

Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos em Regiões Metropolitanas brasileiras.*

Glaucia dos Santos Marcondes*
Ana Paula Belon*

Palavras-chave: Mortalidade Materna, Saúde Reprodutiva, indicadores de saúde

Resumo

O Quinto Objetivo do Milênio – definido em conferência da ONU - estabelece o comprometimento dos países signatários de reduzir, até o ano de 2015, em $\frac{3}{4}$ os níveis de mortalidade materna observados nos anos 90. No contexto brasileiro, as estimativas apontam que o ritmo atual da redução das mortes maternas no país não será suficiente para atingir essa meta. Este estudo analisa os níveis de mortalidade materna, destacando a evolução das causas de morte materna e da assistência à saúde da mulher nos anos de 1997 a 2004 em quatro regiões metropolitanas (São Paulo, Porto Alegre, Recife e Goiânia). Dentre os resultados, destaca-se a redução da Razão de Mortalidade Materna nas Regiões Metropolitanas (RM's) de São Paulo e Porto Alegre e uma melhor captação de informações para as RM's de Recife e Goiânia. Quanto ao perfil de mortalidade materna, observa-se maior participação relativa de causas diretas durante o período analisado, significando que a maior parte das mortes maternas está relacionada à assistência à gestante. Dentre estas causas diretas, o aborto é responsável por 15% no Brasil e por cerca de 10% nas regiões metropolitanas estudadas, com exceção de Porto Alegre (em torno de 20%). Os dados obtidos mostram que, embora o país tenha conquistado resultados significativos no combate à mortalidade materna, as desigualdades sociais entre as regiões brasileiras persistem como um ponto crucial nas discrepâncias observadas. Melhorias nos serviços de atendimento às mulheres grávidas e nos programas de planejamento familiar, capacitação dos profissionais de saúde e investimentos nos sistemas de informações em saúde são ações prioritárias para a promoção de saúde à mulher.

* Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

* NEPO/UNICAMP.

♦ Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Departamento de Medicina Preventiva e Social

Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos em Regiões Metropolitanas brasileiras.*

Glaucia dos Santos Marcondes*
Ana Paula Belon♦

Introdução

Há consenso entre profissionais, pesquisadores e gestores de políticas sociais de que a redução das mortes maternas envolve a promoção de atenção à saúde da mulher em todas as idades (GOMES, 2002; BERQUÓ e CUNHA, 2000; ALBUQUERQUE, et al. 1998) e, principalmente, com acompanhamento periódico e adequado durante a gestação, no parto e no puerpério, prevenindo as causas que podem levar à morte. Ampliar o acesso e melhorar o atendimento à saúde da mulher tem sido uma questão constante na pauta das conferências e encontros internacionais, onde países em desenvolvimento têm sido cobrados e têm se comprometido a investir e implementar ações que reduzam os níveis de mortalidade infantil e materna.

Dois encontros ocorridos no ano de 1987, um no Quênia e outro na Costa Rica², deram visibilidade internacional para a questão da mortalidade materna apontando para a urgência de se intervir para reduzir os altos níveis observados nos países em desenvolvimento. Estas iniciativas adquiriram força e continuidade nas principais conferências internacionais realizadas pela ONU nos anos 90³. O compromisso assumido pelos países signatários destes encontros internacionais estipulava a realização de investimentos e estratégias, visando reduzir as mortes maternas pela metade até o ano de 2000. Em 2000, o Plano de Metas para o Milênio, elaborado em conferência da ONU, propõe em seu quinto objetivo que, até 2015, os países reduzam em $\frac{3}{4}$ os níveis de mortalidade materna observados nos anos de 1990. No contexto brasileiro, a despeito dos esforços mais recentes no tratamento desta questão – culminando, por exemplo, na criação do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – avaliações e estimativas apontam que o ritmo atual da redução das mortes maternas no país não será suficiente para atingir a meta proposta.

O monitoramento e as ações voltadas para o controle desse tipo de mortalidade se depara com uma série de barreiras. Uma delas diz respeito às falhas e omissões no preenchimento das declarações de óbitos. Trata-se de um problema que afeta o

* Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

♦ NEPO/UNICAMP.

♦ Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Departamento de Medicina Preventiva e Social

² Em Nairobi foi lançada a Iniciativa por uma Maternidade sem Riscos e em San Jose de Costa Rica aconteceu o V Encontro Internacional da Mulher e Saúde onde as participantes fizeram uma moção para a realização de ações de prevenção da mortalidade materna, dando origem ao Dia de Ação para a Saúde das Mulheres, em 28 de maio de 1988, promovido pela Rede Mundial pelos Direitos Reprodutivos e pela Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe (Ramos et al. 2004).

