MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: UMA TRAGÉDIA EVITÁVEL

Marcos Nakamura-Pereira^a & Acad. Jorge Rezende Filho^b

^a Membro do Programa Jovens Lideranças Médicas da Academia Nacional de Medicina (ANM) e Médico do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
E-mail: marcosnakamura@globo.com

^b Membro Titular da ANM, Professor Titular da Faculdade de Medicina e Diretor da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
E-mail: rezendef@me.ufrj.br

RESUMO

A morte materna não é só uma tragédia familiar, mas uma tragédia para toda a sociedade. A importância da mortalidade materna como marcador de desenvolvimento social está refletida em sua inclusão nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU. A redução da mortalidade materna nas últimas duas décadas foi substancial no mundo e modesta no Brasil, que não atingiu a meta do ODM em 2015. No País, são observadas características da transição obstétrica, como redução da fertilidade, elevação das mortes por causas

indiretas e excesso de medicalização, características que coexistem com problemas logísticos e estruturais que levam a demoras no atendimento às mulheres na gestação, parto e puerpério. Em especial, as demoras na chegada em tempo adequado ao local apropriado ao cuidado e no cuidado oportuno e de qualidade dentro das instituições de saúde ainda são problemas importantes, que necessitam de atenção de gestores e profissionais de saúde para redução das mortes maternas.

Palavras-chave

Mortalidade materna; Morte Materna; Saúde Materna; Serviços de saúde materna

ABSTRACT

Maternal death is not just a family tragedy, but is also a tragedy for the whole of the society. The importance of maternal mortality as a marker of social development is reflected in its inclusion in the UN Millennium Development Goals (MDGs) and the Sustainable Development Goals (SDGs). The reduction in maternal

mortality in the last two decades has been substantial in the world, and modest in Brazil that did not reach the MDG target in 2015. In the Country, characteristics of the obstetric transition are observed, such as reduced fertility, elevation of deaths from indirect causes and excessive medicalization, features that coexist with logistical and structural problems that lead to delays in attending to women during pregnancy, childbirth and the puerperium. In particular, delays in arriving at an appropriate time to the appropriate place of care and timely and quality care within health institutions are still important problems, which require the attention of managers and health professionals to reduce maternal deaths.

Keywords

Maternal mortality; Maternal death;
Maternal health; Maternal health services

A gravidez, o parto e o puerpério são geralmente momentos marcados por alegria e felicidade. Entretanto, a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou puerpério é uma tragédia individual, familiar e social. Por ser evitável na absoluta maioria das vezes em que ocorre e afetar desproporcionalmente certos grupos de mulheres, a mortalidade materna tem reflexos amplos na sociedade. Educação, renda, cor da pele e a inserção da

mulher na sociedade afetam o risco de uma mulher morrer durante a gravidez, o parto e o puerpério. Dessa forma, a mortalidade materna deixou há muito de ser apenas um indicador de saúde e tornou-se um indicador de desenvolvimento social, o que justifica sua inclusão nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015) e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016-2030) da Organização das Nações Unidas¹.

As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que no início dos anos 1990 ocorriam cerca de 500.000 mortes maternas por ano em todo o mundo. Já em 2000 e em 2017, os números globais da mortalidade materna seriam de 451.000 e 295.000 mortes por ano, respectivamente. Portanto, houve uma redução expressiva da RMM global entre 2000 e 2017, de 342 para 211 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. A maioria das mortes maternas é ainda decorrente de causas obstétricas diretas, tais como hemorragia (27%), hipertensão (14%), infecção (11%) e abortamento (8%)². Todavia, um grande número de mortes está relacionado a doenças crônicas intercorrentes na gravidez (causas obstétricas indiretas) – diabetes, HIV, malária, doença cardiovascular e obesidade (27%).

No Brasil, houve um declínio significativo na mortalidade materna, da ordem de 57% entre 1990 e 2015, mas o Brasil não atingiu a meta do milênio de redução de $\frac{3}{4}$ das mortes maternas. A queda da mortalidade

materna foi mais significativa entre 1990 e 2000, com uma taxa anual de queda de 5,5% e uma diminuição de 143,2 a 81,5 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV)³. Após 2000, não se observou redução da RMM até 2007. A partir de 2008, ocorre novo período de redução da RMM, que em 2012 atinge 59,3 por 100.000, seguido de tendência de elevação até 2017⁴. Em 2017, estimou-se a RMM em 64 por 100.000 e, em 2018, de 59 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (Figura 1)⁵. O fato de não apresentar redução sustentada da RMM na última década dificulta atingir a meta de 30 mortes maternas por 100.000 NV até 2030, a fim de contribuir com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

A redução da RMM observada no período de 1990 a 2015 pode ser atribuída às mudanças demográficas e socioeconômicas, bem como a algumas políticas públicas implementadas no período. Nas últimas seis décadas, o Brasil passou de uma sociedade predominantemente rural para uma em que quase toda a população vive em áreas urbanas. No mesmo período, as taxas de fertilidade diminuíram de mais de seis para menos de dois filhos por mulher e a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de 5 anos a cada década⁶. Esses são características importantes e comuns de sociedades que conseguiram diminuir as mortes maternas. A oferta de contraceptivos e consequente capacidade de aumentar o intervalo e planejar as gestações

Figura 1: Razão de Mortalidade Materna no Brasil⁵

é uma intervenção que potencialmente reduz a mortalidade materna⁷.

