



Especialização em
**GESTÃO
PÚBLICA
MUNICIPAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E TECNOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

THAMYRYS EMMANUELLY DOS SANTOS SOUZA

**ESTUDO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DA
MULHER COM ÊNFASE NA MORTALIDADE MATERNA: UMA ANÁLISE NA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

CARPINA

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E TECNOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

**ESTUDO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DA
MULHER COM ÊNFASE NA MORTALIDADE MATERNA: UMA ANÁLISE NA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

**STUDY OF THE NATIONAL POLICY FOR COMPREHENSIVE HEALTH CARE
FOR WOMEN WITH EMPHASIS ON MATERNAL MORTALITY: AN ANALYSIS IN
THE METROPOLITAN REGION OF RECIFE**

Thamyrys Emmanuely dos Santos Souza
Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2004 visando enfatizar o compromisso do governo com a implementação de ações voltadas à saúde feminina. Apesar disso, ainda persistem problemas relacionados à saúde da mulher. Um dos principais problemas é a mortalidade materna, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo foi analisar a eficácia da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher com ênfase na mortalidade materna na região metropolitana do Recife, no período de 2012 a 2022. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos através de levantamento documental das políticas públicas existentes para combate à mortalidade materna e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo Departamento de Informática à Saúde – DATASUS/MS. A amostra obtida contabilizou 355 óbitos maternos na região metropolitana do Recife no período de 2012 a 2022. De acordo com o perfil socioeconômico a maior prevalência de mortalidade materna é encontrada em mulheres de cor parda, solteiras, com 8 a 11 anos de escolaridade e na faixa etária de 30 a 34 anos. Percebe-se que mesmo com a criação da PNAISM, a garantia do direito da mulher de acesso à saúde integral e especializada ainda é fragilizada, principalmente para as mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Mesmo com a criação de programas para o fortalecimento da PNAISM não existe a garantia da realização do pré-natal, ferindo os direitos de acesso integral e universal aos serviços de saúde. Esse resultado mostra que a morte materna precisa de políticas públicas eficazes para a diminuição e combate desse tipo de morte.

Palavras-chave: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Mortalidade Materna. Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Healthcare for Women was launched by the Ministry of Health in 2004, aiming to emphasize the government's commitment to implementing actions focused on women's health. Despite this, problems related to women's health still persist. One of the main problems is maternal mortality, as it is a preventable tragedy in 92% of cases. In this sense, the general objective of this study was to analyze the effectiveness of the National Policy for Comprehensive Healthcare for Women, with an emphasis on maternal mortality in the metropolitan region of Recife, from 2012 to 2022. This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach. The data were obtained through a documentary survey of existing public policies to combat maternal mortality and from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC), made available by the Department of Health Informatics – DATASUS/MS. The sample obtained accounted for 355 maternal deaths in the metropolitan region of Recife between 2012 and 2022. According to the socioeconomic profile, the highest prevalence of maternal mortality is found in women of mixed race, single, with 8 to 11 years of schooling and between 30 and 34 years of age. It is clear that even with the creation of the PNAISM, the guarantee of women's right to access comprehensive and specialized health care is still fragile, especially for women who are in situations of social vulnerability. Even with the creation of programs to strengthen the PNAISM, there is no guarantee of prenatal care, violating the rights of comprehensive and universal access to health services. This result shows that maternal death requires effective public policies to reduce and combat this type of death.

Keywords: National Policy for Comprehensive Health Care for Women. Maternal Mortality. Health Indicators.

1 INTRODUÇÃO

Um dos grupos mais vulnerabilizados da sociedade são as mulheres. Esta vulnerabilidade pode ser constatada através da histórica desigualdade no mercado de trabalho, dos baixos índices de representação na política e dos altos números de feminicídios, por exemplo.

Nesse contexto, os movimentos feministas passaram a cobrar firmemente, a partir da metade do século XX, equidade entre gêneros e a garantia dos seus direitos básicos. Esses movimentos foram importantes para integrar a saúde da mulher nas agendas de políticas públicas. Entretanto, nesse período, a atenção ainda era voltada apenas para as grávidas.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a saúde da mulher passou a ter prioridade nas agendas de políticas públicas no Brasil. Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) cujo objetivo principal é a promoção da saúde da mulher, assim como garantir o acesso à saúde de forma plena por todas as mulheres.

