**O PANORAMA DESAÚDE DAS MULHERES DO TERRITÓRIO DO CABULA**

Mary Lúcia Souto Galvão[[1]](#footnote-2)

mgalvao@uneb.br

Tainá Santana de Deus Oliveira[[2]](#footnote-3)

taina.sdo@gmail.com

Ticiana Osvald Ramos[[3]](#footnote-4)

ticiana@ufrb.edu.br

Francisca de Paula Santos da Silva[[4]](#footnote-5)

fcapaula@gmail.com

**RESUMO**

Este artigo é fruto da tese intitulada “Educação, saúde e memória: narrativas e saberes das parteiras tradicionais no território do Cabula”, e tem como objetivo apresentar o panorama da saúde, mais especificamente os dados relativos à assistência obstétrica, das mulheres em idade reprodutiva residentes no território do Cabula, a partir de dados epidemiológicos, narrativas coletadas nos espaços de vivências em rodas de conversas enquanto ações dialógicas, criativas e afetivas. Estas rodas de conversa integram as ações educativas dos projetos de extensão desenvolvidos pelo Departamento de Ciências da Vida, da UNEB, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, no DSCB. Os resultados obtidos nessa pesquisa apontam para baixa cobertura da atenção básica, agravamento das desigualdades sociais durante a pandemia COVID-19, associadas ao racismo estrutural, baixa qualidade da assistência pré-natal, desencadeando aumento da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Conclui-se, portanto, que o panorama de saúde da população domiciliada no Cabula apresenta fragilidades decorrentes do aumento das desigualdades sociais, acentuando a vulnerabilidade social desta população, comprometendo os dados epidemiológicos de saúde.

**Palavras-chave**: Saúde. Cabula. Mulher.

**1 INTRODUÇÃO**

Este artigo é fruto da tese intitulada“Educação, saúde e memória: narrativas e saberes das parteiras tradicionais no território do Cabula”, da autora Mary Lúcia Souto Galvão (2020), que para adentrar o Cabula e ocupar o lugar de pesquisadora, pede licença aos habitantes desse território, que trazem na bagagem a sua história de luta, resistência e ancestralidade. O lugar de fala é de mulheres que através da UNEB, vivenciaram e partilharam experiências em roda com as mulheres deste território.

Tem-se como objetivo apresentar o panorama da saúde, e mais especificamente os dados relativos à assistência obstétrica,das mulheres em idade reprodutiva residentes neste território, a partir dos dados epidemiológicos extraídos do II Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador (2015), do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, e da observação participante enquanto membros do projeto de extensão *“Acolhendo mulheres em situação de vulnerabilidade social”,* da UNEB,frequentando as Unidades Básicas deSaúde desse distrito sanitário.

A estruturação do campo da Saúde no território do Cabula, é considerada através da lógica da regionalização da saúde, Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB). A divisão territorial de Salvador, de acordo com as “Prefeitura-Bairro”, relacionada à definição do Distrito Sanitário, foi definida em 2016, por meio do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU) que foi instituído pela Lei Municipal nº 9.069(SALVADOR, 2016).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) (SALVADOR, 2017b), o DSCB constitui a região vinculada com a “Prefeitura-Bairro VIII – Cabula Tancredo Neves”, possuindo área de 25,89 km² com uma densidade demográfica de 16,27 hab/km² e população estimada em 421.246 habitantes para o ano de 2015. Conforme definição do PDDU 2016, o Distrito abrange 22 bairros no seu território (SALVADOR,2016)

**2 PANORAMA DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO CABULA-BEIRU**

De acordo com o PMS(2017), a rede de assistência à saúde do DSCB é constituída por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS); nove Unidades de Saúde da Família (USF); dois Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Adicionalmente, reconhece-se dois hospitais no território: um Hospital Geral de alta complexidade, o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), e um Hospital Psiquiátrico, o Hospital Juliano Moreira (HJM). A distribuição destas unidades, bem como a relação entre a cobertura ideal e real, a partir da estimativa populacional pode ser conferida no Quadro 1, a seguir.

**Quadro 1 –** Distribuição e alcance de Unidades de Saúde no DSCB

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Unidade** | **Quantidade** | **Bairros** | **Relação Unidade/**  **habitante ideal** | **Relação Unidade/**  **habitante real** |
| **Unidade Básica de Saúde (UBS)** | 09 | * Calabetão - C74.S. Calabetão * Saboeiro - 11º C. S. Eunísio Coelho Teixeira * Engomadeira - C.S. Engomadeira * Mata Escura - C.S. Mata Escura * Santo Inácio - C.S. Santo Inácio * Sussuarana - C.S. Sussuarana * Pernambués - CS do CSU de Pernambués * Arenoso - C.S. Arenoso * Estrada das Barreiras - C.S.Barreiras | 1/18.000\*  Considerando a população estimada em 421.246\*\*, deveria haver cerca de 23 unidades no distrito | 1/46.805  Considerando a população estimada em 421.246, há uma unidade para cada 46.805 hab. no distrito |
| **Unidade de Saúde da Família (USF)** | 12 | * Arenoso - USF Prof. Guilherme Rodrigues da Silva * Saramandaia - USF Dep. Cristóvão Ferreira * Cabula VI - USF Fernando Filgueiras – Alto da Cachoeirinha * Doron - USF Prof. Dr. Carlos Santana * Pernambués - USF Prof. Humberto Castro Lima – Pernambuezinho * Estrada das Barreiras - USF Barreiras * Sussuarana - USF Raimundo Agripino * São Gonçalo - USF Padre Mauricio Abel * Mata Escura - USF Mata Escura * Nossa Senhora do Resgate - USF Claudelino Miranda) * Arraial do Retiro - USF Antonio Ribeiro Neiva * Calabetão - USF Calabetão | 1/12.000\*  Considerando a população estimada em 421.246, deveria haver cerca de 35 unidades no distrito) | 1/35.104  Considerando a população estimada em 421.246, há uma unidade para aproximadamente35.104 hab. no distrito) |
| **Centro de Atenção Psicossocial**  **(CAPS)** | 02 | * Pernambués - CAPS II Eduardo Saback Dias de Moraes * Pernambués - CAPS AD | CAPS I- pop. >15mil hab.\*\*\* = 28 unidades  CAPS II- pop. > 70mil hab. \*\*\* = 6 unidades  CAPS III- pop. > 150mil hab. \*\*\* = 3 unidades (2,8)  CAPS AD- pop. >70mil hab. \*\*\*  = 6 unidades  CAPS AD III- pop. > 150 mil hab. \*\*\* = 3 unidades (2,8)  CAPS i- pop. > 70mil hab. \*\*\*=  6 unidades | 1CAPS II/ 421.246hab.  1 CAPS AD/ 421.246hab. |
| **Unidades de Pronto Atendimento**  **(UPA)** | 02 | * Pernambués - PA Edson Teixeira Barbosa * Tancredo Neves - PA Dr.Rodrigo Argolo IV | 1/300.000\*\*\*\* | 1/210.623 |
| **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)** | 01 | Cabula VI | -\*\*\*\*\* |  |
| **Hospital Geral** | 01 | Cabula |  |  |
| **Hospital Psiquiátrico** | 01 | Narandiba |  |  |

Fonte: Elaborada pela autora, com base nas informações referenciadas no corpo do texto.

