

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
VICE-REITORIA DE PESQUISA E EXTENSÃO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PEDAGOGIA UNIVERSITÁRIA**

**MORTALIDADE MATERNA - PARADIGMA
EMERGENTE NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS
E ENFERMEIROS**

**Dissertação apresentada para
obtenção do grau de mestre em
Educação, área de concentra-
ção Pedagogia Universitária.**

ELIANA PORTELLA CARZINO

CURITIBA/1995

Orientador

Prof. Dra. Zélia Mileo Pavão
Doutor em Educação pela Universidade
Federal do Paraná

Co-orientador

Enf. Vânia Muniz Néquer Soares
Mestre em Saúde do Adulto pela
Universidade Federal de Santa
Catarina

Homenagem Póstuma

Dr. Luiz Fernando Cajado de Oliveira Braga

Meu amigo, meu mestre

Braga, hoje você é uma estrela. Que com seu brilho intenso possa mostrar cada vez mais aos profissionais de saúde e aos dirigentes de nossa nação a importância da “Maternidade Digna” para todas as mulheres brasileiras.

Obrigado

AGRADECIMENTOS

Aos docentes do Curso do Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná que contribuíram de forma significativa para o entusiasmo constante e crescimento profissional.

Agradeço em especial:

À Dra. Zélia Miléo Pavão, professora do Curso de Mestrado em Educação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela sua disponibilidade, competência na orientação, apoio e incentivo em todas as fases desta pesquisa.

À Enfermeira Vânia Munis Néquer Soares, presidente do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, pela sua competência, dedicação, amizade e disponibilidade, prontidão e incansável apoio em todas as fases da minha pesquisa.

Ao meu marido, Luiz Carlos Carzino incansável co-participante deste trabalho. Sem voce não teria conseguido chegar até aqui. Obrigado.

Aos meus filhos, Mirelle, Michelle e Luiz Guilherme, que souberam entender a minha ausência, pela dedicação constante ao estudo, deixando muitas vezes o papel de mãe e sobretudo de amiga. Obrigado.

A Adriana Cristina Franco, Enfermeira do Centro de Saúde Irmã Eunice Benato, do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, por sua disponibilidade em supervisionar os meus alunos em suas atividades práticas durante o Estágio de Enfermagem em Saúde Pública para que eu pudesse cumprir minhas obrigações como aluna.

Aos funcionários do Centro de Saúde Irmã Eunice Benato que na minha ausência incentivaram e apoiaram os academicos de enfermagem por ocasião da realização dos estágios.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo diagnosticar como os profissionais médicos e enfermeiros estão sendo preparados nas Universidades de Curitiba para enfrentar as questões da Mortalidade Materna em Obstetrícia. Temos conhecimento que é uma tragédia prevenível desde que existam ações de qualidade e vontade política para intervir, com isto 90% das mortes de mulheres durante o período de gravidez, parto e puerpério poderiam ser evitadas.

Acredita-se ser este, um trabalho de relevância pois investigou a formação acadêmica, os conteúdos programáticos o envolvimento das universidades e dos profissionais formadores frente à política nacional de saúde e a epidemiologia da Mortalidade Materna.

Concluimos que no Paraná a Mortalidade Materna vem apresentando índices elevados e que tem permanecido praticamente inalterados nos últimos 10 anos. Sómente 60% das Escolas Médicas e de Enfermagem tem em seu conteúdo programático Mortalidade Materna como assunto específico.

Verificou-se também que a assistência pré-natal não é valorizada como uma estratégia de resgate para a competência profissional e para a diminuição dos coeficientes da Mortalidade Materna.

Conclui-se que os profissionais formadores em área de saúde necessitam de constante aprimoramento pós graduação, evitando tornarem-se especialistas em um só assunto e há necessidade de sua participação na elaboração do conteúdo programático.

As Universidades e os alunos necessitam assumir compromissos concretos e efetivos por reformulações da prática profissional e das ações de qualidade da saúde da mulher. Questiona-se também o processo de formação dos profissionais de saúde, porque em nosso entendimento ele deveria ser preparado para assumir seu lugar na sociedade tendo consciência crítica de suas reais necessidades.

SUMMARY

The present work has the objective of diagnosing how doctors and nurses are being prepared in the Universities of Curitiba - Paraná face the questions of Maternal Mortality. Maternal Mortality is a preventable tragedy since there are quality actions and political willing because 90% of Maternal deaths due to pregnancy, delivery and after delivery could be avoided.

We believe that this is a work of extreme relevancy because it analyses all the subjects that belong to the academic graduation. It identifies the interest of the Universities and the professionals face the National Health Politics and Maternal Mortality Epidemiology.

We conclude that in Paraná, the Maternal Mortality rates are still high and unaltered for 10 years. Only 60% of the Medical Schools and Nursing Schools have the Maternal Death as a subject in their program.

The quality of the assistance before birth is not seen as important to reduce the deaths of pregnant women.

The graduated professionals need constant studying after graduation and are specialist on "one subject" and they participate on the elaboration of the subjects studied in obstetrics.

We finally conclude that the contents studied in academic graduation are considered as classic and dont bring any benefit to the real situation of women in reproductive age.

The universities need to assume a concrete and effective compromise with the reality of the population's health.

We also question the process of the graduation of the Health professionals because to our understanding it must be prepared to assume the critic place of a change agent.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	001
1.1 - Justificativa.....	002
1.2 - Formulação e Delimitação do Problema.....	005
1.3 - Objetivos da Pesquisa.....	006
2 - REVISÃO DA LITERATURA	008
2.1 - Epidemiologia da Mortalidade Materna.....	008
2.2 - Aspectos Conceituais de Mortalidade Materna.....	018
2.3 - Considerações Gerais sobre Conceitos.....	023
2.4 - Enfoque de Risco X Saúde Reprodutiva.....	025
2.5 - A Realidade da Mortalidade Materna no Brasil.....	031
2.6 - Plano de Ação para Reduzir a Mortalidade Materna....	037
2.7 - A Mortalidade Materna no Paraná.....	044
2.7.1 - Aspectos Históricos da Implantação dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna no Paraná	045
2.7.2 - Da Organização dos Comitês.....	046
2.7.3 - A Mortalidade Materna no Paraná.....	046
2.7.4 - A Mortalidade Materna no Paraná - Ano 1992	058
2.8 - O Sistema de Saúde no Brasil.....	063
2.8.1 - Sistema Único de Saúde.....	067
2.8.2 - Novo Modelo Assistencial.....	068
2.8.3 - Norma Operacional Básica.....	069
2.8.4 - Gerenciamento do Processo de Descentralização.....	070
2.8.5 - Financiamento do Sistema Único.....	071
2.8.6 - Condições de Gestão.....	072
2.9 - O Sistema Único de Saúde e o Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde.....	074
2.9.1 - Problemas.....	077
2.9.1.1- Informações sobre Recursos Humanos em Saúde.....	078
2.9.2 - Oferta de Profissionais de Saúde.....	078
2.9.3 - A Formação dos Profissionais da Saúde.....	079

2.10 - A Formação Profissional.....	080
2.10.1 - O Papel da Universidade.....	080
2.10.2 - O Processo Educativo.....	082
2.10.3 - O Sentido da Transformação em Educação....	085
2.10.4 - O Professor Como Agente de Transformação	087
2.10.5 - O Ensino de Graduação e a Prática Profissio- nal.....	090
3 - QUADRO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO.....	100
3.1 - Tipo de Pesquisa.....	100
3.2 - População.....	100
3.3 - Local da Pesquisa.....	100
3.4 - Instrumento de Investigação.....	100
3.5 - Estudo Piloto - Previsões.....	100
3.6 - Instrumento de Pesquisa Devolvidos.....	101
3.7 - Objeto de Estudo.....	101
3.8 - Análise dos Conteúdos Programáticos.....	102
4 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS, DISCUSSÃO, INTERPRE TAÇÃO DOS RESULTADOS.....	110
5 - CONCLUSÕES.....	132
6 - RECOMENDAÇÕES.....	135
7 - CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES.....	137
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
9 - ANEXO I.....	143

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

QUADROS

1	Número estimado de mortes maternas em países das Américas utilizando-se taxas corrigidas obtidas de fontes diversas. Anos próximos a 1990.....	011
2	Mortalidade Materna, fecundidade e indicadores de serviços de saúde reprodutiva em países selecionados das Américas. Anos próximos a 1990.....	014
3	Causas de Mortalidade Materna em alguns países das Américas. Anos próximos a 1990.....	015
4	Cobertura institucional ao parto e Mortalidade Materna em - países das Américas. Anos próximos a 1990.....	018
5	Principais causas de mortes maternas no Brasil.....	031
6	Número de óbitos e coeficientes de Mortalidade Materna oficial e corrigido por regiões do Brasil. (1987).....	032
7	Coefficiente de Mortalidade Materna no Paraná, alguns estados do Brasil e outros países.....	049
8	Número e percentual acumulado de óbitos por causa materna, segundo grupos etários no Paraná. (1979 a 1986).....	049
9	Número de óbitos maternos segundo os principais grupos de causas, no Estado do Paraná. (1979-1986).....	050
10	Número de óbitos maternos investigados e Coeficiente de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos, por faixa etária das mães, no Estado do Paraná. (1991).....	055
11	Número de óbitos maternos investigados e Coeficientes de Mor	

	talidade Materna por 100.000 nascidos vivos, por escolaridade da mãe, no Estado do Paraná. (1991).....	055
12	Número de óbitos maternos investigados e Coeficientes de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos e faixa de renda familiar, em salários mínimos, no Estado do Paraná.....	055
13	Variação anual do Coeficiente de Mortalidade Materna no Paraná, em 1992.....	059

GRÁFICOS

1	Mortalidade Materna em alguns países ou regiões de países, - incluindo-se o Brasil (com variáveis entre 1976-1978) por 100.000 nascidos vivos.....	037
2	Principais causas de óbitos em mulheres em idade fértil no Paraná - (excluído).....	
3	Periodicidade da discussão e renovação.....	112
4	Número de resposta sobre a situação em que é utilizado o enfoque de risco para alertar e diminuir o índice de morbi-mortalidade.....	116
5	Número de respostas sobre o Coeficiente de Mortalidade Materna no Paraná.....	121

FIGURAS

1	Óbitos maternos obstétricos diretos segundo distribuição pelos grandes grupos de causas, Paraná. (1990).....	051
2	Óbitos maternos investigados: distribuição por causas obstétricas e não obstétricas, Paraná. (1990).....	053

3	Óbitos maternos investigados: distribuição por causas obstétricas e não obstétricas, Paraná. (1991).....	057
4	Óbitos maternos obstétricos diretos segundo distribuição pelos grandes grupos de causas, Paraná. (1991).....	057
5	Óbitos maternos investigados: distribuição por causas obstétricas e não obstétricas, Paraná. (1992).....	060
6	Óbitos maternos obstétricos diretos segundo distribuição pelos grandes grupos de causas, Paraná. (1992).....	060
7	Percentual de respostas quanto à participação do docente no planejamento do conteúdo programático.....	110
8	Número de respostas em relação se a disciplina contempla integralmente a saúde reprodutiva.....	112
9	Número de respostas quanto a questão de contemplação de políticas e programas do Ministério da Saúde.....	113
10	Número de respostas se o conteúdo relativo à Mortalidade Materna proporciona uma visão crítica da situação.....	115
11	Número de respostas sobre se o docente informa o tema Mortalidade Materna em aulas teóricas.....	116
12	Número de respostas sobre se o aluno entra em contacto com os manuais do Ministério da Saúde.....	118
13	Número de respostas sobre se a teoria e a prática do pré-natal forma profissionais críticos que contribuam para diminuir a Mortalidade Materna.....	119
14	Número de respostas sobre se o conhecimento da necessidade de redução da Mortalidade Materna em até 24 vezes.....	122

TABELAS

1	Principais causas de óbitos em mulheres de idade fértil, no Estado do Paraná, 1992.....	046
2	Distribuição dos óbitos maternos investigados segundo causa - básica no atestado original e refeito - Paraná, 1990.....	052
3	Mortalidade Materna no Paraná em 1992, distribuição do número de casos por idade da paciente.....	059
4	Distribuição do número de médicos e enfermeiros por regiões - geopolíticas e por 10.000 habitantes (%), Brasil. 1991.....	079
5	Distribuição dos Cursos de Medicina e Enfermagem, por regiões geopolíticas, Brasil. 1990.....	080
6	Distribuição proporcional do número de vagas oferecidas nos cursos de Medicina e Enfermagem, segundo a dependência administrativa (%), Brasil .1990.....	080
7	Número e percentual de respostas quanto à participação do docente no planejamento da disciplina segundo a instituição a que pertence o professor.....	111
8	Carga horária.....	117
9	Fontes de informação.....	117
10	Forma de contacto.....	118
11	Número e percentual de respostas sobre as causas mais comuns da mortalidade, por ordem de importância.....	120
12	Índices percentuais de avaliação.....	126

1 - INTRODUÇÃO

A obstetrícia normalmente se constitui uma especialidade das ciências médicas onde o sofrimento e as más notícias quase não deveriam encontrar lugar no seu dia a dia.

Como poderemos aceitar a morte de uma pessoa disposta a dar a vida? A morte de uma mãe que, muitas vezes, tem outros filhos para criar levamos imediatamente a questionar: este fato não poderia ser evitado? Esta mulher poderia ser encaminhada a um local com mais recursos? Esta mulher não teria melhores chances se estivesse em mãos de um profissional mais capacitado e experiente? Melhores recursos hospitalares não contribuiriam para salvar sua vida?

Todas estas questões nos vem à mente porque não conseguimos aceitar a morte de pessoas hípidas, principalmente mulheres jovens em que no desempenho de sua função vital de procriação e de perpetuação da espécie, morrem neste exercício. A morte continua sendo a grande interrogação da história da humanidade pois representa um fato importante de alteração nas relações humanas e sociais do indivíduo na família e na sociedade.

O presente trabalho tem por objetivo diagnosticar como profissionais, médicos e enfermeiros, estão sendo preparados, nas Universidades, para enfrentar as questões de mortalidade materna. **É importante salientar que a cada duas horas, no Brasil, morre uma mulher por complicações decorrentes de gravidez, parto ou puerpério¹**

Acreditamos ser de grande relevância a análise do conteúdo programático pertinente à formação acadêmica na disciplina de obstetrícia dos futuros profissionais médicos e enfermeiros.

Nos países em desenvolvimento as precárias condições de vida de grande parte da população, aliadas às deficiências do funcionamento do setor saúde e às dificuldades de acesso da população aos serviços bem como a falta de qualidade da assistência prestada determinam altas taxas de mortalidade e morbidade, nos diversos segmentos da sociedade quando comparadas às existentes nos países desenvolvidos.

¹ Donadio, Paulo Roberto - Gazeta do Povo, 30/05/93 - Fonte OMS

Em se tratando de mulheres em idade reprodutiva, no Brasil e mais especificamente, no Paraná, sobressaem neste contexto o grande número de mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, agrupadas sob a denominação de Mortes Maternas.

Hoje em dia sabemos que os altos índices de mortalidade materna podem ser modificados, desde que exista uma melhor qualidade da assistência prestada à mulher durante o seu ciclo reprodutivo pelos nossos serviços de saúde. Às Universidades cabe o compromisso com a qualidade na formação dos profissionais que lançam no mercado de trabalho, pois estas não estão isentas de responsabilidade no que diz respeito às questões de mortalidade materna. Cerca de 90% das mortes maternas poderiam ser evitadas se houvesse investimento em qualidade, profissional e hospitalar, aliada a melhoria das condições de vida da população e maior facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Pretendemos encontrar justificativas para introduzir na programação de conteúdos destinados à formação profissional temas emergentes que venham de encontro com as necessidades reais de saúde da nossa sociedade e que precisam ser enfrentados com apoio dos órgãos geradores

1.1 - Justificativa

“Uma população que não cuida de sua fração mais vulnerável e que permite que mães e crianças indefesas, desinformadas, subalimentadas e analfabetas morram, não pode ser considerada evoluída. Os mais bem dotados tem a obrigação de zelar por aqueles que não tiveram a mesma fortuna.

A cidadania compreende direitos e deveres: os primeiros, após anos de usurpação, tornaram parte da população amorfa; os últimos, aparentemente não são considerados como integrantes da cidadania.

É dever de todos os brasileiros, seja qual for sua atividade profissional, reduzir a mortalidade de mães e crianças, para que o país possa atingir o bem estar social a que todos tem direito.

A estatística da vergonha mostra uma mortalidade materna que varia de 70 a 480 por 100.000 nascidos vivos. É óbvio que estes números não correspondem à realidade; subregistros e subnotificação claramente evidenciados em todas as estatísticas de saúde. As causas desta tragédia são sócio-econômicas, institucionais, médico-hospitalares. Várias condições afetam as patologias determinantes do óbito. MS (10) (1994)

Morrem cerca de 1000 mulheres anualmente no Brasil. As estimativas brasileiras apontam para uma média de 140 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, número este considerado crítico se comparado a países desenvolvidos, como o Canadá, cujo índice é de 4.0 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos ou os Estados Unidos com um índice de 6.6 por 100.000 nascidos vivos. Estes dados caracterizam a real magnitude do problema no Brasil. Mulheres jovens morrem porque estão grávidas ou porque acabam de dar à luz. Rompe-se assim a estrutura familiar pela ausência da figura materna.

Estudos tem demonstrado que grande parte destas mortes maternas poderiam ser evitadas pois estão diretamente vinculadas à qualidade da assistência prestada. Ao longo dos últimos anos o Paraná vem apresentando elevado coeficiente de Mortalidade Materna, situação identificada e denunciada pelos Comitês de Mortalidade Materna.

Diagnosticou-se ainda que 90% dos óbitos poderiam ser evitados, sendo que 40% deles relacionam-se a falhas de assistência pelos serviços de saúde.

O número de óbitos verificados pelos Comitês de Mortalidade Materna no Paraná⁽³⁵⁾ em 1992, foi de 170 óbitos por 117.435 nascidos vivos, representando um coeficiente de mortalidade materna de 95.80 por 100.000 nascidos vivos. Este coeficiente de mortalidade materna pode ser classificado como alto se comparado ao de países desenvolvidos e ao considerado como aceitável pela O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) que é de 10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Este coeficiente leva-nos à reflexão de que o Estado do Paraná necessita, a curto prazo, reciclar sua assistência ao período gestacional, parto e puerpério e formar profissionais da área de saúde, médicos e enfermeiros, com melhor qualificação, visando a redução deste índice.

Na concepção de **FARIA**² (1990), a educação isolada do contexto tem raízes no passado e está presente em nossos dias.

Salientamos a importante relevância que a qualificação profissional representa na transformação do quadro epidemiológico da saúde da população brasileira. Os órgãos formadores precisam assumir compromisso concreto e efetivo frente a realidade da saúde da população.

O papel da universidade vem sendo questionado pela sociedade: a estrutura organizacional, a qualidade e atualização do corpo docente, os

² FARIA. Debates da Greve/93. APUFPR, Curitiba, Paraná, 1994.

1.2 - Formulação e Delimitação do Problema

Tendo em vista a situação atual no binômio educação-saúde, buscou-se identificar nos conteúdos programáticos da disciplina de obstetrícia dos cursos de medicina e enfermagem das faculdades de Curitiba se a temática da Mortalidade Materna é contemplada nos seus aspectos epidemiológicos e sociais; bem como conhecer o envolvimento das universidades e dos profissionais formadores nas questões referentes a Saúde da Mulher, enfoque de risco e morte materna.

Anualmente formam-se cerca de 320 profissionais da área de Medicina e Enfermagem nas faculdades de Curitiba, que invadem o mercado de trabalho e, dependendo do seu preparo acadêmico e grau de sensibilização sobre questões de atendimento à saúde da mulher, tornar-se-ão agentes transformadores da realidade ou meros colaboradores da situação vigente.

Acreditamos responder este questionamento no decorrer do trabalho.

Parece não haver mais dúvidas em relação à importância da reorientação do processo de formação médica e de enfermagem, de acordo com as reais necessidades de saúde da população assistida.

A dicotomia entre a teoria ministrada em salas de aula e a prática realizada na comunidade, nos hospitais, a excessiva ênfase dada à alta tecnologia, faz com que o acadêmico egresso das Universidades não valorize as patologias simples, pois a gravidez é quase sempre caracterizada como um episódio normal, não identificando fatores de risco nem relacionando a saúde da mulher com os quadros epidemiológicos existentes.

A formação de recursos humanos para a área de saúde se realiza em geral a partir da forte influência de políticas educativas classistas distanciadas das demandas sociais. Estabelecem seus planos de formação com uma autonomia absoluta em detrimento da Filosofia e das Diretrizes Gerais do Sistema Nacional de Saúde. Desta maneira os recursos humanos vem sendo formados com paradigmas que não correspondem às realidades dos processos de prestação de serviços.

Os cursos de graduação de Medicina e de Enfermagem não fogem à influência da ciência positivista prevalente ainda na educação brasileira e que na área médica se traduz no modelo biológico de saúde e doença, o qual dicotomiza a teoria e a prática e acarreta o divórcio do individual x coletivo, do clínico x epidemiológico e do curativo x preventivo.

Os rumos de uma orientação para uma nova Política de Formação de Recursos Humanos, nesta área, apontam para a necessidade de rever as questões que norteiam a prática profissional e a orientação do ensino médico e de enfermagem.

É preciso que os conteúdos programáticos dos cursos de graduação de Medicina e de Enfermagem possuam como referencial uma visão crítica das condições de vida da comunidade, do perfil epidemiológico da população e das diretrizes das políticas de saúde nas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Estas diretrizes falam a favor de posturas mais renovadoras que, no plano educacional, possam consolidar a formação de um profissional mais crítico e consciente de seu papel social. Impõe-se desta forma, novas diretrizes para a formação destes profissionais dando prioridade para que no ensino da Obstetrícia sejam destacadas as questões pertinentes à Mortalidade Materna.

É necessário o empreendimento de esforços no sentido de superação do quadro atual vigente e tomada de consciência de que grande parte dele depende da qualidade dos profissionais que são lançados ao mercado de trabalho.

1.3 - Objetivos da Pesquisa

a) Conhecer o envolvimento do órgão formador, dos profissionais da área médica e de enfermagem das Universidades de Curitiba, no que se refere às questões epidemiológicas da Mortalidade Materna e seus aspectos preventivos.

b) Verificar se nos conteúdos programáticos dos cursos de Medicina e Enfermagem o estudo da Mortalidade Materna é contemplado como assunto de importância relevante para a formação do futuro profissional.

- c) Identificar o envolvimento do profissional formador nas questões de Saúde Reprodutiva e Morte Materna.
- d) Analisar o conteúdo programático dos cursos formadores correlacionando sua interação com os programas de saúde da mulher.
- e) Avaliar a relação existente entre a Universidade, as políticas de saúde e os programas de saúde consagrados à mulher.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Epidemiologia da Mortalidade Materna

A doença e a morte materna devem ser entendidas como a expressão de múltiplos aspectos que integram, compõem e interligam todo o conjunto das condições de vida das mulheres em idade fértil e da qualidade dos serviços de saúde disponíveis.

Os problemas de saúde das mães se iniciam durante a infância, na maioria das vezes relacionados à má alimentação, condições de saneamento básico, parasitoses intestinais, doenças diarrêicas, preterição no seio familiar onde o irmão varão representa a força e a mão de obra futura nas estratégias de sobrevivência da família de baixa renda.

Importante também é destacar as diversas formas de inserção na produção de bens e serviços que praticamente todas as mulheres cumprem desde a pequena idade, como jornada de trabalho doméstico, guarda dos irmãos menores, etc. Marginalizada, trabalha sem nenhuma espécie de registro sendo que basicamente esta situação, entre muitas outras, contribui para o desgaste prolongado e a deteriorização de sua saúde, bem como ao incremento dos riscos que para elas representa a situação de maior demanda fisiológica e psicológica gerada pela gravidez na adolescência, parto e puerpério, gestações seguidas, abortos repetidos, espontâneos ou não, longos períodos de lactação, anemias não corrigidas, infecções mal tratadas, dupla jornada de trabalho, etc.

A oferta e a prestação de serviços de saúde à mulher sofrem da falta de resolutividade, apesar de ser **“o direito à saúde”** um preceito constitucional, cabendo ao Estado o dever de assegurá-la.

A capacidade dos serviços na resolução dos problemas de saúde da mulher está intimamente ligado a disponibilidade de recursos materiais e humanos e sua organização para facilitar o desenvolvimento de ações que objetivem enfrentar problemas relevantes como a Mortalidade Materna existente em nosso país.

A ineficiência existente em vários serviços de saúde, a medicalização excessiva, a falta de cobertura para melhoria dos serviços pré-natais e a baixa qualidade da assistência prestada ao período gestacional, ao parto e ao puerpério, a utilização de tecnologia muitas vezes desnecessária,

souberam transformar eventos naturais como gravidez, parto e puerpério em situações complexas.

Até a pouco tempo, o número de mulheres que sacrificavam suas vidas no processo de reprodução passava praticamente despercebido. Os olhos do mundo inteiro estavam voltados para as mortes de crianças, cuja incidência elevada se constituiu em objeto de estudos e intervenção de Organizações Internacionais.

A comparação utilizada por FAUNDES¹⁰, (1991), onde a mortalidade infantil se apresenta nos países menos desenvolvidos em taxas de 100 a 200 mortes por 1000 nascidos vivos, enquanto que nos países desenvolvidos esta taxa oscila em torno de 7 a 20 mortes. A injusta desproporção se aproxima a uma equivalência de 10 para 1.

Em se tratando de Mortalidade Materna a diferença é ainda mais intolerável, variando a 4 por 100.000 nascidos vivos em países desenvolvidos, como a Finlândia, Canadá, Suécia e Holanda; de 25 a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em Costa Rica e Cuba; e até acima de 1000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (mais de uma morte materna a cada 100 nascimentos) em países africanos como Nigéria, Somália, Lesotho e outros.

A morte materna chega a constituir cerca de 25 a 45% dos óbitos femininos na idade fértil, nos países em desenvolvimento enquanto que nos países desenvolvidos este índice oscila ao redor de 1% (FONTE: O.M.S., Genebra, 1985.).

Salienta ainda FAUNDES¹⁰ a imprecisão dos dados disponíveis, onde uma parcela considerável das mortes maternas não estão compiladas nas estatísticas oficiais.

Estima-se, segundo a O.M.S., que cerca de meio milhão de mulheres morrem anualmente no mundo inteiro durante a gravidez, parto e puerpério, sendo que 90% destas, ocorrem em países subdesenvolvidos. E o mais importante em todo este quadro trágico de Mortalidade Materna se caracteriza pelo fato de a maior parte destas mortes maternas poderiam ser evitadas com medidas simples de saúde pública, de educação e de nutrição.

Segundo MAHLER³ a “ Mortalidade Materna é uma tragédia ignorada e é assim porque suas vitima são pessoas ignoradas, as que menos

³ MAHLER: Ex-Diretor Geral da OMS

podem influir na forma como se vão investir os recursos nacionais; são os pobres, os camponeses e sobretudo, as mulheres.”

A Mortalidade Materna está associada ao nível do desenvolvimento econômico do país e constitui um importante indicador da qualidade de vida do país e da população.

Em países desenvolvidos como o Canadá e Estados Unidos, a população feminina possui melhores condições de vida e saúde pois a assistência à saúde que recebem é de ótima qualidade e originária de uma política de saúde e de recursos humanos sistematizada e que corresponde às reais necessidades desta faixa populacional.

As taxas de mortalidade confirmam a qualidade de vida existente nestes países, como demonstra o quadro 1, onde observamos que apenas 3 países apresentam índices de Mortalidade Materna baixo. O Canadá com 4.0/100.000 nascidos vivos; os Estados Unidos com 6.6/100.000 nascidos vivos e Porto Rico com 16.0/100.000 nascidos vivos. O restante dos países ficam longe do índice preconizado pela OMS que é de 10/100.000 nascidos vivos.

Em níveis mundiais os indicadores de Mortalidade Materna entre os países chegam a alcançar diferenciais de até 200 vezes, revelando o profundo descaso com que a maternidade ainda é tratada, sobretudo em países em desenvolvimento conforme demonstrado no quadro 1.

A disparidade existente entre as taxas de Mortalidade Materna nos países desenvolvidos como o Canadá, Estados Unidos, além de Cuba e Costa Rica, cujas cifras oscilam entre 4 a 30 mortes por 100.000 nascidos vivos, comparada àquelas ocorridas em países em desenvolvimento, que registram de 50 a 1000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, sem contar com os sub-registros que segundo **OJEDA**, para cada morte registrada existe uma morte não notificada(27).

Anualmente morrem 500.000 mulheres no mundo por complicações da gravidez, parto e puerpério, sendo que 90% dessas mortes ocorrem nos países sub-desenvolvidos e de acordo com **CASTILHO**⁴ "os avanços alcançados pela ciência e tecnologia não beneficiaram a saúde materna".

⁴ OSCAR CASTILHO - Forum Nacional de Debates sobre Redução da Mortalidade Materna - Curitiba, 09/04/94

QUADRO 1 - NÚMERO ESTIMADO DE MORTES MATERNAS EM PAÍSES DAS AMÉRICAS UTILIZANDO-SE TAXAS CORRIGIDAS OBTIDAS DE FONTES DIVERSAS(*) - ANOS PRÓXIMOS A 1990.

