



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Vandréa Nunes Cordeiro Garcia Rodrigues

**Óbitos neonatais precoces relacionados às
causas de mortes evitáveis numa perspectiva
étnico-racial no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestra em
Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Associado Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientador: Dr. Luís Eduardo Batista

**Botucatu
2021**

Vandréa Nunes Cordeiro Garcia Rodrigues

Óbitos neonatais precoces relacionados às
causas de mortes evitáveis numa perspectiva
étnico-racial no município de São Paulo

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para a
obtenção do título de Mestra
em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Associado Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientador: Dr. Luís Eduardo Batista

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Rodrigues, Vandréa Nunes Cordeiro Garcia.
Óbitos neonatais precoces relacionados às causas de mortes evitáveis numa perspectiva étnico-racial no município de São Paulo / Vandréa Nunes Cordeiro Garcia Rodrigues. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Antonio de Padua Pithon Cyrino
Coorientador: Luis Eduardo Batista
Capes: 40602001

1. Mortalidade Infantil. 2. Mortalidade neonatal precoce.
3. Iniquidade étnica. 4. Saúde da população negra.
5. Disparidades nos níveis de saúde.

Palavras-chave: Causas de morte; Disparidades nos níveis de saúde; Iniquidade étnica; Mortalidade neonatal precoce; Saúde da população negra.

Dedico essa dissertação a Todos profissionais de saúde, principalmente do SUS, que mostram que a assistência à saúde pode ser feita de forma equânime, respeitando as diversidades, combatendo as desigualdades, sendo diariamente transformada e transformadora da realidade em que estão inseridos.

AGRADECIMENTOS

Esse mestrado faz parte de uma trajetória permeada por vários desafios. Foram dois anos e quatro meses de muito trabalho, aprendizado, amor, desespero e alegria, que se iniciou num duplo puerpério, transcorreu frente a uma mudança de município de trabalho e se finaliza em uma pandemia. Trilhar esse caminho só foi possível porque ele não foi percorrido de maneira individual, inclusive, toda produção científica deve ser um ato coletivo.

Primeiramente agradeço aos Orixás, entidades, às sagradas medicinas da floresta e aos meus mais velhos, por todos os ensinamentos que, sem dúvida, contribuíram muito para essa dissertação. Gratidão.

Em seguida agradeço às pessoas que permitiram o início desse desafio: Isabel Cristina Pagliarini Fuentes e Rodolfo Strufaldi, então diretores do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado de São Bernardo do Campo, município onde iniciei esse mestrado. Gratidão por acreditarem na importância da qualificação dos profissionais como forma de qualificação da rede de cuidado, sempre permitindo e incentivando formações das quais participei.

Agradeço também a todos os professores do PROFSAUDE por toda dedicação, ensinamentos, trocas e acolhimento nessa caminhada, em especial, ao meu orientador Antonio de Padua Pithon Cyrino, que, sem dúvida, foi fundamental para que esse mestrado se realizasse. Gratidão. Eu te agradeço pela orientação efetiva, confiança, inclusive nos momentos que faltaram a minha própria, ela foi fundamental para que me mantivesse firme e seguisse em frente, por toda troca e aprendizado nesse período e por agregar o Luís Eduardo Batista ao “time”. Luís Eduardo Batista, o meu coorientador, mas não menos importante. Gratidão por todo conhecimento adquirido e trocado, toda reflexão gerada, acolhimento e escuta, inclusive,

nos momentos de escrita e a qualquer hora.

Agradeço à Universidade Estadual Paulista (UNESP), instituição que me recebeu e formou, com excelência, disponibilizando, inclusive, os serviços estatísticos necessários para esse trabalho, por Hélio Rubens de Carvalho Nunes.

Estendo os meus agradecimentos às colegas de turma Aline, Natália, Patrícia, Fábio e André pelas trocas, cumplicidade, inspiração, amizade e diversão em Botucatu e, agora, on-line. Também agradeço às colegas de trabalho de antes e de agora, pela compreensão nas ausências e apoio, em especial à minha atual gestora Ana Emília Leal, gratidão pela força, confiança e palavras de apoio e a Caio César Bezerra, por me trazer para essa equipe maravilhosa, que foi o meu novo campo de estudo, por me escutar nos momentos de desespero intelectual e pessoal que o mestrado proporciona.

Às minhas inspirações de vida e de Medicina de Família e companheiras de ideal Denize, Renata, Diangeli e Bruna. Gratidão por essa longa jornada que se mistura em vida, família e profissão.

À minha família de sangue e à de fé, aos que aqui estão e aos que se foram. À minha mãe Sônia Garcia, que sempre me foi exemplo de vida, fortaleza, perseverança e competência. Gratidão por tudo, pelas idas a Botucatu conosco e todas as revisões deste trabalho.

Aês amigues que compartilham esse desafio, que é a parentalidade e criação das nossas crianças coletivamente, porque “é preciso uma aldeia para criar uma criança”, Tauá, Juliana, Rafa, Tiago, Cleide, Maria, Ayô e Gael. GratidãoEu agradeço a vocês por fazerem parte da nossa aldeia.

Por último, agradeço aos meus grandes amores: Akin e Aluá, minhes filhes, por quem me esforço diariamente por um eu e um mundo melhores

e à Elis, minha companheira de vida, minha esposa, minha ouvinte incansável, debatedora afiada, companheira de viagem nas nossas idas à Botucatu, desde a entrevista de seleção, com Akin, aos 6 dias de vida, e Aluá, ainda na barriga. Amo vocês.

“Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da
sociedade se movimenta com ela”
(Angela Davis)

RESUMO

De acordo com o censo de 2018, 50,7% da população brasileira é composta por pretos e pardos. No município de São Paulo, este percentual pode variar de 35,3% a 60,1%, dependendo da região. A literatura mostra uma extrema desigualdade relacionada à raça/cor/etnia, no que diz respeito à saúde, provável reflexo de diferenças no acesso e/ou na qualidade da assistência e com impacto sobre a morbimortalidade. Pretende-se assim, analisar o coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis, no município de São Paulo, numa perspectiva étnico-racial. Este estudo se trata de um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, no qual serão analisados dados secundários, obtidos no sistema de informações de mortalidade e nascidos vivos da prefeitura de São Paulo - DATASUS. Os dados foram extraídos e inseridos em planilha eletrônica Excel e submetidos à análise estatística e cálculo de coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis, segundo cor/raça, gerando uma série temporal de coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis (CMNPCE), no período de 2017 e 2018. Ocorreram 1691 óbitos neonatais precoces por causas evitáveis, sendo 56,47% brancos, 0,23% amarelos, 32,17% pardos, 3,19% pretos, 0,059% indígenas e em 7,86% os registros estavam incompletos, não informando a cor/raça/etnia. A série evidenciou, em todo período, um CMNPCE em brancos maior que em negros (pretos + pardos), com períodos de aumento do CMNPCE nos dois grupos e períodos de comportamentos opostos com aumento em um dos grupos e queda no outro. Ressalta-se que esse comportamento do coeficiente de mortalidade pode ser reflexo da má qualidade dos dados quanto ao preenchimento do quesito cor/raça, dada a técnica utilizada e fatores socioculturais relacionados ao racismo. Eles podem também relacionar-se à qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Nesse aspecto, conforme demonstrado na literatura, apesar de mulheres negras terem uma qualidade de pré-natal e condições socioeconômicas piores que as brancas, foram encontrados, diferentemente do que se esperava, um maior coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis em recém-nascidos brancos. Isso ocorre, possivelmente, devido ao aumento das taxas de cesáreas e recém-nascidos pré-termo. Diante do exposto, tais resultados reforçam a necessidade de mais estudos, tanto em relação à coleta e qualidade dos dados, principalmente, no quesito cor/raça, quanto nas análises mais aprofundadas, como o cálculo e análise de coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas

evitáveis em partos cesáreos e em partos pré-termo com recorte de cor/raça. Para além dos resultados encontrados nesse estudo, reforça-se que é fundamental que seja ofertada a todas as mulheres assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido de qualidade e em rede, de forma equânime, a fim de diminuir às disparidades, respeitando a diversidade, combatendo o racismo em todos os seus níveis, principalmente o racismo institucional e a misoginia.

Palavras-chave: Mortalidade neonatal precoce. Causas de morte. Iniquidade étnica. Disparidades nos Níveis de Saúde. Saúde da população negra.

ABSTRACT

According to the 2018 census, 50.7% of the Brazilian population is composed of blacks and browns ("pardos"). In the city of São Paulo, this percentage can vary from 35.3% to 60.1%, depending on the region. Research shows extreme inequality related to race/color/ethnicity regarding health, a likely reflection of differences in access and/or quality of care, and with an impact on morbidity and mortality. To analyze the coefficient of early neonatal mortality from preventable causes, in the city of São Paulo, from an ethnic-racial perspective. This is a ecological study with a quantitative approach in which secondary data, obtained from the information system on mortality and live births from the city of São Paulo – DATASUS, will be analyzed. The data was extracted and entered into an Excel spreadsheet and submitted to statistical analysis and calculation of the coefficient of early neonatal mortality from preventable causes according to color/race, generating a time series of said coefficient (CMNPCE) in the period of 2017 and 2018. There were 1691 early neonatal deaths from preventable causes, with the victims being 56.47% white, 0.23% yellow, 32.17% brown, 3.19% black, 0.059% indigenous and in 7.86% the records were incomplete, not informing the color/race/ethnicity. The series showed throughout the period a higher CMNPCE in whites than in blacks (blacks + browns), with periods of increase in CMNPCE in both groups and periods of opposite behavior with an increase in one of the groups and a fall in the other. It is noteworthy that these showings on the mortality coefficient may reflect the poor quality of data, regarding the filling out of the color/race item in the forms, given the technique used and sociocultural factors related to racism. They can also be related to the quality of prenatal care, during the delivery and directed to the newborn. In this aspect, as shown in researchs, although black women have a worse quality of prenatal care and socioeconomic conditions than white women, we found, differently from what was expected, a higher coefficient of early neonatal mortality from preventable causes in white newborns. Possibly due to increased rates of cesarean sections and preterm newborns. These results reinforce the need for more studies both in relation to the collection and quality of data, especially in terms of color/race, as well as more in-depth analysis such as the calculation and analysis of the coefficient of early neonatal mortality from preventable causes in cesarean deliveries and in pre. Term delivery, with a color/race highlight. Last, but not least, it is essential that all women receive quality prenatal care, delivery and networked care, in an equitable

manner, in order to reduce disparities, respecting diversity, fighting racism at all levels, especially institutional racism and misogyny.

