

Dossiê Mortalidade Materna

As mortes de mulheres por complicações da gestação, aborto, parto e puerpério representam, em 90% dos casos, um desperdício de vidas.

Apresentação

São mulheres saudáveis, que se encontram no auge de suas vidas reprodutivas, com potenciais de vida que são subitamente perdidos com a morte prematura que tem causa, quase sempre, evitável. A morte materna é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes.

Desde a década de 80 diversos organismos internacionais vêm divulgando as grandes diferenças nos números de mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, conforme a região e o grau de desenvolvimento do país. A inegável evolução científica e tecnológica da medicina atual tornou possível prevenir e evitar diversas doenças e, conseqüentemente, muitas mortes desnecessárias.

Este Dossiê busca mostrar a magnitude e as características da mortalidade materna no mundo e em especial no Brasil, que ainda apresenta uma taxa estimada em aproximadamente 130 mortes maternas por cem mil nascidos vivos, segundo dados de 1998. Trata-se de número semelhante ao apresentado pelos países mais pobres da América Latina e que mostra que, infelizmente, a morte materna no Brasil não tem recebido a devida atenção por parte do governo e da sociedade.

Produção

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde

Pesquisa e redação

Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Professora livre-docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e membro da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. E-mail:

acdatana@usp.br

Coordenação editorial: Jacira Melo

Edição de texto: Marisa Sanematsu

Apoio: Fundação Ford

Conteúdo

Panorama mundial	05
Panorama no Brasil	06
<i>Razão de mortalidade materna no Brasil, Coeficiente de mortalidade feminina proporcional por causa materna</i>	
Causas de morte	11
<i>Assistência de má qualidade</i>	
Fatores de risco	16
<i>Idade materna como fator de risco, Não basta mais pré-natal, Falta de um sistema de referência, Via de parto</i>	
Vigilância do óbito materno	20
Políticas públicas de combate à mortalidade materna	21
Referências bibliográficas	22

Panorama mundial

Anualmente 515 mil mulheres morrem por complicações da gravidez, aborto, parto e puerpério. 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Estudo realizado por Hill, AbouZahr & Wardlaw estimou as taxas de mortalidade materna para todos os países do mundo em 1995, indicando valores que chegavam a ultrapassar 1.000 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos, em certos países da África, e atingiam níveis inferiores a 10 por cem mil nascidos vivos, para alguns países da América do Norte e Europa. As taxas estimadas para a América Latina oscilaram entre 114 a 308 mortes por cem mil nascidos vivos, sendo estimada uma média de 190 mortes maternas por cem mil nascidos vivos.

Fonte: Hill; AbouZahr e Wardlaw, 2001.

Apesar de os dados serem estimados e apresentarem limitações – pois foram obtidos por várias metodologias diferentes e dependeram da existência e grau de confiabilidade dos valores levantados em cada país –, eles podem ser vistos como alerta para o grave problema da mortalidade materna no mundo e para a necessidade de se estabelecerem políticas e práticas de saúde que combatam efetivamente essa situação trágica. Sabe-se que, com o grau de conhecimento científico e tecnológico atual, a maioria dessas mortes é evitável, o que permite vislumbrar níveis próximos, por exemplo, ao do Canadá, que em 1995 teve taxa de mortalidade materna de 3,6 por cem mil nascidos vivos.

Fonte: United Nations, 1998.

Panorama no Brasil

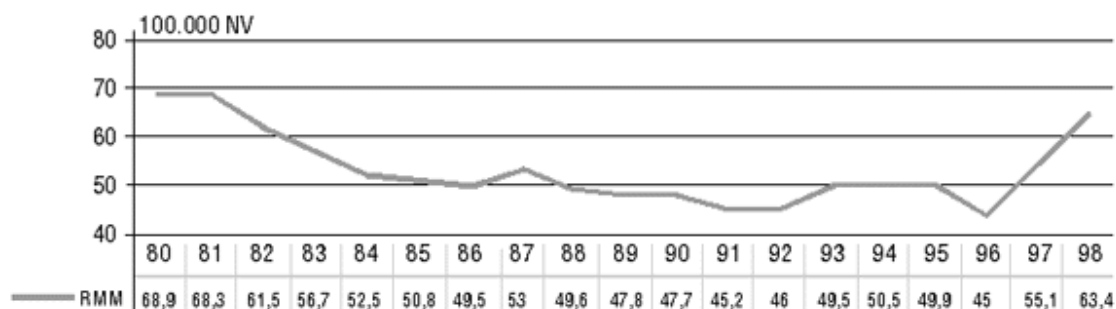
As mortes maternas correspondem a cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2001.