Apesar dos avanços na área da saúde e da criação de políticas como o PNAISM, ainda persistem problemas relacionados à saúde da mulher. Um dos principais problemas é a mortalidade materna, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos (OPAS, 2002).

A morte materna foi definida em 1994 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), através da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como sendo a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1994).

No Brasil, a taxa oficial de morte materna foi de 75 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos no ano de 2022. Já em Pernambuco, os dados da Secretaria Estadual de Saúde mostram que em 2022 a razão de mortalidade materna foi de 61 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto que no Recife e região metropolitana as razões de mortalidade materna foram, respectivamente, 57 e 58 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (SIM/SINASC,2024).

A razão da mortalidade materna corresponde a um indicador para avaliação do desenvolvimento humano e socioeconômico do país ao refletir fatores biológicos e a qualidade da assistência. A redução dos indicadores de morte materna é um dos objetivos presentes na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e se configura como um desafio para os Estados e municípios.

As mortes maternas nos municípios brasileiros, geralmente estão associadas à falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, principalmente nas áreas rurais. Também contribuem para um aumento desses índices as condições socioeconômicas desfavoráveis das mulheres que, na sua maioria, possuem pouca escolaridade, baixa renda e estão desempregadas. No Nordeste, o aborto clandestino aumenta o risco de morte.

Tendo em vista que os índices de mortalidade materna resultam em um problema de saúde pública e que requer o planejamento de políticas públicas eficazes para a saúde da mulher, torna-se importante o estudo desse tema para que possamos entender melhor o princípio básico de como ocorre e o que falta para a redução desses óbitos já que os municípios a serem estudados tem suporte de um comitê de investigação de mortalidade materna e contam com políticas públicas como o Programa Mãe Coruja para o enfrentamento do problema.

Desta forma, esta pesquisa buscou investigar qual o perfil socioeconômico dos óbitos maternos ocorridos na região metropolitana do Recife e como as políticas públicas de saúde da mulher influenciam na diminuição desses óbitos.

Para tanto, o objetivo geral desta pesquisa foi: analisar a eficácia da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher com ênfase na mortalidade materna na região metropolitana do Recife, no período de 2012 a 2022. Os objetivos específicos foram: determinar o perfil socioeconômico dos óbitos maternos ocorridos na região metropolitana do Recife no período de 2012 a 2022; e, identificar políticas voltadas para a saúde da mulher e qual a sua contribuição para a redução dos óbitos maternos.

Diante do exposto, essa pesquisa está dividida em 4 capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização, a justificativa da pesquisa e os objetivos gerais e específicos.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico, que foi dividido em três tópicos. O primeiro busca apresentar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, destacando seus principais objetivos e diretrizes. Logo após, o segundo tópico apresenta os principais conceitos relacionados à mortalidade materna e seus indicadores.

O capítulo 3 apresenta os aspectos metodológicos, explanando os caminhos que foram seguidos para alcançar os objetivos. O capítulo 4 foi dividido em dois

tópicos. O primeiro apresenta as principais políticas públicas voltadas para a saúde da mulher que podem contribuir para a redução desses óbitos na região metropolitana do Recife e o segundo apresenta o perfil socioeconômico dos óbitos maternos ocorridos na região metropolitana do Recife no período de 2012 a 2022.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais que confrontam os resultados com os principais achados da literatura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Política Nacional De Atenção Integral à Saúde Da Mulher

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam a maior parcela da população, correspondendo a 51,5% da população total (IBGE, 2024). Apesar de serem a maioria, as mulheres ainda sofrem com problemas que impactam nos principais indicadores socioeconômicos como a mortalidade materna.

Nesse contexto, surge a saúde da mulher, com o objetivo de promover a assistência integral ao bem-estar da população feminina por meio da promoção e monitoramento de ações que visam reduzir a morbimortalidade deste grupo.

O Ministério da Saúde lançou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja proposta era descentralizar, hierarquizar e regionalizar os serviços voltados para as mulheres, apenas na perspectiva da saúde reprodutiva.

Com o advento da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS e a partir da pressão de movimentos sociais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2004 visando enfatizar o compromisso do governo com a implementação de ações voltadas à saúde da mulher, estimulando seus direitos e reduzindo os agravos por causas evitáveis (FREITAS *et al.*, 2009).

