



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CGAPSES



**DIRETRIZES PARA ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS**

2014

Secretário Municipal de Saúde

Carlos Henrique Casartelli

Coordenação Geral da Atenção Primária Serviços Especializados e Substitutivos (CGAPSES)

Rosane Terezinha Baltazar

Coordenação da Área Técnica da Saúde da Mulher

Luciane Rampanelli Franco

Coordenação da Área Técnica da Saúde da População Negra

Elaine Oliveira Soares

Coordenação Técnica Geral – Área Técnica da Saúde da Mulher

Circe Ottonelli Pithan

Luciane Rampanelli Franco

Rosa Maria Rimolo Vilarino

Autoria

Circe Ottonelli Pithan - Área Técnica da Saúde da Mulher

Elaine Oliveira Soares - Coordenadora da Área Técnica da Saúde da População Negra

Fernanda Niederauer Uratani – Médica Ginecologista e Obstetra da Rede Municipal de Saúde

Luciane Rampanelli Franco - Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher

Nilton Vieira do Amaral – Enfermeiro da Rede Municipal de Saúde

Rosa Maria Rimolo Vilarino - Área Técnica da Saúde da Mulher

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
MAGNITUDE	4
TRANSCENDÊNCIA	4
VULNERABILIDADE	5
DETERMINANTES SOCIAIS E A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS	5
POPULAÇÃO ALVO	6
PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES EM MULHERES NEGRAS	6
MIOMAS UTERINOS	6
DOENÇA FALCIFORME	7
DOENÇA CARDIOVASCULAR E HIPERTENSÃO ARTERIAL	8
DIABETES	10
CÂNCER DE MAMA	11
CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	12
CÂNCER COLO RETAL	13
MORTALIDADE MATERNA	14
GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	16
MORTALIDADE INFANTIL	18
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	19
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	20
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, dando continuidade ao processo de qualificação da atenção à saúde da população feminina com vulnerabilidades específicas, apresenta as Diretrizes para o Acolhimento e Assistência à Saúde das Mulheres Negras.

O termo vulnerabilidade, aqui empregado, refere-se a determinadas suscetibilidades de um grupo de pessoas a sofrer danos a sua saúde. Em relação às mulheres negras, tais suscetibilidades dizem respeito a algumas particularidades biológicas relativas a etnia e, em especial, a determinantes sociais de saúde de uma população, tais como sua situação socioeconômica, cultural, étnico-racial.

As diretrizes técnicas aqui apresentadas são recomendações desenvolvidas sistematicamente, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Elas servem como instrumento de auxílio, nunca de obrigatoriedade, e devem ser periodicamente revisadas segundo as novas evidências médicas.

MAGNITUDE

Município do Porto Alegre, conforme dados do Censo IBGE 2010, tem uma população de 755.564 mulheres, dessas, cerca de 150.000 são mulheres negras, o equivalente a 20% do total da população feminina do município. (1)

Com base no sistema de informação de nascimentos é possível afirmar que, nos últimos dez anos, 90% dos partos de mulheres negras foram realizados em estabelecimentos SUS. Dessa forma, estima-se que a imensa maioria das mulheres negras residentes no município utilize o sistema único de saúde.

TRANSCENDÊNCIA

A saúde das mulheres negras além apresentar algumas peculiaridades de ordem biológica, também é afetada pelas desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e de gênero ainda muito presentes na realidade dessa população. Os

indicadores descritos a seguir são resultado dessas desigualdades nas condições de saúde das mulheres negras.

A cobertura de pré-natal, avaliada pelo número de consultas realizadas ao longo da gestação, é um indicador da qualidade do pré-natal. No município, no período entre 2001-2012, houve uma cobertura de 70% das consultas de pré-natal na população em geral e de 59% na população negra.

Quanto à gestação na adolescência, o Município de Porto Alegre, apresenta índice abaixo dos 15%. Mas quando se faz o recorte por raça-cor, observa-se que nas adolescentes da raça negra o percentual de gestação sobe para 21%.

A mortalidade materna, importante indicador relacionado à qualidade de vida e de desenvolvimento humano e sócio-econômico de uma população, é considerado evitável em 95% dos casos. Percebe-se, no município, uma tendência de queda desse coeficiente ao longo dos últimos dez anos, com um coeficiente em média de 30 casos de óbito materno por 100.000 NV na população em geral e 90 casos por 100.000 NV da raça negra no mesmo período.

Quanto à mortalidade por Aids, ao longo dos últimos dez anos, houve cerca de 15 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 39 óbitos por 100.000 mulheres negras por Aids.

VULNERABILIDADE

As mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde pelas suas peculiaridades sócio-biológicas. As ações de saúde podem ter um impacto direto na redução dos índices de morbimortalidade, interferindo positivamente nos indicadores de saúde de uma população.

Essa diretriz visa nortear a ação dos profissionais de saúde à saúde das mulheres negras chamando a atenção para as suas vulnerabilidades sócio-biológicas visando com isto melhorar as condições de saúde nessa população.

DETERMINANTES SOCIAIS E A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais são Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e influenciam para a

ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco em uma população. Nancy Krieger complementa esse conceito, definindo DSS como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. (3)

Uma distribuição desigual de renda, ou concentração de riqueza e de poder, a discriminação por gênero ou raça são fatores que, sem dúvida, produzem iniquidades em saúde. Alguns indicadores de saúde do Município apresentados nesse documento apontam para essa desigualdade. As mulheres negras realizam menos consultas de pré-natal do que as mulheres brancas, o percentual de gestação na adolescência supera o do observado no restante da população, também proporcionalmente, há mais mortalidade materna e mortalidade por Aids na população feminina da raça negra.

Tema que incrementa essa desigualdade, o racismo, expressar-se em diferentes níveis nas relações em sociedade. No nível pessoal e internalizado, determina sentimentos e condutas; no nível interpessoal, produz ações e omissões; e no nível institucional, resulta na indisponibilidade e no acesso reduzido a serviços e a políticas de qualidade; no menor acesso à informação; na menor participação e controle social; e na escassez generalizada de recursos. (4) Dessa forma as desigualdades raciais e o racismo são grandes obstáculos ao acesso às ações de promoção e prevenção de saúde das mulheres negras e têm grande impacto nas condições de vida e no processo de adoecimento dessa população.

POPULAÇÃO-ALVO: Mulheres Negras

PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES EM MULHERES NEGRAS

MIOMAS UTERINOS

As mulheres negras apresentam mais chances de desenvolver a doença. Nos Estados Unidos, os estudos sugerem que a prevalência de miomas é até cinco vezes maiores nesta população, podendo influenciar também no aumento de abortamento espontâneo e parto prematuro dessas mulheres, dependendo do tamanho e

localização dos miomas. Em São Paulo, pesquisas sugerem maior incidência de miomas, assim como maior percentual de histerectomias nas mulheres negras (cinco vezes maior que nas brancas). As mulheres negras também podem desenvolver sintomas quatro a seis anos antes que as brancas, assim como podem apresentar uma doença mais severa (sangramento, dor pélvica, anemia). A causa de aumento da incidência de miomas uterinos nas mulheres negras é desconhecida.

