

2. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil*

Claudia Bonan Jannotti, Kátia Silveira da Silva e Rosângela Durso Perillo

Os próximos três capítulos têm por objetivo destacar a magnitude e as tendências históricas dos riscos de morte de mulheres e crianças no Brasil e explicar sua determinação. As análises têm como objetivo contribuir para o conhecimento das necessidades de saúde e, com base nesses dados, elencar as ações mais efetivas para prevenir os óbitos materno, infantil e fetal. Serão apresentados indicadores para caracterizar a população, suas condições de vida e o perfil de mortalidade.

Os dados e as informações expostos aqui são, em sua maioria, oriundos dos sistemas nacionais de informação em saúde, gerenciados pelo Ministério da Saúde, das bases de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de pesquisas nacionais sobre a saúde da mulher e da criança.

Mulheres, saúde e direitos

A questão da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres emerge com destaque nos debates políticos internacionais e nacionais desde a década de 1980, impulsionada pelas lutas dos movimentos de mulheres que se organizaram a partir da segunda metade do século XX em vários países.

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



O direito à saúde e os direitos reprodutivos são pontos centrais na agenda de promoção da cidadania das mulheres e condição necessária à sua participação plena no desenvolvimento social e econômico dos países. Com a Constituição Federal de 1988 e as Conferências Internacionais de Cairo (1994) e de Pequim (1995) promovidas pela ONU, esses direitos foram assegurados na legislação brasileira e internacional.

Os indicadores de saúde materna e, especialmente, a razão de mortalidade materna são dados importantes do desenvolvimento social e da equidade de gênero dos países, pois sinalizam se eles efetivamente promovem e garantem a cidadania e os direitos reprodutivos das mulheres. Em países que convivem com altas razões de óbitos maternos, a maioria desses eventos é considerada evitável. A melhoria das condições de vida e trabalho, a inserção na sociedade sem discriminações ou violências, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a uma assistência integral e digna evitariam que mulheres perdessem suas vidas por complicações na gestação, parto e puerpério.

Durante longo tempo, a morte materna teve pouca visibilidade social, talvez porque, pensando em números absolutos, é difícil dimensionar a extensão do problema. Desde a década de 1980 são realizadas investigações sobre a mortalidade materna e as suas repercussões sociais, com comparações entre diferentes países e regiões. Dessa forma, tem sido possível reconhecer a existência de uma situação dramática e injusta, até então silenciosa.

Conceituação de mortalidade materna e razão de mortalidade materna

Como se define a mortalidade materna?

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), morte materna é:

a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)

A CID surgiu de um acordo internacional, por isso é usada em todos os países signatários, e classifica as causas de morte, doenças, sintomas, sinais e motivos de consultas.

Especificamente, a definição da causa de morte serve para finalidades estatísticas de descrição e análise quanto à distribuição das doenças e problemas fatais em uma população definida, assim como para orientar as ações de saúde efetivas de prevenção de óbito. A causa de morte é um dado que consta da Declaração de Óbito (DO), entre outros documentos.

Por refletir mudanças no conhecimento, a CID já foi revisada dez vezes, desde a sua primeira edição em 1893. No momento, está em vigor a CID-10.



Para saber mais sobre a CID, leia o artigo "Pesquisa na área de classificação de doenças", de Laurenti (1994), disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/06.pdf>

O estudo da morte materna permite avaliar se as ações do governo para promover a saúde da mulher estão sendo bem-sucedidas. O indicador utilizado nesse estudo é chamado Razão de Mortalidade Materna (RMM), que mede o risco de uma mulher morrer no **ciclo gravídico puerperal**.

Ciclo gravídico puerperal compreende o período desde a gestação até o puerpério (42º dia após o término da gravidez).

Como estimar a razão da mortalidade materna em um determinado ano e local?

O SIM e o Sinasc: objetivos dos sistemas, períodos de abrangência, DN, DO e seus fluxos e qualidade dos dados serão aprofundados no Capítulo 5 da Parte II deste livro.

Para se calcular a RMM, teríamos que saber quantas mulheres residentes no local determinado ficaram grávidas naquele ano e quantas morreram por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela até 42 dias após o parto. Como é difícil obter o número total de gestantes, fazemos uma aproximação através do número de nascidos vivos registrados na Declaração de Nascido Vivo (DN), que é disponibilizado pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). Para o número de óbitos, a informação é obtida por meio das Declarações de Óbito que alimentam o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Com esses dados, calculamos a RMM por meio da fórmula:

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número de mortes maternas}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100.000$$

A relação do número de óbitos materno com o número de nascidos vivos permite fazer comparações entre localidades com diferentes tamanhos populacionais e entre diferentes períodos de tempo.

Há limitações para o cálculo da RMM, pois parte dos óbitos maternos não é identificada por meio dos diferentes sistemas de informações de saúde. Por quê?

- ⊗ o óbito não foi registrado;
- ⊗ a **causa de morte não foi declarada** adequadamente ou foi **mascarada**, isto é, outra causa de morte foi registrada e não foi explicitada a morte materna.

O problema de não conhecer a ocorrência da totalidade dos dados sobre óbitos ocorre em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Portanto, para o cálculo da RMM muitas vezes é necessária a correção dos dados. Dependendo do país, a OMS sugere que a RMM calculada por meio dos dados oficiais seja multiplicada por fatores de correção entre 1,1 a 3,2 – ou seja, estima-se que de 10% até 66,6% dos óbitos maternos ocorridos não são registrados ou informados de forma inadequada.

Os **fatores de correção** são calculados com base em pesquisas especiais que avaliam a RMM em amostras populacionais. Dessa forma, pode-se alcançar uma estimativa mais próxima da realidade em relação ao risco de morte no ciclo gravídico puerperal representa para as mulheres de cada região.

Morte materna não declarada é caracterizada quando os dados registrados na declaração de óbito não permitem classificá-lo como materno. Identifica-se a morte materna apenas com os dados originários da investigação do óbito.

Morte materna mascarada ou presumível ocorre quando, na declaração de óbito, está registrada apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte da mulher. Nessa situação a causa básica é ocultada, o que não permite a identificação do óbito como materno.

A lista de causas mascaradas de óbitos maternos será apresentada na Parte II do livro, no Capítulo 7.

Vejam como é feito o cálculo do fator de correção

Fator de correção (FC) é a relação entre o total de mortes maternas declaradas mais as encontradas em pesquisa especial.

$$FC = \frac{\text{Número de óbitos maternos declarados no SIM} + \text{Número de óbitos maternos identificados em pesquisa especial}}{\text{Número de óbitos maternos declarados no SIM}}$$

O número de óbitos maternos identificados na pesquisa especial são apenas os identificados na investigação e não declarados como maternos anteriormente.

Exemplo:

Quando 70 óbitos maternos são declarados no SIM e, com base na investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, identificam-se 77 óbitos maternos, ou seja, sete óbitos a mais, o fator de correção é igual a:

$$FC = \frac{70 + 7}{70} = 1,1$$

Podemos também calcular a diferença percentual (DP) entre o número de óbitos maternos declarados e o número de óbitos maternos identificados em pesquisa especial:

$$DP = \frac{\text{Número de óbitos identificados na investigação} - \text{número de óbitos maternos declarados} \times 100}{\text{Número de óbitos maternos declarados}}$$

$$DP = \frac{(77 - 70)}{70} \times 100 = 10\%$$

Panorama internacional da mortalidade materna

A OMS estimou que, em 2008, aproximadamente 358.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, o parto ou o puerpério, o que significa cerca de mil mortes a cada dia. Quase 90% desses óbitos (313.100) ocorreram na África e no sul da Ásia; apenas 0,5%, em países de alta renda *per capita* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Na análise da situação da mortalidade materna no mundo, observamos que países da Europa, como França, Itália e Alemanha, apresentam uma razão de mortalidade materna entre 4 e 10 óbitos para cada



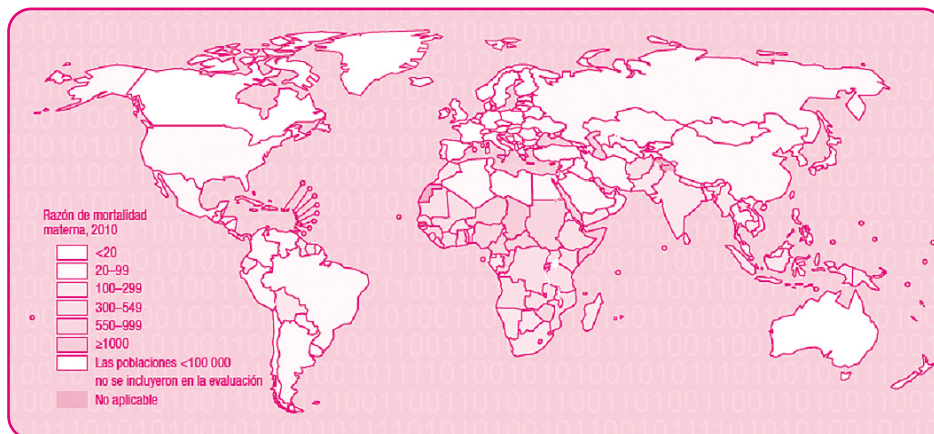
Para saber mais sobre a metodologia e os dados utilizados para elaborar o relatório da OMS, recomendamos o site <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>

100.000 nascidos vivos, demonstrando um resultado positivo do desenvolvimento social e médico-científico.

