

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

RAQUEL COUTINHO LUCIANO POMPERMAYER

**SAÚDE DA MULHER: MORTALIDADE MATERNA, FATORES
DE RISCO E VISÃO PROFISSIONAL**

VITÓRIA

2011

RAQUEL COUTINHO LUCIANO POMPERMAYER

**SAÚDE DA MULHER: MORTALIDADE MATERNA, FATORES DE
RISCO E VISÃO PROFISSIONAL**

Dissertação de mestrado apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr^a Raquel de Matos Lopes Gentili

VITÓRIA

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

RAQUEL COUTINHO LUCIANO POMPERMAYER

**SAÚDE DA MULHER: MORTALIDADE MATERNA, FATORES DE
RISCO E VISÃO PROFISSIONAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), como requisito para obtenção do grau de mestre.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Orientadora

Prof. Dr. Carlos Geraldo Viana Murta
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Prof^a. Dr^a Nara Cuman Motta
Escola /superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO A DEUS, FONTE DE LUZ E SABEDORIA.

AOS MEUS FAMILIARES, EM ESPECIAL, A MEU AMADO PABLO, COMPANHEIRO
COMPREENSIVO QUE, NO SEU SILÊNCIO, PARTICIPOU INTENSAMENTE DESTA
CONQUISTA.

AO MEU FILHO, LUCA, QUE, DESDE O MEU VENTRE, COMPREENDEU E
COLABOROU PARTICIPANDO DE TODAS ETAPAS VENCIDAS.

À MINHA QUERIDA AMIGA JULIANA POR TODA A DEDICAÇÃO E DISPOSIÇÃO.

AOS PROFESSORES E MESTRES PELO CONHECIMENTO.

AOS COLEGAS DO MESTRADO PELO INCENTIVO.

RESUMO

No Brasil, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos materno-infantil atingindo desigualmente as classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras. O objetivo deste estudo foi conhecer a visão dos profissionais de saúde inseridos no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sobre a morte materna e sua relação com o acompanhamento de pré-natal e acesso ao serviço de saúde, analisando como as variáveis relacionadas com o serviço de assistência obstétrica interferem na ocorrência do óbito materno. Conclui que a redução da mortalidade materna depende, além da vontade política, da capacitação dos profissionais de saúde para um diagnóstico precoce de vulnerabilidade e acionamento de medidas que evitem a ocorrência de morte materna. No Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ocorre baixo índice de mortalidade materna. Por ser um serviço de referência de alto risco gestacional, pode ser considerado como de excelência para solucionar comorbidades que, muitas vezes, são referenciadas com outras regiões do Estado.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Fatores de risco. Visão profissional.

ABSTRACT

In Brazil, the maternal death appears as a public health problem. According to the Ministry of Health, the high maternal mortality rates constitute a framework of human rights violations affecting maternal and child unequal social classes with lower entry and access to social goods in the various regions. The aim of this study was to know the views of health professionals included in the obstetrics ward of Santa Casa de Misericórdia de Vitória on maternal deaths and their relation to the monitoring of prenatal care and access to health services, analyzing how the variables related to the obstetric service interfere with the incidence of maternal death. Concludes that the reduction of maternal mortality depends, in addition to political will. The training of health professionals for early diagnosis of vulnerability and measures to avoid triggering the occurrence of maternal death. In the obstetrics ward of Santa Casa de Misericórdia de Vitória is a low rate of maternal mortality. Because it is referral service for high-risk pregnancy can be considered as excellent for resolving comorbid conditions that often are referred to other regions of the state.

Keywords: Mortality materna. Fatores risco. Visão of professional.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I.....	11
1.1 MORTALIDADE MATERNA COMO INDICADOR SOCIAL.....	11
1.2 CUIDADOS NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA.....	20
1.3 COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS E PUERPORAIS	23
CAPÍTULO II.....	28
2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	28
2.2 PACTO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA	34
CAPÍTULO III	38
3.1 VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITORIA SOBRE MORTE MATERNA	38
3.1.1 Aspectos socioeconômicos	38
3.1.2 Pré-natal: acompanhamento, acesso dos serviços e informação..	41
3.1.3 Parto: cesárea e normal	50
3.1.4 Humanização do parto	55
3.1.5 Mortalidade materna na visão dos profissionais entrevistados	59
4 CONCLUSÃO.....	63
5 REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE — ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.....	71

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna vem crescendo nos últimos anos no País. O Governo Federal estabeleceu, em 2004, como prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, configurando-se na continuação de um esforço iniciado pelo Ministério da Saúde, em 1987, que desafia a sociedade com a alta incidência de óbitos maternos e suas nefastas consequências. Um dos objetivos do pacto é identificar os principais fatores de risco que contribuem para esse cenário. Sabemos que se relacionam com processo saúde e doença, e por consequência, permitem definir estratégias de prevenção de novas ocorrências. Conhecer o impacto social e a implementação dessa política é importante para o direcionamento dos profissionais de saúde em sua atuação no âmbito da atenção primária.

Desde a graduação, estudamos a saúde da mulher e suas conquistas. A evolução feminina nas últimas décadas permitiu seu crescimento profissional e social, mas apresentou, como consequência, a dupla jornada de trabalho ao mesmo tempo em que expôs a população feminina às alterações físicas causadas pelo estresse, disputa de mercado de trabalho, salários mais baixos, leis específicas, como licença-maternidade, e preconceitos. Essa parcela da população não está excluída das questões sociais inerentes ao panorama cultural e social do País e enfrenta outras questões relevantes, como as diferenças sociais e culturais, que dificultam o acesso à informação e capacitação, onerando ainda mais o desenvolvimento das mulheres, sobretudo as de baixa renda. Diante disso, fez-se necessário estudar de forma especializada a saúde da mulher em sua totalidade, o que inclui a assistência à saúde, em todas as fases da vida, a fim de mapear e promover ações preventivas em nosso município.

Dentre os estudos descritivos, existem poucas publicações sobre o assunto. Torna-se importante estudar a morte materna para apresentar dados mais generalizados, identificando as principais causas do problema e, assim, promovendo a saúde da mulher de forma integralizada.

Tendo em vista as informações obtidas na pesquisa, poderemos contribuir com um conhecimento mais profundo da mortalidade materna, proporcionando condição para a elaboração de protocolos, uma vez que a fisioterapia está inserida na equipe de saúde da mulher.

Os objetivos deste estudo foram conhecer a visão dos profissionais de saúde inseridos no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sobre a morte materna e sua relação com o acompanhamento de pré-natal e acesso ao serviço de saúde, analisando como as variáveis relacionadas com o serviço de assistência obstétrica interferem na ocorrência do óbito materno. Por fim, buscou-se comparar as visões dos profissionais da equipe de obstetrícia com a realidade do serviço, em face dos princípios doutrinários do SUS que estão sendo contemplados na organização dos serviços de atendimento à mulher, no período da maternidade, no caso estudado.

Para a realização deste estudo, foi utilizada uma extensa pesquisa bibliográfica de artigos indexados no período de 1983 a 2010, no banco de dados da Bireme, Medline, Lilacs, Scielo, além de um estudo qualitativo analisando os dados de forma descritiva. Foram realizadas dez entrevistas com uma fisioterapeuta preparada para aplicá-las. Foram entrevistados dez profissionais de saúde da Equipe de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, dentre eles, cinco médicos, dois residentes, sendo um residente do primeiro ano e outro do terceiro, além da enfermeira-chefe e de duas técnicas de enfermagem.

As perguntas foram abertas e com foco de interesse na visão do profissional sobre o serviço de obstetrícia. O assunto discutido foi em relação à morte materna, acesso a serviços de saúde e acompanhamento de pré-natal. Foi utilizado na entrevista um gravador e, logo após, as informações foram transcritas para o papel. A entrevista teve duração de 30 minutos e o entrevistado assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenvolvendo a pesquisa, discutimos alguns assuntos descritos a seguir brevemente: no primeiro capítulo, abordamos a mortalidade materna como indicador social e o perfil de morte materna; no segundo capítulo, a política de atenção à saúde da mulher e a repercussão do pacto de redução da morte materna no Brasil; no terceiro capítulo, a visão dos profissionais de saúde do Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória sobre a morte materna e sua relação com acompanhamento do pré-natal e acesso ao serviço de saúde. Além

das discussões sobre os aspectos socioeconômicos da mulher que morre, abordamos os tipos de parto: cesárea ou normal e sua influência na morte materna. A seguir, a humanização do parto, conforme preconiza o Ministério da Saúde, e a mortalidade materna na visão dos profissionais do Serviço de Obstetrícia estudado.

CAPÍTULO I

1.1 MORTALIDADE MATERNA COMO INDICADOR SOCIAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994) define *morte materna*, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), como morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

A mortalidade materna pode ser considerada não somente um indicador de saúde da mulher, mas da população como um todo. Por outro lado, é também um indicador de iniquidades, pois é elevada em áreas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, quando comparada com valores de áreas desenvolvidas, devido às diferenças entre os diversos estratos socioeconômicos (LAURENTI et al., 2004).

Constitui-se num indicador específico da mais alta relevância em saúde materno-infantil, uma vez que interferem nessa mortalidade diversos aspectos. Entre eles, estão os considerados biológicos da reprodução humana, como as doenças próprias e associadas à gravidez, até características da própria população e da utilização de serviços de saúde, como o acesso/frequência ao pré-natal, proporção de partos hospitalares, qualidade da assistência ao parto, frequência de abortos provocados, proporcionando uma visão muito clara de como está ocorrendo o processo reprodutivo e os problemas/distorções/agravos/anormalidades que estão se dando nesse processo e que têm como resultado final o óbito materno. Permite também apreciar, por exemplo, por meio do estudo das causas de morte materna, qual o setor da assistência de saúde que deve receber uma atenção em nível prioritário (SIQUEIRA, 1984).

Constitui-se também num bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições sobre como morrem as mulheres, pode-se avaliar o desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razão de Mortalidade Materna (RMM) elevada é indicativo de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, de dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004).

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado com o grau de desenvolvimento humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública. A mensuração acurada da mortalidade materna, no entanto, é notoriamente difícil, principalmente quando não existe um sistema de registro vital confiável. Apesar disso, sabe-se que o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos. A avaliação dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos mundiais, evidenciou, nos países desenvolvidos, média de sete mortes maternas, com variação de 4 a 14 pra cada 100.000 nascidos vivos.

A análise das causas das mortes maternas em revisão sistemática realizada pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que, na África e na Ásia, a principal razão de morte foram os quadros hemorrágicos. Na América Latina e no Caribe, o motivo líder dos óbitos foi a hipertensão. Vale destacar, portanto, que a maioria dos óbitos é decorrente de causas obstétricas, principalmente diretas, sendo evitáveis em sua quase totalidade (ALENCAR JÚNIOR, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, a RMM para as capitais brasileiras, no ano de 2001, foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Ainda assim, os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois, em países desenvolvidos, a RMM filhos por mulher oscila de 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, a questão da morte materna configura-se ainda como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, indicando desigualmente entre as classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras (MARTINS, 2006).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas às precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens. As mulheres trabalham durante mais horas do que os homens, e pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres podem ser demonstradas pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e também pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres (BRASIL, 2004).

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004).

Uma das características das modificações sociais, ocorridas, principalmente na segunda metade deste século, é a crescente participação das mulheres no processo produtivo, com sua decisiva contribuição ao desenvolvimento econômico e social do País. Como consequência de sua crescente independência e maior participação no mercado de trabalho, elas passaram a adquirir hábitos e comportamentos que eram mais frequentes na população masculina, como fumar, beber e maior liberdade sexual. Ficaram, assim, também mais expostas ao estresse e a outros riscos associados às doenças crônicas, bem como aos acidentes e a outros tipos de

violência. Tornam-se, portanto, bastante úteis os estudos de morbidade e de mortalidade da população feminina, com sua distribuição no tempo, no espaço e segundo atributos pessoais, principalmente aqueles voltados para o período reprodutivo quando, a par da exposição aos fatores de risco referidos, a mulher está ainda exposta aos fatores inerentes à gestação, parto e puerpério (HADDAD; SILVA, 2000).

A mortalidade materna tem sido objeto de inúmeros estudos que demonstram os aspectos quantitativos do fenômeno. Grandes diferenças podem ser observadas na frequência da mortalidade materna de um país a outro. Isso tem relação com a variabilidade socioeconômica, o estado de saúde da população, as facilidades de atendimento médico, o sistema de obtenção e registro de dados, a quantidade e qualidade dos profissionais que trabalham na área materno-infantil, a forma de governo, o papel social atribuído à mulher e os conceitos de morte e vida. Para abordar a frequência da mortalidade materna, é fundamental conceituá-la, uma vez que, na literatura, se observam vários enfoques relativos à abrangência do evento, por inclusão ou não de aborto, período de tempo pós-parto e tipo de causas, para considerá-lo como óbito materno (SOUZA, 1983).

A ausência repentina e definitiva da mulher no lar constitui um fator de desagregação da família. Nas famílias pobres, cabe à mulher importante dimensão de autoridade no seu interior para manter a unidade do grupo. A organização doméstica é baseada no princípio tradicional da divisão sexual do trabalho, em que o homem é provedor e a mulher é responsável pela manutenção e organização do espaço doméstico. Nesse modelo, os papéis familiares de gênero e idade são definidos em termos recíprocos e complementares. A ausência da mulher na família se faz sentir também no que tange aos recursos econômicos. Estudos têm evidenciado que, nas últimas décadas, a mulher vem alcançando espaços consideráveis na esfera pública, tendo participação fundamental ou mesmo única no sustento da família. A mulher em idade reprodutiva representa uma parcela importante dos trabalhadores do País, além de exercer responsabilidade no cuidado de toda a família e desempenhar as atividades domésticas (GOMES et al., 2006).