Os objetivos gerais da PNAISM são:

- *Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro;*
- *Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;*
- *Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).*

Além dos objetivos gerais, a PNAISM apresenta objetivos específicos e estratégias para melhoria dos serviços prestados às mulheres. No tocante a redução da mortalidade materno-infantil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher busca “promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2004).

Entre as estratégias traçadas para a redução da mortalidade materna na PNAISM, podemos destacar:

- Construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- Qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- Organizar redes de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situação de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência;
- Melhorar a informação sobre a magnitude e a tendência da mortalidade materna.

Percebe-se, que o objetivo principal da PNAISM é estabelecer diretrizes e ações que buscam assegurar um atendimento humanizado, integral e de qualidade, com enfoque na promoção e equidade de gênero e considerando as particularidades e necessidades específicas das mulheres em todas as fases de suas vidas. Entretanto, mesmo diante da criação da PNAISM e do fortalecimento de ações na atenção à saúde da mulher, os casos de morte materna permanecem recorrentes e estão aquém das expectativas que seria de 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos.

Diante disso, doravante, compreenderemos com maior profundidade a questão da mortalidade materna e suas definições.

2.2 Mortalidade Materna - definições

Em 1994, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definiu a morte materna como: “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

Através da 10ª Revisão da CID (1994), a OMS introduziu o conceito de morte materna tardia como sendo “a morte de uma mulher por causa obstétrica direta ou indireta, ocorrida entre 42 dias até um ano após o término da gravidez, desde que relacionado à gestação, parto ou puerpério”.

O Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2009), estabeleceu outros conceitos relacionados, apresentados a seguir:

Morte materna obstétrica: pode ser subdividida em dois grupos, as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas. A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2009). Já a morte materna indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação e que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009).

Morte materna presumível ou mascarada: De acordo com o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (Brasil, 2009), é aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na declaração de óbito por falhas no preenchimento. Segundo o manual, a morte materna mascarada ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Dessa forma,

oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno (BRASIL, 2009).

A mortalidade materna é calculada através da Razão de Mortalidade Materna (RMM), que corresponde ao “Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (OPAS, 2002). A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos; entre 20 e 49 mortes, o índice é considerado médio; entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150, muito alto.

A RMM é um importante indicador de gestão pois reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher prestada pelos municípios. Razões elevadas de mortalidade maternas estão relacionadas com a falta e/ou dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade.

Tais definições visam contribuir para a melhor compreensão das categorias construídas para traçar o perfil socioeconômico da mortalidade materna na região estudada.

3 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos, o modelo metodológico adotado nesta pesquisa foi um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, baseado em dados de fontes primárias e na revisão de literatura. Esta última, de acordo com Macedo (1994) apud Sousa et al. (2021), “trata-se do primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa científica, com o intuito de revisar a literatura existente e não redundar o tema de estudo”.

Logo, a revisão de literatura é um passo importante para o levantamento de informações relevantes para o desenvolvimento da pesquisa e elaboração do referencial teórico.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2014). Ainda de acordo com Gil (2014), a principal finalidade da pesquisa exploratória é esclarecer conceitos e ideias. Ela é desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato (GIL, 2014).

Na abordagem quantitativa os resultados são quantificados. Por se centrar na objetividade os resultados são considerados como um retrato real da população alvo do estudo (LAKATOS, 2011). Dessa forma, a população do estudo será composta por mulheres que morreram na região metropolitana do Recife por causas associadas à gravidez, parto ou puerpério no período de 2012 a 2022.

A região metropolitana do Recife possui uma população de 3,7 milhões de habitantes (IBGE, 2024) e um perfil majoritariamente urbano. É composta por 14 municípios: Araçoiaba, Igarassu, Itapissuma, Ilha de Itamaracá, Abreu e Lima, Paulista, Olinda, Camaragibe, Recife, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata, Moreno, Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca.

Os dados foram obtidos através de levantamento documental das políticas públicas existentes para combate à mortalidade materna e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados publicamente pelo Departamento de Informática à Saúde – DATA-SUS/MS.

A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2024. As variáveis analisadas foram razão de mortalidade materna, faixa etária, raça/cor, escolaridade,

estado civil, local de ocorrência, período da gestação e tipo de causa obstétrica por capítulo da CID 10.

