

objetivo 5.

## Melhorar a saúde materna

Conceber a vida é uma experiência sagrada. Porém, a maternidade não é um momento de felicidade para todas as mulheres no mundo, pois para algumas representa sofrimento e morte. Segundo a OMS (2010a), mais de 500 mil mulheres morrem no mundo anualmente durante a gravidez, o parto e o período pós-parto de 42 dias. No Brasil, foram registrados mais de 1,5 mil óbitos maternos em 2008 (MS, 2010c). A taxa de mortalidade materna média nos países desenvolvidos é de 9 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto na África a taxa é superior a 800 (OMS, 2007). Hemorragia e hipertensão causam mais da metade desses óbitos no mundo (OMS, 2010a) e no Brasil (Brasil, 2010a); as outras principais causas são: infecção, aborto inseguro e obstrução no trabalho de parto. As

principais vítimas de mortalidade materna nas Américas são as mulheres pobres, indígenas e negras das zonas rurais (CIDH, 2010).

A maioria dos casos de mortes maternas pode ser prevenida com intervenções médicas simples (ONU, 2010a). Planejamento familiar, atendimento pré-natal qualificado e atenção adequada durante o trabalho de parto e no período pós-parto são algumas das medidas que podem reverter o quadro de mortalidade materna no Brasil e no mundo. Para avaliar a situação da saúde materna na Amazônia utilizamos dois indicadores: (i) taxa de mortalidade materna e (ii) número de consultas pré-natal. Além disso, apresentamos informações adicionais referentes ao planejamento familiar na região (ver Quadro 7).

### ➔ MORTALIDADE MATERNA AUMENTA

Os óbitos maternos aumentaram em 22% na Amazônia entre 1996 e 2008, passando de 57 para 70 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (Figura 25). Em 2008 foram registrados 53 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no Brasil, valor 32% inferior à região amazônica. Entre os Estados da região, a taxa de mortalidade materna diminuiu no Acre (55%) e no Maranhão (7%); manteve-se estável no Pará e Amazonas; e aumentou nos outros Estados (Figura 26). Em 2008, Maranhão, Tocantins e Roraima apresentaram as maiores taxas de óbitos maternos, respectivamente 94, 90 e 90 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Acre (28) e Rondônia (41) apresentaram as menores taxas. Segundo estimativas da Ripsa (2006b), 29% dos óbitos maternos não são registrados no Brasil.

Em 2010, o governo brasileiro apresentou taxas de mortalidade materna corrigidas e estimativas para o ano de 1990 no Relatório

Nacional de Acompanhamento (Brasil, 2010a). Esses novos dados apresentam taxas de mortalidade superiores às dos dados disponibilizados pelo MS (2010c). Em 1990, estimou-se uma taxa de mortalidade materna de 140 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos no Brasil e, em 2007, esse valor caiu para 75, segundo as taxas corrigidas (Brasil, 2010a). Os dados corrigidos e as estimativas para 1990 modificam a meta brasileira esperada para 2015 (*Reduzir em 75%, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna*) em relação àquela apresentada em nosso estudo anterior (Celentano e Veríssimo, 2007a). A meta brasileira passou a ser 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Neste estudo, apresentamos os dados publicados pelo MS porque as novas estimativas governamentais apresentadas no Relatório Nacional de Acompanhamento (Brasil, 2010a) não estão disponíveis para os Estados.