Keywords: Early Neonatal Mortality. Cause of Death. Ethnic Inequality. Health Status Disparities. Black population health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
Ancestralidade, fecundação e nascimento da pesquisa	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	26
3 MATERIAL E MÉTODO.....	26
3.1 Caracterização do estudo.....	26
3.2 Extração de dados	30
3.3 Análise estatística	31
3.4 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS.....	32
5 DISCUSSÃO	38
5.1 Qualidade da informação.....	38
5.2 Qualidade da assistência pré-natal do parto e do RN.....	40
6 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO	52

APRESENTAÇÃO

Ancestralidade, fecundação e nascimento da pesquisa

Não poderia iniciar uma dissertação de mestrado que pesquisa sobre indicadores de saúde relacionados à saúde da população negra sem falar de ancestralidade, a minha ancestralidade, que me compõe, que me torna quem sou, quem já fui e quem serei, que faz me reconhecer como indivíduo pertencente a algo maior, como continuidade de um legado e, ao mesmo tempo, nascente a todo tempo e que se mantém vivo na nossa e em outras existências pela eternidade, que encontra em outros indivíduos o pertencimento e a nossa existência comunitária.

Sou Vandrêa e a minha história conhecida se inicia nas minhas bisavós, pelo lado da minha mãe, duas bisavós indígenas, mas que apesar de saberem da sua origem não se reconheciam com tal, provavelmente, por terem tido pouco contato com a sua ancestralidade, pelo preconceito, necessidade de sobrevivência e por terem se casado com homens brancos muito cedo e, com isso, sofrido muito. Placedina Maria de Jesus minha “Vó Bis”, uma mulher forte, corajosa e amorosa, à frente de seu tempo, pela região que nasceu e pelas minhas pesquisas geográficas, provavelmente, era do povo xukuru-Kariri. Casou-se contra a sua vontade aos 13 anos com um homem de mais de 50. Após ter o meu avô e cansar-se do sofrimento fugiu para São Paulo, trazendo o meu avô, junto com a amiga inseparável, que foi empregada da casa anteriormente a “Dona Chica”, deixando tudo para trás. Elas se mantiveram amigas inseparáveis e vizinhas por toda vida.

Carmelina de Carvalho, também indígena e pelas minhas pesquisas, provavelmente do povo caiapó, sei muito pouco sobre ela, morreu muito cedo. Segundo as histórias que minha avó me contava ela morreu de desgosto, por meu bisavô ser viciado em jogo e mulherengo e perder tudo recorrentemente. Com a morte dos seus pais, a minha avó foi

morar na casa de parentes com um papel praticamente de empregada, muito comum na época e só saiu de lá ao casar-se com meu avô Antônio Garcia. Leonor Matos Garcia minha “vó Nono”, mulher religiosa, fazia tudo para os netos, tinha todo fenótipo indígena e teve três filhos, todos à sua semelhança, incluindo a minha mãe, Sonia Maria Matos Garcia, mulher fortaleza da pele morena avermelhada, que me lembro bem quando era criança, que me falava que tinha aquela cor bonita porque comia mamão, e eu mais do que depressa comia também para ficar igual.

Do lado do meu pai, a minha bisavó Maria era negra, filha de escravizados, nasceu liberta, mas sem liberdade e fruto de uma violação pelo “senhor”. Segundo o meu avô contava para meu pai, ele nasceu e meu avô Antônio Rodrigues veio para São Paulo ainda jovem, deixando o Maranhão e tudo para trás. Aqui no Estado de São Paulo, casou-se com a minha avó que era branca e italiana, Maria Furlanetto Rodrigues, quase “mataram os pais dela de desgosto”, conforme contava meu avô para o meu pai, e para se casarem, foi necessário fugir. Com a morte precoce do meu avô, todos os filhos, na sua diversidade de tons, foram criados pela família italiana e sofreram na proporção do seu tom de pele. O meu pai Sergio Rodrigues era um homem com consciência da sua negritude, com grande influência do movimento Black Power.

Desde cedo, ele insistia em estar em espaços nos quais não era esperado que pessoas negras e de origem pobre como ele estivessem. Foi quem me ensinou sobre negritude, sobre colorismo, sem nem saber da existência desse conceito, sobre consciência étnica, que apesar da minha pele mais clara, de alguns traços e ascendência indígena, eu era negra. Hoje, eu me aproximo da minha ancestralidade indígena que também faz parte de quem sou e tem muito a ser desvendada ainda. Faz parte das muitas nuances de mim, uma mulher cisgênero, afroameríndia, cafuza, cabocla. Filha de Oxóssi e Yemanjá, Médica de família e comunidade, pansexual, mãe, feminista, defensora do SUS e dos direitos humanos. É desse lugar que surge uma inquietação embrionária em

relação à qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto, recém-nascido e puerpério na população negra. Foi observando as iniquidades no dia a dia da assistência na atenção primária à saúde (APS), que ao longo desse mestrado, gastei esse trabalho que nasce agora.

Esse trabalho, dividido em seis capítulos, tem por objetivo analisar a mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis, no município de São Paulo, segundo o perfil racial/étnico.

O Capítulo 1, denominado “Introdução”, traz o tema e objeto de estudo e reúne os referenciais teóricos utilizados, bem como a revisão bibliográfica pertinente a este trabalho.

Os Capítulos 2 e 3 trazem, respectivamente, os objetivos deste estudo e a descrição do percurso metodológico.

O Capítulo 4 apresenta os resultados sobre a mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis e alguns dos seus detalhes, bem como uma série temporal de coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis por raça/cor/etnia.

O Capítulo 5 traz a discussão, apresentando hipóteses para buscar explicar os resultados encontrados, dialogando com a literatura e com a realidade da assistência. Está subdividido em dois tópicos: o primeiro que trata da Qualidade da Informação e o segundo da Qualidade da assistência pré-natal do parto e dos recém-nascidos.

O Capítulo 6 traz a conclusão deste trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, como outros países da América Latina, foi colonizado por europeus e teve como base do seu sistema de produção, durante o período colonial, o sequestro e a escravização do povo africano/negro. Conhecida como escravidão moderna, esse foi o sistema econômico-social instaurado pelo capital com base no trabalho compulsório de milhões de índios e africanos instalados na América (SANTOS, 2013). O Brasil foi ainda um dos últimos países a abolir a escravidão e a suspender o tráfico de africanos escravizados, o que gerou também um aumento significativo do número de africanos trazidos nos últimos anos de legalidade do tráfico negreiro (HOLANDA, 1995).

A abolição da escravidão ocorreu sem nenhuma forma de reparação em decorrência dos enormes danos causados e a população negra foi deixada à sua própria sorte, jogada na miséria, às margens da sociedade, o que explica a formação social e a hierarquia racial brasileira. Segundo Marcelo Paixão, isso fez com que, atualmente, a população negra se expresse em parcela significativa dentre aqueles que vivem em situação de rua, dentre aqueles que vivem na extrema pobreza e em domicílios que não respondem aos padrões de habitabilidade, como em alguns domicílios nas favelas. Essa população ainda possui a maioria dos analfabetos, dos que estão buscando emprego formal, daqueles que apresentam menores rendimentos ou sobrevivem da informalidade, dos que dependem do lixo, de natureza reciclável ou não, das domésticas, das cuidadoras de idosos, daqueles cujos domicílios não contam com abastecimento de água e esgotamento sanitário, dos que estão em situação de insegurança alimentar, dos que têm dificuldades de acesso a serviços e equipamentos de saúde, assistência social e educação (PAIXÃO *et al.*, 2010), sendo também a maior parte dos indivíduos em situação de rua (IBGE; 2018).

A miscigenação do povo brasileiro, desde o Brasil colônia, fez-se

predominantemente mediante violações dos corpos negros e indígenas femininos, dado que as mulheres escravizadas eram propriedade dos seus senhores, assim servindo também para satisfazer seus desejos sexuais e gerando e aumentando o número de escravizados (MARCUSI, 2013). Esse processo de miscigenação ocorrido no Brasil e em outros países da América Latina e Caribe talvez explique a falácia da “igualdade racial no Brasil” e a construção de racismo com características bastante distintas dos Estados Unidos e da África do Sul. A ideologia da “igualdade racial” (MAESTRI, 2015), sustentada na miscigenação do povo brasileiro e na “ausência de preconceito racial”, via nesse processo a degeneração do caráter da população, ainda que arrefecesse os ânimos (CARPENTER, 1881).

Nesse contexto, o racismo no Brasil cria as suas peculiaridades, porém, mantém características universais permeando todas as relações sociais e culturais e influenciando os papéis que os indivíduos e grupos ocupam na sociedade. Segundo a conceituação proposta por Jones (2002), existem três níveis de racismo: internalizado, interpessoal e institucional. O primeiro é a internalização ou a incorporação dos estigmas e visões construídas pelo racismo pelos indivíduos estigmatizados. O racismo interpessoal corresponde à discriminação e ao preconceito com base em suposições de inferioridade em relação à raça/etnia, podendo ser intencional ou não (JONES, 2002). O último foi criado na década de 1960 por ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, e mais tarde repensado na Inglaterra, devido ao relatório do inquérito sobre o caso Stephen Lawrence¹, publicado em 1999.