³ Destaca-se o Encontro Mundial pela Infância (1990), Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e V Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995).

acompanhamento dos níveis e tendências de mortalidade como um todo, mas que, segundo vários estudos, particularmente no caso da mortalidade materna a subestimação seria uma das mais elevadas em função da complexidade que envolve a classificação de um óbito por causas maternas (BONCIANI e SPINK, 2003; GOMES, 2002; ALBUQUERQUE et al., 1998). Além disso, trata-se de um evento que em grande medida pode ser evitado através da adoção de ações preventivas e de acompanhamento clínico adequado. Dessa forma, o número de mortes maternas se apresenta como um problema de saúde pública, representando um importante indicador para avaliar as condições de assistência à saúde feminina (BRASIL, 2007; PERPÉTUO, WONG e RIBEIRO, 2006; MARTINS, 2004; GOMES, 2002).

No debate internacional, principalmente a partir da Conferência do Cairo (CNPD,1994), a consolidação do conceito de saúde reprodutiva permitiu contemplar as diversas dimensões – biológicas, psíquicas, sociais e culturais – envolvidas nas questões relacionadas à saúde de mulheres e homens. O desenvolvimento deste conceito levou ao entendimento da reprodução enquanto um direito essencial dos indivíduos, em que homens e mulheres devem possuir ao seu alcance todos os meios possíveis para tomar livremente suas decisões reprodutivas (CORRÊA e ÁVILA, 2003). Assim, não se trata unicamente de garantir a saúde dos indivíduos, mas atingir um contexto muito mais abrangente da vida das populações. Como destacam Corrêa, Alves e Jannuzzi *“Os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas em geral exerçam seus direitos de autonomia e tenham acesso à saúde, incluindo-se o direito aos serviços integrais e de boa qualidade, com privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito”* (2006:49) Tratar a morte materna a partir do conceito de saúde reprodutiva significa considerar as interações existentes entre os múltiplos fatores sociais e culturais (classe social, raça, etnia, gênero, escolaridade, acesso e qualidade de serviços) e os eventos de saúde e doença.

Objetivo e Metodologia

Este estudo parte dessa perspectiva ao analisar a mortalidade materna e a assistência à saúde da mulher, nos anos de 1997 a 2004, em quatro regiões metropolitanas (São Paulo, Porto Alegre, Recife e Goiânia), a partir de um conjunto de indicadores proposto pelo *Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva* (CAVENAGHI, 2006). O sistema de indicadores desenvolvido por esse projeto está estruturado em duas grandes dimensões. Uma contextual que aborda condições gerais da população total, da população feminina e condições gerais de saúde. E outra, de saúde sexual e reprodutiva com seis temáticas (CORRÊA, ALVES e JANNUZZI, 2006). Em função do tema específico deste trabalho – mortalidade materna – nos restringiremos aqui ao conjunto de indicadores sugeridos para a temática da gravidez, parto e puerpério.

O conjunto de informações empregadas foram extraídas do registro de Estatísticas Vitais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Foram analisados os óbitos maternos de mulheres com idade entre 10 e 49 anos ocorridos entre 1997 e 2004 no país e nas seguintes Regiões Metropolitanas (RM's): Goiânia, Porto Alegre, São Paulo e Recife. A despeito das reflexões sobre a inclusão dos óbitos maternos tardios, para o exercício empreendido aqui optou-se por adotar a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera apenas os óbitos femininos ocorridos "durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais".

Com o objetivo de minimizar a oscilação dos indicadores em geral e principalmente da Razão de Mortalidade Materna (tendo em vista que o óbito materno se trata de um evento raro), adotou-se média móvel trienal dos dados. Desse modo, foram utilizados dados de 1996 a 2005.

Resultados

Conforme discorrem Perpétuo, Wong e Ribeiro (2006), por ser um evento que em grande parte pode ser evitado, a ocorrência de mortes maternas deve ser tratada como um alerta para a observação das condições dos serviços básicos de saúde das mulheres. No período de 1997 a 2004, o peso relativo dos óbitos maternos das RM's no total dos óbitos maternos oscila em torno de 2%, exceção feita a São Paulo. Observa-se que essa RM apresentou oscilações de queda em seus percentuais relativos, provavelmente, em grande medida, refletindo alterações na captação das informações de mortalidade (Tabela 1).

