

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO DA SAUDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA E
VIGILANCIA EM SAUDE
PROGRAMA DE RESIDENCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

ANA CAROLINE DA SILVA BARBARA

**VULNERABILIDADES SOCIAIS E MORTALIDADE MATERNA NO MUNICIPIO DO
RIO DE JANEIRO: uma análise a partir da determinação social**

**RIO DE JANEIRO
2024**

ANA CAROLINE DA SILVA BARBARA

**VULNERABILIDADES SOCIAIS E MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO: uma análise a partir da determinação social**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

**Orientador: Prof. Me. José Arnaldo Moreira
de Carvalho Júnior**

**RIO DE JANEIRO
2024**

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil das mortes maternas no município do Rio de Janeiro a partir do registro de dados públicos disponibilizados nos sistemas de informação em saúde. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo de série temporal retroativa; com análise secundária de dados. Os dados foram obtidos compreendendo o período de janeiro de 2013 a setembro de 2023, a partir de informações em saúde disponíveis na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis escolhidas foram: óbito materno investigado, escolaridade, estado civil, idade da mãe e raça/cor materna. **Resultados:** A partir da análise dos dados, observou-se, as mulheres mais afetadas pela mortalidade materna são as negras, solteiras, adultas entre 30-34 anos e com escolaridade entre 8-11 anos. Foram identificadas diferenças no perfil epidemiológico dos territórios analisados, Município do Rio de Janeiro e AP 5.1, onde a faixa etária mais prevalente na AP 5.1 é de 35-39 anos. **Conclusão:** A mortalidade materna continua sendo um problema social e de saúde pública, necessitando-se que reduza a RMM conforme estabelecido pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Portanto, é indispensável condutas que objetivem a redução da mortalidade.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Mortalidade Materna. Vulnerabilidade Social.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de óbitos maternos, MRJ, 2013-2023

Tabela 2: Número de óbitos maternos por raça-cor, MRJ, 2013-2023

Tabela 3: Número de óbitos segundo raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

Tabela 4: Número de óbitos maternos por escolaridade, MRJ, 2013-2023

Tabela 5: Número de óbitos maternos por escolaridade, AP 5.1, 2013-2023

Tabela 6: Número de óbitos maternos em função de escolaridade e raça-cor, MRJ, 2013-2023

Tabela 7: Número de óbitos maternos em função de escolaridade e raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

Tabela 8: Número de óbitos maternos em função de faixa etária e raça-cor, MRJ, 2013-2023

Tabela 9: Número de óbitos maternos em função de faixa etária e raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

Tabela 10: Número de óbitos maternos em função de estado civil e raça-cor, MRJ, 2013-2023

Tabela 11: Número de óbitos maternos em função de estado civil e raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Razão de mortalidade materna e nº de óbitos, MRJ, 2013-2023

Gráfico 2: Razão de mortalidade materna e número de óbitos maternos da área programática 5.1, 2013-2023

Gráfico 3: Número de óbitos maternos por faixa etária, MRJ, 2013-2023

Gráfico 4: Número de óbitos maternos por faixa etária, AP 5.1, 2013-2023

Gráfico 5: Número de óbitos maternos por estado civil, MRJ, 2013-2023

Gráfico 6: Número de óbitos maternos por estado civil na AP 5.1, 2013-2023

Gráfico 7: Razão de mortalidade materna por raça-cor, MRJ, 2013-2023

Gráfico 8: Razão de mortalidade materna em função da escolaridade, MRJ, 2013-2023

LISTA DE SIGLAS

AP - Área de Planejamento

APS - Atenção Primária à Saúde

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DO - Declaração de Óbito

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MIF - Mulher em idade fértil

MRJ – Município do Rio de Janeiro

MS - Ministério da Saúde

NV - Nascidos Vivos

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SMS - Rio Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Sumário

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | Considerações iniciais | 8 |
| 1.1 | Objetivos | 11 |
| 1.1.1 | O presente trabalho tem como objetivo geral | 11 |
| 1.1.2 | Objetivos específicos | 11 |
| 1.2 | Justificativa e relevância da pesquisa | 11 |
| 2 | Aspectos metodológicos da pesquisa | 14 |
| 3 | Referencial teórico | 16 |
| 3.1 | Mortalidade materna e a questão social | 16 |
| 3.2 | Sistemas de Informação em Saúde – SISs | 19 |
| 3.3 | Razão de mortalidade materna | 19 |
| 3.4 | Determinantes sociais de saúde e determinação social em saúde: diferenciando conceitos | 21 |
| 4 | Resultados | 28 |
| 5 | Discussão | 41 |
| 6 | Conclusão | 45 |
| 7 | Referências | 46 |

1 Considerações iniciais: definição do problema e objeto da pesquisa

A cada dois minutos, uma mulher morre durante a gravidez ou o parto (Organização Mundial de Saúde, 2023). O enfrentamento da mortalidade materna é um desafio global para os sistemas de saúde e para a sociedade, configurando assim um importante indicador de acesso e de qualidade do atendimento à saúde da pessoa que gesta (OMS, 2007). Com isso, os óbitos maternos são divulgadores das distintas realidades sociais de um país e da forma como a saúde é impactada pelos contextos em que as pessoas estão inseridas. As mortes maternas são normalmente precoces e evitáveis e suas vítimas são principalmente as mulheres pobres, as negras e aquelas com assistência inadequada durante a gravidez, o parto e o puerpério, além da ocorrência ser majoritariamente em países em desenvolvimento, como o Brasil. A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, excetuando-se, porém, as causas acidentais ou incidentais (OMS, 2000).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2018a), cerca de 830 mulheres morrem diariamente por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo. Embora a razão de mortalidade materna (RMM) global tenha caído 34,3%, passando de 339 para 223 por 100.000 nascidos vivos, com diminuição também do número absoluto dessas mortes entre os anos 2000 e 2020, a redução da mortalidade materna e neonatal é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo, uma vez que as taxas sempre se mantiveram em patamares elevados. Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, a RMM no Brasil foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV). Em países em desenvolvimento, o número de óbitos maternos continua elevado, representando 99% de todas as mortes maternas (OPAS, 2018).

Além de ser considerado um grave problema de saúde pública por atingir desigualmente as regiões e classes, a MM também se configura como violação

dos direitos humanos de mulheres e crianças, uma vez que é considerada uma tragédia evitável (BRASIL, 2009). Assim, é preciso reiterar que o óbito materno é considerado um evento sentinela, intimamente relacionado à vulnerabilidade social das populações e um importante marcador da qualidade do sistema de saúde, especialmente no que tange à adequação e acesso ao cuidado em saúde (FREITAS-JÚNIOR, 2020). Para Albuquerque et. al. (1998) a morte de uma mulher em consequência da gestação, parto ou puerpério, deve ser interrogada acerca de onde começou a se construir esta morte, considerando a história, eventos sociais e biológicos que levaram ao óbito.

Tal visão é corroborada por Moraes e col. (2019), que afirmam que fatores como limitações econômicas, sociais, culturais e geográficas podem relacionar-se às ocorrências de óbito materno. As autoras ainda reiteram que a precária assistência e acesso à saúde e serviços contribui para o alto índice de mortalidade materna, necessitando ser abordada enquanto uma vertente da questão social.

É preciso ratificar que a implementação do SUS garantiu ao Brasil o modelo assistencial que se propôs a trabalhar de forma conjunta e articulada, com base em ações que compreendem a situação de saúde de cada população, território e contexto. Assim, visando reconhecer os pormenores da situação de saúde, convocando as ações a vertente coletivista. Segundo Barreto (2002), a adoção da saúde coletiva como referência, amplia o seu sentido social e político, visando encontrar possíveis soluções e modificação dos contextos, tal qual o enfrentamento à mortalidade materna.

Em 2000, o Brasil assinou junto à Cúpula do Milênio das Nações Unidas o compromisso de reduzir a mortalidade materna até 2015, em cumprimento aos Objetivos do Milênio. E, para isso, em 2004, o Governo Federal estabeleceu como prioridade, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004). Entre as estratégias de implementação do pacto, constavam no documento a ampliação da Estratégia Saúde da Família permitindo a reorganização do sistema a partir da atenção básica, qualificação e humanização da assistência pré-natal por intermédio da expansão do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, Feuerwerker (2005 apud Souza,2001) diz

que a ideia de equipe de saúde é fundamental para ampliar o diálogo com a população, facilitando a compreensão do contexto local de saúde e território, potencializando a integralidade. O país não atingiu a meta pactuada, permanecendo como inacabada. Dessa maneira, em 2015, a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, precisou ser repactuada na Meta ODS 3.1 até 2030.

Ainda em 2004, houve a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), vigente até hoje, sendo responsável por uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe e que, por isso, organizaram o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora (SOUTO & MOREIRA, 2021).

A trajetória da participação social dos movimentos feministas na luta por melhores condições de saúde foi fundamental para a implementação do PNAISM (2004), que tem como objetivo principal a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde.

Mulheres negras, brancas, quilombolas, indígenas, lésbicas, bissexuais, com deficiência, privadas de liberdade, em situação de rua, mulheres ribeirinhas, mulheres jovens e idosas. Todas reafirmando a importância da participação social como processo de mobilização para garantia das conquistas, tal qual na II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (SOUTO & MOREIRA, 2021).

As causas de óbito materno podem ser classificadas em obstétricas diretas, obstétricas indiretas e obstétricas não especificadas. As principais causas obstétricas diretas são hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia e transtornos hipertensivos, infecções obstétricas e complicações de abortamento inseguro; já entre as causas indiretas, é possível citar infecções e doenças não transmissíveis (WHO, 2023). No Brasil, em média, por ano, ocorrem 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos (MS, 2020). Em sua

maioria, as mortes maternas são por razões evitáveis (MARTINS & SILVA, 2018).

Desta forma, torna-se basilar refletir sobre como as questões sociais que têm influenciado nos óbitos maternos e a importância de vislumbrar estratégias para o enfrentamento do problema. Para tanto, é imprescindível identificar as mazelas de cada território, que compõem o contexto de um fenômeno multicausal como a mortalidade. E, a partir disso, produzir dados científicos que possam ser revertidos em planejamento assistencial específico e estratégias de enfrentamento e redução do problema. Em outras palavras, as políticas de saúde precisam ser entendidas como políticas sociais, contribuindo para o Estado Social (Rodriguez, 2016).

1.1 Objetivos

1.1.1 O presente trabalho tem como objetivo geral:

Analisar o perfil das mortes maternas no município do Rio de Janeiro a partir do registro de dados públicos disponibilizados nos sistemas de informação em saúde;

1.1.2 Objetivos específicos:

Descrever uma série histórica da Mortalidade Materna e suas características no Município do Rio de Janeiro;

Analisar a relação entre as condições sociais e a RMM no Município do Rio de Janeiro a partir da comparação entre série histórica de informação em saúde e atuais dados da AP 5.1.