Atualmente, o conceito de racismo institucional adotado no Brasil e que vem sendo discutido na Comissão de Igualdade Racial, com base nas conceitualizações históricas citadas, é que: “O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou

étnica” (CRI, 2006, p. 22). Ademais:

Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p. 22).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem a equidade como um dos seus princípios ético-políticos, que dialoga diretamente com o combate ao racismo, pois o racismo e, principalmente, o racismo institucional, atuam como determinantes sociais em saúde gerando iniquidades, que se refletem em todos os níveis de atenção à saúde e precisam ser enfrentadas.

As iniquidades em saúde não são apenas “desnecessárias e evitáveis, como também injustas” (STARFIELD, 2006, p. 12). O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem se mostrado relevante em diferentes sistemas de saúde, para alcançar uma maior efetividade e equidade (STARFIELD, 2006, p. 12). No Brasil, a extensão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem mostrado impacto na redução das iniquidades. Segundo Macinko *et al.* (2018), a expansão da ESF teve impacto importante na saúde da população brasileira, facilitando o acesso, reduzindo a mortalidade infantil e adulta por alguns agravos, aumentando a equidade no acesso, diminuindo as desigualdades em saúde e o número de internações desnecessárias. Um grande marco, em 2006, foi a adoção da “Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização” da APS, “de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (PNAB, 2006, p 11).

No que diz respeito às iniquidades em saúde, é dever do Estado garantir e implementar políticas públicas de combate ao racismo institucional. Nesse sentido, a vinculação entre o racismo e as

vulnerabilidades em saúde foi levada com mais força à gestão pública pelo movimento negro, em 1995, com a marcha Zumbi dos Palmares, conseguindo a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI) (WERNECK, 2003). Mais tarde foi criada, em 2003, a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) ligada ao gabinete da Presidência da República, com a missão de propor políticas de promoção da igualdade racial, com ênfase na população negra, indígena e cigana. Coube à Secretaria de Ações Afirmativas da SEPPIR dialogar com o Ministério da Saúde e, nesse contexto, foram criadas as políticas de promoção da equidade.

Tais políticas se propõem a combater problemas estruturais da sociedade brasileira, como o racismo, a homofobia, o sexismo, entre outros. Nesse sentido, em 2003, houve a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e, em 2005, a inclusão do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Já no âmbito do CNS, em 2006, dá-se a criação e aprovação por unanimidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e, em 2008, foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, sendo publicado como Portaria 992, de 13 de maio de 2009.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde e, como objetivo geral, propõe-se a: “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2007, p. 38).

Dos doze objetivos específicos, dois tangem à questão da qualidade da informação, que se mostra imprescindível para que um panorama real seja desenhado e ações desenvolvidas, caminhando em direção a outros objetivos:

Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS. Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia (BRASIL, 2007, p. 39).

Definiu-se, também, ser obrigação das três esferas públicas (federal, estadual e municipal) não somente garantir a inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS, como também garantir a inserção dos objetivos dessa Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004; 2007). Assim, é fundamental que todos os profissionais de saúde, que alimentam sistema de informação, compreendam a importância do quesito cor instituído nos instrumentos e que tais dados sejam de fato adequadamente preenchidos.

Em âmbito federal, a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, dispõe sobre o preenchimento obrigatório do quesito raça/cor e etnia nos formulários e sistemas de informações em saúde pública. No município de São Paulo, a Lei Municipal Nº 16.129, de março de 2015, instituiu a inclusão do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação e a Portaria Nº545/2004-SMS-SP regulamentou a coleta da informação:

A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor deverá respeitar o critério da auto declaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde (branca, preta, amarela, parda ou indígena). Nos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado para a autodeclaração, caberá aos familiares ou responsáveis pelos mesmos a definição de sua cor ou de seu pertencimento étnico-racial. Nos casos

em que não houver responsável, recomenda-se que os profissionais de saúde que realizaram o atendimento ou procedimento preencham o campo denominado raça/cor. A Secretaria Municipal de Saúde responsabilizar-se-á pela capacitação dos profissionais da saúde, visando a sua orientação para a coleta adequada dos dados”.

Nessa perspectiva, a Organização das Nações Unidas (ONU) realiza, com a criação do documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade em 2001”, uma classificação das doenças e agravos e condições mais comuns na população negra, segundo as seguintes categorias:

- (i) **Geneticamente determinadas** – anemia falciforme e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; ou dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas - hipertensão arterial e diabetes mellitus [...];
- (ii) **Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis** – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania. [...];
- (iii) **De evolução agravada ou de tratamento dificultado** - hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma. [...];
- (iv) **Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas** - crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (WERNECK, 2016, p. 535).

Indicadores de diferentes setores mostram que o nascer, viver, adoecer e morrer da população negra são piores e que é esse ambiente, de violações sistemáticas de direitos e injustiças sociais que essa

população negra vivencia cotidianamente que a vulnerabiliza (AYRES, 2007).

Sabe-se que as principais causas de morte materna estão relacionadas à hipertensão arterial específica da gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e ao diabetes gestacional (TEIXEIRA *et al.*, 2006). Em relação à mortalidade materna, estudos evidenciam que as condições de vida da população negra se configuram em maior mortalidade por causas evitáveis (BATISTA, 2004). Martins (2006), analisando a mortalidade materna no Paraná, no período de 2000 a 2002, constatou que a taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras se mostrou sete vezes maior do que a observada entre as brancas¹, enquadrando-se em causas de evolução agravada ou de tratamento dificultado em sua maioria. As causas evitáveis de mortalidade infantil são eventos com desfecho de morte infantil que deveriam ser evitados pelo uso de tecnologias médicas disponíveis (RUTSTEIN *et al.*, 1976). Desse modo, tais óbitos infantis se constituem em “eventos sentinelas”, que sugerem deficiências nesses serviços. Também são causas de evolução agravadas ou de tratamento dificultado e adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis

A mortalidade infantil consiste no número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). O coeficiente de mortalidade neonatal precoce reflete fatores relacionados à gestação e ao parto, como peso ao nascer, bem como às condições de acesso a serviços de saúde e à qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Sendo assim, a mortalidade neonatal precoce

¹ O risco relativo da mortalidade materna entre mulheres de cor preta, parda e branca foi, respectivamente, de 8,2; 4,3 e 1,1 (MARTINS, 2006).

por causas evitáveis e o seu coeficiente, por sua vez, refletem também esses fatores relacionados à qualidade de assistência (RIPSA, 2008).

Dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), pactuado pelos 193 membros da Organização das Nações Unidas (ONU), na agenda pós 2015, que visa alcançar todos os ODS até 2030 na área de saúde e bem-estar, inclui acabar com as mortes neonatais por causas evitáveis, com todos os países reduzindo pelo menos o coeficiente de mortalidade neonatal por causas evitáveis para 12 por 1000 (ONU, 2018)

As causas evitáveis de mortalidade neonatal precoce se dividem em:

- 1.1. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação
- 1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto
- 1.3. Reduzíveis por adequada atenção ao RN
- 1.4. Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento
- 1.5. Reduzíveis por ações adequadas de promoção e atenção a saúde
2. Causas de mortes mal definidas - Sintomas, sinais e achados anormais
3. Demais causas de morte (Quadro 1) (MALTA *et al.*, 2007, p 237).

Quadro 1- Lista de causas de mortes evitáveis em menores de 7 dias

1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação Sífilis congênita (A50) Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24) Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00; P04) Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido (P01) Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal (P05) Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte (P07) Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido (P55.0; P55.1) Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas à isoimunização (P55.8 a P57.9)
1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03) Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08) Traumatismo de parto (P10 a P15) Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (P20; P21) Aspiração neonatal (P24)
1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P23; P25 a P28) Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3) Hemorragia neonatal (P50 a P54) Outras icterícias perinatais (P58; P59)

Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido (P70 a P74) Transtornos hematológicos do recém-nascido (P60; P61) Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido (P75 a P78) Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido (P80 a P83) Desconforto respiratório do recém-nascido (P22) Outros transtornos originados no período perinatal (P90 a P96)
1.3 Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento Meningite (G00.1 a G03) Edema de laringe (J38.4) Outras doenças causadas por clamídias (A70 a A74) Outras doenças bacterianas (A30; A31; A32; A38; A39; A40; A41; A46; A49) Desidratação (E86) Síndrome de Down (Q90) Infecção do trato urinário (N39.0)
1.4 Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde Doenças infecciosas intestinais (A00 a A09) Outras doenças infecciosas (B99) Acidentes de transportes (V01 a V99) Envenenamento accidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X44) Intoxicação accidental por outras substâncias (X45 a X49) Quedas accidentais (W00 a W19) Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 a X09) Exposição às forças da natureza (X30 a X39) Afogamento e submersão accidentais (W65 a W74) Outros riscos accidentais à respiração (W75 a W84) Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99) Agressões (X85 a Y09) Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34) Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 a W49) Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (Y60 a Y69) Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59)
2. Causas de morte mal-definidas Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95)
3. Demais causas (não claramente evitáveis) As demais causas de morte

Fonte: Adaptado de Malta *et al.* (2007)

Diniz, D'Oliveira e Lansky (2005) observaram inequidades em relação a assistência ao abortamento, cuidados maternos e violência durante o parto: mulheres mais ricas sofriam menos com violências, utilizavam métodos mais seguros nos abortamentos provocados, enquanto as mais pobres, em caso de complicações, recorriam à hospitais públicos, nos quais recebiam um atendimento abaixo dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Embora as mulheres mais ricas

tendam a receber melhores cuidados de saúde, as mulheres mais pobres podem receber cuidados mais seguros e eficazes em alguns aspectos, como ter a chance de parto normal e o nascimento de um RN a termo.

Tendo em vista essa correlação, o que se espera é que mulheres que venham a ter uma melhor assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido também possam apresentar um menor coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis.

