

[Digite texto]

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

Denise Carvalho Lyrio

**MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA / ES (2001-2011)**

VITÓRIA  
2014

[Digite texto]

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Lyrio, Denise Carvalho

L992m Mortalidade materna no município de Vila Velha/ES, no período de 2001 à 2011 / Denise Carvalho Lyrio. – 2014.

82 f. il.

Orientador: Luiz Henrique Borges.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Desigualdade em saúde. 2. Política de saúde. 3. Mortalidade materna. I. Borges, Luiz Henrique. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

---

[Digite texto]

DENISE CARVALHO LYRIO

**MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA / ES (2001-2011)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges.

VITÓRIA  
2014

[Digite texto]

Denise Carvalho Lyrio

## **MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA / ES (2001-2011)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientador

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria Carlota Coelho de Rezende  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Membro interno

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Eliane Zandonade  
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Espírito Santo – PPGASC-UFES  
Membro Externo

[Digite texto]

Dedico aos meus pais, fonte de exemplo permanente, e à minha filha pelo apoio nesta grande caminhada.

[Digite texto]

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me proporcionar paz, saúde e força para a realização deste trabalho.

A meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha família, meu porto seguro sempre.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha/ES, nas pessoas de Neusa, Dr<sup>a</sup>. Vera e Lizângela por atenderem gentilmente a minhas solicitações

Às colegas Debora Maria da Silva Bertolani e Fabíola Zanetti Resende pela ajuda e paciência.

A meu orientador, Professor Dr. Luiz Henrique Borges que, com muita paciência, objetividade e doçura, me impulsionou para o alcance deste sonho

A minhas coorientadoras, Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota Coelho de Rezende e Professora Dr<sup>a</sup>. Eliana Zandonade, pelo apoio, sugestões importantes e pela confiança.

À secretária do Mestrado da EMESCAM, Yára Musiello Barcellos, pela amizade, carinho e por tornar o ambiente tão acolhedor e permissivo ao estudo.

Por fim, gostaria de prestar a minha homenagem e respeito às mulheres que perderam suas vidas por mortes maternas.

[Digite texto]

“Eu não pude conhecê-la,  
sua história está mal contada,  
mas seu nome, de barca e estrela,  
foi: SERENA DESESPERADA”.  
Cecília Meireles

[Digite texto]

## RESUMO

O óbito materno (OM), além de ser um importante problema de saúde pública é uma violação aos direitos humanos, uma vez que são evitáveis na maioria dos casos. As informações sobre os níveis e tendências da mortalidade materna são importantes porque elas expõem os riscos na gravidez e parto e, também, informam a respeito da atenção à saúde da mulher e da situação social e econômica da população suscetível. Dada à heterogeneidade da morte materna no Brasil e tendo em vista a persistência de níveis médio-alto no Espírito Santo, esse estudo visou analisar a mortalidade materna no município de Vila Velha-ES (ES), no período entre 2001 a 2011, analisando a evolução da razão de mortalidade materna, as características sociodemográficas das ocorrências obstétricas e causas desses óbitos, bem como a situação de saúde do município em relação à atenção obstétrica. O referencial teórico traçou um panorama histórico e conceitual das políticas de saúde dirigidas à saúde da mulher no Brasil e realizou uma discussão da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), contemplando, também, uma apresentação da proposta de implementação de Comitês de Mortalidade Materno-infantil como estratégia para controle da mortalidade materna no país. O estudo empírico teve por base a abordagem epidemiológica, com desenho do tipo série temporal e dados de óbitos maternos obtidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Outras informações relativas a indicadores de saúde sobre a atenção obstétrica foram coletadas nas bases de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Na análise, utilizou-se o cálculo da razão de mortalidade materna (RMM) e de tendências através do modelo de regressão linear. A pesquisa mostrou que a média de RMM de Vila Velha-ES foi alta (65,2 OM por 100.000 NV), entre os anos de 2001 a 2011, considerando-se os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), além de ter ocorrido uma tendência à elevação no período estudado. As características dos OM ocorridos no período mostraram serem oriundos dos estratos sociais mais desfavorecidos, particularmente de baixa escolaridade e de cor parda/preta. Demonstrou-se que, no município de Vila Velha, ocorreu uma insuficiente atenção ao planejamento familiar nesse estrato da população que, conjugado à precária atenção obstétrica, tanto na atenção básica quanto na especializada, devem estar

[Digite texto]

relacionados aos altos índices de MM encontrados.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Política de saúde. Desigualdade em saúde.

## **ABSTRACT**

The maternal mortality (MM) is a major public health problem and a violation of human rights, since they are preventable in most cases. The information on levels and trends of maternal mortality are important because they expose the risks in pregnancy and childbirth, also informing about the attention to women's health care and about the social and economic status of the susceptible population. Given the heterogeneity of maternal death in Brazil and in view of the persistence of medium-high levels in the Espírito Santo state, this study aimed to analyze maternal mortality in the municipality of Vila Velha-ES, between 2001 and 2011, analyzing the evolution of maternal mortality ratio, sociodemographic characteristics of obstetric events and causes of death, and the municipal health situation regarding obstetric care. The theoretical framework outlined a historical and conceptual overview of health policies concerning women's health in Brazil and held a discussion of current National Policy for Integral Attention to Women's Health, comprising also a presentation on the implementation of the proposed Maternal Mortality Committees, as a strategy to control maternal mortality in the country. The empirical study was based on the epidemiological approach, with time series design and maternal mortality data in SIM and in SINASC. Other information on health indicators on obstetric care were collected in SIAB and CNES databases. In the analysis we used the calculation of reason maternal mortality and trends through the linear regression model. Research has shown that the average of reason maternal mortality of Vila Velha-ES was high (65.2 maternal death per 100,000 live births) between the years 2001 to 2011, considering the WHO criteria, and has been a trend towards increased during the study period. The characteristics of MM occurred during the period showed they are from the most disadvantaged social strata, particularly with low education and brown / black. It was demonstrated that, in Vila Velha, was insufficient attention to family planning in this stratum of the population which, combined with lack of obstetric care, both in primary care and in specialized, must be related to the high rates found MM

Keywords: Maternal mortality. Health policy. Health inequalities.

[Digite texto]

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de McCarthy e Maine (1992).....	27
Figura 2 - Mapa Político de Vila Velha .....	52
Gráfico 1 - Razão de Mortalidade Materna em Vila Velha-ES, 2001 a 2011.....	63

[Digite texto]

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população de Vila Velha-ES pelas regiões administrativas, razão de dependência, taxa de mortalidade e renda nominal média, 2010 .....	53
Tabela 2 - Óbitos maternos, nascidos vivos e razão de mortalidade materna, segundo o ano. Vila Velha-ES, 2001 a 2011.....	62
Tabela 3 - Perfil epidemiológico das mortes maternas em Vila Velha de 2001 a 2011 .....	64
Tabela 4 - Distribuição da mortalidade materna ocorrida em Vila Velha no período de 2001 a 2011, segundo a causa de morte classificada pelos capítulos, categorias e grupos do CID-10 .....	68
Tabela 5 - Agentes Comunitários de Saúde – Equipe de Saúde da Família e Cobertura Populacional estimada, por ano. Vila Velha – ES, 2001 a 2011.....	70
Tabela 6 - Serviços municipais de saúde do município de Vila Velha-ES, por região, segundo modelo e população assistida. ....	71
Tabela 7 - Nascidos vivos por tipo de parto e ano de ocorrência. Vila Velha-ES, 2001 a 2011 .....	72
Tabela 8 – Dados sobre perfil das mães, da assistência ao parto e dos nascidos vivos residentes em Vila Velha, no Espírito Santo e no Brasil .....	73

[Digite texto]

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSDM	Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher
CMM	Comitê de Mortalidade Materna
DO	Declaração de Óbito
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DN	Declaração de Nascido Vivo
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBPF	Federação Brasileira para o Progresso Feminino
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MM	Morte Materna
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OM	Óbito Materno
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMVV	Prefeitura Municipal de Vila Velha
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família

[Digite texto]

RMM	Razão de Mortalidade Materna
RD	Razão de Dependência
SEDIM	Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization
V V	Vila Velha

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
1.1 OBJETIVOS .....	21
1.1.1 Objetivo Geral .....	21
1.1.2 Objetivos Específicos .....	21
2 MORTALIDADE MATERNA E SEUS DETERMINANTES .....	22
3 MORTALIDADE MATERNA E AS POLÍTICAS PARA A PROTEÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES .....	33
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SAÚDE DA MULHER COMO POLÍTICA NO BRASIL .....	34
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER....	38
3.2.1 Os Comitês de mortalidade materno-infantil .....	44
4 MATERIAL E MÉTODOS .....	50
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	50
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	50
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	54
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO PERÍODO .....	54
4.5 FONTES DE DADOS .....	54
4.5.1 Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) .....	55
4.5.2 Sistemas de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	56
4.5.3 Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) .....	57
4.5.4 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) .....	57
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	58
4.7 ANÁLISES DOS DADOS .....	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
5.1 EVOLUÇÃO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA - ES NO PERÍODO DE 2001 A 2011 .....	62
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CAUSAS DE MORTALIDADE DOS ÓBITOS MATERNOS DE VILA VELHA NO PERÍODO DE 2001 A 2011. ....	64
5.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VILA VELHA EM RELAÇÃO À ATENÇÃO OBSTÉTRICA .....	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	75
REFERÊNCIAS.....	78

## 1 INTRODUÇÃO

A Mortalidade Materna (MM) representa um indicador muito importante quando se discute a qualidade de assistência à saúde da mulher, englobando desde o acesso à assistência à saúde, como também a adequação do sistema em prover essa assistência à saúde e responder a suas necessidades. As informações sobre os níveis e tendências da mortalidade materna são importantes porque elas expõem os riscos na gravidez e parto e, também, informam a respeito da atenção à saúde da mulher e da situação social e econômica da população suscetível (BRASIL, 2011a).

O óbito materno (OM), além de ser um importante problema de saúde pública, é uma violação aos direitos humanos, uma vez que são evitáveis em 92% dos casos (BRASIL, 2009), constituindo, portanto, um desperdício de vidas, principalmente de mulheres. Está atrelado às precárias condições socioeconômicas, presença de situações de violência no lar, discriminação social, concomitantemente a outros fatores como: baixo grau de informação e escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade com uma assistência integral e digna (BRASIL, 2011a). Revela-se, assim, desamparo social às mulheres menos favorecidas associado a vários fatores - biológicos, socioeconômicos e culturais - que necessitam ser investigados de forma integrada (FAÚNDES; CECATTI, 1991; TANAKA, 2001; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; RESENDE, 2013).

O óbito materno teve pouca visibilidade social durante muito tempo, pois sua expressividade em números absolutos tornava-se de difícil percepção; portanto, não se conhecia a amplitude desse problema. A partir da década de 1980, as investigações sobre óbito materno e suas repercussões sociais, realizadas de forma comparativa entre diferentes países e regiões, contribuíram para o reconhecimento da ocorrência e de uma situação de injustiça social, trágica e silenciosa, por ser em grande parte evitável (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

A distribuição da morte materna no mundo é desigual, sendo em torno de 100 vezes maior em países em desenvolvimento - 905 MM – Mortes Maternas - por 100.000 nascidos vivos (NV) – Nascidos Vivos - quando comparado aos países desenvolvidos, onde a estimativa é de cerca de 9 MM por 100.000 NV.

A estimativa<sup>1</sup> de óbito materno no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, foi de 358.000 mortes, o que representa em torno de mil mortes ao dia. Dessas mortes, quase 90% aconteceram na África e no sul da Ásia, enquanto que somente 0,5% em países com renda *per capita* alta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Vários fatores corroboram para as baixas taxas de OM nos países desenvolvidos, tais como: o alto padrão socioeconômico dessas populações, avanços nas práticas obstétricas e anestésicas, aplicação de novas técnicas em hemoterapia e progresso no tratamento das complicações associadas ou devidas ao ciclo gravídico puerperal<sup>2</sup>. A redução da MM também é resultado de políticas públicas eficazes, pautadas em longo e laborioso cuidado de observação, aliadas às intervenções precisas sobre a estrutura e coordenação dos serviços de saúde direcionados à prevenção do óbito materno (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Na América Latina e Caribe, os menores índices de MM são os da Costa Rica e do Chile, de 20 a 25 óbitos para 100.000 NV (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013). Entretanto, considerando-se que esses países, mesmo com situação econômica adversa (integrando países considerados menos desenvolvidos economicamente), apresentam taxas de MM significativamente inferiores, corrobora-se que o óbito materno é um indicador da decisão política em assegurar a saúde a esta parte da população (BRASIL, 2009).

No Brasil, a taxa de MM (ou Razão de Mortalidade Materna – RMM) é alta, mas intervenções realizadas para a sua redução têm refletido no decréscimo de 46% ocorrido entre os anos de 1990 e 2007. A RMM corrigida foi de 140 mortes por 100.000 NV, em 1990, decrescendo para 75 mortes por 100.000 NV em 2007.

Parte desse declínio foi atribuída a ações realizadas pelo Ministério da Saúde para melhoria das informações, o que contribuiu para maior captação e identificação das mortes maternas. Dentre essas ações, nota-se a estratégia para redução das mortes com causas não definidas, notificação compulsória da morte materna, investigação

---

<sup>1</sup>A OMS e o UNICEF, ao publicarem as estimativas de morte materna no mundo, assumiram que o nº oficial de óbitos maternos não era real, mas subestimado, sugerindo um **fator de correção** que é um valor pelo qual o nº oficial de mortes maternas deve ser multiplicado para que se obtenha um valor mais próximo da realidade. (BRASIL, 2007)

<sup>2</sup>Ciclo gravídico-puerperal é o período compreendido desde a gestação até o 42º dia após o término da gravidez (puerpério).

dos óbitos em mulheres em idade fértil, autópsia verbal <sup>3</sup> e busca ativa de mortes e nascimentos nos estados das regiões norte e Nordeste (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013; BRASIL, 2008a).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (apud PARPINELLI et al.,1999), a Mortalidade Materna pode ser estratificada em:

- a) Baixa, quando a RMM situa-se até 20 mortes maternas por 100.000 mil NV;
- b) Média, quando a RMM situa-se entre 21 e 49 mortes maternas por 100.000 NV;
- c) Alta, quando a RMM situa-se entre 50 e 149 mortes maternas por 100.000 NV;
- d) Muito alta, quando a RMM for a partir de 150 mortes maternas por 100.000 NV.

Pesquisa no Brasil, realizada em 2004, calculou diferentes fatores de correção, segundo a região, tendo em vista diferenças regionais, sendo que o fator para o país como um todo foi de 1,4. Isso significou que, em 2004, houve cerca de 40% de subnotificação no Brasil (BRASIL, 2006). Anteriormente, no período 1990-1995, as RMM foram multiplicadas por 2,5; em 1996-1999 por 2,0; com a melhoria das informações obtidas pelo SIM e SINASC, o fator de correção foi reduzido para 1,4 (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Segundo Laurell (1983), para observar o aspecto histórico da doença é necessário o estudo das características coletivas da mesma e, não, o estudo de seu comportamento em indivíduos. Dessa maneira, é possível verificar os diferentes perfis patológicos, ou seja, que tipo de patologia e a frequência apresentada em determinado grupo, em um dado momento. Assim, as sociedades que apresentam graus de desenvolvimento e organização social distintos devem apresentar padrões coletivos de adoecimento diferentes e, no interior de uma mesma sociedade, as classes que a compõem terão também condições de saúde diferentes.

Dessa forma, Khan et al. (2006); Nour (2008) verificando as complicações que resultaram na morte materna, observaram que há diferenças de acordo com o grau de desenvolvimento dos países. Na América Latina, predominaram as síndromes hipertensivas, seguidas das causas hemorrágicas, sendo importante o percentual de causas não definidas. Já nos países desenvolvidos, as principais causas de MM estavam relacionadas à anestesia nos procedimentos de parto e às doenças cardiovasculares.

---

<sup>3</sup> Autópsia verbal é um instrumento de coleta de informação dirigido aos familiares, pessoas próximas ou cuidadores daquele que faleceu, com objetivo de desvendar as circunstâncias, sinais e sintomas que redundaram na morte. (BRASIL, 2008a)

As situações econômicas, culturais, sociais, comportamentais, étnico/raciais e psicológicas, designados de determinantes sociais em saúde, induzem à ocorrência de situações que geram problemas de saúde e aumentam os fatores de risco à população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os costumes, crenças, práticas e valores influenciam intensamente as condutas das gestantes durante os períodos pré-natal e puerperal e, em alguns casos, podem levar à possibilidade do óbito materno (EVANS, 2012).