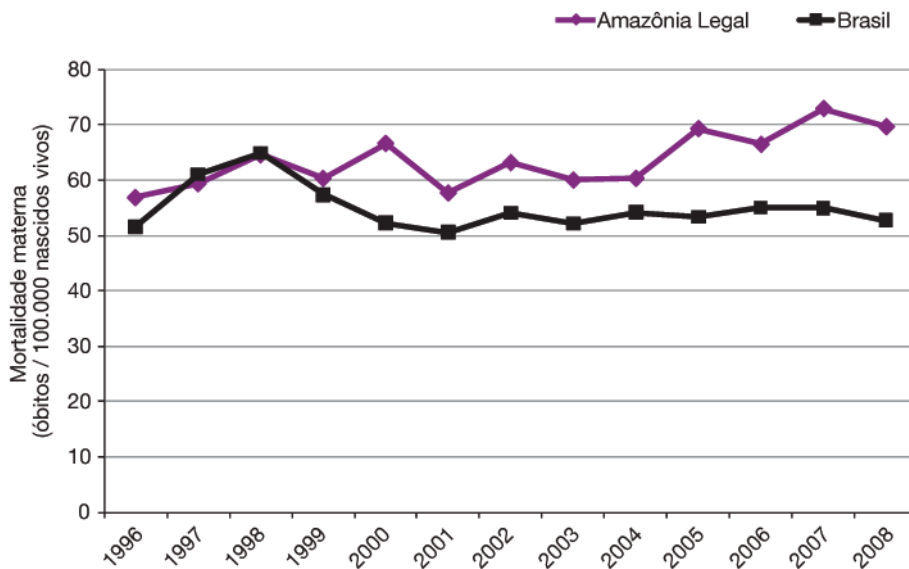


Figura 25. Mortalidade materna na Amazônia entre 1996 e 2008 (MS, 2010c).

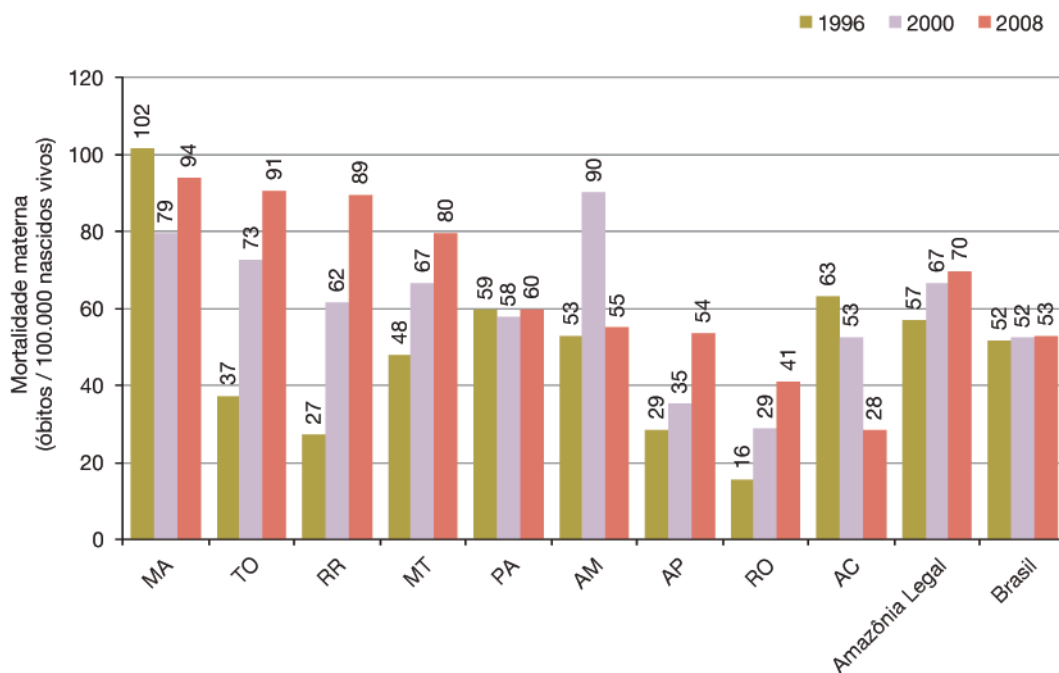


Figura 26. Mortalidade materna nos Estados da Amazônia em 1996, 2000 e 2008 (MS, 2010c).

## ➔ AUMENTA A COBERTURA DE CONSULTAS PRÉ-NATAL

Garantir acesso universal à saúde reprodutiva é um desafio, principalmente em regiões como a Amazônia onde muitas comunidades vivem isoladas em áreas florestais e o acesso só é possível por barcos ou aviões. Segundo a OMS (2007), apenas uma a cada três mulheres de zonas rurais recebem os cuidados recomendados durante a gravidez. Na Amazônia,

a cobertura de consultas pré-natal aumentou muito entre 1995 e 2008 (Tabela 8). Em 1995, estimou-se que 24% das gestantes não foram a nenhuma consulta, enquanto em 2008 essa estimativa diminuiu para apenas 4%. Acre e Amapá foram os Estados com a pior cobertura de consultas pré-natal, enquanto Mato Grosso, Rondônia e Tocantins apresentaram os melho-

res resultados. Na Amazônia, apenas 35% das gestantes foram às recomendadas sete ou mais consultas pré-natal em 2008, enquanto a média brasileira foi bem maior: 57%. Apesar dos avanços da cobertura de atenção pré-natal, a qualidade da atenção deve ser melhorada no país a fim de garantir o acesso aos equipamentos necessários para o diagnóstico e prevenção de problemas relacionados à gestação (Brasil, 2010a).