Razão de mortalidade materna no Brasil

O cruzamento de dados sobre os registros de mortes maternas (DataSUS) e nascidos vivos (IBGE) de 1980 a 1998 permite visualizá-los em uma série histórica (Gráfico 1), na qual pode-se observar que, desde 1985, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil praticamente não vem mostrando alteração, mantendo-se ao redor de 50 por cem mil nascidos vivos.

GRÁFICO 1: Razão de Mortalidade Materna (RMM por 100.000 nascidos vivos). Brasil, 1980–1998

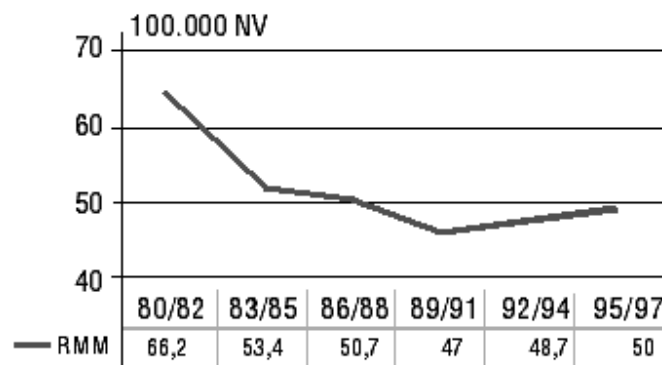


Fonte: Brasil, Ministério da Saúde / DataSUS, 2001; FIBGE, 2001

Para melhor estudar a magnitude da mortalidade materna e retirar a influência de valores pequenos, as razões foram agrupadas por triênio no Gráfico 2, que evidencia que a mortalidade materna apresentou tendência de queda até o triênio 89-91, mostrando um ligeiro aumento nos triênios seguintes: 92-94 e 95-97.

GRÁFICO 2: Razão de Mortalidade Materna (RMM por 100.000 nascidos vivos, por triênio).

Brasil, 1980–1997



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde / DataSUS, 2001; FIBGE, 2001

Esse ligeiro aumento pode estar demonstrando uma tendência de agravamento do problema, ou de melhor captura dos dados de óbito; ou talvez ambas as tendências.

Subinformação

Como se sabe, a morte materna é a mais subinformada, quer dizer, é a morte sobre a qual se omite com maior frequência que é decorrente de complicações na gestação, aborto, parto ou puerpério. Embora o problema da subinformação ocorra em quase todos os países do mundo, nos países em desenvolvimento essa situação é ainda pior, pois além da subinformação ocorre também o sub-registro do óbito.

No Brasil não existem pesquisas para dimensionar a magnitude da mortalidade materna em cada estado, mas somente alguns estudos locais e estaduais, os quais têm sido utilizados para estimar as razões de morte materna no país e por região, aplicando-se fatores de correção para diminuir o impacto da subinformação desses óbitos maternos. O fator de correção da subinformação da morte materna para o Brasil como um todo é de duas vezes, isto é, estima-se que, para cada morte declarada como materna, existe uma que não foi declarada como tal.

Fonte: Tanaka e Mitsuiki, 1999.

Desta forma, se os dados atuais indicam que no Brasil, em 1998, a razão de mortalidade materna foi de 63,4 por cem mil nascidos vivos, ela na realidade deve estar, no ano referido, muito

próxima de 127 por cem mil nascidos vivos. Este valor nos aproxima dos países mais pobres da América Latina.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2001.

Coeficiente de mortalidade feminina proporcional por causa materna

Por ser um sensível indicador de desigualdades sociais, a morte materna reflete o grau de desenvolvimento econômico e social de cada localidade. Assim, como era de se esperar, as regiões menos desenvolvidas do país apresentam um maior coeficiente de mortalidade feminina por causa materna, que é o número de mortes maternas estimadas dividido pela população feminina em idade fértil. A morte de mulheres de 10 a 59 anos por causa materna ocupa a oitava posição entre todas as causas de óbito de mulheres nessa faixa etária nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, a nona na região Sul e a décima na Sudeste, para o ano de 1997.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2001.

