

MORTALIDADE MATERNA NO CEARÁ-BRASIL (1998 -2002): ESTUDO RETROSPECTIVO

Escolástica Rejane Ferreira Moura¹, Maria Socorro Ramos da Ponte², Raimunda Magalhães da Silva³,
Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴

RESUMO: Este estudo retrospectivo teve como objetivo analisar os óbitos maternos notificados no Ceará de 1998 a 2002 (n=621). Os dados foram fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Ceará. Para análise de associação entre variáveis utilizou-se o teste de Qui-quadrado ou a Razão de Máxima Verossimilhança para tabelas RxS. A maioria dos óbitos foi de mulheres entre 20 e 34 anos, de baixa renda, intervalo gestacional maior que dois anos e paridade de até quatro filhos. A análise do número de consultas ficou prejudicada pela subinformação e pelo fato de que não se analisou a idade gestacional em que ocorreu o óbito. A maioria dos óbitos ocorreu no hospital, assistidos por clínicos e obstetras. O óbito materno merece ser visto sob a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, de maneira a se estabelecer rigor técnico e compromisso com o atendimento prestado e sua notificação.

DESCRIPTORES: Mortalidade materna; Vigilância epidemiológica; Saúde da mulher.

MATERNAL MORTALITY IN CEARÁ-BRAZIL (1998 -2002): RETROSPECTIVE STUDY

ABSTRACT: The study aimed to analyze maternal deaths recorded in Ceará/ Brazil from 1998 to 2002 (n = 621). The data were supplied by Epidemics Surveillance of Ceará Health Bureau. χ^2 (x squared) test or Maximum Ratio Probability for tables RxS was used to analyze the association among the categorized variables. Most deceased women were between 20 and 34 years, low income, gestational interval larger than two years and delivery up to four children. Consultation number analysis was harmed by information shortage and for the fact that gestational age was not analyzed at the time of the death. Deaths mostly happened at the hospital, assisted by doctors and obstetricians. Maternal death should be observed under care delivery quality on prenatal, childbirth and after-childbirth, so that technical accuracy and care-rendered commitment with respective recording be set up.

DESCRIPTORS: Maternal mortality; Epidemic surveillance; Woman's health.

MORTALIDAD MATERNA EN CEARÁ-BRASIL (1998 -2002): ESTUDIO RETROSPECTIVO

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo analizar los óbitos maternos notificados en Ceará de 1998 a 2002 (n = 621). Los datos fueron facilitados por la Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Ceará. Para el análisis de asociación entre variables se utilizó test de Chi-cuadrado o Razón de Máxima Verosimilitud para tablas R x S. La mayoría de los óbitos fue de mujeres entre 20 y 34 años, de baja renta, intervalo estacional mayor de dos años y que parieron hasta cuatro hijos. El análisis del número de consultas quedó perjudicado por la subinformación y por el hecho de que no se analizó la edad gestacional en que ocurrió el óbito. La mayoría de los óbitos ocurrieron en el hospital, asistidos por clínicos y obstetras. El óbito materno merece ser tratado con la calidad de asistencia al prenatal, parto y posparto, de forma que se establezca rigor técnico y compromiso con la atención prestada y su notificación.

DESCRIPTORES: Mortalidad materna; Vigilancia epidemiológica; Salud de la mujer.

¹ Prof^a. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher – UFC/FFOE.

² Enfermeira. Especialista em Epidemiologia e Saúde Pública. Assessora técnica da Secretaria da Saúde do Ceará. Núcleo de Epidemiologia.

³ Prof^a. Dr^a. titular da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

⁴ Prof. Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFC. Bolsista de Produtividade em Pesquisa-nível 2 CNPq.

Autor correspondente:

Escolástica Rejane Ferreira Moura

Av. Filomeno Gomes, 80 ap. 401- 60010-280 – Fortaleza-CE.

