ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 5 – MELHORAR A SAÚDE MATERNA
Autores(as)	
DOI	

Título do livro	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: RELATÓRIO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO
Organizadores(as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasil. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos.
Volume	
Série	
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2014
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-201-1
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

MELHORAR A SAÚDE MATERNA

5

ODM 5

O quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5) é melhorar a saúde materna. São duas metas globais a serem atingidas até 2015: A) reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990; e B) universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva.

De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a despeito da redução ocorrida desde 1990, o mundo não alcançará a meta A. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna caiu de 440 para 240 óbitos por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 45% entre 1990 e 2010. Na América Latina, que apresenta situação consideravelmente melhor, o percentual de queda foi semelhante: 45%, passando de 130 para 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

A meta B também não será alcançada, pois a proporção de partos atendidos por profissionais de saúde treinados – um dos seus principais indicadores – estava por volta de 66% no mundo em desenvolvimento em 2011, e apenas 51% das gestantes realizavam ao menos quatro consultas de pré-natal.

O Brasil também enfrenta grandes desafios para alcançar a redução da mortalidade materna na magnitude preconizada pela meta A. Importante ressaltar, no entanto, que o desempenho do País foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

O alcance da meta B, contudo, está muito próximo. Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde; e por volta de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais.

Para abarcar outras dimensões da saúde da mulher, o Brasil estipulou para si uma terceira meta: até 2015 deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero. O País já atingiu a meta em relação ao câncer de colo de útero, mas a mortalidade por câncer de mama avançou. Em parte, o aumento do índice foi motivado pelo recente esforço para ampliar o registro das mortes por esta doença, habitualmente notificadas como resultado de outras causas.

ODM 5 META A

Até 2015, reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990

O principal indicador da meta A do ODM 5 é a razão de mortalidade materna (RMM). A morte de mulheres durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de 42 dias após o parto) tem se reduzido de forma acentuada no Brasil. Dos 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990, a taxa em 2011 ficou em menos de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (Gráfico 5.1).

Contudo, a razão de óbitos maternos ainda permanece acima da meta estipulada para 2015 de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, mesmo considerando estimativas que colocam o Brasil em melhor situação, como as feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME).

A redução da RMM observada no período se deve, em grande medida, à queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas: resultantes de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério; decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de eventos associados a qualquer um desses fatores (Gráfico 5.1). A incidência dessas causas obstétricas saiu de mais de 126 mortes por 100 mil nascidos vivos em 1990 para menos de 43 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2011 – redução de quase 67% em 21 anos, o que dá um declínio médio anual de quase 5,1%.

Ao analisar a mortalidade materna segundo as causas obstétricas mais relevantes (Gráfico 5.1), observa-se queda substancial na RMM em decorrência de todas as principais causas de morte materna. A exceção refere-se à mortalidade por doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto ou o puerpério, que sofreu um ligeiro aumento entre 2000 e 2011.

Gráfico 5.1

Mortalidade materna (número de óbitos por 100 mil nascidos vivos)

