

Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência

High maternal mortality rates in Brazil: reasons for its permanence

Carlos Augusto Alencar Júnior¹

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública. A mensuração acurada da mortalidade materna, no entanto, é notoriamente difícil, principalmente quando não existe um sistema de registro vital confiável. Apesar disso, sabe-se que o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos. A avaliação dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos mundiais, evidenciou, nos países desenvolvidos, média de sete mortes maternas, com variação de quatro a quatorze, para cada 100.000 nascidos vivos. Na Ásia, América Latina e África as médias foram, respectivamente, de 37, 71 e 498¹. A análise das causas das mortes maternas em revisão sistemática realizada pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que na África e Ásia a principal razão de morte foram os quadros hemorrágicos. Na América Latina e Caribe o motivo líder dos óbitos foi a hipertensão². Vale destacar, portanto, que a maioria dos óbitos é decorrente de causas obstétricas, principalmente diretas, sendo evitáveis em sua quase totalidade.

Nesse contexto de tamanha gravidade, a busca de caminhos e soluções para enfrentar esse anacrônico e insistente problema da mortalidade das mulheres durante o processo fisiológico da gravidez e parto continua sendo necessária. A identificação e implantação de intervenções efetivas na redução da mortalidade materna, durante o pré-natal e, preferencialmente, no parto, quando predominam as mortes, devem ser prioridades do governo e da própria sociedade. Muitas estratégias têm sido relacionadas para resolução do problema, incluindo um adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, a implantação dos comitês de mortalidade materna, o planejamento familiar, a assistência pré-natal, a utilização de parteiras tradicionais em determinados contextos, o uso de tecnologias apropriadas, o atendimento profissional capacitado e a atenção institucional ao parto.

Mesmo que um sistema adequado de registro civil não vá, por si só, diminuir o número de óbitos maternos, sua ausência ou o registro incompleto dos dados, associado à subnotificação e grande dispersão territorial de nosso país, dificultam a análise acurada das mortes maternas, favorecendo, sobremaneira, seu negligenciamento³. A mensuração adequada da mortalidade materna é extremamente difícil, existindo poucos países que a realizam de forma completa⁴. Mesmo neles há registro inadequado das causas de morte, resultando em sub-registro do número de mortes maternas⁵. Vale ressaltar que a implantação e o adequado funcionamento do sistema dependem fundamentalmente dos órgãos governamentais, embora não se possa menosprezar o papel da comunidade.

O surgimento dos comitês de morte materna trouxe a perspectiva de aquisição de informações melhores e mais acuradas sobre as circunstâncias das mortes maternas. Esse conhecimento é de fundamental importância para a correção das distorções quanto ao tamanho e qualificação do problema e, por conseqüência, para o equacionamento de medidas para prevenção e redução da mortalidade do grupo de mulheres expostas a esse risco. A análise de sua influência sobre a diminuição da mortalidade materna, no entanto, parece mostrar ser sua efetividade menor que a almejada³. As adversidades decorrentes da frágil inserção dos comitês, associadas à pequena autoridade institucional, têm prejudicado enormemente o cumprimento de suas funções, tanto no âmbito técnico como no plano político. Para que seja efetivo torna-se necessário um reposicionamento que conduza ao seu fortalecimento como mecanismo de investigação e instância de proposição de medidas para a prevenção e redução da morte materna⁶.

Tem-se postulado que o planejamento familiar oferecido efetivamente em larga proporção para a população, de forma contínua e prolongada, poderia, pelo menos em teoria, contribuir para a diminuição dos óbitos maternos, por meio da redução do número de gestações indesejadas e abortos ilegais. No entanto, o impacto do planejamento familiar sobre os índices de morte materna tem sido desalentador. Em estudo rea-

1 Diretor do Serviço de Obstetria da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand - Fortaleza (CE), Brasil; Professor Adjunto Doutor do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Ceará - UFC - Fortaleza (CE), Brasil.

