

### **Parte III**

## **DERECHOS REPRODUCTIVOS: SALUD MATERNA, SALUD DE LOS NIÑOS, SALUD DE LAS MUJERES**



# **MORTALIDADE MATERNA: UM ESTUDO DOS NÍVEIS E DAS CAUSAS DE ÓBITOS NO MÉXICO E NO BRASIL ENTRE 2000 E 2004**

*Glaucia dos Santos Marcondes<sup>1</sup>*

*Ana Paula Belon<sup>2</sup>*

“Medir no es solo un asunto técnico,  
pero particularmente en Salud Pública,  
medir bien, es un asunto de derechos humanos”  
(Palacios, 2008:25)

## **Uma questão de saúde e de direitos**

A mortalidade materna se apresenta como um grave problema social e de saúde pública, representando um importante indicador para avaliar as condições de assistência à saúde feminina. A preocupação com as mortes maternas está relacionada, principalmente, às repercussões sociais e econômicas que a morte de uma mulher acarreta para as famílias, na medida em que elas assumem atribuições centrais na organização e manutenção familiar. As mães continuam a desempenhar um papel importante na educação e no desenvolvimento dos filhos, assim como nos cuidados para com os idosos. Além disso, dados sociodemográficos de países latinoamericanos apontam que um número crescente de mulheres tem se tornado a principal ou única provedora do sustento familiar. Em algumas situações tal perda pode significar desamparo afetivo, estrutural e financeiro. Outra questão que reforça a preocupação com as mortes maternas diz respeito ao fato de que se trata de um evento que em grande medida pode ser evitado através da adoção de ações preventivas e relativamente simples de acompanhamento clínico.

Segundo Trucios (1994), a eficácia das ações de saúde que visam prevenir as mortes maternas e garantir uma maternidade segura estão intimamente relacionadas ao tipo de disponibilidade, acessibilidade, acei-

tação, utilização e qualidade dos serviços prestados durante o ciclo grávido-puerperal quanto nas demais fases da vida reprodutiva feminina.

As discussões e a busca por soluções para esta problemática repercutiram com maior intensidade a partir da Conferência do Cairo (CNPD, 1994), onde se consolidou o conceito de saúde reprodutiva que promove o entendimento da reprodução enquanto um direito essencial dos indivíduos. 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 presentes ao longo da vida dos sujeitos. Neste sentido, vigora um certo 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 e, principalmente, com acompanhamento periódico e de boa qualidade durante a gestação, no parto e no puerpério, prevenindo as causas que podem levar à morte. Entende-se sob este prisma, que as ações para reduzir as mortes maternas são de ordem política, legislativa, intersetorial, institucional e que necessita de ampla participação social (Trucios, 1994).

Ampliar o acesso e melhorar o atendimento à saúde das mulheres esteve na pauta das principais conferências e encontros internacionais realizadas pela ONU ao longo das últimas duas décadas. Nesses eventos, países em desenvolvimento têm sido cobrados e têm se comprometido a investir e implementar ações que reduzam os seus altos níveis de mortalidade infantil e materna.

Em vários países latino-americanos, os movimentos de mulheres configuram-se como atores sociais de extrema importância no tratamento dessas questões. No Brasil, a articulação de diversos grupos contribuiu de forma decisiva na implantação de políticas sociais no campo da saúde, de grande relevância para a promoção do bem-estar geral das mulheres. Essas políticas desencadearam um processo que deslocou a centralidade do paradigma da saúde materno-infantil, voltada primordialmente para os cuidados com as crianças pequenas, para uma abordagem mais ampla da saúde voltada para os princípios de respeito à cidadania e aos direitos humanos. Nesse contexto, em 1983, surge no cenário da redemocratização política brasileira o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

A concepção de assistência integral à saúde da mulher se dissemina pelos países latino-americanos, ganhando ainda maior evidência no tratamento da mortalidade materna. Dois encontros ocorridos no ano de 1987, um no Quênia e outro na Costa Rica, foram os primeiros grandes eventos a dar 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. No primeiro encontro,

realizado em Nairobi, foi lançado a Iniciativa por uma Maternidade sem Riscos, que tinha como meta para os países a redução da taxa de mortalidade materna pela metade até o ano de 2000 (Trucios, 1994; Ramos et al. 2004). O segundo aconteceu em San Jose de Costa Rica, no âmbito do V Encontro Internacional da Mulher e Saúde, no qual 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 (RSMLAC) (Ramos et al. 2004). No início dos anos 90, os desdobramentos desses encontros deram origem ao Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas (Trucios, 1994). Esse plano definia metas diferenciadas para os países latino-americanos. Brasil e México estavam entre os países que deveriam reduzir as mortes maternas em 30% até 1995 e mais 50% até o ano 2000.

