

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: DESFECHOS OBSTÉTRICOS
EM TRÊS REGIÕES BAIANAS ENTRE 2010 E 2019***Miguel Andino Depallens^a*<https://orcid.org/0000-0001-6499-8437>*Emerson Gomes Garcia^b*<https://orcid.org/0000-0002-5752-840X>*Ramon da Costa Saavedra^c*<https://orcid.org/0000-0003-4892-0052>*José Cristiano Soster^d*<https://orcid.org/0000-0002-2109-5905>*Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho^e*<https://orcid.org/0000-0002-8148-7599>**Resumo**

No Brasil, múltiplas políticas foram desenvolvidas para atender às demandas da saúde materno-infantil. Em 1983, sob pressão do movimento feminista, iniciou-se um programa voltado para a atenção à saúde da mulher “em sua totalidade” – o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Embora a Constituição Cidadã de 1988 afirme, no artigo 186 dos direitos sociais, que a saúde é um bem universal, essa premissa de fato nunca foi alcançável em todo território brasileiro, apesar de toda a formulação de

^a Médico. Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tutor do Programa Mais Médicos – Bahia. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Mato Grosso do Sul e Universidade Federal do Sul da Bahia. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: miguel.depallens@gmail.com

^b Enfermeiro Obstetra. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Enfermagem. Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia. Diretor do Programa Mais Médicos – Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: emerson.garcia@saude.ba.gov.br

^c Dentista. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Sanitarista da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rcsaavedra40@gmail.com

^d Enfermeiro. Diretor da Atenção Básica da Saúde do Estado da Bahia Mestrando em Administração pela Universidade Federal da Bahia. Residência em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Especialista em Micropolítica de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: cristianodab2@gmail.com

^e Médica. Especialista e com Residência Médica em Neonatologia. Especialista em Gestão para o SUS. Subsecretária de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: tereza.paim@saude.ba.gov.br

Endereço para correspondência: 4ª Avenida, n. 400, Centro Administrativo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40301-110. E-mail: emerson.garcia@saude.ba.gov.br

políticas e estratégias, como o Programa Saúde da Família. Assim, o Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) foi estruturado em 2013 na expectativa de fortalecer a Estratégia Saúde da Família, garantindo o acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Atenção Primária. O objetivo deste trabalho foi estudar o efeito desse programa em nosso país. No Brasil, a razão da mortalidade materna (RMM) passou de aproximadamente 140, em 1990, para 57 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos (NV) em 2019. Na Bahia, em 2019, foi registrada uma RMM de 51,2. Em 2020, esse índice alcançou o valor de 81,1. Apesar dos avanços significativos, esses resultados estão ainda distantes da meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), que foi definida em 35,8 em 2015. Os resultados também demonstram a existência de dificuldades para atingir a meta dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), ou seja, trinta por cem mil NV até 2030, conforme o que foi demonstrado na análise dos dados discutidos neste artigo.

Palavras-chave: Saúde. Gravidez. PMMB.

THE MAIS MÉDICOS PROGRAM AND PRENATAL CARE: OBSTETRIC OUTCOMES IN THREE BAHIAN REGIONS BETWEEN 2010-2019

Abstract

In Brazil, multiple policies have been developed to meet the demands of maternal and child health. In 1983, pressured by feminist movement, the country implemented a program to focus on women's health 'in its entirety' – the Comprehensive Women's Health Care Program (PAISM). Although the 1988 Citizen Constitution states, in its Article 186, that health is a universal good, this premise has never in fact been achievable throughout Brazil, despite all the policies and strategies developed, such as the Family Health Strategy. As such, the More Doctors Program for Brazil (PMMB) was structured in 2013 to strengthen the Family Health Strategy, ensuring universal access to the Unified Health System (SUS) through Primary Care. Given this context, this study sought to investigate the effect this program had in the country. In Brazil, the maternal mortality ratio (MMR) went from approximately 140 in 1990 to 57 maternal deaths per 100,000 live births (LB) in 2019. In 2019, Bahia recorded an MMR of 51.2. In 2020, this index reached the value of 81.1. Despite significant advances, these findings are still far from the millennium development goals (MDGs) target, which was set at 35.8 in 2015. The results point to difficulties in achieving the Sustainable Development Goals (SDGs) target, that is, 30 per 100,000 LB by 2030.

Keywords: Health. Pregnancy. PMMB.