Embora habitualmente a faixa etária estudada seja de 15 a 45 anos, como no Brasil há registro de óbitos por causa materna de mulheres com idades entre 10 a 59 anos, foi preciso expandir a faixa etária analisada. Essa mudança resultou na alteração da posição desta causa de óbito para um nível abaixo, fato este que não levou a nenhuma alteração substantiva. O que importa ressaltar é que, nos países desenvolvidos, a morte por causa materna está entre as últimas causas de morte, enquanto que, no Brasil, está entre as dez primeiras.

Mortes maternas por regiões no Brasil

Como os dados sobre nascidos vivos por região brasileira apresentam, para o ano de 1997, diferentes graus de confiabilidade, optou-se por usar o coeficiente de mortalidade feminina proporcional por causa materna para a análise da mortalidade materna por região.

Para o cálculo deste coeficiente foi necessário ajustar o número de óbitos maternos esperados de acordo com o grau de subinformação dos óbitos ocorridos por município informado, segundo região.

A Tabela 1 mostra que a região Norte é a que apresenta o maior coeficiente de morte de mulheres por causa materna; em seguida vêm as regiões Centro-Oeste e Nordeste, depois a Sul e, finalmente, a Sudeste. Esses dados confirmam que o coeficiente de morte materna é de fato um indicador da desigualdade social do país e também da iniquidade da assistência recebida pelas mulheres.

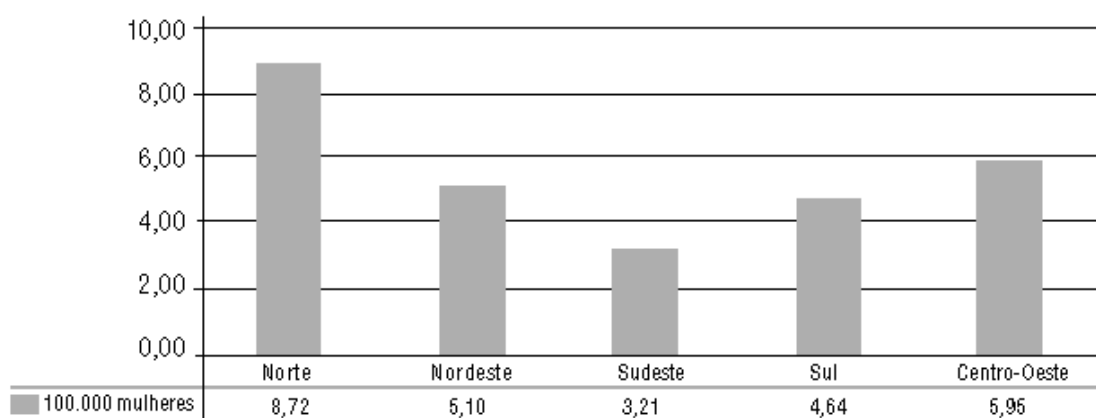
TABELA 1: Coeficiente de Mortalidade Feminina Proporcional por Causa Materna (por 100.000 mulheres de 10 a 59 anos). Grandes Regiões, 1997

Região	Fator de correção de óbitos	Óbitos maternos informados	Óbitos maternos estimados	População feminina	Coeficiente por 100.000 mulheres
Norte	2,593	132	342	3.924.321	8,72
Nordeste	1,834	447	820	16.067.100	5,10
Sudeste	1,087	743	808	25.166.104	3,21
Sul	1,202	335	403	8.671.059	4,64
Centro-Oeste	1,880	125	235	3.947.563	5,95

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2001.

O Gráfico 3 permite visualizar os coeficientes de mortalidade feminina proporcional por causa materna, segundo região brasileira, para 1997.

GRÁFICO 3: Coeficiente de Mortalidade Feminina Proporcional por Causa Materna (por 100.000 mulheres de 10 a 59 anos). Grandes Regiões, 1997



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2001.

Nesse cálculo não foram estimadas as mortes maternas não informadas como tal, mas somente os números de mortes por causa materna se todos os municípios brasileiros houvessem enviado essa informação ao Ministério da Saúde. Desta forma, a magnitude desta causa de óbito é ainda bem maior. O que podemos concluir é que, no mínimo, as mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste têm um risco maior de adoecer e morrer por complicações da gravidez, aborto, parto e puerpério do que as das regiões Sul e Sudeste.