1.2 Justificativa e relevância da pesquisa

O tema configura-se como um evento sentinela de saúde pública. E, o país possui números crescentes, haja vista que no ano de 2021, o Brasil registrou 3.025 mortes maternas, com 320 delas ocorrendo no estado do Rio de Janeiro e 107 na capital do estado, conforme os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

De acordo com a OPAS (2023), as mortes maternas ocorrem com maior frequência em ambientes vulneráveis, situações de crises humanitárias e onde os sistemas de saúde apresentam fragilidades, refletindo a disparidade entre os países e seus contextos internos, tal qual o contexto carioca. Nesse sentido, as vulnerabilidades relacionadas com o cenário da violência urbana, paridade, raça-cor, classe social e território precisam ser levadas em consideração ao se discutir um fenômeno multicausal, como a mortalidade, que possui impacto direto e indireto sobre os indicadores de saúde e se organiza em desafios de uma nova agenda.

O Rio de Janeiro, enquanto Município, apresenta de forma heterogênea suas regiões de saúde, com pormenores e dinâmicas internas, que levam a distribuição desigual das mortes maternas pelas 10 áreas de planejamento da cidade. Atualmente, o município possui 238 unidades APS, com 1346 equipes APS, sendo 1294 equipes eSF (SUBPAV, 2023). E, até novembro de 2023, apenas 7 das equipes eSF encontravam-se incompletas, sendo 3 delas na CAP 5.3, região geográfica mais distante da Secretaria de Saúde e com maior número absoluto de mortes maternas em 2023.

A Área de Planejamento 5.1, que abrange 10 bairros (Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar) e apresenta elevados índices de densidade demográfica, evidenciou alta razão de mortalidade materna ao longo dos últimos 10 anos, sendo no ano de 2020 o maior valor registrado, 171,6 de RMM e número absoluto de 13 mortes, considerando o componente Covid, conforme os dados do Observatório Epidemiológico do Rio de Janeiro.

O número absoluto de óbitos maternos na AP 5.1 se manteve acima de 5 mortes/ano entre 2013 e 2023, assim dificultando a conclusão da meta 3.1 dos ODS. Deste modo, diante do número absoluto de óbitos maternos na AP 5.1 até setembro de 2023, que totalizam 6 mortes maternas, meu interesse pelo assunto se intensificou, e com ele, minha determinação em explorar as minúcias que contribuem para invisibilidade social do problema e dificultam a prestação de assistência qualificada pelas equipes de saúde, reforçando os estigmas, negligenciando corpos e silenciando vivências.

Considerando ainda, que os efeitos dos óbitos maternos para as populações mais afetadas, revelam as necessidades e as possibilidades de suporte ainda a ser explorado e discutido no contexto da Saúde Pública carioca, enquanto enfermeira residente pelo Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, lotada na AP 5.1, considero de extrema relevância promover a discussão acerca do tema, a partir da contextualização do problema e a identificação dos principais atravessamentos relacionados ao assunto.

Como mulher, periférica e profissional de saúde acredito na extrema necessidade de evidenciar um cenário epidemiológico desfavorável e desigual para que outras não continuem morrendo e se possa repensar o cuidado ofertado a cada pessoa que gesta. Além disso, a pouca abordagem do tema a partir do viés social nos cursos de graduação em Enfermagem e durante o curso desta especialização, geraram a inquietação inaugural para um olhar e escrita coletivistas sobre a produção de saúde a partir determinação social.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Foi realizado um **estudo descritivo** observacional de prevalência, que têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, assim examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras, a partir da abordagem da epidemiologia descritiva (LIMA-COSTA e BARRETO, 2003); de **série temporal retroativa**; com **análise secundária de dados**, caracterizada pela possibilidade de produção de novos conhecimentos ou esclarecimento de uma questão a partir de novas perspectivas e formas de desenvolvimento, pautadas na documentação de dados que possibilitam compreender o contexto social e os conceitos, observando o passado recente (METELSKI et al., 2023). Os dados foram obtidos compreendendo o período de janeiro de 2013 a setembro de 2023, a partir de informações em saúde disponíveis na base de dados do **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. A coleta de dados foi realizada através do **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**, que é responsável pela captação de dados sobre os óbitos do país e fornece informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. (BRASIL, 2001); **do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)**, que se baseia no instrumento Declaração de Nascido Vivo (DN), que contempla uma série de dados sobre a mãe, o pré-natal, o parto e o recém-nascido, constituindo-se como instrumento primordial em saúde na área materno-infantil (PAIVA et al. 2011); e, **do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**, criado para padronizar a coleta e processamento dos dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, tal qual a mortalidade materna, assumindo assim papel central para os serviços de vigilância epidemiológica (LAGUARDIA et al., 2004; ARAÚJO e SILVA, 2015). Juntos, sendo responsáveis pelo registro sistemático de dados de mortalidade, sobrevivência e notificação, respectivamente.

Para a realização da busca de dados na plataforma do DataSus, foi utilizada a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Capítulo XV da CID-10 -

"Gravidez, Parto e Puerpério", que utiliza a definição de morte materna proposta pela Organização Mundial de Saúde. Para a coleta de dados proposta neste trabalho, foram selecionados os números de óbitos classificados como maternos - considerando o período até 42º dias pós-parto. Óbitos considerados como tardios (códigos O96 e O97 da CID-10) não foram discutidos no presente estudo. E, foram abordados somente dados referentes ao Município do Rio de Janeiro.

Objetivando uma análise ampliada e multifatorial, optou-se por considerar as seguintes variáveis acerca da morte materna: óbito materno investigado, escolaridade, estado civil, idade da mãe e raça/cor materna. O acesso às bases de dados ocorreu em novembro de 2023 e para a elaboração das tabelas e gráficos, foi usado o programa Microsoft Excel. Os dados foram analisados estatisticamente e foram discutidos a partir do conceito de determinação social da saúde, com suporte na literatura pertinente.

Devido a utilização de dados de domínio público, sem identificação dos indivíduos e de acesso irrestrito, o presente trabalho é dispensado de análise do sistema Comitê de Ética em Pesquisa/CONEP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Mortalidade materna e a questão social

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011) definiu a morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, independente da causa relacionada com a gravidez ou agravada por ela, ou a medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

Diante do cenário epidemiológico mundial da morte materna e por possuir um caráter evitável, ela ocupa um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais que provocam impacto sobre a saúde pública no mundo, sendo considerada como um evento sentinela (OMS, 2014; FREITAS-JÚNIOR, 2020).

De acordo com Fernandes et al. (2015), a mortalidade materna constitui em uma grave violação do direito humano à saúde, ocorrendo, majoritariamente, nos países menos desenvolvidos e atingindo fundamentalmente as mulheres de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, reafirmando os laços entre os corpos femininos e sua posição na sociedade. O que é ratificado por Martins e Silva (2018), quando afirmam que a taxa de mortalidade materna viola os direitos humanos femininos, e a sua alta prevalência incide em comunidades com poucos recursos econômicos e sociais, tendo assim grande impacto na dinâmica do cotidiano.

Além disso, a morte materna é um fenômeno humano complexo e multifatorial e, nesse sentido, evidencia que indicadores adequados sobre mortalidade materna não são somente indicadores de saúde, mas também se referem à cidadania feminina e ao compromisso governamental com a saúde da mulher (FERNANDES et al. 2015).

Para Freitas-Júnior (2020) não é normal morrer de parto, pois a maternidade não é uma doença e, conseqüentemente, é preciso ter cuidado ao comparar a mortalidade materna com outros problemas de saúde. O autor afirma ainda que tais mortes não se distribuem aleatoriamente entre as mulheres e revela a iniquidade das sociedades onde ocorrem, refletindo, de forma geral,

desigualdades econômicas, financeiras, sociais e de acesso aos serviços de saúde, destacando as desigualdades entre ricos e pobres (OPAS, 2023).

É preciso levar em consideração a ocorrência de disparidades dentro dos países, municípios e regiões de saúde, onde cada território assume o espaço a partir de suas características e funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, resultando de uma práxis coletiva que reproduz as relações sociais, evoluindo pelo movimento da sociedade total (SANTOS, 1978, p. 171). Com isso, no Rio de Janeiro, é preciso considerar cenários distintos, relações e contradições sociais existentes nas dez áreas de planejamento do município, contemplando além de seu território físico/ cartográfico, um território vivo e dinâmico.

A morte materna é classificada como **direta** e **indireta**, conforme propõe Marinho (2010). E, consoante a OPAS (2023), as principais causas de óbitos na gestação, parto e puerpério são, majoritariamente, evitáveis. E, entre as principais causas obstétricas diretas, figuram hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia e transtornos hipertensivos, infecções obstétricas e complicações de abortamento inseguro; já entre as causas indiretas, encontram-se infecções e doenças não transmissíveis (WHO, 2023).

O perfil brasileiro das causas de morte materna em muito se assemelha ao que é apresentado mundialmente entre 1996 e 2018, cerca de 70% das mortes foram por causas obstétricas diretas, em outras palavras, complicações obstétricas durante gravidez. De acordo com Ministério da Saúde (2020), ocorreram, por ano, cerca de 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos. E, em 2021, a razão de mortalidade materna (RMM), no Brasil, alcançou 107,53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (TOSS et al. 2023).

Consolidando o que ocorre no mundo, no Brasil os índices mais altos de mortalidade também estão concentrados em regiões periféricas, uma vez que nessas regiões o acesso às redes de saúde é mais deficitário em detrimento de áreas urbanas mais privilegiadas (RUAS et. al, 2020). Frente a isso, para combater o óbito materno requisita-se uma abordagem multifatorial relacionada

à assistência e ao acesso à qualidade da informação recebida por essas mulheres e aos riscos sociais presentes em seu território (MOTTA; MOREIRA, 2021).

Outro obstáculo no enfrentamento da MM, é a dificuldade em concentrar todos os dados sobre o assunto e qualificar as informações disponíveis. Em outras palavras, a falta de notificação e baixa qualidade do preenchimento de óbitos maternos dificultam o monitoramento da tendência da mortalidade materna. Por isso, visando auxiliar na produção de dados limpos, foi lançada a *Portaria nº 1.119* de 2008, do Ministério da Saúde, que tornou obrigatória a investigação dos óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, visando análise dos fatores associados ao desfecho, como possíveis falhas na assistência obstétrica. A Portaria ainda estabeleceu fluxos e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade.

O Art. 7º da Resolução SMS nº 1256 de fevereiro de 2007, traz como atribuição do comitê municipal de mortalidade apoiar as coordenadorias de saúde nas áreas de planejamento para criação de comissões regionais de prevenção e controle da MM, bem como consolidação dos dados e qualificação da informação, para avaliação periódica dos problemas identificados e divulgação sistemática dos resultados. E, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna do Rio de Janeiro de 2023, a proporção de óbitos de MIF investigados se apresenta de forma consistente e acima de 90%, desde sua implementação. Com isso, é válido ressaltar que a vigilância do óbito deve ser executada pelo poder público em prazo oportuno de 120 dias e configura como ação obrigatória da Vigilância em Saúde (MELANDIA et al. 2014).