Na América Latina e no Caribe, os menores níveis são da Costa Rica e do Chile, cuja mortalidade materna se encontra entre 20 e 25 óbitos para 100.000 nascidos vivos, enquanto nos demais países dessa região o risco chega a ser dez vezes maior do que em países europeus (HOGAN et al., 2010). Esse quadro se torna mais grave na África Subsaariana e em parte da Ásia, pois há países nessas regiões cujos riscos de uma mulher morrer durante a gravidez, o parto e o puerpério podem ultrapassar 1.000 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Observe o mapa e veja a distribuição mundial da mortalidade materna (Figura 1).

Figura 1 – Razão de mortalidade materna nos diferentes países do mundo, 2010



Fonte: Organización Mundial de la Salud (2012).

Segundo as Nações Unidas, quando as estimativas de 2010 são comparadas com os níveis observados em 1990, constata-se uma redução de 47% do total dos óbitos maternos no mundo, o que significa uma grande distancia da meta proposta (75%) para 2015 (UNITED NATIONS, 2012).

Além das diferenças na razão de mortalidade materna, existem também diferenças quando se comparam as complicações que conduzem à morte de mulheres durante a gravidez, parto e puerpério nos países mais ricos (Europa, Canadá, Japão) e nos países mais pobres da América Latina, África e Ásia. No conjunto dos países, as principais causas de morte materna são as hemorragias, as complicações relacionadas à hipertensão arterial, as infecções e ao aborto. Uma revisão realizada pela OMS (KHAN, 2006) mostrou que na África e na Ásia, as causas hemorrágicas foram as principais complicações (de 30% a 34%).

Na América Latina, a primeira causa foram as síndromes hipertensivas, seguidas pelas hemorragias. Nos países desenvolvidos, a hipertensão e a embolia apareceram como as principais causas.

Panorama da mortalidade materna no Brasil

Para traçar a tendência da RMM no Brasil nas duas últimas décadas, devemos considerar que nesse período foi implementada uma série de medidas para melhorar a cobertura e completude dos dados do Sinasc, do SIM e das informações específicas dos óbitos durante a gravidez, parto ou puerpério.

Uma iniciativa importante foi a Portaria GM n. 1.119/2008 (BRASIL, 2008a), do Ministério da Saúde que determinou a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, para identificar se a mulher que morreu estava no período gravídico puerperal.

A Portaria GM n. 1.119/2008 do Ministério da Saúde que regulamenta a vigilância do óbito materno será aprofundada no Capítulo 7 da Parte II deste livro.

Como podemos observar no Gráfico 1, houve tendência de queda da RMM entre 1990 e 2010 (de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 66 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos) que representou uma queda de 54%. No entanto, a velocidade de queda da RMM diminuiu a partir de 2001, praticamente se mantendo sem grandes variações até 2007.

No Gráfico 1 também se observa um incremento notório da RMM em 2009, que no ano seguinte parece ter diminuído, voltando à tendência da década. Tudo indica que tal aumento corresponde à pandemia de gripe pelo vírus Influenza H1N1 que atingiu o Brasil. A experiência em outros países atingidos pela pandemia apontou à gestação como uma condição de risco para internação e morte.

Quais foram os motivos da tendência de redução da RMM observada no Brasil?

A redução foi decorrente de uma série de fatores, entre eles:

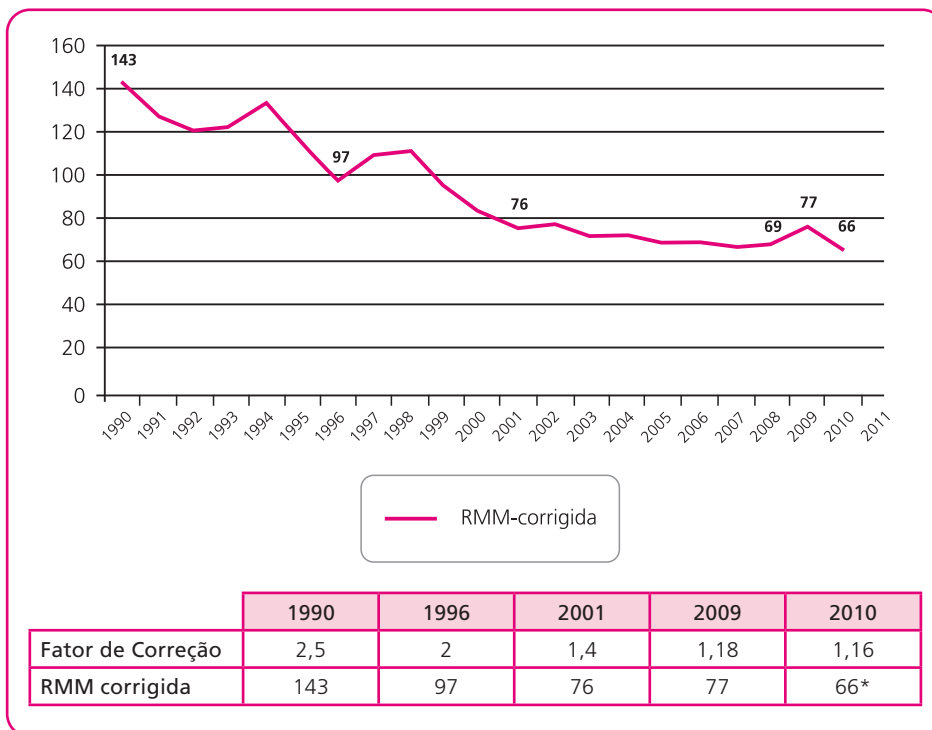
- ☉ aumento da escolaridade feminina;
- ☉ queda do número de filhos por mulher;
- ☉ redução da desigualdade social;
- ☉ expansão da rede básica de saúde;

- ⑨ aumento da cobertura dos serviços de planejamento reprodutivo e do pré-natal;
- ⑨ maior acesso e qualificação da assistência hospitalar ao parto e puerpério.

Já a interrupção do declínio da RMM, na década de 2000, foi atribuída aos investimentos do Ministério da Saúde para melhorar a cobertura e a qualidade dos dados de morte materna, o que contribuiu para maior captação e identificação de óbitos maternos nos últimos anos. Destacamos algumas atuações do Ministério da Saúde:

- ⑨ estratégias para a redução dos óbitos com causas mal definidas;
- ⑨ notificação obrigatória do óbito materno;
- ⑨ investigação de óbitos de mulheres em idade fértil;
- ⑨ busca ativa de óbitos e nascimentos nos estados das regiões Norte e Nordeste.

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna corrigida (por 100 mil nascidos vivos) pelo Ministério da Saúde. Brasil, 1990/2010



Fonte: Brasil (2010c).
 Nota: * Dados preliminares.

As RMMs descritas no Gráfico 1 foram obtidas a partir de dados diretos corrigidos, considerando a estimativa do percentual de óbitos maternos não conhecidos pelas estatísticas oficiais. Na década de 1990, com base em pesquisas, as RMMs foram multiplicadas por 2,5 (1990-1995) e 2,0 (1996-1999). Entre 2000 e 2007, com a melhoria dos dados originados do SIM e Sinasc, o fator de correção aplicado à RMM foi reduzido para 1,4 (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Em outras palavras, foi estimado que 40% dos óbitos maternos eram desconhecidos. Para 2010, o fator de correção aplicado foi 1,16.

Agora vamos descrever a RMM em cada uma das grandes regiões do Brasil ao longo dos anos e a influência da idade da mulher nos riscos de morte durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Conforme já apresentado no Capítulo 1 deste livro, a redução da mortalidade materna foi definida pela ONU, em 2000, como um dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”.

ODM 5: “Melhorar a saúde das gestantes” – reduzir a mortalidade materna em 75%, ou seja, a RMM do Brasil cair para 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

Mortalidade materna por grandes regiões do Brasil

Como já vimos, o nível de RMM depende do grau de desenvolvimento do país, região ou cidade, da qualidade da assistência médica e das estatísticas oficiais a que se tem acesso. Uma localidade pode apresentar uma RMM baixa simplesmente porque não tem informações corretas de todos os óbitos maternos ocorridos.

Para praticar

Vamos observar, na Tabela 1, as RMMs de cada região em 1996 e comparar com as de 2006. Por exemplo, a Região Norte, em 1996, apresentou 47,5 óbitos maternos por 100.000 NV e em 2006 passou para 58,9. Houve aumento da mortalidade materna ou será que está melhorando a qualidade da informação? Escolha outra região e faça a comparação. ▶



Tabela 1 – Evolução da razão de morte materna. Brasil e regiões, 1996-2006

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste	Total
1996	47,5	56,8	52,4	52,8	32,3	51,6
1997	53,1	54,9	64,7	71,5	53,3	61,2
1998	57,1	56,3	70,1	76,2	54,8	64,9
1999	63,1	56,3	55,3	62,1	57,2	57,4
2000	62,3	57,7	48,2	53,4	39,1	52,3
2001	49,8	57,4	44,3	52,6	54,1	50,6
2002	53,1	61,4	46,3	57,4	60,7	54,1
2003	57,2	63,0	42,2	51,6	53,5	52,1
2004	52,7	63,7	44,2	59,0	61,8	54,2
2005	57,5	67,0	40,7	55,1	54,5	53,4
2006	58,9	63,6	46,5	56,7	57,3	55,1

Fonte: Brasil (2010c).