PAÍSES (**)	MORTALIDADE(***) MATERNAL POR 100.000 NV. TAXA REGISTRADA	MORTALIDADE MATERNAL POR 100.000 NV. TAXA CORRIGIDA	NASCIDOS(****) VIVOS (EM MIL)	NÚMERO ESTI- MADO DE MORTES
GRUPO 1 (MORTALIDADE MATERNAL - BAIXA - MENOS DE 20)				
Canadá (1988) (2)	4.0	4.0	***	18
Est. Unidos(1987)(2)	6.6	6.6	***	251
Porto Rico 1986) (5)	16.0	16.0	78	17
GRUPO 2 (MORTALIDADE MATERNAL MÉDIA - DE 20 A 49)				
Costa Rica(1987)(1)	26.0	35.0	106	37
Cuba (1991) (2)	36.0	36.0	181	65
Chile (1991) (2)	34.5	47.0	301	104
Panamá (1991) (3)	***	55.0	68	37
Uruguai (1991) (2)	38.0	38.0	54	21
GRUPO 3 (MORTALIDADE MATERNAL ALTA - DE 50 A 149)				
Argentina (1990)(4)	52.0	101.0	678	688
Brasil (1989)(6)	72.0	150.0	3250	4398
Colombia (1990) (7)	107.0	160.5	861	1382
El Salvador (1990) (11)	140.0	280.0	182	510
Guatemala (1990) (12)	106.0	240.0	350	840
Guiana (1987) (8)	60.0	264.1	26	69
Honduras (1991) (3)	***	221.0	189	418
Jamaica (1987) (9)	114.4	115.0	65	75
México (1989) (10)	58.1	82.0	2569	3730
Nicaragua (1991) (13)	100.0	220.0	149	328
Rep.Dominic.(1991)(14)	84.0	210.0	213	443
T/Tobago (1991) (5)	67.9	94.4	31	29
Venezuela (1991) (11)	60.0	120.0	569	683
GRUPO 4 (MORTALIDADE MATERNAL MUITO ALTA - ACIMA DE 150)				
Bolívia (1991) (12)	***	390.0	293	1143
Equador (1991) (13)	150.0	225.0	328	738
Haiti (1990) (3)	340.0	410.0	213	873
Paraguai (1990) (3)	150.0	307.0	150	461
Perú (1990) (3)	***	298.0	759	2262
TOTAL				19.633 (****)

(*) Exclui países que não informam mortes maternas ou informam cifras pequenas, unitárias

(**) Grupos de países que constituem bancos da taxa de mortalidade materna registrada

(***) Informações fornecidas pelos países e disponíveis no banco de dados da Unidade de Crescimento, Desenvolvimento e Reprodução Humana do Programa Especial de Saúde Materno Infantil e População, OPS/OMS, fascículos I, II e III

(****) Para cálculo de nascimentos foram utilizados dados de CELADE, para a população e taxa de natalidade. (CELADE-OPS, 1989)

(*****) Foram incluídas 6 mortes do Suriname e 3 das Bahamas

(***) Dados não disponíveis.

Para demonstrar a real magnitude do problema, no mundo, “estas mortes equivalem a 1400 mortes/dia, 58 mortes/hora ou ainda a queda de um avião e morte de seus 300 passageiros, a cada 5 horas. Todo este drama é decorrente da má qualidade da assistência prestada à saúde da mulher.” (OMS, citado por CASTILHO, 1994).

Na América Latina são estimados 20.000 óbitos/mortes maternas por ano com uma taxa de 170 por 100.000 nascidos vivos. Apenas 30% dos países da América Latina estão garantindo uma maternidade segura às suas

mulheres (menos de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos) e o Brasil é responsável por cerca de 5000 mortes maternas. A condição sócio-econômica se constitui num dos principais fatores na participação nas altas taxas de Mortalidade Materna. Associa-se a fatores como desnutrição, gestações sucessivas e prole numerosa levando à depleção continuada das reservas nutricionais que por sua vez aumenta o risco da mortalidade materna. Contribuem ainda para manter esta alta incidência as práticas pouco higiênicas de assistência ao parto, ocasionando infecções e hemorragias; a ausência de sistemas de encaminhamento e de apoio às emergências às gestantes de risco; falta de transporte adequado; dificuldades geográficas de acesso a sistemas de referência para os casos de maior complexidade; falta de equipamentos e condições precárias de atendimento ao parto em hospitais rurais e periféricos. Torna-se necessário melhor capacitação dos profissionais da saúde no manejo de emergências obstétricas bem como a valorização dos fatores de risco durante a assistência pré natal, melhorando sua qualidade.

Não podemos deixar de considerar causas extrínsecas que tem participação ativa na manutenção destes índices como a alta incidência de doenças endêmicas, a dificuldade na aquisição de medicamentos para tratamento das infecções adquiridas no período grávido puerperal, como infecções agudas das vias aéreas superiores, infecções genito-urinárias, doenças sexualmente transmissíveis, etc.

A ausência de uma política efetiva de planejamento familiar faz com que as mulheres percam a oportunidade de escolher o momento correto para procriar, estabelecer intervalos inter-partais, ter o número de gestações desejadas bem como ter acesso aos diversos métodos anticoncepcionais que possibilitariam maiores chances de uma saúde reprodutiva adequada.

O descaso existente nas questões referentes à alfabetização de adultos, à falta de incentivo ao auto-cuidado e à educação para a saúde impedem também a detecção de problemas decorrentes da gravidez, pela inexistência de consciência coletiva **"do que é saúde e do que é doença."**

Apesar dos significativos avanços das Ciências Médicas modernas, os índices de morbidade e mortalidade são elevados na maioria dos países da América Latina e do Caribe. Estes índices refletem a grave situação econômica pela qual atravessam muitos desses países. Esta situação se torna mais acentuada a partir de 1981, quando se desencadeia a pior recessão econômica dos últimos 50 anos. Algumas de suas causas são históricas e estruturais. A situação crítica surgiu com a diminuição do PIB, que foi reduzido em 8% no período de 1981 a 1986 - Dados do CEPALC3 (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe.) Esta cifra explica a

queda do nível da qualidade de vida, principalmente nas camadas mais pobres da população.

Embora a crise não tenha afetado igualmente todos os países da América Latina os efeitos são similares como a diminuição do crescimento econômico, o aumento da dívida externa, sérios problemas na balança de pagamentos, altos níveis de desemprego e inflação. Esta situação produziu sobretudo uma inversão significativa nos programas educativos, sociais e de saúde pública.

A discriminação da mulher à sua participação no mercado de trabalho faz com que o progresso econômico feminino continue sendo precário. Nota-se claramente que, nos indicadores de nível de emprego, diferenças salariais, segregação no trabalho e grau de pobreza, as mulheres estão em desvantagem em relação dos mesmos indicadores para os homens.

E, no caso de mães com filhos pequenos ou de mulheres grávidas estas diferenças se acentuam ainda mais. Estes efeitos são observados no aumento da desnutrição em gestantes, com índices maiores de prematuridade, crianças de baixo peso e aumento da mortalidade perinatal e materna, pois a mulher também está assumindo cada vez mais a responsabilidade da sobrevivência e da guarda dos filhos.

A Educação se constitui fator importante na saúde da mulher. Em todo o mundo há cerca de 800 milhões de adultos analfabetos. Destes, dois terços (550 milhões são mulheres) - Fonte: Unicef (1981). Na maioria dos países em desenvolvimento é significativa a vantagem dos meninos sobre as meninas, no que diz respeito às matrículas nas escolas primárias. Normalmente mais de 90% dos meninos de 6 a 11 anos estão matriculados nas escolas mas somente pouco mais de 55% das meninas tem a mesma sorte. As razões de tal discrepância são mais de ordem cultural do que estrutural. Para as meninas, a educação não é considerada prioritária. Assim, uma vez que a educação envolve custos (ainda que a escola seja gratuita, haverá gastos com uniformes, material escolar, transporte, por exemplo), as famílias pobres optam por matrículas apenas para filhos homens, na crença de que as meninas se dedicarão apenas às tarefas domésticas; para isso elas não precisarão receber mais do que a educação informal e familiar. Com esta análise salientamos que o nível de instrução das mulheres constitui um importante indicador da Saúde Materno Infantil.

Estudos comprovam que países com taxas de Mortalidade Materna elevada são os que apresentam os maiores valores de fecundidade

global, como também as menores porcentagens de partos institucionais e de uso de contraceptivos (Bolívia, Equador, Haiti, Paraguai e Perú). O Chile e a Costa Rica possuem uma taxa de Mortalidade Materna moderada, parto institucionalizado e taxa de fecundidade baixa. Disto podemos afirmar que quando os países alcançam certo nível de taxa de mortalidade, a redução da fertilidade, a institucionalização do parto e o aumento da prevalência do uso de contraceptivos não podem de maneira nenhuma serem medidas isoladas das outras ações de saúde reprodutiva, pois não são capazes de diminuir os índices de Mortalidade Materna. A qualidade da assistência pré-natal e ao parto, a correta utilização dos métodos contraceptivos são fatores importantíssimos para mudança dos índices de Mortalidade Materna. (quadro 2).

QUADRO 2 - MORTALIDADE MATERNA, FECUNDIDADE E INDICADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA EM PAÍSES SELECIONADOS DAS AMÉRICAS - ANOS PRÓXIMOS A 1990

PAÍS OU TERRITÓRIO	MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS	FECUNDIDADE GLOBAL	PREVALÊNCIA DE ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES CASA DAS - 15 A 49 ANOS %	COBERTURA DE ATENÇÃO PRE-NATAL	COBERTURA DE ATENÇÃO AO PARTO
Argentina(1990)(A)	52.0	2.8	****	****	95.4
Bahamas(1990)(M)	39.9	2.3	****	95.0	95.0
Bolívia (1990)(MA)	332.0	5.8	30.0	47.0	42.2
Brasil (1989)(A)	72.0	2.9	65.8	69.6	70.0
Canadá (1988)(B)	4.0	1.7	73.0	****	99.0
Colombia (1990)(A)	107.0	3.3	66.0	76.0	75.0
Costa Rica(1990)(M)	26.0	3.0	85.0	34.0	96.4
Chile (1991) (M)	34.5	2.7	18.4	60.0	98.8
Cuba (1991)(M)	36.0	1.7	70.0	98.0	99.8
Equador(1991)MA)	150.0	4.3	52.9	48.1	23.4
Est.Unidos(1987)(B)	6.6	1.9	74.0	****	99.0
El Salvador(1990)(A)	140.0	4.5	61.0	36.1	26.4
Guatemala(1990)(A)	106.0	5.4	23.0	34.4	23.0
Guiana (1987)(A)	60.0	2.4	31.0	33.0	90.0
Haiti (1990)(MA)	340.0	6.0	10.0	67.4	20.0
Honduras(1991)(MA)	221.0	5.2	46.7	72.6	45.5
Jamaica(1987)(MA)	114.4	2.4	55.0	95.0	81.6(1)
México(1987)(A)	58.1	3.8	53.0	70.0	74.4(2)
Nicarágua(1991)(A)	100.0	5.0	27.0	93.0	40.3
Panamá(1991)(A)	55.0	2.7	58.8	87.5	84.9
Paraguai(1990)(MA)	150.0	4.6	48.0	60.0	50.0
Perú(1990)(MA)	298.0	4.0	46.0	61.5	49.0
Porto Rico(1986)(B)	16.0	2.3	70.0	****	****
Rep.Domi.(1991)(A)	84.0	3.6	50.0	80.0	52.4
T/Tobago(1991)(A)	67.9	2.5	53.0	64.0	98.7
Uruguai(1991)(M)	38.0	2.5	****	88.1	99.0
Venezuela(1991)(A)	60.0	3.5	14.5	38.6	98.9

FONTE: Dados da Unidade de Crescimento, Desenvolvimento e Reprodução Humana do Programa Especial de Saúde Materno Infantil e População OPS/OMS, Fascículos I, II e III e informações adicionais fornecidas pelos países.

(1) University West Indies, 1989

(2) Secretaría de Salud de México, 1990

Classificação de Mortalidade Materna segundo OPAS/OMS

Baixa (B) - Média (M) - Alta (A) - Muito Alta (MA)

O que se observa de comum em todas as regiões é a tendência decrescente da fecundidade e o aprofundamento da crise econômica e social, o que acentua cada vez mais as desigualdades, dificultando sobremaneira o acesso aos serviços de saúde.

As três primeiras causas de morte materna em quase todos os países ocorrem devido a **causas obstétricas diretas**: o aborto, a toxemia gravídica e as hemorragias, variando apenas a ordem e a magnitude, de acordo com as particularidades existentes no desenvolvimento sócio-econômico de cada país.

O aborto é a primeira causa de Morte Materna na Argentina, Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Guatemala e Venezuela. A toxemia gravídica é a primeira causa de morte materna no Brasil, Canadá, Colômbia, Jamaica e México. Já as hemorragias aparecem como primeira causa de morte no Equador, Panamá, Paraguai, Perú e Porto Rico. O único país que possui como primeira causa de morte as complicações do puerpério é os Estados Unidos (quadro 3).

QUADRO 3 - CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA EM ALGUNS PAÍSES DAS AMÉRICAS - ANOS PRÓXIMOS A 1990 .

PAÍS OU TERRITÓRIO	TOTAL MORTE MATERNA	CAUSA DIRETA (%) ABORTO	CAUSA DIRETA (%) TOXEMIA DA GRAVIDEZ	CAUSA DIRETA (%) HEMORRAGIAS DA GRAVIDEZ	CAUSA DIRETA(%) COMPLICAÇÕES DE PARTO E PUERPÉRIO	OUTRAS CAUSAS OBSTÉTRICAS	MORTE MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS
Argentina (1990)	353	32.9	14.4	15.3	***	34.8	2.6
Brasil (1987)	1886	12.0	30.4	17.2	15.3	18.0	7.1
Canadá (1990)	10	10.0	30.0	10.0	20.0	10.0	20.0
Colômbia (1990)	537	19.9	27.4	16.9	10.6	23.5	1.7
Costa Rica (1989)	25	44.0	16.0	16.0	4.0	20.0	***
Cuba (1990)	78	20.5	9.0	1.3	17.9	26.9	24.4
Chile (1989)	123	33.3	17.1	4.1	20.3	12.2	13.0
Equador (1990)	306	9.5	20.9	29.4	8.5	28.1	***
El Salvador (1990)	55	5.4	7.3	9.1	7.3	70.9	***
Est. Unidos (1989)	320	16.6	18.1	13.5	27.8	15.9	9.1
Guatemala (1984)	236	17.0	10.0	2.0	15.0	56.0	***
Guiana (1984)	17	29.0	18.0	41.0	6.0	6.0	***
Honduras (1983)	79	9.0	***	***	***	88.0	3.0
Jamaica (1985)	28	25.0	28.6	25.0	21.4	***	***
México (1990)	1464	6.6	25.6	23.1	10.6	32.8	1.3
Nicaragua (1991)	84	25.0	16.7	15.5	10.7	32.1	***
Panamá (1989)	37	16.2	2.7	24.3	8.1	43.3	5.4
Paraguai(AJ)*(1988)	101	22.8	10.9	29.7	12.9	17.8	5.9
Perú (1988)	362	12.2	15.5	31.5	13.0	25.9	1.9
Porto Rico (1990)	13	30.8	15.4	38.4	***	15.4	***
Rep.Dominic.(1985)	101	16.8	26.7	15.9	***	31.7	8.9
Suriname (1987)	3	33.3	***	33.3	33.3	***	***
Trind/Tobago(1988)	20	20.0	55.0	5.0	5.0	5.0	***
Uruguai (1990)	9	11.1	***	***	11.1	77.8	***
Venezuela (1989)	338	24.0	23.4	11.5	13.3	20.7	7.1

FONTE: Informal reports on mortality available in the PAHO technical information system(57)

(*) Information area

(***) Information unavailable

Diversos autores quantificaram a Morbidade Materna utilizando-se de metodologias diversas, (Acsadi 1 y col. 1991); (Mora y Yunes26, 1993), e com base nos dados publicados pelo Instituto Mexicano de Seguro Social, concluíram pela estimativa de que **para cada 4 partos se registra uma hospitalização por complicações da gravidez**. Se formos aplicar este estudo à cifra estimada de 12 milhões de nascimentos na América Latina e no Caribe, poderíamos supor que o número provável de hospitalizações necessárias durante a gravidez oscilaria entre 2.4 a 3 milhões. (Mora y Yunes26, 1993).

No mesmo estudo(26) os autores se referem à morbidade⁵ durante o período pré-natal, a incidência de patologias variou entre 8.6% e 33.6%, e a ordem da frequência foi a seguinte: ameaça de parto prematuro, hemorragias durante a gestação, infecções urinárias, pré-eclâmpsia e rotura prematura das membranas.

Com relação ao aborto, estima-se a ocorrência de 65 abortos por 1000 mulheres em idade fértil na América Latina, sendo que a maior parte ocorre em zonas urbanas, com uma proporção de 1 aborto para cada 2 ou 3 partos. Ressaltam ainda os autores que além da gravidade da morbidade das mulheres em idade fértil ser de suma importância a sensibilização da população e das autoridades competentes sobre o que este fato representa para a sociedade e a necessidade de medidas preventivas a curto, médio e longo prazo, que venham a corrigir e melhorar esta situação, são imprescindíveis.

O aborto ocupa lugar importante como causa de Morbidade Materna se constituindo em grave problema, seja pela ilegalidade ou pela dificuldade existente de acesso aos serviços de saúde para tratamento das complicações, tão frequentes a esta prática.

“Hoje em dia é muito raro uma mulher morrer durante o ciclo grávido-puerperal desde que tenha recebido a devida atenção, isto é, educação, alimentação e cuidados básicos de saúde. Portanto, a Mortalidade Materna acaba por retratar não apenas a condição de saúde materna e as características dos serviços médicos de toda a população e, em especial, de todas as mulheres em idade reprodutiva, mas também as condições sociais, culturais e até políticas da sociedade”. **FAUNDES 10, (1991).**

Dentro desta perspectiva política de redução da Mortalidade Materna encontra-se a prevenção de uma gravidez não desejada bem como a informação e a oferta de métodos contraceptivos para que a mulher possa decidir como evitar a gravidez e como definir o momento adequado à procriação.

Achamos necessário que a Saúde Integral da Mulher seja preservada em nossa política de saúde, já edificada desde 1985 com o surgimento do PAISM⁶, MS., oriundo de lutas classistas de profissões femininas, reivindicando melhoria na qualidade da assistência à saúde da

⁵ É definida como o risco de adoecer estando grávida

⁶ PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

mulher, com atenção integral, direito e poder de ampliação dos acessos aos serviços de saúde, adequação e melhoria destes serviços.

Ao analisarmos a ocorrência de mortes em diversos países observamos que em alguns houve progresso no que diz respeito à redução da Mortalidade Materna; em outros os índices permanecem estacionários e infelizmente existem países nos quais as taxas de mortalidade de mulheres que engravidam pioraram.

A população estimada, pela OMS, de mulheres em idade reprodutiva, de 15 a 49 anos, em 1993, para as regiões das Américas é de 197 milhões. A fecundidade nas últimas quatro décadas sofreu um declínio muito importante originária de fatores econômicos, políticos e sociais.

No Brasil a fecundidade cai de 6.0 em 1960 para 2.0 em 1990 (IBGE). A fecundidade é classificada pela OPS/OMS, em sua taxa global, como baixa, quando menor que 2, média de 2.0 a 3.4, alta de 3.5 a 5.0 e muito alta quando acima de 5.0.

Se a fecundidade da mulher diminuiu porque os índices de Mortalidade Materna continuam altos? Torna-se necessário revisão da qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo grávido-puerperal e para tanto precisamos formar profissionais qualificados, motivados na reflexão da prática, facilitando o acesso da população aos serviços de assistência ao parto e puerpério.

No entanto, em países como Bolívia, Haiti, Paraguai, Perú, etc, que possuem as taxas mais elevadas de Mortalidade Materna na América Latina, observa-se que as taxas de fecundidade também o são, além de um menor percentual de assistência institucional ao parto e menor prevalência ao uso de contraceptivos.

A cobertura institucional ao parto é fator importante na prevenção da Mortalidade Materna (quadro 4). Quanto menor for o acesso ao parto institucionalizado maior será o índice de mortes maternas e levando em consideração os estudos de Mora y Yunes(26) as complicações da gravidez ocorreriam na proporção já referida de uma internação por complicações a cada 4 partos.

QUADRO 4 - COBERTURA INSTITUCIONAL AO PARTO E MORTALIDADE MATERNA EM PAÍSES DAS AMÉRICAS (1). ANOS PRÓXIMOS A 1990

% DE COBERTURA INSTITUCIONAL AO PARTO	MORTALIDADE MATERNA BAIXA (MENOS QUE 20)	MORTALIDADE MATERNA MÉDIA (ENTRE 20 E 49)	MORTALIDADE MATERNA ALTA (ENTRE 50 E 149)	MORTALIDADE MATERNA MUITO ALTA (ACIMA DE 150)
BAIXA (MENOS DE 40%)		Chile	Guatemala Guiana Nicaragua Venezuela	Bolívia Haiti
MÉDIA (ENTRE 40 E 59%)		Panamá	Jamaica	Equador Honduras Paraguai Perú
ALTA (IGUAL OU MAIOR QUE 60%)	Canadá Estados Unidos	Cuba Costa Rica	Brasil Colômbia El Salvador	

FONTE: Banco de dados da Unidade de Crescimento/Desenvolvimento e Reprodução Humana do Programa Especial de Saúde Materno Infantil e de População OPS/OMS, Fascículos I, II e III e informações adicionais

(1) Excluem-se os países que não informam morte materna ou informam cifras muito baixas

(2) O conceito de parto institucional pode variar segundo o país considerado (instituição ou profissionais)

O Brasil embora tenha uma alta cobertura institucional ao parto, continua mantendo altos índices de Mortalidade Materna denotando provavelmente falhas nas instituições hospitalares. Ainda os estudos da Mortalidade Materna evidenciam a relação existente entre o nível social e econômico da população e o seu coeficiente de mortalidade. Encontramos uma clara predominância do índice de Mortalidade Materna nas regiões mais carentes. Seguindo a mesma tendência encontramos o aumento do índice de Mortalidade Materna em grupos femininos de baixa renda, baixa escolaridade, cobertura pré-natal insuficiente, onde somente 45.5% das gestantes realizam exames periódicos e 46.5% dos partos ainda são domiciliares naqueles grupos populacionais onde a renda mensal é menor que o salário mínimo. PEDROSA 29, (1991).

2.2 - Aspectos Conceituais de Mortalidade Materna

A Mortalidade Materna possui diversas conceituações e classificações e quando utilizadas corretamente favorecem os registros epidemiológicos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) por ocasião do Congresso Mundial realizado na Austrália em setembro de 1967, foi aprovada a classificação e conceituação definida pelo Comitê Internacional de Mortalidade Materna, estabelecendo como "*Morte Materna, a morte de uma mulher devido a qualquer causa durante a gravidez, parto ou puerpério ou dentro dos 42 dias que se seguem ao final da gravidez independentemente da duração e local da mesma*".

Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID (9a. Revisão, 1975) é “ 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 localização 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”.

Atualmente, há uma tendência já aprovada pela 10ª Revisão da CID a ser utilizada a partir de 1996, a inclusão na definição de morte materna todas as mortes ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério, independente da causa e num período de até 01 ano após o término da gestação porém a não inclusão das mortes acidentais ou incidentais é ainda questionável, pois a gravidez induz a mudanças sobre todo o organismo, levando a uma diminuição da resposta reflexa que pode contribuir para que ocorra um acidente. Há também uma alteração da resposta imunológica, pela qual os efeitos de uma epidemia não podem se desvincular do estado gravídico-puerperal. Outro exemplo típico, seria o da mulher que para ocultar a “vergonha” de uma gestação indesejada, motivo de punição pela família ou sociedade, pratica o suicídio. Neste sentido, estas mortes serão incluídas dentro da Mortalidade Materna como óbitos maternos não obstétricos, a partir de 1996, ano de início da vigência da 10a. Revisão da CID.

Morte Materna Tardia

Define-se como sendo a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorrida após os 42 dias de puerpério até um ano.

Os óbitos maternos tardios, segundo alguns estudos, podem ser superiores a 16%. As unidades de tratamento intensivo prolongam a vida. Frequentemente a causa básica é obstétrica. A inclusão dos óbitos maternos tardios corrige o sub-registro.

Enquanto não estiver em vigor a 10a. Revisão da CID que modificará o conceito de morte materna, os óbitos maternos tardios deverão ser especificados à parte e não incluídos nos coeficientes de mortalidade materna.

Morte Materna Obstétrica

São todas as mortes resultantes de eventos ou complicações da gravidez, parto e puerpério, e dividem-se em:

obstétrica direta: é aquela resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações (CID 630 a 646 e 650 a 676, da 9a. Revisão da CID - Anexo 1)

obstétrica indireta: é aquela que resulta de doença pré-existente ou que se desenvolve durante a gravidez, não devida a causas diretas mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez (CID 647 a 648 da 9a. Revisão)

Morte Materna não Obstétrica

É também chamada por alguns autores como morte não relacionada. Inclui os óbitos durante a gravidez, parto ou puerpério, porém por causas incidentais ou acidentais; entretanto, devem ser relacionados à parte.

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

Tradicionalmente, corresponde aos óbitos de mulheres faixa de 15 a 49 anos de idade.

Para maior eficiência e considerando o início da vida sexual ativa das adolescentes, a faixa etária a ser investigada deve ser de 10 a 49 anos.

Morte Hospitalar

São as ocorridas em qualquer momento e em qualquer lugar de um hospital ou estabelecimento de saúde, independentemente do período de tempo entre a chegada do paciente e seu falecimento. O óbito de paciente em trânsito para o hospital em ambulância é considerado hospitalar.

Morte Materna Declarada

Quando a causa especificada na Declaração de Óbito (D.O.) menciona claramente o estado gravídico-puerperal por ocasião do óbito, por incluir um dos diagnósticos relacionados no capítulo XI, da CID ou por fazer qualquer menção ao estado gestacional na parte I ou II do Atestado Médico da D.O.

Morte Materna não Declarada

Quando na declaração de óbito não consta nenhuma re

ferência de gravidez, parto ou puerpério por ocasião do óbito, e após investigações através do prontuário, visitas domiciliares, necrópsia ou outros meios, fica evidenciado o estado gravídico-puerperal.

Morte Materna Presumível ou Mascarada

Quando o Atestado Médico da Declaração de Óbito contiver informações insuficientes para concluir a existência de óbito materno trazendo em geral somente uma única causa, sendo geralmente o diagnóstico de uma complicação e não a causa real ou o diagnóstico sindrômico. Os Comitês de Morte Materna do Paraná no entanto, tem ampliado o conceito de máscaras, considerando todas aquelas causas que ocultavam o estado gestacional.

Nativivo ou Nascido Vivo

É a expulsão ou a extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto da concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida como: batimentos de coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento dos músculos de contração voluntária; estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Os fetos com menos de 500 gramas não são viáveis, por isto não são considerados como nascidos vivos no cálculo de coeficiente de mortalidade materna.

Natimorto ou Nascido Morto

É o produto da expulsão ou separação que pese mais que 500 gramas e que não tenha evidências de sinais de vida - após a separação

Aborto

É a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas ou menos de 20 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e seja ou não espontâneo ou induzido.

Coefficiente de Mortalidade Materna (CMM)

Relaciona os óbitos por “complicações da gravidez, parto e puerpério” (mortes maternas obstétricas) com o número de nascidos vivos, e deve ser expresso por 100.000 nasci-

dos vivos.

As Mortes Maternas não Obstétricas não são incluídas no cálculo deste coeficiente, apesar de já haver discussão entre a FIGO⁷ e a OMS para a incorporação das mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal por causas acidentais ou incidentais.

Cálculo:

$$\text{C.M.M.} = \frac{\text{No. de óbitos por complicações da gravidez, parto ou puerpério, em determinada área e período}}{\text{No. de nascidos vivos na mesma área e período}} \times 100.000$$

Deve-se observar, entretanto, que há fatores que podem interferir na exatidão deste coeficiente: quanto ao numerador, pela sub notificação de óbitos maternos e o sub-registro de óbitos maternos, em especial em áreas rurais e em cemitérios clandestinos; quanto ao denominador pelo uso do número de nascidos vivos em vez do número de gestantes (geralmente não disponível) aliado ao sub-registro de nascimentos quanto a ambos pela invasão e evasão de óbitos e nascimentos quanto a áreas geográficas, visto ser frequente a ocorrência do óbito fora do local de residência.

Ainda é classificada de acordo com a sua incidência, sendo:

Baixa - quando ocorrem menos de 20 mortes maternas por 100.00 nascidos vivos

Média - quando ocorrem de 20 a 49 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos

Alta - quando ocorrem de 50 a 149 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos

Muito alta - acima de 150 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.

Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito é um documento oficial que serve de prova da morte de um indivíduo atendendo a duas finalidades básicas: cumprir as exigências legais e servir de fonte de informação de estatísticas sanitárias.

No Brasil existe um modelo único padronizado pe-

⁷ FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

lo Ministério da Saúde para a declaração de óbitos ou óbito fetal, a ser preenchido em duas vias.

A parte IV, referente ao atestado médico do óbito é do ponto de vista epidemiológico uma das partes mais importantes, pois contém valiosas informações sobre a causa da morte.

O médico deve declarar corretamente a causa básica no atestado de óbito e em vista de recomendação internacional, essa deve ser escrita em último lugar na parte I quando existirem causas consequenciais ou seja em consequência da causa básica.

Exemplo:

Mulher, 33 anos, no último trimestre da gestação desenvolveu quadro de eclâmpsia, tendo sido internada com convulsões, tendo sido feito o diagnóstico de hemorragia cerebral e doença hipertensiva específica da gestação. Evoluiu para coma e óbito.

Atestado

- I. a) *Hemorragia Cerebral*
- b) *Eclâmpsia*
- c) *Doença Hipertensiva Específica da Gestação*
- II. *Gestação de Último Trimestre*

FONTE: Manual dos Comitês de Mortalidade Materna(22) - Brasília, MS. 1994.

2.3 - Considerações Gerais sobre Conceitos

LAURENTI(17) afirma que historicamente a Mortalidade Materna vem sendo estudada desde o advento da teoria microbiana, quando foi descoberta a febre puerperal e que ao longo da história, esta mortalidade, possui interpretações conceituais diversas, seguindo teoricamente, as correntes científicas existentes nos diversos países.

