério da Saúde, que são consideradas as consultas realizadas pela gestante durante o período de gestação, desde o seu primeiro comparecimento no serviço de saúde: **Nenhuma consulta** - pré-natal nulo; **1 a 6 consultas** - pré-natal insuficiente e de **7 ou mais** consultas - pré-natal ideal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo esta classificação do Ministério da Saúde, as adolescentes negras apresentaram 25,10% menos consultas pré-natais ideais (7 e +) em relação as adolescentes brancas, sendo super-representadas na faixa de consultas insuficientes e sub-representadas na faixa de consultas ideais.

Na observação das mulheres de 10 a 49 anos, a mesma tendência encontrada nas consultas pré-natais com as adolescentes, repetiu-se com as mulheres de 10 a 49 anos, com uma sub-representatividade das mulheres negras nos índices de maior número de consultas pré-natais e a super-representatividade nos índices de menor número de consultas pré-natais. Ficando assim: de 1 a 3 consultas - 10,55% as adolescentes negras e 6,03% as adolescentes brancas; de 4 a 6 consultas – 44,60% as adolescentes negras e 36,34% as adolescentes brancas; de 7 e + consultas – 39,78% as adolescentes negras e 55,65% as adolescentes brancas.

Observando os resultados das consultas de pré-natal, as gestantes que realizam o pré-natal, poder-se-ia supor que essas gestantes e/ou família, possuam um grau de informação, no mínimo o básico para compreenderem a importância da sua realização, e também condições socioeconômicas o suficiente para poderem realizar as consultas pré-natais. E será que o oposto também seria plausível de ser considerado ? Ou seja, uma gestante sem o mínimo das condições socioeconômicas, não realizará ou realizará um número insuficiente de consultas pré-natais ? O atendimento público a gestante por parte do governo existe, mas será que isso é suficiente para solucionar o problema do baixo número de consultas pré-natais ou a simples não realização dela por parte das gestantes de baixa condição socioeconômica?

O tipo de parto ocorrido apresentou-se com: vaginal - 69,64% das adolescentes negras e 66,64% das adolescentes brancas; cesário – 30,57% das adolescentes negras e 33,35% das adolescentes brancas. Havendo uma aproximação muito grande das porcentagens dos tipos de parto entre as adolescentes negras,

Em seu estudo sobre a *“Mortalidade Materna de Adolescentes”* realizado no estado de Santa Catarina, Nagano (2004) comenta que há ainda, fatores que

podem ser apontados como causadores dos altos percentuais de cesarianas em adolescentes no estado de Santa Catarina, destacando-se, a representação social, por parte da mulher, de que esse tipo de parto seria indolor e preservaria a anatomia vaginal para as relações sexuais; o desconhecimento das mulheres sobre os riscos das cirurgias obstétricas; a preferência médica pelas cesarianas por conveniência, visto que o parto normal pode durar até 12 horas enquanto o parto cesariano é feito em menor tempo e até com hora marcada e a própria insuficiência de equipamentos adequados para a monitorização fetal e materna. Talvez essa afirmação da autora explique porque as adolescentes apresentaram uma porcentagem tão acima do que a Organização Mundial da Saúde preconiza, que é um total de partos cesáreos realizados, que não ultrapassem 15% dos nascimentos.

Observando o tipo de parto das mulheres de 10 a 49 anos, notamos números que diferem em muito dos achados das adolescentes, onde existe uma grande diferença entre as mulheres negras e brancas, apresentando as mulheres brancas 45,51% de partos cesarianos e as mulheres negras 29,75% desse mesmo tipo de parto, sugerindo uma tendência diferente dos dados achados com as adolescentes, onde surgem algumas perguntas: essa diferença surge por fatores socioeconômicos? Sendo o hospital o centro comum desses partos, será que a estrutura e as ações não são comuns a todos? Embora o parto vaginal seja o recomendado pelo MS, a cesariana é um parto mais confortável para o médico e para a parturiente, e por isso é um “item” de luxo não acessível a todos?

O local de ocorrência do parto também se apresentou sem diferenças significativas entre as adolescentes negras e brancas, tendo como local principal da ocorrência do parto o hospital, com 99,32% de utilização pelas adolescentes negras e 99,45% pelas adolescentes brancas, sugerindo que o hospital é o centro comum para a realização dos partos até mesmo daquelas adolescentes que apresentaram um número não ideal de visitas pré-natais, por seus vários possíveis motivos, sendo que alguns foram cogitados, mas que, neste momento, o do parto, as diferenças desapareceram e o hospital tornou-se neste momento um grande centro sociabilizador de saúde.