Causas de morte

As quatro principais causas de morte materna no Brasil, entre as obstétricas diretas, são: as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto. As causas obstétricas diretas são responsáveis por 66% das mortes maternas em nosso país.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

Em vários países, mesmo desenvolvidos, as causas obstétricas diretas são as que têm maior peso sobre a ocorrência de mortes maternas, mas as causas indiretas, que são decorrentes de patologias graves que se associam à gestação, também exercem influência importante.

Essas informações podem ser observadas, em países selecionados, na Tabela 2.

TABELA 2: Percentagens de mortes maternas por causas obstétricas direta e indireta

País	% de causas obstétricas	
	Diretas	Indiretas
Brasil*	66	34
França **	82	18
Holanda**	65	35
Reino Unido**	52	48

*Fonte: * Brasil. Ministério da Saúde, 2000; ** Bouvier-Colle et al, 1995*

Assistência de má qualidade

As causas obstétricas diretas são mais evitáveis que as indiretas, pois dependem da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Estudo realizado na França mostrou que 66% dos óbitos ocorridos no período estudado eram evitáveis, sendo que 54,1% foram devidos à inadequação da assistência, 10,8% à negligência da paciente e 2,7% à má prática.

Fonte: Bouvier-Colle et al, 1995.

Segundo esse estudo, que analisou a evitabilidade e qualidade da assistência também na Holanda e Reino Unido, os problemas assistenciais ocorrem principalmente nas causas

hipertensivas e nas hemorrágicas: “a inexperiência do médico em cuidar da doença e a demora em admitir a gravidade do caso são fatores que levam à morte”.

Fonte: Bouvier-Colle et al, 1995.

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

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

A análise detalhada das causas de óbito materno para o Brasil no ano de 1998, considerando causas obstétricas diretas e indiretas, mostrou que 21,2% tiveram como causa a eclâmpsia; em seguida vieram as síndromes hemorrágicas, com 12,4%; e depois a cardiopatia complicada pela gestação, em 10,2% dos óbitos (Tabela 3).

As síndromes hipertensivas são responsáveis por quase um quarto das mortes maternas no Brasil, o que indica problemas na qualidade da assistência ou falta de pré-natal. Além dos problemas ligados à qualidade da atenção à saúde, estudo realizado no Paraná sobre a mortalidade materna entre mulheres negras (pretas mais pardas), comparando-as com as de outras raças, mostrou que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres pretas e em mulheres da raça amarela.

Fonte: Martins, 2000.

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

Fonte: Tanaka, 1995.

TABELA 3: Percentagens de óbitos maternos por complicação da gravidez, parto e puerpério (com informações selecionadas). Brasil, 1998.

Causa básica da morte	%
Obstétrica direta	
Eclâmpsia	21,2
Síndromes hemorrágicas	12,4
<i>Hemorragia pós-parto</i>	4,9
<i>Deslocamento prematuro de placenta</i>	4,0
Infeção puerperal	7,0
Aborto	4,7
<i>Aborto espontâneo</i>	1,3
<i>Aborto provocado</i>	3,4
Embolia pulmonar pós-cesárea	2,6
Obstétrica indireta	
Cardiopatia complicada pela gravidez	10,2
Doença do aparelho respiratório	6,9
Doença do aparelho digestório	1,5
Hipertensão preexistente	1,2
Diabetes	1,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

Entre as causas obstétricas diretas, o aborto é a quarta causa de óbito materno no país, o que demonstra a completa falência da assistência à população, visto que o planejamento familiar é um direito garantido na Constituição de 1988. A morte de mulheres por aborto indica que as ações de planejamento familiar não estão funcionando adequadamente. Associada a isso, existe a questão da criminalização do aborto, que contribui para agravar ainda mais o problema, ao obrigar as mulheres a realizar a interrupção da gravidez na clandestinidade, sob condições precárias de assistência.

Um estudo realizado em 15 cidades nos estados do Pará, Rio Grande do Norte e Mato Grosso mostrou que, dos óbitos maternos por complicação da gravidez, parto e puerpério, 21,7% tiveram como causa a eclâmpsia; em seguida vieram as síndromes hemorrágicas, com 17,4%, e depois a cardiopatia complicada pela gestação, em 17,4% dos óbitos (Tabela 4).

Fonte: Tanaka e Mitsuiki, 1999.