Existem países que excluem os casos de aborto dos índices gerais de Mortalidade Materna, outros não levam em consideração a Mortalidade Materna devido a causas acidentais ou não obstétricas.

No Brasil evidencia-se a existência das subnotificações, ratificada em publicação de 1987, pela Divisão Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, onde os dados oficiais deste ano revelavam um Coeficiente de Mortalidade Materna de 72.0 por 100.000 nascidos vivos para o Brasil, mas devido a falta de fidedignidade dos dados estatísticos e ao utilizarmos o fator de correção correspondente às regiões brasileiras, publicado por **BRAGA & LAURENTI** chega-se a um Coeficiente de Mortalidade Materna de 184.3 por 100.000 nascidos vivos. Percebemos, desta forma, que para cada morte materna notificada existem uma, duas ou três mortes não notificada, dependendo da região.

Outra situação que interfere na análise dos dados nacionais reais é o preenchimento incorreto dos atestados de óbitos, que não classificam a causa da morte como uma complicação decorrente da gravidez, do parto ou do puerpério, ou ainda, de abortos que por serem ilegais em nosso país, são na maioria das vezes realizados em locais clandestinos, com condições precárias de higiene, fator predisponente de complicações, sendo que no atestado de óbito a causa mortis aparece como septicemia. Mais um fator que interfere na análise situacional das mortes maternas é a fórmula internacional preconizada para caracterizar os coeficientes da Mortalidade Materna, cujo denominador deveria refletir o número de mulheres que engravidam em determinado período/ano e não o número de nascidos vivos no período/ano, pois desta maneira interfere nos dados numéricos existentes, interferindo no diagnóstico preciso da situação existente da saúde reprodutiva da mulher. (**SOUZA E LAURENTI 41, 1987**)

Hoje, o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças listou uma série de diagnósticos existentes nos Atestados de Óbitos (denominado como lista de mascaras) a fim de ser realizada uma busca ativa das mortes maternas quando forem registradas. São eles:

- * Broncopneumonia (sem outra afecção);
- * Choque anestésico;
- * Choque hemorrágico;
- * Choque toxêmico (ou tóxico);
- * Embolia pulmonar;
- * Edema agudo de pulmão;
- * Endometrite;
- * Endometriose;
- * Falência miocárdica;
- * Hemorragia;

- * Insuficiência cardiorespiratória;
- * Parada cardíaca;
- * Peritonite;
- * Pelvipерitonite;
- * septicemia;
- * Toxemia.

No Paraná, a lista de mascaras identificada pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna, em 1991, incluiu 26 doenças, após trabalho criterioso e exaustivo dos membros do Comitê.

KRUPP E COLS.(50), MARMOL(50), ROLF(50), SACHS E COLS.(50), exemplificam as variações conceituais de acordo com o tempo de puerpério. GOLENTERNEK(50) refere-se a quanto tempo decorrido após parto, isto é, óbito materno tardio, como ele é considerado nos índices de Mortalidade Materna: na Califórnia este período é de 90 dias; na Filadélfia 60 dias; na Carolina do Norte estende-se por 6 meses enquanto que no Condado de Franklin (Ohio) compreende 12 meses.

2.4 - Enfoque de Risco X Saúde Reprodutiva

Frente a estes alarmantes índices de Mortalidade Materna, vários países em desenvolvimento, com a coordenação da OPS/OMS planejaram estratégia para que houvesse diminuição destas cifras a curto, médio e longo prazo, por serem em sua maioria passíveis de prevenção, necessitando apenas de uma participação ativa de todo o sistema de saúde.

Os resultados satisfatórios foram motivados pela ampla divulgação de manuais educativos sobre o enfoque de risco, o qual passou a alertar os profissionais da área da saúde.

Esta visão do processo saúde/doença denominada de enfoque de risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos tem a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, mas sim que esta probabilidade é maior para uns do que para outros. É preciso lembrar que em se tratando de gestação, que é na grande maioria das vezes um fenômeno fisiológico normal e que sua evolução ocorre quase sempre sem intercorrências, é importante salientar que uma pequena parcela de mulheres grávidas podem apresentar determinadas características de susceptibilidade, ou por padecerem de alguma doença

possuem maior probabilidade de apresentar uma evolução desfavorável, complicando sua gravidez e assim constituindo o grupo de gestantes de risco.

Fator de risco é a característica ou a circunstância que se associa à probabilidade maior do indivíduo sofrer dano à sua saúde. Por sua vez, os fatores de risco podem ser aqueles que caracterizam o indivíduo, a família, o grupo, a comunidade, etc.

Segundo a OMS⁸/DINSAMI⁹/PAISM salienta e reconhece a importância de vários estudos que demonstram que a primeira gestação, a grande paridade, gestações em idade reprodutiva precoce ou tardia, abortamentos de repetição e a desnutrição constituem fatores de risco universal. A combinação com outros fatores de riscos aumentam ainda mais a probabilidade do indivíduo sofrer agravos ou danos em sua saúde. Segundo o manual de Gestação de Alto Risco (10) editado pelo Ministério da Saúde os fatores de risco são de natureza diversa, a saber:

Biológicos (exemplo: certos grupos etários, baixa estatura, etc)

Clínicos (exemplo: nefropatia, diabete, etc.)

Ambientais (exemplo:abastecimento deficiente de água, falta de esgotos.)

Comportamentais (exemplo: fumar, beber, etc.)

Relacionados à assistência à saúde (exemplo: má qualidade da assistência, cobertura insuficiente ao pre'-natal.)

Sócio-culturais (exemplo: nível educacional) e

Econômicos (exemplo: renda baixa).

BACKETT(48) refere-se ao **conceito de risco** como um indicador de necessidades identificada nos indivíduos e população mais vulneráveis. Essa vulnerabilidade se deve à presença de certas características biológicas, psicológicas, genéticas, ambientais, sociais econômicas e culturais, além da interação entre elas.

Os **fatores de risco** podem ser causa ou sintomas, porém é muito importante que sejam identificados antes do aparecimento da doença, para que medidas efetivas de saúde sejam tomadas. Desta forma a identificação dos fatores de risco são guias para a determinação de ações pertinentes à saúde do indivíduo ou grupos da comunidade. Estas ações compreendem a utilização correta de recursos,aumento da cobertura institucional, qualidade dos sistemas de referência e principalmente da qualidade da assistência prestada.

⁸ Organização Mundial de Saúde - OMS

⁹ Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil - DINSAMI

Segundo FIGUEIREDO(13)(1991), representante da OPAS¹⁰/OMS no México, as mães e as crianças constituem mais da metade da população total da América Latina e Caribe e o desenvolvimento das ações efetivas baseada no **conceito de risco** diminuiria a magnitude da morbidade e mortalidade nestes grupos populacionais que deveriam se constituir prioridade para a maior parte dos países.

Declara ainda FIGUEIREDO(13)(1991) que os **fatores de risco** dentro de uma mesma população facilitam a tomada de decisões, de controle e de seleção de estratégias para que a atenção dos serviços de saúde devam ser prestados em níveis de complexidade crescente, de acordo com a magnitude do risco detectado, pois o desaparelhamento hospitalar para enfrentar situações de urgência e emergência aumenta a responsabilidade institucional na Mortalidade Materna.

Mediante a aplicação do **enfoque de risco** na saúde materno infantil são identificados fatores que possuem uma clara relação com a fonte indicadora das condições de saúde da mãe e do recém nato. Por exemplo, para sete tipos de ocorrências possíveis em uma gravidez: *baixo peso ao nascer, APGAR baixo, mortalidade perinatal, parto prematuro, morbidade neonatal, aborto espontâneo e morbidade materna*, é possível estabelecer associações estatísticas válidas com os seguintes **fatores de risco**: *local de residência, intervalo interpartal, idade da mãe, parto prematuro anterior, estado civil, morte neonatal anterior, morte fetal anterior, nível de educação materna, história de abortamentos anteriores, gravidez anterior complicada, atividade física, condições de habitação, doenças intercorrentes na gravidez, estatura e peso da mãe, tabagismo e assistência pré-natal inadequada ou insuficiente*.

Outro enfoque básico para compreendermos a importância da redução de índices de Mortalidade Materna é o **conceito de saúde reprodutiva**, o qual consiste em conseguir que as mulheres possam dar à luz a recém-nascidos saudáveis com o menor risco possível de adoecer. Para se alcançar um estado de **saúde reprodutiva** é necessário que as atenções à saúde da mulher sejam prestadas no período ante-natal.

Considera-se como estratégias para melhorar as ações de **saúde reprodutiva**, a atenção préconcepcional, para a mulher em idade reprodutora e a atenção materna, que inclui a assistência qualitativa ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e assistência à saúde do recém nascido.

¹⁰ Organização Panamericana de Saúde - OPAS

“O conceito amplo de saúde reprodutiva representa o direito do indivíduo à reprodução, à regulação de sua fertilidade e que a gravidez, o parto e o pós parto possam transcorrer livres de complicações, com resultados positivos para a sobrevivência, bem estar e qualidade de vida para os pais e filhos e que homens e mulheres possam desfrutar de sua sexualidade livres do medo de uma gravidez indesejada ou de contrair alguma doença. Em um contexto mais amplo, significa tomar parte do processo do desenvolvimento nacional.” FIGUEIREDO (13), 1991.

O **risco reprodutivo** se define como a probabilidade de adoecer ou de morrer durante o processo da reprodução, quer seja para a mãe, feto ou recém nascido. O risco reprodutivo pode ser identificado antes da gravidez e passa a ser denominado como **risco preconcepcional**, se durante a gravidez, **risco obstétrico** e desde a 28a. semana de gravidez até a primeira semana de vida do recém-nascido, **risco perinatal**.

BOBADILLA¹¹(2)(1990) ressalta a importância de se investigar a **população de risco**, identificando quatro tipos de fatores predisponentes: *as condições biomédicas, a investigação clínica eficaz, a investigação epidemiológica e as condições dos serviços de saúde*. Salaria ainda que a população entre 10 e 15 anos deve receber orientações de saúde a longo prazo para que **os fatores de risco** possam ser minimizados, diminuindo-se os índices de gravidez na adolescência

PEDERSEN (28) (1993) faz referência sobre a importância da investigação social em saúde materna, correlacionando: ideologia x contexto social x saúde materna. Destaca que em países de terceiro mundo, com frequência as mulheres que vivem em condições de extrema pobreza se encontram atreladas a um círculo vicioso - desde pequena idade são castigadas pela má nutrição (às vezes exacerbada pela desigual distribuição intra-familiar dos alimentos), a malária, as enfermidades diarreicas, do aparelho respiratório e as parasitoses intestinais. Logo nos primeiros anos de uma instrução elementar e insuficiente para a leitura e a escrita ocorre a menarca e com ela as responsabilidades das tarefas domésticas bem como o cuidado dos irmãos menores. A continuação é o casamento precoce, as gestações sucessivas, os prolongados períodos de lactação sucedidos por novas gestações, o aborto, os episódios de malária, a anemia e as parasitoses intestinais além de infecções outras a dupla jornada de trabalho. É neste contexto que vivem nossas mulheres das classes mais desprotegidas. Se quisermos reduzir taxas de mortalidade materna e infantil nos países em desenvolvimento deverão existir intervenções efetivas para atendimento à população carente, com uma melhor redistribuição e

¹¹ Epidemiologista da London School of Hygiene and Tropical Medicine
Informe Final Taller Regional sobre Investigación da Mortalidade Materna
OPAS/OMS. México, DF., 16 a 20 de abril de 1990.

utilização dos recursos existentes, participação ativa dos usuários para que sejam envolvidos no seu auto-cuidado, assumindo o controle de suas questões de saúde e doença. Este, segundo o autor, parece ser um dos caminhos para se reduzir com mais efetividade a mortalidade materna e perinatal na América Latina.

MARCONI¹² (1993), com o objetivo de conhecer a real intensidade da Mortalidade Materna e de sua estrutura, identificou **os fatores de risco** que contribuiriam para que estas mortes fossem evitadas. Realizou uma investigação retrospectiva das mortes de mulheres entre 15 e 49 anos observadas durante o período de 1 ano, partindo do conhecimento da causa da morte. Concluiu a autora que para cada morte registrada existe outra morte materna (**registrada em outro grupo de causas**), ocorrência esta devida ao mau preenchimento do atestado de óbito e a existência de cemitérios clandestinos.

O Ministério da Saúde utiliza o **enfoque de risco** em seus Manuais de Pré-natal onde normatiza as ações pertinentes à gestação de baixo risco⁽²³⁾ e de alto risco⁽²⁴⁾ para que sirvam de referência à atuação de profissionais da área de saúde durante a assistência pré natal.

RESENDE⁽³⁰⁾(1987), considera em seu livro de Obstetrícia que as **condições de risco** estão intimamente ligadas à idade, à paridade e ao intervalo interpartal da mulher e que o risco da gestante apresentar qualquer complicação é mínimo entre os 18 e 30 anos e em sua segunda à quarta gravidez. Os riscos aumentam progressivamente em mães mais jovens que 18 anos ou com idade superior aos 30 anos. Nestes grupos as complicações aumentam 2 a 3 vezes, sendo as patologias mais prevalentes, as toxemias, as hemorragias e o parto distócico., patologias estas que podem ser acrescidas durante a primeira gestação e da quinta em diante. A mulher necessita de 2 a 3 anos de intervalo entre os partos para se recuperar totalmente de uma gravidez e se preparar para outra. Um menor intervalo, segundo o autor, representaria um maior risco de morte materna e o que recai sobre o binômio mãe-feto são as anemias graves, a prematuridade e outras complicações do ciclo gestatório e parto.

Afirma que as três maiores causas de complicações obstétricas, responsáveis por 50% de todas as mortes maternas no mundo, continuam a ser: infecção, hemorragia e toxemia e que entre as condições constitucionais que oneram o prognóstico materno encontram-se a má nutrição, anemias e doenças cardiovasculares e renais.

¹² Marconi, Élica. Diretora de Estatística de Saúde. Argentina
Secretaria de Salud de la Nacion
Coordenação Vinacur, Jorge

A mortalidade materna por infecção, em mais da metade dos casos sucede ao abortamento, o restante devido a infecção puerperal principalmente aquela que ocorre pós cesárea e à pielonefrite aguda. A multiparidade, a hemorragia, a má nutrição, a anemia e o parto distócico se constituem fatores predisponentes.

As síndromes hemorrágicas da gravidez resultam em geral de anomalias de inserção placentária, o descolamento prematuro de placenta, a prenhez ectópica e à hipotonia ou atonia uterina pós parto. Estas complicações são muito mais frequentes em múltiparas do que em primíparas. O descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia são mais frequentes nas multigestas embora a idade seja fator relevante no que se refere à incidência de placenta prévia. O descolamento se associa com frequência aos síndromes hipertensivos da gestação. A hipotonia uterina no período de pós parto representa 90% das hemorragias do puerpério sendo que os 10% restantes estão associados a lacerações do trajeto vaginal e cervical bem como à retenção de restos placentários. O fator grande paridade tem um lugar importante nas causas hemorrágicas pós partais.

Na toxemia gravídica, 4 em 5 das mortes maternas decorrem da eclâmpsia e as síndromes convulsivas atingem mais frequentemente as primigestas e secundariamente as múltiparas de mais de 35 anos.

Referindo-se ainda às causas predisponentes encontramos as causas metabólicas mais comuns em nosso meio: anemias e má nutrição. As necessidades nutritivas na gravidez e nos seis primeiros meses de lactação estão muito acima das condições existentes. A fome crônica é uma situação constante nos países em desenvolvimento e como consequência existe uma espoliação constante e cumulativa, por gestações repetidas, ocasionando a "síndrome de depleção materna " que inclui déficits calórico-proteicos, osteomalácia (amolecimento dos ossos por carência de cálcio e vitamina D), bócio por deficiência de Iodo e as anemias.

A anemia reduz a resistência da mulher às infecções, aumenta de duas a três vezes a sua incidência na gravidez e parto e índices de mortalidade materna. Em mulheres anêmicas a taxa de partos prematuros é três vezes superior e está acrescida de duas vezes a taxa de mortalidade perinatal. As hemorragias ante e pós parto não são apenas mais comuns nas portadoras de anemias como também se apresentam quase sempre fatais, devido ao fato destas mulheres não poderem suportar perdas sangüíneas adicionais(8).

2.5 - A Realidade da Mortalidade Materna no Brasil

No Brasil, as principais causas de óbitos maternos devidos às **causas obstétricas diretas** são a hipertensão específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), as hemorragia ante e pós partais, as complicações do puerpério (infecção puerperal) e o aborto. As **causas obstétricas indiretas** que correspondem a doenças prévias da mãe que se agravam com o ciclo gestatório correspondem a 7% dos óbitos maternos. (Quadro 5)

QUADRO 5 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTES MATERNAS NO BRASIL

FATOR DETERMINANTE	PERCENTUAL
HIPERTENSÃO ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ	29.00%
CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS	19.00%
HEMORRAGIAS DA GRAVIDEZ/PARTO	16.00%
COMPLICAÇÕES DO PUERPÉRIO	16.00%
ABORTO	13.00%
CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS	7.00%

FONTE: Ministério da Saúde - 1991

Estudos demonstram que o coeficiente de Mortalidade Materna no Brasil é da ordem de 141 mortes por 100.000 nascidos vivos, (MS - 1992), o que se pode considerar um nível alto segundo a classificação da OMS.

Segundo LAURENTI⁽¹⁶⁾(1994), este valor deve ser considerado como uma média, sabendo-se que existem regiões cujos coeficientes ultrapassam a 200 mortes por 100.000 nascidos vivos.

O Brasil é o quinto país latino-americano na escala desta problematização, sendo fato sabido que 90% destas mortes seriam evitadas se as mulheres tivessem condições de vida digna e atenção à saúde, especialmente pré-natal realizado com qualidade, assim com bons serviços de assistência ao parto e ao pós parto (MS - 1994).

Ao analisarmos os dados numéricos existentes no Brasil com referência à Mortalidade Materna nos deparamos com diversos fatores que levam a dificuldades para se concluir este processo de análise. O primeiro fator é o que diz respeito ao número real das mortes maternas ocorridas em determinado período/ano, pois para cada morte notificada existem duas sub-notificadas. LAURENTI⁽¹⁹⁾, recomenda a utilização de um coeficiente aproximado de análise, com utilização de fator de correção, multiplicando-se o

número de óbitos por 2.24, cálculo este que deverá refletir um coeficiente aproximado da realidade da Mortalidade Materna existente na região sudeste. Na região sul é utilizado o coeficiente 2.04 e nas demais regiões 3.0.

De acordo com dados disponíveis, no Brasil a última taxa oficial publicada de Mortalidade Materna por regiões, pelo Ministério da Saúde, em 1989, está distribuída conforme observamos no quadro 6

QUADRO 6 - NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE MATERNA OFICIAL E CORRIGIDO, POR REGIÕES DO BRASIL - 1987

REGIÕES	NATIVIVOS	NATIVIVOS CORRIGIDOS	NÚMERO ABSOLUTO ÓBITOS MATERNOS OFICIAL CORRIGIDO		CMM/100.000 OFICIAL CORRIGIDO	
Norte	105.004	223.260	222	666	211.40	298.30
Nordeste	681.433	1.117.148	513	1.539	75.30	137.70
Sudeste	1.246.479	1.396.861	765	1.713	61.40	122.60
Sul	444.233	495.270	268	546	60.30	110.20
Centro Oeste	177.124	236.635	143	429	80.70	181.20
Brasil	2.654.273	3.469.274	1.911	4.893	72.00	141.00

FONTE: SIM/DNE/MS

Fator correção dos óbitos maternos: Sul Braga, LFCO - 2.04 vezes
Sudeste Laurenti, R. - 2.24 vezes
Demais regiões - 3 vezes

De acordo com BRAGA e LAURENTI(3-19)(1994) as sub-numerações são ainda maiores nas Regiões: Norte, Nordeste e Centro Oeste, elevando ainda mais as taxas existentes nestas regiões.

Se utilizarmos o parâmetro preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, observamos que a Região Norte necessita diminuir a Mortalidade Materna em aproximadamente 30 vezes; a Região Nordeste em 14 vezes; a Região Centro-Oeste em 18 vezes; a Região Sul em 11 vezes e a Região Sudoeste em 12 vezes.

Esta situação não é só alarmante por seus dados numéricos mas por refletir, sobretudo, o descaso que a assistência à mulher vem sofrendo em nosso país, a precariedade das ações de saúde oferecidas à mulher em sua fase reprodutiva, a falta de conscientização dos profissionais de saúde na execução de suas atividades, onde a falta de qualidade torna-se evidente nos serviços de pré-natal, na assistência ao parto e ao puerpério, a irresponsabilidade dos administradores de serviços que prestam assistência à saúde da mulher, a pouca valorização da atualização constante e da reciclagem de conhecimentos pois a ciência possui característica dinâmica e não estática.

BRAGA(51)(1993), no I Forum Nacional sobre Mortalidade Materna, realizado em Curitiba, Pr., traça o perfil da mortalidade das mulheres brasileiras por regiões, bem como das ações obstétricas realizadas. A proporção de mortes maternas em mulheres em idade fértil é de 5.5%. O indicador de

risco do grupo de mulheres é quatro vezes maior na Região Norte do que nas Regiões Sul e Sudoeste. O aborto representa 12% do total dos óbitos maternos. Mais da metade das mulheres brasileiras (54.5%) não receberam assistência pré-natal adequada.

No ano de 1992, cerca 20% das mulheres que foram a óbito no Paraná, não realizaram nenhuma consulta pré-natal.

A prevalência da operação cesareana está em torno de 32.4%, sendo mais frequente nos grupos sócio-econômicos mais altos, que percebem salários acima de 300 dólares mensais, onde a incidência é superior a 50%. As cesáreas ocorrem com maior frequência em mulheres que participam de maneira efetiva dos programas de assistência pré-natal.

A vida sexual ativa na adolescência corresponde a 50% da população feminina menor de 18 anos e a falta de leitos hospitalares de obstetrícia para a assistência e tratamento das gestantes de alto risco é uma realidade.

Temos aproximadamente no Brasil 20% das mulheres em idade reprodutiva esterilizadas, devido a falta de uma política efetiva de planejamento familiar, este fato influenciando fortemente no aumento do número de cesáreas. Segundo a OMS a mortalidade materna cresce com a operação cesareana em até 12 vezes e a morbidade de 7 a 20 vezes.

O Brasil é um país que não sabe ler, interpretar e enviar informações epidemiológicas⁽⁵⁵⁾, o que é fundamental para o planejamento das ações de saúde. Quando enviados, os dados estatísticos não recebem o tratamento que merecem. Segundo os epidemiologistas, os dados existem, estão aí para contrariar o mito de que o país não possui estatísticas. Torna-se necessário que eles sejam interpretados e analisados para que possam cumprir sua função efetiva no planejamento das ações de saúde. Afirma EUCLIDES CASTILHO¹³ que os dados existem e são mal utilizados. "Falta ciência em cima dos números brasileiros". Grande parte dos pesquisadores não sabe interpretar, corrigir os números existentes. Não existe uma análise crítica e comparativa dos dados e segundo o autor os "chutes" devido a falta de criticidade e método de pesquisa no trabalhar com os dados. Cita como exemplo a estimativa de mulheres que morrem por ano no Brasil em decorrência dos abortos clandestinos (dado difícil de ser obtido). Estas cifras dependem do interesse da fonte, chegando a números de 400.000 a 1 milhão. Basta ver, porém, que no mundo inteiro e também no Brasil, *aceita-se como média padrão de morte, em geral,*

¹³ Epidemiologista e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz

o índice de 10 para cada 1000 pessoas/ano e face este enfoque a situação muda de figura. Isso significa, no caso brasileiro, 1.5 milhão de óbitos por ano na pior das hipóteses. Historicamente a média tem ficado em torno de 800.000 mortes ano. Fica evidente portanto que metade dos óbitos ocorridos no país não pode ter tido como causa o aborto clandestino. Lembra **CASTILHO** que a mortalidade de modo geral é trabalhada em Epidemiologia com tendências e neste caso é possível trabalhar com os dados mesmo que exista sub-registro ou sub-notificação. As falhas porém foram mais evidentes ao se analisar diferentes tipos de fontes de informação epidemiológica(55).

Nos casos de estatísticas de mortalidade os dados brasileiros são considerados bons pelos especialistas se o objetivo é analisar o país como um todo. Nesse sentido, acredita **PEDRO CHEQUER**¹⁴ que eventuais falhas de coleta de dados nos municípios são diluídas. Afirma que **a fragilidade dos números aparecem se eles forem necessários para avaliações de futuras ações de saúde no âmbito do próprio município**. A começar porque muitas cidades brasileiras, especialmente no norte e nordeste sequer tem cartórios e os mortos são enterrados em cemitérios clandestinos.

Como qualquer informação epidemiológica, além disso, os dados que vem dos atestados sobre a mortalidade estão intimamente ligados com a assistência médica. "Onde ela é precária as informações são precárias" destaca **GOLDBAUM**¹⁵, da OPAS. Isto não quer dizer que, em locais com um razoável sistema de saúde, os médicos saibam como preencher a declaração de atestado de óbito. Muitos não o sabem ou o fazem de qualquer maneira, ou ainda delegam esta atividade, importante para o registro epidemiológico.

PAULO BUSS¹⁶ lembra que 20% das 834.000 mortes registradas no Brasil, em 1988 tiveram como causa "*sinais e sintomas mal definidos*" ou seja, a causa da morte não pode ser detectada. "É um sinal de alerta de que a qualidade da assistência médica está decaindo". Neste sentido, embora a análise das tendências nacionais possa ser feita, a informação sobre a mortalidade materna, por exemplo, fica bastante comprometida.

O Governo Brasileiro se compromete oficialmente com a Saúde da Mulher em 1984, consubstanciado no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cuja proposta de implantação nos Estados e Municípios foi estratégica, visando a reflexão da prática profissional sobre a desatenção aos

¹⁴ Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI do M.S)

¹⁵ Consultor da OPAS

¹⁶ Vice Presidente de Ensino e Informação do FioCruz e Ex-Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro

aspectos integrais à saúde da mulher, pois a assistência prestada pelo sistema de saúde vigente quase que exclusivamente se limitava a atender a mulher em seu período grávido puerperal, e assim mesmo de forma deficiente.

Esta proposta trazia em sua essência assistir integralmente a mulher em todas as fases de seu ciclo evolutivo, desde a adolescência até a 3a. idade. Ministério da Saúde (45) (1985).

Históricamente nos reportamos ao ano de 1983, através a Portaria Ministerial 344/83, onde o Estado Brasileiro passa efetivamente a se preocupar com a saúde da mulher:

Fundamentos Legais

A partir de 1984 o governo brasileiro assume compromissos nacionais e internacionais em relação à saúde da mulher.

Considerando o disposto na convenção da ONU sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres conforme artigos 10, 12 e 16 - todos relativos aos aspectos de saúde, dos quais são evidenciados:

Artigo 10 - Acesso a material informativo específico que contribua para assegurar a saúde e o bem estar da família, incluída a informação e aconselhamento sobre planejamento de família.

Artigo 12 - Os Estados partes adotarão todas as medidas contra a discriminação a livre opção no que se refere ao código 302 (homossexualidade).

- À situação da mulher negra

- À situação da mulheres índias, situações trabalhistas e condições específicas de reprodução

- À prostituição, as deficientes físicas e mentais, as menores institucionalizadas excluídas do direito à saúde e a assistência médico-hospitalar

Artigo 16 - Os mesmos direitos de decidir livre e responsavelmente sobre o número de seus filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos.

A Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, órgão da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, assinou com os

Ministérios de Saúde, da Previdência Social e da Educação a Resolução Ciplan 6 e 7 de maio de 1984 que regula as ações integradas de saúde entre os governos Federal, Estadual e Municipal. Nesse documento, entre as áreas prioritárias específicas, encontrava-se a **Promoção de Saúde da Mulher**.

Com a afirmação destes compromissos, o governo responde aos segmentos organizados de mulheres, principalmente, a partir da criação dos Conselhos Estaduais e Municipais da Condição Feminina com o comprometimento ainda maior para que as ações e programas fossem cobrados em seu planejamento e/ou execução junto aos órgãos responsáveis pelo sistema nacional, estadual e municipal de saúde, pois a participação e controle da Comunidade passou a estar presente...

Entendia-se na época, que toda a modificação do sistema de saúde vigente necessitava da garantia do espaço democrático da integração e da capacitação de profissionais, condição indispensável para a efetivação do PAISM.

Entendia-se também que a transformação do sistema além de democrática, necessitava descentralização dos recursos, integração profissional e principalmente a transformação da relação de poder entre profissional de saúde/mulher onde os dois ocupam espaço importante nas ações de saúde.

A revisão dos currículos formadores deveria romper definitivamente com os valores culturais tradicionais vindo de encontro ao perfil epidemiológico de saúde da mulher.

Refletia esta forma de organização o direito de toda mulher receber do Estado informações que envolviam todo o seu ciclo biológico: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice, caracterizadas na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e da mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), contribuindo para a diminuição dos índices de mortalidade e morbidade da mulher.

O PAISM apesar das verbas destinadas pelo Ministério da Saúde para treinamento de profissionais de saúde em todo o Brasil não se concretizou, mostrando mais uma vez o descaso com que a mulher vem sendo tratada pelas políticas vigentes de saúde.