Os dados foram extraídos, armazenados e tratados no programa Microsoft Office Excel que permite apresentar as informações resultantes das variáveis em tabelas e gráficos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Contribuição das políticas públicas para redução da mortalidade materna

A mortalidade materna possui grande relevância no contexto nacional e internacional por ser um problema de saúde pública e por violar os direitos humanos.

No Brasil, a medida mais conhecida para reduzir a mortalidade materna foi a criação da Rede Cegonha, institucionalizada pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Ela propõe a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças disponibilizando atendimento pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários e vinculação da gestante a uma maternidade de referência (BRASIL, 2011).

Consiste, portanto, em uma rede de cuidados que assegura o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada da gravidez, antes, durante e após a gestação (Art. 1º, Portaria 1.459, 2011).

Nesse mesmo viés, temos o Programa Mãe Coruja em Pernambuco. presente nos 184 municípios, o programa criado pela Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009, busca prestar atenção integral às gestantes usuárias do SUS e aos seus bebês, garantindo a eles um desenvolvimento saudável e harmonioso durante os primeiros anos de vida.

Outra política pública criada com o intuito de reduzir o número de óbitos maternos foram os Comitês de Mortalidade Materna. Seu desenvolvimento se deu a partir de 1987 visando sensibilizar as autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção à morte materna. Os comitês de morte materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência (BRASIL, 2009).

Entre seus objetivos estão: Envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, e suas repercussões; Definir e caracterizar os óbitos maternos evitáveis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde; Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, a partir da discussão dos óbitos ocorridos na área; Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade materna na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos; Promover a interlocução entre as instituições com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas (BRASIL, 2009).

Conta-se ainda com políticas como a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263 de 1996), que visa obrigar as instâncias gestoras do SUS a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas, entre outras: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência a parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis, e com a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005), cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à

saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação de acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS.

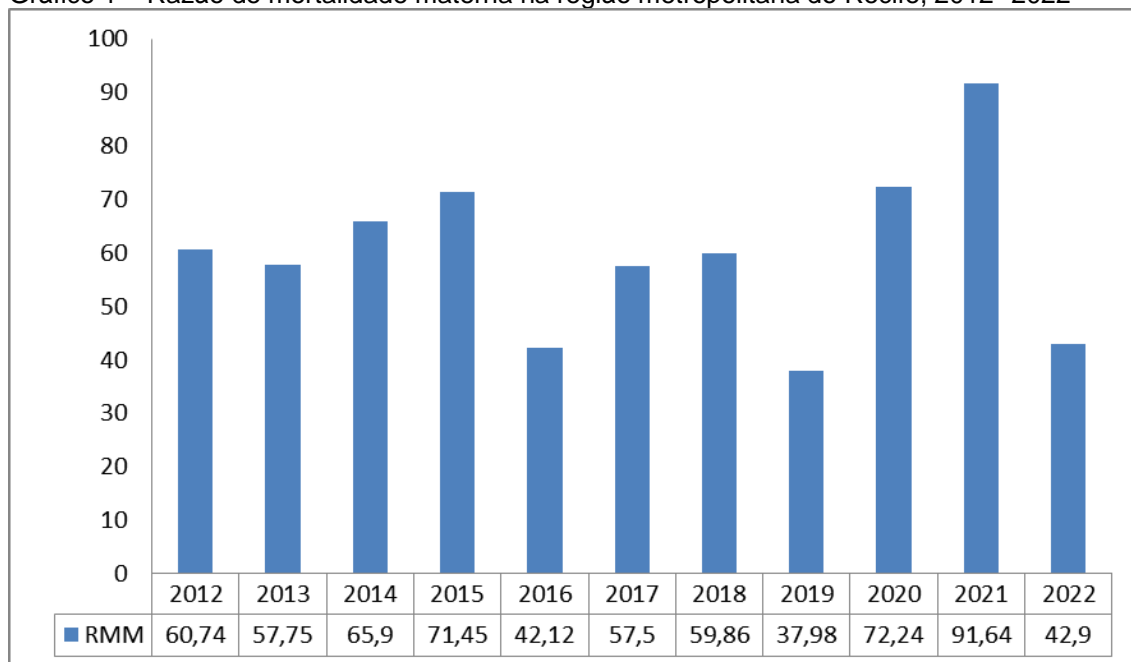
A Política Nacional de Atenção Básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF), consolida-se como um instrumento importante na redução da mortalidade materna. Aqui, a atenção básica, pode ser vista como o acesso primário aos serviços de saúde, onde as mulheres podem ter a garantia do acesso à saúde sexual e reprodutiva em seus territórios. O PSF deve oferecer à população métodos contraceptivos, orientar e reduzir a gravidez indesejada, além de oferecer pré-natal. De acordo com Succi et al. (2004), o principal fator capaz de diminuir o risco da gestação, especialmente quando a paciente já tem uma patologia instalada é a realização do pré-natal.