\*Parâmetros apresentados na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017)

\*\* Estimativa populacional calculada e apresentada no PMS (SALVADOR, 2017b)

\*\*\* Parâmetros apresentados no documento do Ministério da Saúde: Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).

\*\*\*\*Parâmetros apresentados na Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009(BRASIL, 2009).

\*\*\*\*\* Não foi encontrado o parâmetro.

O Quadro acima ilustra a distribuição espacial de Unidades de Saúde conforme seu tipo no território do DSCB. Cabe ressaltar, que os Agentes Comunitários reconhecem que centenas de famílias moradoras de áreas dominadas pelo tráfico de drogas permanecem desassistidas em razão da impossibilidade de adentrar esses territórios por conta do risco, ficando essa população ainda mais vulnerável.

No mesmo Quadro apresenta-se o número de unidades de saúde do DSCB, por tipo de unidade,bem como a quantidade ideal para atender a população do distrito, de acordo com os parâmetros recomendados pelo MS de cobertura padrão. Aplicando um método de cálculo simplificado - um método mais sofisticado de cálculo deveria estimar o número de unidades considerando os critérios populacionais e os arranjos assistenciais entre os diferentes tipos de unidades disponibilizados à população –estima-se que o número ideal de UBS fosse de 23 unidades e de USF 35 unidades e conta com apenas 9 UBS e 12 USF. O número ideal de CAPS varia segundo o tipo, entretanto, conta com apenas duas unidades no DSCB, ambas no bairro de Pernambués, sendo o ideal, para CAPS I, 28 unidades. O único tipo de unidade que se encontra dentro dos parâmetros populacionais ideais são as UPA, o que significa que ainda se encontra longe de efetivar o modelo de transição com alta resolubilidade na atenção básica do DS. Além disto, as unidades de maior complexidade e de caráter de atendimento às urgências e emergências apresentam maior força de manobra política, sendo o investimento privilegiado. Nessa perspectiva constata-se que há uma disparidade entre a cobertura recomendada e a existente neste território.

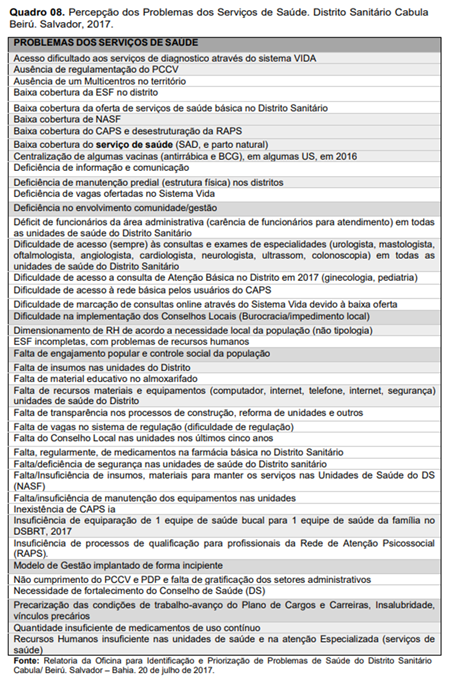
Esse fenômeno decorre do modelo hospitalocêntrico instalado no Brasil, a partir da ciência moderna, com a implementação da tecnologia no campo da assistência à saúde, reproduzindo uma cultura de valorização da atenção a doença e as intervenções médicas, em lugar da valorização à promoção da saúde.

O PMS (2017) utiliza alguns indicadores de atenção à saúde para analisar a situação da população do território, indicando que o DSCB dispõe de uma Cobertura de Atenção Básica, em 35,8%; de Estratégia de Saúde da Família, em 24,6%; de Cobertura de Saúde Bucal,em27,9%; e de Saúde Bucal na ESF,em21,97%.Considerando que o DSCB não dispõe da cobertura preconizada pelo MS, é possível inferir que essa população não recebe a Atenção Básica recomendada, sendo que as UBS são a entrada de todo o sistema e potencialmente deveriam ser responsáveis pela resolubilidade de 80% de toda demanda por serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A baixa cobertura em Salvador prevalece desde o início da implementação da Gestão Plena, em 2006. Seguindo a tendência de que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema, a Norma Operacional de Assistência à Saúde(NOAS/SUS 01/02), instituída pelo MS define duas condições de participação do município na gestão do SUS: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica, e Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (BRASIL, 2017). Sendo em Salvador adotada a gestão Plena do Sistema Municipal, visto que o município se responsabiliza tanto pelas atividades primárias, como as de média e alta complexidade.

Embora os serviços de saúde tenham crescido e melhorado, ainda existem acentuadas desigualdades regionais nos serviços prestados à população. A cobertura das consultas médicas pelo SUS constitui um exemplo claro que expressa as diferenças significativas entre as regiões e as diversas áreas das grandes metrópoles. A melhor performance de consultas médicas, procedimentos de enfermagem e consultas odontológicas em Salvador está concentrada na região do Centro, com performance mediana em Distritos Sanitários de regiões com menor vulnerabilidade. Além da baixa cobertura, os serviços essenciais, tais como: os exames de diagnose, não são suficientes para atender os usuários (CARDOSO; VIEIRA, 2012).