A continuidade desse debate e das ações teve seu espaço garantido nas principais conferências internacionais realizadas pela ONU nos anos 90, entre elas a do Cairo (1994) e a de Pequim (1995). A importância particular dessas duas conferências está na forma como a noção de saúde reprodutiva se tornou uma peça fundamental para o entendimento das metas e políticas governamentais voltadas para a saúde e o bem-estar das populações como direitos humanos inalienáveis (Aquino, Araújo, Marinho, 1998; Correa, Alves, Januzzi, 2006). Ou seja, *“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”* (Correa, Alves, Januzzi, 2006:49).

Nos anos 2000, com as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, o tema da mortalidade materna figura como o quinto objetivo com a proposta de até 2015 os países signatários reduzirem em 75% os níveis de mortalidade materna observados nos anos de 1990. Além disso, propõe a redução das disparidades internas que em países como Brasil e México, por exemplo, apresentam taxas semelhantes às de países desenvolvidos para algumas regiões e em outras, taxas de países em que vigoram regimes de extrema pobreza.

Nesse contexto de negociações internacionais e transformações político-sociais, o monitoramento e avaliação dos avanços e das dificuldades no cumprimento das metas propostas constituem parte integrante do processo de garantia da cidadania. Esse acompanhamento depende do desenvolvimento de sistemas de informações com boa periodicidade e qualidade de dados. De Barbieri e Ornelas (1995) discorrem, por exemplo, que as análises empreendidas ao longo dos anos 80, referentes às condições de bem-estar e de saúde da população feminina no México eram limitadas pela qualidade das fontes existentes. Seja pela impossibilidade

de fazer desagregações que permitissem fornecer um perfil mais detalhado sobre os diferenciais de saúde entre as mulheres mexicanas, seja pela falta de uma avaliação mais criteriosa sobre a qualidade dos dados, resultando indicadores díspares e inconsistentes quando acompanhados em uma linha temporal. Um cenário não muito diferente do brasileiro. Essas limitações representam entraves reais para a elaboração de políticas sociais mais efetivas e eficazes.

Como destaca Vilela (2003), as formas de coleta de dados, o tipo de informação coletada e o método para o monitoramento de um sistema de dados são definidos e alterados conforme as prioridades políticas e sociais dos governos. Dessa forma, enfatiza a autora, a sociedade civil precisa se esforçar constantemente para não se tornar uma mera espectadora dos dados oficiais que são fornecidos. Por esta razão, instituições e organizações sociais promovem e incentivam a realização constante de estudos de caso, análises críticas sobre dados produzidos por sistemas oficiais ou ainda outros conjuntos de informações que complementem as lacunas existentes nos bancos oficiais.

Alguns países latino-americanos têm conseguido resultados significativos na promoção de melhorias na assistência à saúde de mulheres e crianças, adotando ações voltadas para o planejamento familiar (prevenção da gravidez indesejada e aborto seguro), a capacitação de profissionais (adoção de novas técnicas, instrumentais e medicamentos no acompanhamento das gestações) e em investimentos nos sistemas de informação em saúde (para monitoramento da distribuição e evolução das causas de morte e para avaliar o impacto de intervenções).

Entre os esforços empreendidos no Brasil, Souza et al. (2006) destacam os Comitês de Morte Materna que têm contribuído com a discussão dos casos fatais, a produção e divulgação de textos técnicos sobre o assunto, incluindo orientações sobre situações de urgências e emergências maternas, e a apresentação de um pacto nacional pela redução da mortalidade materna, prevendo a redução de 15% das Razões de Mortalidade Materna nas capitais brasileiras, no período 2004 a 2007.

Contudo, diante da desigualdade social e da pobreza que marcam a realidade de muitos países latinos, dados recentes divulgados pela UNFPA mostram que a redução anual das mortes maternas na região tem sido em torno de 2,2%, muito abaixo das estimativas que apontam que para atingir o quinto objetivo do milênio esse decréscimo deveria ser de 5,5% ao ano.

## **Objetivo e metodologia**

Este trabalho aborda características da mortalidade materna em dois grandes países da América Latina – Brasil e México – entre os anos de 2000 e 2004. A partir do cálculo de alguns indicadores, este trabalho visa

refletir sobre: (a) a qualidade dos dados de mortalidade feminina por causas maternas, de acesso público, via Internet, disponibilizados pelos Institutos Nacionais de Estatísticas de ambos os países; (b) e o que essas informações nos permitem aferir sobre o acesso da população feminina aos serviços de saúde nessas regiões, fornecendo elementos que contribuam para aprofundar o debate em torno dos direitos reprodutivos nos países latino-americanos.

Nesse trabalho, foram utilizados os bancos de dados de registros vitais oficiais, acessíveis através da internet. As possibilidades e limitações de cada sistema permitem uma avaliação, mesmo que de forma preliminar, da divulgação pública de informações que auxiliam no acompanhamento de diversos aspectos da dinâmica populacional e da atuação do Estado na melhoria das condições de vida da população. Para o Brasil, os dados são provenientes do *Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)* e do *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)*, disponibilizados pelo *Ministério da Saúde*. No caso do México, foram extraídos do banco de dados *Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad*, disponíveis no sítio do *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)*.