Consoante a essa ação, incluiu-se a notificação por MM à lista de notificação compulsória de doenças e agravos à saúde do SINAN, objetivando que todos os casos sejam reportados e, assim, viabilizem mostrar a real face da mortalidade no país, favorecendo a vigilância do óbito e o embasamento na criação de políticas públicas para o enfrentamento ao problema (FERREIRA & COL., 2023). Pois, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), a subnotificação pelo preenchimento incorreto das causas de morte na

declaração de óbito e a ausência da declaração de óbito no Sistema de Informações sobre Mortalidade, são importantes dificultadores para a mensuração do impacto das mortes maternas no país, invisibilizando o tema e contribuindo para o não cumprimento de uma das metas da ODS.

Segundo Alves (2020), o Brasil era, anteriormente, considerado um país com taxas de mortalidade materna não confiáveis, em função da falta de organização do sistema de informação de óbitos.

3.2 Sistemas de Informação em Saúde – SISs

O SIS é um conjunto de produção, análise e divulgação de dados, que atuam de forma integrada e articulada, a fim de atender as demandas e necessidades para o qual foi criado. Dessa forma, tem como função a seleção de dados pertinentes para transformá-los em informações que subsidiem ações de planejamento, financiamento, provisão e avaliação de serviços de saúde. (MARIN, 2010). Como exemplo, podemos citar os vários subsistemas que o compõem, tais quais o SINAN, SIM e SINASC. Os subsistemas supracitados, têm em comum o fato de objetivarem a ampliação da cobertura para melhorar a qualidade dos bancos de dados de saúde nacionais, possibilitando analisar a situação de saúde em nível local a partir de instrumentos de diagnóstico e impactando a construção dos indicadores de saúde (BARROS, 2004). Conforme Medeiros e col. (2005), a utilização dos sistemas de informação possibilita a estimativa das necessidades previstas, tanto em termos quantitativos como qualitativos, de recursos humanos, bem como a obtenção de outras informações cruciais para a gestão eficiente do Sistema Único de Saúde.

3.3 Razão de mortalidade materna

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) configura-se um importante indicador que possibilita analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos (MELANDA et al. 2014). A RMM é determinada pelo número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado

(Boletim Epidemiológico — Mortalidade Materna, 2023). Dito isto, é fundamental dizer que o Rio de Janeiro ainda apresenta expressiva taxa de mortalidade materna ao longo dos anos. Para Alves (2020), a RMM é bom indicador para avaliar as condições de saúde de um povo, uma vez que, quando alta, traduz problemas no desenvolvimento local, precárias condições socioeconômicas, qualidade de informação e dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Assim, considerando a elevada RMM do país, diversas ações foram propostas na tentativa de melhorar o panorama nacional, o que resultou num fenômeno nomeado por Souza (2013) como “transição obstétrica”, que se refere a evolução de um padrão secular de alta mortalidade materna, para um padrão desenvolvido de baixa mortalidade materna. E, esta transição apresenta 5 estágios, estando o Brasil no estágio III com grandes dificuldades para chegar ao estágio V, pois ainda mantém elevadas RMM, como é o caso do Rio de Janeiro, que em 2022 apresentou RMM de 77,4.

Quadro 1: Estágios da transição obstétrica.

Estágio I (Razão de Morte Materna >1.000 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a maioria das mulheres experimentam uma situação próxima da história natural da gravidez e do parto. A Fase I é caracterizada pela mortalidade materna muito alta, com alta fertilidade e a predominância de causas diretas de mortalidade materna, juntamente com uma grande proporção de mortes atribuíveis a doenças transmissíveis, como a malária. A maior parte das mulheres não recebe assistência obstétrica profissional ou não têm acesso a estabelecimentos de saúde.

Estágio II: (Razão de Morte Materna: 999-300 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a mortalidade e fertilidade permanecem muito elevadas, com um padrão de causas similar ao Estágio I., no entanto, uma maior proporção de mulheres começam a procurar e receber atendimento nas unidades de saúde.

Estágio III: (Razão de Morte Materna: 299-50 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a fertilidade é variável e as causas diretas de mortalidade ainda predominam. Esta é uma fase complexa porque o acesso continua a ser um problema para uma grande parte da população, mas como uma maior proporção de mulheres grávidas chega aos serviços de saúde, a qualidade de atendimento torna-se um dos principais determinantes dos resultados de saúde, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde sobrecarregados. Além

da prevenção primária, a prevenção secundária e a terciária são fundamentais para melhorar os resultados de saúde materna neste estágio. Em outras palavras, a qualidade dos cuidados, com atendimento especializado do nascimento e manejo adequado de complicações. é essencial para reduzir a mortalidade materna.

Estágio IV: (MMR <50 mortes maternas/100.000 nascidos vivos): a mortalidade materna e baixa, há baixa fertilidade e causas indiretas de mortalidade materna; em particular, as doenças crônico-degenerativas adquirem maior importância. Um aspecto que emerge nesta fase é o papel cada vez maior da medicalização como uma ameaça à qualidade e a melhores resultados de saúde.

Estágio V: (todas as mortes maternas evitáveis são de fato evitadas; razão morte materna <5 mortes maternas/100.000 nascidos vivos). A mortalidade materna é muito baixa, a taxa de fertilidade é baixa ou muito baixa e as causas obstétricas indiretas associadas as doenças crônico-degenerativas são as principais causas de mortalidade materna. Os principais desafios deste estágio são a consolidação de avanços contra a violência estrutural (por exemplo, a desigualdade de gênero), manejo efetivo das populações vulneráveis (por exemplo, pessoas imigrantes, refugiadas e deslocadas no próprio país) e a sustentabilidade da excelência na qualidade do atendimento.

Fonte: Souza, 2013.

3.4 Determinantes sociais de saúde e determinação social em saúde: diferenciando conceitos

A construção da política de saúde como política social é multifatorial e permeia as relações sociais do indivíduo, com isso, havendo a necessidade de se considerar suas vulnerabilidades e particularidades, bem como o período histórico em que ocorrem.

Partindo dessa perspectiva, a operacionalização do atendimento em saúde precisa pautar a diversidade que abrange o contexto dos usuários, a comunidade e as dinâmicas internas que influenciam na vida e saúde dos indivíduos, operando assim como determinantes sociais de saúde. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), pode-se definir os DSS como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”, o que também é definido no artigo 3º da Lei 8.080:

"A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país".

A partir dessa definição é possível entender saúde como um processo interdisciplinar, com influências de seus componentes naqueles que são direta ou indiretamente atravessados dentro de uma conjuntura político-social. Por tal razão, Santos (2013) considera o campo da saúde como um mundo dentro de outros mundos, onde os saberes se entrelaçam para trabalhar os fenômenos humanos e onde o ambiente convoca para uma mudança no entendimento sobre o processo saúde-doença. Em 2011, durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, destacou-se que:

As iniquidades em saúde são um problema em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, e raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica. Essas diferenças produzem graves consequências e representam uma forma de impacto que se chama "determinantes sociais da saúde" (KIENY, 2011)

Usualmente, para estudar os determinantes sociais de saúde, utiliza-se o modelo Dahlgren e Whitehead, que expõe os DSS a partir de camadas. Nelas, o indivíduo localiza-se na base do modelo, com suas características individuais; a camada mais próxima expõe os determinantes individuais, enquanto a camada mais distal expõe os macrodeterminantes. Na camada imediatamente externa ao indivíduo é possível verificar o comportamento e os estilos de vida individuais que são amplamente influenciados pelos DSS. A camada seguinte destaca a influência de suas relações sociais e redes comunitárias, que remontam sobre coesão social. A camada posterior representa os fatores relacionados a condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a serviços essenciais, como saúde e educação. A última das camadas, a dos macrodeterminantes, relaciona-se às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. (BRASIL, 2008). No modelo citado é possível identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos, assim agindo sobre a cena social da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1: Modelo de Determinantes Sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Com base na análise dos DSS é possível planejar e intervir, no sentido de criar e implementar políticas públicas que minimizem as desigualdades e que influenciem no processo de saúde dos usuários. Com isso, é possível avançar com políticas de saúde que garantam o princípio da equidade na assistência, alcançando aqueles que mais necessitam. Pellegrini Filho (2011) afirma que a análise dos DSS se trata de um movimento que combina ferramentas, metodologias e abordagens capazes de mudar o perfil da Saúde Pública. (GARBOIS; SODRÉ; ARAUJO, 2014) comunicam o predomínio da abordagem epidemiológica na produção científica relacionada aos determinantes; sendo estes, majoritariamente, abordados de forma isolada, a partir do objetivo que se tem e correlacionados com eventos de morbimortalidade em diferentes contextos sociais.

Consoante a Buss e Pellegrini Filho (2007) apud Nancy Adler (2006), são consideradas três gerações de estudos no tocante às iniquidades em saúde. A primeira geração dedicada a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a caracterizar as medidas de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e, a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades, ou conforme Adler, dedicada a responder de que forma a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano.

Os estudiosos têm como principais metas a difusão do conhecimento acerca dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) no Brasil. Isso visa apoiar o

desenvolvimento de políticas e programas destinados a mitigar as iniquidades em saúde. Além disso, buscam mobilizar a sociedade civil, promovendo a conscientização e estimulando a participação ativa nas questões relacionadas aos DSS. Alguns estudos retratam que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, todavia as que são mais igualitárias e com alta coesão social (KAWACHI et al, 2008). Por isso, há ainda que se considerar a influência do Capital social, caracterizado como relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, no qual as iniquidades impactam negativamente a situação de saúde.

Tal conceito já era proposto por Durkheim, que argumentava que indivíduos se completam através da participação e devoção à vida em grupos, onde a devoção moral ao mesmo por parte de seus membros constituiria uma reserva para a coletividade e uma fonte poderosa de capital social. Já na análise marxista, o conceito se estabelecia como criação de um produto da coesão interna dentro de grupos em resposta à exploração e discriminação externas enquanto a industrialização progredia (PATUSSI et al., 2006). À vista disso, a ideia pode ser melhor compreendida sob a perspectiva do modelo de Dahlgren & Whitehead, onde é possível evidenciar as redes sociais e comunitárias a partir da disposição hierárquica em comparação a outros determinantes mais distais ou proximais da saúde, assumindo assim um lugar na agenda de pesquisa em Epidemiologia (PATUSSI et al., 2006).

Para além disso, é preciso considerar também a óptica da Determinação social, conceito surgido e amplamente difundido pela América Latina, que pauta sua análise a partir da abordagem da dimensão coletiva como produtora e reprodutora de adoecimento e vitalidade. Ou seja, se a finalidade era compreender a saúde-doença como um fenômeno coletivo, o objeto de estudo deixa de ser o indivíduo, e passa a ser o grupo, como afirma Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017). Para a determinação social, o que precisa ser observado é o processo saúde-doença coletivo e o contexto em que ele se desenvolve.