Resumen

En Brasil, se han desarrollado múltiples políticas para atender las demandas de salud materno-infantil. En 1983, bajo la presión del movimiento feminista, se inició un programa orientado hacia la salud de la mujer “en su totalidad”, el Programa de Acción Integral a la Salud de la Mujer (PAISM). A pesar de que la Constitución de 1988 de Brasil dispone en su artículo 186 sobre los derechos sociales que la salud es un bien universal, esa premisa, de hecho, nunca fue alcanzable en todo el territorio brasileño, incluso con la formulación de políticas y estrategias, como el Programa de Salud Familiar. Así, el Programa Más Médicos para Brasil (PMMB) se estructuró en 2013 con la expectativa de fortalecer la Estrategia de Salud Familiar, garantizando el acceso universal al Sistema Único de Salud (SUS) a través de la Atención Primaria. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de este programa en el país. En Brasil, la razón de mortalidad materna (RMM) aumentó de aproximadamente 140 en 1990 para 57 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (NV) en 2019. En Bahía, en 2019 se registró una RMM de 51,2. En 2020 este índice alcanzó el valor de 81,1. A pesar de los avances significativos, estos resultados todavía están lejos de la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que se fijó en 35,8 en 2015. Los resultados también demuestran las dificultades que existen para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), es decir, de 30 por 100.000 NV para 2030, como lo demuestra el análisis en este artículo.

Palabras clave: Salud. Embarazo. PMMB.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde das mulheres no período pré-natal constitui uma ferramenta fundamental para alcançar os melhores desfechos na população materno-infantil e reduzir as complicações perinatais. No Brasil, o acompanhamento clínico das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado pelas equipes multiprofissionais de Atenção Primária à Saúde (APS), essencialmente pelos profissionais de enfermagem e medicina. Nesse sentido, a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – que atua a partir da vigilância em saúde das comunidades adstritas – permitiu ampliar a atenção integral dessas populações, orientada pelas necessidades de saúde identificadas.

No Brasil, múltiplas políticas foram desenvolvidas para atender às demandas da saúde materno-infantil. Um dos primeiros passos ocorreu em 1940 com a criação do

Departamento Nacional da Criança, que fortaleceu os cuidados às crianças e às suas mães. Na década de 1970, o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco foram implementados enquanto programas verticais de atenção à saúde. Em 1983, sob pressão do movimento feminista, foi criado um programa voltado para a atenção à saúde da mulher “em sua totalidade”: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A Constituição de 1988 fortalece os direitos reprodutivos, enfatizando o direito ao aleitamento materno, a proteção das gestantes, mães e crianças, a licença-maternidade, o planejamento familiar, entre outros. Nos anos 1990, as recém-aprovadas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080 e nº 8.142, promoveram a operacionalização do SUS por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde embasadas na participação e controle social fortalecendo as medidas para encerrar o ciclo do modelo assistencial médico-privatista. Nesse sentido, em 1994, o Ministério da Saúde operacionaliza o Programa de Saúde da Família (PSF) por meio da atuação de equipes multiprofissionais, atuando com base em uma estratégia de vigilância ativa da população e com o objetivo principal de reduzir as taxas de mortalidade infantil. Alguns anos depois, a Portaria nº 569/2000 implementou o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), que almeja impactar as altas taxas de mortalidade neonatal, perinatal e materna no Brasil. Essa última estratégia tinha alguns objetivos concretos, por exemplo, a captação precoce na consulta de pré-natal, até o quarto mês de gestação, a realização de no mínimo seis consultas até o parto e uma no puerpério, a garantia de alguns exames-chave (por exemplo: tipagem sanguínea, VDRL, hemoglobina, testagem anti-HIV, entre outros), bem como a atualização do esquema vacinal, classificação de risco gestacional e vinculação às unidades de referência para atendimento à gestação de alto risco¹.

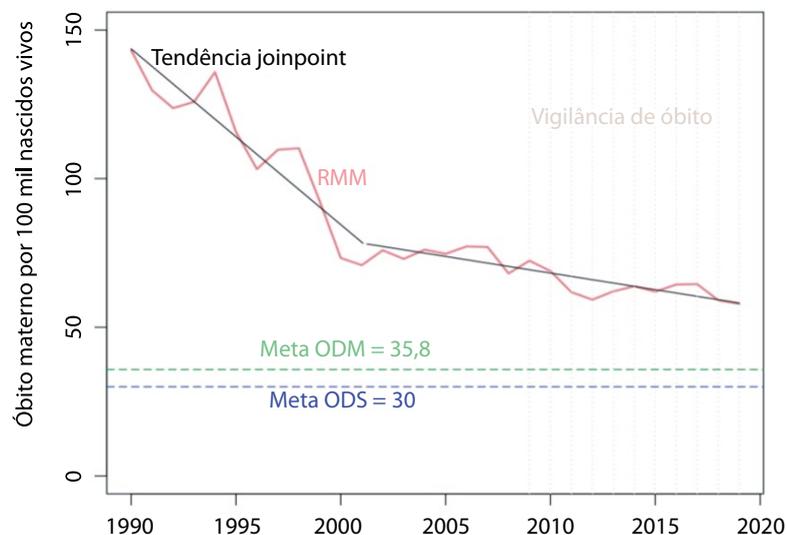
Embora a Constituição Cidadã de 1988 afirme, no artigo 186 dos direitos sociais, que a saúde é um bem universal, essa premissa de fato nunca foi alcançável em todo o território brasileiro, apesar da formulação de políticas e estratégias, como o Programa Saúde da Família.