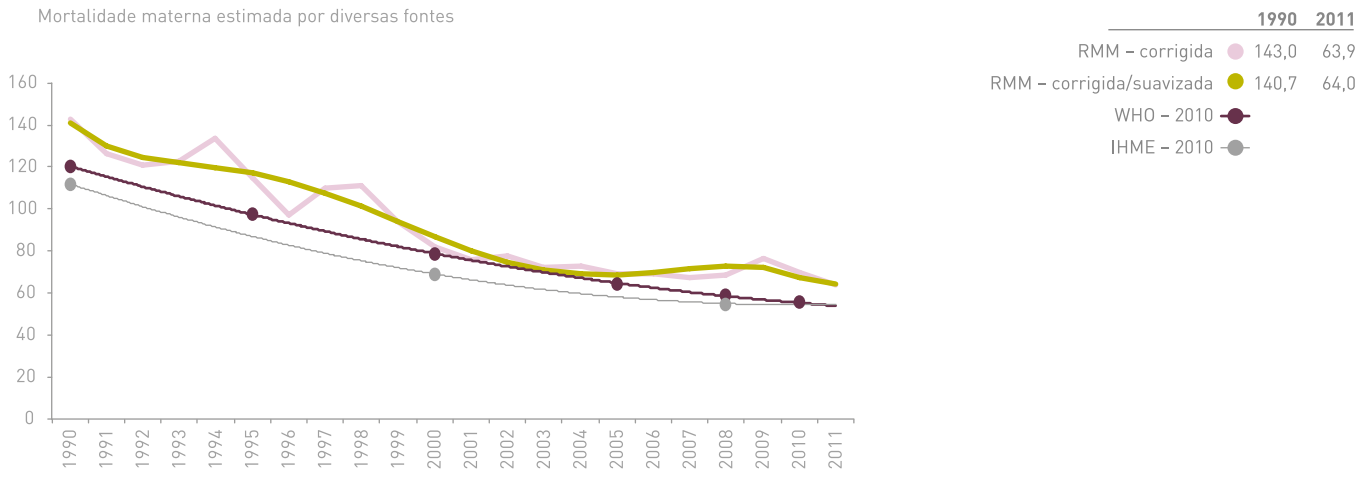
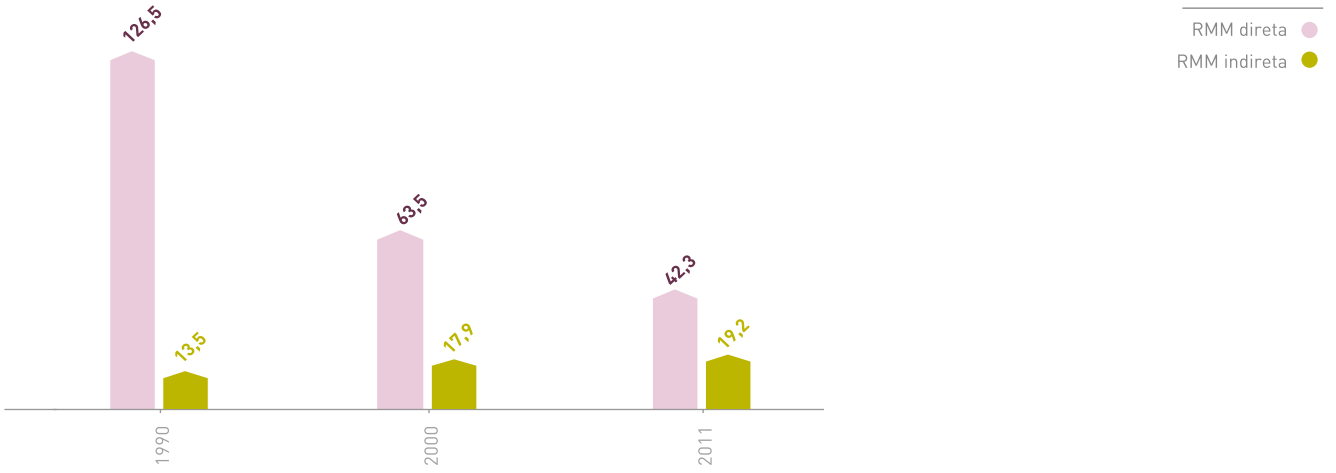
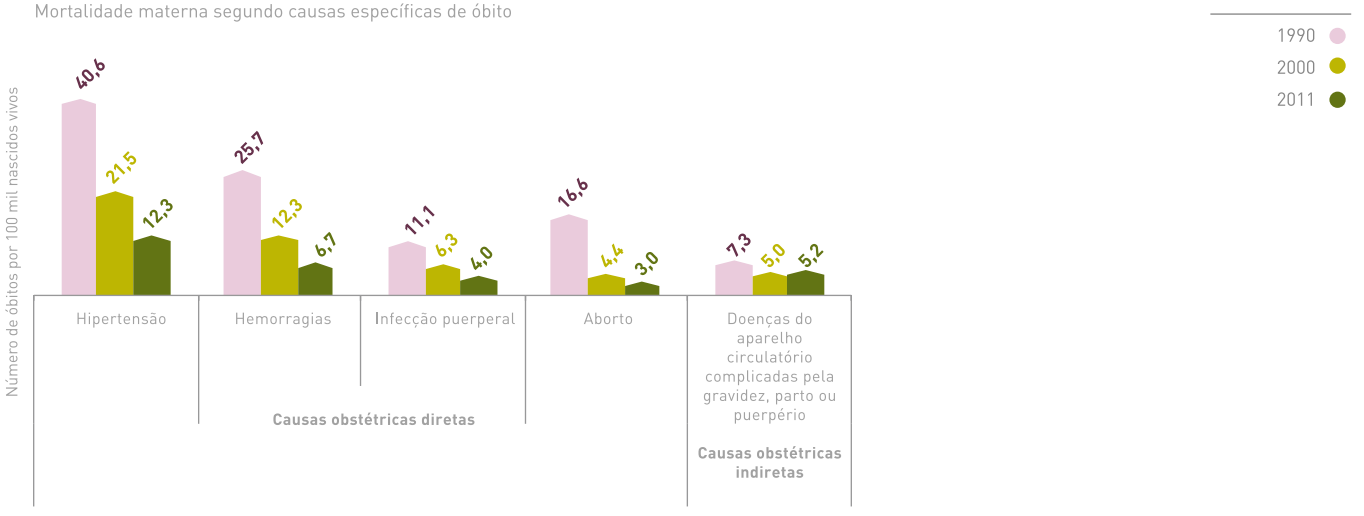