No Brasil, em 2010, segundo as informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), as síndromes hipertensivas específicas da gravidez, notadamente a pré-eclâmpsia e eclampsia, ocuparam o primeiro lugar nas causas diretas do óbito materno, seguidas pelas hemorragias relacionadas às complicações do trabalho de parto e do parto em si; o terceiro lugar foi ocupado pela infecção puerperal e complicações do aborto. Em relação às causas indiretas da morte materna, as mais relevantes são as decorrentes de doenças do aparelho circulatório, complicando gravidez, parto e puerpério, seguidas por doenças do aparelho respiratório (RESENDE, 2013). Os óbitos por causas obstétricas diretas representavam 67,1%, apontando que a assistência ao pré-natal, parto e ao puerpério devem ser aperfeiçoadas (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004), pois são óbitos preveníveis.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, no evento conhecido como Cúpula do Milênio, considerou a mortalidade materno-infantil como um dos oito maiores entraves mundiais que deveriam ser encarados no início do novo milênio, com o objetivo de promover o desenvolvimento social e humano e a superação das injustiças entre as diversas regiões mundiais e países. O resultado desse evento foi chamado de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>4</sup> (ODM) e tornou-se uma referência política na procura da redução da pobreza, em todas as suas esferas e, desse modo, garantir os direitos humanos primordiais (UNITED NATIONS, 2012).

No que se refere ao tema abordado nessa dissertação, a meta a ser atingida até 2015 (tendo como alicerce o ano de 1990) é o de melhorar a saúde das gestantes e

---

<sup>4</sup>De fato, os ODM começaram a ser propostos bem antes. O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais acertado pela Assembleia Geral da ONU, em 1966, somente foi adotado no Brasil em 1991 e entrou em vigor em 1992. O pacto considerou a saúde como um direito em que o Estado tem o dever de propiciar a todos os indivíduos um elevado padrão de saúde física e mental (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

reduzir a mortalidade materna em 75%, o que corresponderia a 35 OM por 100.000 NV.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, comparando os indicadores de 2011 com o padrão observado em 1990, observa-se uma redução de 45% do total das mortes maternas no mundo, enquanto no Brasil ocorreu uma redução de 55%, melhor, mas, ainda inferior ao proposto (UNITED NATIONS, 2012). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a MM é heterogênea no país, variando de acordo com as diferentes regiões do Brasil. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que são as regiões mais pobres, as RMM são maiores, quando comparadas às das regiões Sul e Sudeste, pois essas regiões apresentam melhores índices de desenvolvimento socioeconômico e escolaridade, queda da taxa de natalidade e o acesso aos serviços de saúde são ampliados com aumento da assistência ao planejamento familiar e ao pré-natal (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; RESENDE, 2013).

As desigualdades sociais no Brasil são um entrave para os avanços nas condições de saúde da população. As mulheres mais desfavorecidas economicamente estão mais vulneráveis à realização de abortamento inseguro, com grande risco de morte, enquanto as de melhores condições econômicas têm acesso à prática de abortamento mais seguro, mesmo quando clandestinos. Somadas a condições sociais e econômicas, existem ainda aquelas ligadas a questões de gênero, de raça/etnia, pois as migrantes, negras e indígenas sofrem discriminação para o acesso aos serviços de saúde (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

No Estado do Espírito Santo (ES), a RMM é alta, variando de 44,5 OM em 2000 a 65,6bOM em 2010 (BRASIL, 2011b). As avaliações recentes dos dados dos sistemas de informação no Brasil mostraram um aumento da RMM que, em parte, pode ser devido tanto à melhoria da captação das mortes e dos registros, pelos responsáveis pela vigilância de óbitos em mulheres em idade fértil e dos comitês de mortalidade materna, quanto ao fator de ajuste. (MORSE et al., 2011).

Em Vila Velha, município do Estado do Espírito Santo, as características e situação real do óbito materno são pouco conhecidos em virtude da carência de pesquisas nessa área. Considerando a relevância desse tema no país e no mundo, justificam-se os estudos direcionados a este segmento da população, com o intuito de obter informações que venham a contribuir com um envolvimento maior dos gestores

públicos e de toda sociedade e, dessa forma, garantir à população oferta de serviços de saúde de qualidade, resolutivos e acessíveis.

Dada à heterogeneidade da morte materna no Brasil e tendo em vista a persistência de níveis médio-alto no ES, como estaria a MM em Vila Velha? O município apresenta um elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e, portanto, deveria expressar menor índice de MM? O presente estudo buscará verificar a hipótese de que melhores condições sociais e econômicas presentes no município, assim como acesso a serviços básicos de boa qualidade, podem estar contribuindo para a redução do óbito materno.

Em minha trajetória profissional, o tema gravidez, parto e puerpério faz parte do meu elenco de interesses. Como médica atuando, em nível primário, no ambulatório de unidade básica de saúde em Vila Velha-ES e, em nível terciário, no Hospital Universitário, minha vivência sempre esteve centrada na assistência à saúde da mulher.

Meu interesse pelo tema se dá, então, através da prática cotidiana de assistência à mulher no período gravídico-puerperal na maternidade, sempre que me deparo com situações graves decorrentes de complicações do processo de gravidez, parto ou puerpério que, por vezes, levam a ocorrência de mortes maternas e que, na maioria das vezes, poderiam ser evitáveis.

Essa situação me impulsionou na busca de um entendimento mais abrangente do problema, que envolve uma série de fatores que vão além de uma assistência médica de qualidade, mas também está atrelada às condições de vida, desigualdades sociais, ausência ou fragilidade de políticas públicas e leis que garantam os direitos de cidadania. Assim, visa contribuir amplamente não apenas nas questões acadêmicas, junto à formação profissional no Hospital Universitário e unidade básica de saúde, onde geralmente se inicia o processo, mas também no planejamento de ações em saúde, direcionadas a esse segmento da população, tanto em nível local quanto em nível nacional.

Do ponto de vista dessa dissertação, após serem delineados seus objetivos, serão apresentados dois capítulos teóricos, os quais buscaram traçar um panorama histórico e conceitual das políticas de saúde dirigidas à saúde da mulher no Brasil e uma discussão da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Esse último, conterà também uma apresentação da proposta de implementação de

Comitês de Mortalidade Materno-infantil, como estratégia para controle da mortalidade materna no país.

Em seguida, serão apresentados um capítulo metodológico e outro com os resultados da análise do material empírico levantado, finalizando com as considerações finais.

## 1.1 OBJETIVOS

Os objetivos serão expostos como objetivo geral e objetivos específicos.

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a mortalidade materna no município de Vila Velha/ES, no período entre 2001 e 2011.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar a evolução da razão da mortalidade materna no município de Vila Velha-ES, no período 2001 a 2011.

Analisar as características sociodemográficas das ocorrências obstétricas dos óbitos maternos ocorridos em Vila Velha-ES, no período 2001 a 2011.

Analisar a situação de saúde do município de Vila Velha-ES em relação à atenção obstétrica.

## 2 MORTALIDADE MATERNA E SEUS DETERMINANTES

Ao abordar a temática da morte materna, é necessário elucidar os nexos existentes entre os vários sistemas de dominação e mecanismos usados para controle do corpo feminino - controle da sexualidade, da capacidade de gestar e parir. O patriarcado, o racismo, o etnocentrismo e a exploração do trabalho pelo capital almejam sustentar e conservar não apenas a hierarquia de gênero (processo de dominação/subordinação), mas também as hierarquias étnicas e raciais (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

As mulheres são subjetivamente dominadas e objetivamente exploradas e esse processo opressão/dominação acontece nas relações sociais. Por esse motivo a dominação não acontece da mesma forma em todas as mulheres, mas varia por classe e, nas sociedades racistas, varia por identidade étnico-racial (CAMURÇA, 2007). A autora denuncia os vários mecanismos que mantêm e, sobre os quais, o sistema de dominação é reinventado, tais quais: o controle sobre o corpo e a sexualidade; a violência contra as mulheres para dominá-las; a conservação destas em condições de dependência econômica; a interdição à participação política das mulheres e práticas políticas e sociais excludentes, expressas na negação da sua liberdade sexual, na restrição à sua autonomia reprodutiva; na criminalização do abortamento, situação essa que causa milhares de mortes anualmente; na exploração comercial do corpo e imagem pela indústria da beleza, da moda e do sexo.

O óbito materno é um sensível indicador de desigualdades sociais. Além de expressar os níveis de saúde materna, reflete as situações de vida, as diferenças sociais, a fragilidade ou ausência de políticas sociais e leis que assegurem os direitos de cidadania e a participação social em cada local ou país (TANAKA, 2001; BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Infelizmente, a visão simplista do processo saúde-doença, como um fenômeno apenas biológico e individual, ainda norteia as ações em saúde. Nesse olhar, os indivíduos são vistos como pacientes, ou seja, pessoas apenas com um histórico da sua doença e não uma história de família, de vida, de um trabalho, sentimentos e emoções próprias e únicas. Devemos analisar as situações de saúde-doença no contexto de profundas desigualdades sociais e de papéis hierárquicos distintos. As mulheres, na totalidade dos países, se encontram entre os setores populacionais

mais pobres. Essa desigualdade prevalece na repartição e utilização dos recursos para prevenção das doenças, promoção da saúde, assim como no processo saúde-doença e seus determinantes. Estes funcionam de forma diferente para homens e mulheres e definem desiguais condições de saúde-doença, vida, trabalho e de morte também (ARAÚJO, 1998).

Morse e colaboradores (2011) mostraram, através da análise da produção científica sobre mortalidade materna no Brasil, nas últimas décadas, que a maioria das pesquisas foram realizadas na região sudeste. De imediato, isso denota a desigualdade social na própria produção científica sobre o assunto entre as regiões do país, pois ela prepondera na região que apresenta melhores níveis de desenvolvimento econômico e social, faltando dados e análises sobre as regiões mais pobres. Encontraram elevados índices de subnotificação estimados para o óbito materno (em torno de 40-50%) e muitos estudos careciam de informações básicas nas declarações, principalmente relacionadas à cor e escolaridade.

Para os autores, os estudos convergem na constatação de grandes discrepâncias entre regiões, estados e cidades, revelando as desigualdades socioeconômicas entre elas. Além disso, apontam que houve uma queda nos índices de mortalidade materna, resultado de esforços nacionais e internacionais para o seu controle, mas que tem ocorrido uma estagnação nos últimos anos. Nesse sentido, ao constatarem que a maioria dos estudos teve cunho descritivo e que se centraram na investigação das causas básicas, não aprofundando sobre os determinantes dos óbitos maternos, consideraram que isso pode justificar o pouco impacto dos resultados das pesquisas sobre a realidade da MM.

Um diferencial frequentemente encontrado quanto ao padrão de causas de MM em países com diferentes níveis de desenvolvimento é o da preponderância de causas hipertensivas e hemorrágicas como causas diretas em regiões ou países menos desenvolvidos. Entretanto, os autores destacaram o aumento das causas indiretas em estudos sobre a cidade do Rio de Janeiro, revelando a vulnerabilidade social das mulheres, na medida em que estava associada à baixa escolaridade, cor preta e pouco acesso aos serviços de saúde. No Paraná, estudos mostraram a vulnerabilidade associada à baixa escolaridade e renda (MORSE et al., 2011).

Dos poucos estudos que abordaram fatores de risco, os principais fatores encontrados estavam ligados à idade maior do que 40 anos de idade, à baixa escolaridade e à cor parda ou preta. Para o fator cor da pele, apontam para a

interação de fatores biológicos (maior frequência e severidade da hipertensão na população afrodescendente) e relacionados aos serviços de saúde (menor acesso ao pré-natal).

Nos estudos nacionais revisados, a deficiência na atenção pré-natal foi mensurada principalmente pelo número de consultas, mas também alguns utilizaram a distância entre a última consulta e o parto, não sendo atentados para a identificação de fatores de risco. O cuidado inadequado ao pré-natal e parto esteve relacionado à maior MM, mesmo em países com baixa RMM (MORSE et al., 2011).

Alguns estudos encontraram associação da MM com a realização de cesariana, mas fizeram a ressalta do viés de seleção, já que pacientes mais graves têm indicação desse procedimento (MORSE et al., 2011).

Concluindo, Morse e colaboradores (2011) apontam a face perversa da situação no Brasil, tendo em vista que alta porcentagem dos óbitos maternos são evitáveis, sugerindo a baixa efetividade das políticas públicas para enfrentá-los.

Dessa forma, além do conhecimento da RMM e das causas da morte, é imprescindível a intervenção nos fatores determinantes e condicionantes envolvidos na sucessão de fenômenos que levam ao óbito materno. O conhecimento desses ajudaria na constatação das necessidades especiais de saúde de determinadas categorias de mulheres expostas e norteariam intervenções eficazes apropriadas à prevenção da morte materna.

Vários fatores - sociais, econômicos, culturais, comportamentais, psicológicos e étnico-raciais - designados como determinantes sociais em saúde (DSS) induzem à ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco às populações vulneráveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os determinantes sociais de saúde expressam a forma em que as condições de vida e trabalho dos sujeitos e dos grupos populacionais se relacionam com a situação de saúde. Há vários mecanismos através dos quais os DSS levam às iniquidades de saúde, dentre esses as condições físico-materiais na produção da saúde e da doença, pois as desigualdades de renda influenciarão na saúde pela insuficiência ou ausência de investimentos na educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde, decorrentes das decisões políticas e dos processos econômicos. Por outro lado, os fatores psicossociais são parte do enfoque dos DSS, pois as percepções, experiências e vivências de desigualdades sociais nas sociedades

desiguais provocam desgastes e prejuízos à saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81)

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

De acordo com esses autores, somente com o conhecimento desse complexo de mediações torna-se possível saber por que condições macroeconômicas de uma população, como o produto interno bruto (PIB), não se refletem diretamente sobre as condições de saúde. Ou seja, apesar de em grande parte um baixo desenvolvimento econômico (medido pelo PIB) estar associado a indicadores de más condições de saúde de uma população, em outra população, também com baixo PIB, isso poderá não ocorrer, em função dessas mediações. Dessa forma, seria possível identificar os pontos mais sensíveis das iniquidades de saúde e quais intervenções devem ter maior impacto na sua superação.

No caso do óbito materno, considerando os múltiplos fatores a ele associados, para maior compreensão do conjunto de fatores determinantes, utiliza-se de modelos teóricos para análise. Os modelos são instrumentos que norteiam a elaboração de perguntas apropriadas para o entendimento das origens dos óbitos e para a identificação de medidas que levem a possíveis intervenções com o objetivo de diminuir essas causas evitáveis de morte materna (RONSMANS; GRAHAM, 2006).

Na construção dos modelos, integram-se os fatores sociais, biológicos e comportamentais com objetivo de esclarecer as inter-relações e, dessa forma, possibilitar o entendimento da ocorrência do óbito materno. As informações são obtidas através dos sistemas de informações e investigações das mortes maternas e de mulheres em idade fértil pelos técnicos da vigilância das mortes e pelos comitês de mortalidade (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

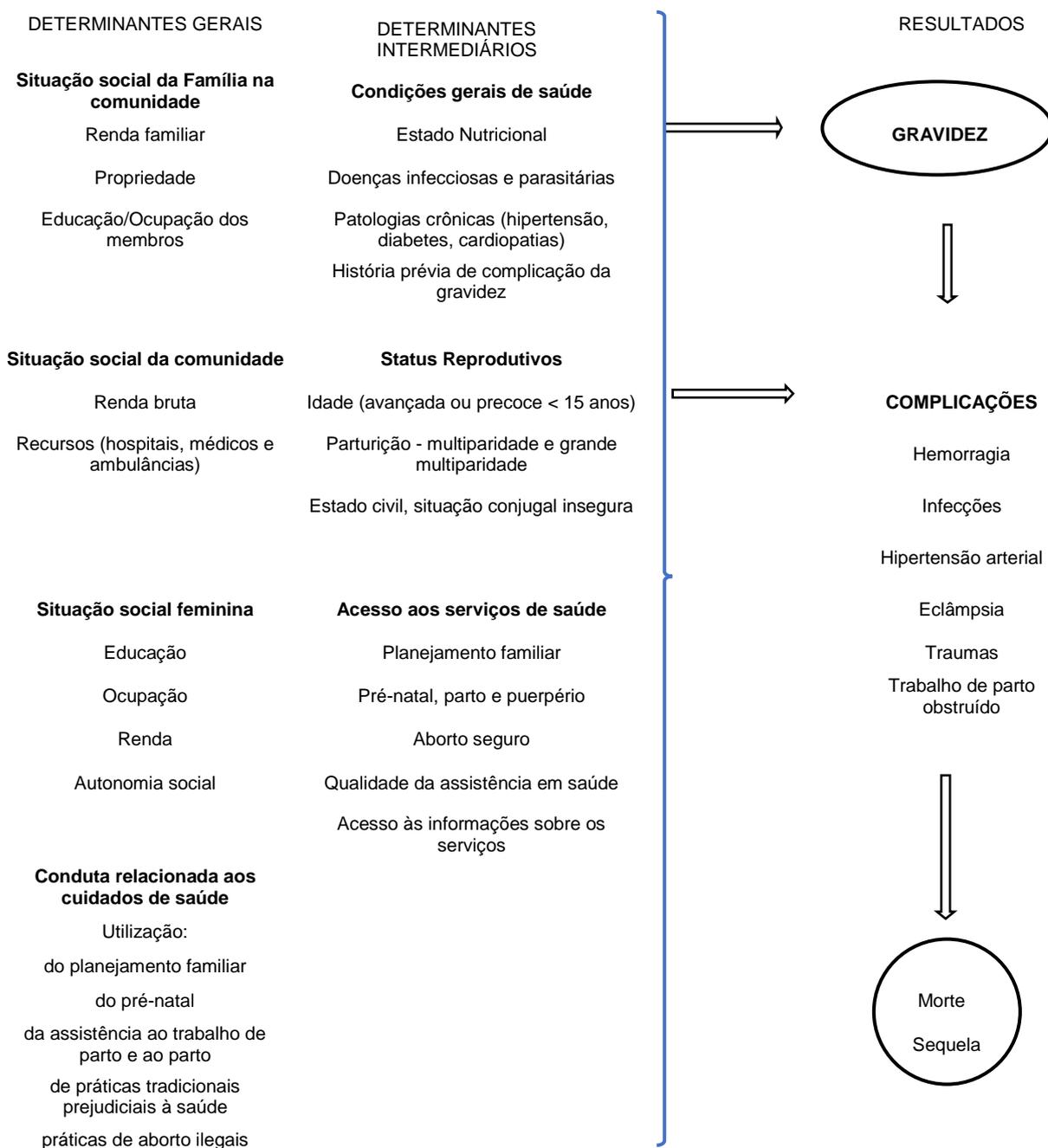
Os modelos têm sido propostos para o conhecimento dos determinantes da mortalidade materna (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013; RESENDE, 2013). No primeiro deles (ver Figura 1), de McCarthy e Maine (1992) apud (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013; RESENDE, 2013), os resultados da gravidez seriam condicionados por três níveis de determinação de óbito materno: determinantes gerais onde estão localizadas as maiores situações de desigualdade

sociais como fatores socioeconômicos, gênero e discriminação étnico-racial; determinantes intermediários que correspondem às situações de obtenção de bens sociais como educação, trabalho, saúde, transporte e outros; e os resultados que são decorrentes da combinação dos níveis anteriores e correspondem à gravidez, sua complicação, morte/morbidade.