O modelo da determinação foi influenciado pela medicina social, evidenciando a importância de considerar a visão comunitária, além da busca por resgatar a

estrutura social e saúde, sistema econômico, trabalho e classe, que estavam excluídas no sistema de saúde pública, conforme disserta Pettres e Da Ros (2018). Os autores afirmam ainda que o modelo dos determinantes da saúde pela OMS possui contribuição para uma análise ampliada da saúde, porém preocupa as implicações práticas em atuar sobre fatores e não em mudanças dos processos estruturais, não havendo assim sinonímia entre determinantes e determinação. Discutir a Determinação Social da Saúde não é possível sem considerar as desigualdades, iniquidades e vulnerabilidades sociais de cada contexto, para tanto, faz-se necessário considerar as estruturas sociais existentes naquele cenário.

Nessa perspectiva, o movimento entre saúde e doença passa a ser entendido enquanto um processo determinado pelo modo como as forças produtivas estão organizadas. Assim, a determinação social provoca um deslocamento no modelo de raciocínio em saúde, uma vez que leva o pensamento além da oposição saúde-doença, entendendo a complexidade e o dinamismo da vida, considerando todos os seus atravessamentos sociais, econômicos e políticos (COUTO et al. 2023). Além disso, apresentam uma discussão mais ampla sobre o modo de produção capitalista, que configura e determina a estrutura das sociedades, incidindo na condição de saúde e/ou adoecimento dos indivíduos e grupos populacionais (SILVA, 2023).

É possível dizer que os atravessamentos e transversalidades ocorrem em função de diversos fatores em relação à dinâmica do dia a dia. Margaret Whitehead definiu iniquidades sociais em saúde como diferenças sistemáticas, injustas e socialmente produzidas. Esse entendimento junto ao modo como as sociedades se organizam constituiu um avanço em relação à dimensão coletiva da saúde. Nesse sentido, ocorrem em contextos de injustiça social onde prevalecem estruturas sociais e processos políticos promotores de desigualdades injustas e desnecessárias (SANTOS, 2021 apud ALMEIDA-FILHO, 2009). Para De Jesus & col. (2023) apud Marx (2015) a injustiça social era, e continua a ser, fruto das relações sociais entre indivíduos, caracterizada principalmente pelas desigualdades sociais provocadas pelas relações de produção que dividiam as sociedades entre proprietários e não proprietários em produção.

Logo, as condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, de acordo com Fleury-Teixeira e Bronzo (2010), a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Diante disso, é factível dizer que o município do Rio de Janeiro produz variadas dimensões de saúde ao seu povo, uma vez que reverbera distintas condições no acesso e produção de saúde em suas áreas de planejamento, o que interfere diretamente na produção do adoecimento de acordo com o gradiente social de cada realidade.

Sob essa visão, a teoria da Determinação Social tem buscado dialogar com a interseccionalidade. Esta, analisa a complexidade e irreducibilidade de um marcador social da diferença sobre o outro, a partir de perspectivas como gênero, sexualidade, geração, e classe social. Para tanto, a abordagem interseccional considera que nenhuma diferença deve ser reduzida a um único sistema classificatório, a fim de não perder a força da articulação que propõe para os marcadores (OLIVEIRA et al. 2020) e vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão (MELO & COL. 2020).

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) afirmam que toda questão pertinente à determinação social da saúde é essencialmente uma questão social e política, assumindo assim um protagonismo no modo de viver do indivíduo. Para eles:

A organização do trabalho e a distribuição da riqueza na sociedade, o fornecimento e o acesso a bens e serviços públicos, a distribuição de poder e de reconhecimento em uma cultura são temas políticos centrais, e simultaneamente, grandes determinantes sociais da saúde dos indivíduos. A questão da determinação social da saúde pode e deve, portanto, ser tratada como uma questão política (FLEURY-TEIXEIRA e BRONZO, 2010, p. 46).

Por isso, observa-se a importância em entender de que forma a configuração do modo de produção capitalista influi nas dinâmicas das relações, de modo que seja possível observar o caráter social e histórico do processo de saúde-doença, e a forma como o trabalho e a distribuição da riqueza constituem a dialética da determinação social.

Entre os principais literatos do tema, podemos citar Jaime Breilh, Edmundo Granda e Asa Cristina Laurell, que avançaram na discussão da ideia, a partir

de suas concepções acerca das abordagens que tocam a raiz das iniquidades em saúde. Breilh, propunha que “o fenômeno saúde-doença consiste em um processo social, algo que se encontra em desenvolvimento e em movimento permanente, o qual é resultante de múltiplas determinações, consistindo assim em um processo particular do todo social” (MOREIRA, 2013, p. 75). Para ele:

A determinação social da saúde é explicada por uma análise que lê os processos macro, como modo de produção, modelo econômico e civilizatório, configuração do mundo do trabalho, dentre outros; identifica as particularidades de reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades. (MOREIRA, 2013, p. 75-76).

Ratificando essa compreensão, Laurell (1983) propunha que o processo saúde-doença é socialmente determinado, sendo um processo social que ocorre no interior da coletividade humana. Assim, sendo necessário compreender de que forma os processos sociais se relacionam com a questão biológica. Pode-se dizer ainda que Breilh e Granda (1989) delineiam um perfil epidemiológico das classes ao incorporar o modo de produção, a formação social, a reprodução social e as classes sociais como fundamentais para a ocorrência da determinação do processo saúde-doença, como afirma Borghi (2018).

É preciso ressaltar ainda que Breilh (2010) reafirma a importância da dialética para a determinação social, legitimando o que propôs em 2006, ao relatar que em uma leitura complexa desde sua epidemiologia crítica, escolher classe, gênero ou etnicidade como categorias de análise e conhecimento “da determinação da reprodução social e da saúde” tem a ver com o entendimento do “seu rico movimento e suas relações dialéticas como parte de uma estrutura de poder” (BORGHI 2018 apud BREILH, 2006, p. 216). O autor ainda diz que o poder econômico se estabelece em distintas classes e expressando-se em estruturas determinadas.

Diante do exposto, é salutar dizer que a determinação considera o processo saúde-doença a partir da materialidade no indivíduo, considerando entre outros aspectos sua historicidade (MOREIRA, 2013, p. 81). Assim, os determinantes sociais de saúde são considerados rasos na discussão e avaliação do processo de produção de adoecimento em relação a determinação social, que considera as questões estruturais e não apenas fatores.

Silva (2023) discorre em seu trabalho, que os conceitos de saúde e doença são moldados em função das necessidades das classes dominantes. E, no contexto capitalista, o caráter social da doença é ocultado a partir das explicações da biologia individual, uma vez que reflete a luta de classes na sociedade. Da mesma forma, podemos conceber que algo similar ocorre com a mortalidade materna no Rio de Janeiro, tendo em vista o perfil de mortes do município, seus locais de ocorrência e a insignificância da população afetada para classes mais altas. Assim, marginalizando lutas e silenciando corpos negligenciados através do apagamento ocasionado por estruturas sociais que determinam o direito a viver, acessar saúde e cuidado e seguir resistindo para existir, dentro de um Rio de Janeiro que subjuga e mata. Por tal razão, este trabalho opta pela vertente da medicina social, com olhar coletivista convergindo aos ensinamentos da Determinação social.

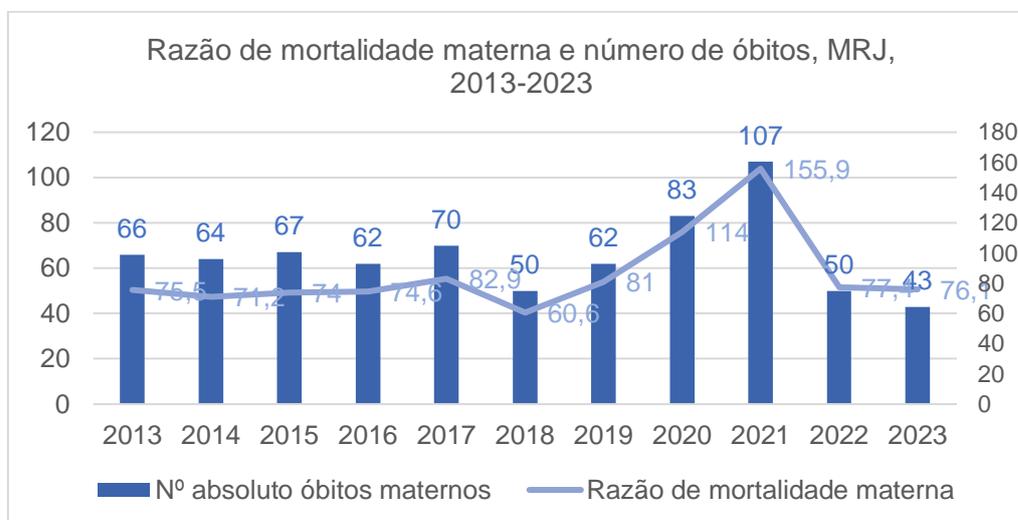
4 RESULTADOS

Os resultados demonstraram um total cumulativo de 679 óbitos maternos no período estudado (2013 a 2023). Conforme evidencia a Figura 1, identificou-se uma ínfima queda na RMM do município ao longo dos anos, sendo 2018 o ano que registrou a menor RMM com 60,6 (n=50). Do contrário, o ano que registrou a maior taxa de óbito foi o de 2021 com 107 mortes, o equivalente a RMM de 155,9; sendo necessário considerar o impacto da pandemia de covid-19 no ciclo gravídico-puerperal.

Durante os 10 anos analisados, 2021 apresentou o maior risco de óbito materno no município. Além disso, do período em análise, somente a RMM de 2018 (60,6) ficou abaixo do pactuado no terceiro objetivo dos ODS, 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Embora 2018 e 2022 tenham evidenciado os menores números absolutos de óbitos maternos, com 50 óbitos em cada ano, a redução do número de nascidos vivos em 2022 fez com que a RMM fosse maior que em 2018. No ano de 2023, até o mês de novembro, o município contabiliza 43 óbitos classificados como materno e RMM 76,1, equiparando-se

à RMM de 2022 e, já superior a meta estabelecida pela Secretaria de Saúde em seu Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna.

Gráfico 1: Razão de mortalidade materna e número de óbitos maternos, MRJ, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Tabela 1: Número de óbitos maternos, MRJ, 2013-2023

| Ano do Óbito | Ign | 1.0 | 2.1 | 2.2 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 4.0 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | Total |
|--------------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 2013 | 13 | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 6 | 9 | 3 | 6 | 3 | 59 |
| 2014 | 11 | 4 | 3 | 0 | 5 | 1 | 8 | 6 | 7 | 4 | 7 | 56 |
| 2015 | 13 | 2 | 2 | 0 | 8 | 4 | 8 | 5 | 8 | 10 | 6 | 66 |
| 2016 | 9 | 3 | 1 | 0 | 4 | 5 | 14 | 5 | 7 | 6 | 5 | 59 |
| 2017 | 10 | 3 | 3 | 1 | 7 | 3 | 7 | 6 | 8 | 9 | 10 | 67 |
| 2018 | 12 | 0 | 2 | 0 | 6 | 4 | 6 | 6 | 7 | 4 | 9 | 56 |
| 2019 | 8 | 2 | 2 | 0 | 8 | 1 | 9 | 8 | 6 | 8 | 2 | 54 |
| 2020 | 11 | 2 | 0 | 0 | 7 | 8 | 10 | 10 | 9 | 9 | 8 | 74 |
| 2021 | 30 | 4 | 2 | 3 | 4 | 6 | 11 | 16 | 9 | 12 | 11 | 108 |
| 2022 | 4 | 3 | 2 | 0 | 3 | 2 | 5 | 7 | 5 | 7 | 2 | 40 |
| 2023 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 4 | 3 | 4 | 6 | 4 | 7 | 39 |
| Total | 125 | 28 | 23 | 9 | 59 | 42 | 87 | 82 | 75 | 79 | 70 | 679 |

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

No tocante às áreas programáticas estudadas, as que registraram os maiores números absolutos de óbito materno foi a AP 3.3 com n=87, seguida da AP 4.0 com n=82 e das APs 5.2, 5.1 e 5.3 com 79, 75 e 70 óbitos respectivamente, como mostra a tabela 1. Contrariamente, a região da cidade que apresentou o menor número de óbito materno nesses dez anos, foi AP 2.2 com apenas 13

óbitos. As regiões que lideram em número de mortes têm em comum o fato que concentram grandes áreas de favelização, localizando-se nas zonas norte (AP 3.3) e oeste fluminense (APs 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3).