Gráfico 5.1 (continuação)

Mortalidade materna segundo grupo de causas obstétricas diretas e indiretas



Mortalidade materna segundo causas específicas de óbito



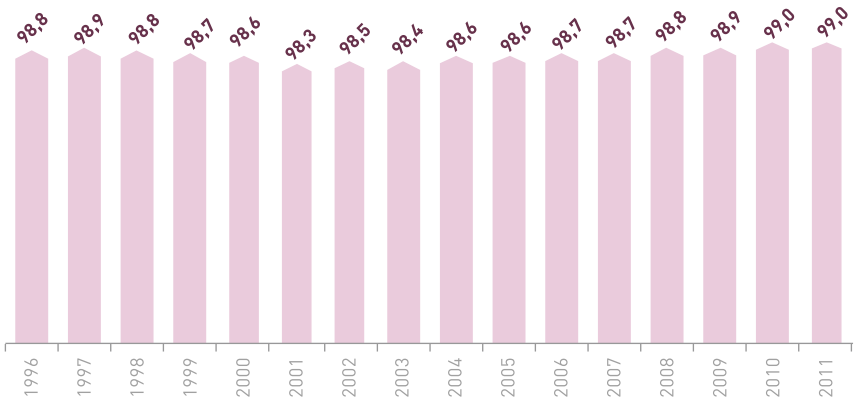
O segundo indicador da meta A do ODM 5 é a percentagem de partos realizados em ambientes hospitalares ou outro tipo de estabelecimento de saúde. No Brasil, 99% dos partos são realizados em estabelecimento de saúde, percentual que praticamente não variou de 1996 a 2011 (Gráfico 5.2).

No Brasil, um fator que dificulta a redução da mortalidade materna é o elevado número de partos cesáreos. A percentagem de cesarianas tem se mantido em patamares muito altos e com tendência de crescimento em todas as regiões (Gráfico 5.2). O índice nacional de menos de 41% em 1996 subiu para quase 54% em 2011.