Trevisan (2002), em seu estudo, destacou, entre os motivos alegados pelas pacientes para não realizar o pré-natal, a falta de informação acerca da sua importância na prevenção da morbi-

mortalidade tanto materna quanto perinatal. A constatação de que a baixa escolaridade estava significativamente associada à falta de qualidade da assistência pré-natal é relevante, principalmente considerando-se a baixa escolaridade das mulheres estudadas e a falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção pré-natal.

De acordo com Gonçalves (2008), a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde depende da adesão das mulheres ao programa de pré-natal e essa adesão é essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, uma vez que é do nosso conhecimento que 98% das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, como melhorar a qualidade do cuidado perinatal e garantir o acesso ao serviço de saúde. Vale salientar que outras características socioeconômicas, culturais e demográficas têm um potencial maior para avaliar o acesso e a qualidade dos serviços.

A disponibilidade dos serviços não quer dizer que, por si só, a mulher terá acesso a eles. Autores afirmam que há barreiras em relação à qualidade do cuidado, informação, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, que podem estar relacionadas com a desinformação que impede essas mulheres de reconhecer seus direitos e ter acesso à prevenção e tratamento apropriados. A desinformação impossibilita às mulheres de exigirem atendimento adequado nos serviços de saúde ou de usá-los de forma a contemplar suas necessidades (GOMES, 2006).

Soares (2009) observou que o planejamento familiar pode colaborar com a diminuição do número de óbitos maternos. Muitas vezes a gravidez indesejada provoca o estresse, frequente nos extremos da vida reprodutiva. É apontado como fator de facilitação da pré-eclâmpsia e suas complicações.

O planejamento familiar deve ser ofertado a todas as mulheres em idade reprodutiva, para a redução de gravidez indesejada e de possível aborto. Além disso, medidas, como a assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério devem ser oferecidas a todas as gestantes. Também esforços podem ser feitos no sentido de se detectar precocemente eventos que podem colocar em risco a vida da mulher. Esse conjunto de recomendações já faz parte dos

diversos programas de saúde coordenados nacionalmente, contando, inclusive, com guias técnicos de condutas desenvolvidos exatamente com esse propósito. Mesmo assim, as dificuldades para a real implementação dessas medidas provavelmente estão associadas a restrições quantitativas e qualitativas dos serviços em lograrem êxito na prevenção e controle da morbidade materna (SOUSA, 2006).

De acordo com Soares (2008), existem estudos que apontam na população dois segmentos de mulheres: um que está em contato direto com os serviços formais de saúde, frequentando o pré-natal, e o serviço de planejamento familiar, e que tem, portanto, menores riscos; e outro segmento que não tem acesso, ou tem maior dificuldade de frequentar esses serviços e teriam maior risco reprodutivo. Os programas tradicionais de planejamento familiar podem estar excluindo mulheres que têm alto risco intrínseco, que são aquelas que não procuram os serviços e que não estariam sendo identificadas por eles. A inclusão estratégica desse grupo de mulheres em serviços de saúde reprodutiva qualificados poderia impactar na mortalidade materna.

O perfil de morte materna no Brasil não é bem definido. Podemos perceber que, dentre os estudos analisados, existem discrepâncias e não é observado um único perfil de morte materna. De acordo com as pesquisas realizadas, diferentes aspectos parecem estar influenciando a discordância entre autores. O perfil sociodemográfico é um fator que pode revelar o grau de vulnerabilidade em relação ao número de mortes, principalmente quando a região estudada é menos favorecida economicamente. Outra questão importante a ser considerada é o ano e o período em que foi realizado o estudo. Pesquisas longas podem favorecer dados mais significativos do que pesquisas menores, em menor tempo.

A região escolhida para realizar a pesquisa também tem influência importante, por exemplo, para raça/cor e paridade. Sabemos que, nas Regiões Norte e Nordeste, o planejamento familiar não é bem realizado. Essas Regiões são marcadas, na maior parte delas, por grande pobreza. Já na Região Sul e Sudeste, encontramos uma população mais desenvolvida economicamente, com maior acesso ao planejamento familiar e aos cuidados com a saúde.

Diante de todos esses fatores, entendemos que existem elementos importantes para serem estudados sobre as diferenças entre os achados, porém não podemos definir bem diferenças

entre os perfis de morte materna. A seguir, apresentamos resultados encontrados em diversas pesquisas realizadas no Brasil.

De acordo com Andrade (2006), ao estudar o perfil de morte materna numa maternidade-escola do Rio de Janeiro, durante 75 anos, identificou-se, em relação à idade da paciente quando morre, que sua maior proporção acompanhava a época de maior atividade reprodutiva (15-39 anos). Observou-se, ainda, que o grupo etário de 20-29 anos teria risco mais elevado, ocorrendo nessa faixa 48% dos óbitos.

Em nosso estudo, no que diz respeito à faixa etária, as opiniões divergiram um pouco considerando o embasamento teórico. Quatro dos nossos profissionais entrevistados acreditam que a morte materna é comum nos extremos da idade, dois consideram acima dos 30 anos, dois em mulheres novas entre 15 e 17 anos e os outros dois não souberam precisar.

Já Sousa (2007), em sua pesquisa com 339 mortes maternas ocorridas em algumas capitais brasileiras e registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), constatou que 74,3% das mulheres que vieram a óbito tinham menos de 35 anos, corroborando os estudos de Gomes (2006), que encontrou uma variância de 16 a 39 anos. O maior número de óbitos se deu na faixa etária entre 30 e 34 anos.

Em contrapartida, Bezerra (2005) estudou 296 óbitos maternos registrados também em uma maternidade-escola do Rio de Janeiro. A idade de morte materna foi entre 13 e 42 anos, com média de 26 anos. Constatou a maior frequência na faixa etária de 18 a 22 anos (25,4%), seguida pelo intervalo de 28 a 32 anos (19,3%). A idade em que se deu o maior número de casos foi 19 anos, com dez registros, seguida pela idade de 20 anos, com oito casos.

Como podemos perceber, os dados encontrados diferem bastante de acordo com os fatores supracitados. O fato de não ter um perfil bem definido dificulta relacionar as causas principais com as comorbidades e confirmar que o processo de saúde deve ser influenciado tanto pela questão socioeconômica, como pela ambiental.

Ainda em relação à faixa etária, Riquinho e Correa (2006) realizaram uma revisão bibliográfica e observaram que os óbitos maternos se concentram na faixa etária dos 30 aos 39 anos, com 46,2%, e dos 20 aos 29 anos de idade com 43,6%. Pelo estudo, os autores identificaram que o maior risco de morte materna se encontra em mulheres muito jovens ou

com idade mais avançada — menores de 15 anos ou maiores de 35 anos — e as mais velhas são mais suscetíveis à hipertensão específica da gestação.

Revelando outros aspectos estudados, a paridade, na visão geral de nossos entrevistados, foi baseada na formação de conhecimento teórico-técnico-científico: cinco de nossos profissionais consideram mais comum a morte materna em primíparas, quatro não conseguem ver prevalência e um acredita que pode acontecer tanto com múltíparas como primíparas.

É oportuno salientar que o dado paridade difere bastante em meio aos estudos. Segundo Andrade et al. (2006), a influência da paridade sobre as mortes maternas predomina as nulíparas sobre as demais, de forma significativa corroborando o estudo de Bezerra (2005), sendo mais frequente o óbito materno entre as primigestas (40,4%), seguidas pelas secundigestas e tercigestas (26,3%). Esses dois autores constataram que as mulheres que não tiveram filhos, as nulíparas, ou mesmo as que tiveram uma única gestação, as primigestas, possuem maior risco de morte do que as mulheres que tiveram duas ou mais gestações. Já Soares et al. (2008) evidenciaram que mulheres multigestas com idade de 30 anos ou mais e baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo) associado a pré-natal incompleto e partos cesáreos apresentam maior risco de morte materna.

O elevado número de gestações e partos seria, dessa forma, fator de risco para morte materna, entretanto a literatura consultada mostra que existem controvérsias a respeito do risco de morte relacionado com a paridade. A baixa primiparidade é considerada como de maior risco, na visão de alguns autores, já para outros é a multiparidade. Ainda existem outros autores que não atribuem efeitos, por si sós, que expliquem o aumento do risco de morte materna pelo aumento da paridade.

Diante disso, Soares (2008) fez uma reflexão entre o número de gestações e mortalidade materna e encontrou que a idade acima de 30 anos foi identificada como um fator fortemente associado à mortalidade materna para as multigestas. Muitos estudos referem que a idade interfere na mortalidade materna. As mulheres acima de 35 anos são consideradas como de alto risco, porém alguns autores ressaltam que a idade deve ser associada a outros fatores, como as condições socioeconômicas e qualidade dos serviços para gestação de risco. Nesse mesmo estudo, o autor cita uma pesquisa americana publicada em 2005, na qual foi realizada ampla revisão de literatura sobre o tema. Referiu ser incerta a associação entre multiparidade

e resultados adversos na gestação. Os resultados que associam esses fatores são inconsistentes, o que contradiz seu próprio estudo. É percebido, portanto, que ainda não temos uma conclusão específica relacionada com a paridade e sua influência na mortalidade materna, o que contribui para a não formação de um perfil.

Em geral, a mortalidade materna ocorre de acordo com algumas comorbidades que coincidem dentre as pesquisas analisadas. Em nossa pesquisa no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, dentre os dez profissionais entrevistados, cinco consideram a doença hipertensiva a principal causa de morte materna, dois apontam a hemorragia, um cita a negligência médica como episódio comum, podendo o bebê passar da hora de nascer. Dois dos entrevistados não souberam responder por ser a morte materna muito difícil de acontecer na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Dentre as complicações apresentadas nas gestações anteriores, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e as hemorragias foram as mais frequentes (SOARES, 2009). Concordamos com esses dados, uma vez que encontramos, como principais comorbidades, a hipertensão, as hemorragias e a infecção.

Outro aspecto pesquisado, a característica raça/cor só, foi introduzido nos estudos em 1995; mas é só a partir de 2000 que o Ministério da Saúde passou a registrar esse dado. De acordo com Jorge (2007), desde então, é possível investigar diferenças de risco de morte entre brancos, negros e pardos.

No que diz respeito à prevalência de raça, conforme o conhecimento dos profissionais da equipe de Obstetrícia da Santa Casa e de suas opiniões, três deles citaram a raça negra como prevalente, e os outros sete não souberam responder e preferiram não opinar.

Esse aspecto também não se apresenta bem definido. Segundo Riquinho e Correa (2006), na revisão bibliográfica que realizaram, foram encontrados dados de óbitos em que se obteve raça/cor. Entre estes, registrou-se que 61,5% eram de mulheres brancas; seguidos pelo percentual relativo à raça/cor negra, com 17,9%. Apesar de os óbitos predominarem em mulheres de cor branca, é impreciso traçar a cor que apresenta maior risco, em decorrência da intensa miscigenação racial. Em contrapartida, Sousa (2007) identificou, em sua pesquisa

nas capitais brasileiras, uma incidência maior em mulheres pardas (47%) seguida de brancas (39%).

1.2 CUIDADOS NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Um dos aspectos importantes para a prevenção da mortalidade materna é o cuidado pré-natal, como sugere a Organização Mundial de Saúde (OMS). Discutiremos adiante esse cuidado exatamente como é preconizado tanto pela OMS quanto pelo Ministério da Saúde.

A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto (TREVISAN, 2002).

Segundo Cecatti (2005), promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação. O manual técnico preparado pelo Grupo de Investigações de Estudo de Controle Pré-Natal da OMS considera ideal a realização de quatro consultas no pré-natal e uma no período pós-parto. Na primeira visita, recomendada até a 16ª semana de gestação, deverá ser avaliado o risco obstétrico por aplicação de formulário específico.

A detecção de qualquer risco implicaria atenção especializada, com exame/avaliação e seguimentos adicionais e, se necessário, a referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo. É importante destacar que o risco e a necessidade de referência para centros mais especializados deverão ser constantemente avaliados. Na ausência de risco, o acompanhamento pré-natal deverá seguir as recomendações para a atenção básica na assistência pré-natal (CECATTI, 2005). De acordo com Trevisan (2002), a gravidez é

influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população.

Diante disso, Trevisan (2002) constatou, em seu estudo, que a baixa escolaridade associada à falta de qualidade da assistência pré-natal é relevante, principalmente considerando a baixa escolaridade das mulheres estudadas e a falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção pré-natal. Dentre os motivos alegados por essas pacientes para não terem realizado pré-natal, destaca-se a falta de informação acerca da importância desse procedimento na prevenção da morbi-mortalidade tanto materna quanto perinatal.

Para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a OMS recomenda: investigar o risco obstétrico; realizar exame clínico e obstétrico, com especial atenção à presença de anemia e avaliação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíacos; aferir os níveis pressóricos; reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais e os locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas de pré-natal. Além desses procedimentos, acrescenta, na primeira consulta, o exame ginecológico completo, o cálculo da relação peso/altura, a solicitação de exames laboratoriais básicos, como dosagem de hemoglobina (Hb), sorológico para sífilis/DST, urinalise e tipagem sanguínea (ABO e Rh) e também a primeira dose da vacina antitetânica (CECATTI, 2005).

O protocolo inclui também avaliação de peso materno nas gestantes de baixo peso e de proteinúria nas nulíparas ou portadoras de pré-eclâmpsia prévia em todas as visitas subsequentes à primeira consulta de pré-natal. Orientações e planejamento do parto e recomendações sobre lactação e anticoncepção deverão ser iniciadas na terceira e reforçadas na última visita. Além disso, também na última consulta se faz o diagnóstico de apresentação pélvica, encaminhamento para versão cefálica externa e são dadas orientações quanto à importância de a gestante apresentar a ficha de pré-natal completa no momento do parto.

O aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução dos problemas mais prevalentes nos níveis primários da saúde, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população. Nesse contexto, Trevisan (2002) ressalta a importância da captação precoce das grávidas e da busca ativa das pacientes faltosas, trabalho desenvolvido pelas agentes comunitárias de saúde no âmbito da atenção primária.

Além disso, a qualidade da assistência à mulher, durante o trabalho de parto, também tem sido reconhecida na prevenção de complicações obstétricas que podem levar a um aumento da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal (OLIVEIRA et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção ao parto e ao nascimento é marcada pela intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais.

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios para avaliação da qualidade da assistência, a saber: número de consultas (6 no mínimo); início do acompanhamento pré-natal o mais precoce possível (obrigatoriamente até a 14ª semana de gestação); distribuição das consultas durante o pré-natal (no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério); solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma, tipagem sanguínea e determinação do fator Rh; Coombs indireto (se necessário repetir na 24ª, 28ª, 32ª e 36ª semana); urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum (na 1ª consulta, na 30ª semana e devendo ser repetido no parto); sorologia para sífilis (no 1º, 2º e 3º trimestre); realização do exame obstétrico durante o pré-natal (medida do peso, verificação pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal e toque vaginal, quando necessário); realização de atividades educativas (participação de, pelo menos, um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata); orientação quanto à amamentação e parto; vacinação antitetânica (VAT); coleta de citopatológico de colo uterino. No que se refere aos exames laboratoriais, salientamos que alguns autores recomendam a solicitação de outros exames: sorologia para toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para rubéola

IgM e IgG, sorologia para hepatite B, sorologia para hepatite C, sorologia para citomegalovírus, exame parasitológico de fezes (GONÇALVES et al., 2008).

1.3 COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS E PUERPERAIS

O acompanhamento pré-natal bem realizado objetiva prevenir as comorbidades que discutiremos adiante, se forem diagnosticadas com antecedência e, dessa forma, podem ser referenciadas a cuidados específicos impedindo as complicações que podem evoluir para morte.

Podemos classificar a morte materna em dois grupos: o dos óbitos por causas diretas e o das causas indiretas, de acordo com Cecatti et al. (1998). As mortes obstétricas diretas são aquelas que resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido às intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações. Já as mortes indiretas ocorrem em consequência de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolvem durante a gravidez e que não foram decorrentes das causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

As causas obstétricas diretas são responsáveis pela maior parte dos óbitos em países em desenvolvimento, apesar da redução ocorrida nas últimas décadas, devido ao aperfeiçoamento da assistência pré-natal, às transfusões sanguíneas, à antissepsia, à utilização dos antibióticos, à anestesia especializada e à melhor condução do parto e puerpério. Entre as causas obstétricas diretas mais incidentes, Cecatti et al. (1998) consideram as hemorragias, as infecções, as complicações das doenças hipertensivas e o aborto, além de problemas tromboembólicos e acidentes anestésicos, comorbidades frequentes em todos os estudos pesquisados.

Sousa et al. (2006), ao pesquisar sobre as principais causas desencadeantes do óbito materno, identificaram que, em termos gerais, as causas diretas de morte materna correspondem a

aproximadamente 80% do total de eventos e, portanto, são consideradas como passíveis de serem evitadas.

Corroborando esse pensamento, Laurenti et al. (2004), em sua pesquisa, apontaram que 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas, tendo como diagnósticos específicos, em predominância, os transtornos hipertensivos, com quase 25%, praticamente a mesma proporção correspondente às causas obstétricas indiretas. Somente a doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) totalizou 37% de todas as mortes obstétricas diretas. As complicações hemorrágicas, particularmente devido à placenta prévia e ao descolamento prematuro da placenta, e outras hemorragias foram responsáveis por 9,0% do total e 13,3% das mortes obstétricas diretas. Esses dados indicam que a melhoria da assistência é fundamental nas instituições brasileiras e, nessa qualificação, deve-se focar tanto as causas de morte diretamente relacionadas com a gestação quanto as condições clínicas prévias à gestação.

Tradicionalmente, as principais causas de mortes maternas estão relacionadas com a hipertensão arterial, hemorragia e infecção. Da mesma forma, em muitos países onde a razão de mortalidade materna é alta, também são altos os índices de sub-registros das causas das mortes. De acordo com Gomes (2006), o primeiro passo para se desenvolver políticas adequadas para a redução da mortalidade materna é o conhecimento de suas causas e sua magnitude. Devido à subnotificação das mortes maternas, as discussões sobre o real valor das razões de mortalidade materna não devem ter um fim em si mesmas; é preciso haver discussões que enfoquem as causas das mortes.

Em relação a essas causas de morte, os distúrbios hipertensivos são as complicações de maior relevância durante o período gravídico-puerperal. O termo "hipertensão na gravidez" é usualmente utilizado para descrever desde pacientes com discreta elevação dos níveis pressóricos, até hipertensão grave com disfunção de vários órgãos. As manifestações clínicas, embora possam ser similares, podem ser decorrentes de causas diferentes. Segundo Bezerra et al. (2005), na gravidez, as formas mais comuns de hipertensão são a pré-eclâmpsia, a hipertensão arterial crônica e a hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superposta.

A hipertensão é a condição clínica mais relevante determinando morbidade materna em diversos estudos e regiões do mundo. Com a redução progressiva da importância das

hemorragias severas que acompanham o desenvolvimento, há um aumento proporcional da hipertensão, das doenças clínicas prévias e das doenças tromboembólicas.

Entre os tipos de hipertensão arterial, podemos classificar como crônica aquela presente antes da gravidez, diagnosticadas antes da vigésima semana de gestação ou, ainda, a que é diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e que não desaparece no período puerperal. De acordo com Tedesco et al. (2004), considera-se hipertensa a gestante que apresentar nível pressórico maior ou igual a 140/90 mmHg.

E a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) que se caracteriza por hipertensão (nível pressórico maior ou igual a 140/90 mmHg) acompanhada de proteinúria e/ou edema, chamados de tríade da DHEG, que pode ser classificada em duas formas básicas: pré-eclâmpsia, marcada pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação e sem quadro convulsivo, e a eclâmpsia, que é distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (ANGONESI, 2007).

Amaral (2007), em um estudo da população realizado na Austrália com 250.173 mulheres, constatou que 9,4% tinham desordens hipertensivas da gravidez: 0,6% com hipertensão crônica, 4,2% com pré-eclâmpsia, 0,3% com hipertensão crônica superajuntada a pré-eclâmpsia e 4,3% com hipertensão gestacional. Essas mulheres expostas à hipertensão estão mais predispostas ao risco de morbidade ou morte do que aquelas sem hipertensão.

Muitas são as complicações associadas à hipertensão arterial na gestação, tanto para a mãe quanto para o feto. No caso da mãe, nosso objeto de estudo, ela pode evoluir com encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, severo comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e associação com pré-eclâmpsia (TEDESCO et al., 2004).

Os tratamentos da hipertensão arterial devem ser realizados de preferência com diagnóstico precoce durante o acompanhamento do pré-natal. O tratamento, por exemplo, da pré-eclâmpsia não possui definição clara e nem uma intervenção bem definida para prevenir sua evolução para eclâmpsia. De acordo com Calderon et al. (2006), o melhor seria a indução do parto, mas isso pode não ser possível em gestações precoces. Nesses casos, o repouso e o monitoramento constante seriam opções aceitáveis.

Calderon et al. (2006) citaram uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane que demonstra a suplementação de cálcio como prevenção para a hipertensão arterial e a pré-eclâmpsia, tendo melhores resultados nas populações de risco ou com deficiência nutricional desse mineral.

Depois da hipertensão arterial, o segundo grupo de causas de morte materna no Brasil é constituído pelas hemorragias (20,42% das mortes), seja do início da gravidez, por causas como: descolamento prematuro da placenta, placenta prévia ou hemorragias pós-parto, seja durante o parto e pós-parto, por atonia uterina, por exemplo. De acordo com Siqueira (1984), pode-se atribuir às falhas do pré-natal em identificar casos de inserção baixa de placenta a parte dessa situação, ou também ao mau funcionamento (ou mesmo a inexistência) dos serviços de hemoterapia das maternidades como fator preponderante.

A hemorragia pós-parto é uma perda sanguínea superior a 500-1000ml nas primeiras 24 horas após o parto e pode estar associada à atonia uterina, retenção placentária, inversão e ruptura uterina, tocotraumatismos e coagulopatias (MACHADO, 2007).

Durante a gestação e o parto, a mulher é protegida pelo estado de hipercoagulabilidade que ocorre para evitar as hemorragias, no entanto, embora seja causa relevante de óbito materno nos países desenvolvidos, inclusive nos Estados Unidos, onde a doença embólica é a principal responsável por esses óbitos (JAMES, 2005) .

Já a terceira causa mais importante de óbito materno é a infecção puerperal. Não são incluídas as infecções consequentes a abortos, juntamente com outras complicações de abortos e da prenhez ectópica e molar, além das infecções do trato geniturinário na gravidez, juntamente com outras causas, bem como as infecções específicas ou não especificadas (SIQUEIRA, 1984).

A infecção pós-parto se localiza nos órgãos genitais e ocorre após o parto, entre o segundo e o décimo dia, geralmente de causa polimicrobiana. Sua gravidade e prognóstico estão relacionados com a extensão da infecção para as cavidades: pélvica e abdominal. Uma das características dessa infecção é o quadro de febre igual ou superior a 38° (MACHADO, 2007).

Diante das principais causas de morte materna, podemos perceber que a chance de uma mulher, durante o ciclo grávido-puerperal, ser admitida em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é bem maior do que a de uma mulher não grávida. Segundo Amorim et al. (2008), estima-se que 0,1% a 0,9% das gestantes que necessitam desse tipo de internação desenvolvem complicações, no entanto seu prognóstico em geral é bom, requerendo, em muitos casos, apenas intervenções de pequeno porte, com baixas taxas de mortalidade, inferior a 3%.

As principais complicações causadas pela hipertensão arterial gestacional, pelas hemorragias e infecções seriam: a pré-eclâmpsia com convulsões podendo a paciente evoluir para eclâmpsia, entrando em coma; o choque hipovolêmico no caso da hemorragia; e, no caso das infecções, a sepse. Porém, essas complicações, na maioria das vezes, são controladas se a paciente for encaminhada para um serviço especializado o que justifica um baixo índice de morte materna, por exemplo, no caso da Santa Casa.

Segundo Cecatti et al. (1998), a avaliação dessas causas que determinaram mortes maternas e o conhecimento da história dessas mortes podem contribuir para que as autoridades sanitárias, a sociedade e, em especial, as mulheres, exijam prioridade no atendimento integral à sua saúde, reconhecendo definitivamente essa prática como a mais efetiva para a promoção da saúde reprodutiva e o seu direito à cidadania.

CAPÍTULO II

2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado da saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir, na agenda política nacional, essa questão que, até então, era relegada a segundo plano, por ser considerada restrita ao espaço e às relações privadas. Naquele momento, tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas com a anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis ainda pelo trabalho doméstico e pela criação dos filhos (BRASIL, 2004).

Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeito de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e do parto, demandando ações que lhes proporcionem a melhoria da condição em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as

condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas (BRASIL, 2004).

A formalização das políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil ocorreu a partir da década de 70, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento pré-natal, o controle dos partos domiciliares, do puerpério e também das ações de promoção de saúde da criança. Esse programa foi caracterizado por um alcance limitado, negligenciando medidas como a continuidade da assistência até o parto e a garantia de assistência hospitalar qualificada (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002). Até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe (COSTA, 2008).

O final dos anos 70 se notabilizou pela articulação dos movimentos sociais (de moradia, da saúde, dos médicos, das mulheres) na luta pela redemocratização do País e, conseqüentemente, pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira. Dentre esses movimentos, destacou-se o da reforma sanitária, tendo como principal bandeira o direito à saúde como um direito de cidadania de toda a população. Esses movimentos foram fundamentais para se compreender as principais conquistas do início da década de 1980, referentes às políticas de saúde materno-infantil (NETO et al., 2008).

Em 1983, uma das maiores conquistas do movimento feminista foi a formulação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma ruptura conceitual com os princípios existentes que norteavam a política de saúde das mulheres, estabelecendo critérios para a eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 1984). Esse programa representou um marco na história das políticas públicas dirigidas às mulheres, pois se destinou também à promoção da saúde das mulheres, ampliando a visão de integralidade (AQUINO, 1999). Essa política visava a promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres; ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência, recuperação da saúde; e também contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil (BRASIL, 2004).

A criação do PAISM (1983) foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher. Representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde (MEDEIROS, 2009; COSTA, 2008).

O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, da atuação, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasava a formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e da década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004).

O PAISM deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde. O conceito de integral é ligado a uma ideia de assistência em saúde, e não de atenção; porém, é a questão da integralidade que coloca em articulação diferentes níveis de gestão (federal, estadual e municipal), que hoje vemos mais definida no SUS (MEDEIROS, 2009; COSTA, 2008).

A evolução dos conceitos sobre saúde da mulher ao longo das últimas décadas merece aqui um breve comentário. Saúde materna, saúde reprodutiva e saúde da mulher são expressões que apontam para discussões conceituais. Da primeira à terceira, pode-se perceber um avanço no que diz respeito à condição feminina. Falar da saúde da mulher significa atentar para todo o contexto psicossocial em que esta se insere. Isso inclui aspectos relativos à enfermidade, doença, bem-estar, assim como as atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura (MORI et al., 2006).

Após a implantação do PAISM, ocorreu a disseminação do programa de atenção ao pré-natal, visando à estruturação hígida do prematuro e à manutenção e/ou melhora das condições de saúde psíquica e física da gestante, considerando que a assistência pré-natal seja de suma importância para prevenir, diagnosticar e tratar precocemente alterações que evoluam para complicações mais graves (NEME; MARETTI, 2000).