Nota: A RMM foi calculada com dados diretos, sem a aplicação dos fatores de correção.

Agora vamos comparar as regiões em um mesmo ano. Por exemplo, o ano de 2006. A RMM da região Sul foi 56,7 e a da região Norte foi 58,9, ou seja, valores próximos. Como explicar esse achado quando sabemos que o Sul tem melhor cobertura pré-natal e de assistência ao parto e ao puerpério do que o Norte? ■

Mortalidade materna por grupo de idade

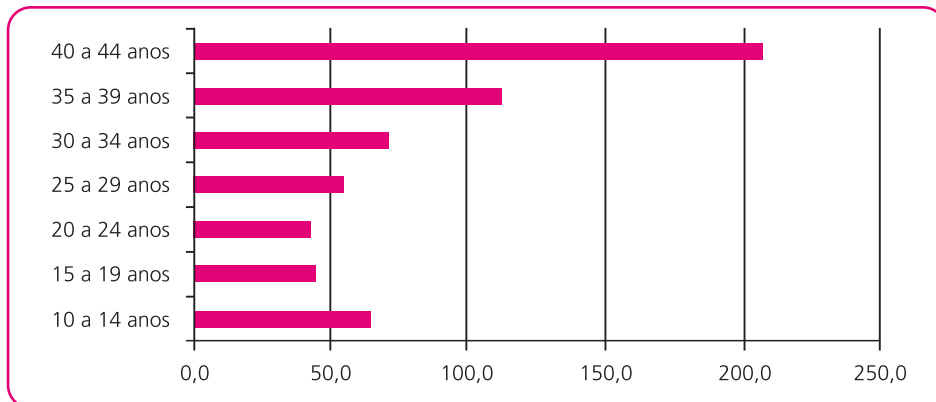
O Gráfico 2 mostra que, a partir dos 15 anos, o risco de morte materna aumenta com o aumento da idade da mulher. As mulheres na faixa de 15-24 anos apresentaram uma razão de morte materna entre 40-45 óbitos para 100.000 nascidos vivos, enquanto que aquelas com mais de 40 anos tiveram um risco maior que 200 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos.

O *Manual de gravidez de alto risco* (BRASIL, 2010a) também alerta para o aumento do número de complicações de gestações ocorridas em adolescentes com menos de 15 anos.



Para saber mais sobre gravidez de alto risco, acesse http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

Gráfico 2 – Razão de Mortalidade materna* por grupo de idade no Brasil, 2008-2010



Fonte: Brasil (2010c).

Nota: *RMM estimadas pelos autores a partir de dados do Sistema de Informação de Mortalidade e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Mortalidade materna por grupos de causas

Outro dado importante para orientar as intervenções na prevenção do óbito materno é conhecer a causa do óbito. O termo causa, nesse contexto, é entendido como a doença ou diagnóstico que levou à morte da mulher. As causas de óbitos maternos, classificadas pela CID-10, são divididas em três grupos:

- a) **Obstétricas diretas:** são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Sua ocorrência é altamente dependente da qualidade da assistência ao planejamento familiar ou ao pré-natal e parto. Exemplo: aborto, hemorragias, hipertensão específica da gravidez e infecção puerperal.
- b) **Obstétricas indiretas:** são causadas por doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Exemplo: tuberculose, HIV, doença cardíaca, malária, dengue e pneumonias.
- c) **Não especificadas:** quando não se sabe a causa da morte.

Conheça os códigos da CID-10 relativos às causas de óbitos maternos.

Morte materna obstétrica direta: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.

As descrições detalhadas de cada código da CID-10 podem ser encontradas no site <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

Na Parte II, no Capítulo 5 "Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde", você encontrará mais detalhes sobre a classificação de causas de óbito, segundo a CID-10.

Grupos específicos de causas maternas obstétricas diretas:

Hipertensão: O11, O13, O14, O15 e O16.

Hemorragia: O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1, O72.

Infecção puerperal: O85 e O86.

Gravidez que termina em aborto: O.00 a O.08.

Aborto: O.03 a O. 07.

Morte materna obstétrica indireta: corresponde aos óbitos codificados na CID-10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).

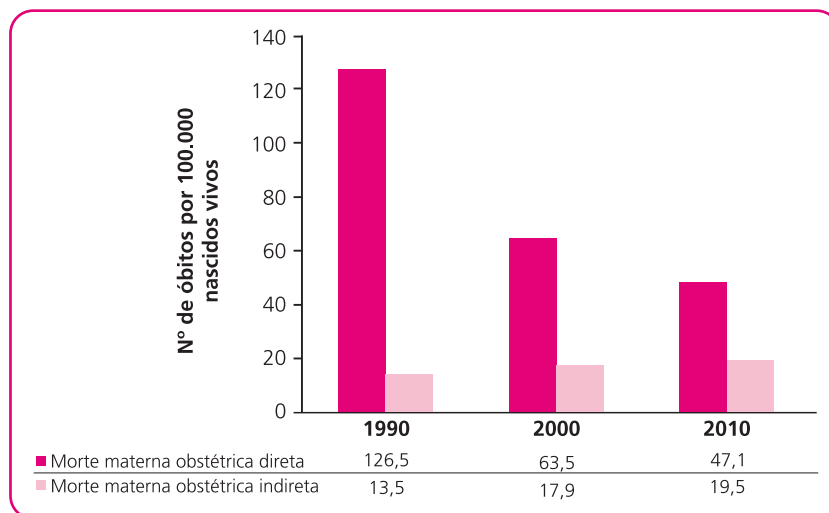
Morte materna obstétrica não especificada: refere-se aos óbitos codificados como O.95.

Morte materna tardia: são as mortes de mulheres por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas entre o 43º dia e antes de completar um ano, após o término da gravidez.

Sequela de causa materna: o óbito da mulher ocorre após o período de um ano do término da gravidez (CID-10 - O97). Estas mortes não são incluídas no cálculo da razão de mortalidade materna no Brasil (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008).

Agora vamos observar no Gráfico 3 o comportamento das causas de óbito materno no período de 1990 a 2010.

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2010



Fonte: Brasil (2012).

Vale destacar:

- a) As causas obstétricas diretas são responsáveis pela grande parte dos óbitos, apresentando os maiores níveis de RMM.
- b) A mortalidade materna por causas obstétricas diretas reduziu-se à metade entre 1990 e 2000: de 126,5 óbitos maternos por 100.000 NV para 63,5. Entre 2000 e 2010, a diferença foi menor e representou uma queda de 25,8%.
- c) Em relação às causas indiretas, houve um crescimento de 13,5 para 19,5 óbitos maternos por 100.000 NV, correspondendo um aumento percentual de 44,4%.

No Gráfico 4, quando analisamos as quatro principais causas de morte materna obstétrica direta no Brasil em 2008, observamos que a síndrome hipertensiva foi a mais frequente em todas as regiões do país, com exceção da região Sul, cuja principal causa foram as hemorragias. Em segundo lugar, estão as hemorragias. No terceiro lugar, as infecções puerperais nas regiões Norte, Nordeste e Sul. Chama a atenção que, nas regiões Sudeste e Centro, o aborto foi a terceira principal causa. O percentual de óbitos por aborto no Sudeste correspondeu a 8% dos óbitos maternos. É provável que estes dados estejam subestimados em todas as regiões do país, pois, quando induzido, o aborto é considerado ilegal e esse fato certamente interfere nas estatísticas de mortalidade.

Abortamento e morte materna

Devido à ilegalidade do aborto, as mulheres de baixa renda, quando desejam interromper a gravidez, realizam este procedimento em condições precárias e inseguras com grandes riscos para sua saúde (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Reconhecendo que o abortamento realizado em condições inseguras é uma das principais causas de morte materna no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2005, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que foi revisada em 2011. Toda mulher em processo de abortamento espontâneo ou inseguro tem direito ao acolhimento e tratamento com dignidade no SUS (BRASIL, 2005c).

Nas regiões brasileiras, as causas obstétricas indiretas foram responsáveis por 15-25% dos óbitos maternos, exceto na região Norte onde o valor desce para 8% (Gráfico 4).

O valor de 25,8% de queda da RMM de 63,5 óbitos maternos para 47,1 por 100.000 nascidos vivos corresponde a uma redução de 16,4 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos. Ao dividir esta diferença pelo nível de RMM no ano 2000, ou seja, por 63,5, e multiplicar por 100, o resultado é o percentual de queda da mortalidade materna na última década, 25,8%.