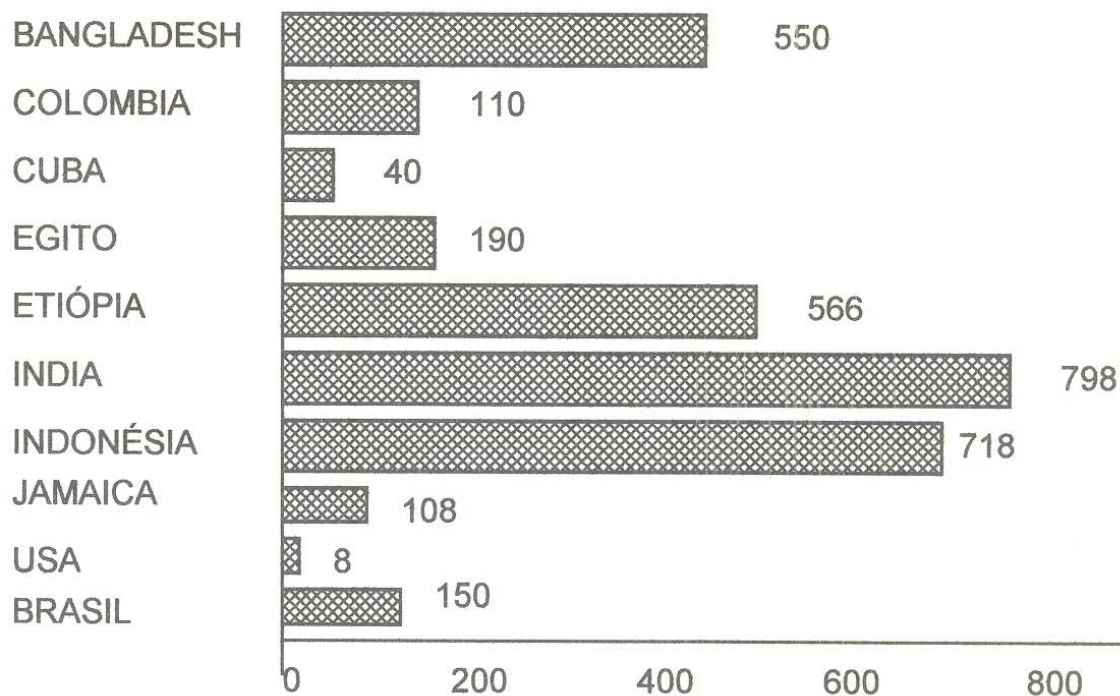
Na realidade 10 anos se passaram...

2.6 - Plano de Ação para Reduzir a Mortalidade Materna

Considerando os altos índices de Mortalidade Materna vigentes, o Brasil esteve representado, em 1990, na XLII Reunião do Comitê Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) durante a XXIII Conferência Sanitária Panamericana, momento este em que foi aprovado o **Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas**(59) (Resolução XLII).OPS/OMS - (1991)

Este plano tem por objetivo estabelecer critérios que possam melhorar a saúde da mulher, enfatizando a sua saúde reprodutiva. Propõe uma grande concentração social ao redor da assistência de qualidade e da mobilização de recursos nacionais e internacionais, os quais, através de ações de promoção da saúde, da expansão e melhoria dos serviços e da participação efetiva da população, consigam reduzir as taxas de Mortalidade Materna em 50% para o ano 2000.

GRÁFICO 1 - Mortalidade Materna em alguns países ou regiões de países, incluindo-se o Brasil (com variáveis entre 1976-1978).(Por 100.000 nascidos vivos)



FONTE: Para os países: "Guidelines for Monitoring progress in the Reduction of Materna Mortality. Statistics and Monitoring Section". UNICEF. October, 1992
Para o Brasil: Siqueira, A.A.F. de(39); et al. Mortalidade Materna no Brasil. 1980.
Rev. Saúde Públ., São Paulo, 18:448-64, 1984.

Da necessidade de se conhecer a real magnitude da mortalidade materna, surgiu em alguns países a proposta da instalação de Comitês de Mortalidade Materna para controle social e médico destas mortes. Verifica-se a importância da atuação destes Comitês pelos resultados obtidos em países como Cuba e Estados Unidos, que não só melhoraram a qualidade de seus dados como reduziram acentuadamente os seus coeficientes de Mortalidade Materna o que não aconteceu com os demais países, cujas cifras refletem a grande disparidade na incidência da Mortalidade Materna entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Demonstrado no gráfico 1.

As metas e estratégias do Plano Regional das Américas foram inicialmente debatidos no Brasil, em Brasília, em 1991, juntamente com os planos nacionais de cada país comprometido. Tiveram seu andamento nas reuniões sub-regionais e inter-gerenciais sobre a Maternidade sem Risco, realizada na Guatemala em 1992 e na Bolívia (Santa Cruz de la Sierra) em 1993, onde o Brasil esteve também representado.

A proposta deste Plano Regional para Redução da Mortalidade Materna se apoia em uma série de considerações:

- **Na vulnerabilidade da mulher durante o seu ciclo reprodutivo e que dependendo das condições de vida de uma proporção considerável de mulheres das Américas, aumentam o risco de adoecer e morrer durante a gravidez, parto ou puerpério.**
- **A Mortalidade Materna é um fato evitável pois suas causas principais são conhecidas e contamos desde há muito tempo com os conhecimentos e tecnologia apropriada para conseguirmos sua redução.**
- **Todas as mortes maternas representam um problema social e de saúde, de importante relevância.**
- **Qualquer programa que se elabore para redução de Mortalidade Materna deverá se inserir dentro de um contexto econômico e social, assinalado por uma profunda crise financeira, dívidas sociais e externas.**
- **As metas propostas devem ser viáveis, oferecer diferentes alternativas, identificar as fontes de recursos e ampliar a participação social.**
- **A redução da Morbidade e Mortalidade Materna deverão integrar-se dentro das Orientações Estratégicas e Prioridades Programáticas da OPS, para o quadriênio 1991/1994**

Após dois anos de implantação do Plano de Redução da Mortalidade Materna(52), em abril de 1993, realizou-se na Bolívia (Santa Cruz de la Sierra) a primeira análise do trabalho até então realizado, onde concluiu-se que houve um limitado progresso no alcance do objetivo principal do plano na maioria dos países, isto devido, principalmente, às restrições político-financeiras.

Na ocasião foi enfatizada a necessidade de um maior compromisso dos países envolvidos com o intuito de melhorar seus sistemas de informações, coordenação e intensificação na busca de recursos nacionais e internacionais para que se possa atingir metas propostas nas ações pertinentes à saúde da mulher, particularmente as de saúde materna e de planejamento familiar.

Novas linhas de ações foram contempladas como Recomendações do plano vigente:

- **Sistema de Vigilância Epidemiológica de Morte Materna, salientando as melhorias nos dados da Estatística Básica e de Saúde Reprodutiva.**
- **Fortalecimento das Ações de Planejamento Familiar para a prevenção do aborto, da gravidez não desejada e melhor atenção à demanda reprimida.**
- **Implantação ou expansão de Modelos Alternativos de Atenção Materna (como casa de partos e incentivo ao parto domiciliar, sob orientação e treinamento de profissionais de saúde.)**
- **Aumento da cobertura de atenção pré-natal.**
- **Melhoria da qualidade de atenção ao parto institucional e das maternidades.**
- **Melhorias relativas à acessibilidade e qualidade de serviços.**

Ainda pertinente às avaliações das **Metas do Plano de Redução da Mortalidade Materna nas Americas(59)**, os países comprometidos formularam metas de redução desta mortalidade até o ano de 1995. Perú e Venezuela estabeleceram como meta uma redução de suas taxas de mortalidade em 20%; Bolívia, Costa Rica, Cuba e República Dominicana se comprometeram em reduzir seus coeficientes de Mortalidade Materna em 30%; Brasil, Panamá, Trinidad/Tobago e Uruguai tem compromisso de reduzir as taxas em 50%.

Se nosso país assumiu um compromisso perante os órgãos internacionais de redução em 50% das taxas de Morbilidade e Mortalidade Materna até o ano de 1995, medidas efetivas deverão ser tomadas e precisam

ser severamente vigiadas pois os óbitos maternos registrados segundo dados da Unicef em 1992 e compreendendo períodos de 1980 e 1984 variam em torno de 150 por 100.000 nascidos vivos. (Gráfico 1).

Como uma das estratégias para reduzir a Mortalidade Materna, atualmente o Brasil possui em funcionamento sistemas de vigilância através dos Comitês de Mortalidade Materna, implantados em todos os estados com a coordenação de uma Comissão Nacional para o monitoramento do cumprimento das metas para a redução da mortalidade.

Como meta geral, a Mortalidade Materna como um todo deve se aproximar em torno de 20 mortes por 100.000 nascidos vivos¹⁷ até o ano 2.000.

No Brasil os Comitês de Morte Materna estão sendo estruturados conforme o modelo elaborado pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná e descrito resumidamente da seguinte forma:

COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA¹⁸

CONCEITO: São comitês inter-institucionais, multiprofissionais e confidenciais, que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a redução desta mortalidade na região de sua abrangência. É um instrumento importante de avaliação permanente da atenção materna.

FINALIDADES E FUNÇÕES:

Investigação: Da natureza do óbito: triagem dos óbitos declaradamente maternos, dos não maternos e dos presumíveis, preenchimento da ficha de - investigação; busca ativa, investigando todos os óbitos de mulheres em idade fértil.

Pesquisa da condição em que ocorreu o óbito: institucional, dos profissionais de saúde que prestaram o atendimento e da estrutura - social em que a família e a comunidade estão inseridos.

Avaliação: Aspectos da prevenção da morte: definir se o óbito era ou não evitável.

¹⁷ Informe enviado por 12 países à OPS em 1993, região latino-americana (52)

¹⁸ Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. 1994(22)

Analisar se a responsabilidade dos óbitos evitáveis foi: da paciente, da assistência médica, da assistência hospitalar, social, inconclusiva ou ignorada.

Propor medidas de prevenção (ex. insumos, hemocentros, etc.)

Informativa: Corrigir estatísticas oficiais e divulgar através de informações médicas e de outros meios como ofícios, relatórios para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas.

Educativa: Discussão de casos clínicos nos Comitês Hospitalares.

Casuística (acumulação de evidências epidemiológicas)

Promoção de discussão sobre a problemática da mortalidade materna nos diferentes níveis de serviços (Ex. Dia Estadual de Prevenção, Reciclagem, Educação Continuada, Produção de material educativo, etc.)

Normativa: Após o estudo dos casos, propor normas de funcionamento dos serviços visando a melhoria da qualidade da assistência (Ex. normatização técnica).

Contribuir para a divulgação das políticas de educação e assistência quanto à saúde da mulher.

Mobilizadora: Promover a integração entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade com a finalidade de melhorar a saúde da mulher.

OBJETIVOS: Conscientizar os formuladores de políticas, os responsáveis pela execução, o pessoal de saúde e a comunidade sobre a mortalidade materna.

Incentivar o conhecimento sobre as causas de mortes maternas e os fatores de risco associa

dos(SVMM)¹⁹

Realizar investigação epidemiológica onde e quando seja indicado

Avaliar o efeito das intervenções sobre a Morbidade e Mortalidade Materna e a qualidade da atenção

Determinar a relação entre as condições de vida e os riscos de mortes maternas.

Recomendar e promover as ações adequadas quanto à legislação, distribuição de recursos implantação de serviços e participação comunitária.

Garantir a comparabilidade de estatísticas nos níveis nacional, regional e local, fortalecendo e ou adequando os sistemas estatísticos disponíveis com a finalidade de examinar as tendências e identificar os subgrupos de população de maior risco de efeitos maternos adversos.

Incorporar no Sistema Nacional de Informações o modelo de coleta e análise de dados

CARÁTER: Técnico-científico, sigiloso, não coercitivo ou punitivo.

COMPOSIÇÃO: Variável, porém recomenda-se como participantes:

- Médico ou enfermeira epidemiologista
- Representante do CRM e/ou COREN
- Auxiliar de estatística
- Representante das usuárias
- Representante do Conselho Municipal/Estadual de Saúde.

OPERACIONALIZAÇÃO:

Implementação

Etapas e fluxo

Fontes de informação: Cartórios, cemitérios, hospitais, IML, e SVO.

Definição de critérios e evitabilidade

Produção e utilização das informações geradas

Análise e interpretação dos dados

Apresentação da informação

Avaliação do sistema:

¹⁹ Sistema de Vigilância da Mortalidade Materna

**Exatidão
Totalidade
Simplicidade
Oportunidade
Flexibilidade
Aceitabilidade.
Sensibilidade
Valor preditivo positivo
Representatividade**

ANEXOS

Anexo 1 - representado pelo Capítulo XI da Classificação Internacional de Doenças - 9a. Revisão, no que se refere às complicações da gravidez, parto e puerpério.

**Gravidez terminada em aborto (630-639)
Complicações relacionadas com a gravidez (640-648)
Parto normal e outras indicações de assistência na gravidez, no trabalho de parto e parto (650-659)
Complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto (660-669)
Complicações do puerpério (670-676)**

Anexo 2 - Declaração de óbito. Já explicitada anteriormente (p.23/24)

Anexo 3 - Modelo de Credencial. Representado por carta-convite à participação de elementos da Comunidade nos Comitês.

Anexo 4 - Modelo de Regimento do Comitê Estadual/Regional/Municipal de Mortes Maternas. Regimento padrão que define a caracterização, os objetivos, as finalidades, a composição, o funcionamento, a estrutura e a competência dos Comitês.

Anexo 5 - Mapa de Óbito de Mulheres em Idade Fértil. Modelo de mapa a ser utilizado por todos os Comitês, levando em consideração todos os parâmetros necessários à pesquisa.

Anexo 6 - Carta para Diretor Clínico. Modelo de correspondência para Direção Hospitalar solicitando acesso e colaboração com relação a investigação.

Anexo 7 - Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil. Trata-se de roteiro pré-estabelecido para investigação de óbito de mulheres em idade fértil (MIF).

**Anexo 8 - Ficha de Investigação Confidencial. Trata-se de modelo padronizado de ficha que permite avaliação confidencial da -
gestação desde seu início até o óbito, suas causas e intercor-**

rências.

Anexo 9 - Manual de Preenchimento da Ficha de Investigação. Como a ficha é padronizada seu preenchimento deve obedecer critérios iguais, daí a existência do manual.

Ministério da Saúde(22), 1994.

Dada a gravidade da situação da Mortalidade Materna no Brasil, em novembro de 1994, o Ministério da Saúde através de Portaria Ministerial 773, 07/04/94, representado pela Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Programas Especiais, Coordenação Materno Infantil e Comissão Nacional de Mortalidade Materna, elabora e divulga o Plano Nacional de Ação para Redução da Mortalidade Materna(60), nos moldes preconizados pela OMS/OPS em seu Plano de Redução da Mortalidade Materna nas Américas.

Em sua apresentação NEUMAM²⁰ expõe que a morte materna pode ser evitada no Brasil em índices ao redor de 90% e que isto significa zelar pelas famílias para que não se desestruem deixando “filhos órfãos do amor materno”.

2.7 - A Mortalidade Materna no Paraná.

O alerta para a situação da Mortalidade Materna no Paraná teve início em 1989 quando um grupo de profissionais encabeçados pelo Dr Luiz Fernando C. O. Braga, preocupado com a problemática já evidenciada através dos dados oficiais e seguindo uma recomendação da OPAS e Ministério da Saúde, decidiram pela implantação dos Comitês de Mortalidade Materna em todo o Estado.

A partir de então houve um grande avanço nas discussões em busca de soluções que pudessem determinar redução da Mortalidade Materna em nosso estado.

Inicialmente passa-se, portanto, a apresentar o processo de implantação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná

²⁰ Neumann, Zilda Arns -Coordenadora Materno-Infantil do Ministério da Saúde

2.7.1 - Aspectos Históricos da Implantação dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna no Paraná.

Em janeiro de 1989 foi promovido um Simpósio sobre Mortalidade Materna, sob o patrocínio da Divisão de Saúde Materno Infantil do Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde (DINSAMI/OPAS), sendo que todas as macro-regiões do Estado do Paraná foram convidadas a participar do evento.

Estiveram representados médicos, epidemiologistas e auxiliares de estatística da Região de Curitiba, Ponta Grossa, Cascavel, Londrina e Maringá, além de representantes de Órgãos de Classe: Conselhor Regional de Medicina (CRM), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA) e Universidades, etc., sendo nesta ocasião divulgado a importância e a proposta para a criação dos referidos Comitês em nosso Estado.

Este Simpósio tinha finalidades:

- *difundir informações sobre os Comitês de Mortalidade Materna*
- *discutir a viabilidade de implantação dos mesmos, inicialmente, nas sedes das macro-regionais de saúde do Estado.*
- *estimular os participantes a iniciarem ações adequadas e práticas efetivas visando a melhoria das informações sobre as mortes maternas ocorridas na área de abrangência das regionais de saúde*
- *sensibilizar as instituições de saúde sobre a necessidade de participarem no processo de melhoria da qualidade das ações de saúde prestadas à mulher em nosso Estado.*

Aos participantes foram apresentados **Conceitos e Estatísticas de Mortalidade Materna** a nível Nacional, Estadual e Regional, bem como o Histórico dos Comitês de Mortalidade Materna a nível mundial.

Caracterizou-se, no evento, a "situação/problema da mortalidade no Paraná" e foram definidas recomendações no sentido de se intervir nesta casuística. Na ocasião oficializada a criação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, estabelecida sua função de coordenação dos Comitês Regionais que viessem a ser constituídos, bem como as normas regimentais para funcionamento dos demais Comitês que viessem a ser criados em nosso Estado.

A concretização e a implantação dos Comitês Regionais foi patrocinada pela DINSAMI/OPAS²¹ através da realização de cinco Simpósios, organizados pelos representantes das macro-regionais do Estado, nos meses de junho/julho/89. Ao término dos mesmos, cada grupo assumiu o compromisso da formação de seu Comitê Regional. Graças a estas iniciativas e à formação de multiplicadores, em 1990 o Paraná já possuía cerca de 24 Comitês Regionais de Mortalidade Materna implantados.

2.7.2 - Da Organização dos Comitês

O Comitê Estadual está subordinado ao Departamento de Programas Especiais da Secretaria do Estado de Saúde, enquanto que os Comitês Regionais estão subordinados ao Comitê Estadual de Morte Materna. Em sua constituição estes Comitês deverão ser inter-institucionais e seguir as normas já abordadas anteriormente.

2.7.3 - A Mortalidade Materna no Paraná

A Morte Materna se constitui na quinta causa de óbito de mulheres em idade fértil no Paraná (Tabela 1). Ao compararmos nossa realidade com a existente nos países desenvolvidos constatamos que nestes a Morte Materna não é encontrada entre as dez primeiras causas de óbitos em mulheres de idade fértil.

TABELA 1 - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS EM MULHERES DE IDADE FÉRTIL NO ESTADO DO PARANÁ - 1992

CAUSA DETERMINANTES DE ÓBITOS EM MULHERES DE IDADE FÉRTIL	INCIDÊNCIA PERCENTUAL (%)
Doenças do Aparelho Circulatório	23.21
Neoplasias	19.94
Acidentes e Violências	18.77
Doenças Mal Definidas	8.21
<u>COMP. DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO</u>	5.62
Doenças do Aparelho Respiratório	5.26
Doenças do Aparelho Digestivo	4.60
Doenças Infeciosas e Parasitárias	3.84
Demais Causas	11.11

FONTE: CEMM/SESAPr.

²¹ DINSAMI - Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil do Ministério da Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde

Ao compararmos os coeficientes de Mortalidade Materna existente na região sul com as demais regiões brasileiras, percebemos que embora altos, 110 por 100.000 nascidos vivos, ainda representam um dos menores coeficientes de do Brasil.

Infelizmente a falta de credibilidade estatística dos dados numéricos, apresentados pelo setor saúde é fato concreto. Calcula-se a existência de sub-notificação em torno de 50% em nosso país, por isso utilizam-se fatores de correção para que estes dados estatísticos aproximem-se da situação real.

Os Comitês de Mortalidade Materna no Paraná chegaram a um fator de correção de 2.04, identificado em 1992, o qual indica que para cada óbito materno declarado no atestado de óbito existe um óbito não declarado e identificado através de investigação de documentos.

Em nosso meio a subnotificação ocorre principalmente por dois fatos: a má qualidade de preenchimento do atestado de óbito e das mortes sem assistência médica, classificadas como mal definidas e que representam 11.26% do total de mortes em nosso Estado em 1992. Além disto, devemos considerar ainda o subregistro, isto é, a existência de cemitérios sem controle oficial, cujo número é estimado em até quatro vezes superior aos oficiais, o que favorece os sepultamentos sem registro das declarações de óbito, dando resultados estatísticos distorcidos pois os coeficientes de mortalidade são realizados a partir dos registros dos atestados de óbito.

Ao compararmos nossa realidade com alguns países das Américas nos conscientizamos da real magnitude do problema das mulheres que morrem no exercício de sua função procriativa, conforme dados obtidos do **Informe de Proceso del Plan Regional para Reducion de la Mortalidad Materna en las Américas(59) (taxas estimadas - anos próximos a 1990).**

Canadá.....	4.0 mortes/100.000 nascidos vivos
EUA.....	6.0 mortes/100.000 nascidos vivos
Costa Rica.....	35.0 mortes/100.000 nascidos vivos
Cuba.....	36.0 mortes/100.000 nascidos vivos
Chile.....	45.0 mortes/100.000 nascidos vivos
México.....	82.0 mortes/100.000 nascidos vivos
PARANÁ.....	95.8 mortes/100.000nascidos vivos
BRASIL.....	150.0 mortes/100.000 nascidos vivos
Bolivia.....	390.0 mortes/100.000 nascidos vivos
Haiti.....	410.0 mortes/100.000 nascidos vivos

Historicamente sabemos e as estatísticas confirmam, que os países desenvolvidos investiram em uma política de assistência à saúde reprodutiva, cuja qualidade passa a refletir sobremaneira na queda de suas taxas de Mortalidade Materna. Tendo participado de Conferência sobre Mortalidade Materna realizada em Nairobi, Quênia, em 1987, comprometeu-se na ocasião com a reversão do quadro de mortalidade existente. Em 1988 mais uma vez o Brasil esteve representado no México, Reunião de COCOYOC, e juntamente com os países latino americanos, possuidores de taxas de Mortalidade Materna superiores a 50 por 100.000 nascidos vivos, comprometeram-se a reduzi-la pela metade em 5 anos. As estatísticas oficiais são de 4 anos atrás, desde o compromisso assumido pelas lideranças brasileiras do setor de saúde, ainda possuímos um coeficiente de Mortalidade Materna de 150.2.

Outro compromisso assumido pelo nosso país foi no Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, realizado em Nova York, em 1990, onde 159 países se comprometeram na redução das taxas de Mortalidade Materna, pela metade, até o ano 2000. Isto significa que o Brasil dispõe apenas cerca de 5 anos para diminuir em 50% seus coeficientes de Mortalidade Materna.

Dentre estratégias bem sucedidas para diminuição de índices de Mortalidade Materna podemos salientar a importância da instalação dos Comitês de Mortalidade Materna e a capacitação de recursos humanos.

Necessitamos enfatizar que com ações de qualidade 90% destas mortes maternas são evitáveis, o que faz com que cada uma delas represente uma afronta à sociedade, à mulher e à maternidade.

As taxas de Mortalidade Materna se constituem termômetros indicadores do tamanho do descaso do sistema de saúde face a saúde da mulher.

A análise retrospectiva da Mortalidade Materna em nosso Estado para que possamos verificar quais resultados obtidos de nossas políticas de saúde fica bem caracterizado no quadro 7. Observamos que desde 1979, no Paraná, os coeficientes oficiais de Mortalidade Materna permanecem em torno de 100 mortes por 100.000 nascidos vivos, com uma tendência de redução até 1988 e a partir de 1989, com a instalação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, as sub-notificações passaram a ser investigadas, refletindo importante indicador do sistema de saúde vigente com análise real de todos os óbitos maternos ocorridos no Paraná. Verificamos com pesar, que as ações pertinentes à saúde da mulher em nosso estado, não fizeram envolver significativamente os coeficientes oficiais dos óbitos maternos.

QUADRO 7 - Coeficiente de Mortalidade Materna no Paraná, alguns Estados e países e no Brasil.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA	ANO	COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS	SUBNOTIFICAÇÃO *
Paraná	1979	100.00	204.00
	1980	100.60	205.22
	1981	95.00	193.80
	1982	80.00	163.20
	1983	95.00	193.80
	1984	100.50	205.02
	1985	90.00	183.60
	1986	80.00	163.20
Brasil	1986	70.00	142.80
São Paulo	1986	50.00	102.00
Rio Grande do Sul	1986	50.00	102.00
Estados Unidos	1984	10.00	*****
Suécia	1985	4.00	*****

FONTE: AII/GPC/FCMR/SESA - Modificado por EPC

* Utilização do fator de correção

* Fator de Correção 2.04 (Braga)

A avaliação dos 1451 óbitos ocorridos por causas maternas no período 1979 e 1986 (Quadro 8) mostra nestes 8 anos, que as complicações da gravidez constituem-se no maior grupo, mostrando a necessidade de que se faça urgentemente uma revisão da qualidade do pré-natal ofertado.

QUADRO 8 - Número e percentual acumulado de óbitos por causa materna, segundo grupos etários no Paraná. 1979 a 1986

CAUSA	MENOR DE 15 ANOS		ENTRE 15 E 19 ANOS		ENTRE 20 E 29 ANOS		ENTRE 30 E 39 ANOS		ENTRE 40 E 49 ANOS		50 ANOS OU MAIS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Aborto	1	4.16	16	8.74	80	13.46	51	10.32	9	5.84	-	-	157	10.82
Gravidez	9	37.50	83	45.35	253	42.50	222	44.93	76	49.35	2	1.00	645	44.45
Parto	4	16.66	27	14.75	139	23.40	138	27.03	40	25.97	-	-	348	23.98
Puerpério	9	36.50	48	26.22	96	16.16	61	12.34	22	14.28	-	-	236	16.26
Indiretas	1	4.16	9	4.91	26	4.37	22	4.45	7	4.54	-	-	65	4.47
TOTAL	24	100%	183	100%	594	100%	494	100%	154	100%	2	100%	1451	100%

FONTE: Declarações de óbitos de residentes no Paraná - 1979/1986

Os óbitos em mulheres jovens (até 19 anos) concentram-se no grupos de complicações da gravidez e do puerpério, ratificando a importância do acesso e da qualidade do pré-natal ofertado e assistência ao período puerperal. Entre os 20 e 29 anos observa-se que a mortalidade materna incide mais com relação às complicações de gravidez e parto. Note-se que é neste grupo etário a maior mortalidade pelo aborto, o que nos leva a pensar na valorização das ações de saúde em planejamento familiar.

A análise retrospectiva dos anos 1979/1986 nos mostra que a qualidade da assistência profissional e institucional necessita ser revista em nosso Estado no que se refere às questões de saúde reprodutiva da mulher. Possuíamos no Paraná um perfil de Mortalidade Materna que oscilava seus coeficientes entre 80 e 100.60 por 100.000 nascidos vivos, com um índice de sub-notificação importantíssimo, elevando a Mortalidade Materna até 205.22 por 100.000 nascidos vivos, revelando claramente a falha do sistema de saúde,

no planejamento e execução de ações dirigidas à mulher durante a gestação, parto e puerpério(Quadro 7).

No mesmo período de 1979/1986 constata-se que as causas obstétricas diretas (Quadro 9) contribuíram com 95% dos óbitos enquanto que as causas indiretas apenas 5% e, que se houvesse uma assistência efetiva e eficaz ao ciclo grávido-puerperal, de boa qualidade, a maioria destes óbitos poderiam ser evitados. As causas mais frequentes de óbitos maternos em nosso Estado estão representadas pelas Síndromes Hipertensivas (29.9%), seguidas das Síndromes Hemorrágicas ante e pós partais (19.4%) e do aborto (10.6%). Em último lugar encontramos as infecções puerperais (8.4%). Dados estes que são semelhantes aos outros estados brasileiros.

QUADRO 9 - Número de óbitos maternos segundo os principais grupos de causas, no Estado do Paraná - 1979/1986

CAUSAS (CID)	ANOS	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	TOTAL ACU-	
										MULADO	No %
Gravidez terminada em aborto (630/639)		23	22	22	25	21	20	13	12	158	10.60
Hipertensão na gravidez, parto e puerpério (642 e 643)		56	73	46	41	59	59	60	50	444	29.90
Hemorragia ante parto: Desc. Prem Plac. e Plac. Previa (640 2 641)		18	13	15	26	21	24	19	7	143	9.60
Hemorragia pós parto (666)		33	29	17	11	21	12	12	11	146	9.80
Infecção puerperal (670)		22	20	23	15	11	12	11	12	126	8.40
Doença infecciosa, parasitária e outras afecções da mãe complicando gravidez, parto e puerpério(647/648)		5	9	10	2	5	11	11	14	67	4.50
Demais complicações		69	43	59	61	44	46	38	42	402	27.00
TOTAL		203	209	192	170	182	184	164	148	1486	100
COEFICIENTE POR 100.000NV		204.0	205.2	193.8	163.2	193.8	214.2	183.6	161.1	193.8	-

FONTE: DM/CEP/FCMR/SESA.Pr.

A retrospectiva destes oito anos no determinismo das mortes maternas em mulheres paranaenses que engravidaram, decorreram de causas obstétricas diretas e estudos comprovam que cerca de 90% destas mortes poderiam ser evitadas através de ações políticas, institucionais e profissionais de qualidade.