Um dos aspectos destacados pelas feministas como um salto de qualidade foi a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, a partir do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, atendendo-se, assim, às questões referentes aos direitos reprodutivos. Sob essa perspectiva, o PAISM buscava romper com o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil anteriores, que visavam a intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres (COSTA, 2008).

A prevenção da ocorrência de partos prematuros representa um dos maiores desafios da saúde reprodutiva, sendo essencial garantir a adesão das gestantes aos programas de assistência pré-natal (FREITAS, 2001), a diminuição da prematuridade, da mortalidade perinatal e a prevenção de sequelas nos recém-nascidos que dependem da identificação precoce dos riscos da gravidez (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

O número de casos das mulheres que chegaram a óbito por complicações da gravidez, parto e puerpério é representado pela elevada morbidade materna e perinatal e pelas condições de vida, saúde e acesso a serviços de qualidade dessas mulheres, especialmente na fase reprodutiva. Trata-se, então, de um indicador da eficácia de programas, da assistência obstétrica e da saúde da mulher, evidenciando, de forma contundente, as diferenças entre as regiões (SOARES; MARTINS, 2006).

O PAISM de 1984 deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), visando a assegurar a sua integralidade, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias, por meio de cinco ações básicas: a) o incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para o desmame; b) assistência e controle das infecções respiratórias

agudas; c) imunização para controle das doenças preveníveis; d) controle das doenças diarreicas; e) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo como meio de visualização o Cartão da Criança (VIEIRA et al., 2005).

Apesar do significativo avanço na atenção materno-infantil, foi em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora, com atendimento antes e após o parto, proporcionando condições adequadas ao aleitamento materno e, também, a implantação de alojamentos conjuntos nas instituições de saúde, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (BRASIL, 2001).

Sequencialmente, em 1991, com a elaboração e divulgação do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), foram apresentadas as seguintes propostas: a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; a melhoria da qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os recém-nascidos de risco; o incentivo ao aleitamento materno; as orientações voltadas para o planejamento familiar; e a supervisão e avaliação do atendimento, por meio de um sistema de informação perinatal (BRASIL, 1991).

A partir da década de 1990, as políticas públicas passaram a se configurar de outra maneira. Agora se trata de qualificar o que foi conquistado, uma vez que a visibilidade da necessidade de atenção específica a esses sujeitos já fora, de alguma forma, colocada em pauta na década precedente. Nesse contexto, começa-se a pensar no recém-nascido como sujeito do cuidado e as políticas passam a se configurar em torno do eixo político da humanização em saúde, como foi o caso do alojamento conjunto da Portaria nº 1016, de 1993, e da iniciativa Hospitais Amigos da Criança de 1994 (BRASIL, 1994).

No ano 2000, o Ministério da Saúde do Brasil adotou uma Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Mãe-Canguru), por meio da Portaria nº. 693, de 5 de julho de 2000 (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004). O Método Mãe-Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e

suficiente, permitindo, dessa forma, uma inserção das mães no cuidado do filho prematuro. Os benefícios do método incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, melhoria na incidência e duração da amamentação, além de contribuir para o senso de competência dos pais. Essa prática inicia-se dentro do hospital e continua em casa, mediante o acompanhamento da equipe de saúde (COSTA; MONTICELLI, 2006).

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há tempo nos serviços públicos de saúde no País, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. No entanto, um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres que, associado às discussões técnicas promovidas pelos profissionais de saúde, culminou nas bases programáticas do PAISM, instituído pelo Ministério da Saúde, em 1983 (GONÇALVES et al., 2008).

No que se refere à assistência pré-natal, o PAISM estabelece um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito, entendendo-se como risco toda característica ou circunstância associada ao aumento de probabilidade de ocorrência de um fato indesejado necessariamente em sua causalidade. Considera-se de alto risco ou de risco agravado a prenhez em que a gestante ou o seu conceito estão sujeitos a sucumbir ou ser lesados durante o ciclo grávido-puerperal (GONÇALVES et al. , 2008).

A avaliação dos problemas referentes à saúde da mulher e as demandas pela plena efetivação do SUS e do PAISM retornam à pauta do movimento feminista por ocasião da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres realizada em 2004 — Ano da Mulher. Na esfera setorial, a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2003 e teve como tema: “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos o SUS que queremos” (COSTA, 2008).

2.2 PACTO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

De acordo com o estudo realizado pela World Health Organization (WHO), em conjunto com o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), em 1990, estimou-se que aproximadamente 585.000 mulheres, em todo o mundo, morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sendo 99% dessas em países do chamado "Terceiro Mundo", o que sugere a morte materna como um indicador sensível das desigualdades sociais mundialmente existentes.

Destaca-se que não há outro indicador de saúde pública que mostre maior disparidade entre os países, em função de sua riqueza e desenvolvimento, que a mortalidade materna (SOUSA et al., 2006).

A campanha para Redução da Mortalidade Materna iniciou-se em 1987, num Encontro Internacional sobre a Mulher e a Saúde, reunindo mulheres de mais de 80 países, entre elas, muitas brasileiras. Desde então, a data ficou consagrada como Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher.

Na mesma data, a Organização Mundial de Saúde, objetivando evidenciar a mortalidade materna e reduzi-la em até 50% até o ano 2000, promoveu a Conferência Iniciativa para a Maternidade Segura.

No Brasil, ao longo da década de 1990, como resultado das lutas dos movimentos feministas e de profissionais de saúde comprometidos com os direitos humanos, o problema da mortalidade materna passou a fazer parte da agenda política brasileira. Em 1993, o governo brasileiro tornou-se signatário das resoluções da 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, acordando reduzir a mortalidade materna em 50% até o final do ano 2000 (SOARES; MARTINS, 2006).

Um dos aspectos destacados pelas feministas como um salto de qualidade foi a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, a partir do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, atendendo-se, assim, às questões referentes aos direitos

reprodutivos. Sob essa perspectiva, o PAISM buscaria romper com o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil anteriores, que visavam a intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres (COSTA, 2008).

O Brasil é um dos 189 países que, em 2000, assinaram um compromisso de cumprir, até 2015, os chamados *Oito Objetivos do Milênio*. Dentre esses, consta a redução da mortalidade materna para pelo menos um terço dos valores de 1990. Um dos problemas para o adequado monitoramento desse objetivo é a baixa confiabilidade nas estatísticas de saúde nacionais (LEAL, 2008).

Os desafios seguem enormes para se alcançar os objetivos do milênio com os quais o Brasil se comprometeu em relação à mortalidade materna. Persiste a necessidade de: a) alcançar a completude da cobertura de atenção ao pré-natal e ao parto; b) melhorar a qualidade da atenção prestada durante a gestação e o momento do nascimento; c) diminuir as complicações decorrentes da gravidez indesejada, por meio de uma política adequada de reprodução; d) conceder poder institucional e político aos Comitês de Morte Materna de forma que possam cumprir melhor suas funções; e) por último, apoiar a realização de um novo estudo, de âmbito nacional, para avaliar a atualidade do indicador de correção oriundo do estudo de 2002 (LEAL, 2008).

O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido, em conferências internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da morte materna e neonatal, como prioridade.

Dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da morte materna e neonatal no Brasil: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (D.O.). A subinformação resulta do procedimento incorreto das D.O. e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada com a gestação, o parto e o puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro de óbito no cartório, frequente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No Brasil, adotou-se, como estratégia de melhoria da qualidade do registro, o fortalecimento dos setores de informação e a vigilância epidemiológica dos Estados e Municípios, assim como a implantação dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna ou “Comitês de Óbitos Maternos”, iniciados em 1988, em São Paulo, visando a melhorar a qualidade da notificação dos óbitos, conhecer suas causas e monitorar sua ocorrência.

No ano 2001, já existiam, no Brasil, trezentos comitês regionais, municipais e hospitalares de óbitos maternos, presentes em todas as regiões, constituídos de profissionais da área da saúde e da sociedade civil organizada, com características interdisciplinares e que visam a identificar todos os óbitos maternos apontando medidas de intervenção para a redução da mortalidade materna na região de abrangência. Expressam o ideário de participação e controle social previsto no Sistema Único de Saúde (LEAL, 2008; SOARES; MARTINS, 2006).

O Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem por objetivo articular os atos sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil.

Em 2005, morreram 1.620 mulheres por complicações na gravidez, parto e pós-parto. A meta do pacto é a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde em médio e longo prazo.

Os princípios do pacto, entre outros, são: o respeito aos direitos humanos e de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais.

A principal fonte de informações em saúde, no Brasil, é o Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Pela rede mundial de computadores (Internet), dados dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM), sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Informações Hospitalares (SIH/SUS), entre outros, estão disponíveis às pessoas interessadas que podem obter tabelas específicas de uma maneira

relativamente fácil. As informações do SIM estão disponíveis desde o ano de 1979, as de nascidos vivos desde 1991 e as informações hospitalares mensais, a partir de 1994. Tais dados são de domínio público, porém poucos pesquisadores os utilizam de forma contínua e sistemática (SOUSA et al., 2006).

De acordo com esses dados disponíveis, podemos ponderar toda a evolução da mortalidade materna no Brasil, dando início, na década de 80, quando a razão de mortalidade materna, considerando-se os óbitos declarados, manteve discreta tendência ao declínio, sendo de 53 para 44,1/100.000 nascidos vivos. De 1987 até 1996, manteve-se estável. De 1996 a 1998, houve uma aumento da RMM de 44,1 para 58,5/100.000 nascidos vivos, em especial pelo aumento da mortalidade materna por causas obstétricas indiretas.

Apartir de 1999 a 2001, essa RMM apresentou uma queda de 52,9 para 44,9, que pode estar associada a uma melhoria na qualidade de atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para esse enfrentamento.

Em 2002, a RMM obtida, a partir de óbitos declarados, foi da ordem de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Utilizando o fator de correção de 1,4, a RMM passa a ser de 74,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos, quando, em países desenvolvidos, atingem valores corrigidos de 6 a 20 óbitos por 100.000 NV.

CAPÍTULO III

3.1 VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA SOBRE A MORTE MATERNA

O Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória é conhecido como referência para alto risco gestacional, tanto para acompanhamento do pré-natal como do momento especificamente do parto e do puerpério. O presente estudo observa a visão dos profissionais de saúde que fazem parte dessa equipe de obstetrícia, sendo alguns mais antigos e outros recém-chegados.

Ao longo do texto, discutiremos os assuntos que norteiam a questão do cuidado com a mulher, mais especificamente, a mãe, sejam eles relacionados com aspectos socioeconômicos e culturais, sejam com a assistência prestada tanto pelo serviço e profissionais quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.1 Aspectos Socioeconômicos

Dentre os aspectos estudados, iniciaremos com os fatores socioeconômicos. A dificuldade financeira pode ser observada cotidianamente no serviço de Obstetrícia da Santa Casa, pois muitas mulheres faltam ou mesmo não conseguem cumprir mensalmente as consultas de pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde, por não ter dinheiro suficiente nem mesmo para passagem.

Segundo os entrevistados, os problemas socioeconômicos são fatores importantes que afetam as pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Os recursos financeiros dificultam o acompanhamento do pré-natal na visão de sete dos entrevistados. Conforme se manifestou um deles: “Dificulta muito, as pacientes não têm dinheiro pra passagem, por isso

não fazem o pré-natal, além da questão da distância. Todo pré-natal deveria ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde”(ENTREVISTADO 4).

Existem dois aspectos a serem notados em relação ao problema socioeconômico que envolve duas questões diferentes. Uma é o fato de a paciente não ter o dinheiro e a outra é que o SUS não tem dinheiro para cobrir todos os exames. Alguns entrevistados citam de forma explícita essa dificuldade apresentada pelo SUS, como podemos observar nesta fala: “Recursos financeiros, de certa forma sim, para fazer um exame mais especializado, de alto custo, tipo o doopler que o SUS não cobre” (ENTREVISTADO 3).

Dessa forma, identificamos que a questão socioeconômica advém também de uma falha do próprio serviço de saúde, pois o paciente, muitas vezes, não tem a possibilidade de realizar um exame mais preciso por não ter disponibilidade.

Interessante seria se todas as microrregiões de saúde tivessem atendimento básico de obstetrícia, e o pré-natal fosse acessível a todas as mulheres e mesmo àquelas mais desinformadas. O próprio serviço do programa, com as agentes de saúde, poderia realizar busca ativa dessas gestantes, facilitando o acompanhamento, ou seja, um atendimento próximo à residência da mulher.

Apesar dessa realidade explícita, encontramos também, em nossa pesquisa, três profissionais que discordam que a dificuldade financeira prejudica o atendimento, pois o Sistema Único de Saúde dispõe de todos os procedimentos necessários para o acompanhamento do pré-natal. Eles acreditam que essa não seja a principal causa de falta nas consultas ao pré-natal. Um deles se refere ao conhecimento científico dos profissionais como responsável por essa questão:

“ Não. Hoje o SUS dá tudo, só que falta treinamento dos profissionais” (ENTREVISTADO 10)

Neto et al. (2008) descrevem que o início do processo de medicalização transformou os esforços do Estado para a perpetuação da força de trabalho, capaz de acelerar a engrenagem do capitalismo, tornando-se cada vez mais abrangentes. Desde então, um controle estatal tem sido realizado sobre a institucionalização do parto como medidas do exercício,

constituindo-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população.

Dessa forma, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançou pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para a melhoria das condições de saúde materno-infantil.

Neto et al. (2008) destacam também que, no cenário brasileiro, a preocupação estatal com a saúde materno-infantil surge no ano 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se refere à gravidez e amamentação. Essa preocupação estatal passa por um longo período, desde o Estado Novo até o Regime Militar, tendo como objetivo fundamental produzir braços fortes para a nação com ações voltadas para a população urbana mais desfavorecida economicamente.