Assim, o Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) foi estruturado em 2013 na expectativa de fortalecer a Estratégia Saúde da Família, garantindo, assim, o acesso universal ao SUS por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Para isso, três eixos formam os pilares desse programa: provimento de médicos na APS, apoio financeiro na construção ou reforma de unidades básicas de saúde e ampliação de vagas de graduação em medicina e residência médica². Neste estudo, o foco maior foi dado ao eixo de provimento (Projeto Mais Médicos), que possibilitou uma expansão considerável na cobertura da população brasileira pela ESF.

No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) passou de aproximadamente 140, em 1990, para 57 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos (NV) em 2019. Na Bahia,

em 2019, foi registrada uma RMM de 51,2, enquanto em 2020 esse índice alcançou o valor de 81,1. Apesar dos avanços significativos, esses resultados ainda estão distantes da meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), que foi definida em 35,8 em 2015. Os resultados também demonstram a existência de dificuldades para atingir a meta dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), ou seja, trinta por cem mil NV até 2030 (**Figura 1**).

Figura 1 – Óbito materno por cem mil nascidos vivos. Salvador, Bahia, Brasil – 1990 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde.

Em 2009, foram registrados no Brasil 72 óbitos para cada cem mil nascidos vivos, enquanto países como Canadá e Estados Unidos registram, em média, valores de 11/100.000 NV, demonstrando a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Acredita-se que na América Latina, cerca de 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. Cabe ressaltar que aproximadamente 95% dos óbitos são considerados evitáveis³.

Sabe-se que o parto cesariano expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte. Esse risco aumentado pode ser associado a tromboembolismo, infecção puerperal e complicações anestésicas⁴. Sobre as principais causas de morte materna, destacam-se doença hipertensiva da gestação, infecção pós-aborto e hemorragias⁵.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas, caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral. As aferições

da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e instauração de condutas de tratamento corretas permitiriam salvar muitas mulheres e crianças⁶.

Este artigo tem o objetivo de expor os resultados intermediários de uma pesquisa que visa avaliar os impactos do PMMB – por meio da expansão da ESF – sobre os desfechos materno-infantis. O foco principal será a RMM e será analisada, especificamente, a situação de três regiões de saúde do estado da Bahia (Camaçari, Guanambi e Salvador) sob uma perspectiva transversal e descritiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

A morte materna foi definida como “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”⁷, em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS), na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁷.

A taxa, coeficiente ou razão de mortalidade materna (RMM) é um indicador que permite ajustar o número absoluto de óbitos maternos ao número de gestação em um local definido. De acordo com os sistemas de informações em saúde vigentes, o melhor indicador encontrado para esse ajuste foi o número de nascidos vivos (NV). Dessa forma, a RMM é calculada pela relação do número de mortes maternas por cem mil nascidos vivos de mães residentes em um espaço geográfico definido, no ano considerado⁸.

As regiões de saúde selecionadas para análise são Camaçari, constituída por seis municípios que totalizam uma população de 626.687 habitantes; Guanambi, com 22 municípios e população de 477.796 habitantes; e Salvador, que contempla dez municípios e população de 3.489.230 habitantes, por englobar a capital do estado. Enquanto a região de Guanambi faz parte da macrorregião de saúde sudoeste, Camaçari e Salvador fazem parte da macrorregião de saúde leste.

Considerando o período de estudo de 2010 a 2019, são apresentadas a seguir as populações dessas regiões de saúde nos referidos anos (**Tabela 1**).

Tabela 1 – População das regiões de saúde nos referidos anos. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019

População	Camaçari	Guanambi	Salvador	Total
2010	503904	451093	3455285	4410282
2019	617003	460372	3379650	4457025

Fonte: Ministério da Saúde.

Os indicadores levantados neste estudo estão caracterizados a seguir, com suas respectivas fontes de dados:

- 1) População anual e cobertura municipal anual no mês de dezembro de cada ano entre 2010 e 2020 e das regiões de saúde^{fa};
- 2) Número de médicos do PMMB nos municípios das regiões no mesmo período (dados levantados pela Sesab por meio dos editais publicados no Diário Oficial da União);
- 3) Número de consultas de pré-natal nos municípios das regiões no mesmo período, conforme município de residência das parturientes de nascidos vivos^{gb};
- 4) Número de nascidos vivos nos municípios das regiões no mesmo período, conforme município de residência das parturientes^{hc};
- 5) Número de óbitos maternos nos municípios das regiões no mesmo período, conforme município de residência das parturientes^{hd};
- 6) Cálculo da taxa de mortalidade materna (número de óbitos maternos por cem mil nascidos vivos);
- 7) Número de procedimentos após abortamento retido aspiração manual intrauterina e curetagem.