Leal (2015), analisando as desigualdades na assistência ao pré-natal e ao parto no município do Rio de Janeiro, observa que as mulheres pretas e pardas tiveram um maior índice de pré-natal inadequado, foram menos aceitas na primeira maternidade que procuraram e durante o parto receberam menos anestesia, além de terem piores indicadores socioeconômicos, à medida que se observava o escurecimento da cor da pele.

Diniz *et al.* (2016) também observaram inequidades entre mulheres, devido à sua condição socioeconômica e cor de pele, na atenção ao pré-natal e ao parto, posto que: as mulheres negras apresentaram, no pré-natal, piores indicadores em relação à realização de seis ou mais consultas e receberam mais atenção considerada inadequada. Por entrarem mais em trabalho de parto, elas podem ter tido menos complicações para o recém-nascido, mas, possivelmente mais violência obstétrica.

Partimos do pressuposto que um dos aspectos fundamentais para reduzir as iniquidades em saúde e melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, é traçar o perfil da mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis, segundo raça/cor/etnia e correlacioná-la com a qualidade da assistência à saúde.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é analisar os coeficientes de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis, no município de São Paulo, numa perspectiva étnico-racial.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo ecológico, com o objetivo de analisar as taxas de mortalidade neonatais precoces proporcionais por causas evitáveis, numa perspectiva étnico-racial.

O estudo foi realizado no município de São Paulo, que possui uma área de 1.521,110 km², dividindo-se em 5 regiões, 32 subprefeituras e 96 distritos, conforme Figura 1, apresentada a seguir.

A população é estimada, em 2020, em 12 milhões de habitantes (11.253.503 habitantes em 2010), dos quais 35,3% são negros (pretos + pardos) (IBGE, 2010), distribuídos de forma desigual pelas regiões, como mostra a Figura 2. São Paulo abriga a maior população de rua do Brasil: cerca de 25% de toda população nessa condição no país. Segundo a pesquisa censitária da população em situação de rua realizada pela Prefeitura de São Paulo em 2019, existem 24.344 pessoas nessa situação, 14,6% do sexo feminino e 85,5% do sexo masculino. No que se refere ao critério de raça/cor/etnia, 48,9% se declararam pardos, 26,1% brancos, 19,7% pretos, 2,4% indígenas e 1,1% amarelos. A população negra (soma de pretos e pardos) constitui 68,6% da população em situação de rua na cidade.

A assistência à saúde nesse município alcança uma cobertura de atenção primária à saúde de 63,3%, dos quais 36,6 % estão na estratégia de saúde da família, sendo essa distribuição variável conforme a região. A gestão dos equipamentos de saúde é realizada por intermédio contratos de gestão com 9 organizações sociais que dividem o município em 23

áreas geográficas, conforme Figura 3, apresentada a seguir.

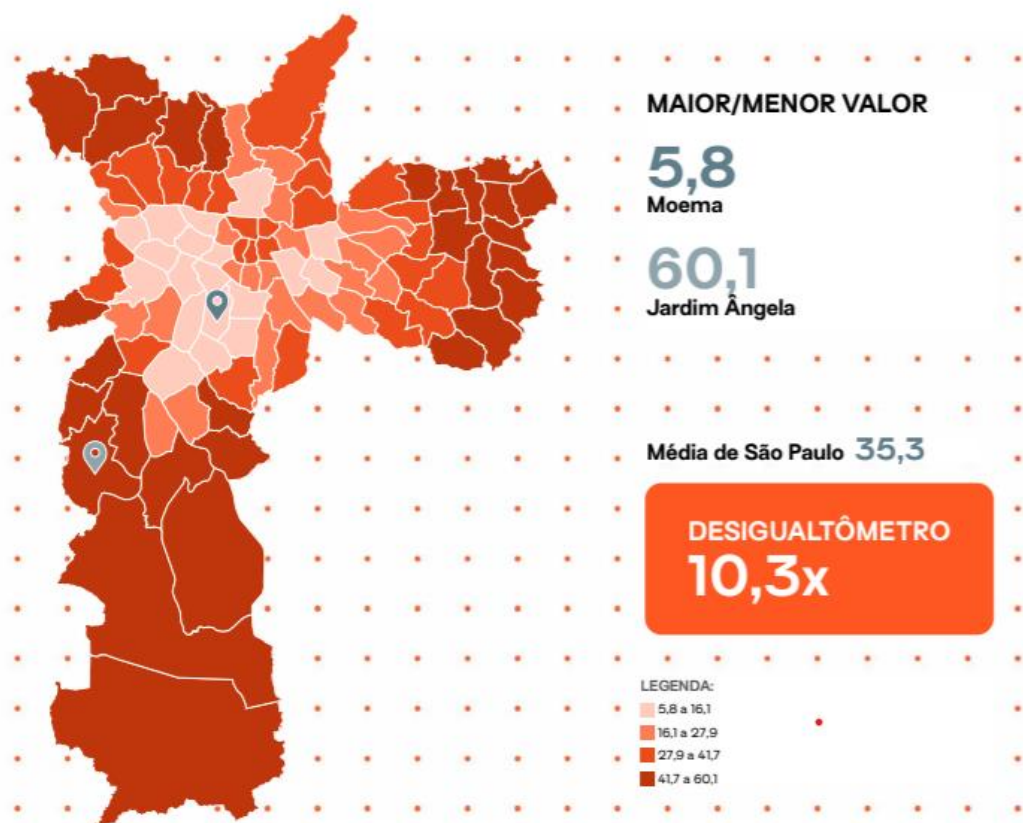
O município de São Paulo dispõe de 468 unidades básicas de saúde (UBSs), das quais - 8, 117, 93, 29, 95 e 126, respectivamente, distribuem-se nas zonas centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul. No âmbito do SUS, estas UBSs são responsáveis pela maior parte dos pré-natais de baixo risco realizados pelo SUS, enquanto Centros de especialidades, hospitais e maternidades realizam os de alto risco. A estrutura disponível para a atenção ao parto no SUS envolve: 40 hospitais públicos ou que atendem ao SUS, 29 privados e 2 casas de parto. Ademais, há diversos serviços de urgência e emergência que recebem pacientes em trabalho de parto e realizam a assistência ao parto e ao recém-nascido.

Figura 1 - Distribuição geográfica das Regiões, Prefeituras Regionais e Distritos do município de São Paulo, 2020



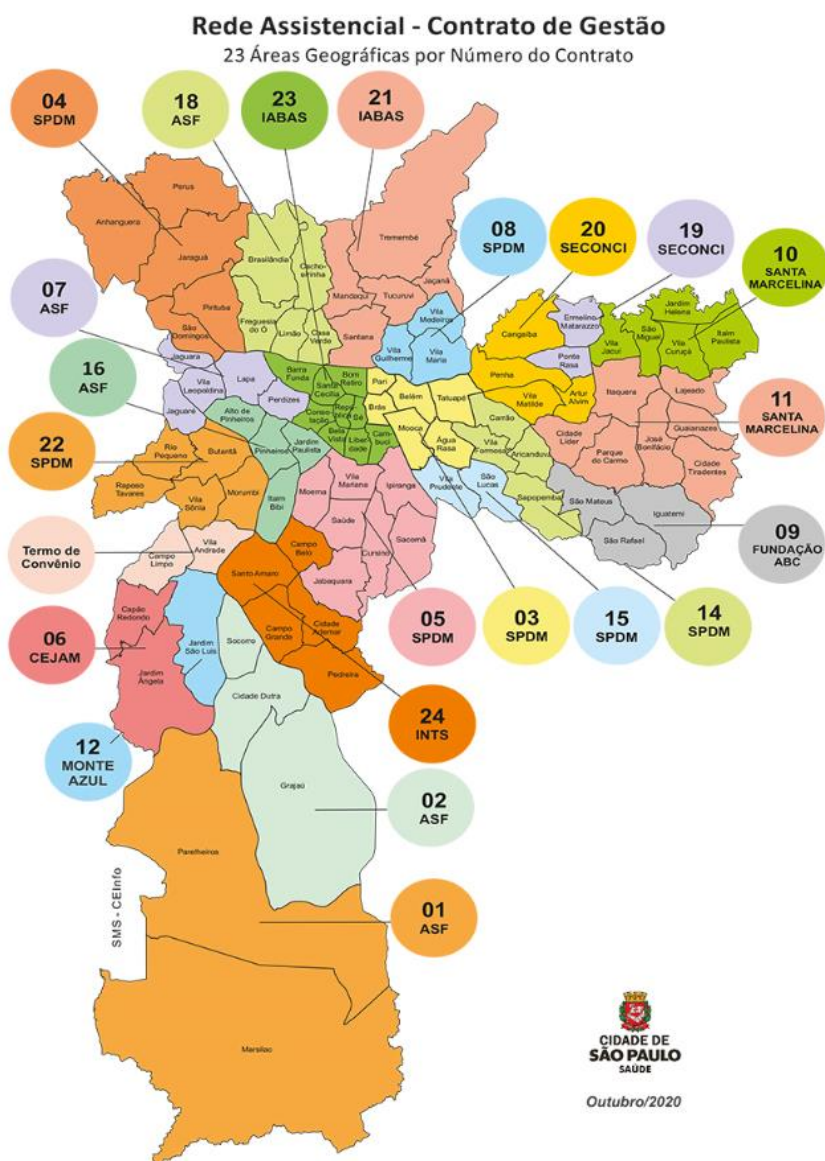
Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo (2020)

Figura 2- Proporção da população preta e parda por distrito no município de São Paulo, 2020



Fonte: Mapa da desigualdade (2020)

Figura 3 - Distribuição geográfica das Organizações Sociais que atuam na área da Saúde no município de São Paulo, 2020



Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo (2020)

3.2 Extração de dados

Os dados sobre mortalidade e nascidos vivos nos anos de 2017 e 2018 foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade².

² Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 15/09/20.