Na escolaridade, as adolescentes negras apresentaram uma porcentagem de anos de estudo maior que as adolescentes brancas quando se tratou dos menores anos de estudos, sendo assim: de 1 a 3 anos de estudos – 7,71% de adolescentes negras e 6,46% de adolescentes brancas; 4 a 7 anos de estudos – 57,34% de adolescentes negras e 50,88% de adolescentes brancas; 8 a 11 anos de estudos – 30,60% de adolescentes negras e 39,39% de adolescentes brancas; 12 e + anos de estudos – 2,7% de adolescentes negras e 5,03% de adolescentes brancas, as adolescentes brancas chegaram a apresentar até 53% a mais de estudos em relação as adolescentes negras.

A escolaridade das mulheres de 10 a 49 anos apresentou a mesma tendência observada nas adolescentes, sendo que as mulheres negras nos menores anos de estudo apresentaram uma porcentagem maior que as mulheres brancas: de 1 a 3 anos de estudo- 12,84% de negras e 8,83% de brancas; 4 a 7 anos de estudo – 51,46% de negras e 41,98% de brancas; 8 a 11 anos de estudos – 26% de negras e 34,04% de brancas; 12 e + anos de estudos – 5,56% de mulheres negras e 13,39% de mulheres brancas, invertendo-se assim a partir dos 8 anos de estudos, onde as mulheres brancas chegaram a apresentar até 41,52% a mais de anos de estudo em relação as mulheres negras

Os dados coletados sobre a escolaridade das mulheres, apresentou-se com algumas características que levantam algumas questões tais como: seria a educação a saída para reverter várias dessas condições encontradas que expõem excessivamente mulheres negras a um maior risco de mortalidade materna ? Mas não somente as negras, mas também as mulheres brancas que juntamente com as negras são vítimas das condições socioeconômica que a sociedade lhes impõe de forma desigual.

9. COMENTÁRIOS FINAIS E CONCLUSÃO

A magnitude da mortalidade materna, entre adolescentes negras, no Estado de Santa Catarina, ano de 2002 e 2003 e entre mulheres negras em idade fértil no

mesmo período, é muito alta e supera os índices mais elevados encontrados na literatura.

A magnitude encontrada sugere que as condições sócio-econômicas em que as mulheres negras, em especial as adolescentes, vivem no estado de Santa Catarina, sejam fatores determinantes da sua condição de morbimortalidade.

Os elevados coeficientes de mortalidade materna encontrados neste estudo sugerem que a cidadania das adolescentes negras esteja comprometida. Isto parece contraditório diante da responsabilidade de que vivem sob a proteção do Estado Brasileiro (ECA).

A inclusão dos dados referentes às mulheres em idade fértil contribui reforçando os achados com as adolescentes, apresentando quase que na sua totalidade as mesmas tendências observadas com as adolescentes, sugerindo que existe um mecanismo de manutenção dessas condições encontradas neste estudo e que se reproduz da adolescência até a idade adulta.

O coeficiente de mortalidade materna apresentou-se elevadíssimo para as mulheres negras, mas também para uma boa parcela das mulheres brancas que sofrem com as mesmas iniquidades sofridas pela população negra, apresentando um nascer, viver e morrer desigual da maioria dos seus congêneres.

Na coleta de dados deste estudo observamos que o SIM é uma parte essencial do Sistema de Estatísticas Vitais, que engloba também os dados sobre nascimentos (SINASC). A informação de “cor ou raça” passou a ser registrada nas Declarações de Óbito a partir de 1996, embora os arquivos de dados do SIM já tivessem o campo preparado para esta variável desde 1995; a informação de “cor ou raça” do nascido passou a ser registrada no SINASC em 1996, no ano de 2000, cerca de 13% do total de nascidos não tinha a raça/cor declarada. A taxa de registros não preenchidos variava bastante segundo a Unidade da Federação considerada.

Os indicadores estatísticos, os quais se atribuem significado, são vistos como um “ponto de partida”, um diagnóstico da situação que redundará na definição de uma política, para que sejam geradas ações que exerçam efeito sobre a realidade, gerando mudanças nos indicadores rumo a patamares

considerados aceitáveis ou desejáveis. Se os indicadores tratam do conjunto de políticas sociais, como as educacionais, as de saúde e as de trabalho, são designados sob a chancela “indicadores sociais” (OSORIO, 2003), sendo subtraído esse significado dos indicadores através da invisibilidade, ou seja, quando o acesso aos dados da variável cor/raça se apresenta de forma diferente das demais variáveis, gerando iniquidade, o que se aumenta em muito a possibilidade da desconsideração (invisibilidade) desses dados.

Figueroa (2004) enfatiza a importância de se compreender que a cidadania serve de base para refletir sobre as iniquidades que os indicadores estatísticos revelam sobre a mortalidade materna e outros eventos. Para pensarmos em cidadania, que segundo Marshall, (1967) envolve o exercício do direito, há necessidade de que toda forma de iniquidade, advinda da exclusão, da negação e da omissão dos indicadores estatísticos relacionados à população negra, sejam revistos, considerando que os indicadores são portadores de significados que pode influenciar o nascer, viver e morrer de uma população.