É no acompanhamento que são identificados riscos à gestante e ao bebê e que possibilita o encaminhamento adequado para serviços de saúde de média e alta complexidade, além de encaminhamento a uma maternidade de referência.

4.2 Perfil socioeconômico da Mortalidade Materna na Região Metropolitana do Recife no período de 2012 a 2022

No período de 2012 a 2022, contabilizaram-se 355 óbitos maternos na região metropolitana do Recife. O número absoluto de óbitos maternos representa uma razão de mortalidade materna de 60,34 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. De acordo com a OMS, essa RMM é considerada alta.

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna na região metropolitana do Recife, 2012- 2022



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

No período analisado o município que apresentou maior RMM foi o Recife com 43,10 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, seguido por Jaboatão dos Guararapes com 17,18 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. A cidade de Araçoiaba não registrou óbitos maternos no período analisado, provavelmente devido a problemas como subnotificação já que o município é de pequeno porte e não possui maternidade de alto risco, sendo as gestantes encaminhadas para unidades de referência em municípios vizinhos.

A subnotificação ocorre quando um agravo relevante para a saúde pública deixa de ser comunicado à autoridade de saúde e conseqüentemente não entra nas estatísticas dos Estados e municípios.

A menor razão de mortalidade materna foi registrada nos municípios de Itapissuma e da Ilha de Itamaracá, ambas apresentaram uma RMM de 0,56 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos.

A análise da série histórica mostra que não existe um padrão definido na razão da mortalidade materna. As oscilações irregulares observadas no período do estudo (Gráfico 1), podem ser explicadas por doenças sazonais, tais como a epidemia de H1N1 em 2015 e a pandemia de Covid-19.

Tabela 1– Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo faixas etárias, 2012- 2022.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total	
												Nº	%
10 a 14 anos	2	-	-	1	1	-	1	1	-	1	-	7	1,97
15 a 19 anos	6	2	3	2	2	4	7	2	5	-	2	35	9,86
20 a 24 anos	9	6	5	9	8	4	2	-	3	3	2	51	14,36
25 a 29 anos	7	4	14	7	5	5	9	4	4	10	5	74	20,84
30 a 34 anos	6	9	7	16	7	4	4	5	10	13	4	85	23,94
35 a 39 anos	4	10	7	4	1	12	8	5	6	7	4	68	19,16
40 a 44 anos	-	2	2	3	-	3	2	2	7	9	2	32	9,02
45 a 49 anos	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3	0,85
Total	34	33	38	42	24	32	33	20	36	44	19	355	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

Analisando-se a distribuição percentual dos óbitos segundo faixa etária (Tabela 1), o maior percentual de óbitos foi encontrado na faixa etária de 30 a 34 anos (23,94%) e o menor quantitativo, na faixa etária de 10 a 14 anos (1,97%), denunciando casos de violência infantil. A faixa etária entre 20 e 39 anos correspondeu a 78,3% dos casos.

Tabela 2 – Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo cor/raça, 2012- 2022.

Cor/Raça	n	%
Branca	86	24,22
Preta	30	8,46
Amarela	2	0,56
Parda	234	65,91
Ignorado	3	0,85
Indígena	0	0
Total	355	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

Na variável cor/raça (Tabela 2), a maior prevalência de óbitos maternos foi encontrada em mulheres pardas (65,91%), seguidas de mulheres de cor branca (24,22%).

Tabela 3 – Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo escolaridade, 2012- 2022.