A definição de morte materna empregada nesse trabalho obedece ao critério utilizado pelos sistemas de informações, a saber, os óbitos de mulheres grávidas ou que ocorrem no período de até 42 dias após a terminação da gravidez.

Como medida de suavização dos dados, médias móveis trienais dos óbitos maternos foram calculadas, tendo como pontos centrais os anos destacados. Desse modo, os indicadores referem-se a eventos registrados no período de 1999 a 2005.

## Resultados

A cobertura e a qualidade dos registros de óbitos são fatores importantes para as análises das tendências e níveis de mortalidade de uma população. Brasil e México são países que compreendem um território de grande extensão, de população numerosa e com desigualdades internas expressivas. O que, de alguma forma, se reflete na captação das informações demográficas. Em ambos os países, há regiões em que a cobertura dos eventos vitais não atinge a totalidade, o que significa ter que considerar nas análises uma certa parcela de subregistros. Embora seja de grande importância, não constitui objeto deste trabalho aprofundar no tratamento desta questão. Mas se faz necessário certas ressalvas.

A despeito dos investimentos realizados ao longo da última década que têm melhorado não apenas o acesso da população desses países aos registros civis, como igualmente ao que se refere a qualidade das informações coletadas, os subregistros de mortes e nascimentos ainda per-

sistem. Entretanto, o cenário mais recente é de menor precariedade desses dados, o que tem possibilitado a produção de indicadores sociodemográficos mais robustos nos dois países.

No que diz respeito às informações sobre as causas de morte que atingem a população feminina, uma das maneiras de se avaliar a qualidade dos registros é observar o peso relativo das causas mal-definidas no total dos registros de óbitos de mulheres em idade fértil (15-49 anos)<sup>3</sup> (Tabela 1).

**Tabela 1**  
**Número total e participação relativa de óbitos mal-definidos de mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo grupos etários. Brasil e México - 2000 a 2004**

Grupos Etários e países	Total de Óbitos Mal-Definidos					% de Óbitos Mal-Definidos				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Brasil</b>										
15 - 19	451	411	399	367	343	10,3	9,6	9,3	8,7	8,2
20 - 24	526	507	498	475	425	10,3	10,0	9,8	9,3	8,4
25 - 29	619	586	574	563	533	10,7	10,2	10,0	9,7	9,1
30 - 34	933	849	794	753	689	12,5	11,7	11,1	10,7	9,9
35 - 39	1.244	1.178	1.120	1.087	985	12,5	12,0	11,5	11,2	10,4
40 - 44	1.652	1.618	1.549	1.506	1.356	12,8	12,5	11,9	11,6	10,4
45 - 49	2.048	2.013	1.956	1.881	1.720	12,8	12,3	11,7	11,0	10,0
<b>Total</b>	7.472	7.162	6.890	6.631	6.051	12,1	11,6	11,2	10,7	9,8
<b>México</b>										
15 - 19	42	40	36	37	39	1,8	1,7	1,5	1,6	1,7
20 - 24	39	40	41	39	38	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4
25 - 29	46	46	45	38	40	1,6	1,6	1,6	1,3	1,4
30 - 34	50	46	46	45	44	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3
35 - 39	47	49	56	50	45	1,1	1,2	1,4	1,2	1,1
40 - 44	60	60	60	59	53	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0
45 - 49	56	51	55	54	57	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8
<b>Total</b>	339	333	340	323	317	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1

*Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - Datasus/MS e Estadísticas de Mortalidad - INEGI.*

Observa-se na Tabela 1 que, entre os países, as proporções de óbitos mal-definidos não atingem valores que poderiam comprometer substancialmente a análise da mortalidade feminina em idade fértil. Contudo, os países estudados apresentam diferenciais significativos entre si, que poderia estar relacionado à qualidade de seus registros na discriminação das causas de morte. As menores proporções de óbitos mal-definidos pertencem ao México, sendo dez vezes menor do que os valores observados

para o Brasil. Enquanto os percentuais mexicanos não alcançam 1,5%, os valores brasileiros giram em torno dos 10% de causas de morte classificadas como mal-definidas. Este tipo de classificação parece atingir mais frequentemente as mortes das mulheres brasileiras em faixas etárias mais avançadas e as mexicanas mais jovens. De qualquer maneira, o comportamento dos dados revela uma situação estável e consistente nos dois países – o que confere uma certa confiabilidade na produção de estatísticas a partir desses registros.

Cabe ressaltar que este indicador igualmente serve de parâmetro para avaliar o atendimento e diagnóstico médico, na medida em que dimensiona o recebimento de atenção médica antes da morte ou da certificação da causa da morte por um profissional qualificado. Logo, altas proporções de óbitos por causas mal-definidas evidenciam a existência de deficiências no sistema de saúde. No caso de mortes femininas, alguns estudos apontam que uma parcela das causas de morte classificadas como mal-definidas de mulheres em idade fértil estariam relacionadas: (a) a abortos (principalmente em países em que a prática é considerada ilegal), (b) situações de violência, (c) complicações decorrentes do agravamento de doenças em mulheres que estavam no início da gestação e desconheciam que estavam grávidas e (d) mortes que ocorrem algum tempo depois do parto sem o acompanhamento ou avaliação de um obstetra (Wong e Perpétuo, 2006; Lima, 2000; Albuquerque et. al. 1998, Abouhzar; Wardlaw, 2001; OMS, 2002, Langer-glas, 2003; Palacios, 2008).