Mesmo quando há a informação da variável “cor ou raça” com boa qualidade, as instituições responsáveis pela produção ou coleta e pela divulgação dos dados, raramente disponibilizam o acesso a essa variável de forma simplificada. Um bom exemplo de tal situação é o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM): apesar de, para alguns estados, a informação de “cor ou raça” das declarações de óbito apresentar um elevado percentual de preenchimento, não é possível obter dados deste sistema para os grupos raciais nem pelo TabNet nem pelo TabWin, que são os aplicativos do Departamento de Processamento e Disseminação de Dados da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DATASUS), comumente empregados para a consulta das bases. A variável de “cor ou raça” está lá, mas exige um conhecimento do processamento das bases muito superior ao necessário, por exemplo, para obter as informações por sexo (OSORIO, 2003)

Os indicadores sociais são elaborados a partir das informações disponíveis nas bases de dados. Existem, essencialmente, dois tipos de bases informativas para a construção de indicadores sociais: as geradas por levantamentos, como os

Censos e as pesquisas domiciliares; e as produzidas por registros administrativos. Geralmente, os registros administrativos são resultantes de sistemas de informação que registram documentos como declarações de óbito ou provas de exames públicos. Os levantamentos, ao contrário dos registros, nem sempre são dedicados a um problema particular e freqüentemente apresentam informações que permitem a construção de indicadores relevantes para mais de uma esfera de ação das políticas sociais.

Henriques (2001) coloca a “pobreza” como marco conceitual base para o seu estudo sobre “*A desigualdade racial no Brasil*”, sendo a pobreza um dos mais agudos problemas econômicos do país, mas enfatiza a desigualdade como a principal determinante da pobreza, sendo o maior problema estrutural do Brasil. Desse modo, as agendas de pesquisa e de definição de políticas públicas que prioriza a questão da desigualdade têm como implicação necessária a compreensão da questão da desigualdade racial. Prossegue Henriques (2001) apontando que o desnaturalizar a desigualdade econômica e social no Brasil passa, portanto, de forma prioritária, por desnaturalizar a desigualdade racial.

Finalizando, salientamos, que a invisibilidade da cor, perpetuada pela desigualdade, revela-se nessa desigual disponibilização (sociabilização) da variável cor/raça nos registro dos sistemas oficiais de informação, caracterizando-se como mais uma forma de expressão da falta de cidadania da população afrodescendente. Apesar dos instrumentos normativos do Governo, existe ainda a necessidade de estudos desta natureza, com técnicas complementares de pesquisa, ou seja, pesquisa com dados primários, de modo a superar a limitação dos achados nos dados secundários.

10. REFERÊNCIAS

ABOUZAR, C.; WARDLAW, T. Maternal Mortality at the end of a decade: signs of progress? **Bulletin of the World Health Organization**, 2001, 79 (6), 561-573.

ALBUQUERQUE, R.M; CECATTI, J.G; HARDY, E; FAUNDES, A. Mortalidade materna em Recife. Uma avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. **Cad. Saúde Pública**, jan/mar. 1997, vol. 13, nº 1, p. 59-65.

ANDREWS, George. Ação afirmativa: um modelo para o Brasil? **Anais do Seminário Internacional Multiculturalismo e Racismo: o Papel da Ação Afirmativa nos Estados Democráticos Contemporâneos**. Brasília: Ministério da Justiça, 1996.

ANDREWS, G. **Negros e brancos em São Paulo: 1888-1988**. São Paulo: Edusp, 2003.

ALVES, AMARO LUIZ e BARBOSA, ROMERO BEZERRA. **A Saúde da População Negra – realizações e perspectivas**. Mimeo. 1998.

ARAÚJO, M. J. O., 2001. **Reflexões sobre a saúde da mulher negra e o movimento feminista**. *Jornal da Rede Saúde*, 23:24-26.

ATRASH H. K., Alexander S, Berg C.J. Maternal mortality in developed countries: Not just a concern of the past. **Obstet Gynecol**, in press. 1995.

BARBOSA, Maria Inês da Silva, **Jornal da Rede Feminista de Saúde - nº 23 - Março 2001**

BARBOSA MIS. **Racismo e Saúde**. São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

BARBOSA MIS.É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do "quarto de despejo". **Jornal da RedeSaúde** 2001; 23(março):34-36.

BARROS, R. P., Henriques R. e Mendonça R. **Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2000; 15(42): 127-141.

BARROS, R.P. R. Henriques e R. Mendonça, "A Estabilidade Inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil" em R. Henriques (org.) **Desigualdade e Pobreza no Brasil**, IPEA, 2000.

BERQUÓ, Elza A Importância dos Estudos sobre a População Negra, **Jornal da Rede Feminista de Saúde** - nº 23 - Março 2001

BRASIL, Ministério Da Saúde. **CD-Sistema de informação sobre mortalidade 1979-1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério Da Justiça/Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **GTI População Negra**. Brasília, 1996.