RESULTADOS

No período analisado, de 2010 a 2019, a taxa de mortalidade materna por cem mil nascidos vivos apresentou maiores oscilações nas regiões de Guanambi, cujos menores índices ocorreram nos anos de 2012 e 2014 (vinte por cem mil nascidos vivos) e o maior valor encontrado foi justamente entre esses dois anos, em 2013 (120 por cem mil nascidos vivos). A região de Camaçari também apresentou comportamento heterogêneo, variando entre a taxa de vinte por cem mil nascidos vivos nos anos de 2014 e 2015 e noventa por cem mil nascidos vivos em 2012, sendo a região que apresentou maior tendência de queda no período. A região de saúde de Salvador apresentou menor variação, permanecendo durante todo o período com a taxa de noventa por cem mil nascidos vivos em 2010 e cinquenta por cem mil nascidos vivos em 2019. Camaçari e Salvador apresentaram uma tendência de queda mais acentuada no período analisado (**Figura 2**).

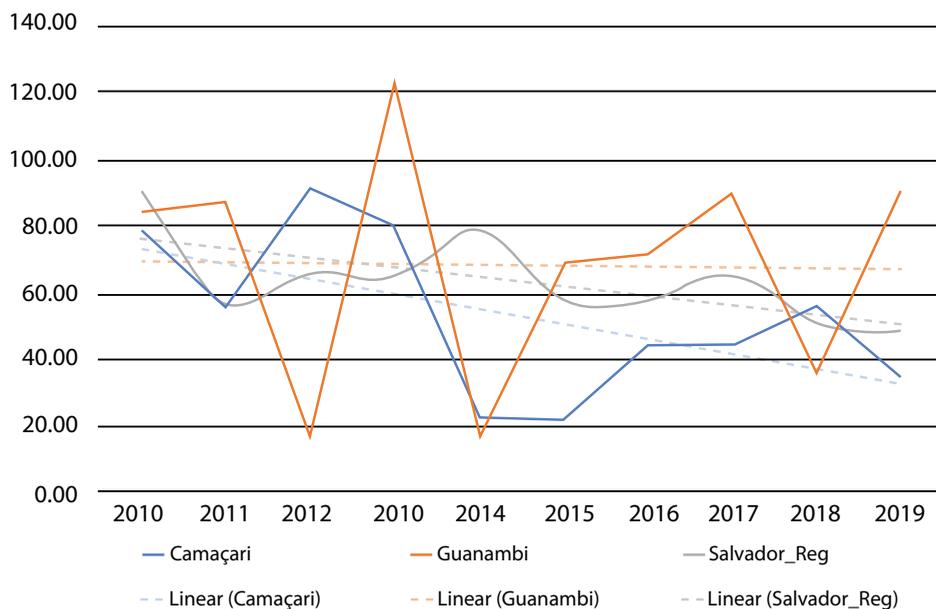
^f Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

^g Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/nvba.def>

^h Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/nvba.def>

ⁱ Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/obitomat.def>

Figura 2 – Taxa de mortalidade materna por cem mil nascidos vivos nas regiões de Salvador, Camaçari e Guanambi entre 2010 e 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019



Fonte: Ministério da Saúde.

Com relação à proporção de óbitos maternos, segundo raça/cor, nos anos de 2010 e 2019, verifica-se que a raça/cor preta é a única cujo percentual aumenta nas três regiões analisadas. A raça/cor branca apresenta diminuição nas proporções de óbitos maternos nas regiões de Camaçari e Guanambi, mantendo-se a mesma em Salvador. Já com relação à raça/cor parda, ocorre decréscimo em Camaçari e Salvador e aumento em Guanambi (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Proporção de óbitos maternos segundo raça/cor nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador, 2010 e 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019

% óbitos maternos	Branca		Preta		Parda	
	2010	2019	2010	2019	2010	2019
29004 Camaçari	15	12	17	26	63	60
29007 Guanambi	25	19	16	19	55	57
29020 Salvador	12	12	20	26	59	57
Média	13	13	19	26	59	58

Fonte: Ministério da Saúde.