Escolaridade	n	%
Nenhuma	4	1,13
1 a 3 anos	34	9,58

4 a 7 anos	107	30,14
8 a 11 anos	146	41,13
12 e mais	39	10,98
Ignorado	25	7,04
Total	355	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

Referente à escolaridade (Tabela 3), a maior prevalência de óbitos maternos foi em mulheres que tinham entre 8 a 11 anos de estudo (41,13%). Já a menor prevalência foi em mulheres sem nenhuma escolaridade (1,13%). É esperado que quanto maior seja o nível de conhecimento de uma mulher, maior seja sua procura pelos serviços de saúde. A baixa prevalência de óbitos em mulheres sem nenhuma escolaridade nos mostra que embora a mortalidade materna seja o melhor indicador de saúde da população feminina, seus números são apresentados de forma inexata, pela dificuldade na identificação dos casos nos registros de óbito. Dentre as razões que dificultam o monitoramento do número real de óbitos maternos estão a subinformação e a subnotificação dos registros das declarações de óbito.

Tabela 4 – Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo estado civil, 2012- 2022.

Estado Civil	n	%
Solteira	214	60,28
Casada	103	29,02
Viúva	1	0,28
Separada	2	0,56
Outro	27	7,61
Ignorado	8	2,25
Total	355	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

Quanto ao estado civil (Tabela 4), o maior número de óbitos maternos foi encontrado em mulheres solteiras, enquanto que o local de ocorrência com o maior número de mortes foi o hospital com 314 óbitos (Tabela 5).

Tabela 5 – Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo local de ocorrência, 2012- 2022.

Local de Ocorrência	n	%
Hospital	314	88,45
Outro Estabelecimento de Saúde	27	7,61
Domicílio	12	3,38
Via Pública	0	0
Outros	2	0,56
Total	355	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

Ao analisar a morte materna segundo o período da gestação (tabela 6), percebe-se que 64,22% das mortes ocorreram no período do puerpério.

Tabela 6 – Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo período da gestação, 2012- 2022.

Morte Materna Período	n	%
Durante a gravidez, parto ou aborto	78	21,98

Durante o puerpério, até 42 dias	228	64,22
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	25	7,05
Não na gravidez ou no puerpério	3	0,83
Não informado ou ignorado	21	5,92
Total	355	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

Com relação ao tipo de causa de morte materna (Tabela 7), sobressaíram-se as causas obstétricas diretas que corresponderam a 52,39% dos óbitos sendo as causas mais frequentes a hipertensão arterial (12,90%), embolia de origem obstétrica (11,82), eclâmpsia (9,13%). Já as causas obstétricas indiretas corresponderam a 46,19%. As mortes obstétricas de causas não especificadas corresponderam a 1,42%, conforme pode ser visto na tabela abaixo:

Tabela 7 – Mortalidade materna na região metropolitana do Recife, segundo tipo de causa obstétrica e capítulo da CID 10, 2012- 2022.

Categoria CID 10	Principais causas de morte materna obstétrica direta	Principais causas de morte materna obstétrica indireta	%
B20 doenças p/HIV resul doenc infecc e parasit		9	2,54
B22 doenças p HIV resul em outras doenc espec		1	0,29
O00 Gravidez ectópica	12		3,38
O05 Outros tipos de aborto	2		0,57
O06 Aborto NE	4		1,12
O10 Hipertensão pré-existente complic grav parto puerp		10	2,82
O11 Distúrbios hipertensivos pré-existentes proteinúria superposta	6		1,69
O13 Hipertensão gestacional s/proteinúria signif.	1		0,29
O14 Hipertensão gestacional c/proteinúria signif.	24		6,76
O15 eclâmpsia	17		4,78
O21 vômitos excessivos na gravidez	1		0,29
O22 Complicações venosas na gravidez	5		1,42
O23 infecção do trato geniturinário na gravidez	10		2,82
O24 diabetes mellitus na gravidez		1	0,29
O26 assist materna outra complic lig predom grav	4		1,12
O41 outra trans membranas e líquido amniótico	2		0,57
O44 placenta previa	2		0,57
O45 descolamento prematuro de placenta	1		0,29

O62 anormalidades da contração uterina	9		2,54
O67 trab parto complic hemorr intraparto NCO	1		0,29
O71 outros traumas obstétricos	3		0,85
O72 hemorragia pós parto	17		4,78
O74 complic anestesia durante trab parto e parto	1		0,29
O75 outras complic do trab parto e do parto NCOP	5		1,42
O85 infecção puerperal	14		3,90
O86 outras infecções puerperais	5		1,42
O87 complic venosas no puerpério	4		1,12
O88 embolias de origem obstétrica	22		6,20
O90 complic do puerpério NCOP	14		3,90
O95 morte obstétrica de causa não especificada	5		1,42
O98 doen inc paras na COP complic grav part puer		41	11,55
O99 outras doen inc mat COP complic grav part puer		102	28,71
Total	186	164	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ano 2012 a 2022.