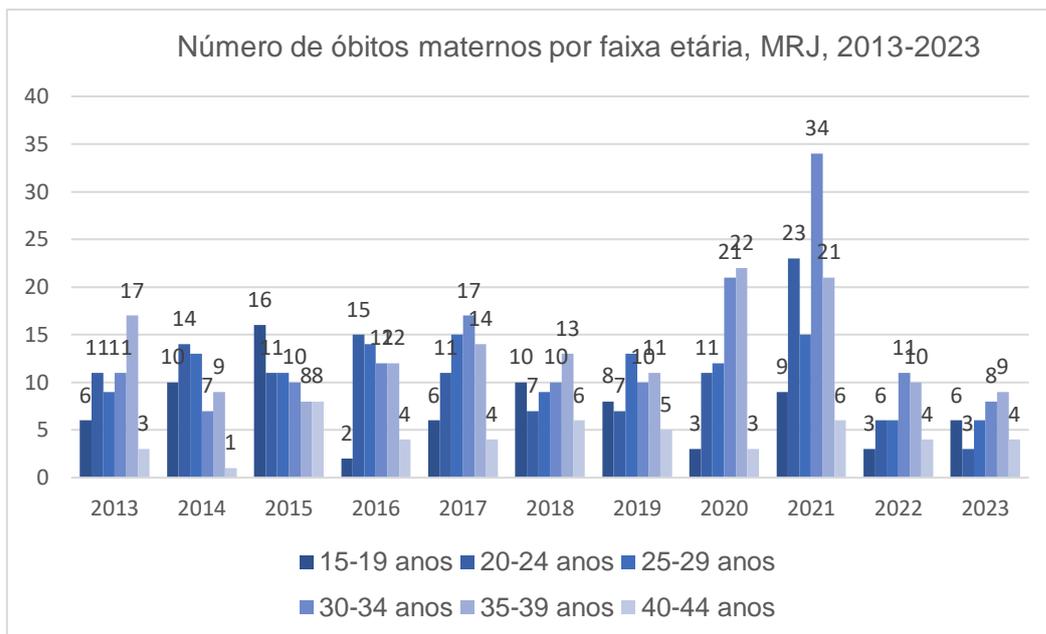
Gráfico 2: Razão de mortalidade materna e número de óbitos maternos da área programática 5.1, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Dos 43 óbitos maternos do MRJ (gráfico 1) em 2023, 6 deles ocorreram na AP 5.1, fazendo com que a razão de mortalidade da região seja superior à do município, como tem ocorrido nos últimos 9 anos (gráfico 2). Historicamente, somente no ano de 2013 o número absoluto de óbitos esteve abaixo de 6, atingindo naquele ano a RMM de 31,6. Extensa territorialmente, a área programática 5.1 tem aproximadamente 671.041 habitantes, conforme o censo 2010 e possui grande fluxo de migração pendular.

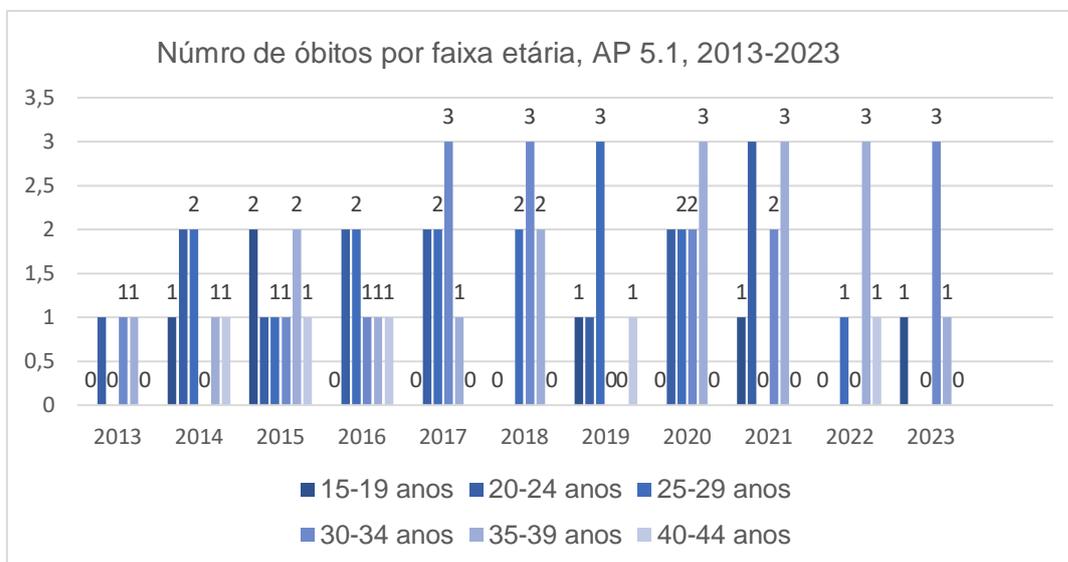
Gráfico 3: Número de óbitos maternos por faixa etária, MRJ, 2013-2023



Fonte:

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Gráfico 4: Número de óbitos maternos por faixa etária, AP 5.1, 2013-2023

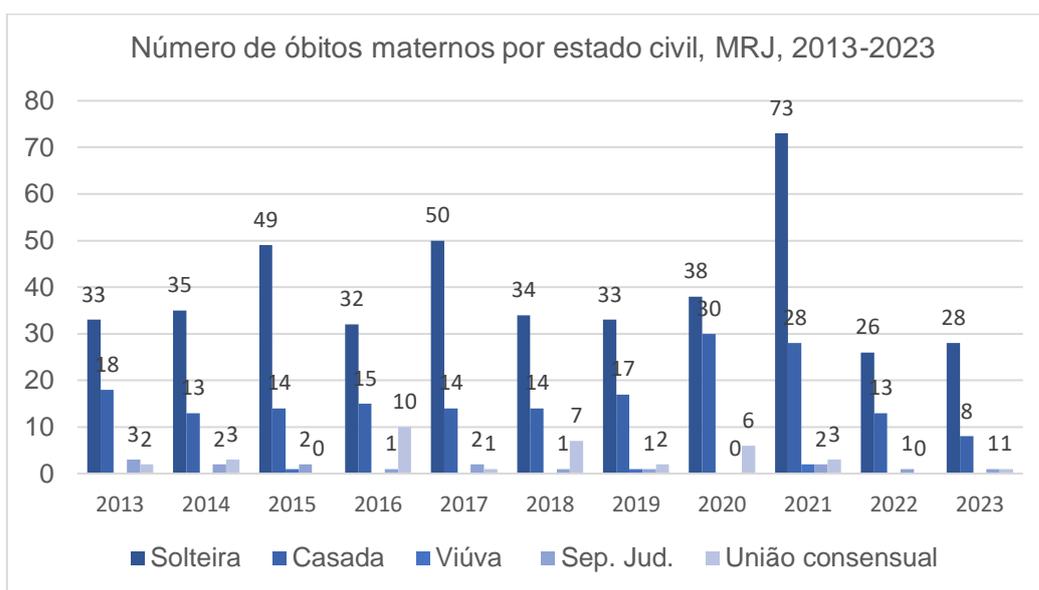


Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Como revela o gráfico 3, o grupo etário de maior incidência durante a série histórica foi de 30 a 34 anos representando 22,2% (n=151) das mortes. Em segundo lugar, com 21,50% (n=146) dos casos encontra-se a faixa etária de 35 a 39 anos. E na terceira posição entre as mais incidentes, encontra-se o grupo etário de 25 a 29 anos com 123 óbitos, o que corresponde a 18,11% do total de óbitos. Ainda sobre faixa-etária, destaca-se que o grupo etário a menor taxa de óbito foi o de mulheres até 14 anos, registrando apenas 2 casos de óbitos classificados como maternos durante esse período.

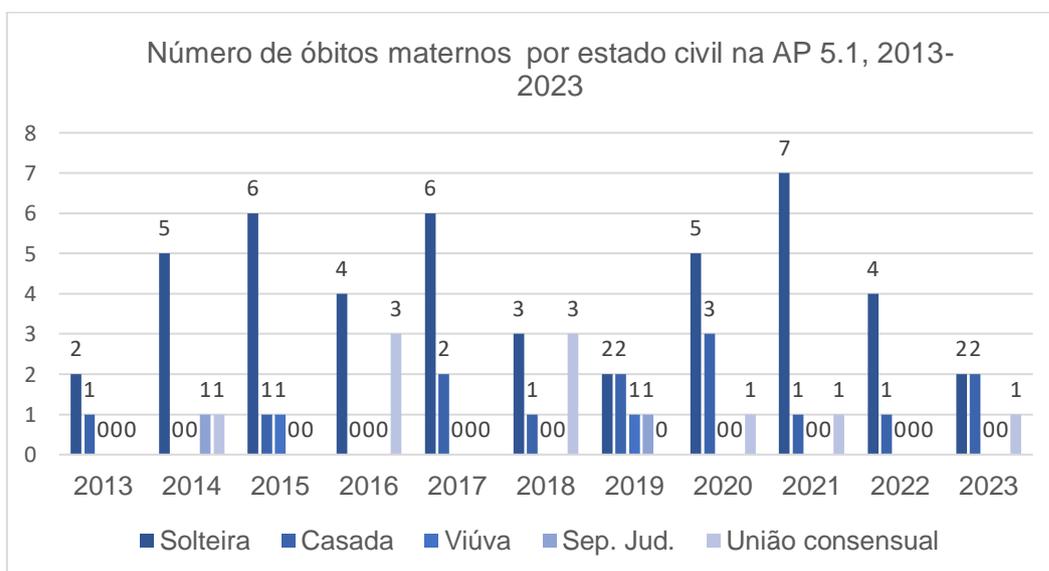
Já na AP 5.1, o gráfico 4 contraria os índices do município, apontando maior incidência entre o grupo etário de 35 a 39 anos, com 18 óbitos, o que equivale a 24% dos óbitos. Sequencialmente, 16 óbitos referentes a faixa etária de 30 a 34 anos, o que representa 21,33% das mortes naquela região. Há ainda que se destacar que entre as mulheres de 15 a 19 anos foram registradas apenas 6 mortes maternas.