O indicador relativo à escolaridade materna apresenta-se como uma informação frágil, uma vez que na maioria dos casos trata-se de um dado ignorado. Ainda assim, percebe-se que entre as mães cuja informação foi identificada, a maioria apresentou tempo de escolaridade que variou de quatro a 11 anos (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Número de anos de estudo da mãe nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador, 2010 e 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019

Escolaridade materna	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		12 anos e mais		Ignorado	
	2010	2019	2010	2019	2010	2019	2010	2019	2010	2019
29004 Camaçari	11	0	22	33	0	33	0	0	67	33
29007 Guanambi	25	25	0	0	50	25	0	0	25	50
29020 Salvador	10	0	15	26	13	32	8	16	55	26
Média	6	4	15	23	13	31	6	12	55	31

Fonte: Ministério da Saúde.

No que tange ao tipo de causa obstétrica, tanto em 2010 quanto em 2019, as causas indiretas predominaram nas regiões de Camaçari e Salvador, enquanto as causas diretas predominaram em Guanambi (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Causas obstétricas, segundo tipo, ocorridas nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador, 2010 e 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019

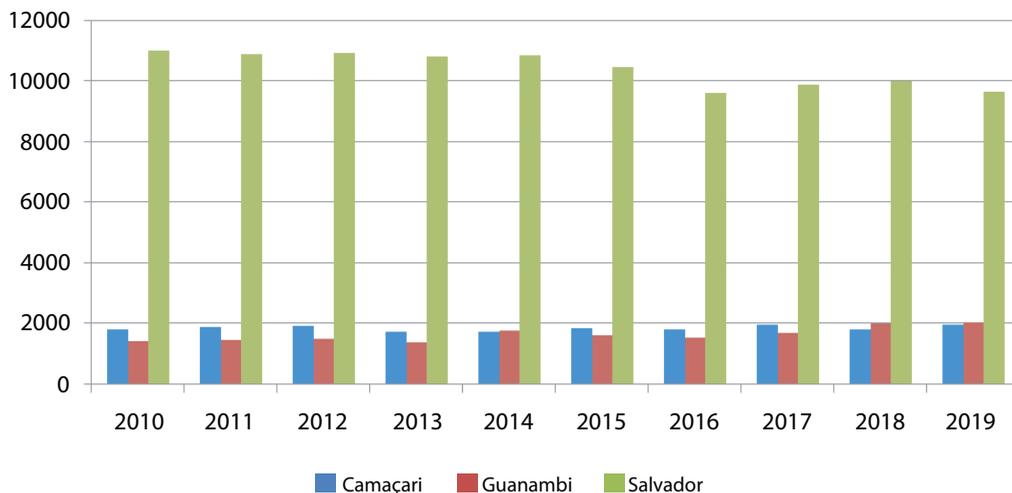
Tipo de causa ob. Região de saúde (CIR)	Causas obstétricas diretas		Causas obstétricas indiretas	
	2010	2019	2010	2019
29004 Camaçari	13	11	75	89
29007 Guanambi	43	80	29	20
29020 Salvador	15	13	85	79
Total	16	17	81	76

Fonte: Ministério da Saúde.

Como era de se esperar, os partos do tipo cesariano realizados pelo SUS alcançaram valores bem superiores na região de saúde de Salvador, não apenas por ser o território com maior densidade populacional, mas também por ter uma rede assistencial mais robusta. Enquanto as cesarianas pelo SUS nas regiões de Camaçari e Guanambi, em sua grande

maioria, não ultrapassam o quantitativo de duas mil, em Salvador está sempre margeando o valor de dez mil cesarianas (**Figura 3**).

Figura 3 – Número de partos cesarianos realizados pelo SUS nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador, de 2010 a 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2020

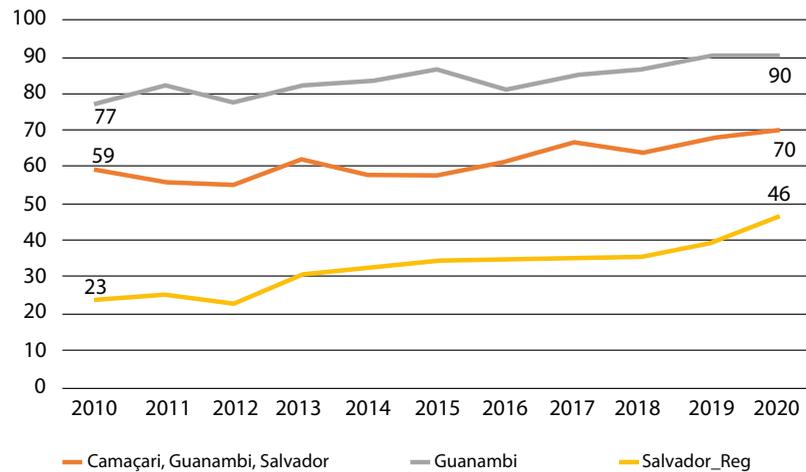


Fonte: Ministério da Saúde.