A razão de mortalidade materna no período analisado foi de 60,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, resultado acima das recomendações da OMS que considera aceitável a RMM abaixo de 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

A análise do perfil socioeconômico permite inferir que a razão de mortalidade materna da região metropolitana do Recife oscilou entre média (20 a 49/100.000NV) e alta (50 a 149/100.000NV), números distantes do que é considerado tolerável, segundo os padrões da OMS.

A amostra estudada revelou que houve uma maior prevalência de óbitos em mulheres entre 20 e 34 anos, sugestivo de uma deficiência na atenção à saúde, já que a idade que oferece maior risco de mortalidade materna é a partir dos 35 anos. A maior frequência de óbitos em mulheres de raça/cor parda se justifica pelas características populacionais do Estado de Pernambuco onde mais de 55% da população se autodeclararam de cor/raça parda, segundo o IBGE (2024).

Mães solteiras e com até 11 anos de estudo apresentaram a maior taxa de mortalidade na região metropolitana do Recife. A situação conjugal instável interfere no desfecho obstétrico, uma vez que o apoio do parceiro durante a gestação proporciona maior segurança para as mulheres (BRASIL,2012). A maior prevalência de óbitos em mulheres entre 8 a 11 anos de estudo pode ser indicativo de baixo acesso à informação sobre métodos contraceptivos, além de indicar a baixa procura e/ou oferta de serviços de saúde.

A prevalência das mortes no ambiente hospitalar denuncia condições precárias, tais como superlotação, falta de estrutura e profissionais qualificados para o atendimento obstétrico.

Relativo à classificação obstétrica predominou os óbitos obstétricos diretos (52,39%) que são considerados passíveis de prevenção através de serviços de saúde adequados (OLIVEIRA et al., 2018). Entre os óbitos obstétricos diretos a principal causa básica de morte foi a hipertensão arterial, seguidas da embolia obstétrica, eclâmpsia e hemorragia pós parto o que aponta a necessidade das unidades de saúde dos municípios da região metropolitana do Recife identificarem um conjunto de mulheres gestantes que necessitam durante a gravidez de uma assistência especializada, uma unidade de referência e serviços de média e alta complexidade, como banco de sangue e UTI, por exemplo. O alto número de gestantes hipertensas também aponta para a necessidade de melhorar a assistência obstétrica e o pré-natal, visto que a hipertensão é passível de controle e o tratamento adequado pode prevenir os desfechos encontrados.

Percebe-se que mesmo com a criação da PNAISM, a garantia do direito da mulher de acesso à saúde integral e especializada ainda é fragilizada, principalmente para as mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social. A falta de cumprimento desse direito faz com que as taxas de mortalidade materna permaneçam elevadas. Esse resultado mostra que a morte materna precisa de políticas públicas eficazes para a diminuição e combate desse tipo de morte.

Diante do exposto, notou-se que as políticas públicas apresentadas podem auxiliar na redução desses óbitos, pois auxiliam as mulheres a terem seus direitos efetivados. Todavia, apesar de existirem programas para fortalecer a PNAISM, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Rede Cegonha e o Programa Mãe Coruja não existem a garantia da realização do pré-natal e do encaminhamento da mulher para uma unidade de referência, ferindo os direitos de acesso integral e universal aos serviços de saúde.

Quando falamos do acesso equânime aos serviços de saúde, a situação torna-se ainda pior. As políticas de saúde apontadas nesse estudo ainda não consideram as mulheres em todas as suas dimensões. Conforme o perfil encontrado, mulheres pardas, negras, de baixa escolaridade e sem união estável têm menos acesso a métodos contraceptivos e, de acordo com o relatório DHESCA (2015), dependem do sistema de saúde público que muitas vezes a discriminam ainda mais.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Pré-Natal propõe o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, e entre suas ações está prevista a capacitação dos profissionais de saúde nessa área. Ainda assim, os resultados mostraram que as maiores causas de morte materna poderiam ter sido evitadas com atendimento adequado na gestação.

A criação dos Comitês de Mortalidade Materna, não se mostraram eficientes, pois além de alguns lugares serem mais ativos que outros não existe uma padronização na forma de investigação.