As estimativas governamentais apontam que mais de 90% dos partos na região foram feitos em hospitais e assistidos por profissionais qualificados (MS, 2010d), mas esse

indicador<sup>38</sup> pode estar superestimado para a região. A proporção de partos cesáreos na região (37%) é inferior à média nacional (46%; MS, 2010d). Contudo, é um valor acima do recomendado pela OMS (15%), já que essa intervenção traz mais riscos à mulher e ao bebê (Brasil, 2010a). Embora as estatísticas oficiais apontem melhorias na cobertura de saúde reprodutiva, a Ripsa (2008b) adverte que essas estimativas podem estar superestimadas em áreas que apresentam cobertura insuficiente do sistema de informação sobre nascidos vivos.

**Tabela 8.** Proporção de nascidos vivos (%) por número de consultas de pré-natal em 1995 e 2008 (MS, 2010d e IBGE, 2010c).

Estado	1995			2008			
	Nenhuma	1 - 6	≥7	Nenhuma	1-3	4-6	≥7
AC	26	40	34	9	21	39	28
AM	64	10	26	6	19	42	31
AP	19	46	35	8	22	41	27
MA	17	42	41	2	20	52	24
MT	12	47	41	1	5	31	62
PA	45	46	9	3	14	53	28
RO	8	59	32	1	13	44	39
RR	18	49	34	5	20	38	36
TO	6	44	50	1	10	46	42
<b>Amazônia</b>	<b>24</b>	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>43</b>	<b>35</b>
<b>Brasil</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>57</b>

#### Quadro 7. Planejamento familiar na Amazônia

O planejamento familiar é um direito das mulheres, pois influencia diretamente a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê. Para isso, a população precisa ter acesso à informação e aos métodos contraceptivos. Segundo a OMS (2010b), a pobreza e a falta de educação são os grandes limitantes para o planejamento familiar no mundo. A ausência do planejamento resulta em gravidez na adolescência, gravidez indesejada, mortalidade infantil, violência doméstica, aborto, entre outros problemas. Segundo o IBGE (2010c), em 2009, a média de 2,5 filhos das mulheres amazônicas diminuiu em relação ao ano de 1990, que era 4, mas continua acima da média brasileira (1,9).

A gravidez na adolescência na região é a mais alta do país: 1,5% das mães tinham menos de 14 anos e 26% tinham entre 15 e 19 anos em 2008 (MS, 2010e). De fato, 11% das mulheres entre 15 e 17 anos já tinham filho na região em 2008, enquanto a média brasileira era de 6% (IBGE, 2008b). Segundo o IBGE (2010c), as mulheres mais escolarizadas têm menos filhos e são mães mais tarde. A mortalidade de mães adolescentes responde por 16% dos óbitos maternos (Brasil, 2010a). Em 2007, 18,5% das mães amazônicas criavam seus filhos sem cônjuge, enquanto a média brasileira era de 17,4% (IBGE, 2008b). Esses indicadores apontam que a família amazônica tem maior vulnerabilidade que a média nacional.



## OBJETIVO 5 – MELHORAR A SAÚDE MATERNA



**Meta 7:** Reduzir em 75%, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

- **Meta brasileira para 2015:** 35 óbitos/100 mil nascidos vivos.<sup>39</sup>
- **Amazônia em 2008:** 70 óbitos/100 mil nascidos vivos.
- **Avaliação:** Não houve melhoria para esse indicador e, se a tendência for mantida, essa meta não será atingida em 2015 para a Amazônia. A única exceção positiva é o Acre, onde a meta foi atingida em 2008. Contudo, o Estado deverá se esforçar para manter essa taxa.



**Meta 8:** Garantir acesso universal à saúde reprodutiva.

- **Avaliação:** O acesso da população a consultas pré-natal e profissionais especializados durante o parto aumentou, mas ainda não é universal na Amazônia. Existe disparidade entre populações urbanas e rurais. Além disso, há evidências de que a qualidade da atenção deve ser melhorada.