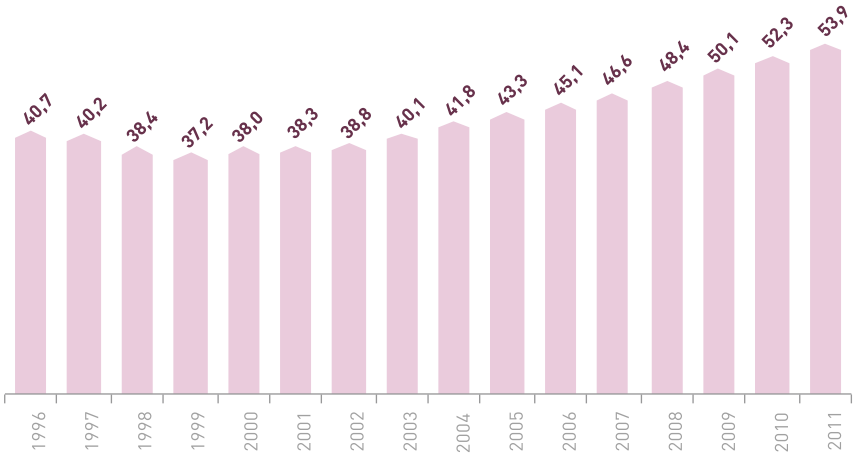
Gráfico 5.2

Partos realizados em estabelecimento de saúde (em %)

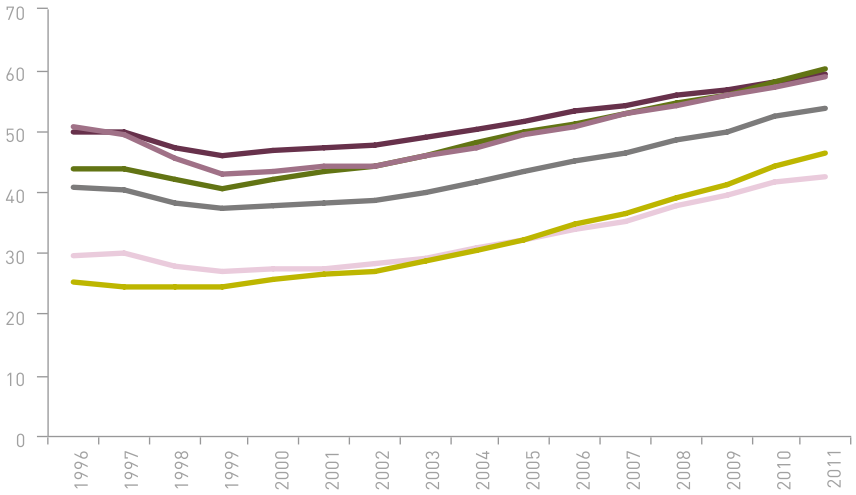
Partos assistidos por profissionais de saúde qualificados – Brasil



Parto cesáreo – Brasil



Parto cesáreo - Brasil e regiões



	1996	2011
Norte	29,4	42,8
Nordeste	25,4	46,3
Sudeste	50,0	59,5
Sul	43,7	60,1
Centro-Oeste	50,8	58,9
Brasil	40,7	53,9

A elevada percentagem de partos cesáreos representa um grande desafio para a política de saúde. Isso porque a realização indiscriminada de cesarianas envolve riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para a criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde. Para se ter uma ideia, mulheres submetidas a cesáreas correm 3,5 vezes mais risco de morrer (dados de 1992-2010) e têm cinco vezes mais chances de contrair uma infecção puerperal (dados de 2000-2011); sem contar a maior probabilidade de ocorrência de partos prematuros.

Por isso, a Organização Mundial de Saúde recomenda que o percentual de cesarianas não ultrapasse a faixa entre 5% e 15% do total de partos.