No que se refere às mortes maternas nos países estudados (Tabela 2), ao analisar por grupo etário quinquenal, não se observa, nos anos destacados, mudanças significativas na participação relativa desse tipo de óbito no total de óbitos de mulheres de cada grupo etário.

O México apresenta maior participação relativa dos óbitos maternos em mulheres em idade fértil (em torno dos 4,5%), sendo o dobro do valor registrado para o Brasil (cerca de 2,5%). Em ambos os países, os grupos etários inferiores a 35 anos apresentam maiores concentrações de óbitos maternos em relação ao conjunto de óbitos femininos de suas respectivas faixas etárias. Conforme demonstrado na Tabela 2, no México, são as mulheres na faixa dos 20 aos 29 anos que apresentam proporções mais elevadas de mortes maternas no total de óbitos femininos segundo o grupo etário (em torno dos 10%). No Brasil, essa faixa amplia-se de 15 a 29 anos, sendo que as maiores proporções pertencem às mulheres de 20-24 anos (cerca de 7%), mas com um ligeiro crescimento da proporção relativa de óbitos maternos na morte de mulheres na faixa etária de 15-19 anos.

Importante ressaltar a particularidade que envolve a classificação das mortes maternas. Por ser um evento que pode decorrer de uma gama diversa de fatores de ordem biológica, social e/ou ambiental, o acompanhamento mais apurado das tendências desse tipo de mortalidade torna-se mais complexo. Mesmo com um sistema de registro de eventos vitais

bem estruturado e de captação contínua, imprecisões no preenchimento dos registros ainda são freqüentes, refletindo mais comumente, no caso das mortes femininas, na sub-notificação dos óbitos relacionados à gravidez, ao parto ou puerpério. 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 nos países. Tal fato tem imposto a necessidade de aplicar medidas de ajuste nessas informações.

Estima-se que no contexto brasileiro a sub-notificação de óbitos maternos ainda seja elevada, implicando aumento em torno de 50% no número de mortes. A partir de uma detalhada pesquisa acerca das mortes de mulheres em idade fértil nas capitais brasileiras, o Ministério da Saúde do Brasil passou a adotar um fator de correção de 1,4 para os dados oficiais. Por esta razão, os dados brasileiros aqui apresentados foram ajustados por este fator de correção (Laurenti,1988; Laurenti, Jorge, Gotlieb,2004).

**Tabela 2**  
**Número total e participação relativa de óbitos maternos de mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo grupos etários. Brasil e México - 2000 a 2004**

	Total de Óbitos Maternos					% de Óbitos maternos				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Brasil</b>										
15 - 19	232	234	240	241	239	5,3	5,5	5,6	5,7	5,8
20 - 24	350	333	322	332	337	6,9	6,6	6,4	6,5	6,7
25 - 29	339	326	319	324	324	5,9	5,7	5,5	5,6	5,6
30 - 34	304	288	284	293	285	4,1	4,0	4,0	4,2	4,1
35 - 39	259	250	243	237	234	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5
40 - 44	118	113	112	113	111	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
45 - 49	22	18	18	18	18	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Total</b>	1.623	1.563	1.538	1.558	1.550	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5
<b>México</b>										
15 - 19	156	147	152	152	152	6,7	6,3	6,5	6,6	6,5
20 - 24	262	263	258	269	262	10,1	10,1	9,9	10,2	9,9
25 - 29	284	267	264	262	270	9,8	9,3	9,2	9,1	9,3
30 - 34	266	260	267	273	275	8,1	7,9	7,9	8,1	8,2
35 - 39	210	211	220	212	199	5,1	5,1	5,3	5,1	4,8
40 - 44	96	91	85	78	76	1,8	1,7	1,6	1,4	1,4
45 - 49	9	8	8	9	12	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
<b>Total</b>	1.283	1.248	1.254	1.255	1.245	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4

*Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Datasus/MS e Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad - INEGI.*

No caso mexicano, a mortalidade materna tem sido tratada como uma das questões prioritárias, na medida em que tem se mostrado a meta mais complexa e difícil de se cumprir dentro das estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Elizondo et. al., 2003). As orientações do governo mexicano se voltam em anos mais recentes, principalmente com a reforma do sistema de saúde iniciada em 2001, para uma vigilância intensa dos óbitos de mulheres em idade fértil, como forma de diminuir os sub-registros ou omissões das mortes maternas (Palacios, 2008) e ampliar as ações voltadas para a atenção à saúde da mulher durante todo o processo gestacional (Elizondo, et. al., 2003; Frenk, 2007).