Sugere-se uma atenção maior nessas mulheres principalmente ao início dos sintomas, talvez tomando condutas mais invasivas e precoces para evitarmos o desenvolvimento de uma doença mais severa e com repercussão sistêmica. (1,2,3)

DOENÇA FALCIFORME

É uma doença hereditária mais comum da população negra em todo o mundo. Incide predominantemente sobre os afrodescendentes do Brasil, principalmente na região nordeste, onde a proporção desta população é maior. No Brasil existe a predominância do tipo Banto que é a forma mais grave. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) assinalam, para o Brasil, o nascimento de 2.500 crianças falcêmicas a cada ano.

Apresentam variadas manifestações clínicas, sendo em alguns casos assintomática e em outros de muita gravidade, levando a complicações que podem chegar a afetar quase todos os órgãos e sistemas, com alta morbidade e provocando uma redução significativa da esperança de vida. Assume uma importância relativa maior nos primeiros anos de vida em função da destruição do baço, provocando maior susceptibilidade a infecções bacterianas, sendo na maioria das vezes fatal e apresentando-se como a principal causa de morte destes pacientes, nos primeiros anos de vida. As pessoas afetadas podem apresentar infecções diversas como septicemias por pneumococos, pneumonias, hepatites, entre outras, que podem agravar ou complicar seu estado de saúde, com a ação conjunta dos condicionantes socioeconômicos a que eles estão expostos. Mulheres falcêmicas apresentam gravidez de alto risco, com maiores chances de perdas fetais e complicações na hora do parto, aumentando a mortalidade materna da população negra.

O diagnóstico é realizado através do teste do pezinho, obrigatório em todos os recém-nascidos (de acordo com a Portaria Nacional de Triagem Neonatal no

822/2001) e a eletroforese de hemoglobina, que permite o diagnóstico da anemia falciforme em adultos.

Conforme protocolo de Assistência Pré-Natal, é recomendado o rastreamento da anemia falciforme para todas as gestantes através da solicitação da eletroforese da hemoglobina, além do aconselhamento genético para aquelas que apresentam traço falciforme.(4,5,6)

DOENÇA CARDIOVASCULAR E HIPERTENSÃO ARTERIAL

No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por cerca de 250.000 óbitos por ano, constituindo-se no primeiro grupo de causa de morte no país.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é reconhecida como um dos principais fatores de risco das Doenças Cardiovasculares (DCV). A HAS representa fator de risco independente para DCV decorrentes de complicações como: Doença Cerebrovascular, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica e Doença Arterial Obstrutiva Periférica.

A etnia negra é um forte fator predisponente à hipertensão arterial, deixando as pessoas afro-brasileiras expostas ao desenvolvimento de uma hipertensão mais severa, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca.

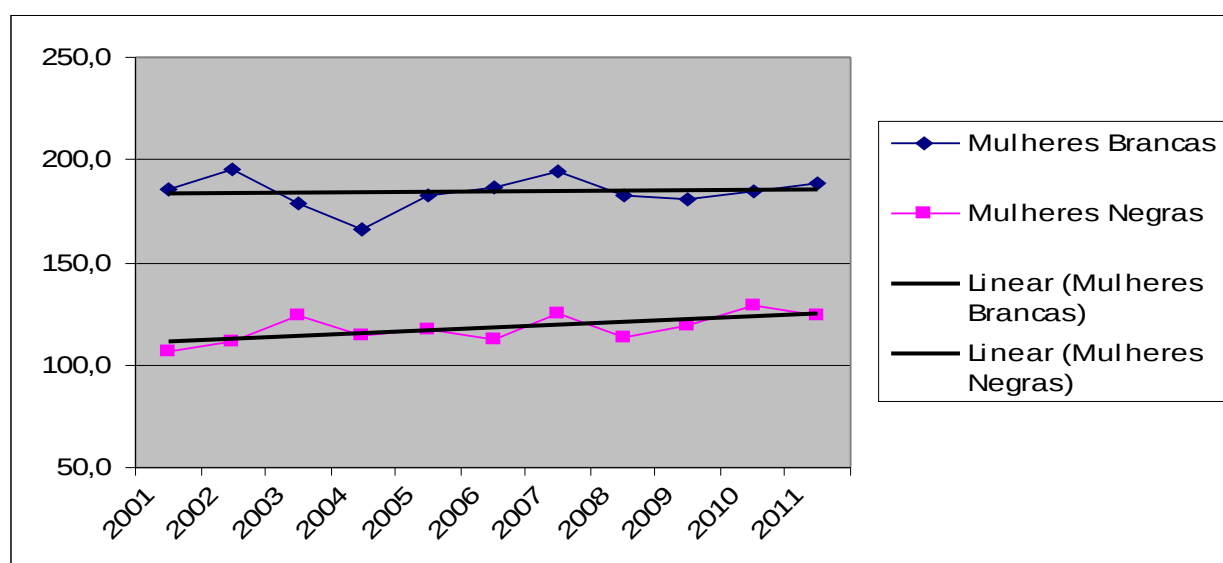
Associados ao fator de herança da própria etnia encontramos os fatores, tais como o fumo, álcool, estresse, a dieta e a obesidade, que irão se unir ao primeiro e potencializar os riscos para o desenvolvimento da doença hipertensiva e cardiovascular. Os negros também apresentam uma diferença de resposta aos fármacos, reagindo melhor ao tratamento com diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio e não tão satisfatoriamente aos bloqueadores beta-adrenérgicos ou aos inibidores da enzima de conversão.

De acordo, com dados do Ministério da Saúde, o infarto e o AVC (Acidente Vascular Cerebral) são as principais causas de morte em mulheres com mais de 50 anos no Brasil. O risco de óbito por doenças isquêmicas e por doenças cerebrovasculares foi de duas a três vezes maiores em mulheres negras nas faixas etárias a partir de 30 anos. Já nas doenças hipertensivas, foi observado um risco

quase duas vezes maior na faixa etária de 40 a 49 anos para as mulheres negras. (7,8,9)

Em Porto Alegre, a partir da análise dos dados do SIM/CGVS/SMS/PMPA, percebe-se um maior o número de óbitos por 100.000 mulheres brancas na comparação como o nº de óbitos da população feminina negra. Em média, nos últimos dez anos, houve 184 óbitos por 100.000 mulheres brancas por DVC e 118 óbitos por 100.000 mulheres negras, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1: Coeficiente de Mortalidade por Doença Cardiovascular/100.000 Mulheres



As mulheres negras têm uma possibilidade maior de apresentar a doença, mesmo assim apresentam um diagnóstico mais tardio do que as mulheres brancas. Também podem apresentar uma doença mais precoce e de forma mais grave, o que pode influenciar durante a gestação e no aumento da morte materna por toxemia decorrente da hipertensão arterial. Com relação às síndromes hipertensivas na gestação, destaca-se a hipertensão arterial crônica e a pré-eclâmpsia individualmente ou de forma associada como complicações que podem afetar a mulher e o feto na gravidez. A pré-eclâmpsia, que ocorre principalmente em primigestas a partir da 20ª semana gestacional ou próximo ao termo do período gravídico, constitui-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade, tanto materna como fetal.