Gráfico 5: Número de óbitos maternos por estado civil, MRJ, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Gráfico 6: Número de óbitos maternos por estado civil na AP 5.1, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

No que concerne aos óbitos por estado civil, o gráfico 5 comprova que a maior parte deles ocorre com pessoas solteiras, estando esta categoria em maior número absoluto para os 10 anos estudados. Em 2021, correspondendo a 10,75% (n=73) mortes e em 2023 totalizando 4,12% (n=28). Ainda de acordo com o gráfico 5, a categoria Solteira é responsável por 63,47% (n=431) dos óbitos ao longo dos anos em observação. E, historicamente é seguida pelas mortes de mulheres casadas, com o total de 184 mortes e 27,09% do total.

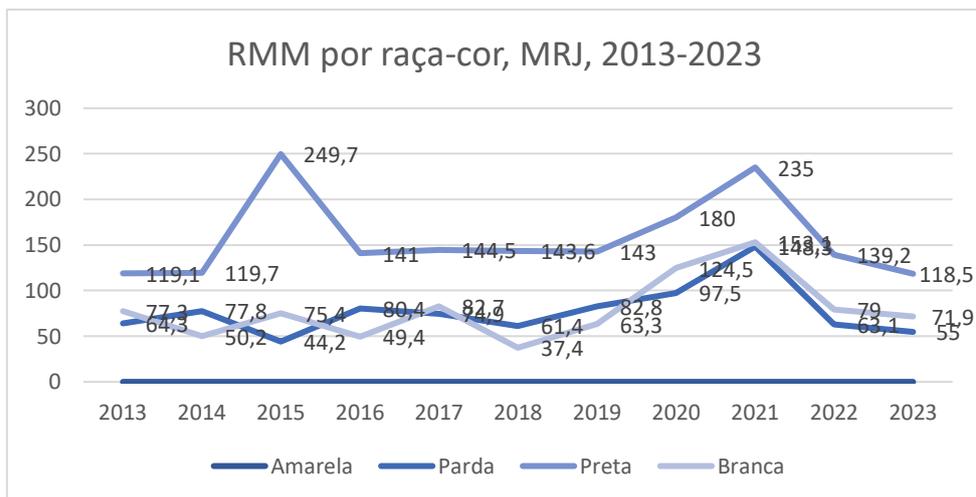
O gráfico 6 corrobora com o dado do município, apontando também na AP 5.1 o maior número absoluto de mortes entre as mulheres solteiras, sendo 62,16% (n=46) das mortes em sua série histórica. Em seguida, o número de mulheres casadas é de 14, o que confere com 18,91%. Em terceiro lugar, estão os óbitos entre as pessoas unidas consensualmente, com 10 óbitos ao longo dos anos em análise, em outras palavras, 13,5% das mortes na AP 5.1

Tabela 2: Número de óbitos maternos por raça-cor, MRJ, 2013-2023

| Ano do Óbito | Branca | Preta | Amarela | Parda | Não informado | Total |
|--------------|--------|-------|---------|-------|---------------|-------|
| 2013 | 26 | 11 | 0 | 21 | 1 | 59 |
| 2014 | 15 | 6 | 0 | 34 | 1 | 56 |
| 2015 | 25 | 19 | 0 | 22 | 0 | 66 |
| 2016 | 13 | 13 | 1 | 32 | 0 | 59 |
| 2017 | 23 | 12 | 0 | 32 | 0 | 67 |
| 2018 | 12 | 14 | 0 | 30 | 0 | 56 |
| 2019 | 16 | 11 | 0 | 27 | 0 | 54 |
| 2020 | 24 | 18 | 0 | 32 | 0 | 74 |
| 2021 | 38 | 22 | 0 | 48 | 1 | 109 |
| 2022 | 16 | 9 | 0 | 15 | 0 | 40 |
| 2023 | 17 | 8 | 0 | 14 | 0 | 39 |
| Total | 225 | 143 | 1 | 307 | 3 | 679 |

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Gráfico 7: Razão de mortalidade materna por raça-cor, MRJ, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Quanto ao número de óbitos em relação à cor/raça na série histórica municipal, a tabela 2 constata que 45,21% dos óbitos tratam-se de mulheres pardas, o equivalente a 307 óbitos, seguida das brancas com 33,1% (n=225) e pretas com 21,06% (n=143). Assim, pode-se dizer que o número de mortes entre mulheres negras, pretas e pardas, é de 450 mulheres no município, o que seria equivalente a 66,27% das mortes maternas. Pelos dados apresentados, pode-se concluir também que dos anos em pesquisa, 2023 apresentou o menor número de mulheres pardas (n=14) e pretas (n=8) morrendo pelo componente materno.

No que tange a RMM por raça-cor, o gráfico 7 evidencia que assim como no gráfico 1, a RMM se mantém acima do pactuado pelo ODS. E, a RMM das mulheres pretas foi a mais alta ao longo dos anos observados, apresentando-se em 2015 como o maior valor, 249,7. Em contrapartida, a menor RMM é a de 2023, considerando 118,5. Em segundo, tem-se a RMM das mulheres pardas, com o maior valor apresentado em 2021, proporcional a 148,3. E, entre as mulheres brancas, o menor valor se deu em 2018 com 37,4. E, o maior em 2021 com 153,1. É preciso ressaltar que ao analisar a RMM em função de raça-cor, tem-se tendência a redução nos últimos anos, legitimando o dado do município.

Tabela 3: Número de óbitos segundo raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

| Ano do Óbito | Branca | Preta | Parda | Total |
|--------------|--------|-------|-------|-------|
|--------------|--------|-------|-------|-------|

| | | | | |
|--------------|----|----|----|----|
| 2013 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2014 | 1 | 1 | 5 | 7 |
| 2015 | 3 | 4 | 1 | 8 |
| 2016 | 0 | 1 | 6 | 7 |
| 2017 | 3 | 1 | 4 | 8 |
| 2018 | 1 | 2 | 4 | 7 |
| 2019 | 2 | 1 | 3 | 6 |
| 2020 | 2 | 2 | 5 | 9 |
| 2021 | 3 | 1 | 5 | 9 |
| 2022 | 4 | 1 | 0 | 5 |
| 2023 | 2 | 1 | 2 | 5 |
| Total | 21 | 16 | 37 | 74 |

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

A tabela 3 confirma a tendência dos dados municipais sobre raça-cor, trazendo 37 mortes de mulheres pardas, 16 de mulheres pretas e 21 de mulheres brancas na AP 5.1. Ao considerar os dados de mulheres pretas e pardas, 71,6% dos óbitos seriam referentes a população negra (n=53). Apenas no ano de 2022 não foi registrado nenhuma morte de mulheres pardas.

Tabela 4: Número de óbitos maternos por escolaridade, MRJ, 2013-2023

| Ano do Óbito | Nenhuma | 1-3 anos | 4-7 anos | 8-11 anos | 12 e+ | Total |
|---------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------|--------------|
| 2013 | 0 | 7 | 23 | 19 | 6 | 59 |
| 2014 | 1 | 10 | 13 | 25 | 3 | 56 |
| 2015 | 0 | 6 | 27 | 24 | 7 | 66 |
| 2016 | 1 | 2 | 15 | 31 | 6 | 59 |
| 2017 | 0 | 7 | 22 | 31 | 7 | 67 |
| 2018 | 2 | 6 | 19 | 21 | 6 | 56 |
| 2019 | 0 | 6 | 21 | 20 | 6 | 54 |
| 2020 | 0 | 4 | 20 | 34 | 16 | 74 |
| 2021 | 1 | 5 | 28 | 50 | 22 | 109 |
| 2022 | 0 | 0 | 11 | 19 | 10 | 40 |
| 2023 | 0 | 1 | 6 | 20 | 7 | 37 |
| Total | 5 | 54 | 205 | 294 | 96 | 677 |

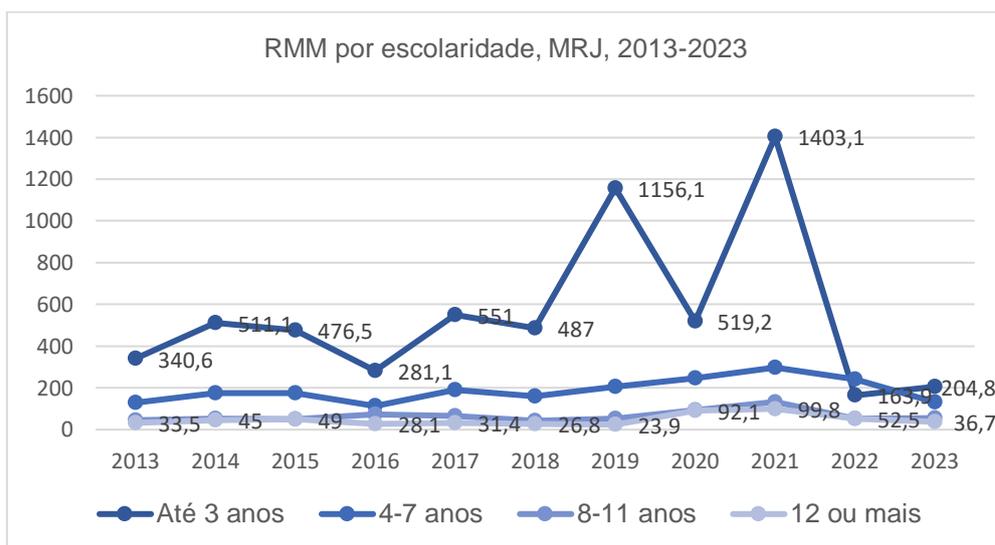
Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Tabela 5: Número de óbitos maternos por escolaridade, AP 5.1, 2013-2023

| Ano do Óbito | Nenhuma | 1-3 anos | 4-7 anos | 8-11 anos | 12 e+ | Total |
|--------------|---------|----------|----------|-----------|-------|-------|
| 2013 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 2014 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 7 |
| 2015 | 0 | 0 | 3 | 5 | 0 | 8 |
| 2016 | 0 | 0 | 4 | 2 | 1 | 7 |
| 2017 | 0 | 0 | 3 | 4 | 1 | 8 |
| 2018 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 7 |
| 2019 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 6 |
| 2020 | 0 | 0 | 5 | 3 | 1 | 9 |
| 2021 | 0 | 0 | 1 | 7 | 1 | 9 |
| 2022 | 0 | 0 | 3 | 2 | 0 | 5 |
| 2023 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 5 |
| Total | 1 | 2 | 28 | 36 | 7 | 74 |

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Gráfico 8: Razão de mortalidade materna em função da escolaridade, MRJ, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

A Tabela 4 mostra que a maior incidência de óbitos por escolaridade ocorre em pessoas com 8-11 anos de estudo, totalizando 296 óbitos e 43,59% dos casos, com pico no ano de 2021, chegando ao quantitativo de 50 óbitos. Contrariamente, mulheres com nenhuma ou 1-3 anos de instrução, somam 59

mortes na série temporal, com 0,73% e 7,95% das mortes, respectivamente. Ao considerar os dados da AP 5.1, tabela 5, das 74 mortes, 36 ocorreram em pessoas com 8-11 anos de estudo, o que conversa com os dados do município. Ainda de acordo com a tabela 4, houve somente um registro de óbito referente a mulher sem nenhuma instrução, ocorrido em 2018. E, apenas 2 casos relativos a 1-3 anos. A RMM municipal relacionada à escolaridade, o gráfico 8 mostra oscilação ao longo dos anos, apresentando-se maior até 3 anos da escolaridade, com o maior valor em 2021, sendo 1403,1. Neste mesmo ano, todos os intervalos de instrução apresentaram o maior valor da série.