No que se refere à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas três regiões de saúde analisadas, percebe-se, claramente, a maior cobertura na região de Guanambi, que avançou de pouco menos de 80% em 2010 para 90% em 2019; enquanto a cobertura na região de Camaçari progrediu de 60% para 70% no mesmo período. Já a região de Salvador, embora tenha apresentado a maior variação positiva, de aproximadamente 22% de cobertura da ESF em 2010 para em torno de 38% em 2019, ainda demonstra índices aquém dos minimamente desejados para essa importante intervenção de atenção básica à saúde (**Figura 4**).

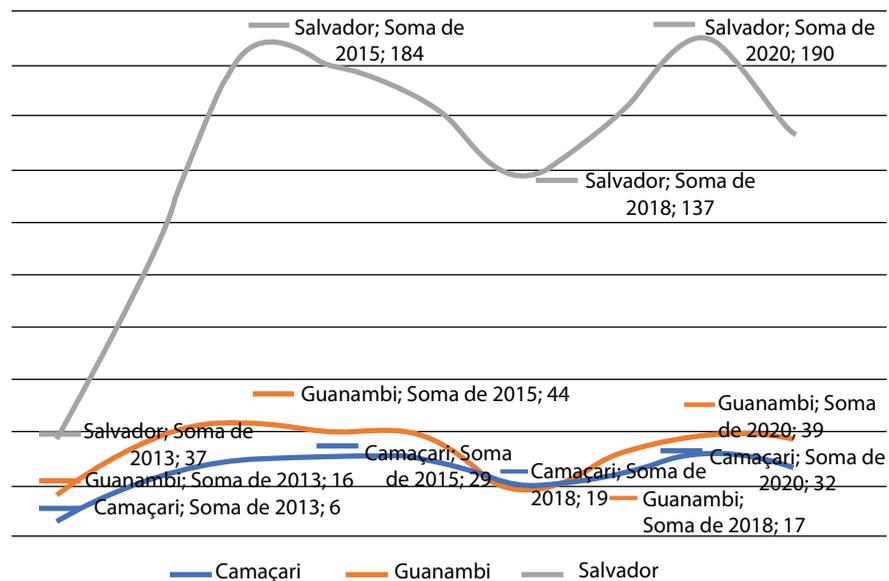
Paradoxalmente, ao avaliar o número de médicos do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMBB) nas respectivas regiões de saúde, ou mesmo a proporção de médicos do PMBB que compõem equipes da ESF, verifica-se a notória predominância desses profissionais na região de Salvador, com aumento vertiginoso nos primeiros anos do período analisado, acompanhado de uma tendência de queda nos períodos seguintes, ainda que se mantendo sempre acima das outras duas regiões observadas (**Figuras 5 e 6**).

Figura 4 – Cobertura de ESF (%) nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador entre 2010 e 2020. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2020



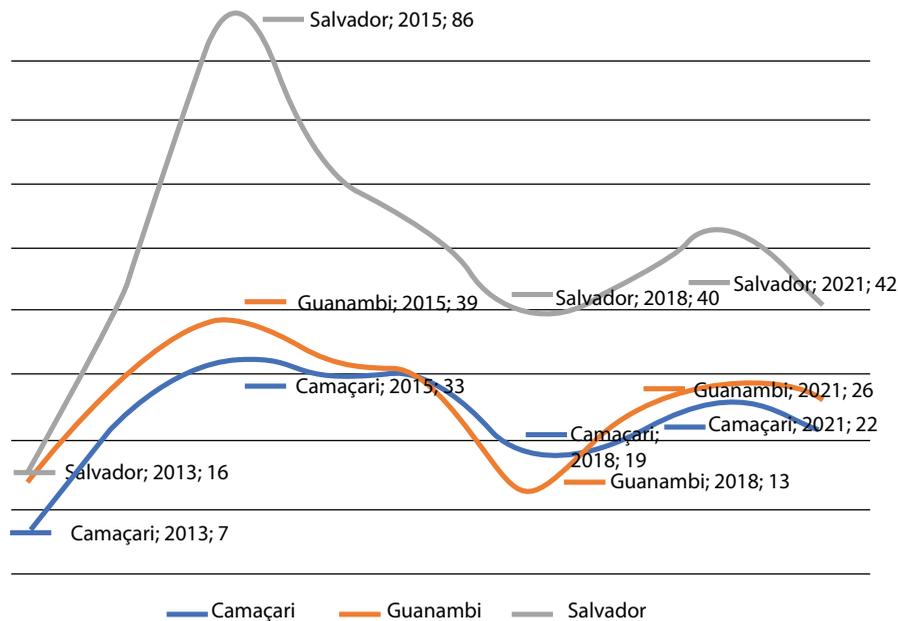
Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 5 – Número de médicos do PMMB nas regiões de Camaçari, Guanambi e Salvador entre 2013 e 2021. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2013 e 2021



Fonte: Ministério da Saúde.