A redução da mortalidade materna geralmente está associada à atenção qualificada ao parto e à assistência obstétrica de emergência – dimensões relativas à meta A – e também ao acesso a serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar, dimensões relativas à meta B do ODM 5. Além disso, a adoção de intervenções adequadas requer a disponibilidade de informações confiáveis a respeito de razões e tendências de mortalidade materna.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem adotado medidas nessas duas frentes por meio da regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para melhoria da saúde materna, dentre as quais se destaca recentemente a Rede Cegonha (ver Box 5.1).

BOX 5.1 – REDE CEGONHA

Lançada em 2011 com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, a Rede Cegonha organiza-se a partir dos seguintes componentes: a) pré-natal; b) parto e nascimento; c) puerpério e atenção à saúde da criança; e d) sistema logístico. Os recursos destinados ao desenvolvimento da estratégia são empregados no reforço à rede hospitalar convencional, especialmente relacionada à obstetrícia de alto risco, à criação de novas estruturas de assistência, a exemplo dos Centros de Parto Normal, e à qualificação dos profissionais de saúde.

Em 2013, 5.488 municípios aderiram à Rede Cegonha, beneficiando 2,5 milhões de gestantes. No mesmo ano, foram criados 439 novos leitos neonatais (192 de terapia intensiva e 247 de cuidados intensivos) e 861 receberam custeio para qualificação do cuidado neonatal.

Atualmente, o Brasil conta com 4.384 leitos de terapia intensiva neonatal e 2.305 leitos de terapia intensiva pediátrica. Adicionalmente, o Ministério da Saúde apoiou a elaboração e a pactuação de planos da Rede Cegonha em 203 regiões de saúde. Os Planos de Ação Regionais têm o objetivo de reorganizar o cuidado de gestantes e crianças, a partir da lógica de suficiência e qualidade da atenção básica e hospitalar, regulação e controle.

ODM 5 META B

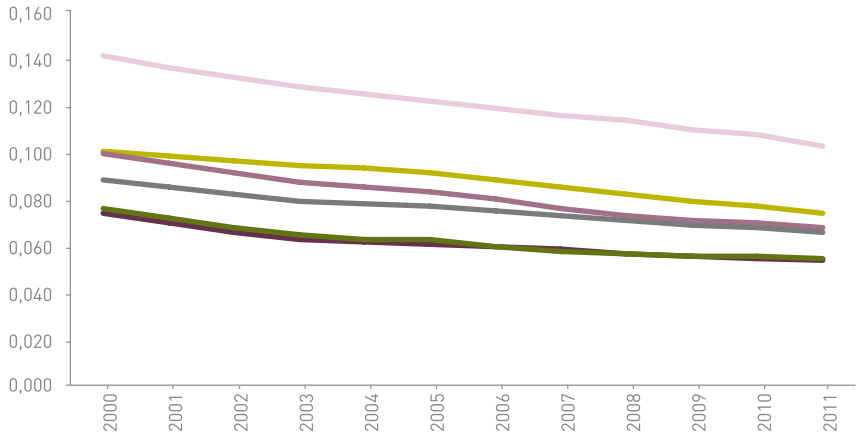
Até 2015, universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva

O primeiro indicador da meta B é a taxa de prevalência do uso de anticoncepcionais. Como apontado no IV Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, de 2010, dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde mostraram que o conhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais é praticamente universal no Brasil, tendo sido registrado um grande aumento do uso desses métodos entre 1986 e 2006. Desde então, não há razões para supor que essa situação tenha piorado, tendo em vista a disponibilização gratuita de contraceptivos pelo SUS, bem como o aumento do nível educacional da população, especialmente das mulheres.

A taxa de fecundidade das adolescentes é o segundo indicador da meta B. A questão da gravidez na adolescência está diretamente relacionada ao uso de métodos anticoncepcionais. A maior disseminação do uso de contraceptivos está provavelmente correlacionada à queda da taxa de fecundidade nessa faixa etária, entre 1996 e 2011 (Gráfico 5.3). Essa redução também é explicada por outros fatores, como a expansão do acesso à educação sexual, informação e serviços adequados de saúde. A gravidez entre adolescentes vem diminuindo em todo o País, sendo historicamente menor nas regiões Sul e Sudeste. O Norte, contudo, ainda apresenta um número elevado de gestações nessa faixa etária.