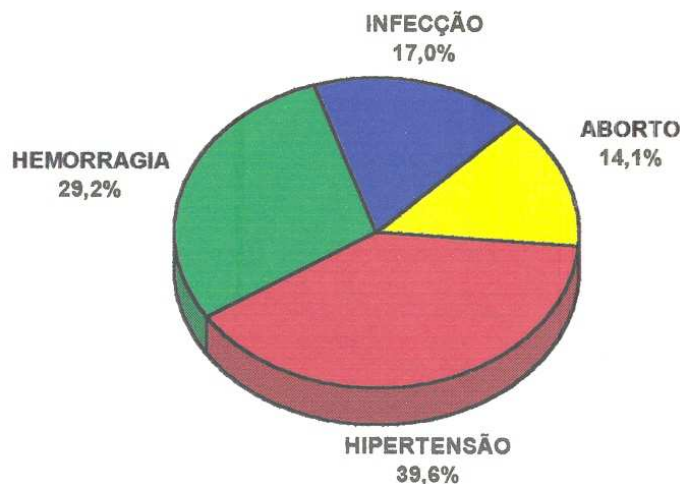
Face a esta análise situacional, a estratégia de resgate da qualidade de assistência a mulher em seu período reprodutivo foi o incentivo a implantação dos Comitês Regionais e Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna(32) em nosso Estado, os quais, desde 1989, iniciaram importantes ações de divulgação sobre a real situação da Mortalidade Materna, diminuição das sub-notificações, alerta aos profissionais da saúde sobre a importância do preenchimento correto dos atestados de óbito bem como implementação de protocolos de tratamento de patologias e incentivo ao pré-natal de qualidade.

A partir de 1990 o Paraná já inicia estudos epidemiológicos das causas de Mortalidade Materna através dos Comitês utilizando-se de indicadores mais confiáveis e análises de fatos representativos da realidade existente em nosso Estado. **BRAGA E COLS.(33)** realizam relatório sobre a situação da Mortalidade Materna no Paraná, baseado nas investigações dos 24 Comitês Regionais de Mortalidade Materna, que levantaram 198 óbitos do ciclo grávido-puerperal ocorridos, chegando à conclusão que 21 foram de causas não obstétricas e 177 por causas obstétricas. O grupo etário onde a mortalidade incidiu com maior frequência situou-se na faixa de 15 a 24 anos, com 40,4% do obituário; o grupo etário de 25 a 34 anos representou 39,8% e de 35 a 44 anos tiveram 24,1%. Os autores chamam a atenção para a necessidade de uma maior atenção à saúde das adolescentes que embora se constituam um grupo de risco de estimativa baixa, quase sempre são excluídas das preocupações de profissionais da área e programas de saúde, o que leva a um aumento da incidência de óbitos maternos nesta faixa etária.

A distribuição dos óbitos maternos segundo a situação sócio-econômica demonstrou que essa condição incide como fator de risco importante no determinismo da ocorrência. A maior incidência observada está na faixa de 3 salários ou menos e ainda relacionado à baixa escolaridade.

Em relação à evolução do ciclo gestatório observou-se que a maior incidência de óbitos em 1990 ocorreram no puerpério (71,1%) embora decorrentes de complicações da gestação, na grande maioria, e em pacientes que apresentavam gestação a termo, isto é, entre 37 e 41 semanas.

FIGURA 1
ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS DIRETOS
SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO PELOS GRANDES GRUPOS
DE CAUSAS, PARANÁ - 1990



Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná - CISM/SUS

Importante fato foi demonstrado nestes estudo e veio a ratificar observações anteriores, isto é, dos 177 óbitos maternos de causa obstétrica direta, 117 (66.1%) eram declarados enquanto que 60 (33.9%) não o eram. Portanto, para cada 2 óbitos declarados existia um não declarado, levantado pelos Comitês e caracterizando o subregistro, bem como a importância da busca ativa realizada pelos mesmos.

As quatro principais causas de morte materna em 1990 foram em ordem decrescente: os estados hipertensivos (39.6%); as hemorragias (29.2%); a infecção puerperal (17%) e o aborto (14.1%). (Figura 1). Os Comitês chamam a atenção sobre o fato de ser imprescindível uma reavaliação da assistência pré-natal adequada para o controle eficaz das síndromes hipertensivas e também para as intervenções obstétricas realizadas no âmbito da assistência hospitalar. Há necessidade, que a nível hospitalar sejam fornecidos recursos mínimos e indispensáveis, como por exemplo, disponibilidade de sangue, anestesista de plantão e instrumental adequado a uma correta assistência. Observaram ainda que 20.3% destas pacientes não tiveram qualquer tipo de assistência pré-natal.

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS SEGUNDO CAUSA BÁSICA NO ATESTADO ORIGINAL E REFEITO, PARANÁ - 1990

CAUSAS	ATESTADO ORIGINAL	%	ATESTADO REFEITO	%
A. OBSTÉTRICAS DIRETAS				
1. Gravidez terminada em aborto	12	9,8	15	7,6
2. Complicações relacionadas com a gravidez				
2.1 Hemorragia anteparto, DPP e PP	13	10,6	14	7,1
2.2 Hipertensão complicando a gravidez, parto e puerpério.	32	26,0	42	21,2
2.3 Outras complicações relacionadas a gravidez	2	1,6	9	4,5
3. Parto normal e outras indicações de assistência na gravidez, trabalho de parto e parto			1	0,5
4. Complicações do trabalho de parto e parto				
4.1 Hemorragia pós parto	9	7,3	17	8,6
4.2 Outras	8	6,5	12	6,1
5. Complicações do puerpério				
5.1 Infecção puerperal	12	9,8	18	9,1
5.2 Outras	11	8,9	19	9,6
B. OBSTÉTRICAS INDIRETAS				
1. Doenças infecciosas, parasitárias e outras afecções da mãe complicando a gravidez, parto e puerpério	18	14,6	30	15,2
SUBTOTAL	117	95,1	177	89,4
CAUSAS NÃO OBSTÉTRICAS	6	4,9	21	10,6
TOTAL GERAL →	123	100,0	198	100,0

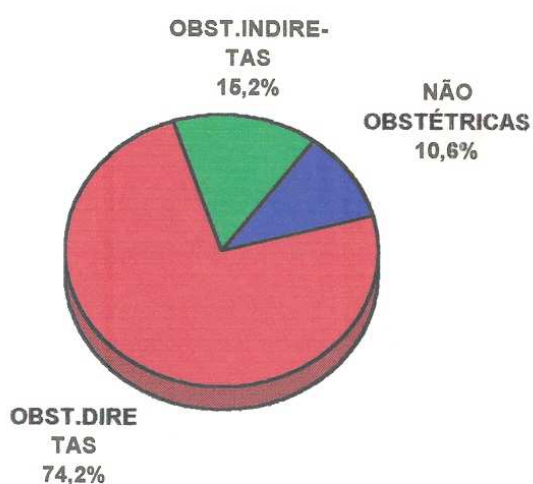
Fonte: Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná, CISM/SUS

A análise da incidência dos óbitos em 1990, o índice de subnotificação ou subregistro constatado e a projeção esperada matematicamente para os óbitos levam à conclusão de forma inequívoca da necessidade da atuação dos Comitês investigando todos os óbitos ocorridos com mulheres em idade fértil, procurando desta forma diminuir a subnotificação que ocorre quando são avaliadas somente as mortes presumíveis e servindo como agente educador em áreas de saúde e administrativas, demonstrada claramente no trabalho realizado pelo Comitê Estadual na busca ativa dos atestados de óbitos ocorridos em 1990. (Tabela 2) - **Relatório 1990 (33)**.

Uma porcentagem significativa de mulheres não realizou nenhuma consulta pré-natal, 20,3%, ratificando o conceito popular que a gravidez é um processo normal e que não necessita ser controlada. Iniciaram precocemente o pré-natal 42,9% (antes de 13 semanas) das pacientes e 19,0% iniciaram tardiamente, isto é, após 27 semanas.

Salientando a importância do pré-natal, de sua qualidade e de sua capacidade para detecção de risco, recordamos que a primeira causa de óbito no ciclo grávido-puerperal é devida à Doença Hipertensiva Específica da Gestação, sendo a segunda causa hemorragias, a terceira, as infecções e a quarta está representada pelo aborto.

FIGURA 2
ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS:
DISTRIBUIÇÕES POR CAUSAS OBSTÉTRICAS
E NÃO OBSTÉTRICAS, PARANÁ - 1990



Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná. CISM/SUS

Em agosto de 1991 ocorreu a segunda reunião geral dos Comitês de Mortalidade Materna no Paraná, organizada com a finalidade de apresentar à comunidade e profissionais envolvidos, os dados coletados pelos Comitês desde a sua instalação; avaliar os dados consolidados pelo Comitê Estadual; identificar os principais fatores de risco detectados nos casos de mortes maternas; propor ações de saúde visando sua redução; promover o intercâmbio de experiências entre os diversos Comitês Regionais e sensibilizar os membros destes Comitês para sua gerência ativa na melhoria das condições de saúde materno infantil.

Como recomendações desta reunião podemos destacar: aumento da cobertura da investigação do obituário materno; a investigação de morte materna deve abranger todas as mortes de mulheres em idade fértil abandonando-se as metodologias anteriormente utilizadas de investigar apenas as declaradas e presumíveis; incentivar os hospitais de porte médio para cima a formarem Comitês Hospitalares de Prevenção de Morte Materna; que as conclusões destas reuniões sejam aproveitadas em benefício real na redução da mortalidade; que progressivamente os Comitês Regionais melhorem sua eficiência e eficácia. Como temas específicos e abrangentes foram estabelecidas recomendações e medidas no sentido de prevenção de mortes maternas consequentes à hipertensão, hemorragias e infecção, além de outras medidas de aspecto administrativo e genéricas.

Partindo da investigação de todas as mortes de mulheres em idade fértil, em 1991 o Comitê Estadual de Morte Materna elaborou o seu terceiro relatório(34), o qual representa um condensado dos relatórios apresentados pelos Comitês Regionais. Foram investigados neste ano cerca de 3000 óbitos ocorridos em mulheres com idade fértil, sendo que foram detectadas 171 mortes maternas, das quais apenas 84 estavam declaradas como tal. As 87 mortes restantes foram levantadas através a investigação ativa dos Comitês minimizando a subnotificação por sua ação.

Destas mortes obstétricas, 143 foram classificadas como obstétricas diretas e as 28 restantes como obstétricas indiretas. Analisados estatisticamente estes óbitos observou-se que mais de 50% deles se encontravam na faixa etária abaixo dos 29 anos de idade, portanto em faixa de risco. Torna-se agravante o fato de que 21 (12.43%) mortes se referiam a adolescentes. A adolescência está ainda desorientada e desprotegida da ação qualitativa dos profissionais de área de saúde e dos avanços observados na saúde no Paraná. Raros grupos começam a se dedicar a esta faixa etária.(Quadro 10).

QUADRO 10 - Número de óbitos maternos investigados e coeficientes de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, por faixa etária das mães, no Estado do Paraná. 1991

IDADE EM ANOS	NÚMERO DE ÓBITOS	%	MÃES POR FAIXA ETÁRIA	COEFICIENTE 100.000 NASCIDOS VIVOS
< 19	21	12.43	30.807	68.17
20 a 24	34	20.12	58.234	58.39
25 a 29	44	26.04	43.615	103.18
30 a 34	31	18.34	23.444	132.23
35 a 39	25	14.79	9.890	252.79
40 a 44	12	7.10	3.085	421.39
> 45	2	1.18	514	389.11
TOTAL	169	100.	169.589	100.83

FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna/SUS

Obs: em dois casos a idade era ignorada, correspondendo a 1.17% do total de óbitos obstétricos (171)

A análise sob o ponto de vista da condição sócio-econômica ratifica novamente dados de relatórios anteriores demonstrando que o baixo nível intelectual associado a condições sócio-econômicas adversas se constituem fatores de risco importantes no determinismo da mortalidade materna (Quadros 11 e 12)

QUADRO 11 - Número de óbitos maternos investigados e coeficientes de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, por escolaridade da mãe, no Estado do Paraná. 1991

ESCOLARIDADE EM ANOS	NÚMERO DE ÓBITOS	%	MÃES POR ESCOLARIDADE	COEFICIENTES POR 100.000 NV
0	19	22.35	26.609	71.40
1 a 4	43	50.59	77.044	55.81
5 a 8	16	18.82	36.897	43.26
9 a 11	5	5.88	19.469	25.68
> 11	2	2.35	9.480	21.10
TOTAL	85	100	169.589	50.12

FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna

Obs: 86 casos de escolaridade ignorada, que corresponde a 50.29% do total de óbitos obstétricos. (171)

QUADRO 12 - Número de óbitos materno investigados e coeficientes de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos e faixa de renda familiar, em salários mínimos, no Estado do Paraná. - 1991.

RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS	NÚMERO DE ÓBITOS	%	MÃES POR FAIXA DE RENDA	COEFICIENTES POR 100.000 NV
< 1	5	5.68	18.587	26.90
1 a 3	70	79.55	63.308	110.57
4 a 5	8	9.09	25.981	30.79
>= 6	5	5.68	61.713	8.10
TOTAL	88 (*)	100	169.589	51.89

FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná/SUS

Obs: 83 casos ignorados que correspondem a 48.57% do total de óbitos investigados.

(*)No. de óbitos em que foi obtido a renda.

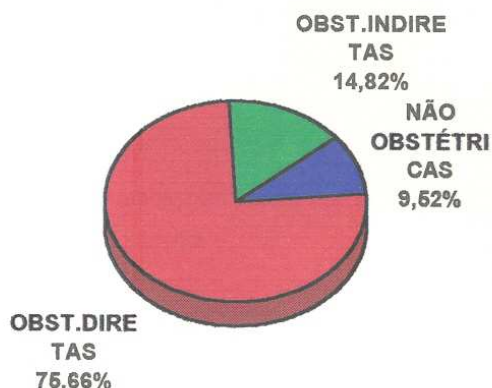
O atendimento ao parto ocorreu em ambiente hospitalar em 90.62% dos casos, sendo que em apenas 4.59 das situações o parto ocorreu em domicílio. Em 6 casos não foi possível caracterizar o local do parto. Constatou-se que no material estudado a incidência de cesareana foi de 63.28%, sendo que segundo a OMS a mortalidade materna cresce em até 12% nas cesareanas e a morbidade cresce de 7 até 20 vezes. O parto foi normal em 32.03 % das pacientes; foram excluídos 43 casos de partos não realizados e abortos e os 6 casos onde não foi possível identificar o tipo de desenlace. Observa-se que aparentemente o parto domiciliar contribuiu com baixa incidência neste obituário, porém deve ser esclarecido que muitas pacientes foram encaminhadas ou admitidas em hospitais quando constatadas complicações. A medida que se aperfeiçoarem as avaliações será possível determinar com maior fidelidade o número de pacientes que acessam tardiamente às instituições.

Os dados levantados demonstram que 75.66% dos óbitos ocorreram por causas obstétricas diretas; as causas obstétrica indiretas incidiram em 14.82% e 9.52 % foram óbitos maternos de causa não obstétrica (6 homicídios, 4 acidentes, 4 suicídios e 4 outros não especificados.). Das causas obstétricas indiretas destacam-se as cardiopatias, principalmente as valvulares causadas pela Moléstia Reumática. As doenças cardiovasculares da mãe complicando a gravidez, parto ou puerpério, representaram 42.85% (12 casos) dos óbitos obstétricos indiretos. As causas obstétricas diretas novamente estão representadas pelos quatro grande grupos de patologias, sendo a hipertensão na gravidez a mais comum com 45.83% dos óbitos. As hemorragias ante e pós parto incidiram em 32.29% dos casos, as infecções puerperais em 12.59% e o aborto em apenas 9.38%

Novamente se destaca a importância de uma assistência pré-natal qualificada e de acesso fácil a todas as mulheres para que através desta assistência possam ser detectadas precocemente fatores de risco, referência para o parto, possibilitando assim prevenção da eclâmpsia e outras patologias de risco.

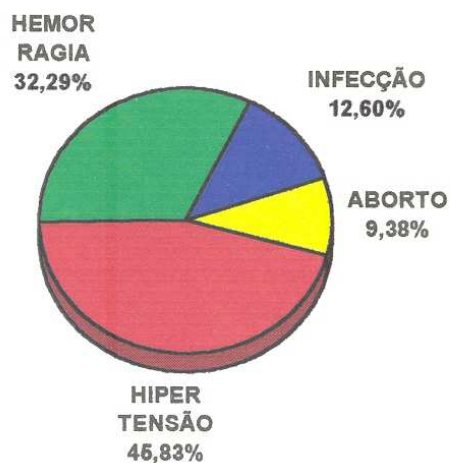
Os óbitos maternos investigados no Estado do Paraná no exercício de 1991 estão representados nas figuras 3 e 4, de acordo com relatório do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna.

FIGURA 3
ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS:
DISTRIBUIÇÕES POR CAUSAS OBSTÉTRICAS
E NÃO OBSTÉTRICAS, PARANÁ - 1991



FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna, Paraná, SUS

FIGURA 4
ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS DIRETOS
SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO PELOS GRANDES
GRUPOS DE CAUSAS, PARANÁ - 1991



FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna, Paraná, SUS

Através das análises realizadas evidencia-se claramente as falhas existentes do sistema de saúde, onde a mulher grávida não tem a atenção adequada por falha e despreparo dos serviços de saúde.

As distorções do modelo vigente se avolumam pela falta de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde.

Várias causas estão presentes na determinação do perfil da morbimortalidade materna: as desigualdades sociais, o financiamento do setor saúde, a má remuneração profissional, a falta de infra-estrutura dos hospitais e serviços e falta de qualificação profissional da equipe de saúde.

O Comitê Estadual e os Comitês Regionais de Mortalidade Materna do Paraná apoiam as metas propostas pela Organização Panamericana de Saúde através do seu Plano Regional de Redução da Mortalidade Materna, a serem atingidos até 1995, visando que:

- *60% das instituições que atendam ao parto estejam notificando mensalmente às autoridades sanitárias, mortes ocorridas no período;*
- *25 países da América Latina estejam notificando semestralmente à OPS as mortes ocorridas no período.*

Para que estas metas sejam atingidas é fundamental a implantação de Comitês de Mortalidade Materna, sendo esta a estratégia. No Paraná, seus Comitês tem cumprido este papel de melhorar o sistema de registro e informações sobre mortalidade materna, procurando dirigir suas ações de forma efetiva no controle da "endemia silenciosa de mortes maternas" causada pela subnotificação, subregistro e mesmo ausência de declarações, revelando fatos novos com relação aos coeficientes de mortalidade que há mais de uma década permanece estacionário em nosso Estado. Estes Comitês tem procurado ainda criar uma consciência coletiva entre políticos, dirigentes de serviços de saúde, profissionais da área e a comunidade, chamando a atenção sobre a mortalidade materna, sua gravidade e seus efeitos sociais além da possibilidade de sua prevenção.

2.7.4 - Mortalidade Materna no Paraná, Ano de 1992

Em relação a 177.435 nascidos vivos em 1992 foram registrados e investigados pelos Comitês 170 óbitos. Isto representa 95.80 óbitos por 100.000 nascidos vivos e corresponde a uma variação negativa de 5% em relação ao ano de 1991, que é insignificante (Quadro 13)

QUADRO 13 - Variação anual do coeficiente de Mortalidade Materna no Paraná em 1992

ANOS	NASCIDOS VIVOS	NÚMERO DE ÓBITOS	COEFICIENTE DE MORTALIDADE	VARIAÇÃO
1982	215.371	170	78.93	
1983	186.298	183	98.22	+ 0.24
1984	174.698	184	105.32	+ 0.07
1985	182.100	164	90.06	- 0.14
1986	188.022	148	78.71	- 0.13
1987	179.724	150	83.46	+ 0.06
1988	190.601	131	68.73	- 0.18
1989	179.620	140	77.94	+ 0.13
1990*	172.112	180	104.58	+ 0.34
1991*	171.830	171	100.72	- 0.03
1992*	177.435	170	95.80	- 0.05
1993*	178.162	162	90.92	- 0.05

FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna/DEPE/DSS/ISEP/SESA

(*) Coeficientes corrigidos pelo Comitê.

A distribuição etária da Mortalidade Materna demonstra que a faixa de maior risco está compreendida, em mulheres, de 20 a 35 anos, chegando ao limite de risco obstétrico(Tabela 3).

TABELA 3
MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ EM 1992,
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS POR IDADE DA PACIENTE

IDADE DA MÃE	Nº DE ÓBITOS	%	NASCIDOS VIVOS POR IDADE/MÃE	COEFICIENTE 100.000 NASCIDOS VIVOS
15 a 19	26	15,29	30.874	84,21
20 a 24	44	25,88	58.731	74,91
25 a 29	30	17,65	45.991	65,23
30 a 34	35	20,59	24.078	145,36
35 a 39	27	15,89	10.291	262,36
40 a 44	7	4,11	3.087	226,75
45 a 49	1	0,60	444	225,22
TOTAL =>	170	100,0	173.496	-

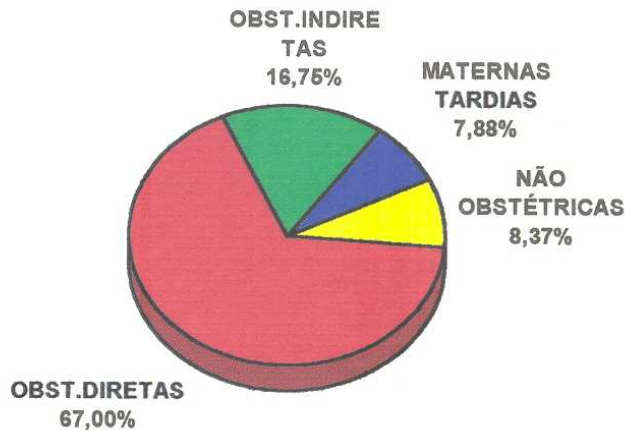
FONTE: (1) Comitê Estadual de Morte Materna/SUS/PR.

(2) Estimativa baseada no registro civil/IBGE - 1990

Esta situação deverá ser modificada e para tanto se faz necessário tomada de medidas educacionais e de orientação para as mulheres que engravidam tardiamente ou em idade precoce, bem como a difusão e oferta de métodos de planejamento familiar.

Os óbitos maternos investigados e distribuídos devido a causas obstétricas e não obstétricas estão representadas na figura 5

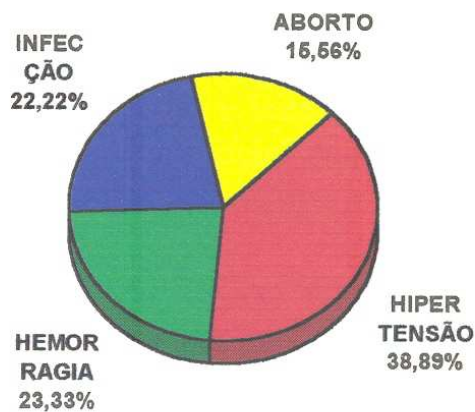
FIGURA 5
ÓBITOS MATERNOS INVESTIGADOS
DISTRIBUIÇÕES POR CAUSAS OBSTÉTRICAS
E NÃO OBSTÉTRICAS, PARANÁ - 1992



FONTE: Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná, SUS

No perfil das quatro grandes causas obstétricas da Mortalidade Materna a hipertensão contínua sendo a primeira colocada, com um percentual significativo, embora tenha diminuído 5,26% do percentual relativo ao ano de 1991.

FIGURA 6
ÓBITOS MATERNOS OBSTÉTRICOS DIRETOS
SEGUNDO DISTRIBUIÇÃO PELOS GRANDES
GRUPOS DE CAUSAS, PARANÁ - 1992



FONTE - Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná, SUS

A mortalidade por infecção puerperal, bem como a devida às hemorragias diminuíram mas a qualidade da assistência hospitalar continua a ser questionável pois na análise dos óbitos, realizada pelo Comitê Estadual, 92,26% dos óbitos eram evitáveis. 106 casos (41,08%) seriam mortes evitadas através

medidas obstétricas mais adequadas. 72 casos (27,91%) ocorreram devido a medidas administrativas, isto é, falhas na assistência hospitalar e 57 casos (22,09%) se devem à medidas sociais, sendo que os 22 casos restantes são inconclusivos quanto à responsabilidade.

As responsabilidades atribuídas à imperícia e imprudência médica ou do profissional de saúde atingiu 44,22% na assistência à paciente que morreu enquanto que à própria paciente, por não atender a recomendações médicas, coube a responsabilidade em 21,07% dos casos. A responsabilidade social foi fator determinante em 15,29% dos casos e a hospitalar em apenas 10,33%. As medidas de prevenção são aquelas que devem influir no profissional da área de saúde, como: sensibilização para a solução dos problemas inerentes à mulher em todo seu período fértil; educação continuada; consciência crítica das responsabilidades técnicas e sociais; bem como medidas preventivas, sociais e administrativas de boa qualidade precisam ser adotadas.

Dentro desta análise, **TANAKA⁴³ (1993)**, ressalta da importância de um Sistema de Vigilância Epidemiológica na Mortalidade Materna, onde a morte das mulheres em idade fértil devidas a causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, atualmente em sua grande maioria são preveníveis e evitáveis.

Esta realidade não é a observada principalmente nos países em desenvolvimento, salienta o autor. A qualidade das informações dos óbitos demonstra a existência de uma porcentagem significativa de subnumeração das mortes maternas e de suas causas mascarando a cruel realidade existente.

A qualidade da assistência prestada bem como a atualização dos recursos humanos pode a curto, médio e longo prazo intervir neste processo. A efetivação de uma política de saúde e social que atenda as necessidades básicas de saúde e doença da mulher poderão modificar o quadro vigente.

Das 170 mortes de origem obstétricas estudadas no relatório de 1992 (35), 136, isto é, 80% ocorreram devido a causas obstétricas diretas e o restante, 34, correspondendo a 20% o foram por causas obstétricas indiretas. Quando se analisou o atestado de óbito foi observado que deste total apenas 98 foram declaradas como mortes maternas sendo que 72 (42,35%) não estavam clarificadas no atestado e foram identificadas pela investigação ativa dos Comitês junto aos prontuários, médicos e familiares. O fator de correção utilizado pelo Comitê Estadual em 1992 foi de 1.73, o que aproximadamente revela que para cada óbito declarado existe praticamente mais de um não declarado. Isto somente vem a reforçar a necessidade de educação continuada

em todos os níveis visando a redução da subnotificação. É necessário que o médico preencha adequadamente o atestado de óbito.

Após o levantamento do referencial estatístico existente no Paraná, delimitamos qual o perfil estadual vigente:

- vivemos em um contexto em que as taxas de Mortalidade Materna permanecem inalteradas desde 1979 até 1992, oscilando na faixa de 100 mortes por 100.000 nascidos vivos
- que a Mortalidade Materna observada no Paraná é 10 vezes maior do que os índices considerados como aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde.
- que no Paraná dos 580 óbitos maternos ocorridos de 1989 a 1992, 524 mortes maternas poderiam talvez serem evitadas por serem determinadas por causas obstétricas diretas evitáveis.
- que o sistema de Vigilância Epidemiológica dos 24 Comitês Regionais e do Comitê Estadual de Morte Materna deu fidedignidade aos dados estatísticos existentes em nosso Estado, a partir de 1990, que as complicações da gravidez, parto e puerpério se constituem na quinta causa de óbitos em mulheres de idade fértil.
- que as principais causas de óbitos maternos são devidas à Hipertensão Específica da gravidez, às hemorragias, às infecções e ao aborto.
- que as subnotificações existem devido à falta de conscientização dos médicos sobre as falhas existentes no preenchimento dos atestados de óbito.

As mulheres que morrem por complicações da gravidez, parto e puerpério possuem idade média de 27 anos; nível médio de escolaridade não superior a 3 anos; renda família média menor que 3 salários. Com relação à assistência pré-natal, 80% destas mulheres realizaram pelo menos uma consulta e 70% realizaram pré-natal com menos de 6 consultas. O óbito ocorre em cerca de 90% dos casos em ambiente hospitalar, com 74% dos recém nascidos vivos sendo que a ultimação do parto ocorreu em 60% dos casos por operação cesareana.

Desde 1989, o Estado do Paraná, com os seus 24 Comitês Regionais e o Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna, dinamicamente vem cumprindo seu papel de melhorar o sistema de registro e informações sobre a mortalidade materna existente, através de um sistema permanente de vigilância epidemiológica (SVMM) investigando anualmente cerca de 85% (3000 óbitos) das mortes de mulheres em idade fértil e 100% dos óbitos maternos.

Através de relatórios anuais divulga o resultado das investigações realizadas podendo traçar o perfil epidemiológico da Mortalidade Materna

existente no estado bem como realizar avaliação do trabalho dos 24 Comitês Regionais e principalmente divulgar seu trabalho e servir de modelo para as demais regiões brasileiras e também ao Ministério da Saúde.

Tem ainda como finalidade a criação de uma consciência política entre os dirigentes, profissionais da área de saúde e a comunidade, ressaltando a gravidade da mortalidade materna e proposição de meios para sua prevenção.

Em 1993 foi instituído o dia **28 de maio** como o “**Dia Estadual de Prevenção das Mortes Maternas**”. Esta data representa mais uma estratégia para chamar a atenção de profissionais e procurar garantir a toda população feminina a “**Maternidade Segura**”.

2.8 - O Sistema de Saúde do Brasil

As políticas de saúde no Brasil sempre demonstraram uma concepção de direito à saúde bastante limitada. A desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde tem sua origem na dificuldade de inserção da população no mercado de trabalho. Este fato foi vinculado ao direito e ao privilégio vinculado a contribuição previdenciária e ou seguros - saúde privada. Ficou estabelecido desta maneira grupos assalariados e não assalariados, sendo esta parte populacional assistida pelo setor público e filantrópico. O direito à saúde era concebido somente como acesso a assistência médica, de assistência duvidosa, qualidade precária e gratuito.

Em 1986 com a realização da 8a. Conferência Nacional de Saúde, forum de debates significativo sobre a Saúde Brasileira, foi redefinido o Conceito de Saúde, onde ela não pode mais ser vista através de conceitos abstratos e padronizados, mas, deve ser definida dentro de um contexto histórico de cada sociedade e em um determinado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas diárias. E deve ser resultado das condições de alimentação, renda familiar, moradia, educação, emprego, lazer, transporte, acesso e posse à terra bem como facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Diante deste novo conceito, tentou-se buscar alternativas concretas para responderem às reais necessidades de saúde da população.