De acordo com o modelo, as situações socioeconômicas aliadas aos fatores biológicos operam por uma série comum de fatores que favorecem o óbito materno. Dessa forma, ações que visem diminuir os óbitos maternos através da melhoria nas condições socioeconômicas das gestantes devem ser ponderadas como tendo efeitos sobre os determinantes intermediários que, por conseguinte, irão afetar os resultados (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Segundo McCarthy e Maine (1992), para que ocorra a redução dos óbitos maternos é necessário atuar em uma série de eventos, tais quais: reforçar o planejamento familiar, evitando gravidez não planejada e dessa forma diminuir a probabilidade da mulher engravidar; reduzir as possibilidades de desenvolver complicações durante a gestação através da captação precoce ao pré-natal, além da qualificação da equipe de atenção à saúde para que identifique e faça o encaminhamento de forma pontual das gestantes de risco a serviços especializados; diminuir a probabilidade de morte entre as gestantes que venham a desenvolver complicações por meio da melhoria na qualidade do atendimento às emergências obstétricas.

Figura 1 - Modelo de McCarthy e Maine (1992)



Fonte :Adaptado de McCarthy e Maine (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO (2013), REZENDE (2013).

Portanto, é necessário que ocorra uma concomitância de ações que incidam nos determinantes intermediários do óbito materno, sendo fundamental o constante investimento em políticas sociais que visem melhor distribuição de renda, aumento da escolaridade, redução da pobreza, suplantação das desigualdades sociais por motivos raciais/étnicos e de gênero, ou seja, ações que atuem não só na parte biológica, mas simultaneamente nos determinantes gerais e intermediários (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Para essa concepção, uma das formas mais eficazes de reduzir a MM é o declínio da fecundidade, na medida em que também diminui o número de vezes em que a mulher é exposta à gravidez e suas complicações. A fecundidade e a sobrevivência das mulheres são fortemente impactadas pelo planejamento reprodutivo, que evita gravidez indesejada, aborto inseguro e gestações de risco (RESENDE, 2013).

De acordo com Resende (2013), a vantagem desse modelo é oferecer uma ilustração de diferentes fatores (distantes e intermediários) que afetam a mortalidade materna. Por outro lado, seu ponto fraco é a falta de elucidação de como esses níveis se relacionam. Com isso, as mulheres assumem uma posição passiva, como simples destinatárias de serviços de saúde ou vítimas de fatores externos, o que indica a necessidade de maior compreensão das ligações entre os níveis socioeconômicos e de saúde, de comportamento e de acesso aos serviços de saúde.

Além disso, precisam ser também melhor elucidadas as formas como as mulheres, família e comunidade se relacionam na procura de cuidados de saúde adequados, para evitar a morte materna.

O outro modelo de determinação do óbito materno, conhecido como Modelo das Três Demoras e elaborado por Thaddeus e Maine (1994), avança um pouco mais nessas questões ao focar nos fatores que afetam o espaço decorrido entre o início da complicação obstétrica e o resultado. Assim, se o tratamento é ágil e com assistência apropriada, o resultado tende a ser satisfatório. Nesse modelo, a mortalidade materna que ocorre em países com poucos recursos tem sido relacionada às “três demoras” ou tempos cronológicos diferentes: 1) demora na determinação de procurar atendimento apropriado, 2) demora na obtenção do atendimento e 3) demora em receber o tratamento adequado e de não reconhecer uma situação de risco de vida.

Nessas situações, a maioria dos partos ocorre no domicílio, com pessoal sem qualificação e habilidade para prever maus resultados e agir prontamente em complicações, de forma que, quando o problema é percebido, já é tarde. Outra situação que pode ocorrer é a inexistência ou precariedade de estradas pavimentadas e muitas famílias não dispõem de veículo próprio, enquanto que, em outras circunstâncias, o transporte público é deficitário e o serviço de saúde oferece cuidados inadequados ou tratamento ineficiente. Países com poucos recursos, e com prestação de serviços precários, podem não ter a tecnologia ou meios adequados para prestar cuidados intensivos a hemorragias e infecções, com prontidão. Dessa forma fatores como omissão no tratamento, tratamento incorreto e falta de suprimentos contribuem para a mortalidade materna.

A vantagem desse modelo em relação ao anterior é colocar o problema em termos das decisões e experiências da mulher e sua família no enfrentamento da situação de risco e complicação da gravidez.

Essa hipótese das demoras pode ser comprovada por Pacagnella (2011), em estudo realizado com dados de várias regiões geográficas do Brasil, que concluiu que os piores desfechos maternos (morbidades e óbitos) estavam diretamente relacionados às demoras na assistência obstétrica e que essas, por sua vez, estavam relacionadas a fatores sociodemográficos.

Por fim, cabe discutir alguns aspectos da determinação social do óbito materno, levantados nos modelos acima, que dizem respeito às inequidades sociais de gênero e raça/cor resultadas do modelo patriarcal latifundiário e escravagista que perpetuou pela história brasileira até o século passado (NARVAZ; KOLLER, 2006).

A adoção da categoria gênero foi fundamental para reconhecer que as diferenças sexuais são socialmente definidas e não determinadas biologicamente, sendo, portanto, sujeitas a modificações culturais para definição dos papéis sociais dos homens e das mulheres (SAFFIOTI, 2004).

Ao mencionar gênero, pressupõe-se um discurso de legitimação sexual, onde a ordem estabelecida justifica a hierarquização dos homens e das mulheres em determinada sociedade. Dessa forma, são os sistemas de crenças que ditam o que é típico de um e outro sexo e, assim, impõem os direitos, espaços, as condutas e as atividades pertinentes a cada sexo (SAFFIOTI, 2004).

Segundo Puleo (2004), a história humana está repleta de discursos que justificavam a desigualdade de gênero: na mitologia, na religião, na filosofia, na medicina, etc. A

medicina, até o século XVI, divulgou o sexo feminino como se fosse o sexo masculino invertido. A vagina era vista como um pênis, os pequenos lábios como o prepúcio, o útero como a próstata e os ovários como os testículos. Essa visão de sexo único foi repensada somente quando a necessidade de diferenças anatômicas e fisiológicas se configurou na vida sociopolítica e econômica.

Com o desenvolvimento do sistema capitalista do século XIX, a mulher começa a sair do espaço privado para o público, iniciando um processo de lutas para o reconhecimento de que não é inferior ao homem. Essa visão global é o início da trajetória do movimento feminista.

Os esforços contra a violência de gênero foram iniciados na década de 1950 pela Organização das Nações Unidas (ONU), com a criação da Comissão de Status da Mulher que, entre 1949 e 1962, formulou vários tratados que tinham por base *A Carta das Nações Unidas* - que declara os direitos iguais, entre homens e mulheres - e a Declaração Universal dos Direitos Humanos – todos os direitos e liberdades humanos devem ser aplicados igualmente a homens e mulheres, sem distinção de qualquer natureza.

A mobilização mais acurada contra a violência de gênero ocorreu depois de 1975, por ocasião da comemoração do 1º Dia Internacional da Mulher, porém, apenas em 1993, na Reunião de Viena, foi incluído um capítulo que denuncia e faz propostas para inibi-la. No Brasil imperial, o assassinato de mulheres, a pretexto de adultério, era legítimo. É notório observar que se o homem tivesse relação frequente com outra mulher, era considerado concubinato e não adultério (BLAY, 2003).

O movimento social feminista cunhou a expressão *violência contra a mulher* nos anos 1970 e a consolidação de estudos abordando gênero ocorreu juntamente com o fortalecimento do movimento feminista no Brasil. O conceito gênero tem sido alvo de várias interpretações pelas diferentes correntes do feminismo. De acordo com Carvalho (1998), o conceito mais usual é aquele proposto pelo feminismo da diferença, que declara que as diferenças efetivas entre os sexos são biológicas e que todas as outras desigualdades observadas são culturais, originadas de situações de repressão e, portanto, podendo ser descartadas, cedendo campo às relações igualitárias. Para esses teóricos, o termo gênero reporta-se a traços culturais do que representa ser feminino (ou masculino) e essa construção foi edificada socialmente sobre a base biológica. Os teóricos da diferença admitem que o poder se concentra na esfera pública, origem da sujeição das mulheres (FARAH,

2004).

Paralelamente às denúncias das desigualdades de classe, o movimento feminino insere temas específicos à condição feminina como saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher. Logo, verifica-se que a história desses movimentos é, por assim dizer, a da constituição das mulheres como sujeito coletivo. Deixam a esfera privada, tornando pública a sua participação e levando temas, antes restritos ao espaço privado, para a esfera pública.

Esses movimentos sociais de mulheres agiram em convergência com o movimento feminista que tinha como objetivo primordial a mudança da situação da mulher na sociedade, permitindo que transpusessem a desigualdade nas relações entre homens e mulheres. Assim, o feminismo teve o papel fundamental para inclusão da questão de gênero, na pauta de reivindicações da agenda pública, como uma das desigualdades a serem removidas de um regime democrático (FARAH, 2004).

Por fim, no tocante às relações entre desigualdades sociais e à dimensão raça/etnia, o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) aponta que poucos estudos no Brasil analisam a relação entre a MM e a dimensão raça/etnia. Como exposto acima, o quesito “cor” da declaração de óbito é insuficientemente preenchido, dificultando as análises sobre a mortalidade materna entre as mulheres negras.

Em 2003, houve maior participação das mulheres pardas entre os óbitos por causas maternas, correspondendo a 41,5%. Entre as mulheres pretas, houve um aumento dos óbitos por causas diretas, que revelam fundamentalmente dificuldade no acesso à assistência obstétrica de qualidade. Considerando a doença hipertensiva específica da gestação como causa de óbito, constituiu a primeira entre todas as categorias de raça/cor; entretanto, essa causa representou 22,4% entre as mulheres brancas e 35,3% entre as mulheres pretas. Entre as mulheres pretas, o descolamento prematuro da placenta também foi superior ao observado entre as mulheres brancas e pardas.

Os óbitos por aborto apresentaram maior participação entre as mulheres pretas e pardas (14,2% e 11%, respectivamente). Como visto anteriormente, esse acréscimo de MM entre as mulheres pretas não se deve apenas aos aspectos biológicos já reconhecidos, mas, fundamentalmente, a fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais estão

expostas.

Ao discutir a abrangência dos conceitos de saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos para as mulheres negras (pretas e pardas), Campos e Oliveira (2009) mostram como se configurou a indissociabilidade da questão racial com as condições sociais e de classe, a partir do debate sobre como a esterilização era realizada no país. Tornou-se visível, na análise da saúde, que tal parcela da população feminina detinha os maiores índices de mortalidade materna, maiores dificuldades no acesso à saúde e era alvo preferencial da política de esterilização, principalmente realizada nas regiões norte e nordeste, onde há maior densidade de população negra. Em 1991, a esterilização de mulheres no Nordeste era de 62,9%, o que colocava as mulheres negras em uma situação de maior vulnerabilidade no campo da saúde.

Assim, pode-se conceber a mortalidade materna como expressão das relações sociais de classe, gênero e raça/etnia em que as hierarquias de poder estabelecidas historicamente nessas dimensões condicionam riscos e possibilidades diferenciadas para diferentes grupos de mulheres na população.

### **3 MORTALIDADE MATERNA E AS POLÍTICAS PARA A PROTEÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES**

Para Foucault (1984), as primeiras políticas de saúde levadas a cabo na Europa do século XVIII tinham como principal objetivo a produção de um maior número de crianças com condições boas de saúde, pois o capitalismo - que se baseava na tecnologia, produtividade e razão - precisava estabelecer novas bases para entendimento dos indivíduos, passando a vê-los não mais como corpo individual, mas agora como corpo social produtivo.

Políticas sociais foram elaboradas com o objetivo expresso de consolidar uma engrenagem social apta a impelir o nascimento e conceder elementos para a expansão industrial. Tais ações tiveram importância para o desenvolvimento social demonstrado pela erradicação e controle de várias doenças infecto-parasitárias, favorecendo o aumento da expectativa de vida e da população mundial (SANTOS-NETO, 2012).

Segundo Santos-Neto e colaboradores (2008), vários empenhos aconteceram para a conservação da força de trabalho que acelerava a produção no capitalismo e, dentre as várias medidas de controle adotadas pelo estado, a institucionalização do parto foi uma delas. Desse modo, a compreensão a respeito dos processos fisiopatológicos concernentes à gestante, parto e ao recém-nato progrediu nos meios científicos e tecnológicos, facultando a intervenção da área médica e proporcionando melhoria das condições de saúde materno-infantil. Entretanto, esse processo também resultou em uma medicalização excessiva, ocasionando iatrogenias como a realização de partos cesáreos desnecessários.

A saúde como direito é consequência de um extenso processo de conquistas ao longo dos tempos. Conquistas amparadas por tratados internacionais elaborados com a participação dos governantes e cidadãos. A saúde entendida como direito de todos, assegurado pelo Estado, foi proclamada em 10 de dezembro de 1948 na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Apesar de esse documento não redundar em obrigatoriedade legal, foi indiscutivelmente uma ferramenta de pressão moral sobre os governos e deu origem, posteriormente, ao *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, que foi convencionado pela Assembleia Geral da ONU, em 1966 (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

O Pacto assegurou que a saúde fosse tratada como um direito em que o Estado tem a obrigação de garantir a todos os indivíduos um alto nível de saúde física e mental. Apenas em 1991, o Pacto foi adotado no Brasil, através do Decreto Legislativo n.º 226, que entrou em vigor no ano de 1993 (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Nesse capítulo, serão apresentados e discutidos aspectos históricos e conceituais das políticas de saúde da mulher no Brasil, assim como expostos as legislações e atos normativos que regulamentam esses direitos nas políticas atuais.

### 3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SAÚDE DA MULHER COMO POLÍTICA NO BRASIL

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde com programas limitados à gravidez e ao parto. De uma forma geral, as concepções de proteção da saúde materno-infantil, concebidas nas décadas de 30 a 70, possuíam uma visão limitada da mulher, fundamentada em sua peculiaridade biológica e na atuação social de mãe e cuidadora do lar. Além disso, esses programas não interagiam com outros programas, levando a uma fragmentação da assistência (BRASIL, 2011a).

No período das décadas de 1930 e 1940, acontecia no Brasil processo análogo ao observado em outras ditaduras em que as políticas sociais eram norteadas por uma conotação paternalista em que as reformas dos sistemas de proteção social - focado na maternidade - foram em grande parte entendidas mais como proteção paternalista do que como direitos maternalistas (CARDOSO, 2012).

Na Era Vargas, há uma preocupação do Estado com a saúde materno-infantil. Na constituição de 1934, foram introduzidos direitos à mulher como licença-maternidade de três meses, incluindo o salário integral; a atuação, preferencialmente, de mulheres na direção e administração de programas de assistência social (materno-infantil, trabalho feminino e organização do lar); assim como a exigência de apoio e proteção às mães e às crianças, em todos os níveis de governo, através de garantias legais e instituição de serviços especializados. É importante salientar a participação da feminista Berta Lutz e suas aliadas que, organizadas na Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF), inauguraram novos horizontes a respeito da liberdade econômica da mulher (SOIHET, 2006).