Após o vigor do poder pelo militarismo, o modelo de atenção à saúde torna-se médico-assistencial privatista. Foram criados alguns Programas de Atenção à Saúde Materno-Infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco. As políticas discutidas na época eram relacionadas sempre com a saúde reprodutiva e eram direcionadas à intervenção do médico sobre o corpo da mulher.

Em todo o século XX, em especial em sua segunda metade, observou-se uma tendência acentuada em todo o mundo, e também nos países em desenvolvimento, da medicalização e instrumentalização da atenção obstétrica. Paralelamente ao conhecimento sobre a institucionalização do nascimento e suas evidentes consequências sobre a melhoria da morbidade e mortalidade, tanto materna quanto perinatal, houve uma tendência, ainda em ascensão em muitos lugares, de aumento exagerado da utilização de alguns procedimentos, como o parto por cesárea, o uso rotineiro da episiotomia, a monitorização fetal eletrônica e o uso rotineiro de ocitocina. Embora admitindo a utilidade desses procedimentos em muitas situações associadas à gravidez e ao parto, de maneira alguma é válida ou foi comprovada a associação automática da utilização desses recursos de forma alargada para gestações de baixo risco com bons resultados. Ao contrário, existem múltiplas evidências mostrando que sua utilização, em situações e proporções além do necessário, associa-se ao aumento da

morbidade materna, mortalidade materna e morbidade perinatal (CECATTI; CALDERON, 2005).

O fato de que, na maioria dos países em desenvolvimento, os serviços de saúde estejam mal-adaptados às necessidades da mulher pode ser explicado, em parte, porque a mulher ainda não consegue fazer-se ouvir. As condições de desigualdade social entre homens e mulheres acarretam riscos específicos para a saúde das mulheres. O nível educacional, a participação no trabalho formal e o estado civil estão entre as variáveis associadas à saúde reprodutiva das mulheres. A mortalidade materna está ligada à pobreza econômica das mulheres, à falta de acesso à informações e à ausência de serviços de saúde adequados. O fato de que vários fatores contribuem para a mortalidade materna sugere que qualquer estratégia, para ser eficaz, requer um enfoque amplo, baseado em um modelo de atenção primária da saúde. Seu objetivo incorporaria um maior número de serviços de saúde materna e planejamento familiar no nível primário. Para a saúde materna, não basta melhorar somente os serviços de saúde e sim propiciar outras condições sociais e econômicas, como maior nível de escolaridade, saneamento e nutrição (GOMES, 2006).

3.1.2 Pré-natal: acompanhamento, acesso dos serviços e informação

A cobertura do pré-natal consiste num dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS. A assistência prestada envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica (GONÇALVES et al., 2008). A dificuldade de acesso à informação do serviço de pré-natal vem prejudicando a mulher em seus cuidados com a saúde, o que pode influenciar na piora do índice de mortalidade materna em algumas regiões brasileiras.

A avaliação da qualidade do pré-natal permanente permite identificar problemas relacionados com a saúde da população-alvo e monitorar o desempenho do serviço. Os resultados obtidos de tal avaliação poderão subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto a sua modificação, com vistas à melhor qualidade da assistência (GONÇALVES et al., 2008).

O início precoce do acompanhamento pré-natal verificado neste estudo deve-se à busca ativa

da gestante realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), o que confirma o apontado em outros estudos. É importante salientar que o modelo adotado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) preconiza a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde, tornando possível detectar precocemente as gestantes residentes na comunidade e incentivá-las ao comparecimento no programa (GONÇALVES et al., 2008).

Mesmo com toda a assistência preconizada pelo programa, ainda existem mulheres que ficam de fora da cobertura da atenção básica, aquelas com baixo nível socioeconômico e que residem longe do serviço de saúde. A captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e dos recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias (NASCIMENTO et al., 2007).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural. A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no Estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstra que o acesso à assistência pré-natal é um problema para a população rural, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2004).

A assistência de pré-natal realizada na Santa Casa atende às necessidades sugeridas pelo Ministério da Saúde, quanto à solicitação de exames laboratoriais, ultrassom e até exames mais complexos, facilitando um diagnóstico clínico para um acompanhamento preventivo, em caso, por exemplo, de hipertensão arterial da gestação, diabetes gestacional, ou mesmo a infecção urinária, possibilitando o tratamento. Muitas mulheres realizam o acompanhamento pré-natal no serviço, mesmo que não tenha o parto nele.

Dessa feita, o pré-natal destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido, quando se busca reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional competente (GONÇALVES et al., 2008).

Em relação à assistência à mulher, deve ser ofertado planejamento familiar a todas as

mulheres em idade reprodutiva, para redução de gravidez indesejada e de possível aborto. Além disso, medidas como a assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério devem ser oferecidas a todas as gestantes. Também esforços podem ser feitos no sentido de detectar precocemente eventos que podem colocar em risco a vida da mulher. Esse conjunto de recomendações já faz parte dos diversos programas de saúde coordenados nacionalmente, contando, inclusive, com guias técnicos de condutas, desenvolvidos exatamente com esse propósito. Mesmo assim, as dificuldades para a real implementação dessas medidas provavelmente estão associadas a restrições quantitativas e qualitativas dos serviços em lograrem êxito na prevenção e controle da morbidade materna. Uma análise dos principais indicadores da saúde materna mostra que, apesar do incremento no número de consultas no pré-natal e do melhor desempenho dos outros indicadores, não houve impacto positivo na razão de morte materna. Para a mudança desse quadro, é necessária articulação entre os diferentes níveis da atenção, com indispensável hierarquização, além da implementação de medidas já largamente recomendadas por todos os programas de saúde materna (SOUSA et al., 2006).

De fato, se o sistema hospitalar permitisse um diagnóstico precoce e uma intervenção adequada, na própria instituição ou em outra para onde a mulher pudesse ser referenciada, estaria então caracterizado um verdadeiro sistema de vigilância, por meio do qual tornaria possível intervir na cadeia de acontecimentos de morbidade que pode acabar resultando na morte materna. Esse parece ser de fato um desafio que teria um impacto significativo sobre a qualidade da saúde das mulheres durante o processo reprodutivo e que poderia desempenhar uma nova linha de ação e investimento, sobretudo dos países em desenvolvimento, para o combate das situações associadas à ocorrência das mortes maternas (SOUSA et al., 2006).

O ideal, em relação à assistência de qualidade para saúde das mulheres, principalmente no momento da gestação, deveria ser iniciar com a atenção básica, como já foi dito, nas microrregiões dos municípios, inclusive os mais desfavorecidos socioeconomicamente. Dessa forma, facilitaria o acompanhamento sem muito gasto financeiro, além de se diagnosticar precocemente as comorbidades que podem ser referenciadas aos serviços de nível secundário e terciário. Infelizmente, essa não é a realidade em nosso País, nem mesmo em nosso Estado, visto que o serviço de obstetrícia recebe frequentemente gestantes em situações de alto risco e sem acompanhamento pré-natal.

Existem regiões, como as citadas neste estudo realizado em Salvador, que, apesar de o PHPN já ter sido implantado no ano 2001, ao final de 2002, apenas 37,2% das unidades de saúde haviam implantado o programa, percentual aquém do esperado, uma vez que o serviço deveria estar disponível em todas as unidades da Rede Básica de Saúde. Esse resultado aponta para dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde, dado que, em sua composição, contam com um maior número de unidades de baixa complexidade, com baixa oferta de serviços, levando, entre outras, a dificuldade na realização de exames laboratoriais, exames de complementação diagnóstica e especializados. Além disso, esses distritos caracterizam-se por estarem entre os mais populosos do município e por abrigar parcela significativa da população de baixa renda (NASCIMENTO et al., 2007). Esse é um acontecimento comum nos Estados brasileiros. Na teoria, a política é perfeita, mas, na prática, ainda não podemos desfrutá-la. Grande parte da população do interior, de pequenas regiões, não possuem atenção básica e sofrem com o despreparo das poucas e sobrecarregadas instituições de atendimento de saúde.

Portanto, o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (GONÇALVES et al., 2008).

A assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução das taxas de morbi-mortalidade materno-infantil, prematuridade ao nascer e retardo do crescimento intrauterino, visto que essas causas são evitáveis, dependendo da qualidade assistencial prestada nesse período (GONÇALVES et al., 2008).

Por unanimidade dos profissionais entrevistados, o acompanhamento do pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde, pode evitar a morte materna porque nele podemos diagnosticar precocemente comorbidades de alto risco e encaminhá-las para um serviço de referência, conforme ilustração do seguinte depoimento:

Com certeza, pré-natal com exames bem feitos, tratamentos das infecções urinárias, internação precoce em caso de DHEG. O interessante é buscar o cuidado das pacientes, investigando as comorbidades nas Unidades Básicas de Saúde e referenciando para um serviço de alto risco (ENTREVISTADO 1).

É interessante salientar que o Serviço de Obstetrícia da Santa Casa demonstra qualidade pelo baixo índice de mortalidade materna durante muitos anos. Trata-se de um serviço de referência de alto risco gestacional. Muitas pacientes são referenciadas de várias regiões do Espírito Santo, sul da Bahia, entre outras. Muitas vezes já chegam em estado grave e conseguem evoluir bem. Esse fator aponta a existência de um serviço de segurança, de profissionais bem conceituados e bem preparados tecnicamente, em que a questão de cuidados com infecções hospitalares também deve ser pontuada, no entanto, podemos observar também que existem precariedades no serviço.

Os próprios profissionais criticam, como já vimos: “Alguns pré-natais são malfeitos” (ENTREVISTADO 9).

A presença de um profissional habilitado na assistência ao parto é essencial, no entanto, no caso brasileiro, não tem sido o suficiente, sobretudo devido à falta de adesão a protocolos baseados em evidências para o manejo de gravidezes de alto risco (SOARES, 2009).

Com relação às tecnologias obstétricas apropriadas para o manejo de complicações maternas durante o trabalho de parto, sobretudo para aquelas mais frequentes em locais de poucos recursos para o setor saúde, existem muitas evidências sobre a efetividade de um conjunto de procedimentos, condutas e terapêuticas para seu controle. O manejo do parto obstruído, ainda responsável por importante parcela da mortalidade materna no mundo em desenvolvimento, provavelmente constitui bom exemplo dessa situação (CECATTI; CALDERON, 2005).

Outro fato importante a ser discutido é a questão da relação do acompanhamento do pré-natal e a incidência de mortalidade materna. Oito dos profissionais entrevistados não sabem dizer se os casos de óbitos da Santa Casa seriam de pacientes que realizaram pré-natal, já

que muitos vêm referenciados de serviços do interior: “ Não tem como saber, pois as pacientes vêm de serviços do interior ” (ENTREVISTADO 1); “ Não sei responder, pois é um serviço terciário que recebe pacientes de outros serviços” (ENTREVISTADO 6).

Os outros dois profissionais já consideram que essas pacientes não realizaram o pré-natal: “Geralmente, não. Apresentam-se com o pré-natal sem fazer”(ENTREVISTADO 2); “ Não, a maioria já vem muito complicada” (ENTREVISTADO 9).

Podemos observar, em nossas entrevistas, o desconhecimento dos profissionais de saúde que atuam na alta complexidade quanto às funções da Atenção Básica. De acordo com a opinião de sete entrevistados, a falta de informação dificulta a prevenção de complicações que, por consequência, repercutem na morte materna. Pacientes que fazem pré-natal na atenção básica recebem orientação.

Com relação a fazer ou não pré-natal, é importante ressaltar que o Serviço de Obstetrícia da Santa Casa admite pacientes de diversas regiões do Espírito Santo e dos Estados vizinhos. A maioria delas vem do interior, onde existem dificuldades ao acesso dos serviços, principalmente das pessoas que estão na zona rural. Nesse caso, realmente pode existir falta de informação pelo fato de o serviço não ser procurado, ou não existir em localidade perto e de fácil acesso: “Pode ser má informação, falta de orientação, quando procura já é tarde” (ENTREVISTADO 1); “Sim, com certeza, a falta de informação na Unidade Básica de Saúde pode ajudar a gerar isso” (ENTREVISTADO 8).

Mas também encontramos na entrevista três profissionais que não concordam com essa falta de informação: “Não, pois todas elas têm informação” (ENTREVISTADO 5); “Não, hoje em dia, todo mundo tem informação. A própria grávida deixa para ir mais tarde. Pode ser ignorância da paciente” (ENTREVISTADO 2).

O termo “ignorância” [sic] chamou a nossa atenção, pois significa falta de conhecimento, de sabedoria e instrução sobre determinado tema, ou mesmo crença em falsidades. Em prol da sua falta de conhecimento, busca estabelecer ideias falsas sobre si mesmo e o mundo que cerca o paciente, de forma errônea. Portanto, o termo apresenta uma contradição. Pode ocorrer que a falta de informação seja um problema para a falta de acesso aos serviços.

Observamos que, na visão desses profissionais, não basta ter a informação. Deparamo-nos com uma questão de escolaridade. Quando uma paciente recebe determinada informação e não a compreende, torna-se um fator importante para que essa atenção básica seja realizada de forma satisfatória: “As pacientes não conseguem entender a importância de realizar o pré-natal, e além disso, existem muitos pré-natais malfeitos” (ENTREVISTADO 9).

Pela observação rotineira aqui, no nosso serviço, encontramos pouco conhecimento das pacientes sobre seus cuidados. Observamos uma carência de informações por atuação de forma isolada dos profissionais e também por falta de tempo. Um trabalho interdisciplinar poderia facilitar o acesso à informação e melhorar a atenção básica da paciente. Cada profissional, com sua habilidade específica, pode favorecer a população em geral, além de beneficiar seu próprio trabalho.