TABELA 4: Percentagens dos óbitos maternos por complicação da gravidez, parto e puerpério. RN, MT e PA, Julho a Dezembro de 1997

Causa básica da morte	%
Obstétrica direta	
Eclâmpsia	21,7
Síndromes hemorrágicas	17,4
<i>Hemorragia pós-parto</i>	13,0
<i>Deslocamento prematuro de placenta</i>	4,3
Infeção puerperal	8,7
Aborto	8,7
<i>Infecção pós-aborto espontâneo</i>	4,3
<i>Aborto provocado</i>	4,3
Embolia pulmonar pós-cesárea	4,3
Obstétrica indireta	
Cardiopatia complicada pela gravidez	17,4
Epilepsia	4,3
Gestante diabética	4,3
Hemorragia digestiva alta	4,3
Morte materna tardia	
Trombose venosa profunda pós-parto	4,3
Nefropatia crônica complicada pela gestação	4,3

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2000.

Em regiões como o Norte do país, onde há a maior prevalência de malária, doença que tem como uma de suas principais complicações os distúrbios de coagulação, pode-se supor que algumas mortes maternas por hemorragias nessas regiões sejam devidas a complicações da malária.

A característica racial é outro fator que pode estar influenciando os níveis de mortalidade materna nas regiões Norte e Nordeste: nestas regiões há uma maior concentração de população negra, grupo no qual os problemas de anemia falciforme e lupus eritematoso ocorrem com maior frequência. São necessários estudos mais cuidadosos para avaliar melhor essa questão.

Dentre as causas de óbito, não se pode esquecer que, além das complicações anestésicas, as infecções e hemorragias estão relacionadas à via de parto, principalmente à cesariana. Esta via de parto não só pode trazer conseqüências no momento do parto, mas também em gestações futuras.

Clinicamente são conhecidos os problemas relacionados à inserção baixa de placenta ou à retenção placentária em mulheres que anteriormente foram submetidas à cesárea, bem como a rotura uterina, complicações estas que podem levar à morte materna.

Fatores de risco

Os principais fatores que contribuem para a morte materna podem ser divididos em orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais. Esses fatores estão intimamente relacionados entre si, constituindo elos de uma cadeia de eventos, cuja fragilidade é determinada pelo elo mais fraco, que pode, portanto, determinar o risco e a morte. Dentre esses fatores, podem ser mencionados: a idade materna, assistência pré-natal e qualidade da assistência, existência de um sistema de referência e contra-referência e a via de parto.

Idade materna como fator de risco

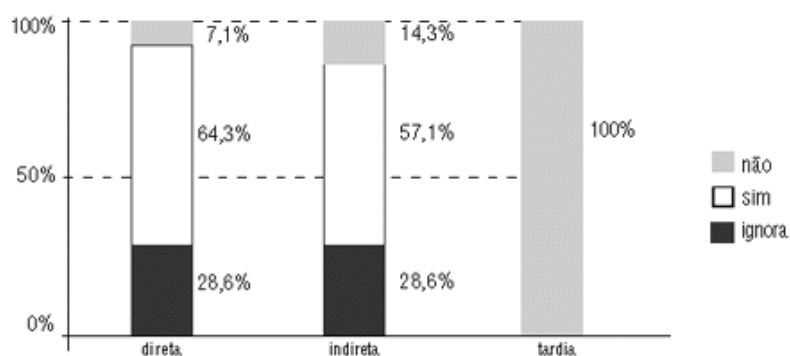
A idade em seus extremos – menos de 15 anos e mais de 35 anos – é um fator de risco de morte quando associado a síndromes hipertensivas e hemorrágicas. As adolescentes até 14 anos que estão grávidas pela primeira vez e as mulheres com mais de 35 anos em primeira gestação estão mais predispostas a desenvolverem a doença hipertensiva específica da gravidez do que as gestantes entre 15 a 34 anos. As mulheres com várias gestações e mais de 35 anos estão mais propensas ao desencadeamento das síndromes hemorrágicas.

Não basta mais pré-natal, é preciso prestar assistência de qualidade

A resolução desses problemas de saúde depende da frequência e qualidade do pré-natal e da qualidade da assistência ao parto. No Gráfico 4, pode-se observar a distribuição dos óbitos por causas maternas segundo a realização ou não do exame pré-natal. Dentre os óbitos por causas obstétricas diretas, 64,3% das mulheres haviam feito o exame pré-natal e 7,1% não realizaram. Dentre os óbitos por causas obstétricas indiretas, 57,1% realizaram o exame, contra 14,3% que não o fizeram. Das mulheres que faleceram após 42 dias do parto (morte materna tardia), nenhuma havia realizado o exame pré-natal. Considerando-se todos os óbitos por causas maternas, 56,5% das falecidas fizeram o exame, contra 17,4% que não o fizeram; sobre os demais não se tem informação.