Observe!

$$(63,5-47,1) \times 100/63,5 = 25,8\%$$



Leia a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento atualizada em 2011 que se encontra no endereço:

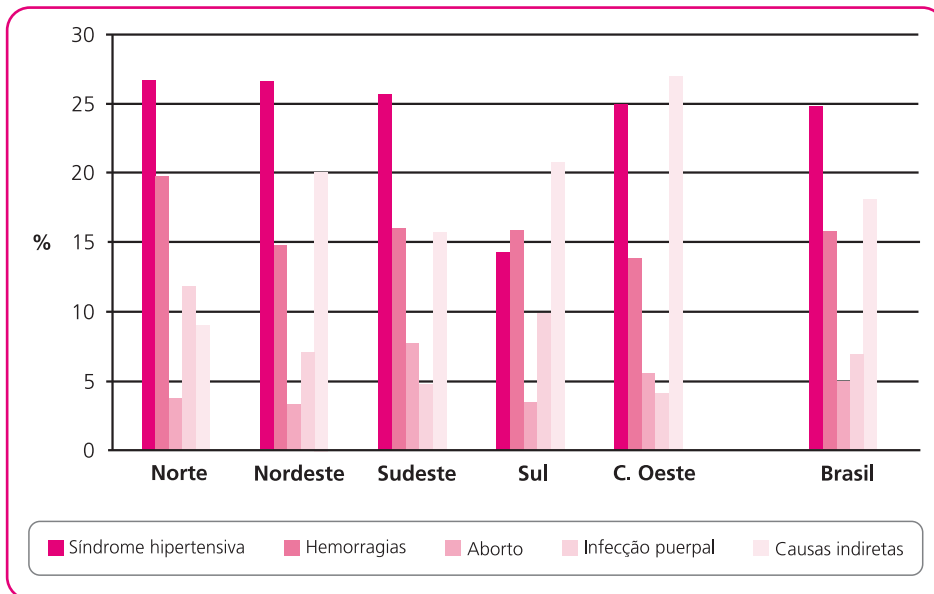
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

Leia também a “Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva” para saber mais sobre questões relacionadas ao abortamento e saúde como magnitude do abortamento; acesso, uso e qualidade dos serviços de planejamento reprodutivo; contracepção e relações de gênero e sobre a decisão do aborto (MENEZES; AQUINO, 2012). A pesquisa está disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200901400002&lng=en&nrm=iso

Recomendamos essas leituras!

Quando se promove a melhora nas condições de vida da população e a qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, ocorre considerável redução das causas diretas e, conseqüentemente, no nível de RMM. Este fato é frequentemente acompanhado de um aumento do percentual de óbitos por causas indiretas em relação ao total dos óbitos maternos ocorridos.

Gráfico 4 – Distribuição percentual das causas de mortalidade materna nas regiões brasileiras, 2008



Fonte: Brasil (2010c).



Para saber mais sobre morte materna e violência, leia:

- “Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil”, LE Lilia Blima Schraiber et al. (2007), disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014
- “Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados”, de Celene Aparecida Ferrari Audi et al. (2008), no endereço http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

A investigação e o estudo dos óbitos de mulheres em idade fértil pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e dos comitês de mortalidade materna aumentaram o número de óbitos maternos registrados no SIM contribuindo assim para a melhoria da completude dos dados. Propiciou ainda análises mais corretas sobre o papel de outras doenças anteriores à gravidez, ou mesmo quando surgem neste período, tais como anemias, cardiopatias, Aids, malária e demais doenças infecciosas.

Morte materna e violência

As estatísticas de mortalidade informam que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil, o que coloca o país na 12ª posição na classificação mundial de homicídio de mulheres. O estudo da OMS denominado de Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence relatou uma prevalência de 27% de violência entre parceiros íntimos ao longo da vida no município de São Paulo e de 34% na região litorânea do estado de Pernambuco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A violência por parceiro íntimo também é comum entre as mulheres grávidas. No estudo, 8% das mulheres entrevistadas em São Paulo e 11% em Pernambuco relataram agressão física durante a gravidez, aproximadamente 1/3 delas foi atingida no abdome.

Esses estudos demonstram a importância do profissional de saúde estar alerta durante o pré-natal para sinais de violência doméstica, pois isto pode ter um papel importante na prevenção do óbito materno.

A dimensão da violência doméstica é subestimada nas estatísticas de mortalidade materna. O Ministério da Saúde discute a importância de investigação desta causa entre os óbitos maternos e, caso seja identificada, fazer classificação específica dos óbitos maternos associados à violência doméstica, com o objetivo de dar visibilidade e discussão na sociedade para o enfrentamento deste problema. ■

Determinantes sociais da mortalidade materna

Além de conhecer a razão de mortalidade materna e as causas de óbitos, o próximo passo é conhecer os fatores determinantes e condicionantes envolvidos na cadeia de eventos que levam à morte materna. Essas informações auxiliam na detecção das necessidades de saúde dos grupos de mulheres expostas e subsidiam as intervenções efetivas destinadas à prevenção de óbitos maternos.

Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, denominados de “determinantes sociais em saúde”, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Observando a Tabela 2, podemos analisar as relações entre a RMM e os indicadores sociais e de assistência obstétrica. Por exemplo, países com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos, menores taxas de cobertura pré-natal e de percentual gasto em saúde, como Bolívia, Índia e Angola, são os que apresentam taxas mais elevadas de RMM. Inversamente, Itália, Bélgica e Canadá apresentam baixas RMMs, altos IDHs e melhores indicadores de assistência à gestante e ao parto.

A mortalidade materna é um evento no qual os determinantes sociais têm grande impacto, afetando sua magnitude e distribuição. E a distribuição dos óbitos acompanha de maneira inversa a distribuição da riqueza e o desenvolvimento socioeconômico do país.

Tabela 2 – Estimativas da razão de mortalidade materna e indicadores socioeconômicos e de assistência obstétrica de diferentes países, 2008

Países	Razão de mortalidade materna (por 100.000 NV)	Número de mortes maternas	IDH	Expectativa de vida ao nascer	Parto com pessoal treinado	Cobertura pré-natal com uma consulta	Nível primário de escolaridade de mulheres	Produto Interno Bruto gasto em saúde
Itália	5	26	0,84	82	99	100	98	9,0
Bélgica	5	6	0,84	80	99	100	99	9,7
Canadá	12	42	0,88	81	100	100	99	10,3
Chile	26	64	0,78	78	100	95 (1992)	95	6,9
China	38	6900	0,77	74	98	90	87**	4,3
Cuba	53	63	0,86	77	100	100	99	11,3
Brasil	57,3 [§]	1556	0,69	73	97	97	93	8,4
Bolívia	180	470	0,64	67	66	77	96	5,2
Índia	230	63000	0,61	64	47	74	88	4,0
Angola	610	4800	0,56	46	47	79	67*	2,7

Fonte: Organización Mundial de la Salud (2010).

*Alfabetização.

** Referente a Macao e adjacências.

[§] A RMM e o número de óbitos foram estimados com base nos dados disponíveis no SIM e Sinasc para 2008.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

O **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)** é uma medida comparativa proposta em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq para classificar os países pelo seu “grau de desenvolvimento humano”. O índice, utilizado pela Organização das Nações Unidas, é composto com base nos dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB *per capita* (PPC) – indicador do padrão de vida. O IDH pode variar entre 0 e 1 – quanto mais alto o valor, maior o desenvolvimento. A cada ano os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas.

Em 2010, maior nível de IDH foi observado na Noruega (IDH = 0,938) e o menor no Zimbábwe (IDH = 0,140). O Brasil apresenta IDH de 0,699, valor considerado alto, e atualmente ocupa o 73º lugar no *ranking* mundial. O IDH também é disponibilizado para estados e municípios brasileiros em <http://www.pnud.org.br/atlas/>

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2011).

Podemos, então, afirmar que a razão de mortalidade materna, além de ser um indicador que expressa os níveis de saúde das mulheres, reflete as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou a fragilidade de políticas sociais e leis que garantam os direitos de cidadania e a participação social em cada região ou país.

Para praticar



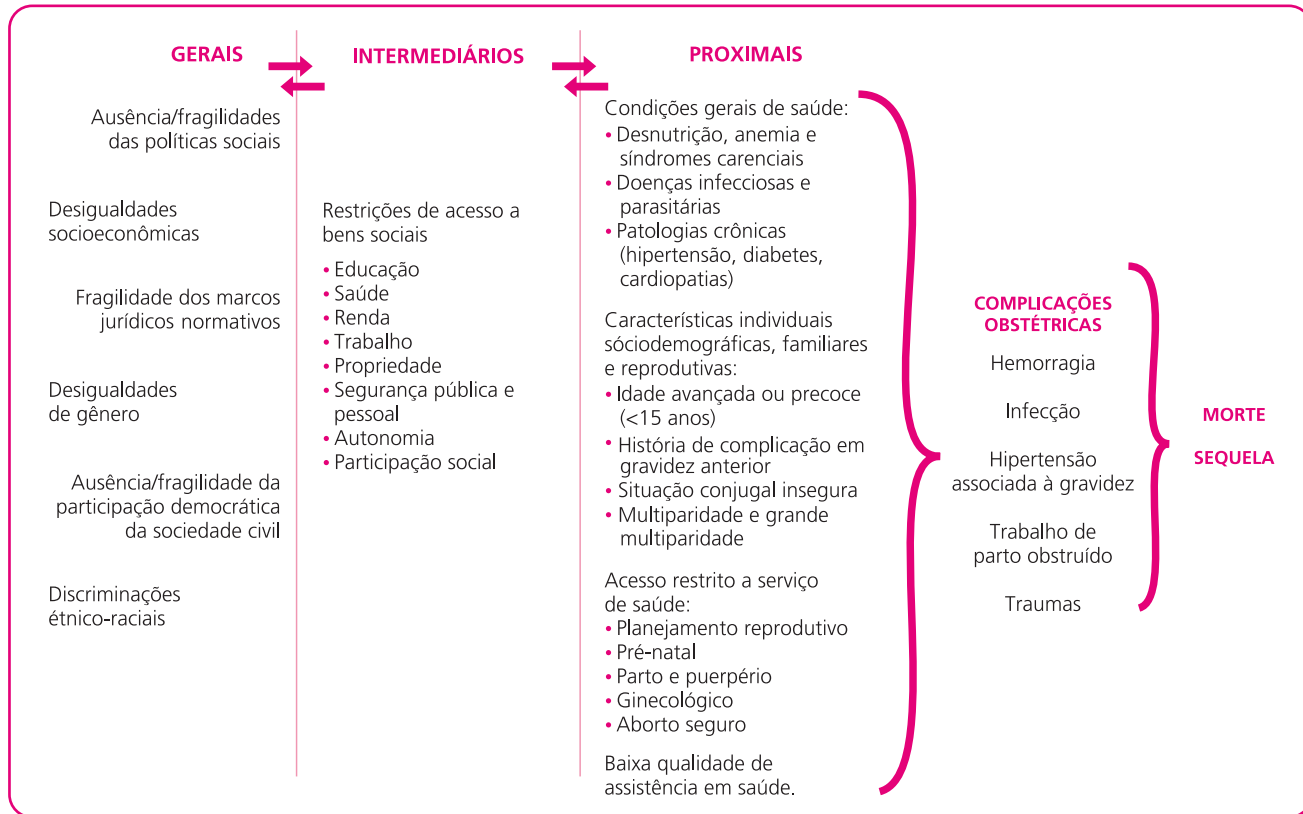
Observe novamente a Tabela 2. Compare o Brasil com os países que apresentam RMM menores. Faça uma reflexão sobre a associação entre indicadores socioeconômicos e de serviços e investimentos em saúde e a RMM no Brasil.