Tabela 1

Percentual de óbitos maternos das Regiões Metropolitanas selecionadas no total de óbitos maternos registrados no país. Brasil, 1997-2004.

RM's e Brasil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	0,6%	0,7%	0,8%	1,1%	1,1%	1,3%	1,1%	0,9%
Porto Alegre	3,1%	3,1%	2,7%	2,0%	1,7%	1,8%	2,1%	1,9%
Recife	2,2%	2,1%	1,9%	1,6%	1,4%	1,6%	1,7%	1,8%
São Paulo	11,4%	11,2%	10,2%	9,1%	7,5%	7,0%	6,5%	6,0%
Brasil	1.719	1.830	1.779	1.639	1.577	1.553	1.574	1.566

Fonte: SIM/Datasus – 1996-2005

Quando avaliamos a Razão de Mortalidade Materna (RMM) da população feminina de 10-49 anos dessas RM's, a partir dos anos 2000 encontramos as maiores razões em Goiânia e Porto Alegre. (Tabela 2) As diferenças entre os coeficientes das regiões metropolitanas apontam, a primeira vista, para as desigualdades regionais no tratamento das demandas de saúde – seja quanto à oferta, acessibilidade ou qualidade dos serviços.

Tabela 2

Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) para mulheres de 10 a 49 anos de idade, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de óbitos maternos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2004.

RM's e Brasil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	33,6 (11)	41,1 (13)	43,2 (14)	58,4 (19)	78,6 (18)	86,1 (20)	72,9 (17)	64,5 (15)
Porto Alegre	77,2 (53)	81,1 (56)	69,5 (48)	48,7 (33)	57,5 (26)	66,5 (29)	76,9 (33)	72,0 (30)
Recife	62,1 (37)	60,4 (38)	52,8 (34)	40,5 (26)	51,6 (23)	58,2 (25)	64,0 (26)	67,8 (28)
São Paulo	53,8 (197)	55,3 (205)	49,4 (182)	42,0 (149)	49,0 (119)	47,1 (109)	44,4 (102)	40,8 (93)
Brasil	57,9 (1719)	59,3 (1830)	56,3 (1779)	51,8 (1639)	70,9 (1577)	71,0 (1553)	72,6 (1574)	72,4 (1566)

Fonte: SIM/Datasus – 1996-2005 e SINASC/Datasus, 1996-2005

Nota: A Razão de Mortalidade Materna de 2001 a 2004 foi ajustada a partir do fator de correção 1,4, adotado da Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, em 2002 (Laurenti e col., 2004).

Contudo, devido à constatação realizada por vários estudos (MARTINS, 2004; VOLOCHKO, 2003; LAURENTI et. al., 2002; GOMES, 2002), faz-se necessário cautela na apreciação das RMM's frente a qualidade das informações das declarações de óbitos (DO). Inquéritos hospitalares, pesquisas acadêmicas e investigações realizadas por Comitês de Mortalidade Materna avaliam que há uma enorme dificuldade de apontar qual a real situação da mortalidade materna no país. Falhas no preenchimento e imprecisão na classificação das causas de morte impedem um diagnóstico exato sobre se o que estamos observando são tendências de queda, de elevação ou permanência deste tipo de mortalidade.

O fato das mortes maternas envolverem uma gama diversa de fatores biológicos, sociais e ambientais dificulta fazer o acompanhamento e uma análise mais precisa do comportamento de suas tendências. Mesmo em países que possuem um sistema de registro civil estruturado e de captação contínua dos eventos vitais, falhas, inadequações ou falta de especificações no preenchimento das causas de morte de mulheres em idade fértil, têm provocado a sub-notificação de mortes relacionadas à gravidez, ao parto ou puerpério. Grande parte destes estudos aponta para uma elevada sub-notificação dos óbitos maternos no Brasil, calculando ajustes que implicam em um aumento de mais de 50% no número de mortes (MARTINS, 2004; ABOUHZAR; WARDLAW, 2001). Os achados de uma detalhada pesquisa realizada por Laurenti et. al. (2002) nas capitais brasileiras motivaram o Ministério da Saúde a adotar um fator de correção de 1,4 para os dados oficiais. Além disso, vários tipos de ações do Estado têm sido implantados visando não apenas a melhora dos serviços, mas também da captação das informações que permitam avaliar o acesso e a qualidade do sistema de saúde.