Fonte: Tanaka e Mitsuiki, 1999.

GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR CAUSAS MATERNAS
 SEGUNDO A REALIZAÇÃO DO EXAME PRÉ-NATAL
 RN, MT e PA, julho a dezembro de 1997



Fonte: Tanaka e Mitsuiki, 1999.

A qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto depende tanto da instituição de saúde como do profissional que presta o atendimento. A instituição nem sempre está preparada para a atenção obstétrica e há casos de falta de sangue e derivados. Do estudo das circunstâncias em que os óbitos ocorrem, pode-se concluir que há uma lacuna na formação obstétrica, principalmente a básica. Um aspecto importante para a redução da morte materna no Brasil está vinculado à necessidade urgente de as escolas médicas e de enfermagem reverem seus conteúdos de obstetrícia. Procedimentos básicos não estão sendo ensinados e os aspectos mais simples da obstetrícia muitas vezes não são diagnosticados. A obstetrícia não necessita de grandes aparatos tecnológicos. De 70% a 80% dos casos podem ser resolvidos com atendimento clínico.

Outro fator é a falta de quadros de pessoal qualificado, que possa evitar as mortes por hemorragia nas primeiras 2 horas pós-parto, decorrentes da falta de assistência nesse período.

Falta de um sistema de referência

Finalmente, falta também um sistema de referência e contra-referência, que vincule o pré-natal ao parto e regule a disponibilidade de leitos nas maternidades, o que evitaria que a mulher em trabalho de parto fosse obrigada a peregrinar e mendigar por assistência.

Via de parto

O tipo de parto é um dos fatores que contribuem para a morte materna. Hoje, sabe-se que o parto por cesariana expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte.

“A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para o aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e particularmente no Brasil.”

Fonte: Cecatti; Pires e Goldenberg, 1999.

Infelizmente, não se dispõem de dados nacionais sobre mortalidade materna por via de parto, o que impossibilita a construção dessa taxa. A pesquisa feita por Tanaka e Mitsuiki (1999) mostrou que, para os 15 municípios estudados, a razão de mortalidade materna por cesariana foi 3,7 vezes maior do que no parto normal, cujas razões foram de 46,20 e 12,57 por cem mil nascidos vivos, respectivamente. No Município de São Paulo, em 1996, ela foi 2,7 vezes maior; em 1997, 2 vezes maior; e em 1998, 2,9 vezes maior (Tabela 5).

TABELA 5: Razão de mortalidade materna por via de parto (RMM por 100.000 nascidos vivos).
Município de São Paulo, 1996-1998

Ano	Via de Parto		
	Normal	Cesariana	Geral
1996	16,1	44,1	50,9
1997	25,7	52,3	61,8
1998	23,3	67,9	61,1

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna/PMSA, 1997 e 1998; Brasil, Ministério da Saúde/DataSUS, 1996-1998.

É importante relatar que a maior razão de mortes maternas por cesárea pode ser decorrente das condições de saúde das mulheres ou de as mesmas estarem mais predispostas a complicações por terem feito cesárea anteriormente e, portanto, apresentarem maior risco de quadros hemorrágicos. Alguns estudiosos afirmam que, em procedimentos realizados em condições equivalentes, a morte por cesárea é maior que em parto normal.

Fonte: Notzon, 1990.

Embora considerando que, no Brasil, algumas cesarianas são feitas em mulheres em estado grave de saúde, o que dificulta que se relacione o óbito ao procedimento cirúrgico, o risco de morte por este procedimento é, mesmo assim, maior do que no parto normal.

Vigilância do óbito materno

Entre as estratégias para a redução do problema da mortalidade materna, uma das ações preconizadas tem sido a implantação e implementação de um sistema de vigilância do óbito materno. Assim, foi criado o Comitê Nacional de Mortalidade Materna (Portaria nº 773, de 7 de abril de 1994, do Ministério da Saúde) e o óbito materno passou a ser um evento de notificação compulsória (Resolução nº 256, de 1 de outubro de 1997, do Ministério da Saúde).