Tabela 6: Número de óbitos maternos em função de escolaridade e raça-cor, MRJ, 2013-2023

| Escolaridade | Branca | Preta | Amarela | Parda | Não informado | Total |
|----------------------|--------|-------|---------|-------|---------------|-------|
| Nenhuma | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 5 |
| 1-3 anos | 13 | 7 | 0 | 34 | 0 | 54 |
| 4-7 anos | 53 | 47 | 0 | 105 | 0 | 205 |
| 8-11 anos | 97 | 65 | 1 | 132 | 1 | 296 |
| 12 e+ | 54 | 15 | 0 | 27 | 0 | 96 |
| Não informado | 6 | 1 | 0 | 2 | 0 | 9 |
| Ignorado | 1 | 7 | 0 | 4 | 2 | 14 |
| Total | 225 | 143 | 1 | 307 | 3 | 679 |

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Tabela 7: Número de óbitos maternos em função de escolaridade e raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

| Escolaridade | Branca | Preta | Parda | Total |
|------------------|--------|-------|-------|-------|
| Nenhuma | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 1-3 anos | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 4-7 anos | 9 | 4 | 15 | 28 |
| 8-11 anos | 9 | 10 | 17 | 36 |
| 12 e+ | 2 | 1 | 4 | 7 |
| Total | 21 | 16 | 37 | 74 |

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

No que toca ao número de óbitos maternos em função de escolaridade e raça-cor (tabela 6), das 307 mulheres pardas, 42,99% (n=132) possuíam

escolaridade entre 8-11 anos. Das 143 mulheres pretas, 45,4% (n=65) também possuíam escolaridade entre 8-11 anos. Das brancas, 43,1% (n=97) também fazem parte da mesma classificação. Entre as mulheres com 1-3 anos de escolaridade, as pretas e pardas identificaram 7 e 34 óbitos. Seguido de mulheres brancas com 13 mortes e a categoria amarela com apenas 1 óbito, estando este em 8-11 anos. Na AP 5.1 (tabela 7), os dados se assemelham ao panorama da cidade, apresentando a maior ocorrência entre as pessoas que possuíam escolaridade entre 8-11 anos, sendo 27 mulheres negras (10 pretas e 17 pardas) e 9 mulheres brancas. Entretanto, com grau de instrução até 3 anos, não se encontrava mulheres brancas, apenas 1 preta e 1 parda. No período existiu apenas 1 óbito de mulher com nenhuma escolaridade, sendo esta branca.

Tabela 8: Número de óbitos maternos em função de faixa etária e raça-cor, MRJ, 2013-2023

| Faixa Etária | Branca | Preta | Amarela | Parda | Não informado | Total |
|--------------|------------|------------|----------|------------|---------------|------------|
| -de 1 out/14 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| 15-19 | 22 | 17 | 0 | 39 | 1 | 79 |
| 20-24 | 25 | 24 | 0 | 70 | 0 | 119 |
| 25-29 | 46 | 30 | 0 | 47 | 0 | 123 |
| 30-34 | 54 | 33 | 0 | 63 | 1 | 151 |
| 35-39 | 52 | 25 | 1 | 68 | 0 | 146 |
| 40-44 | 19 | 12 | 0 | 16 | 1 | 48 |
| 45-49 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| Total | 225 | 143 | 1 | 307 | 3 | 679 |

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Tabela 9: Número de óbitos maternos em função de faixa etária e raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

| Faixa Etária | Branca | Preta | Parda | Total |
|--------------|--------|-------|-------|-------|
| 15-19 | 1 | 0 | 5 | 6 |
| 20-24 | 2 | 1 | 11 | 14 |
| 25-29 | 6 | 3 | 6 | 15 |
| 30-34 | 5 | 6 | 5 | 16 |
| 35-39 | 6 | 3 | 9 | 18 |
| 40-44 | 1 | 3 | 1 | 5 |

| | | | | |
|--------------|----|----|----|----|
| Total | 21 | 16 | 37 | 74 |
|--------------|----|----|----|----|

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Como destaca a tabela 8, o maior número de mortes na categoria 30-34 anos ocorre entre as mulheres negras, assim responsáveis por 63,57% dos casos (n=96), assim, 33 pretas e 63 pardas. Para a mesma faixa etária, as mulheres brancas tiveram um total de 57 mortes. No intervalo em análise, houve apenas um registo de óbito de na categoria amarela, sendo este na faixa etária de 35-39 anos. A faixa etária de 20-24 anos aparece com 78,99% (n=94) óbitos de mulheres negras. Na AP 5.1, os dados evidenciam que as faixas etárias 20-24 anos e 35-39 anos, apresentam respectivamente 12 óbitos de mulheres negras. Já entre as mulheres brancas, nas faixas etárias 25-29 anos e 35-39 anos ocorreram 6 óbitos, sendo este o maior quantitativo registrado entre elas. Somente entre 15-19 anos, não houve nenhuma morte de mulher preta, conforme é posto pela tabela 9.

Tabela 10: Número de óbitos maternos em função de estado civil e raça-cor, MRJ, 2013-2023

| Estado Civil | Branca | Preta | Amarela | Parda | Não informado | Total |
|-------------------------|--------|-------|---------|-------|---------------|-------|
| Solteiro | 114 | 97 | 0 | 220 | 0 | 431 |
| Casado | 80 | 36 | 0 | 68 | 0 | 184 |
| Viúvo | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Separado jud. | 11 | 1 | 0 | 4 | 0 | 16 |
| União consensual | 13 | 6 | 1 | 14 | 1 | 35 |
| Não informado | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Ignorado | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| Total | 225 | 143 | 1 | 307 | 3 | 679 |

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Tabela 11: Número de óbitos maternos em função de estado civil e raça-cor, AP 5.1, 2013-2023

| Estado Civil | Branca | Preta | Parda | Total |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|
| Solteiro | 11 | 10 | 25 | 46 |

| | | | | |
|-------------------------|----|----|----|----|
| Casado | 5 | 3 | 6 | 14 |
| Viúvo | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Separado jud | 0 | 1 | 1 | 2 |
| União consen | 3 | 2 | 5 | 10 |
| Total | 21 | 16 | 37 | 74 |

SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão

Como observado anteriormente, a maior taxa de mortes ocorre entre as mulheres solteiras. E, como salienta a tabela 10, as mais atingidas são as mulheres negras, correspondendo a 22,50% (n=97) pretas e 51,04% (n= 220) pardas, seguido das brancas com 26,45% (n=114). Das separadas judicialmente, 68,75% (n=14) são brancas. Em relação a categoria amarela, apresentou-se apenas 1 registro, sendo este relacionado a união consensual e responsável por 2,8% dos casos. A tabela 11 retrata que a maioria das mortes ocorre em mulheres negras e solteiras, assemelhando-se ao município. Entre as solteiras, 21,73% (n=10) pretas, 54,34% (n=25) pardas. Em seguida, aparecem as brancas e solteiras com 23,91% (n=11). Na categoria viúva não foram registrados óbitos de mulheres negras, apenas 2 óbitos em mulheres brancas. Entre as casadas, também houve prevalência entre as mulheres negras, com 21,42% (n=3) pretas e 42,85% (n=6) pardas.

5 DISCUSSÃO

De acordo com Brasil (2009), a mortalidade materna é um potente marcador das condições sociais, escolaridade, desigualdades econômicas e territoriais, além de refletir a forma com que a determinação social incide na vida das mulheres de uma determinada região.

A partir dos dados expostos, sabe-se que a RMM no Município do Rio de Janeiro, em nove dos dez anos analisados, esteve acima do valor estabelecido pela OMS para o Brasil, de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030. No ano de 2018, em que ocorreu o menor valor da série - 60,6 por 100 mil nascidos vivos. A RMM de mulheres residentes no MRJ apresentou uma tendência de aumento em relação à tendência mundial que, entre 1990 e 2015, diminuiu cerca de 44% (SOLHA, 2023 apud OPAS, 2018). Em contrapartida, no ano de 2021, o município apresentou pico no número absoluto e RMM no município, com respectivamente 107 óbitos maternos e 155,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, principalmente quando considerado o impacto da pandemia de covid-19 no ciclo gravídico-puerperal. É preciso ressaltar que, desde o início da pandemia de Covid 19 em março de 2020, o governo federal, na figura de Jair Bolsonaro, produziu grande tensionamento ao Ministério da Saúde com a reprodução de fake News e trocas de gestores e, assim, influenciou de forma direta e indireta a condução da política de saúde pública e o acesso ao cuidado oferecido ao povo (MATOS, 2021).

Sabe-se que a análise de dados através dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) é eficiente para conhecer as situações de saúde das populações, uma vez que possibilita o acesso e o compartilhamento das informações em saúde (SANTOS et al., 2023). Entretanto, nas plataformas acessadas para extração de dados para este estudo, não há informações públicas disponíveis para tabulação sobre mortalidade materna relacionada à situação financeira e/ou atividade empregatícia, o que dificulta a discussão acerca do perfil de mortes municipais e tipificação de vulnerabilidades.

A universalidade do ser social se expressa em todos seus complexos parciais, respeitando suas particularidades (SOUZA, 2020). Considerando a ideia do autor e a multicausalidade da MM, é preciso que se pense o fenômeno a partir

da coletividade do ser, visando entender de que forma a estrutura, acesso e meios de produção influenciam na produção de uma morte materna.

A heterogeneidade de estruturas, condições de vida, saúde e acesso das áreas do município, resulta na uma distribuição desigual dos óbitos maternos em relação às áreas de planejamento da cidade. Observa-se que, historicamente, a AP 3.3 lidera em número de óbitos maternos. Região localizada na zona norte da cidade, com característica de grande contingente populacional e concentração de alguns complexos favelizados, como o complexo do Chapadão. Hoje, considerando ainda outros fatores de influência como localização geográfica e vacância médica, a AP 5.3 apresentou, em quase todos os anos analisados, a RMM acima do parâmetro municipal. Hoje, a região apresenta 9 óbitos maternos até o momento de extração dos dados e é a área programática mais distante territorialmente do centro administrativo do município, possuindo também grande extensão rural. É preciso destacar também que as áreas programáticas 5.1,5.2 e 5.3 possuem juntas o equivalente 17 mortes, este quantitativo somente no ano de 2023. As três regiões têm em comum sua localização geográfica na zona oeste da cidade, ampla extensão territorial e sua grande concentração de áreas favelizadas - como exemplo, a AP 5.1 concentra aproximadamente 10 comunidades sob influência de tráfico armado e milícias. Condições que influenciaram diretamente nas altas RMM dessas localidades.