Neste sentido, uma forma de avaliar os avanços obtidos nestas duas dimensões – prestação de serviços e de informações de saúde – é observar a proporção de óbitos por causas mal-definidas. Pois este dado permite apreciar a qualidade ou acesso a serviços, atestando o recebimento de atenção médica antes de morrer, ou pelo menos, de que houve certificação da causa da morte. E serve também como indicador da qualidade do preenchimento da declaração de óbito. Altas proporções evidenciam deficiências no sistema de saúde. No caso de mortes femininas, alguns estudos (WONG e PERPÉTUO, 2006; LIMA, 2000; ALBUQUERQUE et. al. 1998) apontam que uma parcela das causas de morte classificadas como mal-definidas de mulheres em idade fértil estariam relacionadas a abortos (principalmente em países em que é ilegal), a situações de violência, complicações decorrentes do agravamento de doenças em mulheres que estavam no início da gestação e desconheciam que estavam grávidas e mortes que ocorrem algum tempo depois do parto sem o acompanhamento ou avaliação de um obstetra (ABOUHZAR;WARDLAW, 2001; OMS, 2002) .

Sobre a participação relativa das causas mal-definidas nos óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos)⁴ destaca-se que as proporções nas RM's selecionadas são reduzidas, indicando haver uma boa qualidade no preenchimento das causas (Tabela 3). Observa-se que as proporções de óbitos mal-definidos não atingem valores que poderiam comprometer substancialmente a análise. Interessante destacar ainda que os percentuais relativos das causas mal-definidas nas RM's de São Paulo e Recife praticamente não se alteram ao longo período estudado. O comportamento dos dados revela uma situação estável e consistente, o que confere, a primeira vista, confiabilidade na produção de estatísticas a partir dos registros destas RM's.

Tabela 3

Participação relativa das causas de mortes mal-definidas entre as mortes de mulheres de 10 a 49 anos de idade, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de mortes com causas mal-definidas de mulheres de 10 a 49 anos de idade, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2004.

RM's e Brasil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	11,2% (71)	11,4% (76)	8,2% (54)	5,5% (36)	2,2% (15)	1,9% (13)	1,6% (12)	1,8% (13)
Porto Alegre	1,6% (28)	2,1% (34)	2,1% (35)	2,4% (38)	2,8% (44)	3,9% (62)	4,5% (71)	5,0% (78)
Recife	2,8% (41)	2,7% (41)	2,9% (44)	2,7% (41)	2,8% (40)	2,3% (32)	2,3% (32)	2,1% (29)
São Paulo	2,1% (172)	2,2% (173)	2,1% (169)	2,2% (170)	2,3% (175)	2,6% (191)	2,7% (193)	2,5% (176)
Brasil	12,0% (7.754)	12,3% (7.891)	12,3% (7.939)	12,1% (7.732)	11,6% (7.416)	11,1% (7.137)	10,7% (6.864)	9,8% (6.253)

Fonte: SIM/Datasus – 1996-2005

⁴ As causas mal-definidas estão reunidas no capítulo XVIII da CID-10 (10ª Classificação Internacional de Doenças), intitulado *Sintomas, sinais e achados anormais, exames clínicos e laboratoriais*.

No caso de Goiânia e Porto Alegre, observamos que na primeira há uma queda acentuada, invertendo a sua posição entre as RM's, que no começo do período apresentava a proporção mais elevada e no final atingiu o menor percentual de mal-definidas. O oposto ocorre com Porto Alegre que, ao final do período estudado, apresenta a percentagem mais elevada entre as quatro RM's.

As causas de morte materna em sua maioria correspondem as do tipo obstétrica direta (Tabela 4), ou seja, aquelas que ocorrem motivadas por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou pela conjunção de dois ou mais desses fatores. O aborto, a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG); hemorragias e infecção puerperal figuram entre as principais causas (Martins, 2006). Todas essas causas são prevenidas mediante um acompanhamento de pré-natal de qualidade.