Mas o que os dados mais recentes revelam? No período analisado, as Razões de Mortalidade Materna (RMM) de ambos os países apresentaram crescimento, sendo este mais elevado no México (cerca de 13%) do que no Brasil (em torno de 2%). Entretanto, padronizadas pela estrutura etária do Brasil, observa-se que o nível da mortalidade materna mexicana é 20% a 30% menor do que a brasileira (Tabela 3).

**Tabela 3**  
**Razão de Mortalidade materna (por 100 mil) de mulheres de 15 a 49 anos de idade observada e padronizada. Brasil e México - 2000 a 2004**

Países	Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil)				
	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Brasil</i>					
<i>Observado</i>	51,7	70,9	71,0	72,5	72,3
<i>México</i>					
<i>Observado</i>	52,7	52,0	54,2	56,3	58,5
<i>Padronizado*</i>	50,8	50,3	52,7	54,9	57,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Datasus/MS e Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad - INEGI.

Nota: A Razão de Mortalidade Materna do Brasil 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). \* Padronizado pela estrutura etária do Brasil

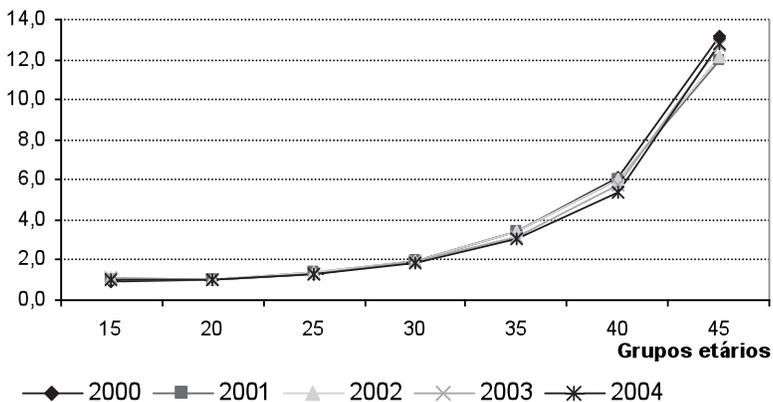
O crescimento das RMM's, em certa medida, pode estar relacionado às situações, mencionadas acima, de melhoria no preenchimento da causa básica, devido o estímulo à capacitação de profissionais de saúde e à maior sensibilização quanto à importância de se fazer um adequado registro para monitoramento da evolução e intervenção nas causas de morte.

Por outro lado, como salienta Wong (1994), a RMM é uma medida global afetada pelos níveis e padrões de fecundidade e pela estrutura etária da população feminina, o que o transforma em um indicador pouco adequado para realizar comparações, ocultando, entre outros aspectos, riscos específicos de mortalidade experimentados pelos diversos grupos populacionais. Para contemplar estes diferenciais, a autora sugere a utilização de um indicador onde se observam as diferenças relativas da mortalidade materna dos diferentes grupos etários em relação a um grupo de referência, a saber, as mulheres de 20-24 anos. Wong (1994) justifica a escolha deste grupo de referência por reunir os dados mais robustos e confiáveis e menos sujeitos às oscilações provocadas por pequenos números.

O cálculo do quociente entre as razões específicas de mortalidade materna por idade,  $m(i)$ , e a razão de mortalidade materna do grupo de 20-24 anos,  $m(2)$ , permite dimensionar para uma população, em um tempo determinado, o risco de morte de um grupo etário específico em relação aquele que representa a tendência central, sendo assim, independente das variações da fecundidade e da estrutura etária.

Os Gráficos 1 e 2 mostram que com o avançar da idade o risco relativo das mulheres aumenta de forma mais intensa no Brasil do que no México. No período destacado, a situação de risco das mulheres brasileiras praticamente não se alterou, no qual a população feminina com 40 anos ou mais tem de 6 a 13% de risco de morrer por causas maternas. Enquanto no México, para o mesmo grupo este risco não ultrapassa os 7%.

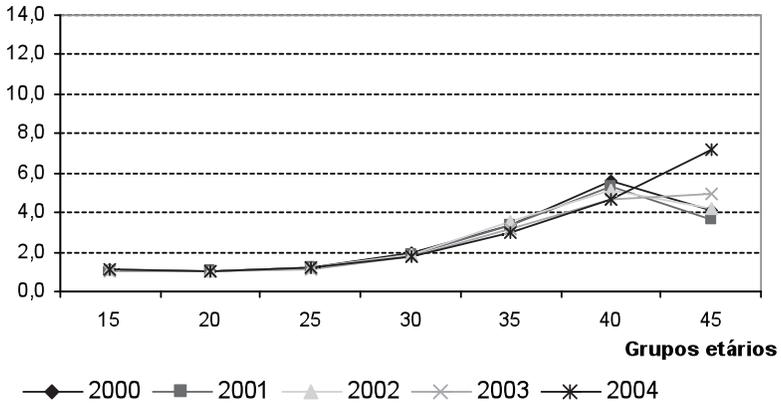
**Gráfico 1**  
**Diferença relativa entre a mortalidade materna específica por grupo etário e a mortalidade materna do grupo de 20-24 anos. Brasil, 2000-2004.**



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Datasus/MS

Nota: A Razão de Mortalidade Materna do Brasil 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).