Em 1940, foi criado o Departamento Nacional da Criança que reforçava não somente os cuidados infantis mas também o materno no que se aludia à gravidez e à amamentação. Este enfoque estatal na saúde materno-fetal atravessa um longo período do Estado Novo até o Regime Militar. Nesse período, a finalidade do Estado era produzir indivíduos saudáveis para o país (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No transcorrer da década de 1960, os processos de industrialização e urbanização tornam-se céleres. As mulheres, em especial as brancas, passam lentamente a assumir outros papéis sociais, têm acesso à escola e ao trabalho fora do lar. Enquanto que às mulheres negras coube a tarefa de ocupar os espaços de trabalho que as mulheres brancas desocuparam no setor doméstico. (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

O movimento feminista, a partir da década de 1960, contribuiu significativamente para a luta por direitos à saúde da mulher, ganhando visibilidade ao denunciar a precariedade da saúde de mulheres brasileiras. Exigia ações que proporcionassem melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de suas vidas (BARSTED, 1994) e criticou intensamente os programas de cunho reducionista, despertando questões importantes, até então consideradas pouco relevantes. Argumentava que a mulher tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gestatório e puerperal, mas ficava sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2011a).

Com a implantação da ditadura militar na década de 1960, o modelo de saúde instituído caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela supremacia de uma tecno-burocracia cujo nexos estava focado na mercantilização da saúde, o que levou aos impactos negativos na formulação e execução de saúde pública e na medicina previdenciária. O modelo assistencial de atenção à saúde desse período foi caracterizado como sendo médico-assistencial-privatista (SANTOS-NETO et al., 2008).

Nesse período, apesar do crescimento e expansão da previdência social, aliados ao discurso oficial a respeito dos benefícios do milagre econômico, o que se observava no cerne da população, principalmente nos moradores das regiões metropolitanas, era uma grande multidão de excluídos, submetidos a políticas de concentração de renda, precárias condições de vida e desemprego crescente, sem acesso aos serviços e bens públicos como saúde, educação e moradia (ALMEIDA, 2005).

Os movimentos sociais foram uma forma de oposição e resistência à ditadura. Estes se organizaram em um campo de lutas constituído por grupos, até então, preteridos

dos debates políticos - como os indivíduos pertencentes às associações dos moradores, as mulheres, os negros e os índios - e adquiriram legitimidade social. Novas questões sociais vieram à tona, multiplicaram-se as denúncias contra o autoritarismo do Estado, expandiram-se as reivindicações dos partícipes desses movimentos. Com o processo de redemocratização, esses movimentos, com personalidade já estabelecida, passam a dialogar com o Estado e, dessa maneira, estabelecem-se como sítios de poder. A visibilidade desses movimentos e o empoderamento que se constituiu tornaram esses movimentos sociais intermediadores das instituições governamentais e da sociedade, com potencialidade de alterar práticas e modelos culturais discriminadores (BARSTED, 1994).

De acordo com Barsted (1994), na década de 1970, grupos formados por mulheres pertencentes à classe média, a maioria com nível superior de ensino, inspiradas no movimento feminista europeu/norte-americano, participavam dos movimentos de resistência à ditadura e na luta contra a discriminação das mulheres e pela igualdade dos direitos. O movimento de mulheres questionava tanto as estruturas privadas (família e relação entre os sexos) quanto as estruturas públicas do poder. Inicialmente, o movimento feminista era organizado em departamentos femininos em sindicatos e centros de estudo e debates, não havendo preocupação de criar estruturas. Nesse período, surgem dois importantes grupos femininos: o Movimento Feminino pela Anistia cujo objetivo era denunciar a situação de subordinação das mulheres e exigir a volta e a liberdade de exilados e presos políticos punidos pela ditadura; o Clube de Mães, formado por mulheres dos setores populares apoiadas pela Igreja Católica, que pelejavam por condições de vida melhores, solicitando transporte, moradia, educação, saneamento básico e saúde. Esses grupos de mulheres, apesar dos objetivos distintos, edificaram um campo político onde as mesmas tornaram-se os sujeitos da luta, repassando para o território político seu desempenho e, dessa forma, rompendo com a sua invisibilidade.

No período militar, como o modelo de atenção à saúde era pautado em uma assistência médica privatista, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva possuíam um caráter predominantemente intervencionista. A forma frequente do parto era através da cesariana e o método contraceptivo mais disseminado era a esterilização feminina, como observa Almeida (2005). Em meados da década de 1970, programas verticais de atenção à saúde materno-infantil são implementados,

entre eles, o Programa de Saúde Materno-Infantil (BRASIL, 1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (BRASIL, 1978).

No contexto do movimento feminista do Brasil, esses programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30,50 e 70 foram veementemente criticados em decorrência do caráter reducionista com que aludiam à mulher. O movimento de mulheres, com intensa atuação no campo da saúde, auxiliou para que se introduzissem na pauta política nacional questões que estavam até então relegadas, porque eram consideradas exclusivas às relações privadas e ao espaço íntimo. Os argumentos pautaram-se nas desigualdades de condições de vida da população, nas relações de gênero e nos aspectos relativos à contracepção, sexualidade e outros. As reivindicações dessas mulheres organizadas propunham ações que englobassem todo o ciclo de vida e as particularidades inerentes dos diversos grupos populacionais, não apenas dirigidas ao ciclo gravídico-puerperal. (BRASIL, 2007).

Nessa conjuntura, observa-se que as modificações no cenário brasileiro da época estavam embutidas nas ações que assinalaram o início do processo de redemocratização e do revigoramento dos movimentos sociais contrários ao regime militar e às políticas por ele efetivadas. Esses movimentos sociais foram importantes para uma compreensão abrangente das principais conquistas do início da década de 1980 e, no que se refere às políticas de saúde materno-infantil, nesse contexto, a normalização dos direitos nasce não somente baseada no interesse do Estado, mas surgem impelidas pela pressão popular que resultará na aprovação de leis e políticas públicas que atravessam os anos 1980 e acentuam-se em toda a década de 1990, expandindo-se até os anos 2000 (SANTOS-NETO et al., 2008).

A década de 1980 foi um período bastante marcante no que tange à saúde da mulher. Os grupos organizados, principalmente de mulheres feministas, questionavam as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres que se traduziam em problemas de saúde afetando, particularmente, a população feminina. Ao criticarem os padrões de masculinidade e feminilidade como produtores de sofrimento e adoecimento das mulheres, foi proposto que, ao elaborar, executar e avaliar políticas de saúde para a mulher, utilizassem como suporte as relações sociais entre homens e mulheres. Organizadas em prol da luta por uma sociedade menos desigual, mulheres reivindicaram sua condição de sujeito de direito, que extrapolava necessidades no sentido reprodutivo, apontando a necessidade da

implantação de ações que proporcionassem melhorias em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011a).

Também na década de 1980, aconteceu um movimento internacional a favor da humanização do parto e nascimento onde ações em saúde priorizassem o ser humano e, dessa forma, a atenção ao parto foi elaborada visando um mínimo de interferência sobre a evolução fisiológica do parto e dando preferência às necessidades das parturientes. A partir de 1988, foi implantado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) cuja característica marcante foi a integralidade da assistência pré-natal, conectando a assistência Pré-natal ao parto e puerpério, além de oferecer uma quantidade mínima de procedimentos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em 1984, ocorreu o 1º Encontro Nacional de Saúde das Mulheres onde foram definidas políticas sociais de interesse das mulheres. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Comissão Nacional de Estudo dos Direitos da Reprodução Humana foram criados pelo Ministério da Saúde em 1985. Nesse período, foram realizadas conferências com a proposta de uma nova política de saúde, como a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher ocorrida entre 10 e 13 de outubro de 1986.

### 3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Uma das maiores conquistas do movimento feminista foi a formulação, em 1984, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). De acordo com Aquino (1999), o PAISM inovou, pois introduziu a discussão de cuidado considerando não apenas o aspecto procriativo (gestação, parto e puerpério), mas a integralidade da saúde da mulher como um todo, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnósticos, tratamentos de câncer de colo do útero e da mama, doenças sexualmente transmissíveis (DST), atendimento no planejamento familiar e climatério, além de outras necessidades observadas a partir do perfil da população feminina, abrangendo todos os ciclos de vida da mulher. Isto marcou a história no que diz respeito à evolução das políticas públicas destinadas às mulheres (BRASIL, 2011a).

Segundo Cassiano et al. (2014), com o PAISM ocorreu um avanço extraordinário na atenção à saúde da mulher porque, nesse momento, foi a primeira vez que o

governo enfocou outros aspectos da saúde, passando a incluir a prevenção e o tratamento, desde a adolescência até a velhice, além das ações educativas e preventivas, de planejamento familiar e assistência à saúde da gestante e do nascituro, desde o pré-natal até o atendimento de alto risco. Antes, o foco do governo era o tratamento individual e a cura de doenças.

O PAISM preconizava uma organização em que os serviços de saúde fossem descentralizados, hierarquizados e regionalizados, assim como incorporaram a integralidade e a equidade da atenção, princípios e diretrizes que, no âmbito do Movimento Sanitário, se construía a base conceitual que levaria à formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a; PAZ; SALVARO, 2011).

Essa nova proposta de assistência integral à saúde da mulher abriu um leque de possibilidades no campo das políticas de saúde em grande parte fundamentais para a constituição dos princípios do SUS. A partir do surgimento e implementação do SUS, no fim da década de 1980 e no transcorrer da década de 1990, o PAISM sofre a influência da municipalização e reorganização da atenção básica, através da implantação do Programa Saúde da Família (PAZ; SALVARO, 2011).

De acordo com Mandú et al. (1999), o PAISM, apesar de inovador, apresentava uma visão estreita de integralidade, devido às delimitações sociais que não foram previstas pelo programa e também pela insuficiência nas ações de saúde que foram propostas para o segmento feminino.

Essa visão estreita que foi conferida ao PAISM era decorrente do fato de que não houve adequado respeito às desigualdades sociais pertinentes aos diversos grupos e de, também, ter incorporado o período reprodutivo como sinônimo de integralidade das ações. Além disso, o PAISM não conseguiu extrapolar o modelo clínico-ginecológico estruturado previamente e perpetuou um processo de continuidade no qual as ações educativas para a promoção em saúde não foram implantadas. As ações visavam a assistência, ou seja, o adoecimento da mulher em apenas um aspecto e ciclo de vida e não fazia alusão à atenção e prevenção em todos os ciclos de vida (RAMALHO et al., 2012).

Na avaliação do próprio governo federal, as dificuldades e descontinuidades encontradas no fim dessa primeira década do PAISM não lhe permitiram prestar uma assessoria adequada aos estados e municípios, sendo proposto, então, que a saúde da mulher passasse a ser considerada uma prioridade do governo (BRASIL, 2008b).

No Brasil, em 1989, por iniciativa dos municípios, principia a organização de serviços em atenção à saúde das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, o que permitiu uma visibilidade maior ao tema (BRASIL, 2008b).

No plano mais geral do país, os impactos produzidos pela adoção do modelo neoliberal conduziram a um crescimento econômico medíocre e, dessa forma, o novo século inicia com a contenção dos gastos públicos, mercantilização da saúde, restrições na previdência e assistência social. Os serviços públicos precarizados geraram um ônus que incidiu principalmente sobre as mulheres com poucos recursos para a compra dos serviços ou para adquirir bens que aliviassem sua dupla jornada (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), pois reconheceu as dificuldades para a concretização do SUS. Na área da Saúde da Mulher, garantiu aos municípios ações básicas mínimas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Além disso, previa o estabelecimento de sistemas resolutivos e funcionais para garantir o acesso às situações de maior nível de complexidade, através da organização do território estadual (BRASIL, 2008b).

Em 2002, ocorreu a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência da República. Durante o seu primeiro mandato (2003-2006), os movimentos de mulheres e feministas se mobilizaram e pressionaram o poder legislativo e executivo, exigindo garantias e medidas reais para resguardar e promover os direitos sexuais e reprodutivos. Alguns resultados importantes foram conseguidos como a criação, em 2003, de um organismo governamental no primeiro escalão com o objetivo de promover a igualdade racial e outro para tratar das políticas públicas para as mulheres (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Em 2003, a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), criada no ano anterior, se transformou em Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) (AQUINO, 1999).

Na sequência, foram convocadas as conferências nacionais para discutir as diretrizes das políticas para as mulheres e de promoção da igualdade racial (2011a). Além de outros destaques como a proposição por organizações feministas de todo o debate e do anteprojeto sobre a Lei Maria da Penha que versa sobre o enfrentamento e combate à violência doméstica contra as mulheres), houve a

deliberação para que a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres priorizasse a discussão sobre o aborto (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

O abortamento realizado em condições inseguras constitui uma das principais causas de óbito materno no país. Entretanto, a situação da ilegalidade do aborto afeta a confiabilidade das estatísticas, restando grandes lacunas de conhecimento acerca dessa temática e, conseqüentemente, dificulta implementação de políticas públicas e mudança dessa lamentosa situação (BRASIL, 2011a).

As proposições para a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres diziam respeito à revisão da legislação punitiva sobre o aborto, ao debate e à preparação de anteprojeto de lei para a legalização do aborto por uma Comissão Tripartite convocada pelo Governo Federal, além de uma série de informações e orientações ao poder executivo sobre a necessidade de se compreender o tema da legalização do aborto como questão de saúde pública, reconhecendo a obrigação do Estado em promover a saúde das mulheres brasileiras. As discussões e negociações durante a Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres desembocaram no I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que foi revisada em 2011. Atualmente, toda mulher em situação de abortamento inseguro tem direito ao acolhimento e tratamento digno no SUS (BRASIL, 2005).

Ainda em 2003, em parceria com a sociedade representada principalmente pelo movimento das mulheres, dos negros, trabalhadoras rurais, sociedades científicas, estudiosos e pesquisadores da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e órgãos de cooperação internacional, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher cuja finalidade foi a organização das redes integradas de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, concatenando ações de prevenção às DST/AIDS e às hepatites, promovendo o empoderamento feminino e a não repetição desses casos (BRASIL, 2007).

Nesse documento, oficialmente se explicitou a perspectiva de gênero nas discussões sobre saúde da mulher, incluindo a integralidade e a promoção da saúde como base norteadora, além da busca pela consolidação dos avanços na arena dos direitos reprodutivos e sexuais, visando a melhoria da assistência obstétrica, planejamento familiar, combate à violência doméstica e sexual, prevenção do

abortamento inseguro. Nas novas proposições de ações da parte da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, identificou-se a necessidade de articulação com outras áreas técnicas, visando integrar atenção às mulheres rurais, indígenas, presidiárias, com deficiência, lésbicas e, ainda, sua participação em discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004).

Foram incorporados, também, a prevenção e o tratamento de mulheres portadoras do HIV/AIDS, doenças e agravos não transmissíveis e de câncer ginecológico, expandindo o atendimento às mulheres, conforme suas necessidades e especificidades (SANTOS-NETO et al., 2008). Ocorreu também a inclusão dos homens e adolescentes nas práticas e ações do planejamento familiar (SOUTO, 2008).

O termo integralidade, usado de forma pioneira e apresentado pelo movimento feminista na preparação da PAISM, trazia um foco estreito do que realmente seria a integralidade tanto pelas demarcações sociais não previstas pelo programa quanto pela escassez nas ações de saúde que foram concebidas para o público feminino (MANDÚ et al. 1999).

Para Souto (2008), a integralidade em saúde é uma concepção polissêmica; logo, se traduz por uma forma ampla e, na esfera da saúde, não há consonância em sua definição. Entretanto, em decorrência da amplitude que o termo integralidade possui, destacam-se duas dimensões: uma que denota uma visão do ser humano como um todo, único e indivisível nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais; e outra, que denota ações de atenção à saúde em todos os campos – da promoção da saúde, da prevenção de doenças, do diagnóstico e tratamento precoce, da reabilitação.

Logo, as ações para implementação dos planos de atenção à saúde devem conter aspectos do indivíduo em sua totalidade, buscando qualidade de vida ao invés de somente a cura de doenças, uma vez que o ser humano ultrapassa o corpo em sua dimensão biológica e é produto do ambiente em que vive o qual determina seu modo de agir, pensar, adquirir experiências e, também, de adoecer, uma vez que o seu corpo interage com o contexto social que o envolve (MANDÚ et al., 1999; SOUTO, 2008).

As carências em saúde da mulher têm dimensões além dos processos patológicos, não devendo estar limitada ao corpo físico individual, restrito à reprodução. A forma como diferentes grupos populacionais criam, organizam e produzem valores e dados

de si mesmos, do universo, do seu mundo e a respeito da saúde e da doença, delibera ou não riscos ou alternativas no processo saúde-doença. Do mesmo modo, a maneira que se constituem as diferenças e hierarquias possibilita um senso de maior ou menor poder de controle de uns sobre os outros e permite que determinados grupos humanos fiquem em posições favoráveis ou não à saúde. A situação histórica da subordinação da mulher - conjugada a direitos sociais discriminatórios - e a dupla jornada de trabalho incidem em seu corpo. Nessa situação em que a mulher se encontra subordinada, sua saúde requer suplantar a desvalorização à qual é submetida em sociedades que as colocam em posição inferior à posição masculina (MANDÚ et al., 1999).