É necessário uma atenção às mulheres negras durante o pré-natal e fora dele, medindo sempre a pressão arterial nessas mulheres durante as consultas médicas,

como forma de rastreamento e prevenção precoce. Além disso, o estabelecimento de um programa de prevenção dos fatores de risco da hipertensão e doenças cardiovasculares voltado para jovens, mulheres e negros seria fundamental. Mas independentemente de sua raça, todos deveriam incorporar em seu dia-a-dia, hábitos de vida mais saudáveis, como uma alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e a manutenção de um peso corporal adequado.

DIABETES

O diabetes melito tipo 1 (DM1) é resultado de um processo imunológico (resposta auto-imune) no qual o organismo passa a produzir anticorpos contra as células beta, responsáveis por produzir insulina, destruindo-as e ocasionando deficiência na produção de insulina.

Na população negra, a incidência tende a ser duas a quatro vezes menor que na população branca das mesmas regiões.

O diabetes melito tipo 2 (DM2) tem um componente hereditário maior que o DM1 e apresenta forte relação com a obesidade e o sedentarismo. O DM2 caracteriza-se por defeitos na secreção de insulina, normalmente associados à resistência insulínica, ou seja, à incapacidade das células de processar essa substância. Nesse sentido, nem sempre há alteração na produção de insulina.

Estudos sobre a diabetes tipo II, a forma mais comum, correspondendo a 90% do total de casos segundo raça, constataram que as mulheres negras apresentam 50% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes que as mulheres brancas, apontando assim também para o fato do alto índice de diabetes gestacional em mulheres negras. Alguns autores ressaltam que, devido às diferenças socioeconômicas estabelecidas entre negros e brancos, refletida num acesso diferenciado aos serviços de saúde, a população negra apresenta uma menor frequência de diagnóstico prévio e, conseqüentemente, está menos coberta por tratamentos específicos. Também estimam uma maior proporção de obesos entre negros, quando comparados com os brancos, assinalando assim, maior frequência num fator de risco importante para o desenvolvimento da diabetes.

Algumas pessoas têm maior risco de desenvolver o diabetes melito tipo 2: pessoas que apresentam intolerância à glicose, pessoas obesas e mulheres que desenvolveram diabetes gestacional.

As medidas preventivas não-medicamentosas do DM2 incluem exercícios físicos e mudança dos hábitos alimentares, com conseqüente redução de peso.

A importância das consultas médicas regulares e da atenção aos sintomas, visto que o diagnóstico precoce do diabetes é fundamental para que sejam evitadas complicações crônicas e agudas.(10,11)

CÂNCER DE MAMA

Dados americanos sugerem que as mulheres negras têm menor predisposição para desenvolver o câncer de mama, mas alguns dados mostram que, na última década, de 12% a 15% das mulheres negras com câncer de mama apresentaram uma média de sobrevida cinco vezes menor que as mulheres brancas. Isto quer dizer que, apesar de as mulheres negras terem menos câncer de mama, elas podem morrer em maior quantidade e mais precocemente por esta ocorrência. Isto pode estar ligado não só às condições vida, mas, sobretudo, ao acesso dessas mulheres a serviços de saúde de boa qualidade.

Mulheres negras podem ter câncer de mama mais precoce do que as mulheres brancas, além de apresentar tumores mais agressivos que podem estar associado a maior taxa de mortalidade.

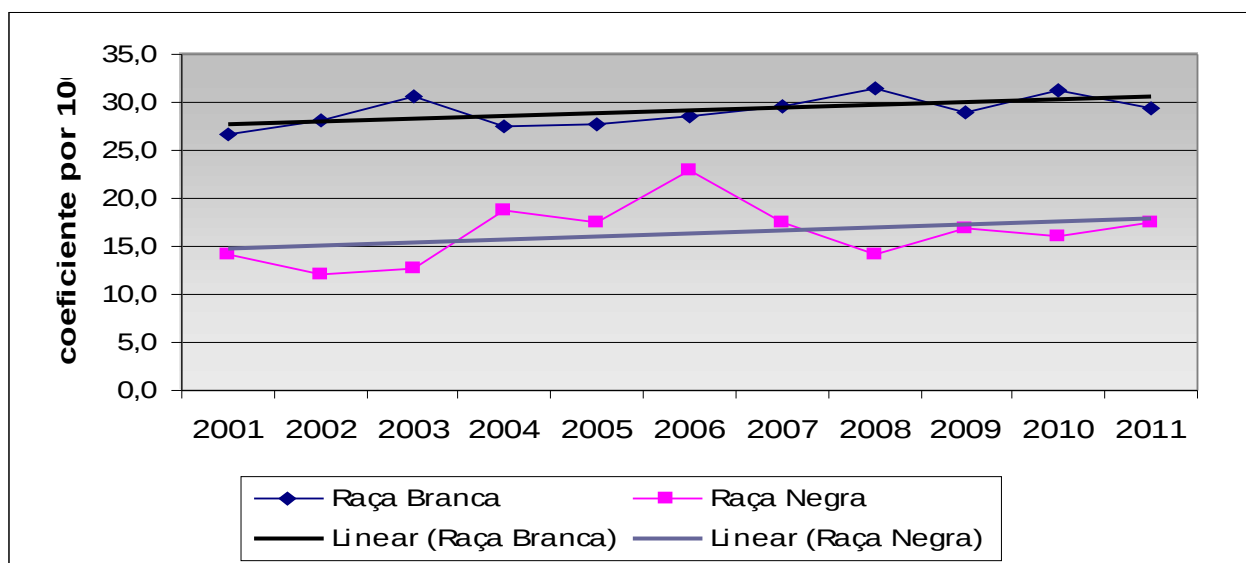
Depois do carcinoma, o fibroadenoma é a segunda neoplasia mais frequente da glândula mamária. É uma afecção mamária benigna, sendo mais frequente na terceira década de vida e em mulheres negras, situação em que tendem à recorrência. A frequência de transformação maligna é muito baixa (0,1 a 0,3% dos casos).

A detecção precoce é fundamental no câncer de mama, já que quando descoberto precocemente, há ótimas chances de cura, com uma sobrevida de cinco anos em 95% dos casos, e pode ser feita através do autoexame das mamas, do exame clínico por profissional de saúde e da mamografia. Outros métodos de

imagem, como a ultra-sonografia e a ressonância magnética, têm grande aplicação na detecção e no diagnóstico das doenças da mama.