Para entender o significado das relações do conjunto de fatores identificados na determinação do óbito materno, apresentaremos um modelo teórico de análise dos determinantes. A construção do modelo visa integrar os fatores sociais, biológicos e de comportamento e elucidar as relações que se estabelecem entre eles e, assim, contribuir para o entendimento da ocorrência da morte materna.

Este modelo teórico pode ser bastante útil não apenas para favorecer uma compreensão ampliada do fenômeno da morte materna, como também para ajudar a rastrear múltiplos fatores e dimensões que contribuíram para a ocorrência do óbito. Os dados são obtidos com base nos sistemas de informações e de investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil pelos responsáveis pela vigilância dos óbitos e pelos comitês de mortalidade.

Segundo este modelo, os resultados da gravidez seriam influenciados por três níveis de determinação: **geral**, **intermediário** e **proximal**. Os determinantes gerais dizem respeito às estruturas maiores de desigualdades sociais, como condições socioeconômicas, gênero e discriminação étnica racial. Os intermediários se referem às condições de acesso a recursos ou bens sociais, como educação, saúde, trabalho, entre outros. Os determinantes proximais são mais imediatamente percebidos nas práticas assistenciais, como condições gerais de saúde da mulher, características individuais sociodemográficas, familiares e reprodutivas, acesso a serviços de saúde reprodutiva e qualidade da assistência recebida. Esses três níveis de determinações estão absolutamente inter-relacionados. Veja o Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo de análise dos determinantes da mortalidade materna



Fonte: Adaptado de McCarthy J. e Maine (1992).

Se analisarmos como se distribui a mortalidade materna no Brasil entre mulheres de distintos grupos sociais, podemos perceber como operam essas desigualdades sociais em saúde. Dados do SIM, referentes ao ano de 2008, demonstram que mulheres brasileiras com quatro anos ou menos de escolaridade tiveram um risco 3,7 vezes maior de morrer por causa materna do que aquelas com 9 a 12 anos de escolaridade. Estudos demonstram também que mulheres pretas residentes nas capitais brasileiras apresentaram razão de mortalidade materna 7 vezes maior que as brancas ou pardas (CHOR; LIMA, 2005), e que o risco para negras variou entre 3,6 (Bahia) e 8,2 vezes (Paraná) (MARTINS, 2006).



Conheça mais sobre a mortalidade materna no Brasil! Acesse: www.datasus.gov.br e vá até os links *Informações em Saúde* e depois acesse *Estatísticas Vitais*.

Também a população indígena apresenta maior vulnerabilidade à mortalidade materna. No estado do Mato Grosso, entre 2000-2006, foi observado um risco 5 vezes maior de mortalidade materna entre indígenas, quando comparado com o de mulheres brancas. Neste estudo, também ficou evidenciada uma maior mortalidade materna para as mulheres negras (TEIXEIRA et al., 2012). Cabe destacar a necessidade de valorizar e melhorar a qualidade de informação sobre etnia/raça/

cor nas estatísticas de saúde para tornar possível um melhor enfrentamento do contexto que leva a estes diferenciais.

Diante do nível de RMM observado em nosso país, mostra-se necessário desenvolver um conjunto de estratégias de aprimoramento da assistência à saúde da mulher. Entre elas destacamos:

- ☉ ações relacionadas ao planejamento reprodutivo e ao aborto;
- ☉ qualificação da atenção pré-natal realizada pelas equipes de atenção à saúde;
- ☉ articulação entre a atenção básica e a atenção hospitalar;
- ☉ identificação e encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados;
- ☉ melhoria da qualidade da atenção ao trabalho de parto e ao pós-parto e do atendimento às emergências obstétricas.

Concomitantemente a essas ações que incidem nos determinantes proximais da mortalidade materna, é imprescindível o investimento em políticas sociais voltadas para aumento da escolaridade, melhor distribuição da renda, redução da pobreza e superação das desigualdades por motivos étnico/raciais e de gênero – determinantes gerais e intermediários importantes da saúde materna e infantil.

A agenda de saúde das mulheres: aspectos históricos, conceituais e políticos

Desde a redemocratização do país, o Estado e a sociedade brasileira têm assumido compromisso crescente com a promoção da equidade de gênero e a melhoria das condições de saúde e da promoção dos direitos reprodutivos das mulheres. Com esse objetivo, ao longo das últimas décadas, foi desenvolvida uma série de políticas de saúde, tendo como marco o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Lançado em 1984, o programa representou uma política inovadora por vários motivos:

- ☉ Sua criação foi resultado de lutas de movimentos sociais que tiveram papel importante no período de redemocratização do Brasil, como os de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e o Movimento de Reforma Sanitária.
- ☉ Foi o primeiro programa de saúde a incorporar a noção de **integralidade**, bandeira cara àqueles que lutaram pela reforma do sistema de saúde brasileiro e que se inspira no ideal de direitos e justiça social no acesso à saúde.

- 9 Introduziu uma visão de mulher diferente daquela dos programas materno-infantis anteriores, centrada apenas em seu papel maternal. As mulheres são consideradas como sujeitos de direitos plenos, seja na esfera familiar e reprodutiva, seja no que se refere à sua saúde e bem-estar, seja no que diz respeito à sua participação na sociedade.



O Paim incluiu ações de assistência clínica e ginecológica para as mulheres em todas as fases de sua vida, desde a adolescência até a terceira idade. Além disso, enfatizou a importância de ações educativas e preventivas que deveriam permear todas as práticas assistenciais. Estabeleceu diretrizes e objetivos visando a ampliação do acesso e a universalização da assistência às mulheres e o aprimoramento de ações como assistência ao pré-natal, parto e puerpério; atenção ao planejamento familiar e às mulheres no climatério; controle das doenças transmitidas sexualmente e do câncer cérvico-uterino e mamário; além de outras necessidades identificadas com base no perfil populacional e epidemiológico das mulheres.

Integralidade

Conforme Mattos (2001), integralidade é uma noção com múltiplos sentidos, que aponta para “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”. Um bom ponto de partida para entender os sentidos da

integralidade é considerar que a saúde e o adoecimento das pessoas não são meros fatos biológicos, mas são também determinados pelas suas condições de vida e suas formas de participação na sociedade.

Em seus vários sentidos, a integralidade diz respeito a um conjunto de características das práticas de saúde, em pelo menos três grandes dimensões:

1. na relação entre os profissionais de saúde e os usuários;
2. na forma de organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde;
3. no desenho e na implementação de políticas e programas de saúde específicos.

Em qualquer uma dessas dimensões, a assistência integral é aquela que se assenta nos seguintes princípios:

- Os “usuários” são sujeitos, possuem uma história, são portadores de saberes e titulares de direitos.
- Escutar, dialogar e procurar entender as necessidades dos usuários de modo abrangente é pré-condição para prover cuidados integrais e efetivos em saúde.
- Todo encontro entre usuários e profissionais, todo ato de cuidado em saúde são oportunidades para promoção e prevenção em saúde e para troca de informações e conhecimentos.
- Os cuidados em saúde devem ser integrados, coordenados e continuados. Para isso, os vários profissionais e serviços de saúde devem se comunicar e trabalhar de forma articulada e colaborativa.
- Os princípios da integralidade e da equidade convergem quando se organiza a porta de entrada nos serviços de saúde de modo a garantir a universalidade do acesso e quando o acolhimento e a assistência se baseiam no princípio da não discriminação, seja por motivos socioeconômicos, de cor de pele, de sexo, religião, escolaridade, orientação sexual, idade, origem étnica ou qualquer outro fator.

Fonte: Mattos (2001).