A PNAISM, segundo Souto (2008), representou um grande avanço ao analisar o perfil epidemiológico das mulheres do Brasil e observar os fatores e causas de adoecimento que suplantavam o olhar biológico apenas. Isso, por conseguinte, levou à possibilidade de tratar os agravos à saúde feminina da mesma forma em que, ao reconhecer as desigualdades de gênero, raça/etnia e classe, possibilitou pensar em saúde na dimensão do coletivo. Porém, ao analisar o documento da política, demonstra que, apesar de o pequeno levantamento realizado sobre a situação da saúde feminina no país mostrar que as causas principais de óbito nas mulheres são as doenças cardiovasculares, as ações fundamentais da política proposta para a saúde das mulheres ainda estão concentradas na área reprodutiva e sexual. Outros assuntos e temas que fazem parte do universo feminino e não são expressos com o mesmo ímpeto e nem mesmo sob a expectativa de gênero são o crescimento e a efetivação da participação feminina no mercado de trabalho e em espaços significativamente masculinos. Além disso, há também a violência doméstica que deveria ser abordada de uma forma preventiva, com maiores cuidados na atenção e serviços de saúde, encarada não apenas como uma circunstância extraordinária propondo somente o tratamento e a recuperação física.

Para a autora, foi de suma importância os avanços da PNAISM ao incluir vários segmentos femininos como as trabalhadoras rurais, as lésbicas, as indígenas e as presidiárias, porém as ações e estratégias voltadas para esses grupos permaneceram arroladas ao contexto sexual e reprodutivo (SOUTO, 2008).

Por fim, Souto (2008) observa, também, que, apesar de presente a importância dada na abordagem da integralidade e do gênero, a efetivação dessas ações encontra-se em outras áreas das esferas federal, estadual e municipal e, não, na área técnica da

saúde da mulher, o que constitui um fator limitante à sua implementação porque exige que cada nível se comprometa em descentralizar no interior de sua própria área técnica.

Observa-se, então, que ainda persistem dificuldades técnicas, de gestão, controle social e, para que ocorram mudanças nessas práticas de saúde, é necessário que a formação do profissional e o treinamento deste sejam continuados, da mesma forma que a gestão e organização dos serviços de saúde sejam remodelados.

### **3.2.1 Os Comitês de mortalidade materno-infantil**

A instalação dos comitês de mortalidade materno-infantil constitui uma das principais estratégias para controle do óbito materno-infantil em todo o mundo. Nesse capítulo, buscou-se apresentar o desenvolvimento histórico e conceitual desde seu aparecimento em suas dimensões internacional, nacional e local, mais especificamente, em Vila Velha.

Os Comitês de Morte Materna (CMM) são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial, não coercivos ou punitivos, com caráter educativo e formativo, que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência.

São constituídos por instituições governamentais e sociedade civil organizada que atuam nas áreas de saúde da mulher, adolescente e criança. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e, portanto, atuam como relevante suporte de controle social (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

A metodologia de investigação das mortes maternas realizada pelo CMM é conhecida como *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS) e, conforme as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), emprega vários meios para análise dos casos, como: cópia da Declaração de Óbito (DO); Laudo da Necropsia, quando é realizada; Ficha de Investigação da Morte Materna, do serviço de saúde (ambulatorial e hospitalar); de entrevistas domiciliares e sínteses, conclusões e recomendações do Comitê; Planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno (BRASIL, 2007).

De acordo com Karchmer (apud FAÚNDES; CECATTI, 1991), o comitê teria pelo menos cinco funções: 1) avaliadora da natureza da morte (se materna ou não), sua

previsibilidade e responsabilidades associadas; 2) informativa, através da análise de estatísticas vitais e de relatórios médicos; 3) educativa, através da discussão de casos clínicos, da acumulação de evidências epidemiológicas no estabelecimento de uma casuística e de ações de promoção à saúde e prevenção de condições e agravamentos de situações de risco; 4) de pesquisa nos âmbitos institucional, profissional e de situação social e 5) normativa, no nível interno ao comitê e nos níveis institucionais.

A natureza interinstitucional e multiprofissional desses comitês está atrelada ao fato de que as mortes maternas e infantis são eventos relacionados a determinantes sociais em saúde que englobam uma série de fatores - socioeconômicos, culturais, comportamentais, psicológicos e étnico-raciais - que propiciam a incidência de problemas de saúde e situações de risco a esse contingente populacional desprotegido (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A partir desse pressuposto, a redução da morte materna demanda ações e intervenções que vão além do setor de saúde, pela união com outros setores que efetuam e implementam outras políticas públicas, nos diversos níveis de gestão. Dessa forma, o setor saúde congrega, institucionalmente, a intersectorialidade e as políticas públicas efetivas devem ser elaboradas em conjunto (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Em 1931, foram criados os primeiros comitês nos Estados Unidos da América (EUA), inicialmente na Filadélfia e, um ano após, em Nova York. Observou-se que a queda da MM foi em decorrência direta da disseminação desse método de análise, antecedendo, inclusive, avanços tecnológico-científicos nas áreas de terapia antimicrobiana, transfusão sanguínea e práticas anestésicas mais seguras (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Porém, a contribuição internacional mais notória a respeito dos CMM é a do Reino Unido. Os ingleses, preocupados em reduzir o número de mortes maternas, iniciaram uma investigação sigilosa sobre as mortes maternas que sobressaiu pela qualidade das informações coletadas e pela efetividade das ações recomendadas para reduzir os óbitos. O resultado foi muito positivo e as investigações continuam a ser realizadas até a presente data, com publicação periódica de relatórios (BRASIL, 2007).

A implantação dos CMM no mundo foi caracterizada por eventos como a Conferência Internacional sobre Maternidade sem Risco - realizada em 1987, em

Nairóbi - e a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana - em Washington no ano de 1990. Essas conferências, consideradas marcos históricos, chamaram a atenção mundial para a situação da mortalidade materna, contribuindo para a sua inserção na pauta de discussão de problemas de saúde pública (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Cuba foi o país pioneiro na América Latina. Desde 1987, há uma comissão nacional responsável por verificar todas as mortes maternas do país, notificando-as em até 24 horas e investigando-as em até 15 dias. Após as investigações, as avaliações dessas mortes regressam às instituições de saúde onde eles aconteceram e os dados originados nutrem o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna (BRASIL, 2007).

Outros países da América Latina foram estimulados à implantação de novos Comitês, a partir de 1990. Nesta época, ocorreu a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington e foi aprovado o Plano de Ação para a redução em 50% dos índices de óbito materno e estabelecidas várias resoluções que aconselhavam a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna, com a organização e manutenção de CMM em níveis nacional, regional e local, dos serviços de saúde (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003). A partir de 1995, praticamente todos os países da América Latina e Caribe registravam, com graus diferentes de desenvolvimento, a implantação dos Comitês (BRASIL, 2007).

O Brasil, assim como Cuba, iniciou a implantação dos comitês em 1987, antes da iniciativa da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) em 1990. A implantação dos comitês estaduais de morte materna no país, a partir dessa data, aconteceu como uma estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), esquematizada pelo Ministério da Saúde em 1984. No decorrer da edificação da experiência brasileira, materializaram-se algumas fases da vigilância da morte materna como atividade dos comitês.

O instrumento que contribuiu para a concretização da estratégia de implantação foi o *Manual dos comitês de mortalidade materna* apresentado em suas três edições (1994, 2000 e 2007) (BRASIL, 2007). Esses manuais oferecem dispositivos necessários que ajudam a reorganizar o processo interno de trabalho nas secretarias de saúde, além de valorizar o trabalho realizado pelos comitês os quais funcionam como instâncias de controle social. No decorrer desses textos, os

aspectos relacionados aos CMM são discutidos frente às Portarias do Ministério da Saúde que normatizam a Vigilância da Morte Materna. Essas portarias acarretaram uma reorganização no método de trabalho nas Secretarias de Saúde dos estados e municípios, com impacto distinto nas atividades dos comitês (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

O Estado de São Paulo formou os primeiros CMM seguido pelos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. A elaboração de todo o processo contou com equipes de consultores constituídas por gestores estaduais, professores universitários e signatários de sociedades científicas. Essa diversidade dos integrantes, típica desse grupo pioneiro, posteriormente se consolidaria como uma estratégia dos comitês em garantir uma harmonia entre as legítimas prioridades dos diferentes grupos da população e as políticas propostas (BRASIL, 2007).

Através da mobilização de entidades vinculadas à saúde da mulher em todo o Brasil, o Ministério da Saúde conseguiu a implantação dos comitês estaduais de óbito materno em todos os estados federados no decorrer de 1993 a 1996. O Ministério da Saúde forneceu assessoria técnica de forma que os comitês pudessem definir seus planos para ação e captação de recursos (BRASIL, 2007). Em 1994, foi instituído a Comissão Nacional de Mortalidade Materna (SCHIMIDT, 2010).

Em 1998, dados do Ministério da Saúde informavam que, apesar da implantação de 27 comitês estaduais de óbito materno, no período de 10 anos, somente 14 encontravam-se em atividade, nove estavam sendo reorganizados e quatro estavam desativados. Logo, se observa que houve dificuldades para esses comitês estaduais de Morte Materna, no que se refere à sua subsistência. A existência dos mesmos através de pouco mais de duas décadas tem sido intercalada por avanços e retrocessos, dependentes: do envolvimento do movimento social organizado, principalmente o movimento de mulheres; da aptidão em induzir o poder público na participação, vontade das autoridades sanitárias em incentivar estratégias; presença de profissionais interessados no assunto, além de outras variáveis, mutáveis conforme a conjuntura federal, estadual e municipal (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

No ano de 2003, ocorre a reativação da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, através de várias iniciativas e esse fato foi importante para a retomada da implementação de CMM no país (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

O CMM do Município de Vila Velha foi instituído em 12 de fevereiro de 2004, no governo de Max Freitas Mauro Filho, através do Decreto nº 031/04 (VILA VELHA, 2004).

O referido decreto era composto por sete artigos os quais estabeleciam os objetivos, funções, organização e seu funcionamento. Definiam, também, quais os departamentos que fariam parte da representação, porém, não determinava o nome e a função do funcionário designado.

Quase sete anos depois, em 10 de novembro de 2010, através da Portaria nº 002/2010, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vila Velha /ES (SESA/PMVV) instituiu a composição do CMM do município (VILA VELHA, 2010). Nessa portaria, composta por onze artigos, ficam determinadas quais áreas e sua composição, apontando o nome completo do funcionário e sua função.

No seu Artigo 7º, determina que o integrante do comitê que se ausentar em três reuniões consecutivas ou cinco alternadas por ano seja substituído, dessa forma afasta membros que não possam se dedicar de forma efetiva, evitando entraves e atrasos na notificação do óbito. Além disso, o artigo 9º afirma que seus membros efetivos deverão ser liberados das atividades profissionais para que possam comparecer às reuniões sempre que se fizer necessário.

Em 22 de julho de 2011, é elaborada uma nova Portaria (de nº 004 /2011), em que é mantida a mesma estrutura da portaria anterior, mas verifica-se a mudança dos componentes (VILA VELHA, 2011). Dentre eles, alguns estavam com o contrato de trabalho com a prefeitura expirado e outros, funcionários efetivos, foram transferidos para outros setores.

Observa-se, portanto, a precariedade da constituição do CMM de Vila Velha o que dificulta o cumprimento de sua função de controle social e principal estratégia para redução da mortalidade materna no município.

A atuação do Ministério Público nos comitês é da maior importância para determinar formas inovadoras de assegurar a implementação das medidas preventivas definidas pelos comitês. Como exemplo, o Estado de Pernambuco assinou um protocolo de intenção entre o Ministério Público daquele estado e o Comitê de Estudos da Mortalidade Materna. Foi instituído um auxílio mútuo objetivando apropriada atenção à saúde da mulher, visando o revigoramento das políticas públicas para a maternidade segura (BRASIL, 2007).

Importante ressalva é a respeito dos municípios menores, em que a inexistência de representações de muitas entidades associadas à saúde da mulher não prejudica a elaboração dos comitês, pois, nessas situações os mesmos serão compostos por profissionais que possam ser capacitados para tal função (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Por fim, cabe ressaltar que, apesar das atuações oscilatórias de vários comitês, sua implementação se manifesta, indubitavelmente, em melhoria para a saúde das mulheres durante o ciclo gestatório e puerperal, além de afirmar a necessidade permanente de seu fortalecimento (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

Nesse capítulo, serão apresentados os procedimentos metodológicos escolhidos para alcançar os objetivos do estudo proposto.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, epidemiológico, do tipo série temporal. Constitui um estudo observacional de agregados (ROUQUAYROL; SILVA, 2012).

É um estudo observacional, na medida em que o papel do pesquisador se restringe a observar os acontecimentos e, dessa forma, age sem interferência na realidade estudada.

O estudo epidemiológico de agregados utiliza indicadores alusivos a um grupo populacional como unidade de análise. Os indicadores são chamados de medidas agregadas, pois sintetizam alguma dimensão do agregado ou grupo populacional. A análise dos dados de uma população específica é realizada através dos dados estatísticos oficiais divulgados ou através dos dados acessíveis em órgãos responsáveis pelos sistemas de informação. O tipo série temporal expressa uma dimensão temporal longitudinal, pois utiliza informações em diferentes momentos no tempo.

A série temporal estudada será a da Mortalidade Materna cujo indicador é obtido através das notificações dos casos ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e ao Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC), enquanto integrantes do sistema de vigilância previsto na política pública de saúde no Brasil. Esse estudo visa analisar dados coletados anteriormente por estes sistemas, disponibilizados *on line* pelo Ministério da Saúde.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Os dados analisados dizem respeito ao município de Vila Velha-ES que, em 2010, possuía uma população de 414.586 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2010) e uma área territorial de 210,067 km<sup>2</sup>, perfazendo uma densidade demográfica de 1.973,59 hab/km<sup>2</sup>.

Situado na Região Sudeste do Brasil, é o segundo município mais populoso da Região Metropolitana da Grande Vitória que engloba também os municípios de Vitória, Cariacica, Fundão, Serra, Guarapari e Viana.

Segundo dados do IBGE (IBGE, 2010), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)<sup>5</sup> de Vila Velha é o segundo maior do estado do Espírito Santo, computado em 0,8 e considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Dessa forma, seria de se supor que a população do município tivesse boas condições de saúde, educação e renda, desfrutando de um bom padrão de vida.

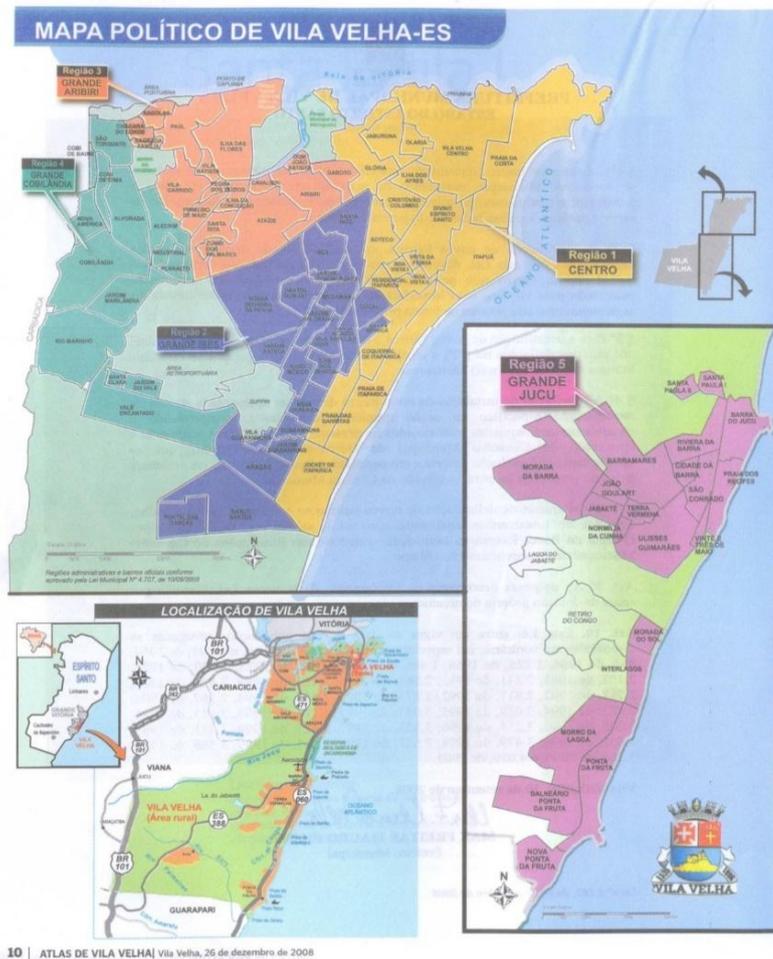
A Figura 2 apresenta o mapa político do município. Observa-se sua divisão em 5 regiões administrativas: região I – Centro, região II – Grande Ibes , região III – Grande Aribiri, região IV – Grande Cobilândia, região V – Grande Jucu.

Buscando caracterizar a população do município, a Tabela 1 mostra sua distribuição pelas regiões administrativas, segundo a razão de dependência, a taxa de mortalidade e a renda nominal média, no ano de 2010.