Tabela 4
Participação relativa dos tipos de morte materna obstétrica, segundo ano. Número de óbitos maternos. Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2004

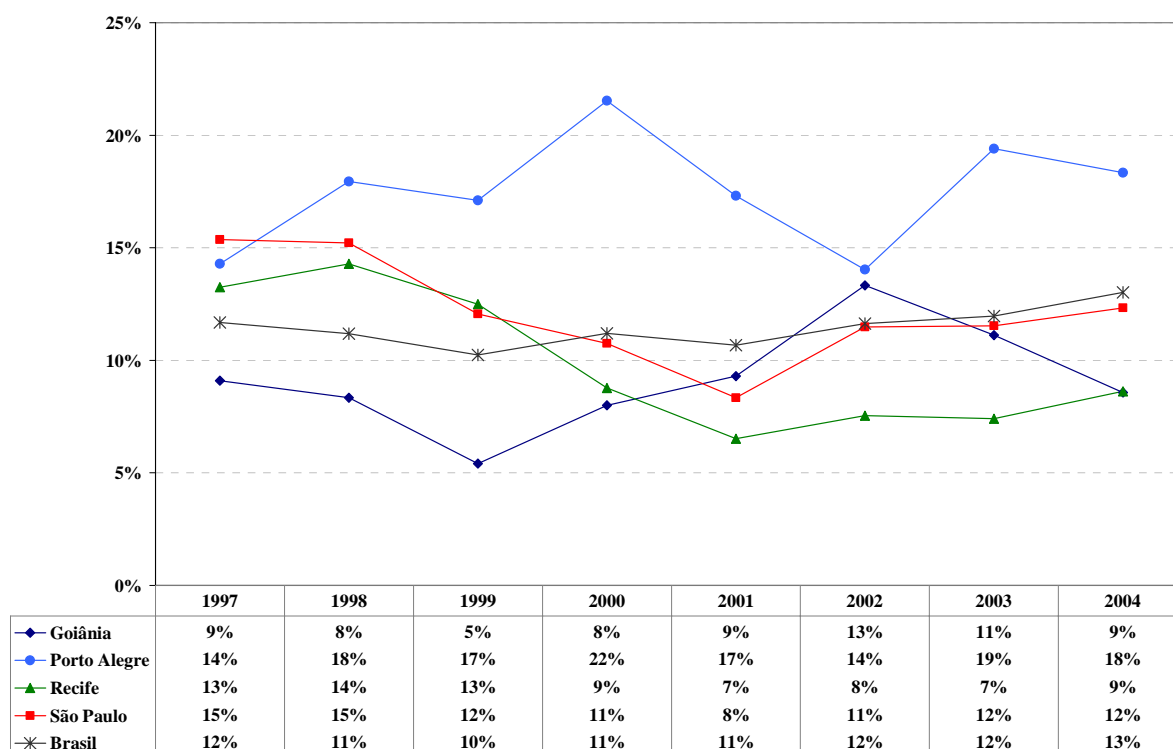
Tipo de causa obstétrica	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia								
Morte materna obstétrica direta	88,0%	90,0%	88,1%	89,3%	79,6%	76,3%	72,0%	79,5%
Morte materna obstétrica indireta	12,0%	10,0%	11,9%	10,7%	20,4%	22,0%	24,0%	15,9%
Morte materna obstétrica não especificada	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	4,0%	4,5%
Total	8	13	14	19	18	20	17	15
Porto Alegre								
Morte materna obstétrica direta	48,7%	46,2%	52,4%	65,7%	65,8%	66,3%	68,4%	66,7%
Morte materna obstétrica indireta	50,0%	48,5%	40,7%	26,3%	32,9%	33,7%	30,6%	27,8%
Morte materna obstétrica não especificada	1,3%	5,3%	6,9%	8,1%	1,3%	0,0%	1,0%	5,6%
Total	53	56	48	33	26	29	33	30
Recife								
Morte materna obstétrica direta	74,1%	73,7%	70,6%	73,1%	67,6%	71,6%	68,4%	69,9%
Morte materna obstétrica indireta	25,0%	25,4%	29,4%	26,9%	30,9%	25,7%	29,1%	28,9%
Morte materna obstétrica não especificada	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	1,5%	2,7%	2,5%	1,2%
Total	37	38	34	26	23	25	26	28
São Paulo								
Morte materna obstétrica direta	69,5%	69,5%	73,0%	74,8%	77,5%	74,4%	76,5%	78,2%
Morte materna obstétrica indireta	29,3%	28,3%	24,6%	22,1%	19,7%	21,6%	20,3%	19,6%
Morte materna obstétrica não especificada	1,2%	2,1%	2,4%	3,1%	2,8%	4,0%	3,3%	2,1%
Total	197	205	182	149	119	109	102	93
Brasil								
Morte materna obstétrica direta	70,7%	69,5%	71,9%	76,8%	77,4%	76,4%	74,5%	74,6%
Morte materna obstétrica indireta	26,7%	27,4%	24,8%	19,7%	19,2%	20,1%	21,6%	21,4%
Morte materna obstétrica não especificada	2,6%	3,1%	3,2%	3,5%	3,4%	3,5%	3,8%	4,1%
Total	1.719	1.830	1.779	1.639	1.577	1.553	1.574	1.566