E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

Recebido em: 08/10/06

Aprovado em: 04/04/07

INTRODUÇÃO

Em uma revisão realizada na Medline, uma das principais bases de referências bibliográficas da área da saúde, identificou no período de 1966 a 2001, 3.541 artigos que incluíram o termo mortalidade materna como descritor, sendo que 35 (1%) destes eram do Brasil⁽¹⁾. Esse tema passou a ser mais discutido nas duas últimas décadas, tomando por base duas forças propulsoras: a primeira de caráter institucional, destacando a participação da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde (MS) e de algumas entidades médicas; e a segunda, representada pelo movimento de mulheres. A união dessas duas forças, aliada à expressão dos fóruns internacionais, como: a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura realizada em Nairobi - Quênia, em 1987; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994; e a Conferência Mundial sobre a Mulher ocorrida em Pequim - China, em 1995, desencadeou a proposição de redução da mortalidade materna em 50%, por meio de acordo oficial no qual o Brasil foi signatário⁽²⁾.

A morte materna corresponde ao óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independente da duração e localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à mesma, porém não devido a causas acidentais ou incidentais. Quando o óbito ocorre por complicações obstétricas da gravidez, do parto ou do puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento inadequado ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas caracteriza-se como morte materna obstétrica direta, correspondendo aos óbitos codificados na CID 10 (000.0 a 008.9, 011 a 023.9, 024.4, 026.0 a 092.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0). A morte materna obstétrica indireta é a resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 (010.0 a 010.9, 024.0 a 024.3, 024.9, 025, 098.0 a 099.8, A34, B20 a B24)⁽³⁾.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) corresponde ao número de mortes maternas obstétricas diretas, indiretas e não especificadas, por 100.000 nascidos vivos. A RMM é tratada, muitas vezes, de forma equivocada, por "Taxa" ou "Coeficiente", o que seria correto se seu denominador reunisse o número total de gestações. Sendo isso impossível, o denominador

corresponde ao número de nascidos vivos por aproximação, ficando o termo "Razão" mais adequado.

Estimativas de mortalidade materna marcam uma diferença crucial entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Na Áustria, por exemplo, a RMM é de sete óbitos maternos/100.000 nascidos vivos; na Dinamarca é de dez; na Finlândia, de seis; Alemanha, oito; Estados Unidos, oito; Argentina, 44; México, 48; Costa Rica, 29; Honduras, 220; e na Índia, 440 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos⁽⁴⁾. Autores afirmam, com base em dados da OMS, que 99% das 585.000 mulheres que morrem anualmente são de países pobres com o risco de 100 a 200 vezes maior que em países ricos⁽⁵⁾.

Os dados de mortalidade materna no Brasil são subnotificados e/ou subinformados, ou seja, o óbito não é registrado ou é registrado de maneira incompleta ou incorreta. De modo enfático, Laurenti⁽⁶⁾ conclui que

se as estatísticas de mortalidade produzidas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) não são fidedignas, a culpa não é do SIM, mas dos médicos que não sabem ou não querem preencher corretamente as declarações de óbito^(6,10).

Mesmo assim, os dados oficiais disponíveis se mostram elevados, determinando a necessidade de ações corretivas, independente de ter ou não os dados corrigidos, pois estes já são suficientes para indicar que a situação é ruim e que é necessário prevenir a morbidade e a mortalidade materna^(6,7).

No Brasil, a RMM assinalada em 1998, com base nos óbitos declarados foi de 64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, predominando as causas obstétricas diretas (62,6%), como a síndrome hipertensiva (22,4%), as síndromes hemorrágicas (12,4%), as infecções puerperais (7%) e o aborto (4,7%), excluídos os casos de gravidez molar e ectópica⁽³⁾. No Ceará, a RMM, em 1998, foi de 93,3 óbitos maternos / 100.000 nascidos vivos, portanto superior à média nacional. De 2000 a 2002, as quatro principais causas obstétricas diretas da morte materna, no Estado, foram: a síndrome hipertensiva (42,8%), as síndromes hemorrágicas (27,9%), as infecções puerperais (16,1%) e as complicações de aborto (13%), quando se sabe que as causas obstétricas diretas do óbito materno são essencialmente preveníveis^(8,9).