_____, Ministério Da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **Construindo a democracia racial**. Brasília, 2000

BRASIL, Ministério da saúde. 1988. Fundação Nacional de saúde/Cenepi. **Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1980**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da saúde.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Normas de atenção integral à saúde do adolescente**. Brasília (DF); 1993. v. 3.

BULGARELLI, Reinaldo. **Valorização, promoção e gestão da diversidade: Desafia para as organizações do século 21**. ESPM, Rev. MARKTING – Set. 2002, nº 352. p. 38.

CABRAL, Osvaldo R. **Nossa Senhora do Desterro**. Notícia. Florianópolis: Ed. Lumardelli, 1979.

CAREY, W.B.; McCANN-SANFORD, T.; DAVIDSON, E.C. Adolescent age and obstetric risk. **Seminars in Perinatology**, Jan. 1986, vol. 5, nº 1, p. 9-17.

CARNEIRO, S. et al. **A saúde da mulher no Brasil: a perspectiva da mulher negra.**/ Apresentado ao Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia. RJ, outubro, 1988/

CASTANHEL, M.S.Del; BOEHS, A.E. **Cuidando de uma família na comunidade - uma experiência utilizando um referencial teórico**. Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v.2, n.2, p. 87-98, jul./dez. 1993.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: Makron Books, 1996 p. 49.

COVRE, Maria de Lourdes Manzini. **O que é cidadania**. 7. reimp. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CRUZ, I.C.F. da A mão-de-obra negra brasileira e a saúde. Ontem, hoje e amanhã. In: **Seminário Nacional de Saúde e Trabalho**, 1, Ribeirão Preto, 1990. Anais, Ribeirão Preto, **Núcleo de Estudos de Saúde e trabalho - EEUSP**, 1990. p.246-7.

CUNHA, ESTELA M. P. **Mortalidade Infantil e Raça: as diferenças da desigualdade**. Jornal da Rede. N° 23, março 2001.

CUNHA, EMGP. Infant mortality and race: the differences of inequality. In: **Hogan DJ, org. Population change in Brazil: contemporary perspectives**. Campinas: Population Studies Center (NEPO/UNICAMP); 2001. p. 333-336.

_____. **Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil?** In: Barata RB et al., orgs. **Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Série Epidemiológica, n. 1, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. p. 219-234.

CUNHA, M. C. da. 1987. "**Etnicidade da cultura residual mas irreduzível**", em **Antropologia do Brasil: mito, história, etnicidade**. 2ª ed. São Paulo, Brasiliense.

DAWSON, P.; COMFORT, R.; VAN DOORNINCK, W. J. **Adolescent pregnancy**. Public Health Reviews, 1979, vol. VIII, n° 4, p. 365-390.

DELGADO, R. **Words that wound: a tort action for racial insults, epithets, and name-calling**. In: Delgado R e Stefanic J, eds. **Critical race theory: the cutting edge**. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press; 2000. p. 131-140.

ECO, Umberto. 1988. **Como se faz uma tese**. [Trad. de Gilson Cardoso de Souza do orig. italiano] São Paulo: Perspectiva.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Coleção Outra Gente, v. 1, Salvador: Fator; 1983.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. 2 vol. 3. ed. São Paulo: Ática, 1978.

FERREIRA, R. A. **A representação do negro em jornais no centenário da abolição da escravidão no Brasil**. Dissert. (mest.) ECA - USP, 1993.

FREITAS, G.V.S.; BOTEGA, N.J. **Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida**. Rev. Assoc. Med. Bras., jul./set. 2002, vol.48, no.3, p.245-249.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala**. Rio de Janeiro: Record, 1998.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala**. 41ª edição, Rio de Janeiro, Record, 2000.

FIGUEROA, A. L. G. Contextualização Conceitual e Histórica. 1. A População em Questão. In: LOPES, I (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO projeto 914BRA3002]** Brasília: FUNASA/MS, 2004

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOODMAN, AH. Why genes don't count (for racial differences in health). **American Journal of Public Health** 2000; 90(11): 1.699-1.702.

GUIMARÃES, A.S.A. **Raça, racismo e grupos de cor no Brasil**. Estudos Afro-Asiáticos 1995; 27:45-63.

GUIMARÃES, A.S.A. A desigualdade que anula a desigualdade. **Notas sobre a ação afirmativa no Brasil**. Anais do Seminário Internacional Multiculturalismo e Racismo: o Papel da Ação Afirmativa nos Estados Democráticos Contemporâneos. Brasília: Ministério da Justiça, 1996.

GOMES, Joaquim Barbosa. **Ação afirmativa e princípio constitucional da igualdade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

HASENBALG, C. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 235-249.

HASENBALG, Carlos A., SILVA, Nelson do Valle. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio Fundo Ed./luperj, 1992.

HENRIQUES, RICARDO. **Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na década de 90**. Texto para Discussão no. 807, IPEA, julho/2001.