Para refletir

O que você entende por Assistência Integral à Saúde da Mulher no ciclo gravídico puerperal?

Na década de 1990, o processo de implementação do Paim foi influenciado pelos princípios e pelas diretrizes da nova política de saúde, cuja expressão maior foi a criação do SUS, e por processos que a partir de então se desencadearam, como a municipalização da saúde e a descentralização das ações, a reorganização e a ampliação dos serviços de atenção básica.

No plano internacional, duas conferências convocadas pela ONU também favoreceram o avanço das políticas de saúde voltadas para as mulheres: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), realizada no Cairo e a Conferência Internacional da Mulher, em Pequim (1995). Nesses eventos foram consagradas as noções de **direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva**. O Brasil foi signatário dos documentos finais dessas conferências, assumindo o compromisso de desenvolver leis e políticas públicas para a promoção desses direitos e da saúde reprodutiva de sua população.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

Organização das Nações Unidas, Cairo, 5 a 13 de setembro de 1994

Os direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva mereceram destaque no Relatório.

Segundo o Capítulo VII, § 7.3,

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

O Capítulo VII, § 7.2, afirma

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade à sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. ►

Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994). ■

Desde o lançamento do Paim até os dias atuais, a agenda de Assistência Integral à Saúde da Mulher experimentou expansão relevante. Novos temas, programas e ações assistenciais foram incorporados, respondendo a mudanças do quadro epidemiológico e absorvendo novas demandas dos movimentos de mulheres, conforme pode ser observado no Anexo A, ao final do capítulo.

Em 2004, o Ministério da Saúde, considerando a prioridade dada pelo governo à saúde da mulher, lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), articulando temas e ações de saúde que haviam sido desenvolvidos em diversos programas e políticas ao longo dos últimos vinte anos.

Um avanço importante dessa nova política é o reconhecimento da diversidade da população feminina brasileira e, nesse sentido, a PNAISM propõe ações para atender as necessidades de mulheres rurais, negras, indígenas, lésbicas, com deficiência, em situação de prisão, adolescentes e terceira idade. Além disso, aborda temas pouco tratados nos programas anteriores, como doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental e abortamento. Enfim, além de reiterar os princípios da equidade, da integralidade e dos direitos, a PNAISM afirma que

a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres diante da identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004b).

Assistência à saúde materna

Na área específica da assistência à saúde materna, desde o final da década de 1980 foram implementadas importantes iniciativas do Ministério da Saúde, em conjunto com gestores estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa, grupos de profissionais de saúde, movimentos

de mulheres e de humanização do parto e outros setores da sociedade civil, para promover a saúde e a redução da morbimortalidade materna e neonatal. O Quadro 2 apresenta em ordem cronológica algumas das iniciativas mais importantes.

Quadro 2 – Marcos importantes das políticas de assistência pré-natal, parto e puerpério

Ano	Iniciativas
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação dos primeiros Comitês Estaduais de Mortalidade Materna.
1992	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Eliminação do Tétano Neonatal. MS.
1994	<ul style="list-style-type: none"> • Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais. MS. • Projeto Maternidade Segura. MS/UNICEF/FEBRASGO. • Criação da Comissão Nacional de Morte Materna.
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Ações para melhoria da assistência obstétrica e redução da cesariana. Portarias n. 2.815 e 2.816. MS. • Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a Gestação de Alto Risco. Portaria n. 3.016 e 3.477. • Campanha “Natural é parto Normal”. CFM/MS.
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição do Prêmio Galba de Araújo como reconhecimento para estabelecimentos de saúde que apresentem atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados. Portaria GM/MS n. 2883. MS. • Apoio técnico-financeiro para realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. • Criação de Centros de Parto Normal no âmbito do SUS. Portaria GM/MS n. 985.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento. Portaria n. 569/GM/MS. • Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. MS.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Portaria n. 652 GM/MS. • O óbito materno torna-se evento de notificação compulsória. Portaria n. 653 GM/MS.
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia às parturientes de direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Lei Federal n. 11.108. • Inclusão da sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória. Portaria MS n. 33.
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária. MS. • Resolução dispõe sobre funcionamento e estrutura dos Bancos de Leite Humano (BLH). RDC n. 171.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Lei dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Lei Federal n. 11.634. • Aprovação das normas para implantação do Método Canguru, atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Portaria GM/MS n. 1.683. • Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo. • Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. MS.

Quadro 2 – Marcos importantes das políticas de assistência pré-natal, parto e puerpério (cont.)

Ano	Iniciativas
2008	<ul style="list-style-type: none"> Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Portaria GM/MS n. 1119. Definição do repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Portaria GM/MS n. 3.136. Regulação dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. RDC n. 36.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal. MS.
2011	<ul style="list-style-type: none"> Rede Cegonha. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria n. 2.351, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Portaria n. 650 de 5 de outubro de 2011.

Com o objetivo de contribuir para uniformizar a conduta dos diversos profissionais de saúde e para facilitar a atuação integrada da equipe de saúde no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que acometem a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, o MS vem elaborando manuais técnicos. O Quadro 3 lista algumas publicações.

Quadro 3 – Manuais técnicos do Ministério da Saúde na área da assistência obstétrica

Ano	Manuais
2001	<ul style="list-style-type: none"> Gestação de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. MS. Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher. MS.
2005	<ul style="list-style-type: none"> Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. MS. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. MS
2007	<ul style="list-style-type: none"> Manual dos comitês de mortalidade materna. MS.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. MS. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. MS Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. MS
2010	<ul style="list-style-type: none"> Gestação de alto risco. Manual técnico. 5ª edição ampliada e revisada. MS. Avaliação e manejo em emergências obstétricas: hemorragia pós-parto. MS. Avaliação e manejo em emergências obstétricas: pré-eclampsia e eclampsia. MS. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares.



Para saber mais sobre as publicações recentes relacionadas à saúde da mulher, acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24902

Quadro 3 – Manuais técnicos do Ministério da Saúde na área da assistência obstétrica (cont.)

Ano	Manuais
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos legais do atendimento a vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais da saúde. MS • Anticoncepção de emergência - perguntas e respostas para profissionais da saúde. MS • Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. MS • Política nacional de atenção a saúde da mulher. MS • Além da sobrevivência: práticas integrativas de atenção ao parto, benéficas para a saúde das mães e crianças. MS
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Caderno de atenção básica: pré-natal de baixo risco. MS.



Conheça o manual “Maternidade segura: assistência ao parto normal, um guia prático” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) no site http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

Debates internacionais também contribuíram para renovar e ampliar as políticas de assistência obstétrica no Brasil. Em 1996, a OMS, com base em evidência científica produzida por pesquisa desenvolvida em colaboração internacional, sistematizou um conjunto de recomendações para a condução do parto normal, categorizando-as em:

- ⊕ práticas úteis que deveriam ser estimuladas;
- ⊖ práticas prejudiciais ou ineficazes que deveriam ser banidas;
- ⊕ práticas para as quais não havia ainda evidências suficientes de sua eficácia e segurança e deveriam ser utilizadas com cautela;
- ⊕ práticas úteis, mas cujo o uso deveria ser mais criterioso.

Conforme mencionado no capítulo anterior, a Cúpula do Milênio, em 2000, também incrementou o debate sobre as ações na área da saúde materna e infantil em nosso país. Para o cumprimento do “Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil” e do “Objetivo 5: Melhorar a saúde das gestantes”, o governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, tomou medidas importantes.

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Pacto (BRASIL, 2004a) sistematizou uma série de ações estratégicas para a redução da mortalidade de gestantes, puérperas e recém-nascidos e alinhavou compromissos entre gestores das três esferas de governo, profissionais de saúde e um conjunto de movimentos sociais e organizações da sociedade civil para a transformação do quadro epidemiológico e a efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil.

Mais recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a estratégia Rede Cegonha, uma iniciativa inovadora que visa implementar, em

todo o país, uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Com a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, a implementação de Boas Práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, a atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses e o acesso às ações de planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha tem como objetivos mais gerais:

- ☉ fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses;
- ☉ organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- ☉ reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

As ações integradas propostas pela estratégia Rede Cegonha constituem uma **Linha de Cuidados Integrals de Atenção à Saúde Materno-Infantil**. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes têm acompanhamento, tomando a unidade básica de saúde, próxima a sua casa, como referência, e sabem com antecedência onde darão à luz (vinculação da gestante à maternidade).

Observe a Figura 2, mais adiante, que a gestante de risco habitual é vinculada e realiza seu parto na maternidade de baixo risco ou centros de parto normal. Já a gestante de alto risco, é vinculada e faz seu parto na maternidade de alto risco de referência da RAS.

Entre as estruturas estão as Casas da Gestante, do Bebê e da Puérpera, que dão acolhimento e assistência às gestantes, puérperas ou recém-nascidos de risco, e os Centros de Parto Normal, que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento.

A rede hospitalar obstétrica de alto risco também é fortalecida com a ampliação progressiva da quantidade de leitos na rede SUS, de acordo com as necessidades apresentadas pelos municípios.

Outra ação prevista é equipar as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) para o transporte seguro dos recém-nascidos.