Gráfico 5.3

Taxa de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos (por mil mulheres)

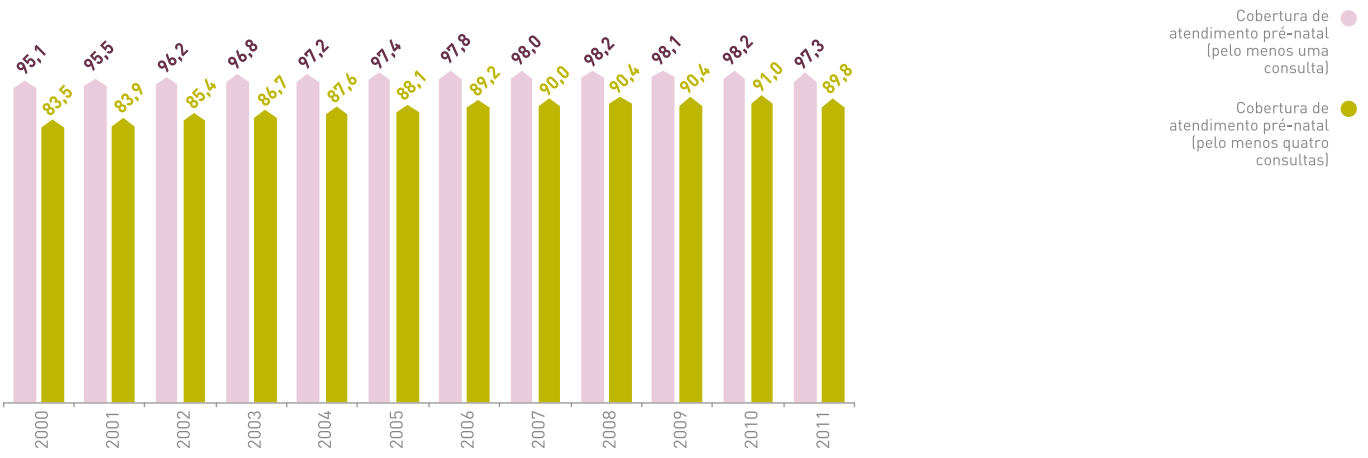


	2000	2011
Norte	0,141	0,102
Nordeste	0,100	0,073
Sudeste	0,073	0,053
Sul	0,076	0,054
Centro-Oeste	0,099	0,067
Brasil	0,088	0,065

O terceiro indicador da meta B diz respeito à cobertura da atenção pré-natal, levando em conta as porcentagens de mães que fizeram ao menos uma consulta e das que estiveram no mínimo em quatro consultas. Praticamente todas as mães brasileiras conseguem fazer ao menos uma consulta de pré-natal: 98% das mulheres desde 2004, sendo que a maior parte delas é consultada mais de uma vez. O percentual das gestantes que compareceram a pelo menos quatro consultas de pré-natal subiu de 83% em 2000 para 90% em 2011 (Gráfico 5.4).

Gráfico 5.4

Cobertura da atenção pré-natal (em %)