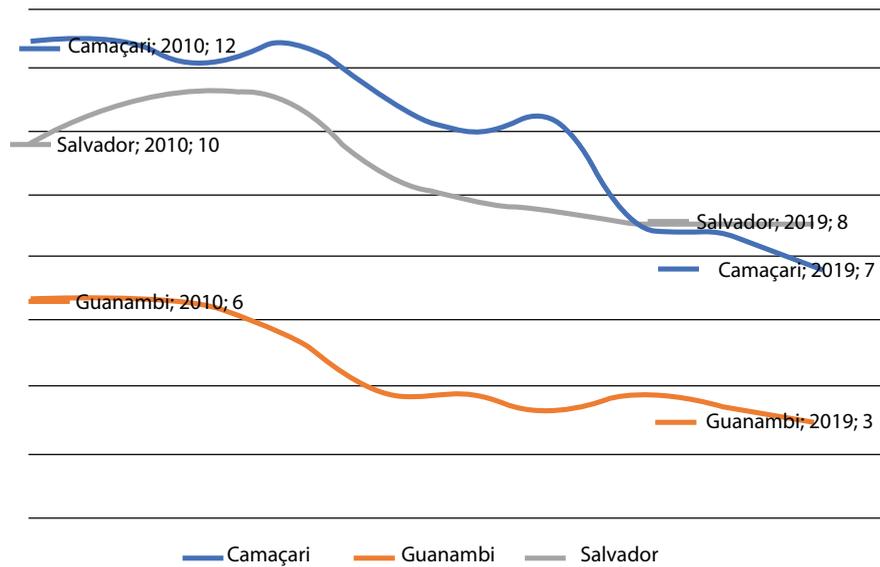
Figura 6 – Porcentagem de médicos do PMMB nas Equipes de Saúde da Família das regiões de Camaçari, Guanambi e Salvador entre 2013 e 2021. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2013 e 2021



Fonte: Ministério da Saúde.

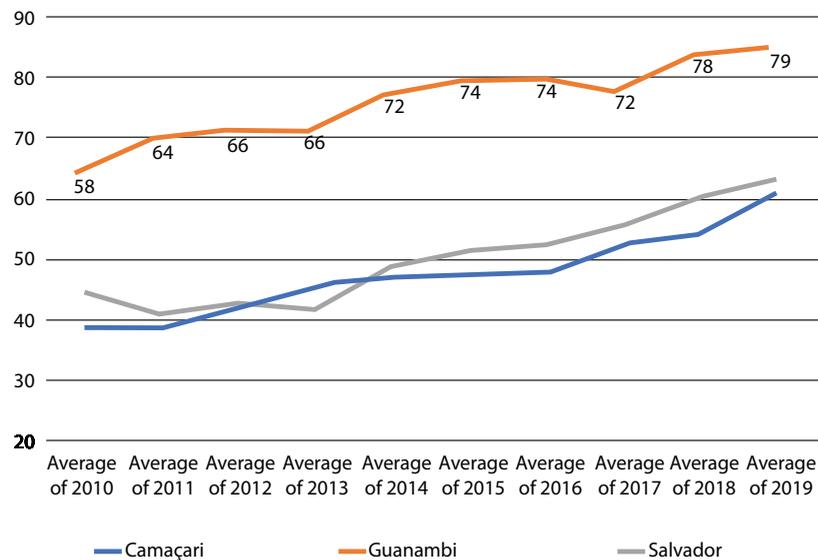
Com relação ao número de consultas de pré-natal realizadas, observa-se que o percentual de parturientes com uma a três consultas sofreu decréscimo em todas as regiões analisadas, o que é um ponto positivo na medida em que indica que as gestantes estão tendo melhor acompanhamento. Isso também pode ser observado na proporção de parturientes com sete consultas ou mais, demonstrando significativo aumento nas três regiões. Nesse quesito destaca-se a região de Guanambi com maior proporção, avançando de 58% em 2010 até 79% em 2019 (**Figuras 7 e 8**).

Figura 7 – Porcentagem de parturientes de nascidos vivos com uma a três consultas de pré-natal nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador entre 2010 e 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 8 – Porcentagem de parturientes de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal nas regiões de saúde de Camaçari, Guanambi e Salvador entre 2010 e 2019. Camaçari, Guanambi e Salvador, Bahia, Brasil – 2010 e 2019



Fonte: Ministério da Saúde.