---

<sup>5</sup> O IDH - Índice de Desenvolvimento Humano - foi proposto em 1990 no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. É uma forma de mensurar o grau de desenvolvimento humano de um país, em alternativa ao Produto Interno Bruto. Sua simplicidade, compreensão facilitada e modo abrangente de medir o desenvolvimento, conseguiu transformar a complexidade de três dimensões - tais quais saúde (oportunidade de desfrutar de uma vida saudável e longa), educação (acesso ao conhecimento) e renda - em apenas um número que avalia, facilita a compreensão e incita a reflexão a respeito do significado do desenvolvimento humano para a sociedade. Para que ocorra a elevação do desenvolvimento humano, é necessária a extensão das oportunidades a todos, prevenindo a morte precoce e evitável propiciando um ambiente salubre, com acesso à saúde e educação de qualidade e, desse modo, calcar o patamar mais elevado de saúde mental e física. O IDH é classificado em diferentes faixas de desenvolvimento humano: muito alto (0,800 - 1,000), alto (0,700 - 0,799), médio (0,600 - 0,699), baixo (0,500 - 0,599) e muito baixo (0,000 - 0,499) (ATLAS..., 2010).

Figura 2 - Mapa Político de Vila Velha



Fonte: Atlas...(2010)

Tabela 1 - Distribuição da população de Vila Velha - ES pelas regiões administrativas, razão de dependência, taxa de mortalidade e renda nominal média, 2010

Região	População	Razão de Dependência (RD)*			Variação intrarregional na RD total** (%)	Taxa de mortalidade***	Renda nominal média****
		Jovens (%)	Idosos (%)	Total (%)			
I	147.279	23,23	11,33	34,56	28,3 – 45,4	4,8	2.646,52
II	69.551	26,06	11,08	37,13	32,0 – 45,2	4,9	1.119,85
III	68.635	31,88	9,30	41,18	37,8 – 48,0	5,4	977,86
IV	65.970	31,56	9,96	41,50	35,0 – 47,3	6,2	1076,98
V	59.381	43,13	6,21	49,34	32,2 – 62,8	5,0	945,39
TOTAL	410.816						

Fonte: VILA VELHA (2013)

\* Razão de dependência (RD) indica o percentual da população inativa (0 a 14 anos e 65 anos ou mais de idade) em relação à população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade).

\*\* Variação intrarregional na RD total, indica a variação entre os diferentes bairros que compõem cada uma das regiões.

\*\*\*Taxa de mortalidade – número de mortes a cada 1000 habitantes por ano.

\*\*\*\* Renda nominal média – considera todos os rendimentos (ex.: salário, aluguéis, juros de aplicação, etc.)

A tabela 1 mostra que, do ponto de vista quantitativo, a população se distribui de forma aproximadamente semelhante entre as regiões administrativas, com exceção da região I, onde a população é mais do que o dobro da encontrada em cada uma das outras regiões.

Por outro lado, há um aumento progressivo da Razão de Dependência (RD) Total, que oscila de 34,56% na região I para 49,34% na região V. Essa tendência ocorre principalmente às custas do contingente de população jovem (de 0 a 14 anos) e é praticamente inversa à tendência da população idosa e da renda nominal média da população com dez anos ou mais.

Além disso, pode-se notar, também, que há uma considerável variação na RD total entre os bairros que compõem a região administrativa, atingindo níveis maiores na região V (62,8%).

Dessa forma, o cenário do estudo é constituído por um município que, apesar de ter um IDH-M muito elevado e característico de populações com melhores condições de vida, há uma heterogeneidade na distribuição de sua população pelas várias regiões administrativas e pelos vários bairros que as compõem, no que diz respeito a características de grupos etários mais dependentes e de renda. No caso, as populações de menor renda estão associadas à maior contingente de população dependente.

### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A definição internacional de mulher em idade fértil é a mulher cuja idade situa-se entre 15 e 49 anos. Entretanto, no Brasil, a experiência dos comitês de mortalidade materna, a partir das estatísticas dos registros vitais e de procedimentos médicos realizados, constatou ocorrência de gravidez em mulheres abaixo de 15 anos de idade, o que fez com que fosse expandido o período de idade fértil entre as mulheres, considerando as idades de 10 a 49 anos (BRASIL, 2007).

Dessa forma, será considerada, nesse estudo, a população do sexo feminino em idade fértil (10 a 49 anos), residente em Vila Velha no período de 2001 a 2011. Serão computadas as mortes ocorridas nos períodos gravídico e puerperal (do início da gravidez até o 42º dia após o parto).

### 4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO PERÍODO

O período selecionado – 2001 a 2011 – deve-se ao fato de contemplar a década mais recente com dados confiáveis no sistema de informações. Além disso, a instituição do CMM do município em 2004 possibilitou avaliar os contextos anterior e posterior.

### 4.5 FONTES DE DADOS

Para atingir os objetivos desse estudo, foi realizada uma pesquisa documental nos endereços eletrônicos do Governo Federal Brasileiro que permitiram acesso e seleção das legislações aprovadas e das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde materno–infantil, particularmente o Portal do Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde e a Biblioteca Virtual de Saúde.

As informações relativas aos indicadores de saúde foram coletadas nas bases de dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), todos de domínio público e disponibilizados *on line* pelo Ministério da Saúde (MS), sendo apresentados a seguir.

Algumas informações sobre o gerenciamento da notificação da MM em Vila Velha foram prestadas, verbalmente, pelo técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha responsável por alimentar o sistema do setor da Vigilância Epidemiológica, uma vez que não constava naqueles documentos.

#### **4.5.1 Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM)**

Foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 1975, fruto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para a aquisição contínua de dados sobre mortalidade no Brasil. O SIM foi Informatizado em 1979 e, sob a premissa da descentralização, em 1991 teve a coleta de dados repassada à atribuição dos Estados e Municípios, através de suas respectivas Secretarias de Saúde. Com o surgimento do SIM, tornou-se permissível a coleta de dados sobre mortalidade de forma ampla, para subvencionar as várias áreas de gestão na saúde pública. Baseando-se nessas informações, é factível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

A Declaração de Óbito (DO) é o documento primordial onde se inicia a coleta dos dados da mortalidade no país e se alimenta o SIM. Ela é emitida pelo médico e deve ser enviada aos Cartórios de registro Civil para permissão do sepultamento e das medidas legais em relação ao óbito. É realizada em três vias que são pré-numeradas em sequência. O Ministério da Saúde é quem emite e distribui aos Estados e as Secretarias Estaduais de saúde que a distribui aos municípios e estes controlam sua distribuição aos estabelecimentos de saúde, institutos de Medicina Legal, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios do Registro Civil, profissionais médicos e outras instituições que dela façam uso legal e permitido.

O recolhimento das primeiras vias da Declaração de Óbito junto aos Estabelecimentos de Saúde e aos cartórios é de competência das Secretarias de Saúde (Estado e Municípios). Assim, as DO são preenchidas pelas unidades notificantes da morte (frequentemente no local do acontecimento da morte) e levadas, periodicamente, pelas Secretarias Municipais de Saúde onde são processadas, digitadas, analisadas e consolidadas no SIM local. Posteriormente, os dados informados pelos municípios sobre mortalidade no nível regional são enviados à base de dados do nível estadual que os agrega e transfere ao nível federal. As transferências desses dados são realizadas via internet e acontecem

concomitantemente nos três níveis de gestão. Com o SIM, espera-se conseguir a redução da mortalidade por causas evitáveis e, por conseguinte, a melhoria na qualidade dos dados captados, principalmente em relação à ausência ou omissão de causas dos óbitos. Dessa forma, através das áreas técnicas da Secretaria de Vigilância à Saúde, o Ministério da Saúde tem atuado tanto na habilitação técnica de profissionais de saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como na divulgação de indicadores de mortalidade elaborados a partir do SIM promovendo linhas de base comparem inúmeras das diretrizes usadas na gestão tripartite do SUS – (Sistema Único de Saúde).

#### **4.5.2 Sistemas de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)**

Foi implantado oficialmente a partir de 1990, com a finalidade de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e prover dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. A fonte dos dados primários é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde, com cerca de 30 variáveis, entre as quais podem ser destacadas: duração da gestação, peso do recém-nascido, idade da mãe, local de ocorrência e tipo do parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2009) define nascido vivo como sendo “a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva”

A implantação do SINASC foi gradativa. Dessa forma, ao analisar os dados, deve-se ponderar que, embora tenha sido implantado em todas as Unidades da Federação desde 1994, em algumas delas, a coleta não abrange todos os municípios.

O SINASC é gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As Secretarias municipais de Saúde recolhem as Declarações de Nascidos Vivos (DN) nos estabelecimentos de saúde e nos cartórios (para partos domiciliares) e introduzem, no SINASC, as informações nelas contidas.

#### **4.5.3 Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB)**

Foi implementado no ano de 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, através da Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, juntamente com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o seguimento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF.

O SIAB foi desenvolvido como organismo gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e agregou em sua concepção considerações sobre território, problema e responsabilidade sanitária, totalmente englobado no conjunto de reorganização do SUS no país, o que fez com que ostentasse particularidades distintas dos demais sistemas existentes. Essas características constituíram avanços reais no campo da informação em saúde. Através desse sistema, adquirem-se os dados sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Fundamental meio de acompanhamento das ações do Programa Saúde da Família, tem como objetivo monitorar e avaliar a atenção básica, capacitando a gestão e permitindo consolidar o hábito avaliativo nas três instâncias de gestão do SUS. A disponibilização dos dados do SIAB na internet deve-se às ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com a finalidade de propiciar dados que auxiliem a tomada de decisão pelos gestores do SUS e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, mostrando, assim, os dados para o uso de todos os agentes envolvidos na consolidação do SUS.

#### **4.5.4 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**

O CNES foi estabelecido através da Portaria MS/SAS 376, de outubro de 2000, e constitui uma plataforma para o funcionamento dos Sistemas de Informações em Saúde que são fundamentais a um gerenciamento competente e eficaz. O seu foco é fornecer informações sobre as condições atuais de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas. Com essa ferramenta é possível ao gestor visualizar a situação da rede assistencial, suas potencialidades e falhas ajudando no planejamento em saúde nos níveis municipal,

estadual e federal, objetivando auxiliar no planejamento em saúde e também favorecer ao controle social a ser desempenhado pela população.

O sistema é de suma importância, tanto no aspecto gerencial como operacional, uma vez que os dados cadastrais compõem um dos aspectos primordiais para preparação dos programas, avaliação e controle da assistência ambulatorial e hospitalar no Brasil e, também, a garantia da correlação entre a abrangência operacional das instituições vinculadas ao SUS e a remuneração pelos serviços realizados.

É um empreendimento complexo e muito abrangente, pois, através desse sistema, permite-se o conhecimento efetivo de como está instituído o universo de estabelecimentos que cuidam da saúde da população, tanto nos grandes centros, quanto nas mais longínquas localidades, possibilitando a visibilidade desse cenário a toda sociedade, impulsionando o controle social.

#### 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As ocorrências de OM foram estudadas levando-se em conta as características sociodemográficas e dos óbitos, de acordo com as seguintes variáveis, categorizadas pelo SIM:

Escolaridade - computada através das categorias: 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 anos e mais; e ignorado.

Estado civil - computada através das categorias: solteiro, casado, separado judicialmente e ignorado.

Faixa etária – computada através das categorias: 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos e 40 a 49 anos.

Raça – computada através das categorias: branca, preta, parda, ignorada.

Local de ocorrência - computada através das categorias: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio e outros.

Classificação<sup>6</sup> – computada através das categorias: obstétrica direta e obstétrica indireta.

---

<sup>6</sup> Morte materna obstétrica direta é aquela decorrente de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério em consequência de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos derivados de quaisquer dessas causas.

Morte materna obstétrica indireta é aquela decorrente de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram nesse período, porém não causada por causas obstétricas diretas, mas exacerbado pelos efeitos fisiológicos da gravidez. (BRASIL, 2007)

Investigação – computada através das categorias: óbito investigado, com ficha síntese informada; óbito investigado, sem ficha síntese informada; óbito não investigado e não se aplica.

Ano de ocorrência do óbito – computada como o ano no período entre 2001 a 2011.

Causa do óbito – computada através da classificação Internacional de Doenças, 10ª e última versão (CID-10).

#### 4.7 ANÁLISES DOS DADOS

Procurando responder aos objetivos do estudo, a análise dos dados buscou, inicialmente, demonstrar a evolução da razão da mortalidade materna no município de Vila Velha, no período estudado.

O cálculo da razão de mortalidade materna em cada ano do estudo foi feito através da fórmula:

$$\text{RMM} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Foi elaborada uma tabela abordando o período estudado e a razão da mortalidade materna. Posteriormente, as RMM nos diferentes anos do estudo foram analisadas, calculando as suas tendências através do modelo de regressão linear. O ajuste do modelo foi realizado pelo Coeficiente de Determinação de Pearson (ROUQUAYROL; SILVA, 2012). Sua interpretação informa que quanto mais próximo de 1 for o Coeficiente de Determinação de Pearson, maior o poder explicativo do modelo.

Em seguida, as características das ocorrências de óbitos maternos foram analisadas a partir da sua distribuição pelas variáveis do estudo, com o cálculo da proporção das categorias que as constituem.

Em relação à variável causa do óbito, foi realizada distribuição segundo capítulo, categoria diagnóstica e grupo da CID 10, apresentadas em proporções.

A distribuição por capítulos da CID-10 apresenta as seguintes opções:

Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério

A distribuição por categorias diagnósticas da CID-10 apresenta as seguintes opções:

- B20 Doença p/HIV resultando em doença infecciosa e parasitária
- B22 Doença p/HIV resultando em outras doenças específicas
- O00 Gravidez ectópica
- O01 Mola hidatiforme
- O02 Outros produtos anormais da concepção
- O05 Outros tipos de aborto
- O06 Aborto não especificado
- O10 Hipertensão pré-existente complicando gravidez, parto e puerpério
- O13 Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa
- O15 Eclampsia
- O16 Hipertensão materna não especificada
- O23 Infecção do trato geniturinário na gravidez
- O62 Anormalidades da contração uterina
- O67 Trabalho parto e parto complicado por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
- O72 Hemorragia pós-parto
- O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificados em outra parte
- O85 Infecção puerperal
- O86 Outras infecções puerperais
- O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte complicando a gravidez, parto e puerpério
- O99 Outras doenças maternas classificáveis em outra parte complicando a gravidez, parto e puerpério.

A distribuição por grupos da CID-10 apresenta as seguintes opções:

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

Gravidez que termina em aborto

Edema proteinúria e transtornos hipertensivos da gravidez, parto e puerpério

Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

Complicações do trabalho de parto e do parto

Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

Outras afecções obstétricas não classificados em outra parte

Por fim, procurou-se construir um diagnóstico da situação de saúde do município em relação à atenção obstétrica, a partir de informações disponíveis em diferentes

fontes. Esse diagnóstico foi constituído através de dados sobre a atenção básica no município, particularmente da implantação da ESF e a abrangência de sua cobertura; dos tipos de parto realizados no município no período de 2001 e 2011 e do perfil das mães, assistência ao parto e nascidos vivos no ano de 2011.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos específicos propostos para o estudo.

### 5.1 EVOLUÇÃO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA - ES NO PERÍODO DE 2001 A 2011

A Tabela 2 apresenta os dados sobre óbitos maternos e nascidos vivos bem como o cálculo da razão de mortalidade materna, do município de Vila Velha/ES no período de 2001 a 2011.

Tabela 2 - Óbitos maternos, nascidos vivos e razão de mortalidade materna, segundo o ano. Vila Velha - ES, 2001 a 2011

Ano	Óbitos Maternos	Nascidos Vivos	Razão de Mortalidade*
2001	0	5803	0
2002	4	5931	67,4
2003	2	5772	34,7
2004	3	5933	50,6
2005	2	5716	35,0
2006	6	5765	104,1
2007	5	5597	89,3
2008	4	5781	69,2
2009	3	5785	51,9
2010	4	5820	68,7
2011	5	6169	81,1
Total	38	58269	65,2

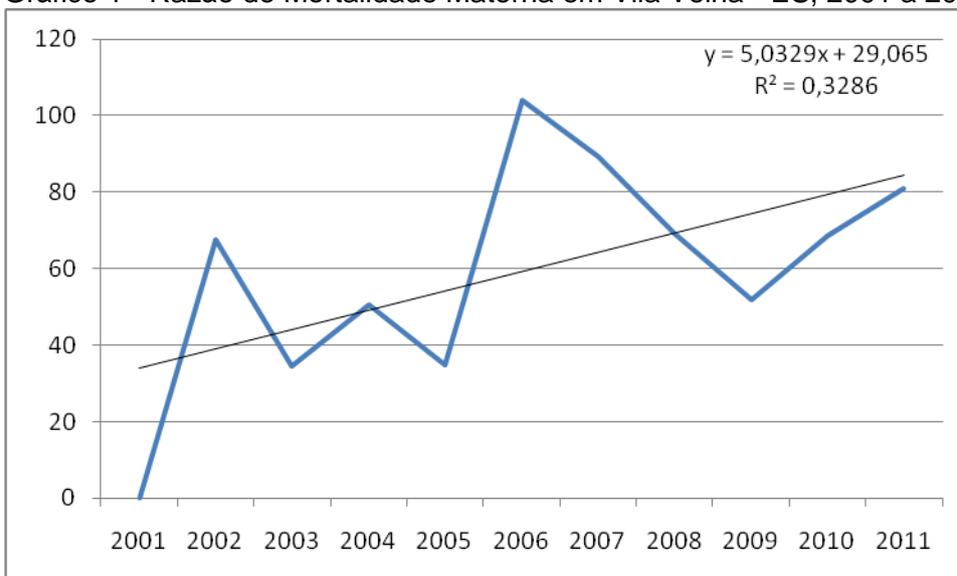
Fonte: BRASIL, 2011b

\*Óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos

Observa-se que houve uma razão de mortalidade materna, para o período, de 65,2 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, considerada alta para os critérios da OMS (apud PARPINELLI et al., 1999). Entretanto, houve uma variação anual expressiva que oscilou do menor índice em 2003 com 34,7 para o maior índice em 2006, com 104,1.