Diante da constatação de que a mortalidade materna pode ser evitada pela melhoria das condições maternas e dos serviços de saúde, decidiu-se pela realização do presente estudo que teve por objetivo

analisar os óbitos maternos notificados no Ceará de 1998 a 2002, sob variáveis maternas e variáveis relacionadas aos serviços prestados.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, referente aos 621 óbitos maternos notificados no período de 1998 a 2002, no Estado do Ceará. A notificação do óbito materno no Estado vem sendo efetuada desde 1993, quando se implantou o Comitê Estadual de Prevenção à Morte Materna. Outros 21 Comitês Regionais foram implantados em 2001, correspondendo a 100% das regionais de saúde. A capital – Fortaleza conta com três comitês hospitalares nas três principais maternidades públicas. Essa descentralização dos comitês ampliou a capacidade de notificação e investigação dos óbitos no Estado.

Os dados para a pesquisa foram fornecidos pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde (SES-CE), que disponibilizou o “Relatório Anual de Mortalidade Materna no Estado do Ceará” dos respectivos anos do estudo (fonte secundária). Os referidos relatórios apresentam a consolidação anual dos óbitos notificados nos 184 municípios do Estado, contendo as informações dos campos do “Instrumento de Investigação Confidencial do Óbito Materno”.

Foram selecionadas para este estudo as variáveis: renda familiar, idade materna, intervalo gestacional, paridade, número de consultas no pré-natal, local de ocorrência do óbito e profissional responsável pelo atendimento obstétrico, considerando que estas reúnem dados do perfil econômico e de risco reprodutivo das mulheres, bem como da assistência oferecida ao pré-natal e ao parto, permitindo uma análise razoável das condições dos óbitos maternos, em estudo. A

subinformação com relação a algumas variáveis, nos relatórios, foi atribuída a subinformação nos instrumentos de Investigação Confidencial do Óbito Materno, segundo esclarecimento prestado pela assessora técnica dessa Secretaria.

Os dados foram organizados em uma única tabela com indicação de frequência absoluta e relativa. Para análise de associação entre as variáveis categorizadas, utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson, considerando frequências esperadas maiores que 5. Na ocorrência de frequências esperadas menores que 5 utilizou-se o Teste da Razão de Máxima Verossimilhança para tabelas RxS. As variáveis numéricas foram agrupadas para possibilitar a aplicação dos testes de associação.

Os aspectos éticos foram respeitados, levando-se em consideração as normas e diretrizes da Resolução 196/96 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, uma vez que a SES-CE, por meio do Núcleo de Epidemiologia, está ciente e participante da pesquisa. Foi mantido o anonimato com relação à identificação das mulheres, cujos óbitos foram notificados, uma vez que não foram divulgados seus nomes, prontuários ou endereços⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

A RMM no Ceará, em 1998, foi de 93,3 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos; em 1999, 82,8 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos; em 2000, 75 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos; em 2001, 73,5 óbitos/100.000 nascidos vivos; e, em 2002, 85,9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, tendo sido notificados na mesma ordem 135, 129, 112, 115 e 129 óbitos maternos e 140.333, 142.404, 142.528, 149.472 e 145.444 nascidos vivos.

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos maternos segundo ano de notificação do óbito e idade materna, renda familiar, intervalo gestacional, grau de paridade, número de consultas, local de ocorrência do óbito e profissional responsável pelo atendimento. Ceará, 1998-2002

Variáveis	1998		1999		2000		2001		2002		Total	
	Nº.	%	Nº	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Idade materna												
10-14	1	0,7	--	--	1	0,9	--	--	1	0,8	3	0,5
15-19	18	13,3	11	8,5	14	12,5	22	19,1	18	13,9	83	13,3
20-34	82	60,8	85	65,9	63	56,3	59	51,3	74	57,4	363	58,6
35-49	34	25,2	33	25,6	34	30,3	34	29,6	36	27,9	171	27,6
Total de notificações	135	100,0	129	100,0	112	100,0	115	100,0	129	100,0	620	100,0