Foram utilizados dados de mortalidade infantil e nascidos vivos, geradas em tabelas de dados com causas evitáveis na coluna, região por subdistrito na linha com recorte em mortalidade neonatal precoce e raça/cor do recém-nascido, mês a mês nos anos analisados. Foram usados dados de nascidos vivos com mês do nascimento na coluna, região por subdistrito na linha com recorte por raça/cor do recém-nascido para os anos de 2017 e 2018.

3.3 Análise estatística

Foram geradas tabelas e gráficos em planilha de Excel e para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade neonatal, utilizou-se a equação: CMNP = número de óbitos neonatais precoces por causas evitáveis em cada raça/cor/etnia no mês específico, dividido pelo número de nascidos vivos em cada raça/cor/etnia, multiplicado por 1.000. Após coleta, os dados tiveram dupla entrada em planilha de Excel, criando-se uma série temporal mês a mês nos anos de 2017 e 2018.

Será realizada a análise dos coeficientes de mortalidade neonatais precoces proporcionais por causas evitáveis e o perfil racial das mães em 24 meses, gerando uma série temporal.

Para a análise de tendência, definida como estacionária, decrescente ou crescente, foi realizada regressão linear simples com resposta normal. Após a verificação, foi apresentada a tendência anual do coeficiente de mortalidade por componente com o Intervalo de Confiança a 95% (IC95%). Os dados foram carregados e analisados em planilha de Excel.

3.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi dispensada de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP, por se tratar de estudo que utiliza informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527 (Anexo 1). Ela foi realizada

dentro dos preceitos éticos preconizados, conforme Resolução número 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

4 RESULTADOS

No período analisado ocorreram 1691 óbitos neonatais precoces por causas evitáveis na cidade de São Paulo, assim distribuídos: 56,47% brancos, 0,23% amarelos, 32,17% pardos, 3,19% pretos, 0,059% indígenas e incompletos (com ausência de informação para cor/raça/etnia) em 7,86%. Já o número de nascidos vivos nesse mesmo período foi 334.641: 47,76% brancos, 1,27% amarelos, 42,33% pardos, 6,8% pretos e 0,29% indígenas. Esses registros estavam incompletos em 0,05%, não informando a cor/raça/etnia (ver Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Número absoluto de óbitos neonatais precoces por causas evitáveis por cor/raça/etnia nos anos de 2017 e 2018 por mês. São Paulo, 2021

DATA	Branca	Amarela	Preta	Parda	Indígena	Não informada	Total
jan/17	43	1	0	24	0	4	68
fev/17	35	0	0	25	0	3	63
mar/17	36	0	3	31	0	6	76
abr/17	40	0	4	24	0	6	74
mai/17	50	0	2	14	0	5	71
jun/17	34	0	1	24	0	4	63
jul/17	39	0	6	26	0	6	77
ago/17	41	0	4	29	0	7	81
set/17	43	0	0	22	0	5	70
out/17	34	0	1	20	0	3	58
nov/17	40	0	1	27	0	9	77
dez/17	49	0	4	38	0	3	94
jan/18	41	2	2	19	0	4	68
fev/18	42	0	5	26	0	3	76
mar/18	36	0	4	17	0	8	65
abr/18	35	0	1	18	0	4	58
mai/18	52	0	4	20	0	3	79
jun/18	31	1	2	17	0	7	58

jul/18	40	0	0	28	0	8	76
ago/18	41	0	2	20	0	5	68
set/18	35	0	2	20	0	9	66
out/18	36	0	1	18	1	5	61
nov/18	31	0	3	22	0	13	69
dez/18	51	0	2	15	0	3	71
Total	955	4	54	544	1	133	1691
%	56,47%	0,23%	3,19%	32,17%	0,059%	7,86%	100%

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Tabela 2 - Número absoluto de nascidos vivos por cor/raça/etnia nos anos de 2017 e 2018 por mês. São Paulo, 2021

DATA	Branca	Amarela	Preta	Parda	Indígena	Não informada	Total
jan/17	6416	147	1080	5291	53	10	12997
fev/17	6512	173	1036	5580	54	9	13364
mar/17	7570	186	1250	6461	51	6	15524
abr/17	7115	189	1127	6156	47	2	14636
mai/17	7644	211	1242	6496	45	5	15643
jun/17	7159	202	1180	6161	63	7	14772
jul/17	6964	184	1178	6046	30	10	14412
ago/17	6582	185	1138	5940	33	12	13890
set/17	6724	167	1087	5836	45	4	7139
out/17	6400	194	1132	5648	39	6	13419
nov/17	6147	176	1033	5736	45	3	13140
dez/17	6389	154	1115	5918	47	6	13629
jan/18	6923	214	1186	6389	45	5	14762
fev/18	6442	171	1164	5891	31	8	13707
mar/18	7268	191	1291	6590	31	4	15375
abr/18	6772	170	1229	6189	37	9	14406
mai/18	7239	213	1308	6349	38	4	15151
jun/18	6538	172	1158	5732	37	10	13647
jul/18	6344	180	1215	5726	29	7	13501
ago/18	6350	158	1156	5763	30	3	13460
set/18	6290	176	1126	5572	46	6	13216
out/18	6218	143	1125	5356	32	6	12880
nov/18	5830	135	1105	5405	28	4	12507
dez/18	6005	172	1107	5414	33	9	12740
Total	159841	4263	27768	141645	969	155	334641
%	47,76%	1,27%	6,80%	42,33%	0,29%	0,05%	100%

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Na Tabela 3, que segue, verificamos que em um período mais longo, de 2007 a 2018, o número de óbitos neonatais de nascidos pós-termo, na cidade de São Paulo, apresenta diferenças na sua distribuição por subprefeituras, que podem ser melhor observadas no Gráfico 1, à frente. Chama a atenção que nesse período não se observa óbito de pretos, amarelos e indígenas.

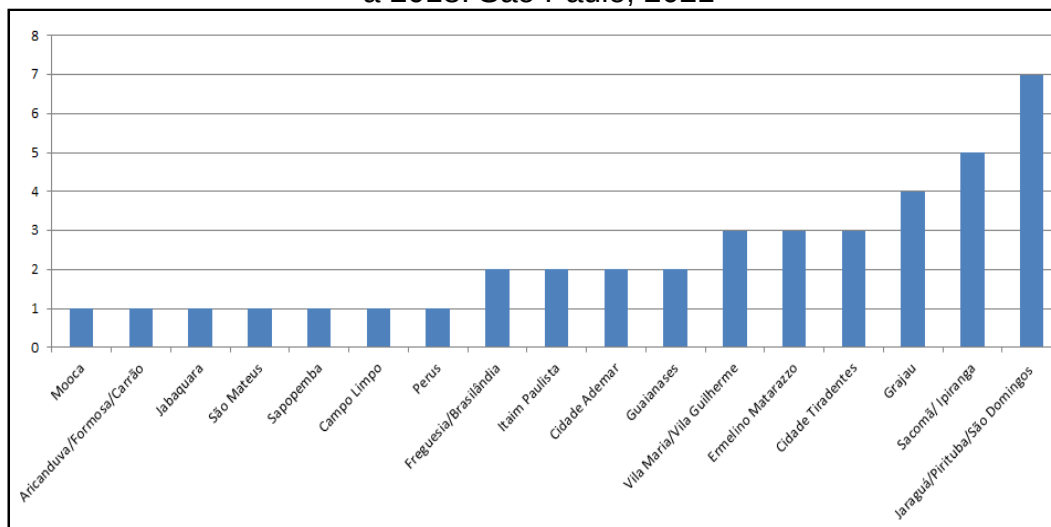
Tabela 3 - Número absoluto de óbitos neonatais precoces de nascidos pós-termo (42 semanas ou mais), segundo cor/raça/etnia e subprefeitura, no período de 2007 – 2018. São Paulo, 2021

Subprefeitura	Branca	Parda	Não informado	Total
Moóca	1	0	0	1
Aricanduva/Formosa/Carrão	0	1	0	1
Jabaquara	0	0	1	1
São Mateus	0	1	0	1
Sapopemba	1	0	0	1
Campo Limpo	1	0	0	1
Perus	0	0	1	1
Freguesia/Brasilândia	2	0	0	2
Itaim Paulista	0	2	0	2
Cidade Ademar	2	0	0	2
Guaianases	1	1	0	2
Vila Maria/Vila Guilherme	2	0	1	3
Ermelino Matarazzo	3	0	0	3
Cidade Tiradentes	2	0	1	3
Grajaú	3	1	0	4
Sacomã/ Ipiranga	3	2	0	5
Jaraguá/Pirituba/São Domingos	5	2	0	7
Total	26	10	4	40

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

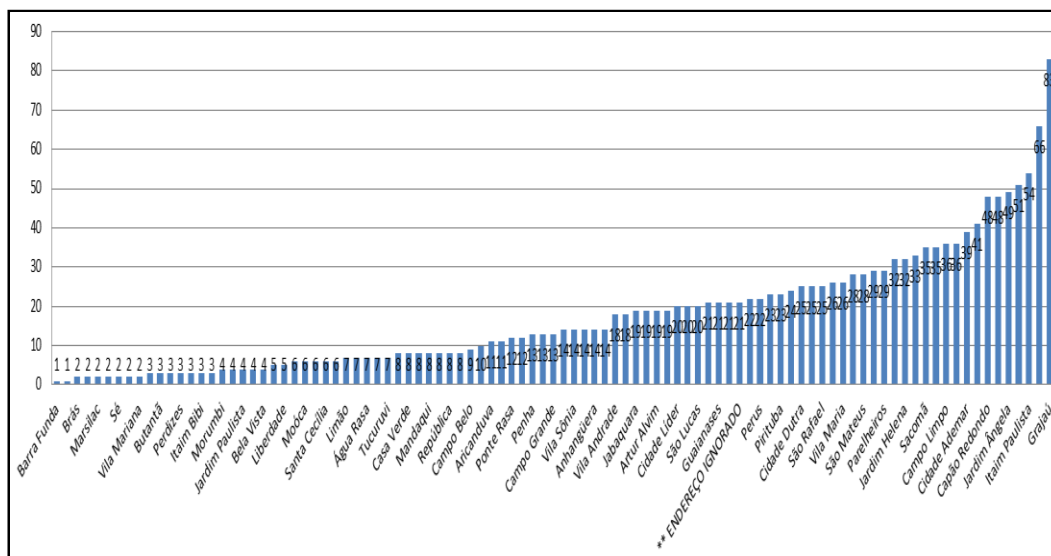
Voltando ao período de 2017 e 2018, conforme o Gráfico 2, percebe-se também uma distribuição variável dos óbitos neonatais precoces nas subprefeituras, na qual a Vila Mariana, Pinheiros e Jabaquara têm menos óbitos e Itaquerá, Campo Limpo e Grajaú/Cidade Dutra/Socorro apresentam mais óbitos.