Desde os anos 80, o movimento de mulheres tem dado visibilidade ao grave problema da morte materna e vem contribuindo de maneira ativa para a implementação dos comitês em todo o país.

O Ministério da Saúde vem, a partir de 1988, incentivando e apoiando tecnicamente a criação de comitês no país, como forma de atingir os compromissos assumidos internacionalmente de redução da morte materna em 50% até 2000.

Os primeiros estados a implantar os comitês foram São Paulo e Paraná. O Comitê Estadual do Paraná tem trabalhado desde 1988 e o Comitê Municipal de São Paulo, desde 1992. Os trabalhos destes dois comitês vêm servindo de exemplo e de modelo para outros municípios e estados no acompanhamento e combate da mortalidade materna no Brasil.

Políticas públicas de combate à mortalidade materna

Em 1987, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura realizada em Nairobi, no Quênia, colocou pela primeira vez em nível internacional a discussão sobre o problema da morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Para o Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), o segundo momento importante em que se discutiu essa questão foi em 1990, por ocasião da Conferência da Infância. Nessa reunião, os países presentes – inclusive o Brasil – foram signatários da Declaração e Plano de Ação para a redução em 50% de suas taxas de mortalidade materna. Essa meta foi reenfaticada em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, e em 1995, na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, China.

Fonte: Unicef, 1997.

Em maio de 1998, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, pela primeira vez, uma portaria (MS/GM 2.816) de âmbito nacional que determinava controle rigoroso sobre o pagamento de, no máximo, 40% de cesarianas sobre o total de partos para o ano de 1998, 37% no segundo trimestre de 1999, 35% no segundo semestre de 1999 e 30% no primeiro semestre de 2000. Essa portaria visava diminuir, entre outros problemas, as complicações e mortes decorrentes desse procedimento. Em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde propôs e o ministro aprovou várias resoluções como forma de tentar minimizar o problema do alto número de mortes maternas. Entretanto, levará algum tempo até que possam ser visualizados os efeitos dessas portarias e resoluções do Ministério da Saúde sobre o problema. No momento, os dados de que se dispõem são ainda de 1998 e, portanto, defasados em relação à ação de 1999.

Infelizmente, a realidade não se alterou desde 1985 e a meta de redução da mortalidade materna em 50% até 2000 não foi alcançada. Assim, todos os planos de ação preconizados ou mesmo assinados – Conferência da Infância, Conferência do Cairo e Conferência de Pequim – não foram cumpridos, sendo que os direitos das mulheres à vida, ao planejamento familiar e a uma melhor qualidade de assistência ainda não foram alcançados em nosso país, apesar de continuarem como metas governamentais.

Referências bibliográficas

- BOUVIER-COLLE, M. H. et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v.20, n.3, p.717-721, 1991.
- BRAGA, L. F. C. O. et al. Relatório dos Comitês de Morte Materna do Paraná, 1991. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, v.1, n.7, p.29-49, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. **Banco de dados**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 jun. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **CD-Sistema de informação sobre mortalidade 1979-1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde/Cenepi/FNS. **Mortalidade Brasil-1995**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- _____. Ministério da Saúde/DataSUS. **Nascidos vivos**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- CECATTI, G.; PIRES, H. M. B.; GOLDENBERG, P. Cesárea no Brasil: um direito de opção. In GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Population Council, cap. 9, 1999. p.237-259.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-FIBGE. **Banco de dados**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 jun. 2001.
- HILL, K.; ABOUZHR, C.; WARDLAW, T. Estimates of maternal mortality for 1995. **Bulletin WHO**, v.79, p.182-193, 2001.
- MARTINS, A. L. **Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná.
- NOTZON, F. C. International differences in the use of obstetric interventions. **Jama**, Chicago, v.263, n.24, p.3286-91, 1990.
- ROYSTON, E.; ABOUZHR, C. Measuring maternal mortality. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v.99, p.540-543, 1992.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo/Comitê Central de Mortalidade Materna.

Relatório sobre o ano de 1997. São Paulo, 1998.

_____. **Relatório sobre o ano de 1996.** São Paulo, 1997.

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

_____. **Maternidade, dilema entre nascimento e morte.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

UNICEF. **Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services.** Nova York: Unicef/WHO/UNFPA, 1997.

UNITED NATIONS. **Demographic Yearbook 1996.** Nova York: United Nations, 1998.