continua

continuação

Renda familiar (salário mínimo)												
1	30	22,2	29	22,5	21	18,8	21	18,3	31	24	132	64,7
2	11	8,1	16	12,4	6	5,4	6	5,2	7	5,4	46	22,5
3	3	2,2	4	3,1	8	7,1	3	2,6	2	1,6	20	9,8
4 ou mais	1	0,7	2	1,6	--	--	2	1,7	1	0,7	6	3,0
Total de notificações	45	33,2	51	39,6	35	31,3	32	27,8	41	31,7	204	100,0
Intervalo gestacional												
Menor de 1 ano	13	9,6	9	7,0	10	8,9	9	7,8	5	3,9	46	11,6
1 a 2 anos	23	17,0	20	15,5	19	17,0	21	18,3	19	14,7	102	25,8
Maior de 2 anos	34	25,2	29	22,5	28	25,0	29	25,2	30	23,3	150	37,9
Primigesta	21	15,6	24	18,6	18	16,1	12	10,4	23	17,8	98	24,7
Total de notificações	91	67,4	82	63,6	75	67,0	71	61,7	77	59,7	396	100,0
Paridade												
Primigesta	1	0,7	--	--	--	--	1	0,9	25	19,4	27	5,0
1-4	83	61,5	61	47,3	59	52,7	70	60,9	48	37,2	321	59,8
Mais de 4	38	28,1	46	35,7	37	33,0	28	24,3	40	31,0	189	35,2
Total de notificações	122	90,3	107	83,0	96	85,7	99	86,1	113	87,6	537	100,0
Número de consultas												
Até 3 consultas	28	20,7	22	17,1	31	27,7	26	22,6	20	16,0	127	30,2
De 4 a 5 consultas	31	23,0	30	23,3	28	25,0	28	24,3	30	23,3	147	34,9
6 ou mais	22	16,3	19	14,7	22	19,6	25	21,7	33	25,6	121	28,7
Ignorado	6	4,4	7	5,4	5	4,5	4	3,5	4	3,1	26	6,2
Total de notificações	87	64,4	78	60,5	86	76,8	83	54,7	87	68,0	421	100,0
Local da ocorrência do óbito												
Domicílio	11	8,1	8	6,2	8	7,1	14	12,2	12	9,3	53	8,7
Hospital	113	83,7	109	84,5	91	81,3	89	77,4	104	80,6	506	82,2
Transporte	7	5,2	7	5,4	7	6,3	6	5,2	5	3,9	32	5,2
Via pública	4	3,0	4	3,1	5	4,5	5	4,3	6	4,7	24	3,9
Total de notificações	135	100	128	99,2	111	99,2	114	99,1	127	98,5	615	100,0
Profissional responsável												
Clínico	25	18,5	26	20,2	20	17,9	24	20,9	23	17,8	118	25,4
Obstetra	66	48,9	61	47,3	55	49,1	54	47,0	62	48,1	298	64,1
Enfermeiro	1	0,7	--	--	1	0,9	--	--	3	2,3	5	1,1
Parteira	4	3,0	--	--	--	--	3	2,6	2	1,6	9	1,9
Outro	6	4,4	12	9,3	6	5,4	3	2,6	8	6,2	35	7,5
Total de notificações	102	75,5	99	76,8	82	73,3	84	73,1	98	76,0	465	100,0

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica - SES-CE

Foram notificados óbitos maternos em todas as fases do ciclo reprodutivo e não houve subinformação com relação a essa variável. Os intervalos de corte aplicados nas idades maternas foram definidos com a finalidade de ilustrar os óbitos notificados na

adolescência precoce (10-14 anos), adolescência tardia (15-19 anos), faixa etária de baixo risco reprodutivo (20-34 anos), e faixa etária de elevado risco reprodutivo (35-49 anos). Houve notificação de óbitos maternos tanto na faixa etária considerada de baixo

risco reprodutivo (20-34 anos), quanto nos dois extremos da idade reprodutiva, ou seja, antes dos 19 e após os 35 anos, faixas consideradas de alto risco reprodutivo. A maioria dos óbitos ocorreu na faixa de baixo risco reprodutivo (58,6%) e uma alta proporção de óbitos maternos em faixas extremas da fase reprodutiva (41,4%). Esses dados mostram que apesar dos esforços governamentais, a mortalidade materna tem sido semelhante nas faixas etárias avaliadas com o decorrer dos anos ($p = 0,204$).