DISCUSSÃO

Em período fértil passível de maternidade, compreendendo os ciclos etários em que temos menos de 15 anos e mais de 35 anos, existem fatores de risco que podem até levar à morte, quando associados a complicações de saúde como síndromes hipertensivas e hemorrágicas. Como descrito na literatura, adolescentes de até 14 anos, grávidas e primíparas, bem como mulheres com mais de 35 anos em primeira gestação estão mais suscetíveis aos fatores de risco e tendem a desenvolver doença hipertensiva específica da gravidez quando comparadas às gestantes com idade entre 15 e 34 anos. Além disso, mulheres multíparas com mais de 35 anos estão mais propensas ao desencadeamento das síndromes hemorrágicas^{9,10}.

A análise literária e os documentos oficiais apontam para a necessidade de observar a situação da mulher negra no Brasil, uma vez que os coeficientes de mortalidade materna apontam que a raça/cor é um indicador a ser observado e necessita ser avaliado na discussão por aqueles que elaboram e constroem as políticas pública de saúde. Esses dados podem ser explicados pela maior associação de patologias hipertensivas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que muitas vezes imprimem a baixa qualidade da assistência¹¹.

Um estudo realizado no município de São Paulo (SP) constatou que nas áreas mais carentes ocorreu quase o dobro de óbitos maternos em comparação a regiões que apresentam melhor escolaridade, habitação e acesso a serviços de saúde¹². Outro estudo retrospectivo realizado em Porto Alegre (RS) registrou que 12,3% dos óbitos maternos estavam relacionados a aborto séptico¹³.

De acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, do Ministério da Saúde, 10% a 15% das gestações apresentam hemorragias, que podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico. As mais importantes situações hemorrágicas são: abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme e descolamento corioamniótico, comuns na primeira metade da gestação; e placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta, rotura uterina e vasa prévia na segunda metade da gestação¹⁴.

No entanto, vale ressaltar que essas causas podem ser prevenidas ou controladas, já que durante o pré-natal várias patologias podem ser diagnosticadas e tratadas previamente, evitando assim complicações que podem levar ao óbito materno e neonatal. Reforçando essa ideia, estudos destacam a importância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, garantia de suporte nutricional à gestante, tratamento de doenças e estabelecimento de programa de imunização materna, objetivando diminuir o risco obstétrico¹⁵.

A análise por grupos de causas demonstra que a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte maternal.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), uma gestante deve ter no mínimo seis consultas de pré-natal. No entanto, caso a gestante consiga, deverá realizar seguidas consultas mensais até o sétimo mês, por se tratar de um procedimento fundamental para garantir que a mulher e o bebê tenham uma gestação e um parto saudáveis e sem complicações. O acompanhamento, além de prevenir e diagnosticar precocemente doenças e problemas que podem se agravar, também orienta a mulher sobre temas importantes referentes à maternidade.

O processo de implementação do Programa Mais Médicos (PMM), com a inserção de profissionais em Equipes de Saúde da Família, trouxe importantes resultados que indicam a instituição de política pública alinhada com os preceitos constitucionais e um importante instrumento para a efetivação do direito à saúde. Contudo, o êxito do PMM não deve impedir a realização de estudos que permitam acompanhar o desenvolvimento do programa e que direcionem para o aperfeiçoamento de ações já existentes.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Miguel Andino Depallens, Emerson Gomes Garcia, Ramon da Costa Saavedra, José Cristiano Soster e Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Miguel Andino Depallens, Emerson Gomes Garcia, Ramon da Costa Saavedra, José Cristiano Soster e Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Miguel Andino Depallens, Emerson Gomes Garcia, Ramon da Costa Saavedra, José Cristiano Soster e Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Miguel Andino Depallens, Emerson Gomes Garcia, Ramon da Costa Saavedra, José Cristiano Soster e Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho.

REFERÊNCIAS

1. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* 2008;17(2):107-19.
2. Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília (DF); 2013.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
4. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108(3Pt1):541-8.
5. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p. 783-835.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministérios da Saúde; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil, 2009-2019. *Boletim Epidemiológico.* 2021;52(29):1-32.
8. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Objetivo 3 – Saúde e bem-estar [Internet]. 2018 [citado em 2022 jan 21]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>
9. Tanaka AC, Mitsui L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. São Paulo (SP): Unicef; 1999.
10. Riquinho DL, Correia SG. *Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal.* *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):303-7.
11. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(11):2473-9.
12. Chaves Netto H, Fonseca ALA, Amim Junior J. Prevenção da morte materna na gestação de alto risco. In: Cecatti A. *Mortalidade materna: uma tragédia evitável.* Campinas (SP): Unicamp; 1991. p. 99-118.
13. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *RBGO.* 2003;25(6):431-6.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(5):310-5.

Recebido: 17.3.2022. Aprovado: 10.5.2022. Publicado: 7.7.2022.