HERINGER, R. (org.), 1999a. **A Cor da Desigualdade: Desigualdades Raciais no Mercado de Trabalho e Ação Afirmativa no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Raciais e Étnicos/Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

HERINGER, R., 1999b. **Addressing Race Inequalities in Brazil: Lessons from the United States**. Working Paper Series 237. Washington, DC: Latin American Program, Woodrow Wilson International Center for Scholars.

HERINGER, R., 2000. **Desigualdades Raciais no Brasil**. Brasília: Escritório Nacional Zumbi dos Palmares.

HERINGER, R.; SANT'ANNA, W.; MARTINS, S. & OLIVEIRA, S., 1989. **Negros no Brasil: Dados da Realidade**. Petrópolis: Editora Vozes/Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Censo demográfico 2000, resultados do universo. In: População estimada. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm> Acesso em: 07/05/05.

_____. **Censo Demográfico, 1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

_____. **Censo Demográfico, 1991**. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/acervo>>. 2005.

_____. **Censo Demográfico, 2000**. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/acervo>>. 2005.

_____. Censo demográfico, 2000: **características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais, 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

JACCOUD LB, BEGHIN N. **Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: IPEA, 2002.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em **Mortalidade Materna**. *Rev. Saúde Pública*, 1988, vol. 22, p.507-512.

LAURENTI, R. **Medindo a Mortalidade Materna**. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/sis/pdfs/med_mort_matern.pdf. Escrito em dezembro de 2001. Acesso em: 11/10/2003.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*, jan. /mar. 2000, vol. 16, nº 1, p. 23-30.

LAURENTI, R, A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste* *Rev. Bras. Epidemiologia*. 2004;7(4):449-60

LEITE, Ilka Boaventura. Mesa redonda - **A escravidão negra no Brasil**. Anais do II Encontro Estadual de História . Florianópolis. UFSC - de 22 à 26 de Agosto de 1998.

LIMA, B.G.C; MATOS, C.M.S. de; MELO, E.F. Características de pacientes adolescentes de uma maternidade pública de Salvador (Bahia), 1996. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, jan/dez. 2000, vol. 24, n° 1/2, p. 23-31.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 2 ed. São Paulo. Atlas, 1991.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.].

LOPES, F; MALACHIAS, R. **Assumir a diferença para promover a igualdade: a importância do quesito cor na investigação epidemiológica**. Boletim Epidemiológico de AIDS do PE-DST/AIDS Secretaria do Estado da Saúde. São Paulo 2001 out; Ano XIX(2): 3-5. Disponível em <<http://www.jbAids.com.br>>

LOPES F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

MAGGIE, Y. **“Aqueles a quem foi negada a cor do dia”**: as categorias cor e raça na cultura brasileira. In: MAIO, MC; SANTOS, RV, orgs. Raça, Ciência e Sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 225-234.

MAIO, M. C.. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 1999, 14:141-158.

MARTINS, ROBERTO B., **Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente**, Séries Políticas Sociales – CEPAL, ONU, n° 82, 2004

MARTINS, AL; SOARES, HB; PAIVA, MS; SOARES, VMN. Diferenciais raciais nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. In: Lopes F (coord.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

MARTINS, RB. **Desigualdades raciais no Brasil**. Disponível em <http://www.ipea.gov.Br/pub/Desigualdades_raciais.ppt>. Acesso em 15 dez. 2001.

MARTINS AL, Tanaka ACD. **Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná**, Brasil, de 1993 a 1998. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 2000 10(1):27-38.

MARTINS RB. **Desigualdades raciais no Brasil**. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br/pub/Desigualdades_raciais.ppt>

MARSHALL, H.T. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar editores 1967.

MATTOSO, K. Q. 1988. **Ser escravo no Brasil**. São Paulo, Brasiliense.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**: Atheneu, 2003.

NAGANO, H. C. M. **Mortalidade Materna de Adolescentes**. Florianópolis, 2004. 82 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC, 2004.

NOGUEIRA, O. 1985. "**Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem**", em **Tanto preto quanto branco**. São Paulo, T. A. Queiroz.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra** : Brasil ano 2001 / Fátima Oliveira Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003

OLIVEIRA, Fátima. **Atenção adequada à saúde e ética na ciência: ferramentas de combate ao racismo**. Perspectivas, ano 2, n.4, mar. 2001.

OLIVEIRA, Fátima. **Evidências de racismo na assistência e na pesquisa em saúde**. Coletânea. 2001. mimeo.

OLIVEIRA, Henrique Luiz. **Os filhos da falha**. Assistência aos expostos e remodelação das condutas em Desterro.(1828 – 1887). São Paulo: PUC, 1990. (Dissertação: mestrado em História)

OLIVEIRA F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. In: Giffin K. (org) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. pp. 419-438.

_____ Atenção adequada à saúde e ética na ciência: ferramentas de combate ao racismo. In: **Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos**. Ano 2, nº 4, maio de 2001. pp. 24-29.