ODM 5 META C

Até 2015, deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo do útero

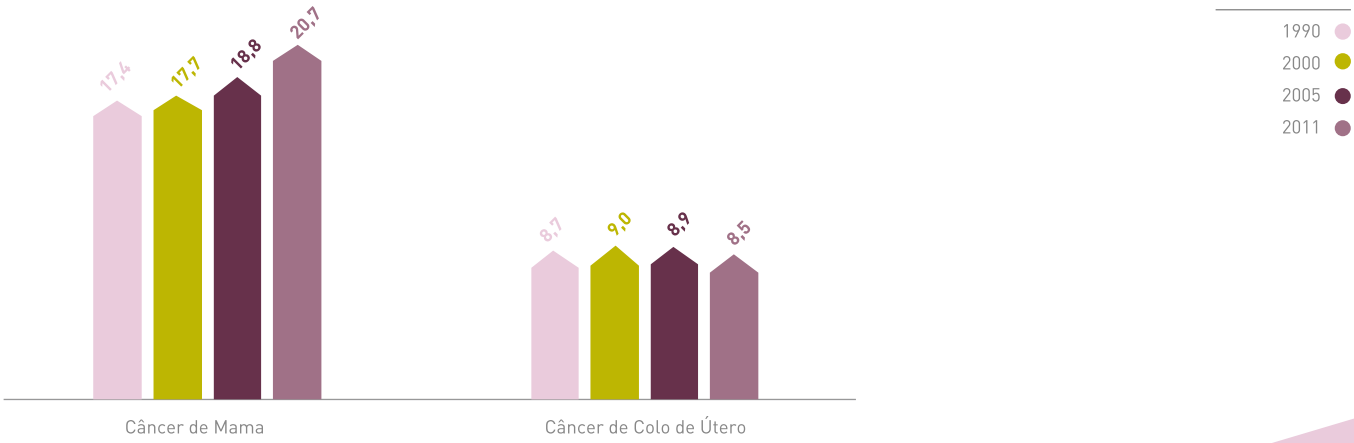
O câncer de colo uterino e o de mama estão entre as principais causas de óbitos de mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos de idade por neoplasias.

Um dos indicadores da meta definida pelo Brasil, aqui denominada meta C, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero – altamente associado à infecção por subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV) – tem se mantido estável no Brasil. O dado de 2011 (8,5 óbitos por 100 mil mulheres) é ligeiramente inferior ao patamar de nove óbitos por 100 mil mulheres observado em 2000 e 2005, o que pode significar o princípio da inversão da tendência, conforme preconizado pela meta (Gráfico 5.5).

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ao contrário, tem crescido ao longo dos anos (Gráfico 5.5). No entanto, como mencionado, tal avanço pode estar associado à melhoria na qualidade da informação e ao esforço para aumentar a detecção precoce da doença (ver Box 5.2).

Gráfico 5.5

Taxa de mortalidade por câncer de mama e de colo do útero entre mulheres de 30 a 69 anos (por 100 mil mulheres)



BOX 5.2 – ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Com a nova Política Nacional de Atenção Oncológica, deu-se início à reorganização completa da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde. Após um processo de avaliação das redes estaduais, foram atualizadas as habilitações na alta complexidade, com inclusão de novos hospitais e criação de nove complexos hospitalares, associando serviços isolados, como os de radioterapia e quimioterapia, a um único hospital de modo a permitir o atendimento integral do paciente oncológico.

Além de destinar recursos para a organização das redes de atenção, o SUS tem priorizado ações de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama e do câncer de colo uterino para modificação do atual quadro epidemiológico. Assim, foram destinados recursos adicionais para a realização do exame cipatológico cérvico-vaginal/microflora e da mamografia bilateral para rastreamento.

O Governo Federal tem investido constantemente na qualificação das mamografias e dos exames citopatológicos ofertados à população, por meio do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNMQ) e da Qualificação Nacional em Citopatologia.

Por fim, cabe destacar a campanha de vacinação gratuita contra o HPV nas escolas e em postos de saúde. O objetivo da mobilização nacional, iniciada em março de 2014, é reduzir a incidência do câncer de colo do útero pela imunização de meninas entre 9 e 13 anos de idade. A cada etapa, a campanha vai focar em uma faixa etária específica: em 2014, serão vacinadas as meninas de 11 a 13 anos; em 2015, de 9 a 11 anos; e em 2016, apenas as de 9 de idade. A meta do Ministério da Saúde é vacinar 80% do público-alvo, composto por 5,2 milhões de meninas.