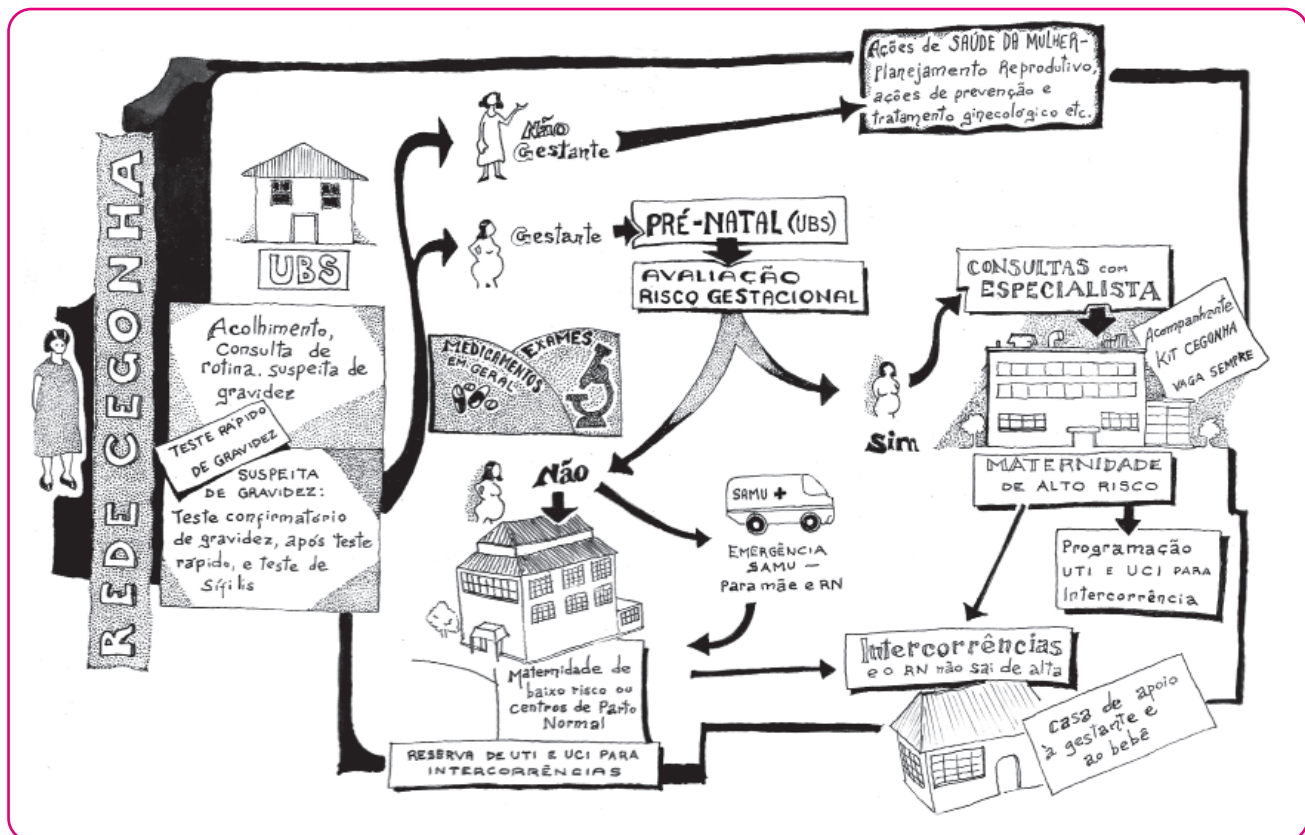
Para conhecer mais sobre as ações estratégicas da Rede Cegonha, indicamos o site www.saude.gov.br/redecegonha

No Capítulo 1, item "Aprimoramento do Pacto pela Saúde: Contrato Organizativo e Ação Pública (Coap)", foi apresentado que o desenvolvimento da linha de cuidado contribui para organização de RAS. A Rede Cegonha é uma das diferentes RAS temáticas. Sugerimos a releitura desse item.

Ainda como parte das ações da Rede Cegonha, às mulheres no puerpério é garantida a assistência ao planejamento reprodutivo; às crianças, atenção integral à saúde nos primeiros dois anos de vida.

A Rede Cegonha prevê a qualificação dos profissionais de saúde que atuam tanto na atenção primária como em serviços de urgências obstétricas; a criação de estruturas de assistência e acompanhamento das mulheres; e o reforço na rede hospitalar convencional. A proposta é garantir que sempre haverá vaga para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde (gestante não peregrina) (BRASIL, 2011).

Figura 2 – Linha de cuidado da gestante e do recém-nascido



Fonte: Adaptado de Powerpoint da Rede Cegonha, da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em 2011.

Para refletir

Observe a Figura 2. Quais são os desafios em seu município para a implementação de uma linha de cuidado à gestante e ao neonato?

Assistência à saúde reprodutiva das mulheres: como estamos?

Durante todo o processo de construção do SUS, a rede de serviços públicos de saúde e o acesso da população brasileira aos cuidados de saúde ampliaram-se de maneira considerável, permitindo avanços na concretização dos princípios da universalidade e da equidade e na garantia do direito à saúde.

A atenção básica tem tido papel destacado no processo de universalização do acesso, ao ser proposta como principal porta de entrada no sistema de saúde e organizadora do acesso aos serviços de maior complexidade, permitindo a integração do sistema de saúde em seus vários níveis. Nesse sentido, cabe a atenção básica também a responsabilidade pela coordenação e continuidade dos cuidados prestados às pessoas no sistema de saúde, aspectos centrais da integralidade. Para a saúde reprodutiva, os avanços na implementação da rede de atenção básica são muito importantes, uma vez que grande parte dos cuidados envolve ações de promoção e prevenção em saúde.

Variáveis relacionadas à assistência pré-natal, ao planejamento reprodutivo e à prevenção de câncer de colo uterino são indicadores privilegiados para o monitoramento da assistência à saúde reprodutiva das mulheres na atenção básica.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) mostrou, conforme podemos observar na Tabela 3, que o acesso à assistência pré-natal tornou-se quase universal no Brasil, alcançando 98,7% das gestantes (LAGO; LIMA, 2009). Dessas gestantes, 16,4% iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre. Para as mulheres que conseguem acesso ao pré-natal, o maior obstáculo se refere à qualidade das ações oferecidas: 19,1% não realizaram o mínimo de seis consultas; quase 25% não fizeram a vacinação antitetânica; pelo menos 10% deixaram de fazer exames de sangue e/ou urina; e quase 40% não receberam informação sobre a maternidade onde teriam o filho.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 entrevistou aproximadamente 15.000 mulheres, de 15 a 49 anos de idade, e responsáveis por aproximadamente 5.000 crianças menores de 5 anos, número representativo das cinco macrorregiões do Brasil e dos contextos urbano e rural (BRASIL, 2008).

A pesquisa teve entre outros objetivos caracterizar a população feminina em idade fértil e as crianças menores de 5 anos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais e avaliar o acesso a serviços de saúde e a medicamentos (BRASIL, 2008).

Tabela 3 – Distribuição percentual de nascidos vivos, segundo características da assistência recebida durante o pré-natal, segundo macrorregiões, 2006

Indicador	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil	p
Pré-natal							
Fez pré-natal	96,1	97,9	99,8	99,4	98,2	98,7	<0,001
1º consulta no 1º trimestre	76,9	80,2	85,5	87,6	87,1	83,6	0,011
1 ou + doses de vacina antitetânica na gestação do 1º filho	85,0	87,8	67,6	77,5	79,0	76,9	<0,001
Fez exame de sangue	89,8	89,1	94,1	89,2	92,3	91,5	0,016
Fez exame de urina	88,4	85,4	90,5	76,1	85,9	86,6	<0,001
Tinha cartão de pré-natal	97,1	94,1	95,7	95,0	92,8	95,1	0,282
Informada sobre a maternidade	55,6	51,5	66,3	73,6	64,7	61,9	<0,001
Fez 6 ou + consultas	64,9	72,3	88,2	87,5	83,7	80,9	<0,001

Fonte: Lago e Lima (2009).

Para refletir

Observe novamente a Tabela 3. Faça uma reflexão sobre o comportamento dos diferentes indicadores da assistência pré-natal segundo as regiões brasileiras.

No âmbito da assistência hospitalar, o acesso ao parto assistido por profissionais qualificados e a disponibilidade e o uso apropriado de tecnologias são indicadores importantes da oferta e qualidade da assistência à saúde reprodutiva. A PNDS 2006 mostrou elevado percentual de partos hospitalares no Brasil (98,4%), assistidos por médicos ou enfermeiras (97,0). Entretanto, há desigualdades significativas entre as regiões do país (LAGO; LIMA, 2009). Veja a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição percentual de nascidos vivos, segundo indicadores da assistência recebida durante o parto, segundo macrorregiões, 2006

Indicadores da assistência ao parto	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil	Valor de p
	Parto						
Parto hospitalar	92,2	97,7	99,9	99,5	99,2	98,4	<0,001
Atendida na 1º maternidade	90,6	88,3	88,7	96,1	86,8	89,6	0,002
Assistido por médico/enfermeira	92,5	94,3	98,8	99,8	98,5	97,0	<0,001
Parto cesáreo	30,7	32,0	51,7	51,6	48,8	43,8	<0,001
Cesariana agendada	43,7	40,0	47,2	50,7	49,5	46,2	0,448
Cesariana em 1º filho	38,0	34,0	57,2	53,2	50,7	48,3	<0,001
Alívio da dor no parto normal	18,3	17,4	46,7	37,4	27,0	30,4	<0,001
Fez episiotomia	54,8	65,5	80,3	78,5	78,8	71,6	<0,001
Com presença de acompanhante	15,4	12,1	18,5	19,3	16,3	16,3	0,034

Fonte: Lago e Lima (2009).