Por exemplo, o profissional fisioterapeuta, que é pouco conhecido em sua atuação durante a gestação, pode colaborar com o bem-estar físico e emocional da gestante, proporcionando alívio das dores musculares ocasionadas pelas alterações fisiológicas, hormonais e biomecânicas, comuns à gestação, sem contar com as outras queixas que também podem ser amenizadas, como edemas em membros e a falta de ar.

A atuação do fisioterapeuta proporciona conforto e segurança, diminuindo o ciclo medo-tensão-dor que ocorre frequentemente no parto. Da mesma forma, muitos outros profissionais de saúde com competência técnico-científica podem contribuir para um bom preparo pré-natal proporcionando qualidade de vida gestacional.

É opinião unânime dos entrevistados que a melhoria do acesso à informação e o acompanhamento pré-natal são critérios básicos que contribuem para diminuir a mortalidade materna de modo geral: “Melhoria do acesso à informação e seguir corretamente o pré-natal” (ENTREVISTADO 1).

O acesso aos serviços de saúde é determinado por fatores físicos, que incluem a proximidade dos serviços de saúde de onde a mulher vive e viabilidade de transporte. Fatores econômicos, dificuldade para conseguir medicamentos, necessidade de cuidar de crianças, da casa, cuidar da alimentação também são definidos como barreiras relacionadas com o acesso das mulheres ao serviço de saúde. Por outro lado, a existência de facilidade de acesso físico não garante o comparecimento da mulher ao serviço de saúde. Há

inconvenientes associados ao horário das consultas, dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde, relutância em aderir a algum programa de saúde, como pré-natal, planejamento familiar, cursos de gestantes. Existem fatores socioculturais que dificultam o acesso de mulheres ao serviço de saúde, por exemplo, o cuidado do outro em detrimento do cuidado de si e/ou a dependência financeira de outros familiares (GOMES, 2006).

O acesso da população rural aos serviços de saúde ainda é um grande desafio do SUS. A dificuldade de acesso às ações de saúde imposta às mulheres rurais está relacionada, entre outros fatores, com as desigualdades das relações de gênero e de trabalho, com as grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, a maior precariedade de serviços locais e a precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo (BRASIL, 2004).

A ampliação do acesso no SUS, a atenção integral à saúde da mulher, incluindo o planejamento familiar e o pré-natal qualificados, como prevê o pacto de atenção básica, são essenciais para a redução da mortalidade materna (SOARES, 2008).

Embora a dificuldade de acesso à assistência à saúde não se expresse apenas pela questão econômica, essa variável ocupa uma posição de destaque, visto que os serviços públicos se caracterizam, essencialmente, por serem utilizados pela população de baixa renda (NASCIMENTO et al., 2007).

A oferta adequada de serviços de saúde deve levar em conta as demandas específicas da população, sendo o sexo um dos fatores importantes a considerar, uma vez que mulheres e homens possuem necessidades específicas. Dentre essas especificidades, considera-se a reprodução como circunstância relevante, pois as mulheres são mais diretamente afetadas pela necessidade de assistência à gravidez, parto e puerpério (NASCIMENTO et al., 2007).

A qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde depende da adesão das mulheres ao programa de pré-natal, e essa adesão é essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, uma vez que é do nosso conhecimento que 98% das mortes das mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples, como melhorar a qualidade do cuidado perinatal e garantir o acesso ao serviço de saúde. Vale salientar que outras características socioeconômicas,

culturais e demográficas têm um potencial maior para avaliar o acesso e a qualidade dos serviços (GONÇALVES et al., 2008).

Segundo Gonçalves (2008), os achados de sua pesquisa permitiram destacar as especificidades do modelo de assistência preconizado pelo Programa de Saúde da Família (PSF), no qual o cuidado é, usualmente, prestado pelos mesmos profissionais a cada oportunidade de contato do usuário com o serviço de saúde. Essa característica proporciona, no caso das gestantes, a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez. No entanto, tal conforto ainda não é garantido por ocasião do parto, quando se constata a dificuldade do acesso ao leito obstétrico e a falta de individualização do cuidado prestado (GONÇALVES et al., 2008).

A disponibilidade de serviços não assegura, por si só, que a mulher terá acesso a eles. Autores afirmam que há barreiras em relação à qualidade do cuidado, informação, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, que podem estar relacionadas com a desinformação que impede as mulheres de reconhecerem seus direitos e terem acesso à prevenção e tratamento apropriados. A desinformação impossibilita as mulheres de exigirem atendimento adequado nos serviços de saúde ou de usá-los de forma a contemplar suas necessidades (GOMES et al., 2006).

No Brasil, o problema de acesso geográfico parece ser menos relevante no Sul e no Sudeste, e mais relevante nas Regiões Norte e Nordeste, assim como a carência numérica dos serviços. Mas a necessidade de qualificar os serviços oferecidos, com utilização de guias clínicos e provisão de condições mínimas para atendimento completo, já foi identificada em diferentes regiões, embora dados recentes não estejam disponíveis. Portanto, a redução da mortalidade materna no País se deve à dificuldade de acesso, mas o componente essencial parece ser a oferta de atenção à gestação, parto e puerpério mais qualificada (AMARAL et al., 2007).

O acesso aos serviços de saúde é determinado por fatores físicos, que incluem a proximidade dos serviços de saúde de onde a mulher vive e viabilidade de transporte. Fatores econômicos, dificuldade para conseguir medicamentos, necessidade de cuidar de crianças, da casa, cuidar da alimentação também são definidos como barreiras associadas ao acesso das mulheres ao serviço de saúde. Por outro lado, a existência de facilidade de acesso

físico não garante o comparecimento da mulher ao serviço de saúde. Há inconvenientes relacionados com o horário das consultas, dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde, relutância em aderir a algum programa de saúde, como pré-natal, planejamento familiar, cursos de gestantes. Existem fatores socioculturais que dificultam o acesso de mulheres ao serviço de saúde, por exemplo, o cuidado do outro em detrimento do cuidado de si e/ou a dependência financeira de outros familiares (GOMES et al., 2006).

Toda questão acima reflete bem a realidade do serviço. Muitas vezes existe o acesso à informação, mas nos deparamos com outros fatores, condições como a educação que também já citamos. De que forma essas mulheres consideram importante acompanhar sua saúde? O que podem modificar em suas vidas? Parece uma discussão um pouco “rude”, mas é comum ocorrer. Muitas vezes, realizando atividade de educação em saúde no ambulatório de obstetrícia, deparamo-nos com situações de desinteresse por parte das pacientes para participar das orientações. A sensação que temos é que de toda aquela informação não faz parte do mundo delas.

Estudos apontam que, nos países subdesenvolvidos, onde a assistência médica é precária, a atenção pré-natal representa a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. Entretanto, hoje, a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas (GONÇALVES et al., 2008).

No que diz respeito à melhor assistência hospitalar, as condições dos Serviços de Saúde, seus equipamentos e funcionamento estão interligados com a equipe técnica de profissionais e a do hospital que administra, coordena, supervisiona, providencia recursos e pessoal, supre deficiências e aponta soluções. Medidas educativas e informativas, no caso de responsabilidade da paciente, para evitar que ela se recuse a participar do pré-natal e tratamentos indicados, são necessárias, inclusive medidas referentes à educação, à saúde e o envolvimento de familiares para a percepção da importância do acompanhamento médico durante a gestação. Também são necessárias medidas sociais, como a melhoria de acesso aos serviços, investimento em educação das adolescentes e melhores condições de vida, que podem reduzir um certo número de mortes maternas que ocorrem nas camadas mais empobrecidas da população (SOARES; MARTINS, 2006).

3.1.3 Parto: cesárea e normal

O parto é, sem dúvida, um dos momentos cruciais para a sobrevivência materna e infantil. Segundo Neto et al. (2008), notou-se que, no ano de 1996 para 1997, houve um aumento significativo, acima de 95%, na proporção de partos hospitalares e a queda acentuada na proporção de partos em domicílios e em outros locais ignorados. Isso demonstra que a medicalização do parto no Brasil é incontestável, entretanto a persistência dos elevados índices de razão de mortalidade materna, ainda em patamares elevados, leva ao questionamento inevitável de que as políticas de gênero não têm conseguido êxito tão significativo. Isso ressalta que o acesso organizado aos serviços de saúde e a qualidade no atendimento são essenciais na prevenção dessas mortes, devendo a assistência à mulher se iniciar antes mesmo da gravidez, com a educação em saúde, com o planejamento familiar, perpassando todas as etapas do pré-natal, trabalho de parto e parto hospitalar e prosseguindo até os primeiros momentos de vida do recém-nascido.

No Brasil, a alta prevalência de parto cesáreo constitui fato particularmente marcante na área materno-infantil. De acordo com Bittencour et al. (2008), entre as décadas de 70 e 90, o percentual de partos cesáreos elevou-se de 14,6% para 41,6%, colocando o País entre os que têm as maiores taxas do mundo. A tendência de aumento foi concomitante na grande maioria dos países da América Latina, nos Estados Unidos da América, Austrália e Índia. O fenômeno descrito tem sido denominado de epidemia de partos cesáreos.

A percepção de que o aumento na proporção de partos operatórios tem se dado à custa de cesarianas consideradas desnecessárias tem alimentado intenso debate na literatura científica e leiga e tem contribuído na indução de programas e políticas para reverter essa tendência. Já no final da década de 70, o Ministério da Saúde instituiu a *Portaria MPAS/SSM nº. 116*, de 13 de dezembro de 1979, que estabeleceu igualdade de remuneração ao médico pela assistência prestada durante o parto por via vaginal ou parto cesáreo, com o propósito de limitar a realização de cesariana. Entretanto, essa mudança de política de reembolso não foi suficiente para deter a tendência ascendente da taxa de cesariana (BITTENCOURT et al., 2008).

Além disso, mais recentemente, entre os anos de 1998 e 2000, o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias com o intuito de limitar gradativamente o percentual dessas cesarianas, até 30% por hospital, da rede conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BITTENCOURT et al., 2008).

O Serviço de Obstetrícia da Santa Casa segue os programas do Ministério da Saúde não realizando cesáreas eletivas. O índice de cesáreas é baixo nesse hospital. De acordo com nossos entrevistados, as cesarianas realizadas no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa são comedidas: “Pelo tempo que trabalho aqui, a cesárea só acontece em último caso. Pra mim não teve mudança, pois sempre tivemos esta batalha do parto normal” (ENTREVISTADO 9).

Observamos essa prioridade diariamente no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa onde muito é realizado o parto normal, inclusive não existe cesárea eletiva, aquela agendada antecipadamente pelo médico. As cesáreas realizadas são todas por indicação em casos como desproporção cefalopélvica, doença hipertensiva descompensada, entre outras, conforme se pode observar nos depoimentos a seguir: “Aqui, na Santa Casa, não existe cesárea eletiva, somente por indicação” (ENTREVISTADO 3); “Indicação de urgência pode salvar a paciente em casos de descolamento prematuro de placenta, síndrome de Help” (ENTREVISTADO 3); “Pela indicação DHEG, distocias, gemelaridade, má-formações” (ENTREVISTADO 4).

Existem também situações, como as supracitadas, em que a cesariana pode trazer benefícios, evitando risco de morte materna e fetal.

Mas há de se convir que a cesariana, por ser um procedimento cirúrgico, possui mais riscos de morte do que o parto normal. Dentre elas, quatro entrevistados destacaram as hemorragias e infecções. Segue um depoimento ilustrativo dessa opinião: “Mais do que no parto normal, pois, quando é feito cesárea, já existe alguma complicação. Além disso, a cesariana é um procedimento invasivo, que necessita de anestesia, portanto apresenta maior risco de infecção e hemorragia” (ENTREVISTADO 1).

No estudo de Gomes et al. (2006), foram observados que, dos 55 registros de óbitos

presumíveis, 32 estiveram relacionados com a cesárea, ou seja, 58%, lembrando que as taxas de cesárea no Brasil são maiores, quando comparadas com as de outros países. Estudo realizado na América Latina, em 1999, mostraram que as taxas de cesárea variaram de 16% a 40% entre Brasil, República Dominicana, Argentina, Colômbia, Panamá e Equador. As maiores taxas eram referentes ao Brasil. O limite máximo de partos que precisam terminar em cesárea, segundo a OMS, é de 10% a 15%. A indicação correta de cesárea traz vantagens, mas a indicação indiscriminada envolve riscos adicionais para a mulher e para o recém-nascido.

Dentre as vantagens que uma cesariana apresenta, estão as situações de risco gestacional, em que o parto deve ser antecipado, como nas doenças hipertensivas graves e descolamento de placenta grave. Os riscos desse procedimento são as infecções e hemorragias, como citado.

A escolha do tipo de parto constitui fator importante para evitar a morte materna: “Pré-natal adequado e, conseqüentemente, a escolha certa do tipo de parto, de acordo com a evolução materna e fetal durante o pré-natal, previne complicações que podem gerar morte materna” (ENTREVISTADO 6).

Em relação ao tipo de parto, ao longo dos anos, a mortalidade materna teve redução significativa, tanto para partos vaginais como abdominais, mas ainda é muito elevada (ANDRADE et al., 2006).

Gomes, em 2006, verificou que as taxas de cesáreas brasileiras são maiores em 58% quando comparadas com as de outros países da América Latina. O limite máximo é de 10 a 15% de cesáreas indicado pela Organização Mundial de Saúde.

Segundo o estudo de Soares (2008), tanto as mulheres com até duas gestações como as multigestas (5 ou mais gestações) apresentaram altas taxas de cesáreas. A literatura e as evidências apontam que as altas taxas de cesáreas podem determinar com maior frequência resultados adversos do parto, dentre eles, hemorragias que, neste estudo, foi a segunda causa de morte das multigestas.