A primeira proposta a nível institucional surge em 1986 com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e em 1987 com o Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS) sendo que finalmente em 1988, garantido pela Constituição Federal, estabelece-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

A universalidade do atendimento, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, rompe com a distinção entre previdenciários e não previdenciários. Estabeleceu-se a seguridade social: ações visando garantir o direito a saúde e assistência social como direito universal sem o caráter contratual vigente anteriormente.

Entretanto, não bastam os avanços conceituais da proposta do SUS sem que se estabeleçam estratégias que resolvam os inúmeros problemas operacionais existentes. O quadro atual da oferta de serviços de saúde no país se apresenta novamente dicotômico: de um lado a precariedade do serviço público representado pelo SUS e de outro lado o segmento privado com suas diferentes modalidades de seguro-saúde, onde a maioria da população se acha excluída devido aos baixos salários recebidos, bem como a existência da fração considerável da população que se encontra alijada do processo produtivo.

POSSAS, ao analisar as Políticas de Saúde Desenvolvidas pelo Estado Brasileiro refere-se à dicotomia existente no passado entre as ações do INAMPS e do Ministério da Saúde e que hoje parecem se repetir entre as ações dos SUS e dos seguros de saúde privados.

Essa distinção entre a população trabalhadora e a população excedente (marginal ao sistema produtivo) nos oferece subsídios importantes para a compreensão da conjuntura atual do sistema de saúde brasileiro, fragilizado, fragmentado e desnormatizado, insuficiente em qualidade e quantidade.

A violência institucional deve ser definida por suas omissões ou por suas negações totais ou parciais das ações médico-sanitárias concretizadas no descaso, na negligência, na omissão e na deficiência de serviços de saúde.

Faz parte do dia a dia da população a peregrinação a Unidades de Saúde e aos hospitais para consultas e internações, situações estas que se revelam extremamente estressantes quando do internamento emergencial e ao trabalho de parto. A diminuição progressiva dos leitos públicos ofertados é uma realidade concreta que ocorre em todos os estados da Federação.

A violência institucional deve também ser analisada no que se refere à teoria e a prática realizada dentro dos serviços de saúde, nos

procedimentos realizados indesejáveis e desnecessários com suas conseqüentes repercussões sobre a saúde e a vida das usuárias do sistema.

Precisamos atualmente de uma maior número de serviços e leitos hospitalares para atender a demanda mas necessitamos questionar a qualidade real desses serviços e seu impacto sobre a saúde populacional.

Os altos índices de Morbidade e Mortalidade demonstram claramente a existência de um processo extenso de desumanização nas práticas de saúde pois o acesso diferenciado aos serviços estabelece-se de acordo com a condição econômica: os que podem financiar a assistência médico-hospitalar através dos planos de saúde privados e os que precisam ficar à mercê dos serviços públicos, com vagas reduzidas, má assistência médico-hospitalar e esperas intermináveis.

O Brasil não foge ao modelo de desenvolvimento econômico dominante nos países em desenvolvimento apresentando como resultado uma população exaurida, vivendo em situação de desigualdade social, com aumento do desemprego, da recessão, das endemias e epidemias.

As políticas de redução do gasto público como resposta às crises econômicas recorrentes, tem afetado os programas sociais e particularmente os da área de saúde. Uma série de fatores tem contribuído para o agravamento da redução de verbas destinadas ao setor saúde e acreditamos que o principal talvez seja decorrente da ampliação dos deveres do Estado, prevista na Constituição de 1988, expandindo o direito à saúde a todos os indivíduos, porém não provendo fontes de custeio, situação esta altamente criticável. Disto advém uma maior demanda de pessoas para atendimento, um leque mais diversificado de ações e serviços, arcando também com a concomitante elevação de custos, advinda do aumento da complexidade do trabalho de saúde em resposta às transformações sociais, tecnológicas, demográficas e epidemiológicas. O outro fator a ser considerado é a má utilização e inadequação de gerenciamento dos recursos, observado em todos os níveis de prestação de serviços: ações desordenadas; privatização e clientelismo político-partidário; deficiente oferta de serviços; profissionais desmotivados e falta de qualificação; desperdício de materiais; uso inadequado de técnicas e equipamentos, aliados à precariedade das atividades de regulação, controle de produção, distribuição e consumo dos produtos destinados à saúde da população.

"Saúde, um direito do cidadão e um dever do Estado" (Art. 201 da Constituição Federal, 1988), princípios que foram estabelecidos para que, o

Estado viesse exercer sua função de planejamento e execução das ações de saúde. A Descentralização do Sistema de Saúde, com comando único em cada esfera governamental ocasionou transformações na organização e funcionamento do sistema de saúde. O SUS (Sistema Único de Saúde), modelo assistencial preconizado de acordo com a Constituição Federal e a Lei 8080 e 8142 garantiu: a Acessabilidade, a Universalidade, a Gratuidade, a Integralidade, a Participação e o Controle Social em instâncias deliberativas sobre a política e os recursos da área de saúde, acesso a informações, controle mais efetivo sobre as redes de serviço, ampliação das ações preventivas, melhoria quantitativa dos atendimentos ambulatoriais, redução de internações, sistemas de referência e contra referência e atividades de vigilância em saúde, etc, como uma responsabilidade de todos, do Estado e do cidadão, exigindo conseqüentemente melhorias da qualidade de formação dos recursos humanos.

Ao nos defrontarmos com um novo sistema de saúde que há 5 anos foi implantado dentro da nova Carta Constitucional brasileira, não podemos deixar de analisar e refletir sobre a multiplicidade de fatores que fazem com que o sistema vigente continue caótico refletindo uma política pública onde a saúde não é a prioridade.

Segundo **NOGUEIRA²², 1994** o Orçamento Nacional não privilegia a Seguridade Social, a prevenção de doenças, nem a recuperação da vida e os salários representam um total desrespeito com os profissionais da saúde.

Os serviços de saúde encontram-se sobrecarregados e incapazes de atender a demanda existente pois a escassez dos repasses de verbas faz que muitos serviços existentes abandonem a parceria com o governo, dificultando referências para os serviços de diagnóstico e de maior complexidade deixando a clientela desassistida.

Temos consciência da falta de infra-estrutura dos serviços, da inexistência de equipamentos básicos, da quantidade e da qualidade dos recursos humanos.

MINAYO²³, 1994 analisa brilhantemente a situação da mulher junto ao nosso sistema de saúde, questionando se o “descaso existente no atendimento à mulher, seria originário somente agora, da falta de verbas orçamentárias ou se existe uma circularidade perversa entre a qualidade de serviços prestados, a pobreza das mulheres, suas dificuldades de organização e

²² NOGUEIRA, Maria Ines, Assistência Pré-natal - Prática de Saúde a Serviço da Vida. Hucitec, 1994.

²³ MINAYO, Em Assistência Pré-natal - Prática de Saúde a Serviço da Vida. Hucitec, 1994

de exigir respeito dos serviços públicos”. Por não se constituírem em um “sujeito coletivo” e sim usuárias individuais do sistema, sofrem as mulheres, em realidade, de uma política de insegurança social.

Existe uma associação entre a práxis institucional marcada pela violência e pelo descaso; uma prática profissional empobrecida por vários motivos, entre eles, a falta de uma visão crítica e experiência multiprofissional; e as atitudes de pouca reivindicação das usuárias por maior quantidade e qualidade dos serviços de saúde.

A implantação do SUS ganhou impulso efetivo do Governo Federal, quando foi acelerada a transferência de poderes e estimulado o controle social. A “**ousadia de cumprir a lei constitucional**” iniciou com a extinção do INAMPS pelo Congresso Nacional em 28/07/1993, pela lei 8689, que repassa as atribuições e competências do INAMPS para o Sistema Único de Saúde(42).

Com a decisão do Congresso se extingue o órgão que simbolizava um modelo de saúde, ineficiente e distanciado das necessidades da população, um modelo de saúde que durante décadas foi sustentado partindo da premissa que apenas um grupo de pessoas, instaladas na Capital Federal, eram capazes de decidirem os destinos da saúde de toda a população brasileira.

2.8.1 - Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 inscreveu a saúde como um **direito social** definindo princípios fundamentais sobre os quais se assentaria o Sistema de Seguridade Social. Especificamente, com relação à saúde, esses princípios se caracterizam por:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento**
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais**
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços**
- IV - equidade na forma de participação e custeio**
- V - diversidade da base de financiamento.**

Estabelecendo ainda como de relevância pública as ações e serviços de saúde o texto constitucional explicita:

“ As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.”

2.8.2 - Novo Modelo Assistencial

A perspectiva do alcance deste novo modelo assistencial passou necessariamente por profundas transformações na organização e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde e conseqüentemente em sua efetiva descentralização com um comando único em cada esfera do governo.

O conceito de **unicidade** do sistema de saúde não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional, sendo necessário levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. A interpretação equivocada de unicidade como mesma forma de organização deve ser rejeitada. A expressão **Único** deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir.

O modelo assistencial, portanto, foi construído através de:

- *utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades;*
- *controle social, através de Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos da área de saúde;*
- *acesso às informações e dados em saúde;*
- *acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;*
- *implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e nacional;*
- *hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde nível municipal, estadual e nacional;*
- *participação complementar dos serviços privados;*
- *controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela rede;*

- *ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde;*
- *ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;*
- *incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.*

2.8.3 - Norma Operacional Básica

A construção do SUS foi e é um processo no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços assumiu dimensões bastante complexas. Tem como fundamentos os seguintes **pressupostos**:

- a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica em redistribuição de poder; redifinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas e controle social.
- b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre aqueles que vão constituir a base de legitimação das decisões.
- c) o estabelecimento desta prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social.
- d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.
- e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas até então vigentes. É necessário instalação progressiva para que sejam absorvidas as novas responsabilidades gerenciais, evitando-se soluções de continuidade na atenção à saúde da população.

- f) o objetivo mais importante a ser alcançado com a descentralização do SUS seria a completa reformulação do modelo assistencial dominante centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada, hierarquizada e para a prática da responsabilidade sanitária.
- g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que levaria em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e acima de tudo a vontade política dos diversos municípios em se consorciarem em benefício da saúde de suas populações.

2.8.4 - Gerenciamento do Processo de Descentralização

No âmbito nacional seria realizado pela Comissão Intergestores Tripartite, integrada por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS.

O Conselho Nacional de Saúde atuaria como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

No âmbito estadual seria realizado pela Comissão Intergestores Bipartite, integrada por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais do Estado. O Secretário Municipal da capital do Estado será considerado membro nato desta Comissão. Cada Estado contará com uma Comissão Bipartite.

O Conselho Estadual de Saúde atuaria na formação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde.

No âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde atuaria na formulação de estratégias e controle da execução da Política

2.8.5 - Financiamento do Sistema Único

Atividades Ambulatoriais

As ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através o sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o **Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS** e o formulário próprio para **Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo - APA**, a ser definido em Ordem de Serviço específica.

A **Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA**, destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios é fixada por resolução da Secretária de Assistência à Saúde/MS, considerando os parâmetros de cada Estado.

Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA, destinados anualmente aos Estados e Distrito Federal, a título de cobertura ambulatorial, será obtido pela multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

O Fator de Apoio ao Estado - FAE, caracteriza-se pelo repasse de recursos de custeio aos estados em condição de gestão parcial e semi-plena, sendo destinado às atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais.

O Fator de Apoio ao Município - FAM, caracteriza-se pelo repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi Plena.

Atividades Hospitalares

As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar, pelos serviços públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AI H)

O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores. Para os municípios, o teto

quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população e para os estados será de um duodécimo de 2% de sua população, acrescido dos quantitativos correspondentes a municípios não inclusos em condições de gestão incipiente, parcial ou plena.

Os recursos de investimento estão previstos no Plano Nacional de Prioridades em Investimento.

2.8.6 - Condições de Gestão

Gestão Incipiente - É aquela na qual a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartite em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; demonstra condições para assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocupacional.

Gestão Parcial - A Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho, de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares, ambulatoriais, públicas e privadas existentes no município.

Gestão semi-plena - A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão das prestações de serviço: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores

ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto as unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeios correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

A constituição de um real Sistema Único de Saúde deverá ser a principal tarefa de um governo democrático que priorize a saúde de sua população.

Para que o SUS signifique de fato uma efetiva reforma sanitária é necessário que ocorra uma melhoria da qualidade e da eficácia dos serviços de saúde, para que os direitos e as necessidades da população sejam atendidas.

É preciso resgatar a produtividade e o respeito aos direitos da comunidade, bem como direcionar as ações de saúde para um novo sistema de gerenciamento. A ampliação de recursos se faz necessária, tanto em pessoal como equipamentos, derrotando os interesses particulares colocados na frente das necessidades da saúde. É necessário acabar com a demanda reprimida, com a falta de resolutividade dos serviços e com a omissão de socorros.

Efetivar o processo de Descentralização em cada nível governamental com comando único do sistema, onde a Municipalização passa a ser a estratégia para o gerenciamento de toda a assistência médico-sanitária, cabendo ao município a execução das ações de saúde, com apoio dos níveis federal e estadual, conforme as características de cada região e a soberania dos planos de saúde elaborados. A assistência básica deve ser assegurada a nível de internação e ambulatorial, proporcionando o desenvolvimento de programas preventivos e de saúde coletiva.

A compra de serviços ao setor privado, em caráter complementar e eventual e a sua supervisão devem ficar a cargo dos serviços locais de saúde, articulando-se o controle técnico e popular destas transações.

O repasse de recursos aos municípios para a operacionalização do sistema local de saúde deve ser automático, obedecendo critérios, como tamanho populacional, perfil epidemiológico e capacidade instalada. Estas ações terminariam por vez com o "clientelismo" dos recursos da saúde.

A gestão dos sistemas locais de saúde ficam a cargo de Comissões Municipais de Saúde(61), compostas por representantes do governo, trabalhadores da área de saúde e da população usuária do SUS.

Ao estado cabe o comando do Sistema Estadual de Saúde, com o planejamento e integração dos diversos sistemas locais de saúde. Deve sobretudo garantir o suporte técnico, gerencial e financeiro aos municípios.

A criação dos Conselhos Estaduais de Saúde, cujo papel de planejamento, controle e supervisão para garantir a execução das Políticas Estaduais de Saúde.

A nível federal cabe o planejamento e implantação de uma Política Nacional de Saúde, que define os recursos financeiros da União destinados ao setor saúde bem como suas prioridades e metas gerais. Deve ser responsável pelo suporte técnico aos estados e municípios, na área de desenvolvimento dos recursos humanos, da pesquisa, produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, etc.

Necessária a agilização na criação do Conselho Federal de Saúde, com representantes dos vários níveis do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade organizada, com as funções de planejamento, execução e avaliação das ações e da efetividade da Política de Saúde vigente, a qual, com o processo de descentralização e a participação democrática da comunidade, poderemos algum dia vislumbrar um sistema de saúde voltado às necessidades da população brasileira (CEBES5) (1989).

2.9 - O Sistema Único de Saúde e o Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde

SILVA³⁸ (1993) afirma que o sistema de atenção à saúde passa hoje no Brasil por uma série de profundas transformações. Historicamente o consenso expressado na última década pela sociedade brasileira, pelos produtores de serviços, trabalhadores da saúde e órgãos formadores, com relação às deficiências do atual modelo de assistência (centralizado, fragmentado, discriminatório) para a melhor adequação ao quadro sanitário da realidade brasileira se consolidou por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Desta jornada surgiu a proposta da Reforma Sanitária Brasileira, cujos esforços culminaram em 1988, com a inserção, na Constituição Brasileira, de artigo que conceitua "Saúde como um

direito de todos e um dever do Estado” e a criação de um “Sistema Único de Saúde - SUS”.

O Sistema Nacional de Saúde com suas diretrizes gerais e princípios de universalidade, integralidade, equidade e resolutividade para os serviços e as ações de saúde, privilegia a participação comunitária e a descentralização político-administrativa em cada esfera do governo, Federal, Estadual e Municipal, como estratégia para a melhoria da situação vigente.

O grande desafio para toda a sociedade brasileira é a implantação definitiva do SUS e sua continuidade. A perspectiva de um trabalho de assistência à saúde que integre a assistência individual e coletiva, onde perpassam as questões relacionadas com a qualidade dos serviços prestados e a ampliação quantitativa destes mesmos serviços.

A implantação e implementação do SUS exige novas estruturas e modelos funcionais da prática de saúde que impõe a reflexão e uma revisão total de todas as estruturas, modelos e práticas, principalmente, da atuação e da inserção dos profissionais de saúde, sujeitos/agentes desse processo de mudanças. Neste contexto, a área de recursos humanos, seus conceitos e atuação profissional, está sendo repensada no sentido de contemplar estes novos enfoques. Deste modo, se faz evidente que a composição e a dinâmica da equipe de trabalhadores dos diversos níveis de formação deverão sofrer reorientações à luz das novas funções do Sistema Único de Saúde. Estas transformações deverão ser oriundas do resultado de integração das diferentes categorias profissionais e do próprio objeto de trabalho, tendo como objetivo único a busca de novos conhecimentos e a qualidade da assistência prestada.

Existe a necessidade que a capacitação de recursos humanos transcenda a dimensão utilitarista e aponte condições que permitam ao indivíduo o seu desenvolvimento não só profissional mas também como cidadão, com plenos direitos, de forma que o seu trabalho não seja somente visto como um instrumento de participação, mas sim, de sua cooperação efetiva para o desenvolvimento dos serviços de saúde visando o bem estar social da população assistida e de agente de mudanças.

Como viabilizar a aplicação destes conceitos e reflexões dentro de um cenário concreto, complexo e de uma multiplicidade infinita de atores, ou seja, um processo social cujas variáveis são dificilmente controláveis, a não ser pelo próprio processo.

A prerrogativa de descentralização inerente ao Sistema Único de Saúde encontra sua expressão no processo de municipalização dos serviços de saúde. Os municípios necessitam assumir, com competência, suas responsabilidades na condução, coordenação e operacionalização do SUS

Mais da metade dos 5.000 municípios brasileiros já dispõem de estruturas, serviços e condições de assumirem seus papéis no processo de democratização e de qualificação da assistência à saúde da população brasileira.

Neste contexto situa-se a **inexistência de consciência crítica do trabalhador em saúde** que realiza seu trabalho de maneira alienada, constituindo um problema crucial, pois o sistema de saúde, em sua complexidade, necessita de atualizações constantes por parte dos prestadores de serviço.

Dentro da perspectiva mencionada, cabe-nos questionar se os recursos humanos da saúde estão preparados para contribuir efetivamente neste processo de mudanças. As práticas institucionais e dos centros formadores estão motivadas e orientadas para a formação e gestão de recursos humanos coerentes com o novo sistema de saúde proposto?

A gestão nacional do SUS, implica, para o Ministério da Saúde funções de definição de política, diretrizes de planificação, coordenação, articulação, normatização e supervisão, tanto da situação da saúde da população brasileira, como dos planos executados e dos resultados obtidos. Deve ainda prestar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que significa a ele desafios no que se refere à **capacitação técnica de seus profissionais** nas diferentes áreas de atuação e na modernização de seus processos internos.

Estes desafios, no campo de recursos humanos, exigem ao mesmo tempo **preparo, atuação e reflexão da prática profissional existente.**

A atribuição constitucional de "Orientar a formação de recursos humanos para a saúde" (art. 200 da Constituição Federal de 1988), pressupõe para o Ministério da Saúde, o desenvolvimento não só de ações de manutenção e desenvolvimento de sua força de trabalho comprometida com o setor de saúde, mas também uma atuação junto aos demais setores do governo responsáveis pelo processo formal de ensino para alcançar objetivos a médio e longo prazo, propondo-se a adequação de uma formação profissional em qualidade e quantidade frente às novas exigências do setor.

As informações atualmente disponíveis sobre a força de trabalho apontam a existência de cerca de 2.500.000 de trabalhadores na área de saúde, o que representa 3.5 % da população economicamente ativa brasileira(PEA). Deste contingente a participação feminina mantém a tendência de crescimento observada entre 1970-1980 e hoje deve estar em torno de 80% do total.

A perspectiva, entretanto, do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e resolutividade, a atual situação dos recursos humanos em saúde no Brasil pode ser caracterizada, de forma sucinta como de graves insuficiências qualitativas em praticamente todas as áreas de atuação dos serviços de saúde. Também se observam distorções acentuadas na distribuição do emprego da força de trabalho da saúde no país.

2.9.1 - Problemas

A Saúde no Brasil necessita urgentemente priorizar os benefícios prestados à população. Consegue atender em todo o país, diariamente, cerca de um milhão de pessoas. Faz campanhas excelentes de vacinação em massa, com as quais pode erradicar a poliomielite e controlar o sarampo.

O investimento no setor saúde diminuiu 37%, caindo de 80 dolares para 50 dolares por habitante. Com tal descompasso não há mesmo como evitar com que os hospitais fechem suas portas ao sistema público de saúde ou atender menos pacientes, não é possível atender pacientes ao custo de R\$ 2.00 a consulta e tampouco promover internações hospitalares onde as diárias pagas não cobrem os custos realizados. Exemplificando: o SUS paga ao hospital cerca de R\$ 130,00 pela realização do atendimento ao parto e recém-nascido.

Além da escassez de recursos existe a priorização dos tratamentos de alto custo. Em 1983, o Brasil encaminhou 120 pessoas para tratamento no exterior. Este fato gerou um gasto equivalente ao custeio da prestação de assistência médica a cerca de 9 milhões de pessoas(Rv. VEJA, agosto,1995). Esta situação é explicada por VECINA²⁴, como gasto acrítico e que o nosso sistema precisa produzir equidade e não igualdade e disto resulta uma discriminação positiva.

A relação sistema de saúde com a força produtiva, poder aquisitivo e mercado de trabalho sempre existiu. Antigamente pelo contribuinte relacionando a assistência médica ao INAMPS e Ministério da Saúde ao não contribuinte. Hoje, cerca de 32 milhões de brasileiros possuem planos privados de saúde e o restante da população, com pequeno poder aquisitivo, é usuária do

²⁴ Gonzalo Vecina Neto - Prof. do Hospital de Clínicas da USP

SUS. Não podemos deixar de citar que a maioria dos planos privados restringe o acesso de seus usuários aos procedimentos de alto custo ou tratamento de **doenças pré-existentes** sendo que estes pacientes acabam, embora indevidamente, retornando sub-repticiamente ao SUS, de tal forma que o custeio hoje em dia dos procedimentos de alto custo supera todos os demais gastos.

2.9.1.1 - Informações sobre Recursos Humanos em Saúde

O Brasil possui muitas fontes de dados sobre recursos humanos em saúde (Ministério da Educação, Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Trabalho, Conselhos Profissionais, etc). Constata-se que até a pouco tempo inexistiam informações confiáveis, que pudessem orientar no planejamento, seguimento e evolução das políticas, diretrizes e planos formulados para o setor de recursos humanos da saúde, no entanto em Conferência sobre Recursos Humanos no Brasil se recomendou a constituição de Bancos de Dados de Recursos Humanos em todos os níveis, Federal, Estadual e Municipal com intuito de apoiar as investigações bem como fortalecer mecanismos para que os recursos humanos sejam priorizados na Consolidação da Reforma Sanitária.

2.9.2 - A Oferta de Profissionais da Saúde

O Brasil possui 6.500 hospitais e 1.46 médicos por 1.000 habitantes, o mesmo índice da Inglaterra que possui um sistema de saúde de alta qualidade, onde as ações de saúde são priorizadas de acordo com as necessidades da população (Rv. **VEJA**, agosto, 1995).

Considerando a distribuição geográfica dos Recursos Humanos para a Saúde, estudos demonstram que é intensa, no país, a concentração destes recursos humanos nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais dos estados brasileiros. Esse desequilíbrio se observa não só em relação a profissionais já existentes como também na inserção de novos profissionais. A região Nordeste, por exemplo, que concentra 28.5% da população brasileira, tem apenas 18.% do número de egressos anuais dos cursos de medicina e 14% dos egressos das faculdades de odontologia. A região Sudeste com 43.6% da população tem 60 e 66% dos profissionais egressos das faculdades da região Nordeste, **SILVA (38), 1993**.

Ainda segundo a mesma autora, outro exemplo desta concentração é a relação médico-habitante, um dos indicadores considerados na caracterização das condições de saúde de uma população. Para o Estado do Rio

de Janeiro, trabalhos recentes citam a relação de 3.15 médicos para 1.000 habitantes enquanto que o Estado dispõe de 5.35 médicos para cada 1.000 habitantes evidenciando a alta concentração profissional nos grandes centros, já no Estado do Piauí, na região nordeste, esta relação é de 0.55 médico para cada 1000 habitantes demonstrando o desinteresse pelas áreas mais carentes e de menor poder aquisitivo.

Na tabela 4 se observa a distribuição do número de médicos e enfermeiros por regiões geopolíticas do Brasil

TABELA 4 - Distribuição do número de médicos e enfermeiros por regiões geopolíticas e por 10.000 habitantes (%), Brasil, 1991

REGIÕES	MÉDICOS		ENFERMEIROS	
	NÚMERO	% 10.000 HAB.	NÚMERO	% 10.000 HAB.
NORTE	6.429	6.3	2.274	2.2
NORDESTE	32.483	7.7	10.823	2.6
SUDESTE	116.740	18.8	27.549	4.4
SUL	26.640	12.1	8.463	3.8
CENTRO-OESTE	11.984	12.7	3.106	3.3
TOTAL	194.270	13.3	52.215	3.6

FONTE: Conselhos Profissionais

2.9.3 - A Formação dos Profissionais de Saúde

No Brasil os profissionais de nível superior em saúde são os formados integralmente na área de conhecimento definido pelo Ministério da Educação como **Ciências da Saúde**

Na tabela 5 podemos observar a distribuição dos cursos e das vagas no ensino de nível superior de medicina e de enfermagem, o que expressa novamente a tendência de concentração de recursos humanos nas regiões mais desenvolvidas do país, Sudeste, Nordeste e Sul. Com uma oferta maior de Enfermagem do que de Medicina observa-se que o número de profissionais médicos é superior porque observa-se na enfermagem uma menor oferta do número de vagas por curso e a alta evasão discente em função de baixos salários e "Status Profissional".

TABELA 5 - Distribuição dos Cursos de Medicina e Enfermagem, por regiões geopolíticas, Brasil, 1990.

REGIÕES	POPULAÇÃO	CURSOS	
		MEDICINA	ENFERMAGEM
NORTE	10.146	3	7
NORDESTE	42.388	13	22
SUDESTE	62.121	44	48
SUL	22.080	16	21
CENTRO-OESTE	9.420	4	4
BRASIL	146.155	80	102

FONTE - Ministério da Educação/Ministério da Saúde

A participação dos setores públicos e privados em relação às vagas oferecidas para estas mesmas profissões (tabela 6) evidencia a importância do ensino superior brasileiro para estas profissões, do setor público federal e da iniciativa privada. Chama a atenção o pequeno número de cursos ligados à esfera pública municipal, apesar de existir no país um número significativo de municípios de grande tamanho em termos populacionais e de desenvolvimento econômico.

TABELA 6 - Distribuição proporcional do número de vagas oferecidas nos cursos de Medicina e Enfermagem, segundo a dependência administrativa (%), Brasil, 1990.

DEPENDÊNCIA	CURSOS	
	MEDICINA	ENFERMAGEM
Federal	43	27
Estadual	12	18
Municipal	2	6
Privada	43	49

FONTE - Ministério da Educação/Ministério da Saúde

Creemos que com a Reforma Sanitária, a política de formação dos recursos humanos deve vir a ser priorizada nas esferas Municipal e Estadual, modificando a situação atual. A dependência administrativa dos cursos de medicina e enfermagem será, em sua maioria, da esfera federal.

2.10 - A Formação Profissional

2.10.1 - O Papel da Universidade

Acreditamos que o processo de formação deve trazer em sua essência as necessidades da sociedade.

A educação é um processo que trabalha o simbólico, o subjetivo, o social, a cultura e a ideologia.

A Formação Universitária deve ser vista numa perspectiva transformadora e de compromisso com a realidade social.

O Ensino Superior no Brasil vem sendo continuamente questionado pela sociedade de um modo geral e particularmente, por uma camada significativa daqueles que compõem a comunidade acadêmica. Nem sempre estes questionamentos guardam identidade entre si, pois não emergem de categorias de análises e perspectivas semelhantes. É quase impossível identificar, no bojo destas manifestações, uma direcionalidade regular para apenas um aspecto relativo ao ensino superior. Identifica-se a necessidade de um processo de repensar as questões ideológicas, filosóficas, características de qualidade, produtividade, pertinência técnica, científica, política e social dos egressos final de nossas Universidades.

Considerações nucleares devem ser direcionadas no que se refere: papel do órgão formador frente a realidade social, a historicidade do processo ensino-aprendizagem e o paradigma emergente de transformação.

Na área da saúde, a dinâmica da formação dos profissionais para enfrentar o mercado de trabalho e as necessidades reais de saúde da população assistida é questão de análise constante do profissional envolvido no processo ensino-aprendizagem.

Questiona-se a pertinência da atual estrutura curricular e metodológica das disciplinas profissionalizantes, ministradas aos futuros profissionais e de que forma vem sendo organizada a construção dos conhecimentos para que possam intervir com qualidade e resolutividade nas questões referentes ao processo saúde e doença.

"O homem não se faz naturalmente, ele não nasce sabendo ser homem. Para saber, pensar, sentir, para saber querer, agir ou avaliar é preciso aprender." (SAVIANI 36, 1991,P.15).

A formação do homem crítico, criativo, participativo e consciente é tema de relevante importância para as instituições de ensino, principalmente para as Universidades.

Universidade e qualidade deveriam ter o sentido aproximado de sinônimos; partindo-se do ponto de vista da elite aí produzida e do

desenvolvimento econômico e social gerado da formação universitária; o termo qualidade ainda continua vago, ou ainda definido pela exclusão "**qualidade como não quantidade**" (DEMO 9, IPLAN/SEC, 1989,P.2).