Constata-se, portanto, que um dos maiores obstáculos advém da baixa cobertura da atenção básica, comprometendo os outros indicadores que expressam as condições de saúde da população. Além de dados sobre a cobertura da Atenção Básica, o PMS (2017b) elencou uma série de problemas relacionados às Unidades do DSCB, que são interdependentes e resultantes das dificuldades de gestão e da baixa cobertura da atenção, como: a) dificuldade do acesso às ações oferecidas; b) falta de insumos; c) deficiência na manutenção dos equipamentos; d) insuficiência de equipamentos; e) insuficiência de medicamentos de uso contínuo; f) falta de um Conselho Local; g) falta de controle social no Distrito; e h) dificuldade de regulação dos leitos hospitalares, conforme apresentado no Quadro 2, retirado do próprio documento.

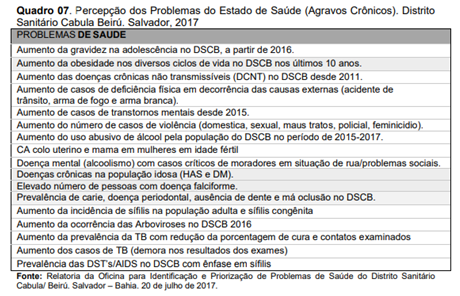
**Quadro 2–** Percepção dos Problemas dos Serviços de Saúde do DSCB, Salvador 2017

Fonte: Plano Municipal de Saúde (SALVADOR, 2017b).

Ao analisar esse Quadro, observa-seque parte destas inadequações tem como causa a baixa cobertura da atenção básica neste território. De acordo com Cardoso e Vieira (2012), a baixa cobertura expressa uma associação do crescimento insuficiente da oferta de serviços acrescido do aumento da população e consequentemente da demanda assistencial. A ampliação da cobertura das ações da atenção básica oferecidas pelo SUS constitui um dos principais desafios para a atenção à saúde no Distrito e no município de Salvador.

O panorama de saúde do DSCB aponta para a permanência do problema que já vem sendo discutido e debatido nas instâncias de saúde do município e do estado há mais de 10 anos, como registro em minhas memórias, e vem gerando sérios agravos de saúde como registrado formalmente no PMS(2017). Para promover a reorganização das ações da Atenção Básica torna-se indispensável considerar fatores decorrentes das políticas econômicas e das desigualdades sociais, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidenciam um aumento da prevalência das doenças crônicas, como apontado no Quadro 3, abaixo, apresentado no PMS (2017b), potencializado pelos problemas estruturais da sociedade brasileira que configuram a histórica desigualdade social, persistente por meio da colonialidade do poder (ORTIGARA, 2016).

**Quadro 3 –** Percepção dos problemas do Estado de Saúde (Agravos Crônicos), DSCB, Salvador, 2017



 Fonte: Plano Municipal de Saúde (SALVADOR,2017b).

Como descrito no Quadro 3 acima, observa-se uma alta complexidade relacionando os problemas elencados, expressando os desafios que são impostos à proposta de reorganização das ações da atenção básica nesse Distrito Sanitário. A análise desse Quadro descritivo qualitativo pode ser complementada pelos dados quantitativos fornecidos no PMS (2017), compilados no Quadro 4, a seguir.

**Quadro 4 –** Incidência de agravos selecionados no DSCB, segundo o PMS 2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Agravos selecionados** | **Incidência anterior** | **Incidência em 2015 (%)** | **Crescimento entre o período considerado e 2015 (%)** |
| Neoplasias (tumores), por 100 mil hab. | 66,35 (2010) | 78,58 | 18, 43 |
| Doenças do aparelho respiratório, por 100 mil hab. | 44,32 (2010) | 49,38 | 11,41 |
| Incidência de Meningite, por 100 mil hab. | 16,07 (2010) | 59,59 | 170,8 |
| Incidência de Dengue, por 100 mil hab. | 361,0 (2010) | 307,9 | -14,7 |
| Incidência de Esquistossomose, por 100 mil hab. | 0,52 (2010) | 12,3 | 2265 |
| Incidência de Sífilis em Gestante (por 1.000 NV) | 7,8 (2010) | 46,5 | 496,1 |
| Incidência de Sífilis Congênita (por 1.000 NV) | 0,2 (2010) | 2,0 | 900 |
| Incidência de HIV-AIDS em X > 13 anos | 29,7 (2010) | 37,1 | 25 |
| Incidência de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências (coeficiente por 100 mil hab.) | 47,6 (2010) | 87,5 | 83,82 |
| Mortalidade por AIDS (coeficiente de óbitos por 100 mil hab.) | 8,3 (2005) | 37,1 | 346,99 |
| Mortalidade por câncer de mama (coeficiente de óbitos por 100 mil hab.) | 4,49 (2005) | 8,55 | 90,42 |
| Mortalidade por câncer de colo de útero (coeficiente de óbitos por 100 mil hab.) | 1,06 (2005) | 2,61 | 146,23 |

Fonte: Elaborada pela autora, com dados retirados do PMS, 2017b.

No Quadro acima apresenta-se a seleção de indicadores relatados no PMS(2017) de agravos importantes no DSCB, com distintas naturezas etiológicas, mas que em conjunto demostram sérios desafios para a saúde coletiva local. A alta incidência e crescimento de agravos crônicos, como neoplasias (neoplasias não identificadas, mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero); doenças do aparelho respiratório; arboviroses (dengue), doenças infecciosas (meningite); parasitárias (esquistossomose); e violências,são alarmantes. Como pode ser visualizado no Quadro 4, existe registro de redução nos casos de dengue, porém, ainda assim, sua ocorrência pode ser considerada alta (307, 9/100 mil habitantes) e além disto, nesse, como em todos os demais agravos, deve-se considerar a provável ocorrência de subnotificações e notificações incorretas, um problema persistente na saúde pública brasileira. Outras arboviroses (zika, chikungunya) também apresentam recente caráter epidêmico no município de Salvador e no DSCB. Reportagem veiculada no *Correio* alertou para o crescimento de 407% para a zika em Salvador e um aumento de 185% dos casos de chikungunya no Cabula/Beiru em maio de 2020 (AMORIM,2020).

O aumento de casos de esquistossomose, uma doença parasitária básica, largamente conhecida e tratada no Brasil, demostra o quanto os gestores da saúde pública têm falhado em todas as ações de saúde, seja na atenção básica, na vigilância epidemiológica, educação em saúde e demais macro áreas, sendo simplesmente vergonhoso o seu aumento vertiginoso de cerca de 2265%.