Em Porto Alegre, conforme gráfico 2 , observa-se uma tendência de ascensão no número de morte por câncer de mama tanto em mulheres brancas quanto nas mulheres negras, sendo maior o número de óbitos na população branca, o que difere dos dados da literatura. Em média, nos últimos dez anos, houve 29 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 16 óbitos por 100.000 mulheres negras por câncer de mama.(12,13,14)

Gráfico 2: Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Mama/100.000 mulheres



CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero acomete mulheres na faixa etária reprodutiva, concentrando-se naquelas com idade acima de 35 anos, com pico máximo de incidência entre 45 e 49 anos. No entanto, tem sido observado um aumento da ocorrência em mulheres mais jovens. É mais freqüente em mulheres de populações urbanas, de classe social e escolaridade mais baixas, residentes em países em desenvolvimento, negras, não virgens, múltiparas, com início precoce de relações sexuais, primeira gestação em idade jovem, múltiplos parceiros e fumantes. Acredita-se que a infecção pelo papilomavírus humanos (HPV) seja a causa primária do câncer do colo do útero mas também são relacionados como co-fatores outras doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a presença do vírus da

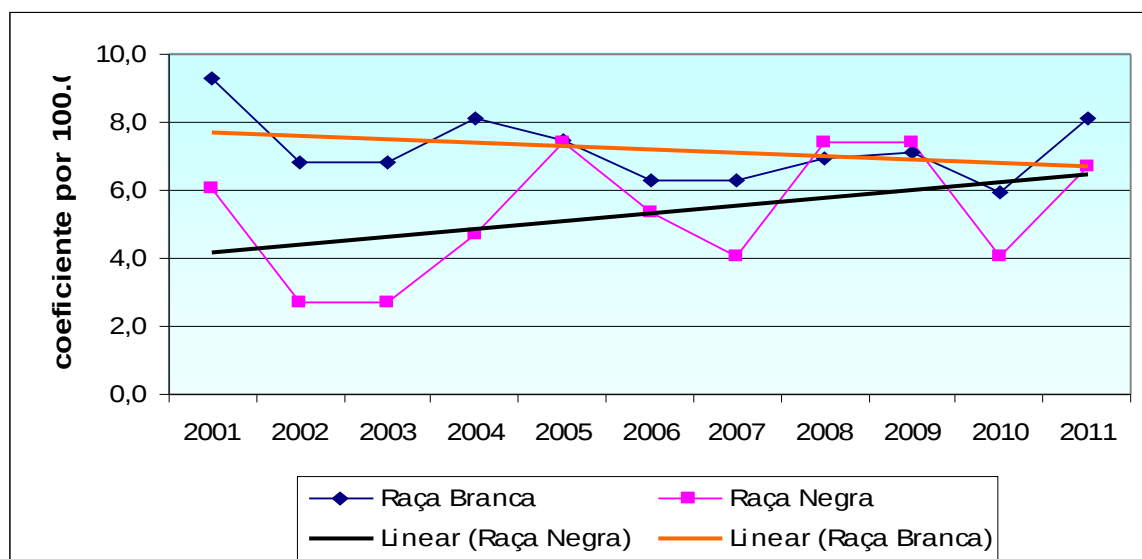
imunodeficiência humana (HIV), o uso de tratamento imunossupressivo e história de transplante de órgãos.

Nos Estados Unidos, o câncer de colo uterino é duas vezes mais freqüente em mulheres negras do que nas brancas. No Brasil, no entanto, não se dispõe de dados desagregados por raça. Considera-se esse um tipo de câncer ligado às condições socioeconômicas da mulher. Portanto, como no Brasil as mulheres negras vivem em situação de alta vulnerabilidade socioeconômica, estima-se que também sejam mais afetadas pelo câncer de colo do útero que as mulheres brancas.

O câncer do colo do útero representa a quarta causa de mortalidade entre as mulheres brasileiras. As maiores taxas de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil foram observadas em mulheres negras na faixa etária dos 50-70 anos, com mais baixa condição econômica. Nos Estados Unidos, a taxa é duas vezes mais alta para as mulheres negras do que para as brancas. (15,16,17)

Em Porto Alegre, observa-se uma tendência de ascensão no número de morte por câncer de colo do útero nas mulheres negras e uma tendência de queda no número de óbitos nas mulheres brancas. Em média, nos últimos dez anos, houve 7 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 5 óbitos por 100.000 mulheres negras por câncer de colo de útero. Principalmente na população negra percebe-se uma grande variação no número de mortes por câncer de colo do útero ao longo do período 2001-2011, conforme gráfico 3

Gráfico 3: Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Colo do Útero/100.000 mulheres



O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. Por isso a orientação e recomendação da revisão ginecológica conforme Diretriz INCA, principalmente nessas mulheres.(18)

CÂNCER COLO RETAL

A raça negra comparada com outros grupos étnicos tem maior incidência de câncer colo retal e a mortalidade parece ser o dobro em estudos americanos. A disparidade entre o número de casos de câncer e a sobrevivência de pacientes brancos e negros com câncer colo retal é de longa data, entretanto, a análise dos dados epidemiológicos revelou que a relação pode estar não na doença em si, mas na falta de acesso dos negros que não receberam o tratamento adequado. Um estudo americano com 11 mil pacientes descobriu que os negros não apenas foram diagnosticados mais tardiamente com a doença (estágio IV), mas foram menos encaminhados ao tratamento adequado e receberam menos cirurgia e radioterapia. Os negros americanos têm uma probabilidade de cerca de 15% a mais de morrerem mais cedo que qualquer paciente branco nas mesmas condições.

Alguns autores recomendam o início mais precoce (antes dos 45 anos) de rastreamento deste câncer na população afro-americana.(19,20,21,22)

MORTALIDADE MATERNA

É a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou durante aborto espontâneo ou provocado até 42 dias após o final da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. A mortalidade materna tardia é aquela que ocorre depois dos 42 dias do parto até um ano após o fim da gravidez. Vários fatores expõem as mulheres negras à mortalidade materna: hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, dificuldades econômicas, nível educacional, cardiopatias associadas, obesidade, síndromes hemorrágicas relacionadas ao parto, infecções no puerpério e complicações decorrentes de abortos realizados incorretamente. A taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras pode chegar até seis vezes maior do que entre as brancas.