RODRIGUES(9)(1989), reconhece a importância da Universidade na edificação social, formando profissionais qualificados, produzindo conhecimentos com potencialidade investigativa para a aceleração do desenvolvimento científico e tecnológico, enquanto a Universidade Brasileira "**é palco de crises e impasses resultantes de políticas educacionais sem definição clara de rumos e bloqueios de investimentos**".

Na atual conjuntura universitária, com a prevalência do sentimento geral de frustração e perda de qualidade relacionada ao passado, e, a perda de qualidade em relação a função futura da Universidade, está diretamente ligada com o que se espera da Universidade, com base nas expectativas que a sociedade e a comunidade interna possuem em relação a este órgão formador.

O que mudou não foi a "**quantidade da qualidade**" mas sim a "**qualidade da qualidade**". (BUARQUE²⁵, 1986).

A perda e a insatisfação com os padrões de qualidade é detectada na motivação de estudos que a sociedade passa a ver como obsoletos em relação à suas exigências ou em função do avanço científico e tecnológico, evidenciado muito na área de saúde, que se dedica cada vez mais ao aperfeiçoamento de técnicas e de diagnósticos individualizados, por meio de sofisticados equipamentos, enquanto a evolução social exige atendimento de massa e resolução de problemas de saúde decorrentes da pobreza, da pouca escolaridade e de saneamento básico.

2.10.2 - O Processo Educativo

O sentimento de perda de qualidade que ocorre hoje em nossas Universidades é a perda da capacidade da Academia responder o que dela espera a sociedade.

Nos momentos de crise a sociedade cria problemas de dimensões tão diferentes e em uma velocidade tão crescente que a Universidade não consegue responder. A comunidade possui consciência dessas limitações e chama de perda de qualidade a perda da funcionalidade do produto lançado no mercado de trabalho.

²⁵ BUARQUE, Cristovam. "Uma Idéia de Universidade". Brasília, Ed. Univ. Brasília. 1986

A Universidade tem a função de construir o saber, mas, também o saber utilitário que venha de encontro às necessidades da sociedade, colocando esse saber a serviço do homem e a principal forma de legitimação da Universidade é o respeito da sociedade relacionado a qualidade do produto formado e lançado no mercado de trabalho.

Na concepção de VAHAL⁴⁴ (1989,p.317.), nenhuma outra instituição brasileira contribuiu tanto e de forma tão coerente e eficiente no processo de construção do país como a Universidade.

A Universidade está buscando respostas a perguntas antigas e em grande parte superadas, originando-se aí a crise da Universidade. Devemos entender sobretudo, que existem dois tipos de futuro: o primeiro é a continuação linear do passado dando novas respostas a velhas perguntas, o outro futuro, é aquele que rompe as relações com o passado, através de nova organização social, novas propostas ideológicas e perguntas diferentes, pois o futuro não consiste na reprodução do passado e sim, na construção do novo.

A Universidade deve participar do avanço e do aperfeiçoamento cultural e social. Deve pensar na crise e formular alternativas de construção do país, sempre vindo de encontro seu compromisso com a qualidade.

"A Universidade não perdeu qualidade, perdeu velocidade."(VAHAL⁴⁴, 1989, p.319)

A formação de profissionais críticos, participativos, criativos e conscientes dos problemas sócio-econômicos, políticos e culturais, constituem temas de abordagens sucessivas e incentivo à reflexão através de FREIRE¹⁴, (1980), SAVIANI³⁶, (1985) e RAYS, (1980).

Atualmente inúmeros estudiosos analisam o descompasso existente entre o saber aprendido e as necessidades reais da população.

Segundo as concepções mais conservadoras, em linhas gerais, pode-se dizer que o processo educativo consiste na transmissão de conhecimentos acumulados pela humanidade e repassados aos alunos como "verdades"(LIBÂNEO ²⁰,1992, p.24). O conteúdo é trabalhado pelo professor em função das determinações e valorizações da sociedade, seguindo a hegemonia da classe dominante que não questiona nem valoriza as necessidades reais dos alunos e nem procura responder aos interesses de uma sociedade concreta. Devemos salientar que o homem portador deste conhecimento erudito, elaborado e pré-estabelecido, terá dificuldade de se incorporar como parte

integrante desta mesma sociedade, pois é apenas um receptor passivo, cumpridor de tarefas.

A tendência pedagógica tradicional reforça o perfil de um aluno submisso, memorizador, dependente intelectual e afetivamente do professor. Neste processo inexistente a interação professor-aluno, condição *sine qua non* para a realização do processo ensino-aprendizagem.

A educação passa a agir como uma engrenagem de ajuste do homem e a sociedade. O conteúdo trabalhado e valorizado pelo professor, e em função da sua própria valorização ou desta sociedade, que por ser dominante não se preocupa com os reais interesses sociais e as necessidades concretas dos alunos. Por outro lado, as tendências que se orientam mais para a transformação, o processo educativo deve oportunizar condições para que se desenvolva no aluno uma atitude de reflexão, de crítica, de compromisso com a ação e com a transformação social. A educação é concebida "como um processo de humanização dos homens, mas inserido no contexto de suas relações" (LIBÂNEO 20,1992, p.68).

Os conteúdos programáticos devem ter relações diretas com as experiências de vida dos alunos dentro de uma dinâmica de análise dessa vivência, e, através dela a construção do conhecimento mediante o auxílio do professor, que venha de encontro com a realidade social.

Ao caracterizarmos a importância do papel da Universidade, vindo de encontro com as necessidades da sociedade, é preciso que tomemos consciência sobre a real necessidade de operacionalização de mudanças no processo educativo no sentido de "transformar" a realidade sócio-econômica e cultural.

É preciso que várias concepções de educação existentes na Educação Brasileira sejam analisadas pois fazem parte do ideário pedagógico dos profissionais formadores. Seja qual for a concepção existente, a tradicional, a renovada, a tecnológica, não estão atendendo e nem vindo de encontro com as necessidades educacionais da população assistida. Temos consciência que existem componentes que podem e devem ser retomados. A partir da visão destas concepções, num processo de busca constante para a superação dos pontos considerados como limitadores analisados no decorrer da elaboração e execução da prática pedagógica.

Os estudos de MIZUKAMI²⁵, (1986) nos indicam cinco tendências ou abordagens existentes no ensino brasileiro: a tradicional, a

comportamentalista, a humanista, a cognitivista e a sócio-cultural. O autor se utiliza de terminologia diferente de outros autores, embora as abordagens do processo de ensino-aprendizagem se refiram aos mesmos princípios, como é o caso da abordagem comportamentalista, que contém os princípios da abordagem tecnológica e a sócio-cultural que contém os princípios da tendência progressista. SAVIANI³⁶, (1985) menciona as tendências da escola brasileira como: a tradicional, a renovada e a tecnicista.

Consideramos importante a compreensão, a análise e principalmente a reflexão sobre o que existe na literatura e o nosso dia a dia na educação. O referencial teórico constitui um subsídio importante para que a compreensão e a reflexão oportunize mudanças e avanço nas formas de direcionamento e ação do processo ensino e aprendizagem convencional na área da saúde.

2.10.3 - O Sentido da Transformação em Educação

Históricamente a educação brasileira tem seu início com os jesuítas em 1599, que com o seu método "*Ratio Studiorum*" viabilizaram um ensino impregnado de vigoroso e dogmático sentido, completamente alheio à realidade de vida do Brasil Colônia, tendo por objetivo a cultura geral básica (ROMANELLI 31, 1989, p.34.), cujo conhecimento independia da realidade e da vivência concreta dos alunos. Disciplinas humanísticas, esse tipo de educação foi adotado no Brasil, destinando-se apenas a uma elite intelectual, cujo método de exposição verbalista permanece até os dias atuais, apesar de novos princípios terem sido propostos.

A concepção tradicional de educação nos moldes do ensino jesuíta predominou durante o Brasil Colônia, durante o Império e boa parte da era Republicana. Por volta de 1930, o movimento dos Pioneiros da Escola Nova conseguiu introduzir no ensino brasileiro alguns de seus princípios que procuravam fugir dos conteúdos clássicos e organizados previamente, passando a valorizar a experiência do aluno, o "*aprender fazer fazendo*". Enfatizavam-se os processos pelos quais o aluno vai enriquecendo sua experiência pessoal e social.

Na década de 70 passa a predominar a educação tecnológica, que tem como característica a preparação de mão de obra para o trabalho, valorizando mais a tecnologia necessária para o mundo produtivo do que os conteúdos e a vivência dos alunos. A educação escolar assim considerada requer

uma tecnologia comportamentalista, constituída de objetivos instrucionais, estratégias de ensino e avaliação voltadas ao comportamento do produto final.

Estas concepções da Escola Nova e Comportamentalista tiveram origem na Europa e foram transplantadas ao Brasil, exatamente nos momentos em que o país passava por mudanças estruturais e a educação era colocada para servir aos interesses do modelo sócio-econômico e político vigente. Aconteceu na área educacional uma adaptação de modelos importados e não a criação de novas formas ou modelos de ação que viessem atender as reais necessidades da educação brasileira.

O fato de se transportar modelos educacionais estrangeiros, sem vir de encontro às nossas necessidades, bem como a falta de preparo prévio para que os profissionais pudessem assumir com segurança os novos modelos, evidencia o grau de dependência e a falta de capacidade de resolução de nossos próprios problemas.

Os profissionais da educação questionam atualmente os caminhos que a educação deve trilhar para dirimir esta situação vigente, pois a comunidade e a sociedade passam a interrogar o "como" e o "porque". A necessidade de se promover transformações é evidente pois o futuro, segundo TEILHARD²⁶ "está nas mãos daqueles que podem oferecer às gerações vindouras razões válidas de vida e esperança". Transformação é literalmente uma nova forma, uma reestruturação de alguma coisa, enfim, uma nova visão "Olhos cada vez mais perfeitos em um mundo em que há sempre mais a ser visto".

FERGUSON 10, (1980) propõe mudanças de paradigmas, ou seja, a transformação que amplia e enriquece. Vai do mais simples para o mais complexo, na qual o cérebro humano possui ilimitadas possibilidades para mudanças, pode se organizar e reorganizar, integrar e transcender velhos conflitos (FERGUSON 10, 1980, p.69)

Dentro das mudanças que precisam ser promovidas para que se consiga a transformação, destacam-se mudanças nos conceitos educacionais no que se refere aos programas de ensino, aos métodos de trabalho e aos conteúdos; essas mudanças estruturais levam a uma transformação nas relações inter-pessoais, nos papéis e nas relações entre professores, alunos e administradores. A transformação em educação acontece quando professores, técnicos, administradores, alunos, encontram-se numa relação dialógica, tendo a realidade como mediadora. Caso não exista um campo promissor para que esta

²⁶ TEILHARD. Em "O Ponto de Mutação". Capra, Fritjof. Ed. Cultrix, São Paulo

relação se estabeleça, as mudanças serão sempre dirigidas sobre os alunos, acontecendo uma transformação mecanicista, o que não caracteriza o real sentido da transformação.

A escola, os departamentos, já vivenciaram mudanças comprometidas com várias concepções de educação, integraram-se conteúdos e não se conseguiu dar uma nova estrutura à escola, departamento ou a um novo conceito de educação. A pura mudança de metodologia é uma atitude conservadora pois encara a ação pedagógica como um fim em si mesmo e o papel da educação continua sendo o de reproduzir as relações sociais dominantes.

Muda-se a aparência e não a essência. MIZUKAMI 25, (1986)

A escola para exercer seu papel transformador, tem que transformar-se a si própria. A transformação ao tempo em que ocorre na escola, recebe influência de outros setores da atividade humana e os influencia no decorrer do processo. Assim, professor/aluno, escola/sociedade, influenciam-se reciprocamente e se transformam nesse processo de influências, desta forma o ensino-aprendizagem passa a ser entendido como em permanente construção e transformação. Acreditamos ser a transformação em educação um compromisso histórico que objetiva um homem e uma sociedade mais humana, mais consciente e mais ativa. Para isso, implica uma mudança de comportamentos e no abandono das operações de rotina partindo para o desafio de outra forma de pensar e agir e sobretudo *ousar*. O compromisso exige que se assuma riscos e estes riscos consistem em desafiar a resistência ao novo e principalmente "**em uma nova forma de se pensar e fazer educação**".

2.10.4 - O Professor como Agente de Transformação

Os papéis que os diversos profissionais desempenham num determinado contexto são delimitados pelo conjunto da sociedade, pelo local de trabalho e mais especificamente, pela instituição formadora que lhes inculca uma determinada concepção de sociedade, de homem de trabalho e de educação. A concepção liberal acredita no progresso do indivíduo em função de suas aptidões e do seu esforço individual. Na prática não se fazem grandes exigências quanto a competência dos profissionais formadores. O papel do professor tradicional, repetidor dos conteúdos registrados nos livros, não mais satisfaz as necessidades da população que frequenta a escola pois com as mudanças que ocorrem no país e em todos os segmentos da sociedade, o papel da educação passou a ser questionado e alterado.

O professor, de mero transmissor de conhecimentos, como era tido na concepção tradicional, passou a ser o facilitador da aprendizagem na concepção renovada e instrutor, na concepção tecnológica, papéis estes atualmente renovados devido a dinâmica existente nas transformações da sociedade.

A institucionalização de um processo de caráter transformador requer que todos os profissionais repensem os rumos da educação e conseqüentemente a função do professor. Sabe-se que cabe ao professor, por estar em contacto direto e permanente com os alunos, a maior parcela de trabalho voltada para a transformação, razão pela qual sua competência e suas limitações devem ser tratadas enfaticamente.

Pergunta-se: o que é ser um professor competente para atuar no sentido da transformação?

Se a proposta transformadora pretende formar um homem que conheça o seu meio, que seja criativo, crítico, participativo, ativo, integrado, que domine o conhecimento socialmente significativo e não o saber artificial e fechado, preconizado pela educação tradicional ou o saber espontâneo mencionado pela escola renovada ou se submeta ao condicionamento do comportamento, da tecnológica, o papel que o professor terá que desempenhar será diferente daquele preconizado pelas abordagens de cunho conservador.

Na ótica de **PAULO FREIRE**¹⁴ (1980), o professor comprometido com a transformação deverá procurar desmistificar e questionar, com os alunos, a cultura dominante, valorizando e criando condições para que cada um deles analise o seu contexto e produza novos conhecimentos. Com este papel, o fio condutor da ação do professor transformador será deslocado da exclusividade dos livros didáticos para as condições de vida dos alunos através de uma atitude reflexiva. Esse papel não elimina do professor o compromisso de possibilitar ao aluno o domínio dos conhecimentos sistematizados pois tais conhecimentos são necessários ao cidadão para que este possa melhorar sua qualidade de vida, usufruir dos recursos tecnológicos, contribuindo e participando de toda a dinâmica social.

O professor que se preocupa com a transformação, considera que os homens e as ciências não são estáticos e que dentro desta dinâmica tudo se transforma durante o processo. O professor não pode perder de vista as reflexões em torno da experiência vivida pelo aluno e a relação com os métodos de ensino e com o conhecimento sistematizado. Um método de ensino que

favoreça a compreensão da realidade e que ajude o aluno a desvendá-la e a conhecê-la é um dos desafios que se propõe ao professor transformador. Segundo **FERGUSON 12, (1980)**, pessoa e sociedade se encontram unidos, como mente e corpo.

O professor se encontra diante de uma dupla função: por um lado, fazer com que o aluno domine os conhecimentos sistematizados, sejam eles, técnico, culturais ou científicos, necessários para uma melhor qualidade de vida e por outro lado, possibilitar a esse aluno a compreensão de seu meio, para que com ele se integre e o transforme. A mediação entre produção de conhecimento e realidade do aluno envolvem conhecimentos a partir de reflexões sobre o cotidiano, além da competência técnica e do preparo intelectual, requer o compromisso político, rejeitando-se a possibilidade da neutralidade em educação.

O professor precisa estar disposto a efetuar a mudança. Segundo **FERGUSON¹²(1980)**, o professor aberto estabelece relacionamento e ressonância, pressentindo necessidades não verbalizadas, conflitos, esperanças, temores, **"aditem seus próprios erros, discutem sentimentos, acolhem as idéias radicais dos seus alunos, fomentam a cooperação, encorajam os estudantes a ajudá-los a planejar o seu trabalho, proporcionam recursos além do cumprimento do dever. Humilhações, castigos, punições e regulamentos inibem o aprendizado"**.

A prática autoritária está presente no ideário pedagógico do professor tradicional, exatamente por ele não ter consciência crítica da diferença entre interagir com o aluno e agir sobre o aluno. O conhecimento linear de uma matéria, não permite a interação com o aluno nem tampouco com a sua realidade. O professor que se volta para a transformação deve possuir um perfil não autoritário, mas exercer sua competência com autoridade, conduzindo o processo de maneira satisfatória. A nova postura do professor fala a respeito de um novo *pensar* e um novo *fazer* em educação(11).

O professor transformador deve lutar para que a educação dentro desta tendência passe do discurso para a ação. Acreditamos em ações coletivas, voltadas para a transformação no que dizem respeito a elaboração de metas, métodos de ensino, conteúdos e avaliações condizentes com a proposta pois sabemos que o professor é o principal articulador da educação e o conteúdo da formação profissional deve vir de encontro com as necessidades de saúde da população brasileira.

2.10.5 - O Ensino de Graduação e a Prática Profissional

No que se refere à formação de recursos humanos para a saúde, desde 1986 afirma **CARVALHO**⁴, não existir a preocupação do Ministério da Educação em promover encontros e discussões com lideranças técnicas com finalidade de definir sua posição frente a propostas de mudanças da nova Carta Constitucional Brasileira.

Dois anos antes já estavam delineadas as diretrizes gerais necessárias, com vistas à qualidade, para a formação dos futuros profissionais partindo de tres pontos principais:

1º - Da necessidade dos órgãos formadores revisarem o processo de formação acadêmica em face a nova **Reforma Sanitária Brasileira** e do novo **Sistema de Saúde**.

2º - Do ensino de graduação ser revisto com base na melhoria da qualidade e do seu ajustamento às necessidades do meio em que se realiza.

3º - Dos esforços centrados para assegurar a integração da **Rede Universitária e Hospitais de Ensino** com os demais **Órgãos e Instituições do Setor Saúde**.

A partir de 1988, com a promulgação da nova **Constituição Brasileira**, junto com os demais segmentos, a formação profissional assume alta prioridade e surge a necessidades de novas diretrizes para a Educação Superior, pois no ensino de graduação dos profissionais de saúde, a “saúde” reveste-se de um novo princípio fundamental como “**Direito de todos e dever do Estado**”.

O Ministério da Saúde (1989) em suas diretrizes para a formulação da Política de Recursos Humanos, coloca como prioridade a formação de qualidade no ensino de profissionais de saúde. Salienta a importância de buscar articulações efetivas com as Instituições de Ensino, favorecendo ações de integração ensino/serviço, com base nos princípios de Integralização do Conhecimento.

Destaca a importância do “repensar” as propostas pedagógicas até então existentes e que se promova a normatização de estágios curriculares, articulados entre serviços e instituições de ensino. Novos conhecimentos deverão ser introduzidos nos currículos de graduação para que permitam a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. E por último a configuração e absorção do mercado de trabalho, na área de atuação

profissional, de modo que as instituições formadoras possam adequar-se cada vez mais às necessidades da população.

Momentos importantes que refletem também a preocupação existente, por parte de organizações internacionais, a respeito da formação profissional, ocorreram por ocasião da “Conferência Mundial para a Educação Médica” patrocinada pela OMS e UNICEF, em Edimburgo, 1988. Com a “Declaração de Edimburgo”, registrada na ocasião, o sofrimento e a morte diária de milhares de pessoas por doenças evitáveis e curáveis, bem como a falta de acesso a assistência à saúde por parte de toda a população mundial

Neste encontro ficou caracterizado a preocupação crescente das instituições responsáveis pela educação médica, vinculando a equidade nos cuidados de saúde e a humanização dos serviços em detrimento ao custo que isto representa para a sociedade.

Foram analisados os problemas básicos existentes em todas as partes do mundo e que o processo da medicina, fruto da pesquisa que o sustenta, deve impulsionar o homem além da ciência pura e que os educadores médicos devem se voltar para o atendimento das necessidades humanas como um todo, necessitando sobremaneira perceber o homem dentro de uma visão global.

As escolas médicas devem ter por objetivo formar médicos capazes de promover a saúde da população e empreender esforços no sentido de introduzir uma maior consciência social nos futuros profissionais.

Paralelamente aos questionamentos pertinentes a formação do profissional médico, a enfermagem, sob a coordenação da OMS e a Faculdade de Enfermagem do Panamá, no ano de 1992, em continuidade às atividades iniciadas em 1989 na Colômbia e em 1991 no México, realizaram um Encontro sobre a Investigação e a Transformação da Prática na Enfermagem. Surgiram na ocasião delineamentos essenciais para a reorientação ao processo de formação onde modelos de educação permanentes e inovadores como a ecologia, a bioética, a formação do pensamento crítico e a inserção da mulher no desenvolvimento social passaram a integrar o leque de estratégias para a formação do enfermeiro.

CAPRA²⁷, ao analisar o modelo biomédico vigente em nossa cultura, decreve-o como “modelo popular da doença” onde o objetivo primordial é o de “formar acadêmicos para estudar as doenças e não assistir aos enfermos”. O diploma conferido pelas escolas, certifica segundo o autor “o

²⁷ CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação. Ed. Cultrix. São Paulo, 1982

domínio da ciência médica e não a capacidade de cuidar de pacientes". O ensino, a pesquisa e a extensão reafirmam em todos os momentos o "modelo reducionista", dissociado completamente das preocupações sociais.

Os estudantes possuem uma visão distorcida das doenças porque o hospital oportuniza uma visão limitada dos problemas de saúde, pois estes mesmos problemas não são vivenciados amplamente no seio da comunidade onde fatores diversos influenciam o processo saúde/doença. O ensino e o modelo médico vigente destacam apenas o aspecto biológico da doença.

Na concepção de **ROGERS**²⁸, o ensino centrado nos hospitais e na tecnologia faz com que o profissional de saúde não saiba lidar com "simples agravos de saúde".

Face a crítica existente ao modelo do ensino médico vigente, em 1992 a Universidade de Washington, Departamento de Educação Médica e a OMS reuniram-se para discutir propostas preliminares sobre a "Mudança da Educação Médica", onde foram identificadas mudanças fundamentais no processo de formação, procurando cada vez mais adequá-lo às necessidades da época atual, enfatizando as ações de melhoria inerentes ao processo educacional em si, como também passar a perceber a educação médica como um planejamento social e não uma mera intervenção educativa.

Nossa realidade não difere da de outros países. Existe uma preocupação em melhorar a qualidade do produto egresso das Universidades.

O ensino está sucateado nas Universidades Federais com a escassez de recursos financeiros destinados à educação enquanto que nas Universidades particulares são contratados professores horistas, especialistas, comprometendo a qualidade da formação profissional. Administra-se o processo educativo com uma empresa lucrativa, sem humanizar a relação aluno/professor/ensino e a Universidade/empresa.

A qualidade do ensino deve ser analisada não só dentro da Universidade mas como resultante de uma diversidade de toda a problemática social vigente. Existem fatores que devem ser lembrados pois interferem na prática universitária: as relações de trabalho dominantes; a intervenção do Estado nas políticas de ensino, desmotivando o principal agente de ação educativa que é o professor; os baixos salários; a crise enfrentada pela falta de sintonia da Universidade com a sociedade, caracterizada principalmente pela repetição de conhecimentos enquanto a dinâmica social é rápida, fazendo com

²⁸ ROGERS, Carl R. Liberdade para Aprender. Belo Horizonte. Interlivros 1972. 2ª Ed.

que a Universidade fique distanciada e não responda satisfatoriamente à sociedade. Nossos alunos estão sendo formados sem uma visão crítica do seu papel social.

Os programas educacionais são desenvolvidos quase que exclusivamente em hospitais, enfatizando a doença, a medicalização, a alta tecnologia e muito pouco de prevenção das doenças.

O processo ensino/aprendizagem é alicerçado quase que exclusivamente no ensino tradicional, calcado na transmissão de conhecimentos prontos e acabados ao invés da responsabilidade de construir e produzir o saber. **FREIRE¹⁴, (1986)**, salienta a importância do saber utilitário, do saber a partir da experiência vivida.

No ensino encontramos um sério problema: o que é ensinar e o que é aprender; a questão dos conhecimentos anteriores e a desvinculação da Universidade e a sociedade.

O sistema de avaliação ensino/aprendizagem é realizado com vistas na fixação e memorização da informação e não para assegurar a competência profissional e os valores sociais.

O planejador e executor do processo formativo é o especialista e não o educador, reforçando a visão fragmentada dos conteúdos e do ser humano.

Falta de incentivo à pesquisa e extensão. Os modelos existentes são dos grandes especialistas. A institucionalização da Residência Médica ratifica a ineficácia da formação acadêmica.

No entender de **MANZOLLI²¹ (1985)**, a visão que uma escola tem do homem e do mundo lhe permite assumir uma posição predominantemente tecnicista ou humanista. Infelizmente na área biomédica o domínio da técnica e da tecnologia caracteriza a formação do médico e do enfermeiro.

O processo de formação profissional é dificultado por tendências diferentes dentro das Universidades, assumindo posições contrárias quanto a sua missão acadêmica e social, o que é difícil de compreender, pois, em verdade, tanto a formação profissional como a investigação científica não perdem a qualidade ao se colocarem a serviço das necessidades do meio, antecipando futuras solicitações. Ao contrário, ganham força, conteúdo e um sentido de real

necessidade, passando a justificar a importância do conhecimento produzido nas Universidades.

O processo educacional na área de saúde resulta ainda no preparo de profissionais capacitados para prestação de serviços em instituições hospitalares pois a absorção do mercado de trabalho não beneficia as necessidades de saúde e de doença da sociedade. Além disso, a formação do profissional de saúde não obedece a nenhum sistema unificado. Apesar de apoiado em disciplinas que configuram uma base comum, o processo educacional, em cada uma das profissões segue uma senda particular. A forma de atuação das profissões de saúde não é centrada em nenhum mecanismo integrador, mesmo que os agentes do processo se encontrem nos mesmos campos de prática da rede universitária de hospitais de ensino, favorecendo a desarticulação interinstitucional e multiprofissional, gerando a dispersão de recursos e demandas indesejáveis.

As instituições tem promovido mudanças curriculares desprovidas de cunho inovador, causando impacto bastante limitado. Formam-se profissionais seriadamente e em abundância, mas parece-nos consensual que a capacidade técnica desses profissionais e o seu compromisso com a realidade sócio-epidemiológica do país deixa muito a desejar.

Estará a raiz desse fracasso implantada estritamente nos espaços acadêmicos de formação profissional? Algumas instituições cuja política é claramente comprometida com mudanças, parecem indicar que não. Nessas escolas existe e se consolida a tendência à especialização precoce e à procura da residência médica pelos formandos, onde existe a procura frenética e a disputa por uma passe de entrada. O que se observa também nas escolas é a prestação graciosa e submissa de serviços pelos alunos aos "gurus" de sua sonhada especialidade, na esperança de obter créditos para sua entronização no grupo dos eleitos. Apesar do discurso e da prática existente nestas instituições, o modelo médico proposto passa a significar derrota e fracasso para seus estudantes, pois os baixos salários são inferiores aos da residência médica, hoje altamente profissionalizada em nosso país.

Sem entrar estritamente na questão pedagógica e nas evidentes inadequações identificadas no processo de formação médica dentro das diversas instituições, não há como ignorar a importância da modelagem social mais ampla do estudante de Medicina como fator decisivo para a defasagem entre o discurso e o resultado. A escola médica não tem sido capaz de evitar que seus currículos e programas recaiam, muitas vezes, em áreas cuja prática pedagógica é combatida no discurso. Os modelos de êxito profissional em que se miram boa

parte dos estudantes são os mesmos docentes que deram certo na prática liberal da Medicina fazendo de seu exemplo um fator importante no perfil do futuro profissional.

Tornar os compromissos e atitudes modernizadoras uma rotina plenamente aceita no âmbito das universidades é tarefa difícil e a capacidade de potencializar espaços acadêmicos eventualmente conquistados fazem crer que aos sucessos parciais se contrapõem frustrações parciais, com o agravante de que essas ocorrem no desenvolver do processo de formação profissional, tocando profundamente aquele que se prepara para o exercício da profissão. Percebe-se em muitas instituições de ensino que determinados grupos exercem uma extensão universitária desvinculada dos currículos, afastando-se da própria filosofia do curso. Determinadas disciplinas são discriminadas, como a Medicina Preventiva e Social, sendo traídas por atitudes docentes, cuja adesão é apenas superficial a compromissos que hoje seriam fundamentais para o ensino médico brasileiro.

Considerando o ensino médico como norteador do ensino das ciências da saúde, o ensino da enfermagem não fugiu do modelo Flexneriano (1950), onde a modernização curricular e a organização do ensino passou a ser realizada a partir de conhecimentos prévios organizados pela introdução da idéia da especialização, pela separação entre o ensino básico e profissionalizante, incorporação de novas tecnologias e criação dos Hospitais Universitários.

Os serviços de saúde, nesta época, foram organizados para prestar serviços por intermédio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, para a classe trabalhadora organizada. As Secretarias de Saúde encarregavam-se da assistência ao contingente populacional marginalizado. Tal assistência era realizada com ações chamadas de "Saúde Pública" que restringiam-se às atividades de imunização e controle de algumas moléstias transmissíveis como a tuberculose e a hanseníase. As Santas Casas de Misericórdia eram o braço hospitalar para a assistência àquele contingente populacional marginalizado.

A medicina comunitária influencia de forma marcante o processo de organização do ensino médico e de enfermagem. No Brasil, com o surgimento das reformas curriculares e criação de Departamentos de Medicina Preventiva está ocorrendo o engajamento efetivo das universidades no movimento emergente das reformas sanitárias.