Verificou-se, assim, que as políticas públicas encontradas não são eficientes no combate efetivo da mortalidade materna pois a maioria trata-se de objetivos incluídos em programas destinados às mulheres.

3 CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar a eficácia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com ênfase na mortalidade materna na região metropolitana do Recife. Através de uma pesquisa descritiva, exploratória e bibliográfica, buscou-se investigar o perfil socioeconômico dos óbitos maternos ocorridos na região

metropolitana do Recife e como as políticas públicas de saúde da mulher influenciam na redução desses óbitos.

Através do levantamento bibliográfico, percebeu-se que a PNAISM é uma política para garantir o direito das mulheres e reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Após a análise dos dados coletados no SIM/Datasus, percebeu-se que a maior parte dos óbitos foram caracterizados como evitáveis e que a mortalidade materna continua sendo um grave problema de saúde pública. Sendo assim, todos os esforços devem ser concentrados no sentido de desenvolver medidas de saúde pública para melhorar a assistência da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e puerpério e, em uma visão holística, promover a saúde reprodutiva como direito de cidadania.

No tocante ao perfil socioeconômico, os resultados dessa pesquisa encontraram a maior prevalência de mortalidade materna em um perfil específico, mulheres de cor parda (65,91%), solteiras (60,28%), com 8 a 11 anos de escolaridade (41,13%) e na faixa etária de 30 a 34 anos (23,94%). O alto número de óbitos por hipertensão arterial (12,90%) também aponta para a necessidade de melhorar a assistência obstétrica e o pré-natal. Quanto às características das mortes, o momento do óbito aconteceu durante o puerpério até 42 dias (64,22%), tendo como principal local o hospital (88,45%).

Nesse contexto, percebe-se a ineficácia das políticas públicas existentes cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna. Como estratégias para qualificação da atenção às mulheres gestantes foram criados o Programa Nacional de Atenção Básica, a Rede Cegonha, o Programa Mãe Coruja, em nível estadual, a Lei do Planejamento Familiar, ambas ineficazes sobretudo para mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis. Apesar da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Pré-Natal prever a capacitação dos profissionais na atenção obstétrica e neonatal, as mortes por causas obstétricas prevaleceram demonstrando a baixa qualidade da atenção obstétrica oferecida pelos municípios analisados.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ainda precisa ser fortalecida. Além de propiciar a participação feminina de forma ativa na elaboração e planejamento de programas de saúde, deve ser pensado um programa de educação continuada na área de saúde da mulher para que os profissionais de saúde possam prestar uma assistência de qualidade e eficaz.

Reconhece-se como limitação deste estudo, o fato de os dados serem retirados do SIM/Datasus e eles estarem sujeitos a subnotificação de casos. Diante disso, este estudo sugere que sejam feitas novas pesquisas para aprofundar a investigação sobre as causas e efeitos da mortalidade materna nos municípios da região metropolitana do Recife, pois diante de uma quantidade adequada de informações será possível promover medidas de intervenções eficazes focadas na redução da mortalidade materna nesses municípios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº1459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). 318p.

DHESCA. Relatorias em Direitos Humanos.: Informe 2012-2014. Curitiba: Terra de Direitos, 1ª edição, 2015.

FREITAS, G. L. et al.. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no Contexto da Promoção da Saúde. Rev. Eletr. Enf. v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostragem e técnicas de Pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados. 8ª ed. São Paulo. Atlas, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. _____. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2024.

OLIVEIRA, S. C.; COSTA, J. M.B.; LEITE, F. P.S.; CALDAS, L. N. M. Mortalidade Materna em Recife no Período de 2001 a 2006. Rev. enferm. UFPE on line; 3(1): 40-45, jan.-mar. 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo; 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa - Brasília, Publicação da OPAS, 2002.

PERNAMBUCO. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana. Recife, PE: Diário Oficial do Estado, 2009.

SOUSA, A. S; OLIVEIRA, S. O; ALVES, L. H. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. Cadernos da Fucamp,v.20, n.43, p. 64-83, 2021.

SUCCI, C.M. et al. Estudo analítico dos casos de mortalidade materna no hospital universitário de São Bernardo do Campo, no período de 1999 a 2002. Arquivos Médicos ABC, São Paulo, v.29, n.1, p.22-27, 2004.

VICTORA,C.G. et al. Saúde de Mães e Crianças no Brasil: Progressos e Desafios. Lancet. p.32-46, maio de 2011.