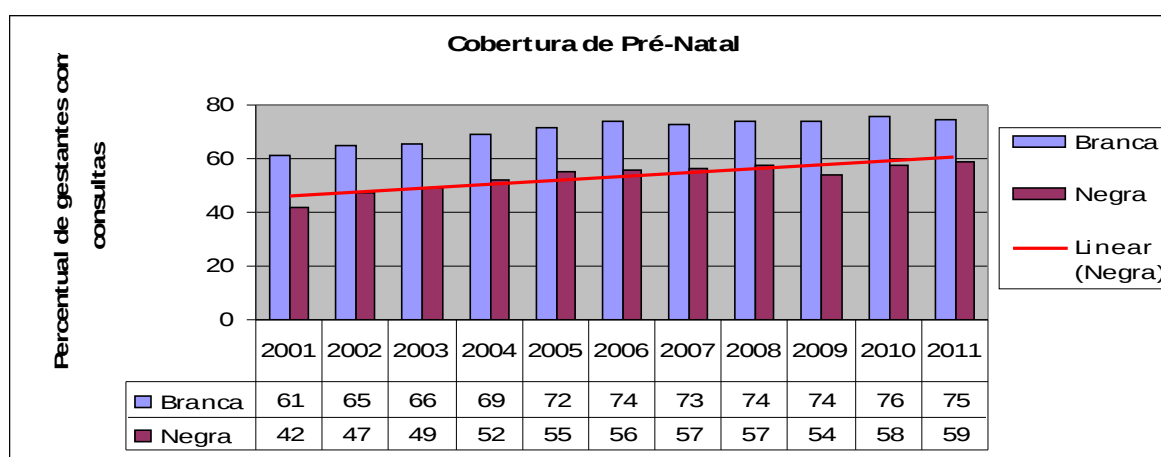
A imensa maioria dos óbitos é evitável, consequência da desorganização do sistema, superlotação hospitalar, falta de humanização dos procedimentos e má qualidade na assistência. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde

(OPAS), o aborto inseguro é a principal causa de mortalidade materna em toda América Latina e Caribe e os índices brasileiros são considerados gravíssimos.

Deve-se também reconhecer que todas as gestações têm risco e que a divisão das gestantes como sendo de alto ou baixo risco de maneira nenhuma deve considerar estas últimas como isentas de risco e, portanto, relegadas a terem menos atenção pré e perinatal. O reconhecimento precoce dos fatores de risco, para encaminhar gestantes com potencial maior de mortalidade materna, antes de apresentarem as formas graves das enfermidades, é ponto-chave para combater a mortalidade materna. Durante o pré-natal, devem ser diagnosticados e tratados todos os casos de infecções gênitó-urinárias, e os casos de hipertensão arterial devem ser identificados ainda no seu início, para que estas gestantes possam ser encaminhadas aos centros terciários antes de apresentarem as formas graves da doença.

Para garantir um pré-natal de qualidade, o Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo 7 consultas. Conforme aponta o Gráfico 4 abaixo sobre o pré-natal em Porto Alegre no período de 2001 - 2011, em torno de 75% das gestantes da raça branca fazem 7 ou mais consultas de pré-natal, enquanto nas gestantes da raça negra esse percentual apresenta-se abaixo dos 60%. Por outro lado há uma tendência de elevação na cobertura de pré-natal na população negra, onde se observou um aumento de 40%. (Fonte dos dados: SINASC/CGVS/SMS/PMPA).

Gráfico 4: Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de Pré-Natal

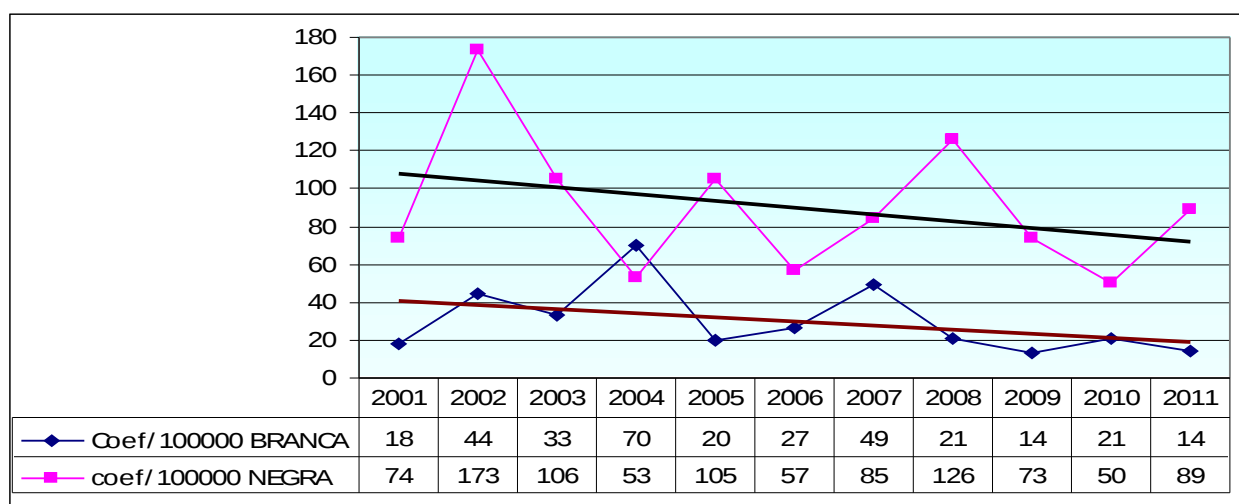


Quanto ao indicador de Mortalidade Materna em Porto Alegre não há equidade raça-cor. Conforme gráfico 5, percebe-se uma tendência de queda desse coeficiente ao longo dos últimos dez anos. Enquanto na população de mulheres da raça branca,

houve em média 30 casos de morte materna por 100.000 nascidos vivos, nos últimos dez anos, na raça negra esse números sobe para 90 casos, em média no mesmo período.

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.(Perspectiva da Eqüidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras – MS).

Gráfico 5: Coeficiente de Mortalidade Materna/100.000 Nascidos Vivos



Uma boa orientação e uma adequada avaliação pré-concepcional para todas as mulheres e principalmente para as negras, poderá diminuir essas taxas de mortalidade materna. (23,24,25)

GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 22% dos adolescentes fazem sexo pela primeira vez aos 15 anos de idade. É nesta fase importante de autoconhecimento e incertezas que a falta de informação pode gerar uma gravidez inesperada ou mesmo a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis.

Com o aumento de ações dentro das escolas, orientação sobre métodos contraceptivos e distribuição de preservativos masculinos e femininos em postos de

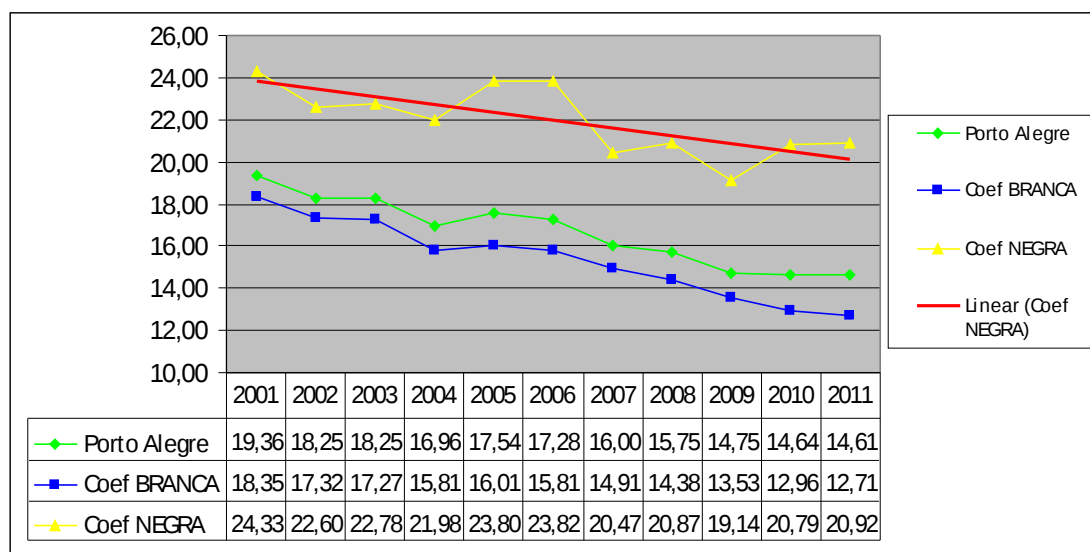
saúde, há mais acesso a recursos para um sexo seguro. Por este motivo, o número de adolescentes grávidas no Brasil tem diminuído. Entre 2005 a 2009, o número de partos realizados entre jovens de 10 a 19 anos caiu 22,4%, comparado à década anterior, segundo o Ministério da Saúde.