Especialmente nessas últimas três décadas, após a redemocratização, o Brasil apresentou algumas mudanças características da transição obstétrica⁸. Além da diminuição da fertilidade, houve um aumento proporcional nas mortes maternas devido a causas indiretas e uma redução em todas as principais causas diretas. Contudo, se por um lado o número absoluto de mortes maternas diretas parece estar decaindo, por outro o número de mortes indiretas parece aumentar nas últimas duas décadas⁵. As principais causas de morte materna no Brasil não diferem muito das causas globais. As causas dire-

tas respondem por dois terços dos óbitos. Entre 1996 e 2018, hipertensão (21%), hemorragia (13%), infecção puerperal (6,7%) e aborto (4,9%) foram as principais causas diretas de morte materna e doenças do aparelho circulatório (7,3%), doenças do aparelho respiratório (4,5%) e AIDS (2,8%) são as principais causas indiretas (Figura 2). Importante destacar que todas essas causas de óbito aparentam mostrar declínio desde 2010, com exceção das mortes por hemorragia, que apresentaram aumento do número de casos desde então⁵. Já nas mortes indiretas ressalta-se a diminuição de mortes maternas por HIV/AIDS e elevação dos óbitos por doenças do aparelho circulatório⁵.

Figura 2: Causas diretas e indiretas de morte materna no Brasil⁵

Outra consequência da transição obstétrica é o excesso de medicalização, trazida no Brasil pelas altas taxas de cesarianas⁹, alto percentual de prematuridade, especialmente a não espontânea (iniciada pelo provedor do cuidado)^{10,11} e maior número nascimentos de termos precoce^{12,13}. Estudo realizado em estados com boa notificação de óbitos maternos verificou que a chance de óbito materno é quase três vezes maior na cesariana, eliminando possíveis causas pré-existentes¹⁴.

Assim, altas taxas de cesariana podem ser uma barreira para reduzir a morte materna.

A criação do SUS permitiu uma expansão do acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar, mas com problemas logísticos e estruturais¹⁵ que acarretam atrasos tanto na chegada ao serviço quanto na assistência hospitalar¹⁶. Dois estudos nacionais mostraram que as mortes ou os casos de *near miss* materno estavam associados a barreiras ao acesso a serviços de saúde específicos e ao monitoramento inadequado de complicações no ambiente hospitalar^{16,17}. É necessário reduzir essas demoras no acesso aos serviços e receber o cuidado apropriado e de qualidade nas instituições de saúde para reduzir as mortes maternas no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste que ainda apresentam RMM mais alta que as demais regiões do país, e em mulheres pretas e indígenas que apresentam maior chance de *near miss* materno¹⁸.

CONCLUSÃO

A despeito dos avanços, a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio que necessita da união de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil para eliminar essa tragédia evitável. São necessários investimentos na qualificação da atenção pré-natal e do parto para identificação de fatores de risco e tratamento das intercorrências obstétricas em tempo oportuno. Ao mesmo tempo, é fundamental a eliminação de barreiras de acesso do sistema de saúde, através da universalização da vinculação entre serviços de pré-natal e maternidades, agilidade na transferência das gestantes para serviços de maior complexidade e facilitação ao acesso de leitos de UTI adulta para gestantes e puérperas. Somente através da rápida implementação de tais medidas será possível a redução da mortalidade materna, a fim de atingir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza JP, Bellissimo-Rodrigues F, Santos LLD. Maternal Mortality: An Eco-Social Phenomenon that Calls for Systemic Action. *Mortalidade Materna: Um Fenômeno Eco-Social que Demanda Ação Sistêmica. Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(4):169-173.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323-e333.
3. Leal MDC, Szwarwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet.* 2018 Jun;23(6):1915-1928.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº 20. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Available from: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>
6. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.
7. Darney PD, Nakamura-Pereira M, Regan L, Serur F, Thapa K. Maternal Mortality in the United States Compared With Ethiopia, Nepal, Brazil, and the United Kingdom: Contrasts in Reproductive Health Policies. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):1362-1366.
8. Souza JP. [Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013 Dec;35(12):533-5.
9. Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health.* 2016 Oct 17;13 (Suppl 3):128.
10. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, Dias MA, Moreira ME, Gama SG. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health.* 2016 Oct 17;13(Suppl 3):127.
11. Souza RT, Cecatti JG, Passini RJr, Tedesco RP, Lajos GJ, Nomura ML, Rehder PM, Dias TZ, Haddad SM, Pacagnella RC,

- Costa ML; Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth study group. The Burden of Provider-Initiated Preterm Birth and Associated Factors: Evidence from the Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth (EMIP). PLoS One. 2016 Feb 5;11(2):e0148244.
12. Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Domingues RMSM, Dias MAB, Moreira ME, Theme-Filha M, da Gama SGN. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. BMJ Open. 2017 Dec 27;7(12):e017789.
13. Barros FC, Rabello Neto DL, Villar J, Kennedy SH, Silveira MF, Diaz-Rossello JL, Victora CG. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. BMJ Open. 2018 Aug 5;8(8):e021538.
14. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharaux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MdoC. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. PLoS One 2016;11(04):e0153396
15. Bittencourt SDA, Domingues RMSM, Reis LGC, Ramos MM, Leal MD. Adequacy of public maternal care services in Brazil. Reprod Health 2016;13 (Suppl 3):120.
16. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al; Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth 2014;14:159.
17. Domingues RMSM, Dias MAB, Schilithz AOC, Leal MD. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. Reprod Health 2016;13(Suppl 3):115.
18. Fernandes KG, Costa ML, Haddad SM, et al. Skin Color and Severe Maternal Outcomes: Evidence from the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity. Biomed Res Int. 2019;2019:2594343.