Andrade (2006), em seu estudo, avaliou as mortes maternas associadas ao tipo de parto e

demonstrou que as principais causas de indicação de cesárea que resultaram em morte materna foram as hemorragias (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e atonia uterina), com 17 casos, seguidos de eclâmpsia (10 casos), porém, enquanto a pré-eclâmpsia/eclâmpsia vem diminuindo proporcionalmente, as hemorragias periparto vêm se mantendo como a principal causa de morte materna.

Porém, dando continuidade, o autor verificou a razão de mortalidade materna da cesárea no Brasil, que foi de 5,8, ao passo que no parto vaginal foi de 10,8 por 100 mil nascidos vivos, concluindo que a RMM por cesárea é pequeno. Na presente análise da associação de mortes maternas e o tipo de parto, observa-se que as principais indicações de cesarianas foram hemorragias e a pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Enquanto a eclâmpsia vem diminuindo progressivamente, a hemorragia periparto vem se mantendo como forte indicação da cesárea, frequentemente inevitável. Verifica-se, dessa forma, que a relação de mortes maternas em cesárea é 2,4 vezes mais frequente do que em parto vaginal. Porém, com análise cuidadosa de dez mortes atribuíveis exclusivamente ao ato cirúrgico, quando a indicação da cesárea é absoluta e sem a menor possibilidade de um parto por via vaginal, o risco relativo de morte materna por cesárea é menor do que a mortalidade associada ao parto transpélvico.

Em contrapartida, Riquinho e Correa (2006) demonstram dados que revelam que, no parto vaginal, o número de óbitos é de 24 para 100.000 nascidos vivos, enquanto, no parto cesáreo, é de três vezes mais. As principais causas de morte no parto vaginal são a dequitação e as hemorragias. Porém, isso não quer dizer que o parto cesáreo deve ser evitado, e sim que deve ser preconizada a realização de critérios para tal procedimento, como os que visem ao bem-estar fetal e materno.

Apesar de todas essas questões relacionadas com a cesariana, o parto normal deve ser priorizado, mas de preferência com o preparo durante o pré-natal, afinal não são todas as mulheres que possuem estrutura física ou mesmo emocional para vivenciar e participar de forma colaborativa desse evento especial e único da vida da mulher. Observamos, em nossas entrevistas, que os profissionais têm conhecimento desses aspectos, como podemos ver na entrevista a seguir: “Com certeza, pré-natal bem feito prepara emocionalmente a mulher para o parto. Às vezes faz-se cesariana devido o mal comportamento da paciente”

(ENTREVISTADO 2).

O que acontece é que o “mal comportamento” [sic] da paciente pode atrapalhar o procedimento de um parto normal sem intercorrências, já que, para o sucesso do parto, faz-se necessária grande participação da paciente. Acreditamos que uma preparação deve ser realizada durante as consultas de pré-natal, tanto física como emocionalmente, nesse sentido. Esse mal comportamento traduzido em gritos e não colaboração é fruto de uma desinformação decorrente de vários fatores que discutiremos mais à frente.

Além disso, existe a questão do medo do desconhecido, da dor. Muitas pacientes entram em pânico por achar que essa dor pode levá-las a óbito. Quanto mais medo a paciente tiver, mais estressada e tensa ela vai ficar, e assim é formado o ciclo medo-tensão-dor. Dessa forma, as mulheres desfavorecidas, tanto culturalmente, quanto financeiramente, manifestam-se do jeito que acreditam ser escutadas, com “escândalos”.

Se a mulher chegar ao momento do parto bem informada e emocionalmente preparada, com certeza facilitará os procedimentos.

3.1.4 Humanização do parto

Diante da necessidade de garantir atenção pré-natal de qualidade e de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde elaborou, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cuja pretensão é ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. O PHPN propõe indicadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que adquirirem esse programa. Suas principais estratégias são: assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, prestar assistência ao parto e puerpério, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (GONÇALVES et al., 2008).

No Serviço de Obstetrícia da Santa Casa, observamos, pela maioria dos profissionais entrevistados, o interesse em cumprir a Portaria do Ministério da Saúde e a Política de Humanização do Parto, preconizando sempre o parto normal. Para os entrevistados, o parto normal tem menos risco de infecção e, com isso, reduz a mortalidade materna, conforme podemos constatar nos depoimentos: “Parto normal tem sempre menos risco de infecção” (ENTREVISTADO 2); “O parto normal é melhor” (ENTREVISTADO 5); “Quanto mais houver preferência pelo parto normal, a chance de morte diminui” (ENTREVISTADO 8).

Porém, existe um desconhecimento geral da estrutura da atenção básica, o que reflete nas entrevistas, quando os sujeitos são questionados sobre essa humanização.

De dez profissionais entrevistados, oito acreditam na importância do parto normal, mesmo na Santa Casa, um hospital de referência para alto risco gestacional, conforme podemos ilustrar na fala a seguir: “Sim, preconizamos parto normal, mas muitas gestantes de alto risco são encaminhadas, por isso, o índice de cesáreas é maior” (ENTREVISTADO 2).

Em contradição com a maioria das opiniões, um dos entrevistados critica a iniciativa do parto normal: “Muitas vezes, o médico nem pensa em fazer parto normal, mesmo que a paciente esteja preparada” (ENTREVISTADO 8).

Esse é um acontecimento não muito comum na Santa Casa. Conforme nossa observação, o número de partos normais é bem mais frequente do que a cesárea. O próprio profissional de saúde necessita de treinamento para melhor atuar na atenção básica. A maioria deles desconhece o real significado de humanização. O parto normal é uma recomendação do processo de humanização. Humanizar significa, a nosso ver, cuidar de forma especial, permitindo a escuta do paciente, humanizar o parto quer dizer torná-lo como um momento importante e único para cada mulher, independentemente para qual tipo de parto seja evoluído.

Segundo o Ministério da Saúde, humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atuação humanizada e de boa qualidade implica o estabelecimento de relação entre os sujeitos, seus semelhantes, conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. A humanização em atuação em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si,

para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar, sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização e a qualidade da atuação são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E a humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável.

Em relação ao processo de humanização, no Brasil, existe também um processo de mudança, ainda que incipiente, firme, no sentido de resgatar valores humanísticos e de qualidade de atenção ao nascimento, respeitando a determinação e o direito das mulheres e dos casais. No Brasil, essas salas especiais, onde a mulher tem, em ambiente agradável, preferentemente sem a "cara" de hospital, seu trabalho de parto, parto e puerpério imediato, atendidos por profissionais capacitados e também sensibilizados com as necessidades individuais e humanas das mulheres, receberam o nome de salas PPP (de pré-parto, parto e puerpério). O Ministério da Saúde assegura que as salas tradicionais de parto podem ser boas para a comodidade do médico, mas representam um incômodo para a mulher, ao passo que as salas PPP conseguem reduzir a ocorrência de cesáreas e aumentar os partos vaginais (CECATTI; CALDERON, 2005).

A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer a adoção de atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a implementação de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher durante o processo de parturição. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (GONÇALVES et al., 2008).

Cumprir a Portaria do Ministério que preconiza o parto normal não significa deixar a mulher sem opção na escolha do parto, e muito menos fazê-lo por obrigação. Saber escutar,

informar e preparar é primordial para o cumprimento desse processo de humanização.

Na visão de um dos profissionais dessa equipe, muito pode ser melhorado quanto à questão da humanização. No depoimento a seguir, o entrevistado critica o processo de humanização que acontece no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa: “Muito difícil. A presença do acompanhante é raridade, alguns médicos não permitem, ainda tem muita coisa para melhorar na assistência do parto normal na Santa Casa. A cesárea é o que mais acontece” (ENTREVISTADO 8).

O serviço de humanização de parto da Santa Casa, em nossa opinião, melhorou muito nos últimos anos, após a Portaria do Ministério da Saúde ser decretada. As gestantes já contam com um acompanhante e têm um grupo de doulas, em um projeto de assistência que muito tem contribuído para o desenvolvimento do parto. Esses fatores promovem um conforto emocional e físico, com as atividades propostas que encorajam e facilitam os procedimentos, diminuindo o ciclo medo-tensão-dor. Essa é uma forma de trabalho interdisciplinar que favorece toda a equipe do serviço.

O parto institucional, ou seja, aquele realizado em unidade de saúde adequadamente preparada para esse fim, por profissionais de saúde treinados e capacitados, pode ser a principal estratégia para reduzir o elevado número de mortes maternas. Infelizmente, a obtenção de resultados satisfatórios somente ocorre em médio ou longo prazo, havendo necessidade de investimentos elevados. Na realidade, as principais variáveis que definem o nível de morbidade e mortalidade maternas de uma nação parecem ser o número de partos assistidos de forma adequada, em local apropriado e com profissionais treinados, e os gastos nacionais, por pessoa, com o sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde, em 2000, ao colocar a maternidade segura como uma de suas prioridades, baseando-se nas melhores evidências científicas disponíveis à época, enfatiza a absoluta necessidade do atendimento profissional qualificado na gravidez, parto e pós-parto imediato, com retaguarda de emergências acessíveis e funcionantes (ALENCAR JÚNIOR, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), para que os princípios da humanização e da qualidade da atenção sejam atingidos, deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

[...] acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitam a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada; captação precoce e busca ativa das usuárias; disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária; capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários do serviço envolvido nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade; disponibilidade de ensino, equipamentos e materiais educativos; acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários; disponibilidade de informações e orientações da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados; estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela; estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária; análise de indicadores que permitam aos gestores montar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias que se fizerem necessárias (BRASIL, 2004, p. 63).

3.1.5 Mortalidade materna na visão dos profissionais entrevistados

A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública no Brasil. Os números atuais revelam índices alarmantes, quando comparados com os de outros países. Quando morre uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, falharam as diretrizes políticas e os profissionais de saúde e, por conseguinte, a sociedade como um todo. A sociedade falhou, pela forma excludente com que se acostumou a viver; as diretrizes políticas, por promoverem ações que nem sempre estão de acordo com a necessidade da população; e os profissionais de saúde, pela falta de sensibilidade e comprometimento (RIQUINHO; CORREA, 2006).

Segundo o estudo de Mandú (2009), a razão de mortalidade materna no Brasil aplicada ao fator de correção de 1,4 foi de 75,87 em 2002, de 72,99 em 2003 e 76,09 por 100.000 nascidos vivos em 2004. Esses valores são considerados elevados, uma vez que países desenvolvidos atingem de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos e a Organização Mundial de Saúde considera aceitável até 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

No caso do Espírito Santo, a razão de mortalidade materna também é considerada alta, 53,84 por 100.000 nascidos vivos, no ano de 2005. Já na Santa Casa de Misericórdia de Vitória, não encontramos cálculo de razão de mortalidade, mas temos conhecimento de que sua incidência é baixa, condizendo com os índices de países desenvolvidos.

O estudo da mortalidade materna vem desvelar questões relacionadas com a qualidade de vida da mulher. Alguns fatores possuem relevância nesse assunto: o perfil socioeconômico, acesso à assistência de saúde e à qualidade dentro do ciclo gravídico-puerperal. Outro fator importante é a região onde ocorrem os óbitos maternos (RIQUINHO; CORREA, 2006).

Mesmo com os avanços na atenção básica e hospitalar às gestantes, com a melhoria do sistema de informação e com a presença expressiva de Comitês de Óbitos Maternos, as ações têm se mostrado menos efetivas do que o desejado na diminuição da mortalidade materna. As principais causas vigentes de morte continuam a ser hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto (LEAL, 2008).

Em relação ao período da maternidade em que mais ocorre a morte materna, a maioria dos profissionais entrevistados, oito deles, citaram o período do puerpério como prevalente, e já os outros dois falaram do momento do parto.

É importante salientar que todos os dados encontrados em nossa pesquisa foram baseados em conhecimentos científicos, pois a incidência de morte materna no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória é baixa conforme relato de todos os profissionais entrevistados. Entre os entrevistados, apenas dois se referiram a casos que presenciaram, mas não indicaram com precisão o período, nem as condições.

Os profissionais entrevistados opinaram baseados em conhecimentos teóricos específicos,

já que a maioria não presenciou, na prática, os dados que corroboram o pensamento dos autores supracitados. Seis entrevistados consideraram a causa de morte materna mais comum no pré-natal a doença hipertensiva. Dos outros quatro entrevistados, dois nunca viram morte nesse período da gestação e dois citaram as cardiopatias. Durante o momento do parto, seis entrevistados consideraram a hemorragia e os outros quatro não tinham conhecimento para responder. Em relação ao puerpério, cinco entrevistados citaram a hemorragia na primeira hora pós parto e cinco a infecção puerperal. Encontramos, então, as doenças hipertensivas, hemorragias e infecções como causas principais de morte materna em concordância em diversos estudos.

A dificuldade em identificar fatores predisponentes associados à ocorrência dos óbitos maternos pode estar relacionada com o fracasso desses programas, porque, em números absolutos, os óbitos são poucos. A partir do momento em que a morte materna se torna um acontecimento raro, os estudos sobre suas causas começam a tratar, cada vez mais, de ocorrências muito incomuns, cuja frequência é praticamente irrelevante para a assistência obstétrica da maioria das mulheres, pois, mesmo análises detalhadas de poucos óbitos não possibilitariam propor mudança de conduta na rotina do cuidado obstétrico. Além do mais, quando se investigam os fatores associados a um óbito, percebe-se claramente a dificuldade relativa à falta da principal fonte de informação, ou seja, o depoimento do próprio indivíduo, especialmente quando fatores sociais e de funcionamento do sistema estão mais frequentemente envolvidos (SOUSA et al., 2006).

Realmente, em números absolutos, encontramos baixa incidência de óbitos no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa. Segundo os profissionais, seis entrevistados responderam que não é comum ocorrer morte materna, três acreditam que pode acontecer e um relatou um único caso já visto. Por unanimidade, todos os entrevistados consideraram incomum ocorrer morte materna durante o parto normal.