Fonte: SIM/Datasus – 1996-2005

Entre as causas obstétricas indiretas, Bonciani e Spink (2003) chamam atenção para o debate em torno da inclusão ou exclusão da Aids entre as causas de morte materna. Os autores apontam dois principais problemas na classificação da Aids como uma das causas de morte materna. Um dos entraves para a inclusão diz respeito a prioridade dada pelos setores de saúde para a classificação da Aids como uma causa de morte própria. Por outro lado, os autores identificam que há uma grande resistência por parte de profissionais e técnicos em associar gravidez e Aids motivada por representações morais e simbólicas.

A situação da RM de Porto Alegre desperta atenção pelo peso relativo que o abortamento tem entre as causas obstétricas diretas. Enquanto nas demais regiões os abortos giram em torno de 10% , em Porto Alegre esta porcentagem é o dobro (Figura 1).

Figura 1
Percentual do aborto em relação ao total de causas obstétricas diretas nas Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2005.



Fonte: SIM/DATASUS – 1996-2005. Tabulações das autoras.

A despeito das classificações, como bem destacam Bonciani e Spink (2003), é preciso estar atento para o que essas informações nos dizem a respeito do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Para refletir sobre essa questão, utilizaremos alguns indicadores relacionados à gravidez, parto e puerpério proposto pelo *Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva* (CAVENAGHI, 2006).

Um dos indicadores avalia a magnitude da interrupção provocada da gravidez, refletindo possíveis deficiências no acesso de métodos anticoncepcionais e ao aumento do risco de morbi-mortalidade materna (PERPÉTUO, WONG, RIBEIRO, 2006) (Tabela 5).

Tabela 5
Percentual de internações por aborto incompleto* no total de internações por parto do SUS em Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de internações por aborto incompleto* em Regiões Metropolitanas selecionadas, 1997-2005.

Região Metropolitana	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Goiânia	9,4% (2.071)	9,1% (2.052)	9,6% (2.178)	12,1% (2.317)	14,3% (2.445)	14,6% (2.622)	13,0% (2.536)	14,3% (2.685)	16,2% (2.806)
Porto Alegre	4,2% (2.293)	4,2% (2.178)	5,8% (3.179)	8,0% (4.376)	9,0% (4.520)	11,2% (5.218)	13,5% (5.973)	13,1% (6.059)	13,3% (5.684)
Recife	15,9% (8.000)	14,6% (7.536)	13,3% (7.165)	14,0% (7.157)	14,5% (7.069)	15,1% (6.856)	14,3% (6.379)	15,1% (6.321)	15,0% (6.441)
São Paulo	10,5% (19.298)	10,8% (21.090)	11,0% (22.526)	12,2% (24.201)	12,3% (24.041)	13,1% (25.735)	14,1% (26.476)	13,5% (26.714)	12,9% (25.190)

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: * Procedimentos de Curetagem pós-aborto e esvaziamento uterino por aspiração manual intrauterina (AMIU)

Interessante notar que a RM de Porto Alegre apresenta um crescimento de suas proporções relativas ao longo do período destacado, revelando-se os abortamentos como uma questão que merece maior atenção nas ações de saúde nesta região.

No que diz respeito à atenção pré-natal, podemos observar que a proporção de mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal é reduzida apresentando diminuição ao longo do período estudado em todas as RM's. As maiores proporções encontradas foram nas RM's de Recife e Porto Alegre - percentuais estes que estão acima do observado para o conjunto do país. (Tabelas 6).

Tabela 6
Porcentagem de mulheres de 10 a 49 anos que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de mulheres de 10 a 49 anos que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2004.