Mundialmente, as taxas de gravidez na adolescência variam entre 143 para 1000 na África sub-saariana, a 2,9 para 1000 na Coréia do Sul.

Alguns especialistas afirmam que quando a escola promove explicações e ações de formação sobre educação sexual, há uma baixa probabilidade de gravidez precoce e um pequeno índice de doenças sexualmente transmissíveis.

O percentual de gestação na adolescência, no Município de Porto Alegre, tem permanecido abaixo dos 15%. Observa-se que nas adolescentes da raça negra o percentual de gestação está na faixa dos 21%. O gráfico 6 retrata o descrito acima.

Gráfico 6: Percentual de Gestação na adolescência



Dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais, desconhecimento, história de vida familiar, dificuldades na abordagem do tema sexualidade, mídia com erotização excessiva, podem ser explicações para os dados acima.

Para evitar a gestação na adolescência, além da orientação sobre a contracepção desde a primeira relação sexual, é fundamental a confiança mútua no ambiente familiar e escolar, informações mais detalhadas sobre métodos

contraceptivos, desmistificação de algumas ideias repassadas entre amigos e, acima de tudo, respeito e limite ao seu próprio tempo quanto ao início da atividade sexual.

Qualquer gravidez seja ela planejada ou não, exige cuidados importantes. Há necessidade de assistência médica o mais precoce possível, o ideal nos primeiros 120 dias de idade gestacional. Pré-natal, acompanhamento terapêutico, apoio familiar e bem estar pessoal são extremamente fundamentais nesse momento tão delicado na vida de uma jovem.(26, 27, 28)

MORTALIDADE INFANTIL

Estudos epidemiológicos e pediátricos salientam que a mortalidade neonatal é mais acentuada entre os negros, mantendo-se a diferença, mesmo que num nível menor, nos riscos relativos de mortalidade pós-neonatal entre estes e os brancos. Uma das linhas explicativas ressalta a constatação de que, com maior frequência, os filhos de mães negras nascem com menor peso, além de ser mais freqüente entre eles o menor tempo de gestação, quando comparados com os filhos de mães brancas fatores estes que aumentariam drasticamente o risco de mortalidade antes de cumprir um ano de vida. Estima-se uma maior proporção de filhos de mães negras com menos de 2.500 gramas ao nascer e, em média, elas teriam gestações inferiores a 37 semanas, enquanto para as mulheres brancas a proporção de filhos prematuros e com baixo peso ao nascer seria significativamente menor. Complicações das funções pulmonares são as que mais provocam a morte dessas crianças, convertendo-se no fator limite para a sobrevivência dos recém-nascidos com baixo peso. Observa-se uma maior prevalência de nascimentos de negros com baixo peso ao nascer, em quase todas as regiões do país, chegando a significar uma diferença de 20% no Norte e Nordeste do país.

A escolaridade reflete as condições socioeconômicas da mãe e está associada a um maior risco de morte neonatal. A associação com outros fatores, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade, é observada. Não obstante, também se observa maior risco de morte entre crianças de mães com baixa escolaridade, mesmo quando apresentam peso adequado ao nascer.(29,30,31,32)

No Município de Porto Alegre, ao longo dos últimos 10 anos o percentual de nascidos vivos da raça negra tem se mantido em torno de 20% do total. Conforme

tabela 1, a série histórica da Mortalidade Infantil não apresenta diferença entre os coeficientes por raça cor. Quanto ao percentual de recém nascidos vivos com peso inferior a 1500g, a tabela 2 mostra que há equidade raça-cor.

Tabela 1: Série histórica Coeficiente de Mortalidade Infantil/100.000 NV

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RAÇA BRANCA	13	14	14	12	13	12	12	11	10	10	9
RAÇA NEGRA	14	14	11	12	14	14	12	12	10	9	8

Tabela 2: Série histórica do percentual de RNV < 1500g

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BRANCA	1,5	1,6	1,7	1,6	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,5
NEGRA	1,8	1,7	1,6	1,5	1,9	1,9	1,5	1,8	1,8	1,5	1,4

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES ou lúpus) é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, de causa desconhecida que pode afetar qualquer parte do corpo. Assim como ocorre em outras doenças autoimunes, o sistema imune ataca as próprias células e tecidos do corpo, resultando em inflamação e dano tecidual. Uma a cada duas mil pessoas possui esse problema, sendo mais comum em mulheres negras e latinas (atingindo 1 a cada 245). Pesquisas norte-americanas mostram que as mulheres negras têm três vezes mais possibilidade de desenvolver o lúpus e cuja possibilidade de ocorrência aumenta se a mulher é jovem e negra, apesar de esta ser uma doença de diagnóstico às vezes difícil na população como um todo, pela diversidade dos sintomas. Os primeiros sintomas ocorrem geralmente entre os 20 e 40 anos, geralmente durante os anos férteis (da menarca à menopausa). Com maior incidência ao redor dos 30 anos. É mais comum nos países tropicais, onde a luz do sol é mais forte.

No Brasil devem haver entre 16.000 e 80.000 casos de Lúpus sistêmico.

Gestantes portadoras de lúpus necessitam de um acompanhamento médico rigoroso ao longo da gravidez, visto que a doença pode atingir também o feto.

O LES é tratável sintomaticamente principalmente com corticosteróides e imunossupressores. Atualmente ainda não há cura. O LES pode ter complicações fatais, no entanto, atualmente as fatalidades têm-se tornado cada vez mais raras. (33,34,35,36)

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Algumas DST podem não apresentar sintomas, tanto no homem quanto na mulher. Essas doenças quando não diagnosticadas e não tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte. Como DST podemos citar: tricomoníase, gonorreia, clamídia, micoplasma, ureoplasma, cancro mole, herpes genital, DIP (doença inflamatória pélvica), donovanose, condiloma acuminado (infecção pelo papilomavírus humano (HPV)), infecção pelo Vírus T-linfotrópico humano (HTLV), linfogranuloma venéreo, sífilis e AIDS.