O gráfico 1 mostra a variação temporal da Razão de Mortalidade Materna no período estudado

Gráfico 1 - Razão de Mortalidade Materna em Vila Velha - ES, 2001 a 2011



Fonte: BRASIL, 2011b

O gráfico 1 mostra, através da linha de tendência, que a razão de mortalidade materna aumentou com o decorrer dos 10 anos e isso pode ser comprovado estatisticamente ( $p=0.040$ ). O cálculo do coeficiente de determinação de Pearson encontrou  $R^2 = 0,3286$ , ou seja, o número de óbitos maternos aumentou cerca de 32.82% com o passar dos anos.

Contrariamente ao desejado controle da situação de morte materna no município de Vila Velha, tendo em vista o alto índice de desenvolvimento humano encontrado (0,817) (IBGE, 2010), a evolução da razão da MM em ascensão indica que as condições estruturais que lhe propicia – econômicas, sociais, políticas, institucionais, etc. - do município de Vila Velha, não estão de fato adequadas. É provável que os recursos destinados ao controle dessas situações estruturais não estão acompanhando o crescimento populacional do município. Devem ser verificados, por exemplo, como está o acesso das gestantes do município à realização de PN, a captação precoce das mesmas, exames laboratoriais adequados e a tempo, manejo adequado da gestação de alto risco.

A análise das características sociodemográficas e diagnósticos dos óbitos maternos ocorridos permitirá uma melhor compreensão do conjunto de fatores responsáveis pela elevação das razões de mortalidade materna.

## 5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CAUSAS DE MORTALIDADE DOS ÓBITOS MATERNOS DE VILA VELHA NO PERÍODO DE 2001 A 2011.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos óbitos maternos ocorridos em Vila Velha no período de 2001 a 2011, segundo algumas características sócio demográficas.

Tabela 3 - Perfil epidemiológico das mortes maternas em Vila Velha de 2001 a 2011

Variável	Categoria	Óbitos Maternos		Valido %
		N	%	
Escolaridade	4 a 7 anos	08	21,1	36,4
	8 a 11 anos	11	28,9	50,0
	12 anos e mais	3	7,9	13,6
	Ignorado	16	42,1	
Estado Civil	Solteiro	23	60,5	65,7
	Casado	11	28,9	31,4
	Separado judicialmente	1	2,6	2,9
	Ignorado	3	7,9	
Faixa Etária	15 a 19 anos	7	18,4	18,4
	20 a 29 anos	17	44,7	44,7
	30 a 39 anos	12	31,6	31,6
	40 a 49 anos	2	5,3	5,3
Raça	Branca	7	18,4	20,6
	Preta	7	18,4	20,6
	Parda	20	52,6	58,8
	Ignorado	4	10,5	
Local de Ocorrência	Hospital	33	86,8	86,8
	Outro estabelecimento de saúde	1	2,6	2,6
	Domicílio	2	5,3	5,3
	Outros	2	5,3	5,3
Classificação	Óbito direto	20	52,6	52,6
	Óbito indireto	18	47,4	47,4
Investigação	Óbito investigado, com ficha síntese informada	12	31,6	44,4
	Óbito investigado, sem ficha síntese informada	2	5,3	7,4
	Óbito não investigado	13	34,2	48,1
	Não se aplica	11	28,9	
<b>Total</b>		39	100,0	

Fonte: BRASIL, 2011b

Morse e colaboradores (2011) alertam que a maioria dos estudos observou elevados níveis de subnotificação das mortes maternas, com falta de informações de variáveis importantes como escolaridade e cor da pele nas declarações de óbito. Os autores destacam que a atividade dos Comitês de Óbito Materno influenciou na produção científica, porém, como o comportamento dos comitês é heterogêneo nas diversas localidades do país, ocorreu uma variação da investigação do óbito em mulheres em idade fértil de 45 a 90%. Observaram-se, também, variações das RMM no país que foram desde 39.9 OM/100.000NV no ano de 2005, em Jundiaí, até 85.9 OM/100.000NV em 2002, no Ceará. Essas variações também ocorreram quando foram abordadas diferenças dentro dos estados e ou nas grandes cidades. Essas diferenças apontam as desigualdades socioeconômicas desses locais e revelam a necessidade de ações imediatas e intervenções de forma diferenciada e de acordo com as estimativas e realidade local

Além disso, eram principalmente solteiras, de cor parda/preta, com idade predominante entre 20 e 29 anos e a maioria dos óbitos ocorreu em hospitais. Dessa forma, pode se aferir que a mortalidade materna ocorreu, principalmente, em estratos socioeconômicos menos favorecidos onde prevalecem menor escolaridade e cor parda/preta.

Por outro lado, a condição de solteira implica uma vulnerabilidade maior, seja nos aspectos da sobrevivência econômica quanto no laço afetivo, suporte social e segurança para enfrentar as adversidades oriundas desse período.

Segundo estudo de Riquinho e Correia (2006), em relação ao estado civil das mulheres pesquisadas, a maioria era solteira (71.8%), provavelmente como decorrência do abandono em que se encontravam.

As complicações de gestantes e puérperas que resultaram em morte materna foram predominantemente (86.6%) atendidas em hospital, o que, de um lado indica um razoável acesso da população a esse atendimento, mas, por outro lado, pode estar indicando também a ineficácia desse atendimento em termos dos recursos necessários disponíveis, tais como: profissionais pouco treinados para reconhecimento da gravidade, falta de medições apropriadas e hemoderivados, falta de anestesista e unidade de terapia intensiva materna.

Os dados do SINASC mostraram que 47% de crianças que nasceram vivas no país, suas mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, como orienta o Ministério da Saúde. Logo, questiona-se a qualidade desse pré-natal em não reconhecer riscos e

tomar atitudes cabíveis diante destes (BRASIL, 2006). Outra falha observada foi o intervalo longo entre última consulta e o parto.

Na atenção ao parto, ocorreram falhas na assistência como a subutilização do medicamento sulfato de magnésio que é uma droga de escolha na eclampsia e outras emergências hipertensivas e também as dificuldades para transfusão sanguínea nas situações de hemorragias (MORSE et al., 2011).

O item sobre investigação do óbito mostrou que cerca de um terço deles (28,9%) não se aplicava. De acordo com o técnico responsável por alimentar o sistema no setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, isso ocorreu em função de modificações nos procedimentos de notificação, os quais não previam a informação se o óbito havia sido investigado ou não, o que aconteceu somente a partir de 2006. Anteriormente, mesmo quando a investigação era realizada, não havia no portal de entrada de dados do SIM o item investigação de óbito.

Além disso, aproximadamente metade dos óbitos da tabela 3 em que consta a informação, não foram investigados, revelando a precariedade do sistema de notificação e investigação dos óbitos maternos. De acordo com o técnico responsável por alimentar o sistema no setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, a não investigação decorre da dificuldade de localizar a família e verificar dados a respeito da mãe e do pré-natal, se foi ou não realizado. Geralmente, a família muda de domicílio e a maternidade não faz a notificação compulsória enviando de imediato os dados à vigilância, de forma que esta vá, o mais precocemente, ao local de domicílio para coletar as informações. Há mortes ocorridas em outros municípios para as quais também não é feita a notificação compulsória à vigilância e esta só tem conhecimento quando o cartório envia a certidão de óbito, o que pode demorar até um mês. Quando há a Estratégia Saúde da Família (ESF) na região, esse procedimento fica facilitado, devido ao conhecimento que as equipes têm dos usuários atendidos.

A partir de 2009, há a diferenciação se a ficha síntese foi informada ou não. Para o Pacto pela Saúde 2010 /2011, o indicador pactuado se refere a óbitos investigados com ficha síntese informada.

Do ponto de vista da classificação dos óbitos, mais da metade (52.6%) foi considerado como causa obstétrica direta, ou seja, evitáveis - causas hipertensivas,

infecciosas e assistência ao parto – o que pode ser observado na Tabela 3, que mostra a distribuição da mortalidade materna segundo a causa de morte.

Na tabela 4, observa-se que a maioria absoluta dos óbitos (92,1%) foram classificados no capítulo XV do CID-10, referente à gravidez, parto e puerpério. Os grupos de causa de maior incidência de morte foi o de “gravidez que termina em aborto” e o de “edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério”, cada um deles com 15,8% de ocorrências. Também foram importantes os grupos de “complicação do trabalho de parto e do parto”, com 13,2%, e de “complicações relacionadas predominantemente com o puerpério, com 10,5%. Há de se destacar, também, que 34,2% corresponderam ao grupo “outras afecções obstétricas não classificadas em outras partes”, onde se incluem infecções ou doenças pré-existentes da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto ou o puerpério.

Dessa forma, sintetizando, alguns aspectos relacionados à mortalidade materna em Vila Velha são as condições socioeconômicas da população em que essas mulheres estão inseridas e o insuficiente atendimento à saúde da mulher, tanto no planejamento familiar quanto no pré-natal, parto e puerpério. A precariedade do sistema de notificação encontrada, embora importante constatar do ponto de vista do planejamento e execução de ações, dada à gravidade do evento morte materna e da evitabilidade da mesma, requer ações mais imediatas do sistema de saúde do município.

Tabela 4 - Distribuição da mortalidade materna ocorrida em Vila Velha no período de 2001 a 2011, segundo a causa de morte classificada pelos capítulos, categorias e grupos do CID-10

	CAUSA DE MORTE	N	%
Capítulo CID-10	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	7,9
	XV. Gravidez, parto e puerpério	35	92,1
Categoria CID-10	B20 Doença p/HIV resultando em doença infecciosa e parasitária	2	5,3
	B22 Doença p/HIV resultando em outras doenças específicas	1	2,6
	O00 Gravidez ectópica	2	5,3
	O01 Mola hidatiforme	1	2,6
	O02 Outros produtos anormais da concepção	1	2,6
	O05 Outros tipos de aborto	1	2,6
	O06 Aborto não especificado	1	2,6
	O10 Hipertensão pré-existente complicando gravidez, parto e puerpério	2	5,3
	O13 Hipertensão gestacional s/proteinúria significativa	2	5,3
	O15 Eclampsia	1	2,6
	O16 Hipertensão materna não especificada	1	2,6
	O23 Infecção do trato geniturinário na gravidez	1	2,6
	O62 Anormalidades da contração uterina	2	5,3
	O67 Trabalho de parto e parto complicado por hemorragia intraparto não classificados em outra parte	1	2,6
	O72 Hemorragia pós-parto	1	2,6
	O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificados em outra parte	1	2,6
	O85 Infecção puerperal	3	7,9
	O86 Outras infecções puerperais	1	2,6
	O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério	1	2,6
	O99 Outras doenças maternas classificáveis em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério	12	31,6
Grupo CID-10	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	3	7,9
	Gravidez que termina em aborto	6	15,8
	Edema proteinúria e transtornos hipertensivos da gravidez parto puerpério	6	15,8
	Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	1	2,6
	Complicações do trabalho de parto e do parto	5	13,2
	Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	4	10,5
	Outras afecções obstétricas não classificados em outra parte	13	34,2
Total		38	100,0

Fonte: BRASIL, 2011b

### 5.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VILA VELHA EM RELAÇÃO À ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Para analisar a situação de saúde do município de Vila Velha em relação à atenção obstétrica, buscou-se incluir dados que pudessem informar sobre os diferentes níveis de assistência, seja na atenção básica ou na atenção hospitalar.

Dessa forma, do ponto de vista da atenção básica de saúde, como porta de entrada no sistema de saúde, serão apresentados dados sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município e a abrangência de sua cobertura. Nesse nível de atenção é que são desenvolvidas ações como planejamento familiar, acompanhamento pré-natal de baixo risco e reconhecimento de situações de risco a serem indicadas para os níveis secundário e terciário. Uma peculiaridade dessa estratégia é a possibilidade de busca ativa, no que diz respeito ao acompanhamento das mulheres, seja na orientação quanto à contracepção quanto em relação à gravidez.

A Tabela 5 mostra a implantação da ESF no município, através da computação do número de agentes comunitários de saúde e do número de equipes de saúde da família, bem como da proporção de cobertura da população, no período de 2001 a 2011. E o número de agentes comunitários de saúde, número de equipes de saúde da família e proporção de cobertura da população estimada em Vila Velha-ES, no mesmo período.

Observa-se que houve uma implantação gradativa desses programas: o PACS a partir de 2001 e a ESF a partir de 2003. A partir de 2003, o PACS já apresentava uma cobertura de cerca de 23%, mesma proporção para 2011, tendo oscilado no período, com coberturas que chegaram a cerca de 30% no ano de 2007. Já a ESF, em 2004, apresentava cobertura de cerca de 20% da população e chega a 2011 com o índice de 23%, tendo atingido 25% nos anos de 2007 a 2009.

Tabela 5 - Agentes Comunitários de Saúde – Equipe de Saúde da Família e Cobertura Populacional estimada, por ano. Vila Velha – ES, 2001 a 2011

Anos*	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde da Família	
	Implantados N	Proporção de cobertura populacional estimada %	Implantados N	Proporção de cobertura populacional estimada %
2001	43	6,95	0	0
2002	67	10,83	0	0
2003	150	23,77	9	8,56
2004	164	25,44	21	19,54
2005	168	26,06	24	22,33
2006	155	22,49	26	22,63
2007	205	29,08	30	25,53
2008	195	27,66	30	25,53
2009	167	23,56	30	25,39
2010	204	28,36	29	24,19
2011	167	23,16	28	23,3

\*Referidos ao mês de dezembro  
Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Percebe-se que a implantação da ESF ainda não pode ser considerada consistente, tendo em vista a instabilidade de permanência de pessoal contratado, não prontamente substituído, o que gera sobrecarga de trabalho nos que permanecem e dificuldades de vínculo da população com a equipe, um dos aspectos preconizados por esses programas de atenção básica.

Complementarmente, a Tabela 5 apresenta o conjunto de serviços municipais de saúde do município de Vila Velha, segundo a região onde está localizado, o modelo de atenção básica e a população de referência.

Tabela 6 - Serviços municipais de saúde do município de Vila Velha - ES, por região, segundo modelo e população assistida.

REGIÃO	UNIDADE DE SAÚDE	MODELO	POPULAÇÃO TOTAL
I (VILA VELHA CENTRO)	GLÓRIA	UBS	58295
	PA GLÓRIA	PA	
	DIVINO	UBS	22746
	COQUEIRAL DE ITAPARICA	UBS	72711
	CEMAS MAIS SAÚDE	Atenção Secundária	—
II (GRANDE IBES)	VILA NOVA	ESF	28686
	ARAÇAS	ESF	16553
	IBES	ESF	17839
III (GRANDE ARIBIRI)	DOM JOÃO BATISTA	UBS	25674
	VILA GARRIDO	UBS	9300
	SANTA RITA	UBS	26008
	PAUL	UBS	15153
IV (GRANDE COBILÂNDIA)	JARDIM MARILÂNDIA	UBS	35793
	VALE ENCANTADO	UBS	12540
	SÃO TORQUATO	UBS	10137
V (GRANDE JUCU)	ULISSES GUIMARÃES	ESF	23781
	TERRA VERMELHA	ESF	9086
	BARRA DO JUCU	ESF	13240
	PONTA DA FRUTA	ESF	7309
	HOSPITAL MATERNIDADE	Hospital	

FONTE:SEMSA/VILA VELHA, 2013

Nessa tabela, verifica-se que, do ponto de vista de unidades de atenção básica, existem 7 unidades no modelo de ESF e 10 unidades no modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS). O modelo UBS não desenvolve ações de visita domiciliar com os agentes comunitários de saúde e, portanto, não realiza o trabalho de acompanhamento domiciliar às mulheres.

Observa-se que a ESF ocorre nos bairros de somente duas das cinco áreas de saúde do município, perfazendo uma proporção de cobertura de 22,5% da população. Mesmo considerando a possível estratégia de planejamento de privilegiar populações onde há maiores necessidades de saúde, deve-se considerar que, como visto anteriormente, há grande variabilidade de população dependente em todas as regiões.

Outro conjunto de dados que pode informar sobre a situação da atenção obstétrica no município é fornecido na Tabela 7, acerca dos partos realizados no município no período de 2001 e 2011.