RM's e Brasil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	4,0% (1093)	3,3% (945)	2,5% (738)	1,9% (550)	1,5% (441)	1,4% (409)	1% (355)	1% (265)
Porto Alegre	4,9% (3299)	5,2% (3531)	4,9% (3368)	4,5% (3023)	4,3% (2705)	3,9% (2323)	3,5% (2083)	3,1% (1831)
Recife	8,7% (4944)	7,5% (4527)	6,6% (4069)	5,8% (3654)	5,1% (3113)	4,5% (2635)	3,8% (2154)	3,4% (1903)
São Paulo	3,5% (6074)	3,1% (8028)	2,7% (7708)	2,4% (7373)	2,2% (6776)	1,9% (5908)	1,6% (5092)	1,4% (4410)
Brasil	8,1% (189.697)	6,9% (186.128)	5,9% (169.958)	5,1% (151.303)	4,4% (132.127)	3,8% (114.141)	3,3% (96.924)	2,9% (85.347)

Fonte: SINASC/Datasus – 1996-2005. Tabulações das autoras.

O percentual de mulheres que fizeram o número de 7 ou mais consultas foi mais de 60%, com exceção da RM de Recife onde a proporção foi um pouco menor do que a observada para o conjunto do país. Os dados apontam algumas pequenas oscilações, com aumentos em torno de 3 a 5 pontos percentuais para cima ao longo do período destacado (Tabelas 7).

Tabela 7

Porcentagem de mulheres de 10 a 49 anos que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de mulheres de 10 a 49 anos que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, segundo Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2004.

RM's e Brasil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	72,0% (19894)	69,0% (19531)	67,7% (19694)	66,9% (19766)	69,9% (20975)	72,0% (21710)	73% (22261)	75% (22816)
Porto Alegre	55,8% (37492)	49,0% (33443)	50,6% (34575)	51,0% (34072)	53,2% (33680)	56,5% (33865)	59,4% (35177)	61,4% (35675)
Recife	51,8% (29614)	50,7% (30564)	50,5% (31328)	50,0% (31420)	50,9% (30812)	50,5% (29636)	49,7% (28285)	48,2% (27213)
São Paulo	51,9% (89001)	52,3% (137005)	53,0% (151712)	55,2% (166284)	58,0% (177674)	60,9% (185768)	64,2% (198735)	67,8% (210733)
Brasil	49,9% (1.171.404)	50,1% (1.359.357)	48,7% (1.411.064)	48,0% (1.436.049)	47,5% (1.424.987)	49,2% (1.464.116)	51,1% (1.515.891)	52,6% (1.562.029)

Fonte: SINASC/Datasus – 1996-2005. Tabulações das autoras.

Nas quatro RM's, observa-se um reduzido percentual – menos de 0,5% - de partos realizados fora do hospital, apontando para a quase universalidade da assistência institucional ao parto (Tabela 8).

Tabela 8

Percentual de nascidos vivos fora do hospital nas Regiões Metropolitanas selecionadas. Brasil, 1997-2005.

Região Metropolitana	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	0,5%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Porto Alegre	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%
Recife	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%
São Paulo	0,2%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Tabulação das autoras.

Destaca-se a alta concentração de partos cesáreas em todas as RM's. Ao considerar os partos realizados no setor público e privado, cerca de metade são de cesáreas, sendo a RM de Goiânia aquela com a maior porcentagem e Recife a menor. Com exceção de Goiânia, as demais RM's apresentaram crescimento em suas proporções relativas no período destacado. (Tabela 9).

Tabela 9

Percentual de partos por cesárea em relação ao total dos partos de mulheres de 10 a 49 anos em Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de partos cesáreas de mulheres de 10 a 49 anos em Regiões Metropolitanas selecionadas, 1997-2005.

Região Metropolitana	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Goiânia	58,4% (18.969)	53,8% (17.736)	50,4% (16.142)	51,8% (16.670)	51,0% (16.142)	49,3% (15.945)	50,1% (15.994)	52,1% (16.549)	55,9% (17.795)
Porto Alegre	34,8% (24.000)	35,1% (23.778)	34,9% (25.102)	36,5% (25.238)	37,8% (23.600)	39,0% (23.695)	41,0% (23.780)	42,8% (25.592)	45,1% (25.898)
Recife	36,7% (21.860)	36,1% (22.654)	36,8% (24.389)	38,2% (24.438)	40,1% (24.925)	40,4% (23.517)	42,3% (24.451)	42,6% (24.155)	44,5% (25.334)
São Paulo	46,2% (170.084)	44,5% (162.831)	44,6% (167.943)	45,8% (165.139)	46,9% (155.010)	47,6% (154.860)	48,3% (154.108)	49,4% (158.767)	50,5% (161.513)

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Tabulação das autoras.