Gráfico 1 - Distribuição de óbitos neonatais precoces de nascidos pós-termo (42 sem ou mais) por subprefeitura de São Paulo nos anos de 2007 a 2018. São Paulo, 2021



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Gráfico 2 - Distribuição de óbitos neonatais precoces por distritos do município de São Paulo nos anos de 2017 e 2018. São Paulo, 2021



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Na Tabela 4 podemos ver o CMNPCE em todos os meses do período por cor/raça/etnia e o intervalo de confiança, tanto a serie de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis em crianças nascidas

de mães brancas quanto de crianças nascidas de mães pretas e pardas apresentaram um $p < 0,01$ para a variável coeficiente e para a variável meses, apresentaram um p não significativo, o que determina uma tendência na distribuição temporal nos dois grupos estacionária.

Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade neonatal precoce por cor/raça/etnia nos anos de 2017 e 2018 por mês. São Paulo, 2021.

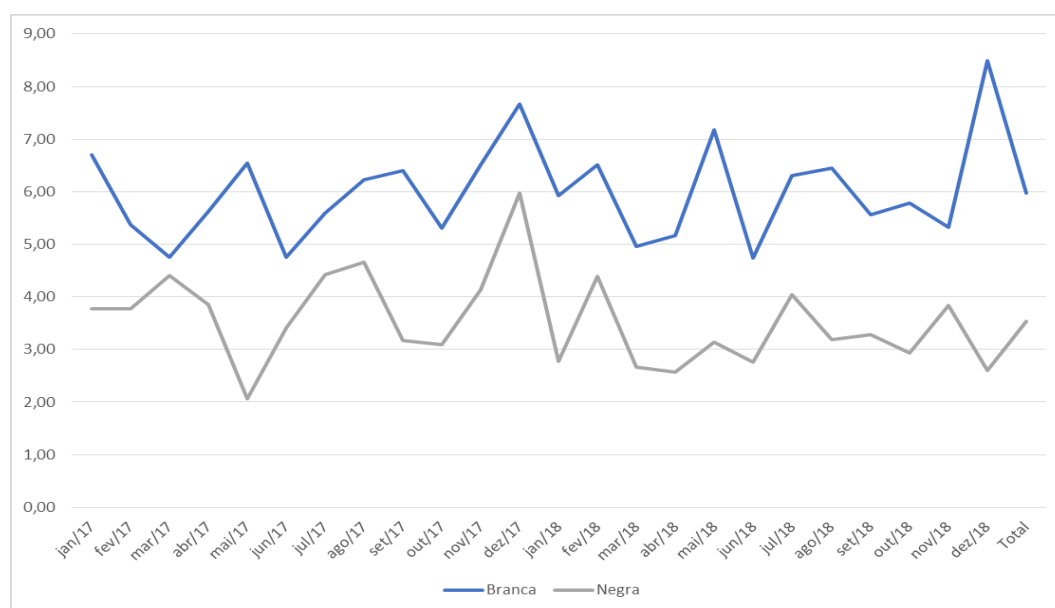
DATA	Branca	Preta	Parda	Negra
jan/17	6,70	0,00	4,54	3,77
fev/17	5,37	0,00	4,48	3,78
mar/17	4,76	2,40	4,80	4,41
abr/17	5,62	3,55	3,90	3,84
mai/17	6,54	1,61	2,16	2,07
jun/17	4,75	0,85	3,90	3,41
jul/17	5,60	5,09	4,30	4,43
ago/17	6,23	3,51	4,88	4,66
set/17	6,40	0,00	3,77	3,18
out/17	5,31	0,88	3,54	3,10
nov/17	6,51	0,97	4,71	4,14
dez/17	7,67	3,59	6,42	5,97
jan/18	5,92	1,69	2,97	2,77
fev/18	6,52	4,30	4,41	4,39
mar/18	4,95	3,10	2,58	2,66
abr/18	5,17	0,81	2,91	2,56
mai/18	7,18	3,06	3,15	3,13
jun/18	4,74	1,73	2,97	2,76
jul/18	6,31	0,00	4,89	4,03
ago/18	6,46	1,73	3,47	3,18
set/18	5,56	1,78	3,59	3,28
out/18	5,79	0,89	3,36	2,93
nov/18	5,32	2,71	4,07	3,84
dez/18	8,49	1,81	2,77	2,61
B(IC95%)	5,53 (4,73;6,33)	3,97 (3,22;4,71)		
p(variável meses)	0,337	0,185		
P(variável coeficiente)	<0,01	<0,01		
Tendência	Estacionária	Estacionária		

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

A distribuição temporal do coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis (CMNPCE), no período de 2017 e 2018, conforme o Gráfico 3, que segue, mostra valores continuamente mais altos entre brancos quando comparados aos negros (pretos e pardos). Na

evolução do CMNPCE, nos dois grupos, verificam-se períodos com comportamentos semelhantes e opostos, ainda que não tenha havido tendência de aumento da mortalidade neonatal precoce em nenhum dos grupos durante todo o período.

Gráfico 3 - Distribuição temporal do coeficiente de mortalidade neonatal precoce entre crianças nascidas brancas (azul) e negras (cinza) nos anos de 2017 e 2018 por mês. São Paulo, 2021



Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Já na Tabela 5, observamos que de todos os óbitos neonatais precoces por causas evitáveis 74,769% haviam nascido pré-termo, sendo que 41% de todos os óbitos eram brancos nascidos pré-termo.

Tabela 5 - Número absoluto óbitos neonatais precoces por causas evitáveis de recém-nascidos pré-termo por cor/raça/etnia nos anos de 2017 e 2018 por mês. São Paulo, 2021

RN PRÉ-TERMO	Branca	Amarela	Preta	Parda	Indígena	Não informado	Total
.1.2.1.Reduz. por adequada atenção à mulher na gestação	183	3	12	122	0	44	364
.1.2.2. Reduz. por adequada atenção à mulher no parto	114	1	8	79	0	15	217
.1.2.3. Reduz. pela adequada atenção ao recém-nascido	243	0	18	146	1	27	435

.1.3. Reduz. por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	1	0	0	1	0	0	2
.1.4. Reduz. por ações adequadas de Promoção e Atenção à Saúde	1	0	0	0	0	0	1
.2. Causas de mortes mal definidas	1	0	0	0	0	0	1
.3. Demais causas de morte	152	0	3	71	0	19	245
Total	695	4	41	419	1	105	1265
% do total de ONPCE	41,09%	0,23%	2,42%	24,77%	0,059%	6,20%	74,769%

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

5 DISCUSSÃO

5.1 Qualidade da informação

A qualidade da informação pode ser analisada, segundo distintas perspectivas.

Quanto à coleta de dados, observamos que o não preenchimento do quesito cor/raça nos atestados de óbitos neonatais precoces por causas evitáveis (7,4%), embora maior do que o observado nas declarações de nascidos vivos (0,05%), essa diferença não chega a ser significativa para os resultados encontrados. No entanto, quando o período analisado é maior, a diferença observada torna-se relevante.

Tal achado nos convoca a explicar as suas causas, especialmente se reconhecermos que o preenchimento do quesito raça/cor nos atestados de óbito e nas declarações de nascidos vivos é realizado por heterodeclaração prestada pela família ou profissional responsável pela assistência.

Embora na base do DATASUS não haja a identificação de quem realizou o preenchimento desse dado, podemos inferir que quando não há o preenchimento dessas informações é muito provável que o preenchimento tenha sido realizado por profissionais dos serviços de saúde, sem a participação da família; em que pese a Portaria Nº545/2004-SMS-SP regulamentar que os profissionais só devem realizar a classificação diante da impossibilidade de que a família o faça.

Outro aspecto em relação à questão classificatória por

raça/cor/etnia, descrito por Silva (1999), é o fenômeno do “branqueamento” na classificação por cor. Em tal processo, dadas as correlações entre cor e situação socioeconômica, pode-se resultar em um “inflacionamento” no número de brancos, quando pardos com situação socioeconômica mais elevada se autodeclararam brancos. As evidências coletadas em seu estudo apoiam a ideia de que “no Brasil, não só o dinheiro embranquece como, inversamente, a pobreza também escurece” (SILVA, 1999, p. 124). Nos dados do Gráfico 1, referentes aos óbitos de nascidos de partos pós-termo, no período de 11 anos, não foi registrado nenhum óbito de recém-nascido preto, apenas de pardos e brancos, o que dada à estrutura demográfica e socioeconômica é pouco provável e, possivelmente, seja reflexo desse fenômeno de “branqueamento”.

Esse mesmo fenômeno, já na década de 1950, havia sido descrito por Nogueira (1955), ao tratar da clara diferença entre a classificação por cor no Brasil e nos Estados Unidos da América (EUA). O sucesso socioeconômico dos negros, nesse último, os mantinha na comunidade negra, enquanto no Brasil parte do sucesso das pessoas negras era contabilizado no grupo dos brancos, pela incorporação de mestiços claros bem-sucedidos nesse último grupo.