O aumento da ocorrência de sífilis em gestantes (496, 1%), sífilis congênita (900%), infecções por HIV-AIDS (25%), e mortalidade por AIDS (349,66%), demostram, além das falhas no sistema citadas em relação aos demais agravos, o quão longe está de efetivar direitos sexuais e reprodutivos. Não se pode deixar de lembrar o quanto esses indicadores, aqui distanciados das histórias de vida e relatos sobre o cotidiano, atravessam tragicamente a vida das pessoas por trás desses números, atingindo especialmente as mulheres. Além disto, é crescente os casos de violência doméstica e sexual: 83,82%, provavelmente subnotificados.

Também estão disponibilizados no PMS (2017) informações sobre a mortalidade infantil e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), indicadores importantes tanto para as condições maternas e infantis quanto para análise da saúde da população em geral.O Coeficiente de Mortalidade Infantil apontada no PMS é de 14,2 por 1000 Nascidos Vivos (NV) no DSCB, maior que a taxa brasileira, de 12,8, em 2017, e menor que a taxa para a Bahia de 16,6, em 2017 (IBGE, 2018). Uma breve avaliação das causas da mortalidade infantil na população do DSCB divulgadas no PMS (2017) aponta as doenças infecciosase parasitárias como responsáveis pelas mortes em crianças menores de um ano, numa proporção maior que os dados apresentados em outros distritos sanitários do município.

A RMM do DSCB, em 2015, foi de 57,68/100.000NV e de Salvador 64,87/100.000NV (PMS, 2017a). No Brasil, estima-se a ocorrência de 62 óbitos por 100.000NVe na Bahia 75,4 óbitos por 100.000NV, segundo é divulgado pela iniciativa “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS” (IPEA,2019). Apesar da RMM do DSCB apresentada pelo PMS(2017) ser a mais baixa entre as consideradas acima (Salvador, Bahia e Brasil), é necessário considerar a provável subnotificação. Constata-se que essa razão de mortalidade materna decorre dos problemas elencados, com destaque para baixa cobertura e baixa qualificação da assistência do programa do acompanhamento pré-natal, indicada também pela altíssima incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Considerando que o objeto deste artigo é traçar o panorama de saúde do distrito, faz-se necessário também relatar os agravos de saúde decorrentes ao cenário da pandemia do COVID-19.

2.1 SAÚDE EM CENÁRIO PANDÊMICO

Os estudos indicam que no Brasil, a população negra é a mais impactada pela pandemia e pelos seus desfechos negativos, em razão da maior prevalência das doenças crônicas e da maior vulnerabilidade social e econômica. Goes; Ramos e Ferreira (2020), afirmam que o panorama da pandemia nesta população está associado às condições desiguais decorrentes do racismo estrutural e institucional, que dificulta o acesso aos serviços de saúde e é significativamente maior pela ausência do Estado em seus territórios. A pandemia pelo Covid-19 desnudou as desigualdades sociais no Brasil, principalmente, em todas as regiões consideradas periféricas pelas vulnerabilidades, refletindo a alta incidência desse vírus e suas consequências diretas (alta letalidade, agravo de co-morbidades associadas, necessidade de acompanhamento posterior e efeitos ainda desconhecidos) e indiretas (precarização das relações de emprego e renda, desigualdades de gênero, entre outras) (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Discorrer sobre a saúde da população do DSCB exige uma compreensão ampliada da concepção da saúde, uma vez que fazer saúde é sobretudo um posicionamento político diante da realidade tal qual ela se apresenta. Dados compilados pelo Observatório de Bairros de Salvador (*observaSSA,*2010?), apontam que 73,29% dos moradores do Cabula se declaram pretos ou pardos. Cabula aqui considerado apenas como um dos bairros que compõem a Prefeitura-Bairro Cabula/Beiru ou o DSCB, com cerca de 23.869 habitantes em 2010 (Observatório de Bairros Salvador: observaSSA).

Assim, a situação de saúde dessa população tem dimensão étnico-racial, determinada pela discriminação histórica que lhe foi imposta.Diante desse contexto historicamente racializado, surgiu em Salvador um debate proposto pelo Movimento Negro resultando, entre outras coisas, na elaboração do Diagnóstico de Saúde da População Negra, que ganhou destaque por representar um grande avanço para a promoção da saúde dessa população, bem como fortalecer a reivindicação por políticas focais, setoriais e interseccionais para o povo negro (SALVADOR, 2015).

 As morbidades de caráter étnico que mais afetam a população negra são: doenças falciformes, deficiência de 6-glicose-fosfato desidrogenase, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica da gestação e diabetes mellitus, incluindo outras decorrentes das condições de vulnerabilidade a qual essa população está exposta, tais como a desnutrição, doenças do trabalho, mortes violentas, mortalidade infantil, sofrimento psíquico, transtornos mentais decorrentes do uso abusivo do álcool e das drogas, doenças infecciosas e parasitárias, bem como as intercorrências da gestação, parto e pós-parto (BRASIL,2007). O II Diagnóstico de Saúde da População Negra do Município de Salvador, publicado em novembro de 2015, acrescentou como problemas que afetam especialmente esta população: deficiência do sistema de informação em saúde em reconhecer a cor como sendo uma variável importante; insuficiência na formação de pessoal; organização inadequada dos serviços; dificuldade de acessibilidade aos serviços.

Esses problemas constituem iniquidades que historicamente demandam ações eficazes, porque tem uma forte relação com o racismo e suas práticas discriminatórias que embora não reconhecidas, afetam diretamente a saúde dessa população expressando o preconceito e a intolerância praticada contra profissionais e usuários negros (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Alguns estudos indicam indícios de risco aumentado para contagio pelo COVID-19, para as gestantes em razão das alterações anatômicas e fisiológicas na gestação, bem como dos sistemas cardiovascular, respiratório, imunológico e de coagulação, tornando a gestante mais vulnerável para as infecções virais, observando-se ainda um risco duas vezes maior para mortalidade em mulheres pretas.Diante disto, a preocupação com os cuidados às gestantes e puérperas é imprescindível, principalmente pelas dificuldades de acesso ao pré-natal de qualidade, o que pirou nesse período de pandemia. Não só pré-natal, mas toda assistência à saúde da mulher foi afetada pela pandemia, seja pelo receio de algumas gestantesde procurar o serviço de saúde devido às incertezas e ao medo de sair de casa, ou por falhas graves e muito frequentes da assistência à mulher nos municípios, priorizando a assistência ao tratamento da COVID-19. Em vários lugares do país foram suspensas as consultas pré-natais e o sistema foi reorganizado em torno da COVID-19, sendo previsível que os problemas já existentes da assistência se agravem e possam acontecer mais casos de morte materna por causas não-COVID-19, o que infelizmente só se comprovará nas estatísticas vitais publicadas nos próximos anos (AMORIM, 2020).