Quando se consideram apenas os partos realizados pelo SUS essa proporção é bem menor. Nota-se que nas RM's mais da metade das cesáreas é realizada fora do SUS, principalmente em São Paulo e Goiânia. No caso desta última, destaca-se a diminuição da proporção de cesáreas realizadas no setor público.

Tabela 10

Percentual de partos por cesárea em relação ao total dos partos realizados pelo SUS, em Regiões Metropolitanas selecionadas. Número de partos cesáreas realizados pelo SUS, em Regiões Metropolitanas selecionadas, 1997-2004.

Região Metropolitana	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Goiânia	47,7% (10.490)	42,2% (9.530)	31,5% (7.158)	26,2% (5.029)	23,0% (3.923)	20,5% (3.689)	22,0% (4.287)	23,1% (4.357)
Porto Alegre	25,9% (14.028)	25,6% (13.242)	25,2% (13.686)	25,3% (13.867)	28,1% (14.025)	27,9% (13.010)	29,1% (12.907)	30,5% (14.078)
Recife	24,0% (12.120)	24,0% (12.399)	25,2% (13.571)	24,9% (12.766)	26,7% (13.023)	24,8% (11.265)	25,7% (11.478)	25,4% (10.653)
São Paulo	33,7% (60.007)	32,7% (58.741)	30,0% (56.778)	27,8% (54.241)	27,3% (58.160)	29,9% (59.271)	30,2% (58.013)	30,8% (62.361)

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Considerações Finais

A vigilância da mortalidade em idade fértil tem que ser constantemente reforçada por políticas públicas, com a avaliação aprofundada sobre as causas de morte. Frente à importância desta causa de morte, marcada entre os Objetivos do Milênio, torna-se evidente o papel crucial da equipe de profissionais de saúde na investigação e na informação adequada da causa de óbito. Nesse sentido, é fundamental providenciar capacitação para estes profissionais e sensibiliza-los para este preenchimento, dado que, muito além de uma questão burocrática, serve para o monitoramento das condições de saúde da mulher e mais geral da população.

A promoção de uma Maternidade sem Riscos para toda a população feminina depende de ações e políticas mais amplas e eficazes que diminuam a profunda desigualdade social vigente no país.

Bibliografia

ABOUZHR, Carla; WARDLAW, Tessa. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? **Bulletin of the World Health Organization**. n. 79(6), 2001. p.561-573.

ALBUQUERQUE, Rivaldo M.; CECATTI, José Guilherme; HARDY, Ellen; FAÚNDES, Aníbal. Mortalidade materna em Recife. 1. Avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(1):59-65, jan-mar, 1997

_____. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 14(Supl. 1):41-48, 1998

BERQUÓ, Elza; CUNHA, Estela M. G. P.; TELLES, Stela B. S.; JACKOB, Raquel. A experiência piloto: indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. In: CAVENAGHI, Suzana (org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006. p. 151-187.

BONCIANI, Rosa Dalva F.; SPINK, Mary Jane P. Morte por AIDS ou morte materna: a classificação da mortalidade como prática social. **Cadernos de Saúde Pública**. 19(2):645-652, mar-abr, 2003

CAVENAGHI, Suzana (org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006.

_____. Base de dados para o estudo da saúde sexual e reprodutiva. In: CAVENAGHI, Suzana (org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006. p. 77-111.

CORRÊA, Sônia, ALVES, José Eustáquio D.; JANNUZZI, Paulo M. Direito e saúde sexual e reprodutiva: masco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006. p. 27-62

GOMES, Flávia A. **Sistema de informações hospitalares do Sistema único de Saúde: contribuição para o estudo da mortalidade materna no Brasil**. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

LAURENTI, Ruy. Marcos referenciais para estudo e investigações em mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**. vol.22(6). 1988. p.507-512.

_____; JORGE, Maria Helena P.M.; GOTLIEB, Sabina L. D.A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2004;7(4):449-60

LIMA, Bruno G.C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Panamericana de Salud Publica** 7(3), 2000

MARTINS, Alaerte L. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. . In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2004.

RODRIGUES, Ana Verônica; SIQUEIRA, Arnaldo A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(1):183-189, jan-fev, 2003

SIM. Sistema de Informações sobre Mortalidade DATASUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>

SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>.

WONG, Laura L. R.; PERPÉTUO, Ignez H. O. A experiência piloto: os indicadores de contexto, de violência contra as mulheres e de disponibilidade e acesso a serviços e insumos. In: CAVENAGHI, Suzana (org). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006. p. 121-150.