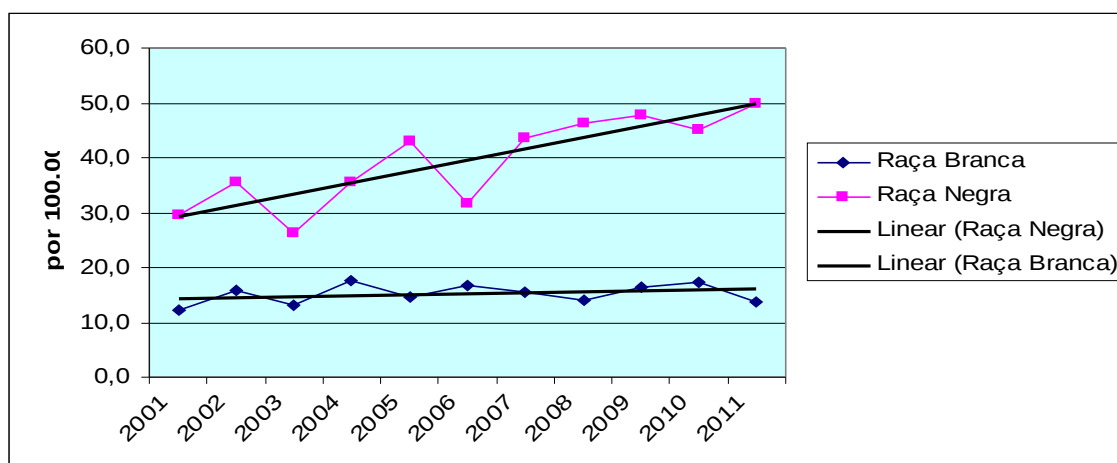
Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, as DST são um grande problema de ordem pública, onde mulheres não tratadas podem desenvolver infecções do trato genital superior, infertilidade, câncer do colo do útero e aumento da chance de contrair o HIV. Entre os fatores de risco estão as mulheres da raça negra.

Usar preservativos em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das DST, em especial do vírus da aids, o HIV. Outra forma de infecção pode ocorrer pela transfusão de sangue contaminado ou pelo compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis. O HIV e a sífilis também pode ser transmitido da mãe infectada, sem tratamento, para o bebê durante a gravidez e o parto. E, no caso do HIV, também na amamentação.

A expansão da epidemia de HIV/AIDS no Brasil sugere que as mulheres estão em maior vulnerabilidade, principalmente aquelas com menor escolaridade e renda. Portanto, as mulheres negras estão entre as mais vulneráveis.

Em Porto Alegre, observa-se uma tendência de ascensão no número de óbitos por Aids em mulheres negras. O gráfico 7 explicita esse panorama. Nos últimos dez anos houve, em média, 15 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 39 óbitos por 100.000 mulheres negras por Aids.

Gráfico 7: Coeficiente de Mortalidade por Aids/100.000 Mulheres



O tratamento das DST, melhora a qualidade de vida do paciente, interrompe a cadeia de transmissão dessas doenças. Estudos demonstram que programas realizados com mulheres de baixo nível socioeconômico reduziram em curto prazo as DST, em especial as HPV induzidas, podendo em longo prazo promover impacto também na redução do câncer do colo do útero.(37, 38,39)

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Doença inflamatória pélvica (DIP) é um termo genérico para qualquer processo infeccioso ou inflamatório envolvendo o trato genital feminino superior (endométrio, trompas, ovários, paramétrios e peritônio). Essa doença está relacionada à presença de microorganismos, como gonococo e clamídia, no trato genital inferior (vagina e endocérvice) que sobem pelo colo uterino e se disseminam no trato genital superior.

Os dados mostram que doença inflamatória pélvica é muito mais comum nas mulheres negras que nas brancas. Constitui uma das causas de esterilidade entre as

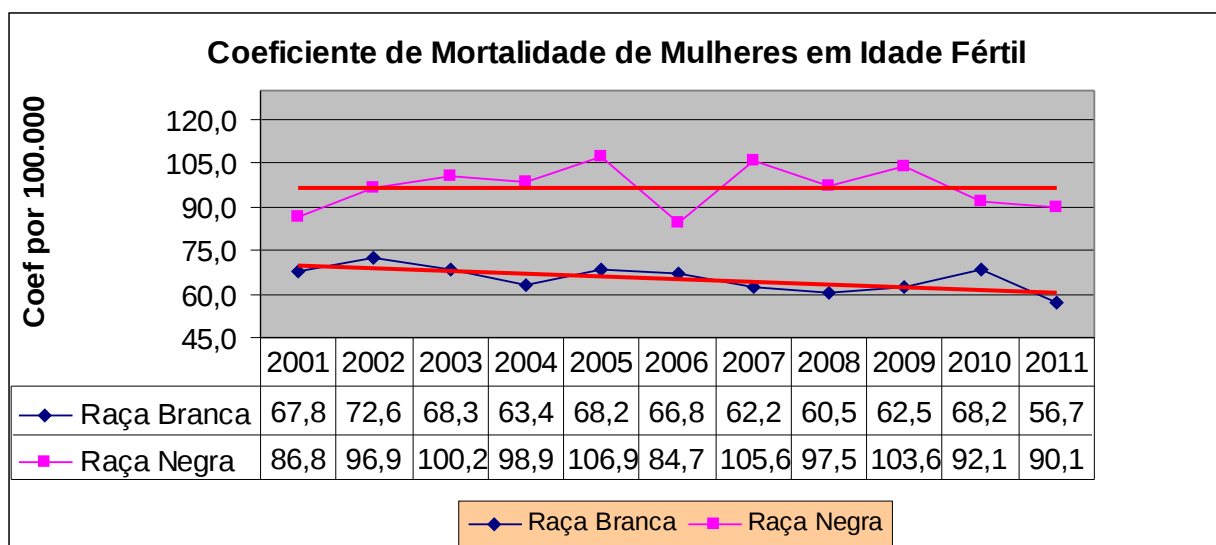
mulheres. Embora muitas pessoas afirmem ser esta uma doença relacionada à prática da liberdade sexual e até à promiscuidade, ela está intimamente ligada aos níveis socioeconômicos da população.

Para prevenir as seqüelas dessa doença, é preciso descobri-la precocemente e realizar o quanto antes o tratamento adequado. Deve-se suspeitar de uma DIP quando houver dor abdominal, iniciando-se poucos dias após o início do período menstrual e piorando com movimentos, exercícios físicos e na relação sexual; secreção vaginal amarelada; disúria; sangramento vaginal inesperado; febre, com temperaturas acima de 38°C.