2.2. NASCER NO CABULA

As políticas de saúde que preconizam direitos de saúde reprodutiva,a exemplo da Rede Cegonha - estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados às mulheres, nesse sentido, a rede garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto e puerpério (BRASIL, 2011) - são desconhecidas por grande parte da população e pouco asseguradas na maioria das instituições de saúde desse DS. Durante as ações extensionistas desenvolvidas,ouviu-se narrativas de mulheres que foram violentadas por crime de racismo nas maternidades, denúncias de gestantes atendidas em trabalho de parto por residentes médicos e liberadas apresentando complicações posteriores, outras que não conseguiram acompanhamento pré-natal por serem domiciliadas em área de risco por tráfico de drogas, e por conta disso foram vítimas de violência verbal por ocasião da admissão para assistência ao parto, bebês que morreram porque as mães não conseguiram atendimento médico em tempo hábil, são narrativas que contam a vida real da população do Cabula.

Essas narrativas corroboram com os dados apresentados no Inquérito Nascer no Brasil (2014), que apresenta uma “elitização da assistência”, estando a mulher preta/parda, de classe social D/E, de baixa escolaridade, atendidas no setor público, insatisfeitas com o atendimento ao parto (D´ORSI *et al,* 2014).

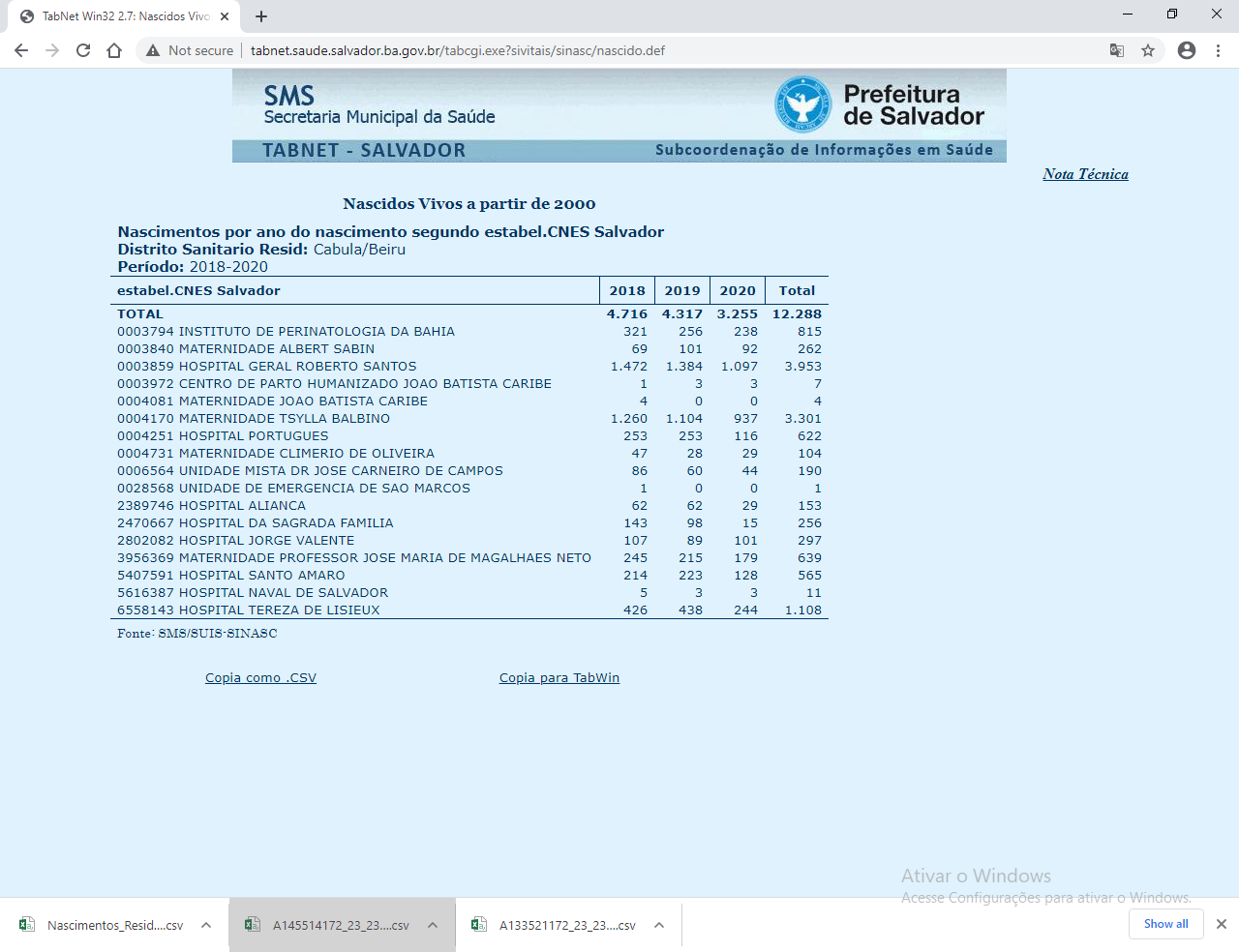
É possível fazer uma conexão entre a atenção básica e a assistência hospitalar, constatando o quanto a falta de conhecimento dos direitos pode comprometer severamente a saúde desta população. Os indicadores que ilustram essas condições apontam para alta razão de mortalidade materna e perinatal; alto índice de prematuridade, alta incidência de violência institucional e outras iniquidades que perduram nessa população desde os tempos do processo escravagista.

Segundo o Inquérito Nascer no Brasil (2014) os óbitos consequentes à gravidez foram considerados como fatalidades, sendo que esses eventos foram sendo entendidos como marcadores do nível de desenvolvimento social por se constituírem, em sua maioria, de mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso, em tempo oportuno, a serviços qualificados da saúde.

As gestantes do DSCB cadastradas no programa de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde são reguladas e vinculadas a maternidade a partir da 30ª semana de gestação. No início do pré-natal a gestante é classificada em gestante de risco habitual ou gestante de alto risco, podendo durante a evolução da gestação, ser reclassificada. As gestantes de risco habitual são veiculadas para receber assistência ao parto na maternidade Tsylla Balbino, localizada no bairro Baixa de Quintas, à cerca de 6km do Cabula, e as gestantes de alto risco são vinculadas a maternidade do HGRS.