**Gráfico 2**  
**Diferença relativa entre a mortalidade materna específica por grupo etário e a mortalidade materna do grupo de 20-24 anos. México, 2000-2004.**



Fonte: Estadísticas de Mortalidad e Estadísticas de Natalidad - INEGI.

No que diz respeito ao perfil de mortalidade materna, em ambos os países se observa maior participação relativa de causas obstétricas diretas, significando que a maior parte das mortes maternas está relacionada à assistência à gestante (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 seriam prevenidas mediante um acompanhamento de pré-natal de qualidade.

**Tabela 4**  
**Número total e distribuição relativa de óbitos maternos**  
**de mulheres de 15 a 49 anos de idade por tipos de causas.**  
**Brasil e México - 2000 a 2004**

	Óbitos Maternos					% Óbitos por causas				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Brasil</b>										
Morte materna obstétrica direta	1246	1210	1176	1161	1155	76,8	77,4	76,4	74,5	74,5
Morte materna obstétrica indireta	321	300	310	337	332	19,8	19,2	20,2	21,7	21,4
Morte materna obstétrica não especificada	56	53	53	60	63	3,4	3,4	3,4	3,8	4,1
Total	1623	1563	1538	1558	1550	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>México</b>										
Morte materna obstétrica direta	1135	1095	1083	1050	1023	88,4	87,7	86,3	83,6	82,1
Morte materna obstétrica indireta	146	151	169	202	218	11,4	12,1	13,5	16,1	17,5
Morte materna obstétrica não especificada	2	2	2	4	4	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Total	1283	1248	1254	1256	1245	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - Datasus/MS  
 Estadísticas de Mortalidad - INEGI.

A proporção de mortes maternas por causas obstétricas diretas foi um pouco mais elevada no México do que no Brasil, em torno de 82% e 75% respectivamente. Cabe ressaltar ainda que, ao longo do período, acompanha-se uma ligeira tendência de queda da participação relativa destas causas em detrimento do aumento das causas obstétricas indiretas. Em certa medida, isto pode estar relacionado a uma melhora, mesmo que timidamente, na assistência à gestante. No caso brasileiro, isto se reforça ao analisarmos as proporções de mulheres gestantes que realizaram pré-natal no período destacado. Em 2000, cerca de 5% das gestantes com idade entre 15 e 49 anos não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal. Esta porcentagem cai dois pontos percentuais em 2004 (2,9%), sendo que a proporção das mulheres gestantes, nesta faixa etária, que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, passou de 48% , em 2000, para 52,6%, em 2004.

No México, Elizondo et. al. (2003) discorrem que dados mais recentes mostram que a proporção de gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez está de acordo com as normas definidas pela Organização Mundial de Saúde. Contudo, a proporção daquelas que freqüentam um mínimo de sete consultas ainda é baixo, cerca de 25%, considerando apenas o sistema público de saúde (Institución Mexicana de Seguridad Social). As grávidas adolescentes e as solteiras são as que menos acessam esse serviço, decorrente em grande medida aos estigmas que ainda persistem na sociedade. Os autores ainda chamam atenção para a falta de uma cultura de cuidado com a saúde da gestante, considerando a totalidade do processo gestacional, o que inclui o período pós-parto. No estudo desenvolvido pelos autores, grande parte das mulheres demora ou não faz nenhuma consulta na fase do puerpério. Na percepção dos pesquisadores, ao incentivar o autocuidado e o seguimento correto das prescrições nutricionais, de saúde geral e das consultas periódicas, os riscos para a gestante, em grande medida, seriam amenizados ou eliminados.

Nesse conjunto de causas, uma particularmente tem despertado a atenção de pesquisadores, gestores públicos e de movimentos sociais, a saber, aquelas relacionadas à interrupção da gravidez – o aborto.

No conjunto de óbitos maternos por causas diretas, em 2004, o aborto foi responsável por 12,7% no Brasil e 8,6% no México (Tabela 5). Ao analisar o peso relativo dos óbitos por aborto no conjunto de mortes obstétricas diretas, por grupo etário quinquenal, observa-se um comportamento de elevação em praticamente todos os grupos etários. No caso brasileiro, entre 2000 e 2004, chama atenção o aumento nas proporções relativas observadas nos grupos de 30 a 34 anos e 40 a 49 anos. Para o México, além dos grupos de 40-49 anos, destaca-se também o grupo de 20 a 29 anos.

Schor (1990) aponta que as complicações decorrentes do aborto não têm recebido a devida atenção por parte de pesquisadores e gestores da saúde pública. O fato de ser um evento socialmente marcado por questões ideológicas e religiosas e que na maioria dos países latinoamericanos ser um ato passível de pena criminal, dificulta sua devida captação, assim como para uma melhor avaliação das condições de morbimortalidade feminina. Segundo a autora, há estimativas que figuram o aborto entre as principais causas de morte materna, especialmente, entre as mulheres adolescentes e jovens. Os dados acima apontam nessa direção, mas também indicam que é uma causa que afeta significativamente as mulheres mais velhas.