Renda familiar foi subinformada em mais de 60% dos óbitos, o que prejudicou à sua análise. Todavia, entre as declarações de óbito que apresentaram informações, predominou a renda familiar em torno de um salário mínimo. A subinformação mostrou-se presente e uniforme ao longo dos cinco anos. Não se identificou associação entre o ano do óbito e a renda familiar ($p = 0,267$) mostrando não haver mudança do número de óbitos por renda familiar com o decorrer do tempo, mantendo estável e elevado o número de óbitos entre as mulheres menos favorecidas economicamente.

A informação sobre intervalo gestacional foi encontrada em 63,8% dos óbitos notificados. Apesar da elevada porcentagem de mulheres com intervalo gestacional menor de dois anos não foi identificada associação estatisticamente significativa entre esta variável e o ano do óbito ($p = 0,867$). Isto mostra que não houve variabilidade significativa nas proporções de óbitos de acordo com o ano, mantendo-se constante a mortalidade entre mulheres com intervalo gestacional que não representa risco reprodutivo.

Cerca de 59% dos óbitos notificados foram de mulheres com paridade considerada de baixo risco reprodutivo, ou seja, entre uma e quatro gestações. Esta variável apresentou bom índice de informação (86,6%) e foi identificada associação estatisticamente significativa entre o número de partos e o ano em que o mesmo ocorreu ($p = 0,000$). Esta associação é perceptível no elevado número de óbitos de primigestas notificado em 2002.

Em 67,9% dos óbitos notificados havia a informação sobre o número de consultas realizadas no pré-natal. Desse universo, a porcentagem de gestantes que havia recebido seis ou mais consultas variou entre 14,7% e 25,6%, contra um percentual que variou de 16% a 27,7% de gestantes que tiveram menos de quatro consultas. Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre o número de consultas realizadas e os anos avaliados

($p = 0,523$). Para este cálculo não se considerou o registro de ignorado. Há uma divisão quase igual das proporções de número de consultas no decorrer dos anos, mostrando que não houve mudança significativa no número de consultas realizadas, ficando um percentual elevado de pessoas que tiveram um tempo reduzido de acompanhamento por profissional capacitado. Desta forma, os óbitos não foram minimizados pelo acesso à consulta pré-natal.

Mais de 80% dos óbitos maternos notificados ocorreram intra-hospitalar. Mesmo assim, não se identificou associação estatisticamente significativa ao longo dos anos ($p = 0,961$). Desta forma, não houve mudança significativa com relação ao óbito materno e local de ocorrência do parto com o passar dos anos. Esse evento revela que mulheres dão à luz em serviços de saúde inadequados. Outro aspecto a se considerar é a possível subnotificação dos óbitos que ocorram nos domicílios, particularmente em áreas rurais.

Houve notificação da variável "profissional responsável pelo atendimento obstétrico" em 75% do total de notificações de óbito. Neste universo, 89,5% dos óbitos maternos notificados e que tiveram esta variável registrada ocorreram apesar do atendimento realizado pelo clínico ou pelo obstetra. Observou-se, ainda, um percentual praticamente nulo de participação de enfermeiras nesta área do cuidado. Não foi identificada associação entre o profissional responsável pelo óbito e o ano de registro do mesmo ($p = 0,159$). Isto demonstra que não houve mudança em termos de atendimento profissional às mulheres que faleceram.

DISCUSSÃO

Não houve a intenção de comparar em qual faixa etária houve maior notificação de óbitos maternos, até porque os intervalos não foram determinados equitativamente e, por outro lado, não é pertinente qualquer conclusão ao se analisar a idade materna isoladamente, afirmativa que se faz para as demais variáveis.

Chama-se a atenção sobre os óbitos notificados nos dois extremos da idade reprodutiva, períodos em que a gravidez poderia ser evitada por meio de iniciativas efetivas em planejamento familiar, amenizando os riscos maternos e fetais, como medida importante de promoção da saúde. Sobre essa questão, é afirmado que nenhuma jovem deveria engravidar antes dos 18 anos, além do que bebês nascidos de

mulheres com menos de 18 anos são mais propensas a prematuridade e ao baixo peso ao nascer e têm mais chances de morrer durante o primeiro ano de vida. Com relação à gravidez após os 35 anos, o risco de complicações também é aumentado, tanto durante a gravidez quanto por ocasião do parto, devido a maior propensão às hemorragias, partos prematuros e má formação fetal⁽¹¹⁾.