[OPS] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **População e saúde reprodutiva**. 25^a. Conferência Sanitária Pan-Americana e 50^a. Sessão do Comitê Regional. Washington,

D.C., 21 a 25 de setembro de 1998. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp25_15.pdf.

OSÓRIO, R. G. (2003) **O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE**. Textos para Discussão, IPEA, Brasília, n. 996, 50 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0996.pdf>.

PAIXÃO, Marcelo. **IDH de negros e brancos no Brasil em 2001**: breves comentários. Rio 2001

PAIXÃO, M. **Brasil: retrato em branco e preto**. Democracia Viva, 2002 13(março-junho):84-87.

PAIXÃO, MJP; CARVANO, LMF; OLIVEIRA, JC; ERVATTI, LR. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões. In: LOPES, F. (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PESSOA, O. Raça e eugenia. In: SCHWARCZ, LM; QUEIROZ, RS (orgs.) **Raça e diversidade**. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996. p. 29-46

PEREA, JF. **The black/white binary paradigm of race**. In: Delgado R, Stefanic J, eds. *Critical race theory: the cutting edge*. 2. ed. Philadelphia: Temple University Press, 2000. p. 344-353.

PEREIRA, M. G. Mortalidade. In: **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 105 – 143.

PERPÉTUO, IGNEZ H. O. **Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda da Saúde Reprodutiva**, *Jornal da Rede Feminista de Saúde* - nº 22 - Novembro 2000

Pesquisa sobre Padrões de Vida 1996-1997 (PPV/IBGE) Instituto Brasileiro de geografia e Estatística -. 2ª Edição, Rio de Janeiro, 1996. PESSOA, O. **Raça e eugenia**. In: SCHWARCZ, LM; QUEIROZ, RS (orgs.) *Raça e diversidade*. São Paulo: Edusp/Estação Ciência; 1996. p. 29-46.

PETRY, S. **Até na hora do parto negra é discriminada**. Folha de S. Paulo On Line, Cotidiano, 2002 maio 26.

PINTO E SILVA, J.L. **Gravidez na adolescência: desejada x não desejada**. *Femina*, nov. 1998, vol. 26, nº10, p. 825-830.

PINHO, MD; BERQUÓ, E; LOPES, F; OLIVEIRA, KA; LIMA, LCA; PEREIRA, N. Juventudes, **Raça e Vulnerabilidades**. Revista Brasileira de Estudos de População, 19(2): 277-294, jul./dez. 2002.

[PNAD] PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO. **Principais contingentes populacionais**. In; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. 1999. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/default.shtm>. acessado em: 27/10/05

PNUD. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em <<http://www.pnud.org.br>>. PNUD, 2005 (a).

_____. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil-2003**. Entenda o cálculo do IDH Municipal (IDH-M) e saiba quais os indicadores usados. Disponível em <<http://www.pnud.org.br>>. PNUD, 2005 (b).

_____. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/atlas>>. PNUD, 2005 (c).

PARK, Robert. **Race and Culture: Essays in the Sociology of Contemporary Man**. Nova York: The Free Press, 1950.

SANT'ANNA, Wania. **Desigualdades étnico/ raciais e de gênero no Brasil**. Jornal da Rede, n.23, Rede Saúde, março de 2001. Disponível em: www.redesaude.org.br/jornal/html/jr23-wania.html

SANT'ANNA, W. & PAIXÃO, M., 1997. **Desenvolvimento humano e população afrodescendente no Brasil: Uma questão de raça**. Proposta, 73:20-37.

SANT'ANNA, Wânia, PAIXÃO, Marcelo. **Muito além da senzala: ação afirmativa no Brasil**. Observatório da Cidadania, no 2. Rio de Janeiro, Ibase, 1998.

SANT'ANNA, W. **Relações raciais no Brasil: entre a unanimidade e a paralisia** [documento]. Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos 2001; Ano 2, 4: 53-68.

SANTOS, RV. Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. In: Maio MC e Santos RV, orgs. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 125-142.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record; 2000.

SALGUERO, C. **Adolescent Pregnancy**: a report on ACYF-Funded research and demonstration projects. Children Today, nov./dez. 1980, p.10-35.

SILVA, L.M.V; PAIM, J.S; COSTA, M.C.N. **Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais**. Rev. Saúde Pública, abr. 1999, vol. 33, nº2, p. 187-197.

SIQUEIRA, A. A F. de; TANAKA, A.C.D. **Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980**. Rev. Saúde Pública, 1986, vol. 20, nº 4, p. 274-279.

SIQUEIRA, A. A F. de TANAKA, A C. D; SANTANA, R.M.; ALMEIDA, P.A M. de. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Rev. de Saúde Pública**, 1984, nº 18, p. 448-465.

SKIDMORE, T., 1976. **Preto no Branco: Raça e Nacionalidade no Pensamento Brasileiro**. São Paulo: Paz e Terra.

SKIDMORE, T. E. **Fato e mito: descobrindo um problema racial no Brasil**. Cad Pesq, n. 79, p. 5, nov. 1991.