Correspondência: Carlos Augusto Alencar Júnior

Rua Vicente Linhares, 1551 - apto. 1000 - Aldeota - 60135-270 - Fortaleza-CE

lizado em Bangladesh observou-se que realmente existe, com o aumento do uso dos contraceptivos, redução do número de mortes maternas. Entretanto, o índice de mortalidade materna não foi alterado. Portanto, a diminuição dos óbitos ocorre, na verdade, pelo concomitante declínio do número de nascimentos⁷.

Teoricamente a assistência pré-natal de qualidade, de fácil acesso, poderia reconhecer precocemente os sinais ou os fatores de risco para morbidade e mortalidade materna, permitindo, dessa forma, que intervenções apropriadas fossem instituídas. Lamentavelmente, uma revisão avaliando a efetividade dos fatores de risco na gravidez, no curso do pré-natal, concluiu que sua utilização não foi eficaz para prevenir as mortes maternas, além de não garantir o emprego adequado dos recursos⁸. Apesar disso, não se pode menosprezar seu valor na detecção e tratamento das complicações relacionadas à gravidez, além de permitir o correto planejamento do parto, com atendimento institucional apropriado⁹.

O incremento tecnológico proporcionou o crescente uso de instrumentos e medicamentos na prática obstétrica, provocando melhoria nas taxas de morbidade e mortalidade, tanto materna quanto perinatal¹⁰. Existem intervenções que, baseadas em evidências científicas, são capazes de no pré-natal e no parto, se efetivamente instituídas, reduzir a morbimortalidade materna. Alguns exemplos podem ser explanados. A pré-eclampsia, uma das principais causas de morte materna, especialmente nos países em desenvolvimento, pode ser prevenida pela suplementação de cálcio durante a gravidez em pacientes com risco elevado de desenvolvimento da doença e naquelas que têm baixo consumo de cálcio¹¹. O emprego do sulfato de magnésio, para prevenção das convulsões da eclampsia, também parece ter impacto na redução da mortalidade materna¹². A antibioticoterapia profilática rotineira, nos casos de cesáreas eletivas ou de urgência, provoca diminuição dos casos de septicemia, importante causa de óbito materno¹³. Na profilaxia da hemorragia pós-parto merece destaque o manejo ativo do terceiro período, com utilização de uterotônicos até dois minutos após o parto, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina abdominal até o delivramento placentário¹⁴.

O treinamento de parteiras tradicionais é outra estratégia que tem recebido constante ênfase. No entanto, sua utilização somente deverá ocorrer quando as dificuldades locais não permitirem que o parto seja efetuado por profissionais mais capacitados. Na realidade, embora pareça haver incremento no acompanhamento pré-natal, meta-análise realizada recentemente não evidenciou nenhuma melhora nos índices de morte materna¹⁵. Portanto, programas de treinamento de parteiras somente devem ser priorizados quando outras estratégias com maiores evidências de sucesso forem inviáveis. A recomendação é que o investimento dos recursos financeiros, especialmente quando escassos, seja direcionado ao treinamento de profissionais mais qualificados, proporcionando, assim, redução consistente e permanente da mortalidade materna.

Por fim, o parto institucional, ou seja, aquele realizado em unidade de saúde adequadamente preparada para esse fim, por profissionais de saúde treinados e capacitados, sugere ser a principal estratégia para reduzir o elevado número de mortes maternas. Infelizmente, a obtenção de resultados satisfatórios somente ocorre a médio ou longo prazo, havendo necessidade de investimentos elevados. Na realidade as principais variáveis que definem o nível de morbidade e mortalidade maternas de uma nação parecem ser número de partos assistidos de forma adequada, em local apropriado e com profissionais treinados, e os gastos nacionais, por pessoa, com o sistema de saúde¹. A Organização Mundial da Saúde, em 2000, ao colocar a maternidade segura como uma de suas prioridades, baseando-se nas melhores evidências científicas disponíveis à época, enfatiza a absoluta necessidade do atendimento profissional qualificado, na gravidez, parto e pós-parto imediato, com retaguarda de emergências acessíveis e funcionantes¹⁶.