Como já descrito anteriormente, a Mortalidade Materna tem estreita relação com o baixo nível econômico das mulheres e famílias, estando as maiores RMM nos países pobres. Sendo assim, em se tratando do Ceará, a situação merece ser examinada com compromisso pelos gestores, pois cerca de 50% da população do Estado está enquadrada na linha de pobreza⁽¹²⁾. Essa realidade econômica comumente diagnosticada no pré-natal manifesta-se no estado geral das gestantes sob a forma de anemia, desnutrição, pré-disposição às infecções, baixa auto-estima, estresse, exigindo do serviço de saúde uma solução urgente para problemas que têm suas raízes no social e cujas soluções são complexas e morosas.

A pobreza atinge mais especificamente as mulheres, pois são estas que, na maioria das vezes, enfrentam a responsabilidade por dividir os poucos recursos da família, priorizando os filhos e o companheiro, deixando suas necessidades em último plano. Portanto, é um desafio para o setor saúde conviver com circunstâncias de vida tão precárias e adversas, que interferem diretamente nas condições reprodutivas. Travam-se duras críticas à melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, responsabilizando, muitas vezes, os profissionais (médicos e enfermeiros) pelos óbitos maternos. É inegável que há deficiência no desempenho profissional e que merece ser enfrentado desde a formação universitária, porém os decisores das políticas públicas precisam estar atentos às condições de trabalho (remuneração adequada, direitos trabalhistas, recursos para realização de procedimentos, apoio laboratorial e farmacêutico), com vistas a se evitar avaliações impróprias e injustas sobre os profissionais.

É reconhecida a implementação da cesta básica como medida para amenizar a problemática das gestantes de baixa renda, porém esta é uma solução paliativa, mas necessária em se tratando de gestantes, uma vez que aos nove meses esta se conclui, não tendo como esperar por soluções de médio e longo prazo⁽¹³⁾. Entretanto, é inaceitável que medidas paternalistas,

provisórias, obscureçam intervenções concretas de combate à pobreza e a desigualdade social. Nação, estados e municípios têm o dever de encontrar soluções sustentáveis e hábeis para esta realidade, sob pena de comprometer cada vez mais a redução dos óbitos maternos. É imprescindível que informação tão expressiva, para analisar as condições maternas e fetais, seja registrada no "Instrumento de Investigação Confidencial do Óbito Materno".

Apesar de o intervalo gestacional, isoladamente, não ser um fator determinante do óbito materno, este se caracteriza como mais um risco reprodutivo, que somado a outros reduz as condições de saúde da mãe e do concepto. O intervalo gestacional de pelo menos dois anos reduz os riscos à saúde materna e infantil, devendo tornar-se um cuidado por parte dos casais, mediante o planejamento de sua prole⁽¹¹⁾. O planejamento familiar é um direito constitucional que deve ser garantido, devendo funcionar de forma a possibilitar o exercício da maternidade e da paternidade responsáveis por meio da livre escolha, reduzindo as gestações nos extremos da idade reprodutiva, proporcionando um intervalo gestacional adequado e evitando a multiparidade⁽¹⁴⁾.

Apesar da paridade não ser determinante do óbito materno, por si só, chama-se a atenção para fatores outros, intrínsecos ao próprio organismo humano ou aos serviços oferecidos. As múltiparas (mulheres com mais de quatro gestações anteriores) representaram cerca de 30% dos óbitos notificados. A prevenção da multiparidade deve ser incentivada, pois aumenta o risco de anemia, hemorragia, anomalia congênita e baixo peso ao nascer⁽¹¹⁾, configurando o risco reprodutivo. Portanto, a adequada assistência ao planejamento familiar garantirá um tamanho adequado da prole, com menor risco reprodutivo.