SOUZA, M. L. **Mortalidade Materna em Florianópolis**, Santa Catarina, 1975 a 1979: obituário hospitalar. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

SOUZA, M.L.; LAURENTI, R. **Mortalidade Materna: Conceitos e Aspectos Estatísticos**. Centro da OMS para a Classificação das Doenças em Português. Série Divulgação - nº 3. São Paulo, 1987.

TANAKA et al, **Situação de Saúde Materna e Perinatal no Estado de São Paulo**, 1989

TANAKA, A. C. D'A. **Dossiê mortalidade materna**. São Paulo: Rede Saúde, 2000.

TANAKA, A. C. D'A. **Maternidade: Um dilema entre nascimento e morte**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.

TANAKA, A. C. D'A. **Saúde materna e perinatal: relação entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais**(tese). São Paula (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1986

TANAKA, A. C. d'A.; MITSUIKI, L. **Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: Unicef, 1999.

THEME-FILHA, M. M; SILVA, R. I; NORONHA, C.P. **Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996**. Cad. Saúde Pública, abr. /jun. 1999, vol. 15, nº2, p. 397-403.

TREVISAN M. R. et al. **Perfil da assistência pré-natal entre usuários do sistema único de saúde em Caxias do Sul**. RBGO – v. 24, nº 5, 2002.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Estatuto da Criança e do Adolescente. In: **Legislação, normativas, documentos e declarações**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/estim.htm>. Acesso em: 22/10/05.

VASCONCELOS, CAMILA, **Direitos Humanos no Mercosul**, Caderno – Fórum Civil, ano 3, n. 4, Rio de Janeiro, 2001

WHO (World Health Organization). New Maternal Mortality Estimates 2000. In: **Maternal and Newborn Health**. Disponível em: http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/maternal_mortality_2000.pdf. Acesso em: 17/10/05.

WHO/UNICEF (World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund). **Revised 1990 estimates of Maternal Mortality**. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/ FRH/ MSM 96.11. UNICEF/ PZN/ 96.1. Geneva: WHO/ UNICEF, 1996.

WINANT, H., 1994. a. Minneapolis: University of Minnesota Press.

YASLLE, M. E. H. D et al. **A adolescente grávida: alguns indicadores sociais**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., out. 2002, vol. 24, nº 9, p. 609–614.

YAYLA, M. **Maternal mortality in developing countries**. J. Perinat. Med. 2003; 31(5):386-91.

10. ANEXOS

Anexo 1. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado oficialmente a partir de 1990, foi desenvolvido à semelhança do Sistema de Mortalidade – SIM, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e o fornecimento de dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo – DN, padronizada em todo o país.

O embasamento legal para o funcionamento do sistema é decorrente dos seguintes documentos:

1) Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, Lei dos Registros Públicos, que no seu Capítulo IV (artigos 51 a 67) define as normas e providências para registro dos nascimentos em todo o território nacional.

2) Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, do Sr. Presidente da República, que aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde – MS, criando a Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS.

3) Portaria nº 20, de 03 de outubro de 2003, da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS regulamenta as rotinas de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos.

4) Portaria nº 1.929, de 09 de outubro de 2003, que define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere aos Sistemas de Informações. Esta portaria em seu artigo 1º designa a SVS como órgão gestor no nível nacional do Sistema de Informações sobre Mortalidade. O Departamento de Análise da Situação de Saúde – DASIS, através da sua Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica – CGIAE, é o órgão da SVS responsável por este gerenciamento, aqui incluídas a definição de variáveis, críticas e agregações de dados, impressão e distribuição dos documentos de captação dos dados (declarações de nascido vivo), manuais de operação do sistema, bem como a ordenação de alterações que se fizerem necessárias;

5) Portaria nº 16, de 23 de abril de 2004, que constitui o Comitê Técnico Assessor do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – CTA – SINASC e dá outras providências.

A implantação do SINASC ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação e já vem apresentando em muitos municípios, desde o ano de 1994, um número maior de registros do que o publicado pelo I B G E com base nos dados de Cartório de Registro Civil, além de possibilitar a construção de indicadores úteis para o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Anexo 2. Definição de nascido vivo:

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada produto da gestação, ou seja para cada nascido vivo.