Outro fenômeno que pode contribuir para o branqueamento no sistema de autodeclaração foi descrito por Maio *et al.* (2005), que observam resultados diferentes, quando a classificação por cor é realizada por autodeclaração de forma aberta (perguntando qual cor/raça/etnia o indivíduo se autodeclara) daquela conduzida de forma fechada (verbalizando as 5 categorias - branco, preto, pardo, amarelo e indígena - para que o indivíduo se escolha uma delas). Esses autores observaram que 12% dos classificados como pardos, com a pergunta aberta, se autodeclararam brancos na fechada e 28% dos que se classificaram como negros ou pretos na aberta se autodeclararam pardos, sendo assim pardos sendo contabilizados como brancos e pretos como pardos.

Outro fenômeno observado, decorrente da invisibilidade da

população indígena, é que muitas vezes, dada a cor da pele e o apagamento histórico sofrido, são classificadas, seja pela autoclassificação ou pela heteroclassificação, como pretas ou pardas. São Paulo tem uma população de 11.918 indígenas (IBGE, 2010), embora lideranças indígenas e antropólogos acreditem que esse número seja subestimado. Para Krenak, os termos pardo e mestiço são um truque colonial que produz categorias de pobreza ao desencadear a exclusão do reconhecimento da identidade indígena na sociedade e o consequente descumprimento dos seus direitos (KRENAK, 2021), a qual também pode ser aplicada aos negros, uma vez que o “branqueamento” nessa população também resulta no descumprimento dos seus direitos.

Segundo Meneghini (2013), com o acréscimo de novos critérios no censo 2010 em relação às etnias e língua falada, pessoas que se autodeclaravam como indígenas e que não pertenciam a alguma etnia foram inibidas a se autodeclararem indígenas e, consequentemente, ocorreu a redução do número de pessoas que se autodeclaravam como indígenas em algumas regiões urbanas.

5.2 Qualidade da assistência pré-natal do parto e do RN

O coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis reflete fatores relacionados à gestação e ao parto, tais como: o peso ao nascer, as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RIPSA, 2018).

As reflexões realizadas por Diniz *et al.* (2016) sobre o inquérito nacional “Nascer no Brasil” (2011-2012) são bastante úteis para discutirmos os resultados do presente estudo. Esses autores ao analisarem o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres que gestaram e pariram, nos anos de 2011 e 2012 no Brasil, observam que mulheres negras tinham uma menor escolaridade, uma taxa de

desemprego maior que a das brancas e que uma maior proporção delas não possuía companheiro e tinham um menor poder aquisitivo. Foi verificado também, quanto ao uso exclusivo do SUS na assistência prestada, uma maior porcentagem de uso pelas mulheres negras (39% pardas e 42% pretas) quanto comparadas às brancas (24%).

Quanto à assistência pré-natal, Diniz *et al.* (2016) mostram que uma maior proporção de mulheres negras realizou um pré-natal considerado “inadequado”³ (16,9%) por referência às brancas 13,1%.

Em relação à assistência ao parto, as mulheres negras tiveram seus partos mais desacompanhadas (24,8% pretas e pardas) do que as brancas (17,4%). Por outro lado, as mulheres brancas tiveram mais partos cesáreos (60,6%), dos quais a maioria foi sem trabalho de parto (43,9%), pretas (30,2%) e pardas (31,1%). Já a proporção de recém-nascidos a termo pleno (>39 sem) foi menor nas brancas (50,1%) que nas pretas (59,7%) e pardas (59,8%) (DINIZ, 2016).

Apesar das mulheres negras terem mais pré-natais inadequados, menos exames, menos acompanhantes na maternidade, contraditoriamente, apresentam mais chances de ter um bebê de termo pleno (DINIZ, 2009).

Podemos observar que de todos os óbitos neonatais precoces por causas evitáveis 74,7% foram partos pré-termo, sendo 41,09% em brancas, 0,23% amarelas, 27,19% em negras (pretas - 2,42% e pardas - 24,77%) e 0,059% em indígenas, conforme a Tabela 5. As mulheres brancas têm mais partos pré-termo e cesáreos (DINIZ, 2016) e a maior parte dos óbitos neonatais precoces por causas evitáveis ocorre em nascidos pré-termo (DATASUS-SP, 2021)

Esse fenômeno foi descrito por Diniz *et al.* (2016) como uma “inversão da disparidade esperada”, já que se espera que gestantes em

³ Segundo o índice de Kotelchuck modificado, que avalia a adequação quantitativa do pré-natal, considerando o trimestre de início e o número de consultas.

condições socioeconômicas favoráveis tenham desfechos melhores. Demonstra-se, possivelmente, que a assistência contribua na mudança do desfecho de uma forma negativa (iatrogênica), associando a assistência a mulheres brancas a eventos adversos, como parto pré-termo e recém-nascidos de baixo peso, anulando, assim, as possíveis vantagens socioeconômicas dessa população (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

Em relação à distribuição geográfica dos óbitos neonatais precoces por distritos no município de São Paulo, nos anos de 2017 e 2018 (gráfico 2), observou-se um aumento proporcionalmente à densidade da população negra residente. Segundo o Mapa da Desigualdade de 2020 (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2020), a população negra varia de 6,8 %, em Moema, a 60,1%, no Jardim Ângela. Considerando quatro faixas de proporção de população negra (Figura 2), observamos que nos 13 distritos com menor número de óbitos (de 1 a 6), a maioria está na faixa com menor proporção de negros residentes (5,8% a 16,1); exceto o distrito de Marsilac que, embora na faixa com maior proporção de negros, tem baixa densidade demográfica⁴. Dos 21 distritos com maior número de óbitos (18 a 83), a maior parte se encontra na faixa com maior população negra residente (43% a 60,1%) aumentando, proporcionalmente, os dois indicadores.

Nos distritos com maior proporção de negros residentes, morrem mais recém-nascidos nos primeiros 7 dias de vida. Isso pode significar que nesses distritos ocorre uma pior assistência ao pré-natal, parto ou recém-nascido, correlacionado possivelmente, com a manifestação do racismo institucional. Segundo Werneck (2016), o racismo institucional equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de manter ou produzir vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais vítimas do racismo, o que também se correlaciona com questões de renda.

⁴ O distrito de Marsilac possui uma densidade demográfica de 41 habitantes por km² enquanto a densidade do município de São Paulo é de 7.398,26 habitantes por Km² (IBGE, 2010).

Há forte correlação no Brasil entre raça, racismo, discriminação racial (incluindo suas interseccionalidades) e renda, cabendo aos grupos racialmente discriminados ocupar patamares inferiores e estando sujeitos a ofertas de ações de saúde pública ou privada precárias. (WERNECK, 2016, p. 544).

Em relação à tendência da distribuição temporal observamos uma estacionariedade tanto para brancos, quanto para negros. Essa tendência em relação ao coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis já vem sendo debatido como um grande desafio na queda do coeficiente de mortalidade neonatal por causas evitáveis almejado pelos Objetivos de desenvolvimento sustentável do milênio da ONU (ODS).

Apesar da mesma tendência, observamos, em alguns meses, comportamentos semelhantes como em dezembro de 2017, em que ocorre uma elevação no coeficiente dos dois grupos e meses em que ocorrem comportamentos opostos nos dois grupos como em maio de 2017 e dezembro de 2018, quando aumenta o coeficiente nos brancos e queda nos negros. Uma possível explicação para esse comportamento seria a relação com datas comemorativas, como Natal e dia das mães, como datas não desejadas para se nascer.

Segundo Chiavegatto (2013), analisando partos de 2001 a 2010, verificou-se uma alta rejeição ao dia de Natal e dia de finados, com um número de nascimentos nesses dias muito abaixo dos restantes. Nesse sentido, pode talvez existir uma correlação com o aumento de cesáreas agendadas e induções de parto para evitar-se nascimentos no dia de Natal, aumentando, então, o número de partos pré-termo e de recém-nascidos de baixo peso e, conseqüentemente, aumentando o coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis no mês de dezembro para recém-nascidos que nasçam desses tipos de parto.

6 CONCLUSÃO

Tais resultados reforçam a necessidade de mais estudos em

relação a coleta e qualidade dos dados, principalmente quanto ao quesito cor/raça/etnia. É fundamental saber em que condições (quem é o profissional e porque o preenchimento) se dão o preenchimento do quesito cor “como não informado”, para que se possam formular propostas que resultem na melhoria da qualidade da informação. São necessárias ações de conscientização dos profissionais sobre a importância do preenchimento o quesito cor e também sua capacitação para a adequada coleta dessa informação, principalmente, em regiões em que vivem povos e comunidades tradicionais - indígenas e quilombolas – e os seus descendentes, na expectativa de uma melhor qualidade desses dados.

Estudos com análises mais aprofundadas também se fazem necessários, dentre os quais pode se considerar o cálculo e a análise do coeficiente de mortalidade neonatal precoce por causas evitáveis em partos cesáreos e em partos pré-termo com recorte de cor/raça, que podem ajudar a responder se o maior CMNPCE se dá devido ao aumento dos partos cesáreos e intervenções iatrogênicas indutoras e nascimentos pré-termo em mulheres brancas ou por uma melhoria na assistência às mulheres negras. O período de análise também pode ser ampliado, dado que dois anos se mostraram insuficientes para alcançar resultados mais significativos.

Uma vez que observamos que nos bairros com maior população negra residente ocorre um maior número de óbitos neonatais precoces, pode-se estudar questões relativas à qualidade da assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido e suas possíveis correlações com o racismo institucional.