Informações sobre o número de consultas, isoladamente, não permitiram afirmar que houve baixa cobertura por consulta ou má qualidade das consultas, pois não foram analisadas as causas dos óbitos, tampouco a idade gestacional em que ocorrera o óbito. A causa poderá estar relacionada à assistência ao parto, assim como, se o óbito ocorrera em idade gestacional precoce não teria como analisar a adequação do número consultas. No entanto, a eclâmpsia, por exemplo, responde pela primeira causa de óbito materno no Estado, o que guarda uma estreita relação com a baixa qualidade da assistência ao pré-natal^(8,9).

Em adição, ressalta-se que um dos problemas da assistência ao pré-natal está na desintegração entre

os níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde, acrescentando que não se concebe a alta no pré-natal, haja vista a gravidez não ser um momento isolado, passando por três etapas que devem ser vistas como um todo (pré-natal, parto e puerpério)^(15,16). Embora seja inegável a importância da evolução tecnológica para a assistência pré-natal, esta tem deixado como má herança, o distanciamento no relacionamento entre profissional e cliente⁽¹⁷⁾. Por outro lado, os surgimentos de novas tecnologias atrelados ao modelo capitalista que prioriza a produtividade mantêm os profissionais aprisionados ao modelo tecnicista e fragmentado⁽¹⁸⁾.

Neste contexto destaca-se que toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal e como estratégia para melhorar o acesso e a qualidade a essa assistência o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização ao Pré-natal, Parto e Nascimento, em vigor desde junho de 2000, instituído através da portaria nº. 569 GM/MS que, dentre outras diretrizes, determina que cada gestante deve "realizar, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no 3º trimestre da gestação; realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento"⁽¹⁹⁾.

A institucionalização do parto trouxe significativa redução da mortalidade materna e perinatal, mesmo assim é necessário continuar investindo na melhoria do acesso e da qualidade da assistência ao parto⁽²⁰⁾. A Rede Saúde⁽²⁾ amplia esta afirmativa do MS ao descrever que:

A instituição nem sempre está preparada para a atenção obstétrica e há falta de sangue e derivados. [...] há uma lacuna na formação obstétrica, principalmente a básica. Um aspecto importante para a redução da morte materna no Brasil está vinculado à necessidade das escolas médicas e de enfermagem reverem seus conteúdos de Obstetrícia. Procedimentos básicos não estão sendo ensinados e os aspectos mais simples da Obstetrícia, muitas vezes, não são diagnosticados. [...] falta também um sistema de referência e contra-referência que vincule o pré-natal ao parto e regule a disponibilidade de leitos, o que evitaria que a mulher em trabalho de parto fosse obrigada a peregrinar e mendigar por assistência^(12:36-7).

Considerando o elevado número de notificações, tendo o médico como profissional que assistiu ao parto, levantou-se o seguinte questionamento: teria o clínico ou o obstetra atendido, realmente, a parturiente? O referido dado foi colocado em dúvida pelo insuficiente número de médicos para

assistir ao parto, sobremaneira no interior do Estado, não sendo raros os depoimentos de que os partos são assistidos por outros profissionais (principalmente parteiras e auxiliares de enfermagem) e registrados por médicos. Este aspecto poderá ser mais bem investigado em estudos futuros, viabilizando corrigir informações fundamentais à análise do óbito materno na perspectiva de quem de fato o assistiu.

Quanto ao baixo percentual de óbitos que tiveram a assistência do enfermeiro, o Ministério da Saúde esclarece que, atualmente, o número de enfermeiros obstetras no País ainda é baixo, embora se estime que o número de partos realizado pela categoria seja superior àquele registrado no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, vem apoiando a realização de 55 cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, que garantirá a capacitação de 854 enfermeiros obstetras para a rede SUS e tem reconhecido através da Portaria MS/GM 2.815, de 1998, a realização do parto normal sem distócia pelo enfermeiro obstetra⁽²⁰⁾. Considera-se esta estratégia ministerial por demais acertada, uma vez que a atuação do enfermeiro nesta área do cuidado está estabelecida na Lei do Exercício Profissional desde 1987, e poderá contribuir, significativamente, para uma melhor assistência no pré-parto, parto e puerpério.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu reconhecer que a maioria dos óbitos maternos notificada no Ceará de 1998 a 2002 fora de mulheres em idade de baixo risco reprodutivo, seguido das que estavam em extremos da idade reprodutiva, faixa etária que se espera ocorrer mais complicações maternas e fetais; eram mulheres de baixa renda; em intervalo gestacional e grau de paridade que também não representava risco reprodutivo; receberam atendimento pré-natal e estavam em ambiente hospitalar sob cuidados médicos. Portanto, evidenciaram-se problemas na assistência oferecida à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que, mulheres de baixo risco reprodutivo e sob cuidados dos serviços de saúde também estão morrendo.