Anexo 3. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE - SIM

A. Indicadores demográficos

- A.1 População total
- A.2 Razão de sexos
- A.3 Taxa de crescimento da população
- A.4 Grau de urbanização
- A.5 Taxa de fecundidade total
- A.6 Taxa específica de fecundidade
- A.7 Taxa bruta de natalidade
- A.8 Mortalidade proporcional por idade
- A.9 Mortalidade proporcional por idade, em menores de 1 ano de idade
- A.10 Taxa bruta de mortalidade
- A.11 Esperança de vida ao nascer
- A.12 Esperança de vida aos 60 anos de idade
- A.13 Proporção de menores de 5 anos de idade na população
- A.14 Proporção de idosos na população
- A.15 Índice de envelhecimento

A.16 Razão de dependência

Planilha com o resumo dos indicadores do grupo A

[Voltar ao início](#)

B. Indicadores socioeconômicos

B.1 Taxa de analfabetismo

B.2 Níveis de escolaridade

B.3 Produto Interno Bruto (PIB) per capita

B.4 Razão de renda

B.5 Proporção de pobres

B.6 Taxa de desemprego

B.7 Taxa de trabalho infantil

Planilha com o resumo dos indicadores do grupo B

[Voltar ao início](#)

C. Indicadores de mortalidade

C.1 Taxa de mortalidade infantil

C.1.1 Taxa de mortalidade neonatal precoce

C.1.2 Taxa de mortalidade neonatal tardia

C.1.3 Taxa de mortalidade pós-neonatal

C.2 Taxa de mortalidade perinatal

C.3 Razão de mortalidade materna

C.4 Mortalidade proporcional por grupos de causas

C.5 Mortalidade proporcional por causas mal definidas

C.6 Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos

C.7 Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos

C.8 Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório

C.9 Taxa de mortalidade específica por causas externas

C.10 Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas

C.11 Taxa de mortalidade específica por acidente de trabalho

C.12 Taxa de mortalidade específica por diabetes melito

C.13 Taxa de mortalidade específica por cirrose hepática

C.14 Taxa de mortalidade específica por aids

C.15 Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal

Planilha com o resumo dos indicadores do grupo C

[Voltar ao início](#)

D. Indicadores de morbidade e fatores de risco

D.1 Incidência de doenças transmissíveis

D.1.1 Sarampo

D.1.2. Difteria

D.1.3 Coqueluche

D.1.4 Tétano neonatal

D.1.5 Demais tipos de tétano

D.1.6 Febre Amarela

D.1.7 Raiva Humana

- D.1.8 Hepatite B
 - D.1.9 Cólera
 - D.1.10 Febre hemorrágica do dengue
 - D.1.11 Sífilis congênita
 - D.1.12 Rubéola
 - D.1.13 Síndrome da Rubéola Congênita
 - D.1.14 Hepatite C
 - D.1.15 Doença meningocócica
 - D.2 Taxa de incidência de doenças transmissíveis
 - D.2.1 Aids
 - D.2.2 Tuberculose
 - D.2.3 Dengue
 - D.2.4 Leishmaniose tegumentar americana
 - D.2.5 Leishmaniose visceral
 - D.3 Taxa de detecção de hanseníase
 - D.4 Índice parasitário anual (IPA) de malária
 - D.5 Taxa de incidência de neoplasias malignas
 - D.6 Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho
 - D.7 Taxa de incidência de acidentes de trabalho típicos
 - D.8 Taxa de incidência de acidentes de trabalho de trajeto
 - D.9 Taxa de prevalência de hanseníase
 - D.10 Taxa de prevalência de diabetes melito
 - D.12 Índice CPO-D
 - D.13 Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas
 - D.14 Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas
 - D.15 Proporção de nascidos vivos por idade materna
 - D.16 Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer
 - D.17 Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de 5 anos de idade
 - D.19 Prevalência de aleitamento materno
 - D.20 Prevalência de aleitamento materno exclusivo
 - D.22 Prevalência de pacientes em diálise (SUS)
- Planilha com o resumo dos indicadores do grupo D
- Voltar ao início

E. Indicadores de recursos

- E.1 Número de profissionais de saúde por habitante
- E.2 Número de leitos hospitalares por habitante
- E.3 Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante
- E.6 Gasto público com saúde
- E.6.1 Gasto público com saúde como proporção do PIB
- E.6.2 Gasto público com saúde per capita
- E.7 Gasto federal com saúde como proporção do PIB
- E.8 Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total
- E.9 Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar
- E.10 Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial
- E.11 Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)

- E.12 Gasto público com saneamento como proporção do PIB
 - E.13 Gasto federal com saneamento como proporção do PIB
 - E.14 Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total
- Planilha com o resumo dos indicadores do grupo E
- Voltar ao início
-

F. Indicadores de cobertura

- F.1 Número de consultas médicas (SUS) por habitante
- F.2 Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS)
- F.3 Número de internações hospitalares (SUS) por habitante
- F.5 Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade
- F.6 Cobertura de consultas de pré-natal
- F.7 Proporção de partos hospitalares
- F.8 Proporção de partos cesáreos
- F.9 Proporção de partos cesáreos (SUS)
- F.10 Razão entre nascidos vivos informados e estimados
- F.11 Razão entre óbitos informados e estimados
- F.13 Cobertura vacinal no primeiro ano de vida
- F.14 Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais
- F.15 Cobertura de planos de saúde
- F.16 Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar
- F.17 Cobertura de redes de abastecimento de água
- F.18 Cobertura de esgotamento sanitário
- F.19 Cobertura de coleta de lixo