A morte materna no Rio de Janeiro tem cor. Através dos dados, depreende-se que a maior parte dos óbitos ocorridos na série histórica foram em mulheres negras (pretas e pardas). Para Mendes (2020), as mortes dessas mulheres resultam de fatores relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ao atendimento revestido de preconceito e discriminação racial. Tal argumento se solidifica à medida em que se pensa saúde a partir de determinantes individuais de saúde, que não consideram a coletividade e necessidades de uma dada população.

Já para Fonseca et al. (2022), no Brasil, mulheres negras convivem com a interseccionalidade do racismo e da pobreza, com a privação ou a insuficiência de programas que garantam, de fato, seus direitos básicos de acesso à

educação de qualidade e à saúde integral; assim, tornam-se vulnerabilizadas e agravam às iniquidades as quais estão expostas. Tal qual o Rio de Janeiro, a AP 5.1 também evidenciou maior incidência de morte materna em mulheres negras.

Ficou evidente também que as mulheres mais afetadas são as solteiras, tanto a nível municipal quanto a área programática. Tal informação faz com que possamos rememorar a existência e influência do capital social sobre o gestar dessas mulheres e como isso se dá em suas redes de apoio e afeto. Assim, a maternagem solo socialmente produzida faz com que esse núcleo familiar possua mais dificuldade de acessar os serviços. O estudo da morte materna, apesar de ser fundamental, é ainda bastante difícil, visto tratar-se de situações que envolvem o grupo familiar e social (RÓS, 2021).

No que toca à escolaridade, as mais afetadas foram as mulheres com 8-11 anos de estudos, o que contradiz algumas realidades fora do Rio de Janeiro. Mas é preciso ressaltar que para esse intervalo, as mulheres negras também foram as mais afetadas. RÓS (2021), afirma que para analisar a variável escolaridade, essa precisa ser relacionada com diversos fatores, tais como a idade materna na gravidez, adesão à assistência pré-natal e via de parto, uma vez que a interpretação desses fatores faz com que o contexto analisado seja diferente a partir da complexidade de cada pormenor.

Sabe-se ainda, através dos dados apresentados, que a maior parte das mulheres afetadas são adultas, com faixa etária 30-34 anos, das quais a maior parte era de mulheres negras. Na AP 5.1, a faixa etária mais incidente foi a de mulheres entre 35-39 anos, mas também com maioria de mulheres pretas e pardas. Assim, é preciso dizer que essas mulheres se encontram em situação de risco em todo município, já que as políticas de saúde não foram pensadas para incluí-las. Pensar em saúde é pensar política social. E, para isso, há a necessidade de se fazer a partir dos ensinamentos da determinação social, haja vista que esta considera toda estrutura a qual o ser está submetido e integrado, não somente determinantes individuais ou marcadores sociais da diferença. Para Souza (2020), pensar em processo social dessa forma significa vislumbrar uma dinâmica articulação entre biológico e social, indivíduo e

coletividade, que se expressa de diferentes formas. Desse modo, fazendo com que a essência da determinação social do processo saúde-doença, de natureza radicalmente histórica, se dê a partir das (e nas) relações sociais, e não como uma espécie de núcleo imutável e excludente.

6 CONCLUSÃO

Embora já se tenha avançado muito na luta pela redução dos óbitos maternos, ainda há muito a se fazer. São mulheres que perdem a vida, filhos que ficam órfãos, histórias silenciadas e inacabadas. Quase sempre por causas evitáveis. Diante da gravidade do problema, o Rio de Janeiro muito já fez nessa luta, como criar um plano de enfrentamento à morte materna, criação da cegonha carioca e fortalecimento dos comitês de mortalidade materna com a sociedade civil. Mas a urgência da questão pede mais, pede que se identifique os erros, que se qualifique a assistência, mas principalmente que se olhe para o problema para além do fator saúde, que toda a multicausalidade seja considerada a partir da ótica onde o social traga as nuances de um ser completo e não apenas de uma gesta. A identificação desses fatores de riscos, precisa direcionar os esforços voltados a assistência dessas mulheres, para o enfrentamento desse evento sentinela, objetivando formas de reverter esse desfecho trágico. Portanto, a caracterização dessas mortes, a partir dos conhecimentos das variáveis e da interseccionalidade é urgente para que se pense em políticas voltadas para essa população. Ademais, é necessário pensar saúde a partir do viés coletivista e social, com foco a entender a multiplicidade dos contextos e dinâmicas que agem no processo de adoecimento e mortalidade.

7 REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, R. M.; CECATTI, J. G.; HARDY, E.; FAGUNDES, A. Fatores SócioDemográficos e de Assistência Médica Associados ao Óbito Materno. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 1998, v. 20, p. 181–185.

ALVES, Lúcio Gomes Rodrigues. **Desigualdades raciais na mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro: 2010–2013**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

BARROS, M. B. DE A. A importância dos sistemas de informação e dos inquéritos de base populacional para avaliações de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, dez. 2004.

ARAUJO, M. M. P.; SILVA, C. G. **A importância do sistema de informação de agravos de notificação** - SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. v. 2, n. 3, 9 set. 2015.

BAUSERMAN, M. et al. "Maternal mortality in six low and lower-middle income countries from 2010 to 2018: risk factors and trends." **Reproductive Health**, vol. 17, n. 3, 2020.

BORGHI, CMSO; OLIVEIRA, RM; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 869-897, set-dez 2018.

Portal da Saúde. Ministério da Saúde lança Projeto Apice ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il.

BRASIL. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BREILH, Jaime. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. In: NOGUEIRA, Roberto P. (org.). Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: **Cebes**, 2010. p. 87-125.

COSTA, VC; BAPTISTA, TW de F; CUNHA, MB. O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, v. 46, n. 135, p. 06 Jan 2023-Oct-Dec 2022.

COUTO, JGA et al. Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde. **Saúde & Sociedade**, v. 32, n. 2, 07 Ago 2023.

de Jesus, M. A. et al. A interseccionalidade como categoria analítica na saúde com foco na enfermagem na Atenção Primária em Saúde: uma revisão integrativa de

literatura. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 16, n. 10, p. 18773–18793, 2 out. 2023.

Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). 2015.

FERREIRA, J. E. DE S. M. et al. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 4, 17 dez. 2020.

FERREIRA, MES & col. La morbimortalidad materna en Brasil y la urgencia de un sistema nacional de vigilancia del near miss materno. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, 07 Ago 2023.

Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. **Cad Saúde Pública** 2023; v. 39, n. 8, 07 Ago 2023.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; BRONZO, Carla. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, Roberto P. (org.). Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: **Cebes**, 2010. p. 37-59.

FONSECA, M.S.R. et al. Análise do perfil racial de mulheres com COVID-19: estudo transversal sobre evolução a óbito de mulheres negras na região sudeste. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 101779, 2022.

Freitas-Júnior RAO. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 607-614, 2020.

FRIAS, P. G. DE et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2257–2266, out. 2008.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. From the notion of social determination to one of social determinants of health. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Jan-Mar 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711206.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V.; KIM, D. **Social capital and health**. v.1, p. 292. New York: Springer, 2008. ISBN 978-0-387-71311-3

Laguardia J, Domingues CMA, Carvalho C, Lauermam CR, Macário E, Glatt R. Sistema de informação de agravos de notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, set. 2004.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, Ciudad del México, v. 1, n. 2, p. 7-25, 1982.

LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na Atenção Básica: uma revisão sistemática**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

LIMA-COSTA, MF; BARRETO, SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Volume 12 - Nº 4, p. 189-201 - out/dez de 2003.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 24-8, 2010.

MARINHO, A. C. DA N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 732–738, set. 2010.

Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Revista Brasileira de Enfermagem*. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 677-683, 2018

MATOS, MC. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia de Covid-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021.

MELANDIA et al. Sistematização da investigação do óbitomaterno: uma proposta de ferramenta para o monitoramento. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 15, n. 2, p. 68-74, jun. 2014.

MELO, K. M. M. DE; MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 1061–1071, 2020.

Mendes, A. G. de S., & Eduardo, G. N. Vidas Negras Importam! Um estudo sobre os indicadores sociais da mortalidade materna de mulheres negras na Paraíba. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 6, n. 1, p. 69–83, 2020.

METELSKI, F. K.; Engel, F.D; Mello, A.L.S.F.; Meirelles, B.H.S. A segurança do paciente e o erro sob a perspectiva do pensamento complexo: pesquisa documental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33009, 3 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2a ed. Brasília: MS; 2002.

Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, p. 67-67, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Boletim Epidemiológico Nº 20. Volume 51. Maio/2020

MORAIS, RM; COSTA, AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde Debate*, **Saúde em Debate**, v. 41, n. especial, p. 101-117, 2017.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MOTTA, C.T.; MOREIRA, M.R. "O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018". **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 10, 2021.

Oliveira, M.M.; Andrade, S.S.C.A.; Dimech, G.S.; Oliveira, G.C.G.; Malta, D.C.; Rabello, N.D.L. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 629-640, 2015

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde Materna**. 2023. Acesso em 10/04/2023. Disponível em <https://www.paho.org/pt/node>

Paiva, N.S.; Coeli, C.M.; Moreno, A.B.; Guimarães, R.M.; Camargo, K.R. Jr. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1211-1220, 2011.

PETTRES, A.A.; DA ROS, M.A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

PINTO, B.L.P. **Falas do Complexo de Favelas da Maré: a análise de quem vem sobrevivendo**. 2023.

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária: abrangência do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde**. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; 3. ed. rev. atual. e aum. -- Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

RÓS, DDD. **Mortalidade materna em mulheres negras: uma revisão integrativa**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso.

Ruas, M.A.C.; Quadros, C.F.J.; Rocha, D.F.J.; Rocha, C.F.; Andrade Neto, G.R.; Piris, P.A. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 385-396, 2020

SANTOS, FRC. SAÚDE E SEUS ATRAVESSAMENTOS. **Conexões PSI**, v. 1, n. 1, p. 11-21, 2013.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

Rio de Janeiro. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna**. 1ª Edição. Superintendência de Vigilância em Saúde / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE). 2023

SILVA, E.V. **Adoecimento cardiovascular: uma reflexão à luz da concepção de Determinação Social da Saúde**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SOLHA, S.T.G. **Avaliação do modelo de capacitação teórico-prática em hemorragia pós-parto: análise do conhecimento prévio e posterior à intervenção educativa**. 2023. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2023.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832–846, 18 out. 2021.

Souza, S.S.; Cunha, A.C.; Laurindo, D.L.P.; Souza, A.G.; Simioni, S.R.L.; Silva, F.M. Planificación sanitaria: uso de una herramienta inteligente en la gestión municipal del SUS. **Journal Health NPEPS**, 2021 jan-jun; 6(1):314-331. ISSN 2526-1010.