Como prevenção, são muito importantes medidas e orientações às mulheres, como o uso de métodos de barreira, como preservativos (camisinha feminina e camisinha masculina) ou diafragma; redução do número de parceiros sexuais; realizar avaliação ginecológica regular; evitar o coito vaginal após o coito anal.(40,41,42)

Quanto ao número de óbitos em mulheres negras em idade fértil há uma tendência de estabilidade. O Gráfico 8 mostra que em média, nos últimos dez anos, houve 65 óbitos por 100.000 mulheres brancas e 97 óbitos por 100.000 mulheres negras em idade fértil. Verificando-se as causas de óbitos em mulheres em idade fértil encontramos cerca de 40% dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, 15% de óbitos por neoplasias e 14% por Doenças Cardiovasculares.

Gráfico 8: Coeficiente de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil/100.000 Mulheres



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, disponível em: www.ibge.gov.br.
2. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Maria Rita Bertolozzi , Lucia Yasuko Izumi Nichiata, Renata Ferreira Takahashi , Suely Itsuko Ciosak ,Paula Hino, Luciane Ferreira do Val, Mónica Cecília de La Torre Uguarte Guanillo
3. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
4. Guia de enfrentamento do Racismo Institucional – Instituto da Mulher Negra
5. Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:100
6. Templeman C, Marshall SF, Clarke CA, et al. Risk factors for surgically removed fibroids in a large cohort of teachers. Fertil Steril 2009; 92: 1436
7. Werneck J, Mendonça M, White CE, Nossos Passos Vêm de Longe – O Livro das Mulheres Negras, 2 edição, RJ, Pallas/Criola, 2006
8. Guimarães CT, Coelho GO. The importance of genetic counseling at sickle cell anemia. Cien Saude Colet. 2010 Jun;15 Suppl 1:1733-40.
9. Platt OS, Brambilla DJ, Rosse WF, et al.. (June 1994). "Mortality in sickle cell disease. Life expectancy and risk factors for early death". N. Engl. J. Med. 330 (23): 1639–44
10. Diretrizes de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco, 2012. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
11. Larsen WI, Strong JE, Farley JH. Risk factors for late postpartum preeclampsia. J Reprod Med. 2012 Jan-Feb;57(1-2):35-8
12. Warren TY, Wilcox S, Dowda M, Baruth M. Independent association of waist circumference with hypertension and diabetes in african american women, South Carolina, 2007-2009. Prev Chronic Dis. 2012 May;9:E105.
13. Sociedade Brasileira de Hipertensão – disponível em: www.sbh.org.br

14. Warren TY, Wilcox S, Dowda M, Baruth M. Independent association of waist circumference with hypertension and diabetes in african american women, South Carolina, 2007-2009. *Prev Chronic Dis.* 2012 May;9:E105.
15. <http://www.diabetes.org.br/index.php>
16. Hasson RE, Adam TC, Pearson J, Davis JN, Spruijt-Metz D, Goran MI. Sociocultural and socioeconomic influences on type 2 diabetes risk in overweight/obese african-american and latino-american children and adolescents. *J Obes.* 2013;2013:512914. Epub 2013 May 13.
17. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010.* Atlanta: American Cancer Society, Inc.
18. Carey LA, Perou CM, Livasy CA, et al. Race, breast cancer subtypes and survival in the Carolina Breast Cancer Study. *JAMA* 2006; 295:2492
19. Rosen PP. *Rosen's breast pathology.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2001. P. 143-55
20. Farley J, Risinger JI, Rose GS, Maxwell LG. Racial disparities in black with gynecologic cancers. *Cancer* 2007; 110(2): 234-43.
21. Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. Persistent area socioeconomic disparities in U.S incidence of cervical cancer, mortality, stage, and survival, 1975-2000. *Cancer* 2004;101(5):1051-7.
22. Chor D, Lima ARC. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais no Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1586-94.
23. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. INCA, 2011
24. Robert H Fletcher, MD, J Thomas LaMont, MD, H Nancy Sokol, MD. Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk. *Uptodate* Junho 3, 2011.
25. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, et al. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009. *AM J Gastroenterol* 2009; 104:739
26. Ward E, Jemal A, Cokkinides V, et al. Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. *CA Cancer J Clin* 2004; 54:78
27. Cash BD, Banerjee S, Anderson MA, et al. Ethnic issues in endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2010; 71:1108
28. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Maternal Mortality at a Tertiary Hospital in Rio Grande do Sul - Brazil: a Twenty-year Study. *RBGO* - v. 25, nº 6, 2003
29. Pagel C, Lewycka S, Colbourn T, et al. Estimation of potential effects of improved community-based drug provision, to augment health-facility strengthening, on maternal mortality due to post-partum haemorrhage and

- sepsis in sub-Saharan Africa: an equity-effectiveness model. *Lancet* 2009; 374:1441.
30. Horon IL, Cheng D. Effectiveness of pregnancy check boxes on death certificates in identifying pregnancy-associated mortality. *Public Health Rep* 2011; 126:195
 31. Treffers, P.E. Teenage pregnancy, a worldwide problem. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 2003; 147(47), 2320-5.
 32. Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates: latest available year, 2000–2009 — United Nations Statistics Division – Demographic and Social Statistics
 33. www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-crianca-e-do-adolescente/gravidez-na-adolescencia
 34. Alexander GR, Kogan M, Bader D, Carlo W, Allen M, Mor J. US birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995-1997 rates for whites, hispanics, and blacks. *Pediatrics* 2003;111(1):61-66.
 35. CARVALHO, Patrícia Ismael de et al . Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, set. 2007 . Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>
 36. Lu MC, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Matern Child Health J* 2003; 7:13-30.
 37. NASCIMENTO, Renata Mota do et al . Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>
 38. <http://www.nefrologiaufc.hpg.ig.com.br/artigos/lupus1.pdf>
 39. James, William; Berger, Timothy; Elston, Dirk (2005). *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. (10th ed.). Saunders
 40. Emilia Inoue Sato, Eloísa Dutra Bonfá, Lílian Tereza Lavras Costallat, Nilzio Antonio da Silva, João Carlos Tavares Brenol, Mittermayer Barreto Santiago, José Carlos Mansur Szajubok, Acir Rachid Filho, Rui Toledo Barros e Mônica Vasconcelos.(2002) Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES) *Revista Brasileira de reumatologia*, 2002
 41. Neri F, Chimini L, Filippini E, Motta M, Faden D, Tincani A. Pregnancy in patients with rheumatic diseases: psychological implication of a chronic disease and neuropsychological evaluation of the children. *Lupus*. 2004; 13(9):666-8
 42. Heidi Swygard, MD, Myron S Cohen, MD, et al. Screening for sexually transmitted diseases. *Uptodate*, 2013
 43. <http://www.aids.gov.br/>

44. Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Interventions for Encouraging Sexual Lifestyles and Behaviours Intended to Prevent Cervical Cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 2
45. Ross JD. Pelvic inflammatory disease: how should it be managed? Curr Opin Infect Dis. 2003 Feb; 16(1):37-41.
46. Bartlett EC, Levison WB, Munday PE. Pelvic inflammatory disease. BMJ. 2013 May 23;346
47. <http://www.aids.gov.br/>