Nesse contexto gostaríamos de destacar trechos do artigo intitulado “mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade-escola”, publicado nesse fascículo por Andrade et al.

“Pela freqüente falta de vagas nos hospitais terciários, a maternidade (Therezinha de Jesus) é geralmente o hospital de referência de ambulâncias que chegam de outras cidades da região, atendendo inclusive a pacientes de alto risco, embora seja classificada de baixo risco, pelo Ministério da Saúde.”

“Desde 1972 não se tem conseguido reduzir a mortalidade de maneira significativa, sendo ainda muito elevada.”

“A hemorragia é atualmente a maior causa de morte materna, com associação muito freqüente de descolamento prematuro da placenta, pré-eclampsia e eclampsia, coagulação intravascular disseminada e placenta prévia acreta.”

“Diversos casos foram de pacientes recebidas de centros menores já com hemorragia de vários dias, e a demora entre a solicitação de uma transfusão de sangue e a realização da mesma foi problema de difícil solução.”

“Em relação à morte materna, ...ocorreram em sua maioria no puerpério imediato.”

Os trechos referidos demonstram a importância do parto institucional, com profissionais preparados e qualificados. É lógico que todas as estratégias citadas previamente têm valor na redução da mortalidade materna. No entanto, enquanto não for prioridade o parto institucional continuaremos tendo elevada mortalidade materna. Os serviços, superlotados, mesmo quando adequadamente aparelhados, têm sua capacidade

de atendimento prejudicada. Não existe sistema de referência e contra-referência apropriado. As unidades terciárias são insuficientes, proporcionando, como ocorre com a Maternidade Therezinha de Jesus, atendimento de pacientes que deveriam estar em instituições de saúde mais complexas. É importante ressaltar que a predominância das mortes ocorre no parto e que, em grande número delas, não há condições de sua predição. Os serviços, portanto, têm que estar adequadamente estruturados para permitir que a vida materna seja protegida, seja com intervenções médicas imediatamente instituídas, seja com um sistema de referência e contra-referência eficaz e atuante.

Torna-se necessário que exista, para resolução do problema, elevado investimento financeiro com a saúde, com políticas públicas especificamente dirigidas à redução das mortes maternas, projetos que visem diminuir as barreiras para a assistência materna de qualidade e disponibilidade de serviços obstétricos facilmente acessíveis, sem custo, adequadamente aparelhados e com profissionais treinados e preparados.

Apesar do referido é inquestionável que, mesmo sem exercer nenhuma pressão ou influência para mudança junto a nossos governantes, os obstetras, independente de qualquer outro fator, podem contribuir positivamente para a diminuição da mortalidade materna, procurando a excelência ao atendimento à mulher nesse momento tão especial de suas vidas. Dessa responsabilidade não podemos, de nenhuma maneira, nos furtar.

Referências

1. Betrán AP, Wojdyla D, Posner SF, Gülmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health*. 2005;5:131-42.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu M, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74.
3. Cecatti JC. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(1):9-11.
4. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.
5. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987-2000. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18(6):448-55.
6. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):183-9.
7. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, van Ginneken J. Maternal mortality decline in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet*. 1997;350(9094):1810-4.
8. Rooney C. Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence. Geneva: World Health Organization; 1992. (WHO/MSM/92.4).
9. Vanneste AM, Ronsmans C, Chakraborty J, De Francisco A. Prenatal screening in rural Bangladesh: from prediction to care. *Health Policy Plan*. 2000;15(1):1-10.
10. Cecatti JC, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(6):357-65.
11. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD001059.
12. Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smith DJ. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with preeclampsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD000025.
13. Smail F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD000933.
14. International Federation of Obstetrics and Gynaecology; International Confederation of Midwives. International joint policy statement. FIGO/ICM global initiative to prevent post-partum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(12):1100-2, 1108-11.
15. Sibley L, Ann Sipe T. What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery*. 2004;20(1):51-60.
16. World Health Organization. Making pregnancy safer: a health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. Geneva: World Health Organization; 2000.