**Tabela 5**  
**Número total e distribuição relativa de óbitos por aborto**  
**de mulheres de 15 a 49 anos de idade no conjunto total de mortes**  
**obstréticas diretas, segundo grupos etários.**  
**Brasil e México - 2000 a 2004**

Grupos etários e países	Total de Óbitos por Aborto					% de Óbitos por Aborto no conjunto de mortes obstréticas diretas				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Brasil</b>										
15 - 19	21	21	22	23	23	11,5	11,6	12,0	12,4	12,7
20 - 24	35	33	32	32	37	13,1	12,8	13,5	13,1	14,7
25 - 29	32	30	30	31	33	12,2	11,7	12,0	12,5	13,4
30 - 34	22	23	29	30	31	9,0	10,1	13,1	13,9	14,7
35 - 39	22	17	15	14	15	11,5	8,8	8,0	8,2	9,0
40 - 44	6	4	7	7	9	6,9	5,0	8,2	8,5	10,6
45 - 49	1	1	1	2	2	4,4	7,9	12,9	17,6	17,6
<b>Total</b>	139	129	137	139	150	11,1	10,6	11,6	12,0	13,0
<b>México</b>										
15 - 19	12	13	13	13	11	9,0	10,6	10,6	10,5	8,6
20 - 24	15	16	19	22	21	6,5	7,0	9,0	9,9	10,0
25 - 29	19	19	18	21	22	7,5	8,2	8,1	10,0	10,2
30 - 34	17	17	16	15	15	7,4	7,4	6,9	6,5	6,4
35 - 39	10	10	10	12	12	5,1	5,2	4,9	6,5	6,7
40 - 44	7	6	6	6	7	7,9	7,2	8,0	8,3	11,2
45 - 49	1	1	1	1	2	8,0	11,1	10,5	14,3	16,1
<b>Total</b>	80	82	83	90	89	7,1	7,5	7,7	8,5	8,7

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - Datasus/MS  
 Estadísticas de Mortalidad - INEGI.

Alguns pesquisadores (Schor, 1990; Martins et al., 1991; Langer-glas, 2003) enfatizam que é preciso modificar a abordagem sobre o aborto, não apenas na ampliação do acesso à contracepção, mas igualmente re-avaliando as consequências que uma legislação tão restritiva sobre a questão acarreta para a vida das mulheres, na medida em que acentua as desigualdades sociais, pois as mulheres que possuem mais recursos financeiros são as que terão condições de pagar por um aborto seguro, enquanto a grande maioria se submete a procedimentos praticados por pessoas sem qualificações, as chamadas “curiosas”, ou recorrem a medicamentos sem acompanhamento médico, contribuindo, assim, para um excesso de riscos à saúde e, conseqüentemente, para o aumento da mortalidade materna.

Langer-Glas (2003) discorre que é imprescindível que os preconceitos contra o abortamento sejam combatidos para que as mulheres não sejam discriminadas e não sofram pela falta de atendimento médico na ocorrência de complicações provocadas por um aborto incompleto ou realizado de forma inadequada, assegurando os direitos previstos na plataforma de ação assinada por vários países nas Conferências de Beijim e Cairo.

### **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 da prevenção da morte materna, 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 (Palacios, 2008).

Neste aspecto, destaca-se o importante papel desempenhado por grupos de movimentos sociais, entre eles os feministas e de mulheres, que integram redes voltadas para o acompanhamento das ações em saúde como o RSMLAC, o Rede Feminista de Saúde, assim como os Comitês de Mortalidade Materna, que investigam com detalhe as condições das mortes femininas (CEMM, 2004; Palacios, 2008). Esses grupos compostos por pesquisadores, militantes e profissionais da área de saúde exercem pressão junto a políticos e gestores públicos em busca de melhores alternativas para garantir que os direitos de crianças, jovens, homens e mulheres a uma melhor condição de vida sejam respeitados.

Outro aspecto que mereceria maior atenção é o maior risco de morte materna, acompanhado nos países, entre as mulheres acima dos 35 anos de idade. Baseado na literatura médica, seria interessante observar estes dados em conjunto com as informações de parturição, uma vez que possibilitaria melhores condições de avaliar se há uma tendência nestas localidades de postergação da maternidade - o que levaria ao aumento dos riscos de morte e apontaria para a maior necessidade de atenção à saúde das mulheres em idades mais avançadas. A promoção de uma Maternidade sem Riscos para toda a população feminina depende de ações e políticas mais amplas que diminuam a profunda desigualdade social vigente nos países latinoamericanos.

Os bancos de dados informatizados e disponibilizados pela Internet se mostram ferramentas importantes para o acompanhamento público sobre a condição de saúde da população e para os investimentos financeiros e estruturais que os governos realizam. Divulgar, aprimorar e incentivar a utilização destes bancos auxilia na promoção da cidadania, per-

mitindo que as pessoas possam avaliar não apenas as condições de vida da população da qual faz parte, mas igualmente a atuação de políticos e gestores públicos.