No período 2018 a 2020 ocorreram 12.364 nascimentos no DSCB, sendo 3.953 partos no HGRS e 3301 na Maternidade Tsylla Balbino. Os demais partos ocorreram em maternidades fora do DS, a exemplo da Maternidade José Maria de Magalhães (639), ou em instituições privadas como o Hospital Português (622), o Hospital Teresa de Lisieux (1108), e o Hospital Santo Amaro (565) dentre outras, conforme Tabela 1, ocorrendo 48 partos domiciliares.

**Tabela 1:** Nascimentos por ano no DSCB. 2018-2020



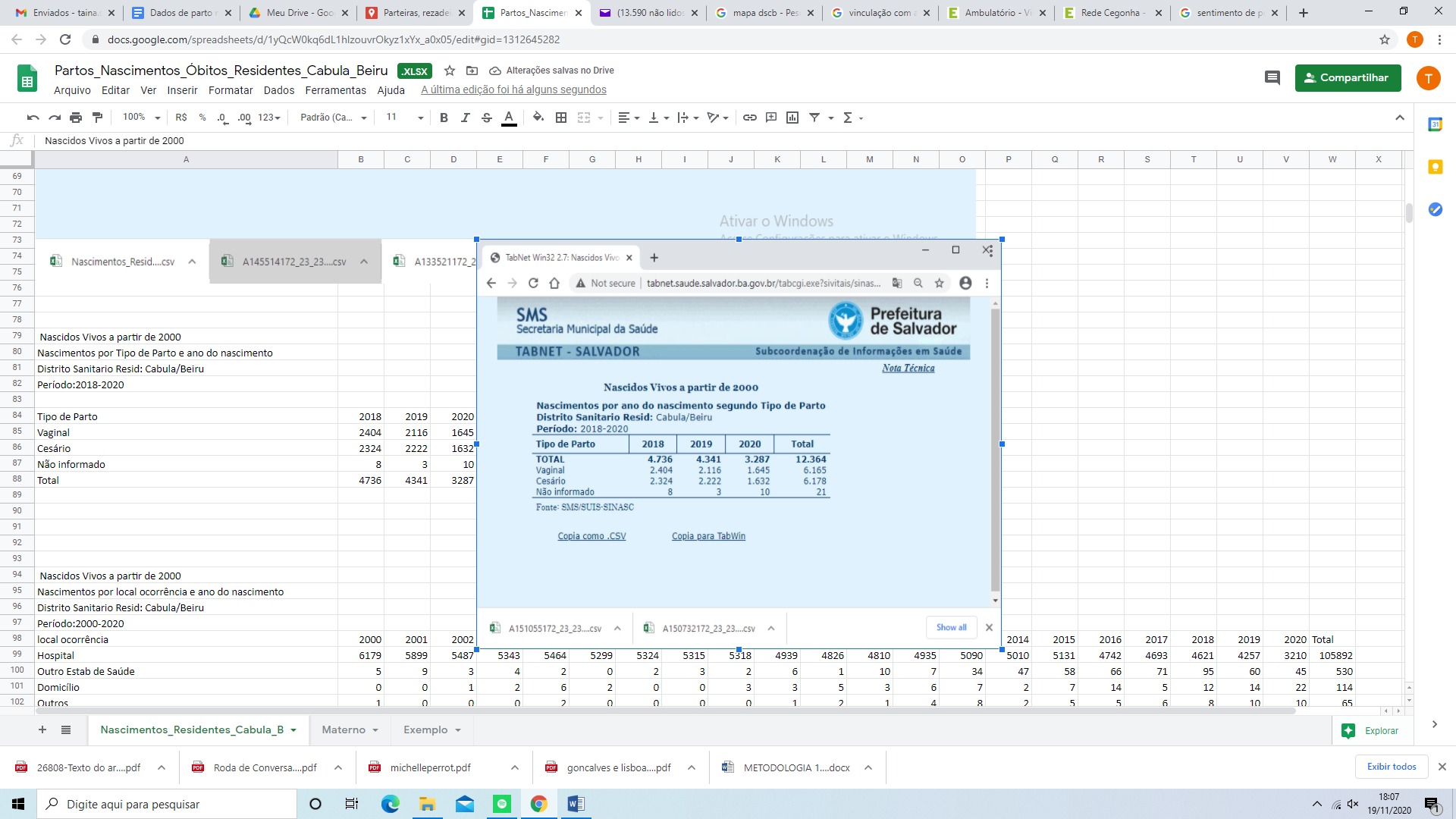
Fonte: TABNET.

Nessa distribuição é importante ressaltar situações vivenciadas no campo da prática que merecem registros e indagações. De modo geral as gestantes quando entram em trabalho de parto procuram a maternidade do território, no HGRS. Os motivos alegados por essas mulheres estão centrados em fatores tais como: a localização geográfica, vez que o HGRS está bem localizado no território, em relação aos bairros do DS; a confiança no aparato tecnológico oferecido por se tratar de um hospital de grande porte; o histórico da relação prévia com a instituição, seja por parto anterior, internamento prévio, ou mesmo casos de partos de outras mulheres da família. Assim, a representação social do HGRS para a população do Cabula é muito forte, visto que, a população tem uma relação de prestígio por esta instituição, considerada o segundo maior hospital do Estado da Bahia com várias especialidades. Desde sua inauguração, em 1978, a população desenvolveu o sentimento de pertença, tomando a assistência oferecida pelo HGRS como um direito, por estar localizado nas terras de seus antepassados.

Quando as gestantes de risco habitual chegam na maternidade do HGRS, em trabalho de parto, para serem avaliadas, elas expressam medo e tensão de não serem admitidas, pois são vinculadas a maternidade Tsylla Balbino, contudo, ignoram essa informação e se dirigem ao hospital, por acreditarem que lá, serão melhor assistidas. As parturientes mais experientes com o processo de parto, esperam o trabalho de parto evoluir para evitar a transferência para a maternidade Tsylla Balbino, uma vez que as normas do Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) proíbe a transferência da parturiente quando a dilatação está igual ou maior que 7cm. Considerando que o equilíbrio emocional constitui parte fundamental para evolução do Trabalho de Parto (TP) entendemos que a transferência da parturiente contra sua vontade representa uma variável negativa que pode interferir no processo parturitivo.