O número de consultas no pré-natal não permitiu uma análise aprofundada em termos de acesso e qualidade, pois não foram levantadas informações quanto a idade gestacional do óbito e suas causas. Como é sabido que a síndrome hipertensiva é a primeira causa do óbito materno, inferiu-se baixa qualidade desta ação.

Observou-se, todavia, que o óbito materno por sua magnitude familiar e social, gerando quase sempre

orfandade, ceifando vidas em idades tão precoces, merece ser combatido com mais rigor no Ceará. E não há outro caminho se não o da garantia de uma assistência adequada e humanizada ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, passando pela capacitação dos recursos humanos, ampliação do número de enfermeiros obstetras, bem como o enfrentamento da desigualdade e exclusão social, de maneira a melhorar a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias. É necessário o trabalho multiprofissional em equipe, favorecendo a interdisciplinaridade e, conseqüentemente, oportunizando serviços mais resolutos, abrangentes e de qualidade.

É preciso corrigir não somente a subnotificação, mas também a subinformação, de maneira a contemplar todos os campos do Instrumento de Investigação. Nesse estudo, variáveis tiveram a análise prejudicada pela elevada porcentagem de desinformação.

REFERÊNCIAS

1. Aquino E. Repensando a mortalidade materna nos marcos dos direitos de jovens e adolescentes. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos* 2002; 5:14-18.
2. Redesaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos). Dossiê de mortalidade materna. São Paulo; 2001
3. Ministério da Saúde (BR). Comitês de mortalidade materna: manual. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. WHO, UNCF e UNPF. Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, Unicef, Unfra – WHO / RHR. Geneva; 2001
5. Adesse L, Rosas CF. Mortalidade materna: uma questão social. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos* 2002; 5:31-34.
6. Laurenti R. Mortalidade materna no Brasil. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos* 2002; 5:8-13.
7. Tanaka ACdA, Mitsuiki I. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. São Paulo: UNICEF; 1999.
8. Secretaria da Saúde do Ceará. Informe epidemiológico: mortalidade materna. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, Célula de Vigilância Epidemiológica, SES-CE; jul 2003.
9. SES-CE (Secretaria da Saúde do Ceará). Informe Epidemiológico: mortalidade materna. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, Célula de Vigilância Epidemiológica, SES-CE; maio 2004.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução no 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
11. OMS (Organização Mundial da Saúde), UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação). Medidas vitais: um desafio de comunicação. Brasília; 1998.
12. IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Síntese de indicadores 2001. Rio de Janeiro; 2002.
13. Moura ERF. Assistência de enfermagem no pré-natal no contexto do Programa Saúde da Família [dissertação]. Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2001.
14. Araújo MJO. Morte materna: a mobilização das mulheres e as políticas públicas. *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos* 2002; 5:19-21.
15. Tanaka AC. Mortalidade Materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. *Jornal da redesaúde: Informativo da rede nacional feminista de saúde e direitos reprodutivos* 2000; 20:5-8.
16. Benigna MJC, Nascimento WG, Martins JL. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. *Cogitare Enferm* 2004; 9(2):23-31.
17. Formiga Filho JFN. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC; 1999. p. 151-64.
18. Kletemberg DF, Mantovani MF, Lacerda MR. Entre a teoria e as práticas do cuidar: que caminho trilhar? *Cogitare Enferm* 2004; 9(1):94-9.
19. Brasil. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de humanização ao pré-natal e nascimento. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 01 jun. 2000.
20. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.