Segundo a mesma pesquisa, 89,6% das mulheres conseguiram ter os seus bebês no primeiro serviço procurado, mas 43% das gestantes que realizaram pré-natal no SUS não haviam sido informadas sobre a maternidade que deveriam procurar no momento que começassem o trabalho de parto. Eliminar a peregrinação em busca de atendimento no momento do parto é meta prioritária em qualquer estratégia de redução da morbimortalidade materna e neonatal. Para isso, é fundamental a definição durante o pré-natal da maternidade onde vai ocorrer o nascimento, o estabelecimento de mecanismos eficazes de encaminhamento e a vinculação da gestante a esse serviço. É preciso ter a garantia de que ela terá meios para se locomover até lá quando iniciar o trabalho de parto.

Outros indicadores da assistência ao parto e ao puerpério também precisam ser melhorados. O percentual de partos cesáreos é muito alto no Brasil (43,8%), com tendência à elevação nos últimos anos; quase metade dessas cesarianas foi pré-agendada (46,2%); foram realizadas **episiotomias** em 71,6% dos partos normais, quando o uso rotineiro desse procedimento é considerado inapropriado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Em apenas 16,3% dos casos, o parto contou com a presença de acompanhante; as práticas de alívio da dor (banhos quentes, massagens, analgesia, anestesia) não alcançaram mais que 30% dos partos normais; e apenas 32% das puerperas tiveram consulta pós-natal.

Episiotomia é um corte cirúrgico feito no períneo, a região muscular que fica entre a vagina e o ânus. O corte é feito durante o parto normal, com a ajuda de uma anestesia local (se a mulher já não estiver anestesiada), para facilitar a passagem do recém-nascido.

Para refletir

Observe novamente a Tabela 4. Faça uma reflexão sobre o comportamento da assistência ao parto segundo as regiões brasileiras.

O relatório da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados”, divulgado pela Fundação Perseu Abramo (2010), revelou um dado preocupante e que exige profunda reflexão: uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência no pré-parto ou no parto. Dessas, 74% aconteceram na rede pública de saúde. Entre as violências relatadas encontra-se a violência verbal, “não chora que no ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou nem chamou a mamãe, por que está fazendo (isso) agora?”. A pesquisa também revela que 10% das mulheres que solicitaram algum tipo de alívio para a dor não foram atendidas e 9% foram ofendidas com gritos do atendente.

Considerações finais

Apesar dos avanços observados a partir da década de 1990 no que diz respeito ao direito à saúde, para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal é necessário aprofundar a implementação das políticas e dos programas desenhados; ampliar o acesso aos serviços e às ações previstas; investir permanentemente na melhoria da qualidade da assistência; e instituir a prática de monitoramento e avaliação em saúde reprodutiva.

Paralelamente, são necessárias políticas públicas e a participação ativa da sociedade para reduzir as desigualdades sociais e as discriminações de gênero e étnico-raciais. Nesse sentido, estamos todos implicados, sejamos profissionais de saúde ou de outra área, atuando no setor público ou no privado, participando das ações de vigilância e controle da mortalidade materna, infantil e fetal. Com representantes de poderes públicos, de profissionais de saúde ou da sociedade civil.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução n. 36, de 3 de junho 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução n. 171, de 4 de setembro 2006. Dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento de bancos de leite humano. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 set. 2006.

AUDI, C. A. F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006a.

BRASIL. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *PNDS 2006*: pesquisa nacional de demografia e saúde: relatório final. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 33, 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 111, 15 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 652, de 28 de maio de 2003. Institui a Comissão Nacional de Mortalidade Materna. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 maio 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 maio 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 985, de 28 de dezembro de 1999. Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 jun. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.815, de 29 de maio de 1998. Melhorar à qualidade da assistência obstétrica relacionada à assistência ao parto normal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.816, de 29 de maio de 1998. Melhorar à qualidade da assistência obstétrica e redução da cesariana. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.016, de 19 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jun. 1998d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.136, de 24 de dezembro de 2008. Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.477, de 20 de agosto de 1998. Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 ago. 1998d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Plano operacional de redução na transmissão vertical do HIV e da sífilis*. Brasília, DF, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília, DF, 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral de saúde da mulher: plano de ação, 2004-2007*. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2011. Seção 1, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico* Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS, 2006*. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de informação sobre mortalidade: sistema de informações sobre nascidos vivos*. Brasília, DF, 2010c.

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

CHOR, D.; LIMA, C. R. de A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Relatório da Conferência ...: Plataforma de Cairo*. [S.l.], 1994.

COSTA, J. V. et al. *Análise da mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2006.

DATASUS. *Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 6 jul 2010.

DATASUS. *Arquivos de DO: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 10 abr. 2011.

DATASUS. *Arquivos de DN*: reduzida para tabulação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid10_indice.htm>. Acesso em: 6 jul 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados*. São Paulo: SESC/Departamento Regional de São Paulo, 2010. Pesquisa de Opinião Pública. Disponível em: <<http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, London, v. 375, n. 9726, p. 1609-1623, 8 May 2010.

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

LAGO, T. D. G.; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa nacional demografia e saúde: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009.

LAURENTI, R. Pesquisa na área de classificação de doenças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 112-126, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/06.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

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. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008.

LUIZAGA, C. T. M. et al. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 8-15, mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100002&lng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2011.

MCCARTHY, J.; MAINE, D. A framework for analysing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning*, New York, v. 23, n. 1, p. 23-33, Jan./Feb. 1992.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna em mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S193-S204, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *10ª revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10)*. Brasília, DF, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília, DF, 1996.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitárias mundiales*: Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estadísticas sanitarias mundiales*. uma instatanea de la salud mundial, 2012. Ginebra, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Desenvolvimento humano e IDH*. New York, 2011.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Central de Mortalidade Materna. *Relatório sobre o biênio 2003/2004*. São Paulo, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 12, n. 1, p. 27-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1519-3829&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2013.

UNICEF. *Situação mundial da infância 2011*: adolescência: uma fase de oportunidade. Brasília, DF, 2011.

UNITED NATIONS. *The millenium development goal report: addendum 2, goal 5: improve maternal health*. New York, 2010.

UNITED NATIONS. *The millenium development goal report*: 2012. New York, 2012

VIOLA, R. Mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília, DF, 2010. cap. 7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global health observatory data repository*. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=3300&theme=country>>. Acesso em: jul. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/Brazil2.pdf>. Acesso em: out. 2012.

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

Anexo A – Marcos político-institucionais importantes para a agenda da Saúde Integral da Mulher

Marcos político-institucionais	Agenda
Assistência integral à saúde da mulher	<p>1984 – Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. MS.</p> <p>2004 – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher. MS.</p>
Contracepção e planejamento reprodutivo	<p>1996 – Lei do Planejamento Familiar. Lei Federal n. 9263. Congresso Nacional.</p> <p>2005 – Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. MS.</p>
Câncer de colo de útero e de mama	<p>1996 – Programa Viva Mulher de Controle do Câncer de Colo de Útero. MS.</p> <p>1999 – Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama. MS.</p> <p>2005 – Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Mama e do Colo do Útero no Brasil, 2005 – 2007.</p> <p>2011 – Programa de Fortalecimento dos Programas de Câncer do Colo do Útero e Câncer de Mama.</p>
Abortamento	<p>1991 – Começo da implantação de serviços de assistência ao abortamento previsto por lei (secretarias estaduais e municipais de saúde).</p> <p>2005 – Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. MS.</p> <p>2011 – Atualização da Norma Técnica.</p>
Violência	<p>1998 – Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. MS (atualizada e reeditada em 2002, 2005 e 2010).</p> <p>1998 – Início da implantação de serviços de atenção à mulher vítima de violência em unidades ambulatoriais e hospitalares.</p> <p>2006 – Lei Maria da Penha. Lei Federal n. 11.340. Congresso Nacional.</p> <p>2007 – Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. SPM.</p>
Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ Aids	<p>1986 – Primeiro Programa Nacional de DST e Aids. MS.</p> <p>2003 – Manual Técnico: políticas e diretrizes de prevenção das DSTs/Aids entre mulheres. MS.</p> <p>2007 – Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DSTs. SEPM/MS.</p>
Climatério	<p>1994 – Manual de Atenção à Mulher no Climatério.</p> <p>2008 – Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. MS.</p>
Saúde das mulheres negras	<p>2004 – Criação do Comitê Técnico Saúde da População Negra.</p> <p>2004 – Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF) e outras hemoglobinopatias.</p> <p>2005 – Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Atenção à Saúde das Mulheres Negras. MS.</p>

Anexo A – Marcos político-institucionais importantes para a agenda da Saúde Integral da Mulher (cont.)

Marcos político-institucionais	Agenda
População adolescente e jovem	<p>2006 – Marco teórico e referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e de Jovens. MS.</p> <p>2010 – Diretrizes para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. MS.</p>
Outros	<p>2004 – I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Governo Federal.</p> <p>2006 – Política Nacional de Atenção Básica.</p> <p>2007 – II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Governo Federal.</p>