Uma das possíveis correlações é a questão de provimento e fixação de profissionais nessas áreas. No município de São Paulo, como em outros locais, existe uma política de incentivo ao provimento e fixação de profissionais da área de saúde (principalmente médicos) em áreas determinadas como de difícil provimento e/ou difícil acesso, existindo gratificações que aumentam o salário dos profissionais lotados nessas

áreas. Porém, segundo Campos e Malik (2008), o salário pode ser um atrativo para um serviço de saúde ou região, mas não garante fixação de médicos, e que existe uma correlação entre rotatividade médica em um serviço de ESF e a satisfação com o trabalho, sendo os fatores em relação a satisfação mais correlacionados, capacitação do profissional, distância das unidades e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho.

Por último, mas não menos importante, é fundamental que seja ofertada a todas as mulheres uma assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido de qualidade e em rede, de forma equânime, a fim de diminuir às disparidades, respeitando a diversidade, combatendo o racismo em todos os seus níveis, principalmente o racismo institucional e a misoginia.

Destacam-se, ainda, alguns pontos importantes a serem garantidos na atenção primária à saúde, tais como: a busca ativa de gestantes para início precoce da assistência pré-natal, gestão do cuidado (garantia de realização de todos os exames necessários, vacinação, inclusão de formas alternativas de coleta - horários mais flexíveis e coleta domiciliar - e consulta, retornos nos prazos ideais, alternativas de acesso), boa conduta clínica baseada em evidências, incluindo prevenção e tratamento de doença hipertensiva específica da gestação durante o pré-natal, o exame físico adequado, a realização de estratificação de risco, a garantia de informação e espaço de reflexão para o empoderamento das mulheres em relação ao processo de gestação, parto e amamentação, incluindo o conhecimento sobre intervenções possíveis e conhecimento dos seus direitos, como forma de minimizar os seus descumprimentos.

REFERÊNCIAS

- ABALOS, E. *et al.* **Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. v. 170, n. 1, p. 1 - 7, Set. 2013.
- ANJOS, J. C. G. **Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista.** In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 97-120
- ARAUJO, E. M. *et al.* **A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública.** Interface, Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, p. 383-94, Dez. 2009.
- AYRES, J. R. C. **Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 519-520, Mar. 2007.
- BARBOSA, M. I. **Racismo e saúde.** 1998. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS; 2011
- BRASIL. **Guia de enfrentamento ao racismo institucional e desigualdade de gênero.** 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?idarea=1592>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.** Brasília: MEC, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS n. 10. Temático Saúde da População Negra.** 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf. Acesso em: 15 mai. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde/ FUNASA/ CENEP. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.html>. Acesso em: 15 jun. 2021

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Set. 2007.

BRITO, Luciana da Cruz. **O crime da miscigenação: a mistura de raças no Brasil escravista e a ameaça à pureza racial nos Estados Unidos pós-abolição**. Revista Brasileira de História, Nova Iorque, v. 36, n. 72, p. 107-130, Mai- Ago. 2016.

CAMPOS, C.; MALIK, A. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, mar.-abr. 2008.

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. **Black power: the politics of liberation in America**. New York: Vintage, 1967.

CARPENTER, F. Y. **Race in Brazil**. Lippincotts Magazine of Popular Literature and Science, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 82 - 85, Jan. 1881.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. **Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no município de São Paulo**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012 Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/partos-cesareos-e-a-escolha-da-data-de-nascimento-no-municipio-de-sao-paulo/11611?id=11611> Acesso em: 20 jul. 2021.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586 - 1594, Out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 19 jun. 2021

CRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: CRI, 2006.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* **Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família**. Rev Saúde Publica. São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, Dez. 2009.

GOULART, F. A.; TANNÚS, L. **Subsídios para o enfrentamento do Racismo na Saúde**. Brasília: DFID, 2007. Disponível em: <http://www.generoracaetnia.org.br/publicacoes/subsidios.pdf>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

GUIMARÃES, A. S. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Ed. 34, 2005.

GUINSBURG, R. **Redução da mortalidade neonatal: um desafio atual**

na agenda de saúde global e nacional. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 301-302, nov. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000600002>. Acesso em: 17 jun. 2021.

HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Companhia das letras, 1995.

JONES, C. P. **Confronting institutionalized racism.** Phylon(1960), Atlanta, v. 50, n. 1/2, p. 07-22, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/4149999>. Acesso em: 25 Mai. 2021.

KRENAK, Ailton. **O Truque Colonial que Produz, o Pardo, o Mestiço e outras categorias de Pobreza:** Primeiro ciclo do seminário "Não sou pardo, sou Indígena", organizado pelo GT Indígena do Tribunal Popular em parceria com a TV Tamuya. **Youtube**, 11 de abr. de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dvijNR9Nbgo&list=PLu-83zx9u0a4EcnzXruYW7x9jTgwo9Hzv>. Acesso em: .

LANSK, S. *et al.* **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. Sup: s192 – s207, Ago. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013. Acesso em: 18 Jun 2021.

LIMA, M. E. O.; VALA, J. **Sucesso social, branqueamento e racismo.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 20, n. 1, p. 11-19, Abr. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000100003>. Acesso em: 20 Jun. 2021.

LÓPEZ, L. C. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet], Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, Mar. 2012. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli>. Acesso em: 22 Jun. 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37 Set 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 10 mar. 2021

MAESTRI, M. **Como era Gostoso ser Escravo no Brasil: A Apologia da Servidão Voluntária de Kátia de Queirós Mattoso.** Revista Crítica Histórica, Ano VI, n. 12, p. 01 - 31, dez. 2015

MAIO, M. C. *et al.* **Cor/raça no Estudo Pró-Saúde:** resultados comparativos de dois métodos de autotransclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online], São Paulo, v. 21, n. 1, p. 171-180 Fev. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100019>. Acesso em: 01 Jan. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* **Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde.** Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233 - 244, out./dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2021.

MARCUSSI, A. A. **Mestiçagem e perversão sexual em Gilberto Freyre e Arthur de Gobineau.** Estud. hist., Rio de Janeiro, v. 26, n. 52, p. 275-293, Dez 2013.

MARTINS, A. L. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, Nov. 2006.

MENECHINI, C. V. **Identidade de mulheres indígenas na cidade do Recife e região metropolitana.** 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2013.

NOGUEIRA, O. **Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem:** sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. Revista Anhembi, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 287-308, Abr. 1955.

NOGUEIRA, O. **Relações raciais no município de Itapetininga.** In: FERNANDES, F.; BASTIDE, R. (orgs.). Relações raciais entre negros e brancos em São Paulo. São Paulo: Anhembi, 1955

NOSSA SÃO PAULO. **Mapa das Desigualdades 2020.** 2020. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Mapa-da-Desigualdade-2020-MAPAS-site-1.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Estimates generated by the UNInter-agency Group for child Mortality estimation.** 2020. Disponível em: <http://data.unicef.org>. Acesso em: 22 Jun. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento**

Sustentável. 2018. Disponível em <https://nacoesunidas.org/pos2015>
Acesso em: 01 mar. 2021.

PAIXÃO, M. *et al.* **Relatório Anual das desigualdades raciais no Brasil, 2009-2010.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE.
Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RUTSTEIN, D. D. *et al.* **Measuring the quality of medical care, a clinical method.** N Engl J Med., Massachusetts, v. 294, p. 582 - 588, Mar. 1976

SANTOS JÚNIOR. **Como Eu Ensino:** A Escravidão no Brasil. Salvador: Melhoramentos. 2013

SAY, L. *et al.* **Global causes of maternal death:** a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health, Geneva, v. 2, p. e323-233, Jun. 2014.

SILVA, N. V. **Uma nota sobre “raça social” no Brasil.**
In: HASENBALG, C. A.; SILVA, N. V.; LIMA, M. (org.). Cor e estratificação social. Rio de Janeiro: Editora Contracapa; 1999. p. 107-125

SILVA, T. D. **Panorama social da população negra.** *In:* SILVA, Tatiana Dias; GOES, Fernanda Lira (Orgs.). **Igualdade racial no Brasil:** reflexões no ano internacional dos afrodescendentes. Brasília: Ipea, 2013. p. 13-28

SILVERIO, V. **Negros em movimento:** a construção da autonomia pela afirmação de direitos. *In:* BERNARDINO, J.; GALDINO, D. (Orgs.). Levando a raça a sério: ação afirmativa e universidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 39-70

STARFIELD, B. **Is primary care essential?** Lancet, Londres, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

STARFIELD, B. **State of the Art in Research on Equity in Health.** Journal of Health Politics, Policy and Law, Durham, v. 31, n. 1, p. 11- 32, Fev. 2006.

TEIXEIRA, N. Z. F. *et al.* **Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 12, n. 1, p. 27 - 35, Mar. 2012.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** Saúde e sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, jul.-set. 2016.

WERNECK, J. **Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)**

tecnologias. 2005. Disponível em: http://www.criola.org.br/artigo_ou_o_belo_ou_o_puro.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

WHO. UNICEF. UNFPA. **World Bank and the United Nations Population Division**. Trends in maternal mortality 1990 to 2015. 2015. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 20 Ago. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ANEXO

ANEXO 1 - Declaração de dispensa de avaliação CEP/CONEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de



Botucatu, 29 de julho de 2021.

Ao

Conselho do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família
Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp

Prezados Senhores,

Declaramos que a (X) dissertação de mestrado / () tese de doutorado intitulada "**Óbitos neonatais precoces relacionados às causas mortes evitáveis e perfil racial das mães no município de São Paulo**" de autoria da discente Vandréa Nunes Cordeiro Garcia Rodrigues se enquadra na Deliberação 351/2020 da Congregação da Faculdade de Medicina, Unesp com base na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que não deve ser registrada nem avaliada pelo sistema CEP/CONEP, por se tratar de:

- () Pesquisa de opinião pública com participantes não identificados
- (X) Pesquisa que utiliza informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527
- () Pesquisa que utiliza informações de domínio público
- () Pesquisa censitária
- () Pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual
- () Pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos de revisão para literatura científica
- () Pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

Atenciosamente,

Orientador: Prof. Assoc. Antonio da Padua Pithon Cury

Discente: Vandréa Nunes Cordeiro Garcia Rodrigues