Com relação ao tipo de parto, evidenciou-se que no período de 2018-2020, 50,04% (6.178) dos nascimentos no território do Cabula, foram por cesárea, ver Tabela 2, a seguir. É preciso reconhecer que o fato do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) ser referência para gestação de alto risco, indica que as gestantes que procuram assistência já apresentam indicações criteriosas de cesariana. Outro fator que pode justificar essas taxas, são as mulheres assistidas em instituições privadas, por médicos que atuam dentro do modelo tecnocrático, e tem preferências por parto cesariana.

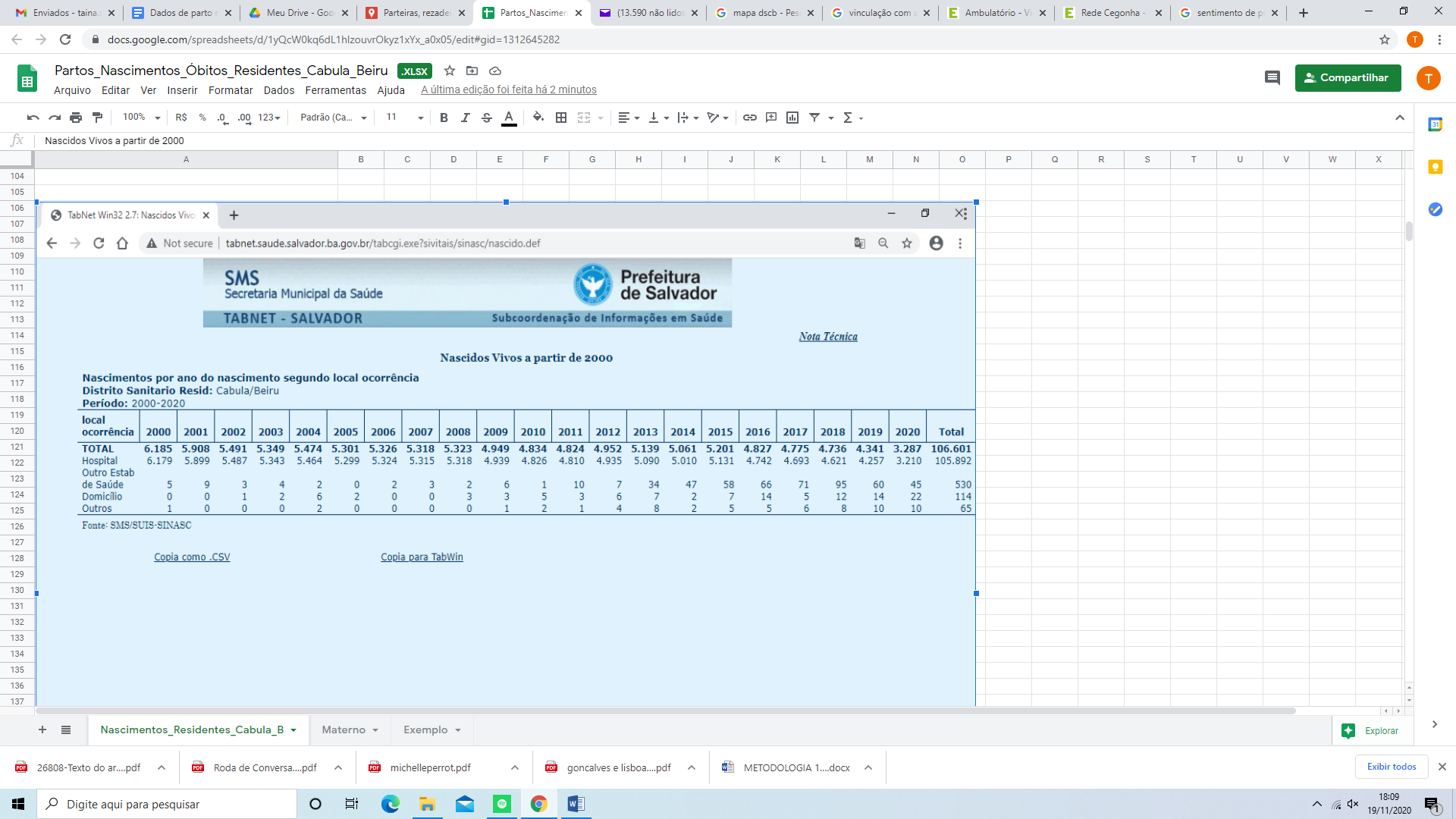
**Tabela 2**. Nascidos vivos segundo Tipo de Parto, 2018-2020

Fonte: TABNET

Esse processo se inicia na atenção pré-natal, quando os médicos não informam as mulheres os benefícios do parto vaginal, nem as boas práticas que podem levar a um parto fisiológico e seguro. Essas práticas desencorajam a mulher, levando-as a enxergar na cesariana um procedimento “mais simples, seguro,e indolor”. Assim, as mulheres do grupo socioeconômico favorável, são as maiores vítimas da cesariana eletiva, que acarreta riscos para a mãe e especialmente para o RN, por conta de baixo peso, e prematuridade (LEAL*,* 2014). Com relação a taxa de cesárias das mulheres do Cabula, infere-se que é atribuída às mulheres que dispõe de seguro saúde, e agendam a cesariana durante o pré-natal por falta de informação, e conveniência de ambas as partes, profissional médico e gestante.

Um dado importante que merece destaque são os partos que ocorreram fora de estabelecimentos de saúde e no domicílio da gestante, um total de 48, no período de 2018-2020, de acordo com a Tabela 3. Infere-se, portanto, que ainda há Parteiras Tradicionais atuando no território.

**Tabela 3:** Nascimentos por local de ocorrência, 2000-2020



Fonte: TABNET

O debate a respeito do parto domiciliar tem gerado muitos questionamentos na área política, acadêmica e científica. A grande polêmica que envolve esse debate se dar pelo fato dele ser considerado para a medicina contemporânea, um evento de risco, e um retrocesso frente aos avanços tecnológicos, expondo as mulheres a complicações. Contudo, o parto domiciliar, é legitimado em países como Canadá, Holanda e Austrália, com indicadores epidemiológicos positivos demonstrando que nas gestações de risco habitual, o parto domiciliar planejado não acrescenta risco para mãe e bebê. No Brasil, a demanda por parto domiciliar tem aumentado na última década, sob o argumento de garantir protagonismo para a mulher, e uma experiência rica para toda a família (SANFELICE*et al*, 2014).