Haja vista que o Serviço de Obstetrícia da Santa Casa é de referência no Estado para atendimento de alto risco, muitas gestantes em situação de risco e já complicadas são transferidas para esse serviço. Temos um resultado satisfatório diferenciando bastante de algumas regiões brasileiras, conforme fala dos entrevistados: “ Em trinta anos de formada,

só vi uma morte” (ENTREVISTADO 2); “ O único caso que presenciei foi de uma paciente que teve pré-eclâmpsia e foi transferida para a Santa Casa, já em estado grave de saúde, passando pelo serviço de UTI e não resistindo ao quadro” (ENTREVISTADO 2).

O óbito de mulheres jovens por complicações na gestação, parto ou puerpério acontece, em sua maioria, com aquelas pertencentes à classe social mais desfavorecida, em termos de renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde de qualidade (RIQUINHO; CORREA, 2006).

De fato, observamos bem a deficiência do setor primário de saúde diariamente no Serviço de Obstetria da Santa Casa, em situações de comorbidades e risco, por exemplo, a hipertensão arterial, a diabetes gestacional e as infecções urinárias frequentemente diagnosticadas nas pacientes referenciadas.

Um dos principais fatores associados à morbidade severa é o cuidado oferecido, determinado por condições associadas aos profissionais e ao sistema em que estes estão inseridos (AMARAL et al., 2007).

Além de todas as questões já discutidas sobre o cuidado, podemos também destacar a questão da higiene pessoal: “A mortalidade materna pode ser melhor evitada também pela questão da higiene, por causa das infecções” (ENTREVISTADO 3).

A higiene pessoal também precisa ser informada, pois existem muitas crenças relacionadas com procedimentos pós-cirúrgicos, como colocar açúcar para cicatrização, entre outras, ou mesmo falta de cuidado e de asseio, o que pode evoluir para infecções, podendo complicar com a morte materna.

Num estudo realizado por Amaral (2007), com um grupo de 237 mulheres brasileiras com morbidade severa ou morte, havia eventos de prevenção atribuídos ao profissional ou ao sistema de saúde em 33% das situações, sendo mais importante o retardo no diagnóstico ou identificação de alto risco (54,4%), tratamento (38%) ou documentação (30,7%).

4 CONCLUSÃO

Apesar dos esforços realizados por todo o período entre os anos 2002 a 2006 e dos avanços na atenção básica e hospitalar às gestantes, com melhoria do sistema de informação e com a presença expressiva dos Comitês de Óbitos Maternos, as ações têm se mostrado menos efetivas do que o desejado na diminuição da mortalidade materna, não havendo melhoria da razão de mortalidade materna significativa no Brasil.

O Serviço de Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, por ser um serviço de referência para alto risco gestacional, apresentou índice de mortalidade materna quase nulo. Foi descrito nas entrevistas apenas um caso, o que se pode considerar como um serviço de excelência no cuidado, com profissionais competentes e preparados para solucionar comorbidades que muitas vezes são referenciadas de outras regiões do Estado.

Observamos, como ponto negativo, a dificuldade inicial com a resistência para responder às entrevistas. A maioria dos profissionais não aceitaram ser entrevistados por falta de tempo, ou mesmo desinteresse em pesquisa. Além disso, a maior parte dos entrevistados foram objetivos em suas respostas, o que dificultou a descrição do trabalho.

Outra observação importante concluída nas entrevistas e também encontrada na literatura foi a questão da dificuldade de acesso aos serviços de saúde na atenção primária, por questões socioeconômicas ou mesmo por desinformação.

A redução da razão de mortalidade materna no Brasil necessita, além da vontade política, da capacitação dos profissionais de saúde para um diagnóstico precoce de vulnerabilidade e acionamento de medidas que evitem a ocorrência da morte materna.

De acordo com a pesquisa literária no Brasil, a morte materna é um sério problema para a saúde pública atrelado às subnotificações de morte. Existem fatores culturais, médico-profissionais e político-sociais que são predominantes, demonstrando as iniquidades existentes. Considera-se como medidas importantes o planejamento familiar, incluindo prevenção da gravidez de alto risco e daquelas não desejadas, e a redução das altas taxas de cesárea como prioridades da assistência à saúde da mulher brasileira.

Nesse contexto, a busca de caminhos e soluções para enfrentar esse insistente problema deve se basear nas intervenções durante o acompanhamento pré-natal, incluindo atuação interdisciplinar, melhoria do acesso e referência do serviço, sendo essa uma questão bem política e, por fim, a capacitação dos profissionais de obstetrícia na atenção institucional e

humanizada do parto.

Em conclusão, apesar da redução progressiva da mortalidade materna no Brasil, de modo geral, esse índice ainda é elevado, principalmente quando comparado com os de países ditos desenvolvidos, pois a maioria das morte decorrentes são evitáveis.

5 REFERÊNCIAS

ALENCAR JUNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 7, p. 377-379, jul. 2006.

AMARAL et al. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 484-489, set. 2007.

AMORIM, M.M.R. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, Região Nordeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 3, p. 261-266, jun. 2008.

ANDRADE, A.T.L. et al. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, jul. 2006.

ANGONESI. Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), incidência à evolução para Síndrome de Hellp. **RBAC**, v. 39, n. 4, p. 243-245, 2007.

BEZERRA, E. H.M. et al. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2005.

BITTENCOURT, L.A.B.C.; LEAL, M.C. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Estatística de mortalidade: Brasil 1980**. Brasília, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

CALDERON, I.M.P; CECATTI, J. G. V.; PEREIRA, C. E. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 5, p. 310-315, maio 2006.

CARVALHO, A. A. A. Perfil da mortalidade materna no Ceará com ênfase nos óbitos na maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFC: 2000 a 2003. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 9, p. 565-565, set. 2006.

CECATTI, J. G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 5, n. 1, p. 9-11, mar. 2005.

CECATTI, J. G., CALDERON, I. M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 6, p. 357-365, jun. 2005.

CECATTI, J.G. et al. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./feb. 1998.

CIARI J.C.; ALMEIDA, P.A.M. Análise do coeficiente de mortalidade materna no município de Osasco, S. Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 237-244, set. 1972.

COSTA, A. A. R. et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 7, p. 455-462, ago. 2002.

COSTA, M.F.L.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez. 2008.

FAUNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, aug. 2004.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun 1991.

GOMES, F. A. et al. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 387-393, dez. 2006.

GOMES, F. A. et al. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, out./dez. 2006.

GOMES, F.A. et al. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.1, mar. 2006.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B.M.; MERIGHI, M. A. B. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, maio/jun. 2008.

HADDAD, N. S. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 64-70, fev. 2000.

HARAKI, C.A. C.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 1, p. 19-24, mar. 2005.

JACOCIUNAS, L; PICOLI, S. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. **RBAC**, v. 39, n. 1, p. 55-57, 2007.

JAMES, A.; TAPSON, V.; GOLDHABER, S. Trombose durante a gestação e puerpério. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 193, p. 216-219, 2005.

JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I: mortes por

causas naturais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 2, p. 197-211, ago. 2002.

JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I: mortes por causas naturais **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, aug. 2002.

JORGE, M. H.P.M; LAURENTI, R.; GOTLIEB, L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, maio/jun 2007.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 507-512, dez, 1988.

LAURENTI, R. Mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n. 1, p. 6-7, mar. 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 449-460, dez. 2004.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, jun. 2009.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, dez. 2008.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M; GOTLIEB, S. L. D. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, jun. 2009.

LAURENTI, R.; JORGE, M., H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n.1, p. 23-30, jan. 2000.

LAURENTI, R.; JORGE, M.L; GOTLIED, L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7 ,n. 4, dez. 2004.

LEAL, M.C. Desafio do milênio: a mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1724-1724, ago. 2008.

LIMA, B. G. C. Efetividade da assistência pré-natal sobre a mortalidade materna e a morbi-mortalidade neonatal no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 10, p. 635-635, out. 2005.

LISBOA, R.D; CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 303-307, jun. 2006.

LUIZAGA, C. T. M. et al. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, mar. 2010.

MACHADO, A. **Puerpério**. In: BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap.21, p. 225-238.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. R; QUESSIA, P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 7, n. 2, p. 191-197, abr. 2007.

NETO, T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, abr./jun. 2008.

OBA, M. D.V.; TAVARES, M. S. G. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto-SP no período de 1991 a 1995. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 70-76, maio 2001.

OLIVEIRA, B. Z. et al. Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Qualidade de assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ) 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008.

OLIVEIRA, M. J. V.; PERSINOTTO, M. O. A. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 214-222, 2001.

OSMANAGAOGLU, M.A. et al. Maternal outcome in HELLP syndrome requiring intensive care management in a Turkish hospital. **Sao Paulo Med. J.**, v. 124, n. 2, p. 85-89, 2006.

PARPINELLI, M. A. et al. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 22, n. 9, p. 579-584, out. 2000.

PARPINELLI, M. A. et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 22, n. 1, p. 27-32, fev. 2000.

PEREZ, C. D. Avaliação da mortalidade materna (1993-2002) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 3, p. 166-166, mar. 2007.

REICHEL, A.; OPPERMANN, M. L. Recomendações da 2ª Reunião do grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2002.

REZENDE, C. H.; MORELI, D.; REZENDE, I. M.A.A Mortalidade materna em

cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 323-328, ago. 2000.

RIQUINHO, D.L.; CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, maio/jun. 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 183-189, fev. 2003.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, jan./mar. 2008.

SCHIRMER, J. A importância da enfermeira nas ações governamentais de redução de morbi mortalidade materna e neonatal. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, p. v-v, set. 2007.

SIQUEIRA, A. A. F. et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.18, n. 6, dez. 1984.

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A.L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4 , 2006.

SOARES, V. M. N.; SCHOR, N.; TAVARES, C. M. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 18, n. 3, dez. 2008.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um Estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, nov. 2009.

SOUSA, M. H. et al. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 181-189, abr. 2007.

SOUSA, M. H. et al. Relacionamento probabilístico de registros: uma aplicação na área de morbidade materna grave (*near miss*) e mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 653-662, mar. 2008.

SOUSA, M. H. et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 2, abr./jun. 2006.

SOUSA, M. H. et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n. 2, p. 161-168, jun. 2006.

SOUSA, M. H.; CECATTI, J. G.; HARDY, E.H. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.

SOUZA, J. P. D.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A. Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do near miss. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 4, p. 197-203, abr. 2005.

SOUZA, J. P. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 255-264, fev. 2006.

SOUZA, M. L. Coeficiente de mortalidade materna segundo tipo de óbito, grupo etário, paridade, local de residência e tipo de parto: obituário hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, SC, v. 17, n. 4, p. 279-289, ago. 1983.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun 2002.

VALONGUEIRO, S. L. et al. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 293-301, 2003.

VEGA, C. E. P. Normas para redução da mortalidade materna. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 47, n. 4, p. 287-288, dez. 2001.

VEGA, C. E.; PEREIRA, K. S. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1995 a 1999, com ênfase em hipertensão arterial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 26, n. 8, p. 672-672, set. 2004.

VEJA, C. E. P.; MIYADAHIRA, S.; ZUGAIB, M. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 1, 2009.

SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

Na visão da equipe do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, existe relação entre o tipo de parto (normal/cesárea) e o acompanhamento pré-natal com a mortalidade materna?

- 1) No Serviço de Obstetrícia da Santa Casa é alto o índice de mortalidade materna?
- 2) Qual a causa mais comum de morte materna?
- 3) Geralmente a morte materna é mais comum em primíparas ou multíparas?
- 4) Qual a faixa etária mais comum de ocorrer a morte materna?
- 5) Existe alguma prevalência de raça?
- 6) Em qual período da maternidade é mais comum ocorrer a morte materna?

(pré-natal, parto e puerpério)

6.1) Pré-natal

- a) Qual a causa de morte materna mais comum durante a gravidez?
- b) O acompanhamento do pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde, evitaria a morte materna? De que forma?
- c) As pacientes que tiveram óbito no Serviço de Obstetrícia da Santa Casa fizeram acompanhamento pré-natal adequado?
- d) A dificuldade de acesso à informação e ao serviço de pré-natal pode ter relação com o índice de mortalidade materna?
- e) Os recursos financeiros dificultam o acompanhamento pré-natal?

6.2) Parto

6.2.1) Parto normal

- a) É comum ocorrer morte materna durante o parto normal?
- b) Qual seria a causa mais comum?
- c) O Serviço de Obstetrícia da Santa Casa está cumprindo com a Portaria do Ministério da Saúde e a Política de Humanização do Parto, preconizando o parto normal?
- d) Foi observado diminuição ou alteração do índice de mortalidade materna após essa política ser implantada?

6.2.2) Parto cesárea

- a) É comum ocorrer morte materna durante uma cesariana?
- b) Qual seria a causa mais comum?
- c) Em sua visão, o índice de cesarianas aumentado no Brasil pode ter gerado aumento do índice de mortalidade materna?
- d) A cesárea eletiva aumenta o risco de morte materna?
- e) Uma cesárea de urgência pode evitar uma morte materna? Em qual situação?
- f) A cesariana, por ser um procedimento cirúrgico, traz mais risco de morte materna do que o parto normal, por ser um procedimento natural?

6.3) Puerpério

- a) É comum ocorrer morte materna no puerpério?
 - b) Qual seria a causa mais comum?
 - c) A escolha do tipo de parto influenciaria para evitá-la?
 - d) O acompanhamento do pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde, evitaria a morte materna no puerpério?
- 7) Em sua opinião, de que forma a mortalidade materna poderia ser evitada: na escolha do tipo de parto ou na melhoria do acesso à informação do acompanhamento do pré-

natal?

- 8) É observada por vocês a existência de uma correlação de algum fator emocional ou socioeconômico que agrava o quadro, gerando, como consequência, a morte materna?