Tabela 7 - Nascidos vivos por tipo de parto e ano de ocorrência. Vila Velha - ES, 2001 a 2011

Ano	Vaginal	Cesário	Ignorado	Proporção parto cesáreo (%)	Total
2001	4469	3824	43	45,87	8336
2002	4361	3975	32	47,50	8368
2003	4122	3665	14	46,90	7801
2004	3951	3016	9	43,23	6976
2005	3838	3175	27	45,10	7040
2006	3115	2669	13	46,00	5797
2007	2758	2477	7	47,30	5242
2008	2587	3000	5	53,64	5592
2009	1818	2428	3	57,14	4249
2010	1480	2503	2	62,81	3985
2011	1549	3238	9	67,51	4796
Total	32499	33970	164	49,82	68182

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A tabela mostra que houve uma queda progressiva do número de nascimentos, de 43,5% no período, passando de 8336 NV em 2001 para 4796 NV em 2011. Isso ocorreu, principalmente, em relação ao parto vaginal, cuja queda foi de 65%, passando de 4469 NV em 2001 para 1549 NV em 2011; enquanto que, para parto cesáreo, a queda foi de 15%, passando de 3824 NV em 2001 para 3238 NV em 2011.

A proporção de partos cesáreos manteve-se em torno de 45% até 2007, após o qual houve um gradativo aumento, alcançando 67% em 2011.

Comparativamente, para o estado do ES como um todo, a queda do número de NV no período foi menor, sendo de 6,2%, mas seguiu uma tendência de aumento da proporção de partos cesáreos que passou de 44% em 2001 para 64% em 2011.

A cesariana representa riscos para a mãe e o nascituro. Estudo multicêntrico efetuado em hospitais de oito países da América Latina, aferiu os riscos e benefícios do parto cesáreo comparados ao parto transpélvico. A conclusão foi que, quando o feto estava na apresentação cefálica, a cesariana levou a um risco aumentado de morbidade grave e óbito materno e neonatal (VICTORA et al., 2011; VILLAR et al., 2007).

Souza e colaboradores, em 2010, em pesquisa que incluiu países da África, Ásia e

América Latina, encontraram resultados semelhantes, induzindo os pesquisadores a concluir que a cesariana só é justificada se os benefícios suplantarem os riscos e custos desse procedimento.

A placentação anormal é um risco comum subsequente à realização de cesariana, segundo Lee e D' Alton (2008).

Diniz (2009) aponta que estudos observacionais a respeito da cesariana realizados por Villar e colaboradores (2007) demonstram uma associação aumentada de morte materna e nos nascituros.

Por fim, a situação de saúde do município de Vila Velha em relação à atenção obstétrica foi analisada em relação a características dos perfis das mães, da assistência ao parto e dos recém-nascidos em 2011, conforme demonstra a Tabela 8.

Tabela 8 – Dados sobre perfil das mães, da assistência ao parto e dos nascidos vivos residentes em Vila Velha, no Espírito Santo e no Brasil

Variável-Indicador	Vila Velha		Espírito Santo		Brasil	
	N	Proporção	N	Proporção	N	Proporção
<b>Perfil das mães</b>						
Nascimentos de mães com menos de 15 anos	23	0,37%	387	0,72%	27785	0,95%
Nascimentos de mães com menos de 20 anos	868	14%	9698	18,2%	560889	19,25%
Nascimentos de mães negras (pretas mais pardas)	4061	65,09%	34435	64,90%	1554714	53,37%
Nascimentos de mães com menos de 8 anos de estudo	1514	24,54%	15633	29,46%	907334	31,15%
Nascimentos de mães que fizeram menos de 7 consultas de pré-natal	2432	39,42%	19947	37,59%	1101416	37,81%
<b>Perfil da assistência ao parto</b>						
Nascimentos partos hospitalares	6160	99,86%	51910	97,84%	2857366	98,08%
Nascimentos partos cesáreos	4307	69,81%	34110	64,29%	1565564	53,74%
<b>Perfil dos nascidos vivos</b>						
Prematuros (<37 semanas de gestação)	589	9,54%	5113	9,63%	285592	9,80%
Peso ao nascer < 1500g	69	1,11%	668	1,25%	38590	1,32%
Baixo peso ao nascer (<2500g)	549	8,89%	4433	8,35%	248217	8,52%
Malformação congênita	49	0,79%	300	0,56%	22985	0,79%
Apgar < 8 no 5º minuto de vida	818	13,25%	1235	2,32%	73464	2,52%
Total de nascidos vivos	6169		53053		2913160	

Fonte: BRASIL, 2011b

Nos indicadores que caracterizam o perfil das mães, observa-se que Vila Velha apresenta menores proporções de nascimentos de mães adolescentes (com menos de 15 anos e com menos de 20 anos) e com menos de 8 anos de estudo, quando comparada ao estado do ES e ao Brasil. Por outro lado, apresenta maior proporção de nascimentos de mães negras (pretas mais pardas) e de nascimentos de mães que fizeram menos de 7 consultas de pré-natal.

Em relação ao perfil da assistência ao parto, além da quase totalidade ter sido hospitalar, há maior proporção de nascimentos de partos cesáreos. O município destaca-se, também, na maior proporção de crianças nascidas com Apgar < 8 no 5º minuto de vida (indicativo de asfixia perinatal), quando comparado com o estado do Espírito Santo e com o Brasil.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa mostrou que a média de RMM de Vila Velha-ES foi alta (65,2 OM por 100.000 NV) entre os anos de 2001 a 2011, considerando-se os critérios da OMS, além de ter ocorrido uma tendência ao aumento desse indicador no período estudado.

As características dos óbitos maternos (OM) ocorridos no período mostraram serem oriundos dos estratos sociais mais desfavorecidos, levando-se em conta, entre os dados disponíveis nos sistemas de informação, particularmente a baixa escolaridade e a cor parda/preta. Nesse mesmo sentido, o perfil de nascimentos vivos para o ano de 2011 revelou predominância de mães pretas ou pardas, que fizeram menos do que sete consultas de pré-natal (comparativamente maior do que o estado do ES e do Brasil, como um todo).

A grande maioria das OM ocorreu em hospitais, mostrando um razoável acesso à atenção obstétrica hospitalar, mas, provavelmente, de qualidade precária. Ao se cotejar com dados dos perfis da assistência ao parto e dos recém-nascidos relativos a 2011, confirma-se que, no município, comparativamente com o ES e no Brasil como um todo, houve uma maior proporção de partos cesáreos e de crianças nascidas com Apgar < 8 no 5º minuto.

Em relação à alta proporção de partos cesáreos em 2011 (aproximadamente 70%, superior ao índice do Brasil como um todo, de 54%), mostrou-se que houve um aumento de cerca de 50% nos últimos cinco anos do período analisado. O aumento desse tipo de procedimento pode, de um lado, expressar a precariedade da atenção obstétrica como um todo, na medida em que representa o resultado final de um processo que se iniciou na concepção e nesse momento encontrou riscos para a mãe e o feto, o que fez com que esse procedimento fosse indicado, como é o caso da hipóxia peri-natal. Mas, por outro lado, na medida em que aumentou significativamente a proporção desse procedimento, sendo muitas vezes indicado por conveniência do profissional médico, aumentaram, também, os riscos de complicações e morte, principalmente para a mãe, por tratar-se de procedimento cirúrgico.

As causas de MM identificadas revelaram que a maioria foi classificada como causa obstétrica direta (hipertensiva, infecciosa ou de assistência ao parto) e, portanto, seriam evitáveis através de intervenções adequadas.

Demonstrou-se que, no município de Vila Velha, ocorreu uma insuficiente atenção ao planejamento familiar nesse estrato da população que, conjugado à precária atenção obstétrica, tanto na atenção básica (baixa cobertura da ESF e conseqüentemente de realização do pré-natal e detecção de situação de gravidez de risco) quanto na especializada (ocorre o acesso, mas não é favoravelmente resolutivo), devem estar relacionados aos altos índices de MM encontrados.

Esse estudo apontou também as precariedades institucionais na implantação do Comitê de Mortalidade Materno-infantil no município, haja vista que as portarias para sua criação e nomeação de seus integrantes, já no final do período estudado, apresentaram aspectos que indicavam a sua ineficácia. Mudanças nos procedimentos de notificação e investigação dos Óbitos Maternos - OM, em 2006, podem ser positivas, mas, ainda, um melhor funcionamento do Comitê depende de esforços pessoais de profissionais interessados.

Um aspecto das estratégias propostas pelo PNAISM que parece promissor foi, por ocasião do Pacto pela Saúde de 2010/2011, a utilização do indicador referente à OM investigado com ficha síntese informada pactuado entre os municípios e o MS. Com isso, espera-se um compromisso maior em nível municipal para o controle da MM e de dados para os sistemas de informação.

A PNAISM continua a ser um desafio. A própria proposição de uma nova óptica, centrada nas diferenças de gênero, já constituía um desafio e continua a sê-lo, na medida em que aquilo que veio denunciar sobre a inequidade social e de saúde de mulheres negras pobres, ainda não mostrou consistência e efetividade com mudança do perfil de MM. Há de se pensar na determinação do processo saúde-doença que envolve condições sociais e econômicas, cultura e participação, bem como acesso a condições satisfatórias para lidar, em última instância, com as especificidades do lugar da mulher na constituição da vida e da sociedade, desde a liberdade de escolhas nos planos profissional, familiar, da sexualidade, reprodução e acesso a boas condições de atenção à saúde e, mais especificamente, para a gravidez, parto e puerpério.

Isso é expressão do baixo valor social atribuído a essas mulheres, pois suas mortes poderiam ser evitadas se houvesse um investimento social que pudesse intervir nos diferentes pontos da cadeia do processo de vida-saúde-doença-assistência. Particularmente, em relação às políticas públicas, até têm sido propostas, mas com grande dificuldade na implementação que, por vezes, demora anos para que as

condições que a propiciem aconteçam, como ampla e constante divulgação, capacitações e preparo dos locais onde serão aplicadas, etc.

Assim, a hipótese básica desse estudo não pode ser confirmada, na medida em que o IDH-M de Vila Velha, classificado como muito alto, não se expressou em menores índices de MM. Apesar do IDH-M procurar considerar diferentes aspectos do desenvolvimento social (expectativa de vida ao nascer, acesso ao conhecimento e renda), ele não refletiu as iniquidades do município que determinaram a mortalidade materna.

Por fim, cabe apontar os limites desse estudo que decorreram fundamentalmente da dificuldade em se obter dados consistentes sobre a realidade da situação da MM no município estudado, sejam de suas instituições ou dos sistemas de informação nacional, alimentados por municípios e estados.

A estratégia metodológica utilizada que combinou informações de diferentes sistemas buscou identificar “retalhos” de dados que pudessem dar visibilidade ao objeto de estudo e compor alguma informação.

Mas, deve-se insistir na consolidação de uma rede de atenção no âmbito dos municípios, pois não só se viabiliza o cuidado pela proximidade dos usuários, como também o diagnóstico de situações locais e alimentação dos sistemas de informações que são condição para intervenções mais efetivas para redução da Mortalidade Materna (MM).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, MG: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

AQUINO, E. M. L. A Questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (Org.). **Falas de gênero**. Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999. p.161-72.

ARAÚJO, M. J. O. **The role of local authorities in implementing health care with the gender perspective**: The case of the Women's Total Health Care Program in Sao Paulo, Brazil. 1998.

Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/role.htm>>. Acesso em: 10 out, 2013.

ATLAS do desenvolvimento Humano no Brasil 2013: Vila Velha (ES). 2010. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/546em 20 set.2014](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/546em 20 set.2014)>. Acesso em: 10 out. 2013.

BARSTED, L. A. L. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil, 1983-1993. **Revista de Estudos Feministas**, Santa Catarina, Ano 2, 2. Semestre, p. 38-54, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, DF, 1975

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programa de prevenção à gravidez de alto risco**. Brasília, DF, 1978

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/aborto/NT\\_MS\\_2005\\_atencao\\_Humanizada\\_Abortamento](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/aborto/NT_MS_2005_atencao_Humanizada_Abortamento)>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual dos comitês de morte materna**. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Brasília, DF: Secretaria de vigilância em saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **II plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria especial de políticas para as mulheres, 2008b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Secretaria de vigilância em saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores de mortalidade**: IDB 2011 Brasil. 2011b.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>> Último acesso em 19 de março de 2015.

BITTENCOURT, S. D. A. (Org); DIAS, A. B.; WAKIMOTO, M. D. **Vigilância do Óbito Materno Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade**. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 87-98, sep./dec. 2003.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, jan./abr. 2007.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. (Org.). **Saúde reprodutiva das mulheres: direitos, desafios e políticas públicas**. Brasília, DF: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2009.

CAMURÇA, S. “Nós Mulheres” e nossa experiência comum. **Cadernos de Crítica Feminista**, N. 0, Ano I, Recife: SOS CORPO, 2007.

CARDOSO, E. B. Em defesa da pátria: proteção social, infância e maternidade no Estado Novo. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v.4, n.8, p. 400-18, dez. 2012.

CARVALHO, M. P. Gênero e trabalho docente: em busca de um referencial teórico”. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H. B.(Orgs.). **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo; Editora 34/Fundação Carlos Chagas, 1998.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público de Brasília** v.65, n.2, p. 227-244, abr/jun 2014.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, n.2, p.313-326. 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012.

EVANS, E. C. A review of cultural influence on maternal mortality in the developing world. **Midwifery**, S0266-6138, n.12, p .49-56, 2012.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n.1, p. 47-72, 2004.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. **Morte materna: uma tragédia evitável**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4ª edição. Edições Graal. Rio de Janeiro.1984.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Disponível em: <<http://ibge.gov>> Acesso em 27 agosto de 2013.

KHAN, K. S. et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **The Lancet**, London, v. 367, n. 9516, p. 1066- 1074. 2006.

LAURELL, A. C. A saúde – doença como processo social, 1982. In: GOMES, E. D. (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global Editora, 1983.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.M. GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p.440-460, 2004.

LEE, Y. M.; D'ALTON, M. E.. Cesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. **Clinics in Perinatology**, v. 35, n. 3, p. 505- 518, 2008.

MANDÚ, E. N. T. et al. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. v. 33, p. 31-38. 1999.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.623-638. 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.651-657, 2005.

NARVAZ, M. G., KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia e Sociedade**. [online], v.18, n.1, p.49-55. 2006.

NOUR, N. M. An Introduction to Maternal Mortality. **Reviews in Obstetrics & Gynecology**. v. 1, n. 2, p. 77-81. 2008.

PACAGNELLA, R.C. **Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico**. 2011. 116p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PARPINELLI, M. A. et al. Mortalidade Materna na Cidade de Campinas, no período de 1992 a 1994. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p, 227-232. 1999.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, Número Monográfico, p.121-133. 2011.

PULEO, A H. Filosofia e gênero: da memória de passado ao projeto de futuro. In GODINHO, T; SILVEIRA, M. L. (org.) **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004; p. 13-34.

Disponível em:

<<http://www.fyl.uva.es/~wceg/articulos/Filosofiaegenero.pdf>> Acesso em 15 abril 2014.

RAMALHO, K. S. et al. Política de Saúde da Mulher a Integralidade Efetividade ou Possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais FITS**, Maceió, v.1, n.1, p. 11-22. 2012.

RESENDE, L.V. **O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna. Em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**, 2013. Dissertação (doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2013

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G.. Mortalidade Materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v.59, n.3. 2006.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 n. 1. Jan./Feb.2003

RONSMANS, C.; GRAHAM, W.J. Maternal mortality: who, when, where, and why **Lancet**, v.368, n.9542, p.1189-1200. 2006.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed, Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

SCHIMIDT, S. N. **Georeferenciamento da mortalidade materna em Porto Alegre entre 1999 e 2008, segundo características sociodemográficas, obstétricas e tipo de serviço de saúde de atenção primária**, 2010. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2010.

SAFFIOTI, H. I. B. Diferença ou indiferença: gênero, raça/etnia, classe social. In: GODINHO, T.; SILVEIRA, M. L. (Org.) **Políticas públicas e igualdade de gênero**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004. p. 35-41.

SANTOS-NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e Sociedade**. v.17, n.2, p.107-119. 2008.

SANTOS-NETO, E. T.. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo. Brasil**. Tese apresentada à Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Epidemiologia em saúde Pública, 2012.

SOIHET, R. **O feminismo tático de Bertha Lutz**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n.22, p.161-182, jan/jun. 2008.

SOUZA, J. P. et al. Caesarean Section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v.8, n.71. 2010.

TANAKA, A.C. (Org.). **Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiê mortalidade materna**. São Paulo-SP: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - Rede Saúde; 2001.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, v.38, n.8, p.1091-1120, 1994.

UNITED NATIONS. **The millennium development goal report** ; 2012. New York, 2012.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, mai. 2011

VILLAR J, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ** , v.335, n.1025. 2007.

VILA VELHA (ES). Decreto nº 031/2004, instituiu o Comitê de Mortalidade Materno-Infantil do Município de Vila Velha e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**. Poder Executivo, Vitória, ES, 16 de fevereiro de 2004. p. 21.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 002 de 10 de novembro de 2010. Instituiu a Composição do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil do Município de Vila Velha e dá outras providências. 10 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vila Velha /ES (SESA/PMVV), Portaria nº 004/2011, instituiu a **Composição do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil do Município de Vila Velha e dá outras providências**. 22 de junho de 2011. Disponível em <<http://www.radaroficial.com.br/d/2245907>>, acesso em 10 de novembro de 2013.

\_\_\_\_\_. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017 Vila Velha/ES. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde-PMS:2014-2017/ Secretaria Municipal de Saúde. Vila Velha, 2013.120 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990-2008.** Geneva, 2010.