Identifica-se também, no último ano, um aumento significativo no número de partos domiciliares neste território, podendo estar associado a pandemia do Covid-19 que acometeu a população mundial, acarretando o medo das gestantes em se expor a ambientes hospitalares, arriscando-se à infecção.

Ressalta-se a relevância da garantia de acesso à assistência, enquanto estratégia efetiva, para assegurar qualidade e segurança para mães e bebês, vez que a peregrinação por um leito para internamento, durante o trabalho de parto, ainda constitui, segundo o Inquérito Nascer no Brasil, um dos fatores que respondem pelos desfechos desfavoráveis do parto.

Assim, os gestores do SUS devem reconhecer as complexidades da assistência obstétrica em contextos de populações vulneráveis por determinantes socioeconômicos e culturais, no sentido de atender os objetivos da Rede Cegonha: Novo modelo de atenção ao parto, nascimento, e à saúde da criança; Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; Redução da Mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

**3 METODOLOGIA**

O percurso metodológico foi desenvolvido tomando como referência as vivências compartilhadas com as mulheres do território do Cabula, nos espaços de trocas de experiências, em ações dialógicas, criativas e afetivas, que nos fundamentou para acolher suas singularidades na assistência direta a saúde desde a atenção básica, até a hospitalar.

Para elaboração do panorama de saúde de mulheres em idade reprodutiva no Cabula, utilizou-se dados epidemiológicos secundários extraídos dos documentos: II Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador (2015), do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, e de informações das narrativas de mulheres idosas, guardiãs de saberes de parteiras tradicionais, bem como narrativas de mulheres em idade reprodutiva que participaram das ações educativas por meio de rodas de conversas, promovidas pelos projetos de extensão.As rodas de conversa são consideradas como intervenções com metodologia essencialmente participativa e flexível. Ao se considerar a pesquisadora proponente como parte do processo, ela mesma passa a ser sujeito de aprendizagem, sempre realizada na perspectiva de troca. Portanto, sempre haverá uma dimensão educacional e pedagógica na proposição de rodas de conversa (MELO et al, 2013).

**4 CONCLUSÃO**

A partir dos estudos sobre o Cabula foi possível descrever a situação de saúde dessa população. Diante dos dados epidemiológicos expostos, e das narrativas das mulheres residentes nesse território, identificamos que houve uma piora no quadro de saúde geral desse distrito. O estudo identificou que a complexidade da situação de saúde do Distrito Sanitário é multifatorial. Contudo, os determinantes sociais daquela população e a baixa cobertura da atenção básica,constituem os principais problemas enfrentados por aquela comunidade, umavez que o crescimento das morbidades, comprometem severamente o quadro de saúde naquele Distrito. A pesquisa sobre os indicadores epidemiológicos da população do Cabulaaponta para necessidade de mudanças estruturais importantes na sua atenção básica.

Nocampo da gestação, parto e nascimento, os problemas identificados nessa pesquisa coincidem com a situação denunciada na literatura, com destaque para a descontinuidade ou baixa qualidade da assistência pré-natal, especialmente no cenário pandêmico, e o excesso de intervenções obstétricas, a exemplo da cesareana, o excesso de medicalização, e a peregrinação das mulheres no momento do parto como sendo fatores que respondem pelas altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, como apontado pelo Inquérito Nascer no Brasil.

**REFERÊNCIAS**

AMORIM, G. Casos de chikungunya crescem 741,5% em Salvador**.Jornal Correio.** 07.05.2020 Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/casos-de-chikungunya-crescem-7415-em-salvador/>, Acesso em: 08out. de 2020.

BATISTA, L. E.; WERNECK J.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra.** 2. ed.Petrópolis/Rio de Janeiro: D&P Alii, 2012.

BRASIL, Ministério Da Saúde.**Distribuição Unidades Básicas de Saúde em Funcionamento –** UBS. Disponível em: <https://dados.gov.br/dataset/ubs_funcionamento>. Acesso em: 8 out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de** 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017.

CARDOSO, M.O;VIEIRA. L.M.S.Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007).**Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 28(7):1273-1284, 2012.

D'ORSI, E.; et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar.**Caderno Saúde Pública**,  Rio de Janeiro ,  v. 30, supl. 1, p. S154-S168,  2014.

GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19.**Trabalho,Educação,Saúde,**  Rio de Janeiro ,v. 18, n. 3, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA(IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017:** breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro; 2018.

LEAL, M. de BARROS. **Mulher e Mãe (de santo):** transmissão psíquica geracional e elaboração de feminilidade na “passagem do bastão**”**. Cultures kairós, 2014.

MELO, C.P.L. **A (des)colonialidade do parto**: reflexões sobre o movimento dehumanização da parturição e do nascimento. 2013. Apresentação de Trabalho/ Congresso. Disponível em: <actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT6/GT6\_PimentelLopesDeMelo. pdf>. Acesso em: 10 jul. De 2017.

OBSERVASSA. Observatório de bairros de Salvador. **Cabula.** [2010?]. Disponível em: https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/cabula. Acesso em: 7 de out.de 2020.

ORTIGARA. R.J. Colonialidade do poder, exclusão social e crise: Interseccionalidades e uma possível alternativa a partir da perspectiva socioambiental. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos,** Brasília, v.2, p.40-62, 2016.

SALVADOR. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU)**. Lei nº 9.069 /2016. Poder Legislativo, BA.2016.

SALVADOR**. Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, v.1. Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017a.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, v.2. Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017b.

SALVADOR. Secretaria Municipal Da Saúde. **II Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador.** Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra, Salvador, 2015.

SANFELICE, C.F.O; ABBUD, F.S.F; PERGNOLATTO, O.S; SILVA, M.G; SHIMO,A.K.K. **Do parto institucionalizado ao parto domiciliar**. Rev Rene. 2014. Disponível em<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>. Acesso em 10/06/2019.

1. Enfermeira Obstetra, Doutora em Educação e Contemporaneidade, Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). [↑](#footnote-ref-2)
2. Enfermeira pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). [↑](#footnote-ref-3)
3. Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Campus Santo Antônio de Jesus. Socióloga, mestre e doutora em sociologia pela Universidade de Brasília. [↑](#footnote-ref-4)
4. Pós-doutora e doutora em Educação,. professora e pesquisadora do Curso de Turismo e Hotelaria e programas de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade (PPGEduC) e DoutoradoMultidisciplinar eMultiinstitucional em Difusão do Conhecimento (DMMDC) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). [↑](#footnote-ref-5)