Este trabalho procurou destacar algumas questões que têm permeado o debate na América Latina sobre a redução e a vigilância das mortes maternas. Embora os esforços empreendidos nos países analisados estejam conseguindo resultados significativos para a melhoria dos serviços de atendimento e de informações de saúde, há um longo caminho a ser percorrido para garantir não somente o direito à saúde, mas também melhores condições de vida para mulheres, homens e crianças.

## Notas

- <sup>1</sup> Centro de Recursos Humanos (CRH), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Núcleo de Estudos de População (NEPO), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- <sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.
- <sup>3</sup> 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.

## Bibliografia

- ABOUZAH, C.; WARDLAW, T. 2001. "Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress?" *Bulletin of the World Health Organization*, v. 79, n. 6, p.561-573.
- AQUINO, E. M.L.; ARAÚJO, T.V.B.; MARINHO, L.F.B. 1998. "Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica." In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.) *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.187-204.
- CEMM (Comitês de Estudos de Mortalidade Materna). 2004. Relatório Seminário "Experiências de atuação entre Comitês de Estudos de Mortalidade Materna e os Ministérios Públicos nos estados do Rio de Janeiro, de Pernambuco e do Tocantins". Recife: Reproart.
- CORRÊA, S.; ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. 2006. "Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores." In: CAVENAGHI, S.(coord.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro, ABEP, p. 14-26.
- DE BARBIERI, M.T.; ORNELAS, R.J. 1995. "El caso mexicano." In: BERQUÓ, E (coord.) *Fecundidad, Salud Reproductiva y Pobreza en América Latina*. (mimeo).
- ELIZONDO, M.E.G. et. al. 2003. "Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio em uma instituição de seguridad social mexicana." *Revista Española de salud Pública*. v. 77, n. 2, p.267-274.
- FRENK, J. 2007. "Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias." *Salud Pública de México*. Cuernavaca, v. 49, s. 1, p. 14-22.

- INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México* (SISESIM). Disponível em: <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/sisesim/sisesim.html?c=1416>.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas Vitales. *Estadísticas de Natalidad*. Disponível em: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=5679>.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas Vitales. *Estadísticas de Mortalidad*. Disponível em: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=5528>.
- LANGER-GLAS, A. 2003. "Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud em México." *Gaceta Médica de México*. v. 139, s. 1, jul-ag, p. 3-7.
- LAURENTI, R. 1998. "Marcos referenciais para estudo e investigações em mortalidade materna." *Revista de Saúde Pública*. v.22, n. 6, p.507-512.
- \_\_\_\_\_; JORGE, M. H. P.M.; GOTLIEB, S. L. D. 2004. "A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste." *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 7, n. 4, p. 449-460.
- LIMA, B. G.C. 2000. "Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: de-clínio e desigualdades espaciais." *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.7, n.3, p.256-268.
- MARTINS, I. R. et al. 1991. "Aborto induzido em mulheres de baixa renda — dimensão de um problema." *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p.251-266.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações sobre Mortalidade* (SIM). DATASUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H01Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* (SINASC). DATASUS. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H01Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>.
- PALACIOS, L.M.T. 2008. "Los registros administrativos de salud desde la óptica de género." *IX encontro internacional de estadísticas de género*. Ronda Censal 2010. Aguascalientes, México. 25p. Disponível em: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/IXeieg/default.asp?c=2638>
- RAMOS, S. et. al. 2004. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires, CEDES.
- RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. 2006. *Indicadores e dados básicos para a saúde (IDB)*. DATASUS – Ministério da Saúde. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B374C1D0E0F359G18H01Jd1L21M0N&VInclude=../site/infsaude.php>.
- RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A.A. F. 2003. "Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê

- do Estado de São Paulo.” *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.183-189.
- SCHOR, N. 1990. “Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil.” *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 24, n. 2, p. 144-151.
- TOPETE, E.G.B. et. al. 2003. “Mortalidad materna em el estado de Mexico.” *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. v. 17, n. 6, p. 199-203.
- TRUCIOS, I.D.G. 1994. “La maternidad segura en su contexto conceptual.” In: ELU, M.C.; LANGER, A. *Maternidad sin Riesgos en México*. México, DF, IMES, p. 9-22.
- UNFPA. 2003. *Maternal Mortality update 2002. A focus on emergence obstetric care*. New York.
- VILELA, W. 2006. “Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva.” In: CAVENAGHI, S.(coord.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro ABEP, p. 14-26.
- WONG, L. L. R.; PERPÉTUO, I. H. O. 2006. “A experiência piloto: os indicadores de contexto, de violência contra as mulheres e de disponibilidade e acesso a serviços e insumos.” In: CAVENAGHI, S. (org). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro, ABEP, p. 121-150.
- WONG, L. L. R. 1994. “Um modelo para estimar a mortalidade materna: a relação entre a razão de mortalidade materna e outros parâmetros demográficos.” *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. v. 11, n. 2, p.115-138.