Estas questões nos apontam a necessidade de serem revistas as questões que norteiam e orientam o ensino da enfermagem e da medicina. Hoje, com novas abordagens curriculares que após tramitarem junto ao Ministério da

Educação, possuem como referencial uma visão crítica das condições de vida, do perfil epidemiológico da população e das Diretrizes da Política de Saúde vigente, que falam a favor de posturas renovadoras e que no plano educacional possam consolidar a formação de um profissional mais crítico e consciente de seu papel social.

O trabalho, segundo **SILVA³⁷(1984)**, se constitui em uma categoria central no estudo das sociedades humanas. A vida humana está impregnada pelo trabalho: o trabalho atual e o trabalho passado, das gerações de hoje e de ontem. Todo o processo atual de trabalho é resultante da relação com o trabalho pretérito.

O trabalho em sua divisão milenar compreende o trabalho manual e o intelectual. O manual, é exercido pelas classes dominadas e o intelectual pelas classes dominantes.

GRAMSCI¹⁵ (1978), contrário àquela divisão anterior, refere-se ao trabalho físico, bem mecânico, e que para desempenhá-lo a contento exige um mínimo de qualificação técnica e portanto estimula a atividade intelectual criadora. Neste sentido todos os homens são intelectuais, mas, nem todos desempenham na sociedade a função de intelectuais.

A realidade, entretanto, é que esta distinção entre trabalho intelectual e trabalho manual serve à ordem dominante, embasado na ideologia e contribui para a permanência de um dado esquema de dominação. **CHAUI⁷ (1980)**.

A divisão social do trabalho espelha a estratificação das sociedades humanas em classes sociais. A divisão do trabalho, em geral, entre os sexos espelha uma estratificação, uma assimetria entre os sexos. As mulheres sempre participaram do mundo do trabalho mas as tarefas por elas realizadas através dos tempos nunca foram socialmente valorizadas.

O trabalho feminino se caracterizou como complementar, de menor importância que o do homem. Com o advento do modo de produção capitalista, ao ocorrer a separação entre atividades econômicas e domésticas, considera-se trabalho por excelência, aquele vinculado diretamente a atividade econômica.

O trabalho na enfermagem é histórico, isto é, mutável no tempo. São também históricos os conhecimentos, os procedimentos, instrumentos e técnicas a ele vinculados.

Na história geral da enfermagem destaca-se, em primeiro lugar, o período representado pelo corte entre a enfermagem pré-profissional e a enfermagem profissional. A primeira, caracterizada pela ausência do ensino formal, sistematizado, pelo empirismo e pela prática caritativa. A segunda, caracterizada pelo ensino formal, pelo salário e como uma profissão feminina, predominantemente exercida pelas mulheres. As tarefas mais valorizadas socialmente, tidas como nobres na saúde, ficaram a cargo de classes privilegiadas, os homens.

O papel da mulher na sociedade brasileira tem mudado bastante nas últimas décadas devido sua participação na força de trabalho e na guarda e na sobrevivência da família.

Reflete-se nos serviços de saúde o modo como as mulheres são atraídas e atendidas na nossa sociedade: seres inferiores, passivos, condição intelectual menor, cheias de dor e sofrimento gerando uma situação de menosprezo e indiferença diante do que elas trazem e vivenciam.

A relação das mulheres com o “saber” médico e com os profissionais da saúde não lhes tem sido muito favorável e eficaz no que diz respeito às questões vividas e sentidas por elas dentro de um contexto cultural, religioso, social, econômico e histórico.

O surgimento de um novo modo de organização social corresponde a um interesse na história da medicina pelas doenças das mulheres, significando a inclusão de saberes e práticas até então fora do conhecimento médico. A prática cultural e social fizeram com que a mulher incorporasse ao seu perfil a responsabilidade de todas as tarefas domésticas, a socialização e a educação das crianças, vigilantes e executoras das ações de puericultura, implicando tudo isto em uma desvalorização constante do cuidar de si mesma, e conseqüentemente na perda de capacidade auto-reflexiva, da auto-valorização e da atenção às manifestações de saúde e de doença. Os profissionais da saúde cobram diariamente da mulher estas responsabilidades.

As taxas de abandono de tratamento de saúde são significativas e podem ser uma das respostas que as mulheres tem dado ao mau atendimento seja por precariedade técnica ou por incompetência ou ainda por relações extremamente autoritárias exercidas sobre elas.

O temor experimentado por ocasião de uma consulta faz com que as mulheres não retornem aos serviços pois não lhe é dada a oportunidade de

refletir sobre a importância do exame clínico e das orientações sobre o autocuidado e a prevenção. Seu corpo quase sempre maltratado é doente.

A evolução genital da mulher, seus ritmos biológicos, a menarca, a gravidez, a menopausa são coisas que devem ser escondidas pois foram introjetadas como algo vergonhoso e feio, inclusive que não pode ser visto por ela mesma.

A sexualidade e a empatia médico/paciente não é exercida na prática diária dos profissionais de saúde.

O médico e a enfermeira para a realização de diagnóstico e terapêutica necessitam examinar e inspecionar o corpo da mulher porém não estão sensibilizados que quando ao exercerem esta prática levantam uma série de angústias, temores e fantasias, fazendo com que muitas se sintam invadidas em sua própria intimidade perdendo o controle sobre si mesma. O profissional é visto de forma tão onipotente que é até capaz de adivinhar coisas de sua vida que ela não está, pelo menos naquele instante, disposta a revelar.

Mais importante que serem oferecidos conteúdos objetivos e informações sobre sexualidade, maternidade, menstruação, aborto, etc., é preciso repensar a forma de relação que a mulher possui com o seu próprio corpo e isto implica num método de trabalho diferente do usual existente nos campos de ensino prático e nos serviços de saúde.

Na prática vigente e nas avaliações de programas de assistência pré natal e puerpério elas indicam um alcance limitado das atividades propostas relacionadas com a cobertura e a qualidade de serviços prestados. A assistência ao parto e a referência ao mesmo são realizadas de forma precária sendo responsáveis por uma proporção considerável de óbitos maternos e peri-natais.

Estes fatos demonstram a escassa atenção prestada à saúde da mulher, tanto por parte dos órgãos formadores como pelos serviços prestadores da assistência.

A excessiva medicalização, a prescrição exagerada de tranquilizantes e anti-depressivos disfarça frequentemente a impotência profissional, induzindo às mulheres que estes medicamentos podem ajudá-las a enfrentar os problemas do cotidiano. Evidentemente estes agentes químicos proporcionam alívio imediato das suas angústias e são valiosos em determinadas situações. No entanto, é necessário reconhecer que este alívio temporário não significa a resolução dos conflitos que originam sintomas.

Quanto ao controle da reprodução humana, os avanços atuais da tecnologia permitem, observados os critérios de indicação, que quase todas as mulheres controlem sua fertilidade, seja através de anticoncepcionais, do aborto ou da esterilização definitiva.

As dificuldades encontradas pelas mulheres para que possam regular adequadamente sua fertilidade não se limitam aos problemas de acesso físico às informações e aos meios. A falta de um saber significativo sobre seu próprio corpo, seus desejos, trazem dificuldades crescentes para realizar uma escolha adequada e suficientemente clara entre os diferentes métodos contraceptivos. A maioria desconhece vantagens ou desvantagens de métodos existentes e os próprios profissionais da área de saúde, médicos e enfermeiros, não oferecem informações adequadas impossibilitando que a escolha seja feita de acordo com a multiplicidade de situações trazidas pela mulher ou pelo casal.

As rígidas rotinas existentes nos hospitais, nas enfermarias e nos berçários, para que sejam assegurados "conforto e segurança" para a mãe e para o recém nascido, impedem a humanização do serviço e da assistência. A mulher passa a ser tratada como um número ou como mais uma paciente que acabou de dar a luz.

A falta de qualificação dos serviços e dos profissionais administrativos e técnicos bem como os baixos salários existentes contribuem para que o atendimento seja cada vez mais massificado e robotizado em detrimento da qualificação e humanização da assistência prestada à mulher durante a gravidez, parto e puerpério.

A tendência cada vez mais intervencionista, pouco respaldada em critérios clínicos de cada situação, permite-nos concluir que os serviços de saúde e seus representantes expropriam da mulher a satisfação e o controle de seus próprios processos.

As mulheres abandonam os serviços de saúde ou iniciam tardiamente seu controle pré-natal, desafiando as expectativas e as metas das políticas de saúde. O sistema de saúde vigente é insuficiente, as formas de abordagem e relação com a população feminina não tem respondido com eficácia, não para as mulheres nem para os próprios profissionais.

3 - QUADRO METODOLÓGICO DE INVESTIGAÇÃO

3.1 - Tipo de Pesquisa

Estudo descritivo

3.2 - População

O universo da pesquisa abrangeu 100% dos docentes formadores, responsáveis pela Disciplina de Obstetrícia dos cursos de Enfermagem da UFPr (4 professores), Enfermagem da PUCPr (2 professores), Medicina da UFPr (20 professores), Medicina da PUCPr (8 professores), e Medicina da Faculdade Evangélica (6 professores), totalizando 40 professores.

3.3 - Local da Pesquisa

Cidade de Curitiba, Paraná.

3.4 - Instrumento de Investigação

Elaborou-se um instrumento de investigação (Anexo I), contendo 19 questões, sendo 17 questões abertas para que o profissional formador pudesse justificar seu ponto de vista e somente duas questões fechadas.

As questões foram organizadas de acordo com os objetivos propostos, possibilitando conhecer o envolvimento do órgão formador, de médicos e enfermeiros de Curitiba, nas questões pertinentes à Mortalidade Materna, se a temática é contemplada na Disciplina de Obstetrícia como assunto de relevância para a formação profissional; identificar o envolvimento docente na epidemiologia da Mortalidade Materna e a relação existente entre a Universidade, as Políticas de Saúde e os programas consagrados à mulher.

3.5 - Estudo Piloto - Previsões

Foram aplicados 5 questionários, sendo 3 para médicos e dois para enfermeiros, possibilitando a análise do instrumento elaborado. Após preenchimento questionamos a pertinência do conteúdo, a clareza das questões e o tempo gasto para as respostas. Obtivemos como resposta destes 5 profissionais: as questões são claras, o assunto é pertinente e pouco discutido e o tempo médio gasto para preenchimento do instrumento foi de 15 minutos.

3.6 - Instrumento de Pesquisa Devolvidos

Este instrumento foi previamente testado para avaliação de suas características, praticidade e tempo de preenchimento, após o que foi distribuído pessoalmente a professores pertencentes aos Departamentos de Obstetrícia das Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Paraná (15), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (8) e Evangélica de Medicina (6), bem como da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2) e Faculdade de Enfermagem da UFPr (4), totalizando 40 professores. Destes apenas 27 atenderam a solicitação correspondendo a um percentual de 77% de adesão à pesquisa.

3.7 - Objeto de Estudos

Foi considerado como objeto de estudos o universo de fatores representativo daquilo que se propõe:

a) A série histórica dos coeficientes de Mortalidade Materna existente nos países de primeiro mundo e nos países em desenvolvimento onde a situação sócio-econômica constitui importante fator como indicador da qualidade de vida das mulheres em idade reprodutiva. Procurou-se retrospectivamente caracterizar a realidade brasileira e mais especificamente a existente no Paraná. Ao analisarmos o índice de Mortalidade Materna considerado como aceitável pela OMS, que é de 10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, vislumbramos o Brasil como um país que necessita a curto, médio e longo prazo promover ações de saúde que possam reduzir seu índice de mortalidade a níveis aceitáveis.

b) A análise dos conteúdos programáticos de Obstetrícia dos Cursos de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPr), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPr) e da Faculdade Evangélica de Medicina bem como dos cursos de Enfermagem da UFPr e da PUCPr, com o intuito de identificar se as questões pertinentes à epidemiologia da Mortalidade Materna são contempladas nos conteúdos teórico-práticos de formação profissional, pois às nossas Universidades cabe a função de lançar ao mercado de trabalho profissionais que possam contribuir com eficiência e eficácia na realidade da transformação da saúde da mulher.

c) Identificar o envolvimento dos profissionais formadores nas áreas de Medicina e Enfermagem, em questões pertinentes ao processo de

ensino-aprendizagem da epidemiologia da morte materna em obstetrícia, através de uma pesquisa de campo.

3.8 - Análise dos conteúdos programáticos

Podemos afirmar que a Escola em sua especificidade institucional oferece uma qualificação técnica de trabalho, gera e transmite uma determinada cultura profissional dominante e reproduz o modelo científico hegemônico.

A análise comparativa dos conteúdos programáticos de obstetrícia vigentes em 1994, nos três Departamentos de Tocoginecologia, Disciplina de Obstetrícia, das Faculdades de Medicina e nos dois Departamentos de Enfermagem, Disciplina de Obstetrícia, da Pontifícia Universidade Católica e Universidade Federal do Paraná, mostram similaridade entre eles.

Os conteúdos teóricos são iniciados com a fisiologia da gravidez, passando por fundamentos de embriologia fetal e dos anexos, compreensão e análise dos meios diagnósticos e propedêuticos da gravidez, assistência pré-natal, ao parto eutócico e distócico, anestesia e analgesia em obstetrícia, assistência ao puerpério, estudo das doenças mais comuns intercorrentes da gravidez bem como de suas patologias específicas, além das complicações decorrentes da gravidez, parto e puerpério.

O tema Mortalidade Materna é contemplado, com especificidade, como assunto a ser ministrado em aulas teóricas de cursos de formação profissional, na disciplina de obstetrícia, nas Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Paraná e na Faculdade de Medicina Evangélica do Paraná bem como na Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, demonstrando já a preocupação existente embora apenas 3 dos cinco departamentos dêem relevância ao assunto.

**Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná
Departamento de Tocoginecologia
Disciplina de Obstetrícia
8o. Período - Periodicidade semestral**

Área: Obstetrícia Básica

EMENTA: A gestação, as alterações fisiológicas do organismo materno, a formação e desenvolvimento do feto e seus anexos, as rela-

ções e as trocas materno-fetais, os cuidados pré-natais e perinatais, as atenções de cuidados no parto normal, puerpério e lactação normais, a dinâmica do atendimento à gestante e às alterações psicossomáticas durante a gestação são ensinada em aulas teórico e práticas aos alunos iniciantes da DISCIPLINA DE OBSTETRÍCIA.

10o. e 11o. Período

Área: Obstetrícia Geral e Especializada

EMENTA: A semiótica da Obstetrícia geral e Especializada, a conduta terapêutica clínica e cirúrgica durante o ciclo grávido-puerperal, os cuidados no pré-natal e puerpério, a assistência obstétrica no período perinatal, no trabalho de parto, no parto normal e cirúrgico e as patologias obstétricas são ministradas em aulas teórico-práticas durante o Internato Curricular em Tocoginecologia, de caráter obrigatório

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Diagnóstico da Gravidez

Modificações do organismo materno

Feto e Placenta; Trocas ovulares

Assistência pré-natal (1)

Assistência pré-natal (2)

Ecografia na gestação normal

Drogas na gestação

Canal do parto

Contratilidade uterina; Discinesias

Frequência cardíaca fetal

Mecanismo do parto

Estática fetal

Assistência ao parto normal (1)

Assistência ao parto normal (2)

Dequitação e quarto período

Aleitamento materno

Operação cesariana; Fórcepe

Assistência ao parto pélvico

Infecção e infestações em obstetrícia

Diabete e gravidez

Gemelidade

Síndromes hipertensivos na gestação

Doença hipertensiva específica da gestação

Crescimento intra-uterino retardado

Doença hemolítica perinatal

Neoplasia trofoblástica gestacional

Gravidez ectópica

Rotura uterina

Abortamento

Placenta prévia e descolamento prematuro de placenta

Distúrbios da hemocoagulação e choque materno

###Mortalidade materna e neonatal###

O feto de alto risco

Patologia do sistema amniótico

Ecografia na gestação de alto risco

Métodos de avaliação da vitalidade fetal

Métodos de avaliação da maturidade fetal

Aspectos médico-legais em obstetrícia

**Departamento de Enfermagem da Universidade Federal
do Paraná**

Disciplina: Enfermagem Obstétrico-Ginecológica

Área: Enfermagem obstétrica

EMENTA: Enfatizar conceitos e características da gravidez, parto e puerpério. Anatomia e fisiologia da reprodução humana. Meios propedêuticos utilizados no diagnóstico da gestação. Orientação e assistência às gestantes e clientes de ginecologia, afetados por patologias obstétricas e/ou ginecológicas.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Introdução à Enfermagem Obstétrica

- Fisiologia e endocrinologia da gestação
- Terminologia obstétrica
- Diagnóstico da gestação
- Efeitos da gravidez sobre o organismo materno

Procedimento de Avaliação Obstétrica

- Avaliação da bacia
- Contratilidade uterina
- Estática fetal

Assistência de Enfermagem no Pré-natal

- Assistência de Enfermagem no pré-natal
- Aspectos psicológicos
- Preparo psicoprofilático ao parto
- Condições nutricionais da gestante

Assistência de Enfermagem no Parto

- Canal de parto
- Fases do trabalho de parto
- Mecanismo de parto
- Assistência de Enfermagem no parto gemelar, fórcepe, domiciliar, pélvico e cesárea
- Amniotomia e amniocentese
- Indução ao trabalho de parto

Assistência de Enfermagem no Puerpério

- Assistência de Enfermagem no puerpério normal

- Assistência de Enfermagem no puerpério patológico
- Características da alimentação da nutriz
- Assistência de Enfermagem nas Hemorragias da Gestação
- Hemorragias da primeira metade da gestação
 - Abortamento
 - Mola hidatiforme
 - Gravidez ectópica
- Hemorragias da segunda metade da gestação
 - Descolamento prematuro de placenta
 - Placenta prévia
 - Rotura Uterina
- Assistência de Enfermagem nas Patologias da Gestação
 - Toxemia gravídica - pré-eclâmpsia e eclâmpsia
 - Sofrimento fetal agudo e crônico
 - Gestação prolongada
 - Hiperemese gravídica
 - Amniorrexe prematura
- Assistência de Enfermagem na Admissão da Parturiente
 - Admissão da parturiente
 - Anamnese, inspeção, mensuração, palpação, ausculta e toque
 - Preparo da parturiente para a internação
 - Verificação de sinais de início de trabalho de parto
 - Controle de pré parto
 - Verificação de sinais de período expulsivo

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro: Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem
Área: Enfermagem Materno Infantil I

EMENTA: A disciplina de Enfermagem Materno Infantil I prioriza para o aluno o planejamento, execução e avaliação da assistência de Enfermagem à mulher, em todas as fases evolutivas, desde o nascimento, modificações da adolescência, idade adulta, maturidade sexual, climatério, senilidade e morte. Enfoca a realidade sócio-econômica, política, religiosa e cultural da assistência integral à saúde da mulher, principais programas de saúde a nível ministerial, municipal e estadual e consequente atuação do profissional enfermeiro nesse contexto.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- 1 - Assistência de Enfermagem à Mulher na Fase Procriativa:
 - Programas de assistência à saúde da mulher a nível Federal, Estadual e Municipal;
 - Evolução genital da mulher com enfoque no auto-cuidado e auto-preservação;
 - Fisiologia menstrual - tabus, preconceitos e prevenção das intercorrências;

Ciclos gestatórios - fatores de risco. Enfoque preventivo. Índices de --
mortalidade materna, abortamento e natimortalidade###

- 2 - Assistência de Enfermagem no Pré-natal:
 - O diagnóstico de gravidez - atuação do Enfermeiro na aceitação e rejeição da gravidez dentro do contexto familiar;
 - A propedêutica obstétrica - terminologia utilizada - e a estática fetal;
 - Consulta de Enfermagem;
 - A atuação preventiva do Enfermeiro frente às intercorrências da gestação, fenômenos hemorrágicos, hipertensivos, sensibilização pelo fator Rh, doenças sexualmente transmissíveis, drogas e doenças infecciosas na gestação.
- 3 - O Trabalho de Parto:
 - Assistência de Enfermagem nas diferentes fases do trabalho de parto
 - O mecanismo de parto. A psicoprofilaxia do parto;
 - A contratilidade uterina e o controle da frequência cardíaca fetal;
 - Os cuidados imediatos e mediatos com o recém nascido - pré-termo e patológico
 - A prevenção do puerpério - a importância do aleitamento materno.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro: Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento: Medicina

Área: Obstetrícia I

EMENTA: Compreende o estudo das alterações fisiológicas do organismo materno, o desenvolvimento do feto e seus anexos, as trocas materno-fetais, os cuidados pré-natais e perinatais, a atenção ao parto normal, puerpério e lactação normais e a atenção à gestante e suas alterações psicossomáticas.

Área: Obstetrícia II

EMENTA: Estudo das doenças intercorrentes da gravidez, as patologias em obstetrícia, o parto distócico, o parto cirúrgico, alterações do secundamento e puerpério patológico, lactação normal e patológica e aspectos éticos e médico-legais da obstetrícia.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Placenta e anexos

Trocas materno-ovulares

Trajetória óssea e mole

Repercussões da gravidez sobre o organismo materno

Diagnóstico clínico e laboratorial da gravidez

Assistência pré-natal

A contratilidade uterina (normal e patológica)
Mecanismo de parto
Estática fetal
Assistência e estudo clínico aos períodos do parto
Assistência e estudo clínico do puerpério
Anestesia e analgesia em obstetrícia
Hiperemese gravídica
Abortamento
Prenhez ectópica
Neoplasia trofoblástica gestacional
Parto prematuro
Amniorrexe prematura
Placenta prévia
Descolamento prematuro de placenta - coagulopatias
Tocotraumatismos maternos - rotura uterina
Assistência ao parto pélvico
Sofrimento fetal agudo e crônico
Gestação múltipla
Gestação prolongada
Doença hipertensiva específica da gestação
Doença hemolítica perinatal
Tocurgia - fórcepe
Tocurgia - cesárea
Gestação de alto risco - conceito, generalidades.
Puerpério patológico
Patologias da lactação

Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná
Departamento de Tocoginecologia

Área: Obstetrícia

EMENTA: Se constitui de Unidades Didáticas visando o ensino da disciplina aos alunos do 5o. ano, a saber: Embriologia da gestação; fisiologia da gestação - anatomia genital feminina; anexos fetais; caracteres morfológicos do produto da concepção; bacia obstétrica; modificações gerais e locais do organismo materno; semiologia obstétrica; assistência pré-natal; endocrinologia da gravidez; obstetrícia normal; tocurgia; patologia obstétrica; gravidez de alto risco, intercorrências clínicas da gravidez e intercorrências cirúrgicas da gravidez.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Conceito de prenhez, duração e nomenclatura
Estudo das primeiras fases de desenvolvimento do embrião humano
Anexos fetais
Fisiologia da placenta
Caracteres morfológicos do produto conceptual
Bacia obstétrica

Modificações locais do organismo materno
Modificações gerais do organismo materno
Relações útero-fetais
Semiologia obstétrica
Diagnóstico em obstetrícia
Assistência pré-natal
Endocrinologia da gravidez
Contração uterina como fator de parto
Indução e macro-indução do parto
Ultrassonografia em obstetrícia
Semiologia da maturidade fetal
Semiologia da vitalidade fetal
Evolução clínica do parto
Mecanismo de parto em cefálicas fletidas e defletidas
Mecanismo do parto pélvico
Fenômenos plásticos do parto
Assistência clínica ao parto
Puerpério fisiológico
Lactação e contracepção pós-parto
Patologias do 3o. e 4o. períodos do parto
Sofrimento fetal agudo
Fórcipe
Cesárea
Infecção puerperal
Abortamento
Gravidez ectópica
Neoplasia trofoblástica gestacional
Placenta prévia
Descolamento prematuro de placenta
Distócia funcional
Distócia óssea e de partes moles
Distócia feto anexial
Gravidez múltipla
Hiperemese gravídica
Traumas maternos e fetais
Patologias do sistema amniótico (Poli e oligodrâmnio)
Amniorrexe prematura
Doença hipertensiva específica da gestação
Crescimento intra-uterino retardado
Isoimunização pelo fator Rh (Doença hemolítica perinatal)
Diabetes mellitus e gravidez
Prematuridade
Infecção urinária e gravidez
Gestação prolongada
Óbito fetal intra-útero
Cardiopatas e gravidez
Anemias no ciclo grávido-puerperal
Sífilis e Herpes na gravidez
Rubéola e Citomegalovirose na gravidez
Toxoplasmose, Listeriose e Brucelose na gravidez

Drogas e gravidez
Parasitoses na gestação
Etiologia e prevenção de malformações
###Mortalidade materna e perinatal###
Morte súbita em obstetrícia
Analgesia e anestesia em obstetrícia
Aspectos médico-legais em obstetrícia
Ginecopatias e gravidez. Ginecopatias de causa obstétrica
Abortamento habitual
Coagulopatias
Choque em obstetrícia
Patologias tardias do puerpério e mastite puerperal
Tromboembolismo e ciclo gravídico-puerperal
Patologias do funículo. Prolapso e proclivência do cordão
Patologia da placenta e membranas
Tireoidopatias e gravidez
Apresentações anômalas
Distúrcia de trajeto e desproporção céfalo-pélvica
Psicoses puerperais
AIDS e gravidez
Gestação de alto risco
Monitoragem obstétrica
Curetagem
Histerectomia-cesárea. Esterilização cirúrgica. Microcesárea
Neoplasias malignas e gravidez
Nefropatias e gravidez
Colagenoses e gravidez
Gastroenteropatias, hepatopatias e colecistopatias na gravidez
Pneumopatias e gravidez
Dermatopatias e gravidez

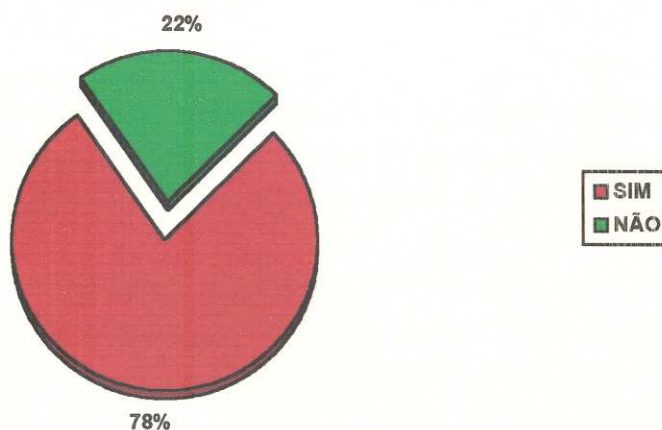
4 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos a partir do instrumento de pesquisa foram agrupados em ordem de sua apresentação no mesmo e submetidos à análise estatística, a qual passaremos a minuciar:

Participação do docente no planejamento do conteúdo programático das disciplinas de obstetrícia.

A maioria dos professores (78%) respondeu ser o conteúdo da disciplina planejado com sua participação.

FIGURA 7
PERCENTUAL DE RESPOSTAS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DO DOCENTE NO PLANEJAMENTO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO



FONTE: Levantamento junto aos docentes

O maior percentual de respostas positivas foi observado na Faculdade Evangélica com 100% de respostas, seguido pela PUCPr com 83% e por último pela UFPr com 67%.

TABELA 7
NÚMERO E PERCENTUAL DE RESPOSTAS QUANTO À PARTICIPAÇÃO DO DOCENTE
NO PLANEJAMENTO DA DISCIPLINA, SEGUNDO A INSTITUIÇÃO A QUE PERTENCE O
PROFESSOR.

INSTITUIÇÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UFPr	10	67	5	33	15	100
PUCPr	5	83	1	17	6	100
EVANGÉLICA	6	100	-	-	6	100
TOTAL	21	78	6	22	27	100

FONTE: Instrumento de pesquisa.

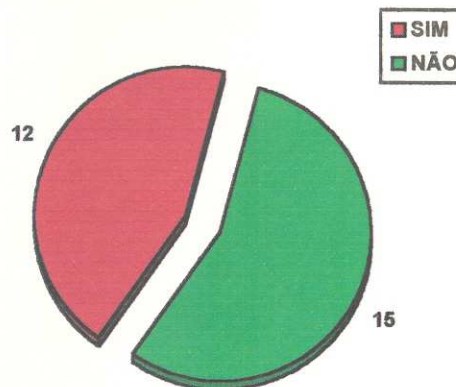
Dos que responderam afirmativamente na UFPr, 3 registraram que somente a chefia é responsável pelo planejamento. Isto indica que o professor não participa do processo de mudanças e se somássemos estes 3 aos 5 que responderam negativamente, teríamos uma maioria de respostas nesta categoria com 53% do total para a UFPr.

Contemplação integral às necessidades reais da saúde reprodutiva da mulher.

Dos 27 professores pesquisados, a maioria (56%) afirmou que a disciplina de obstetrícia, tanto no curso médico como o de enfermagem não contempla integralmente o aspecto da saúde reprodutiva da mulher.

Dentre as respostas negativas gostaríamos de destacar: a estrutura multidisciplinar do departamento (3 respostas); carga horária pequena para uma conteúdo muito extenso (2 respostas); curso muito teórico não respondendo às necessidades reais do contexto social (3 respostas); conteúdo programático escolhido aleatoriamente sem contemplar os aspectos significativos de saúde e de doença da mulher (3 respostas) e ainda 5 respostas que podem ser englobadas em um único contexto: o excesso de pacientes atendidas no serviço de pré-natal determinando mais prestação de serviços do que atividade de ensino. Temas importantes como mortalidade materna e aleitamento somente agora começam a serem abordados (1 resposta). Temas atuais ou que mereçam atualizações não são incluídos (2 respostas) havendo uma valorização excessiva da prática (1 resposta) e não há atendimento a temas e ações complementares (1 resposta)

FIGURA 8
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE SE A DISCIPLINA CONTEMPLA INTEGRALMENTE A SAÚDE REPRODUTIVA

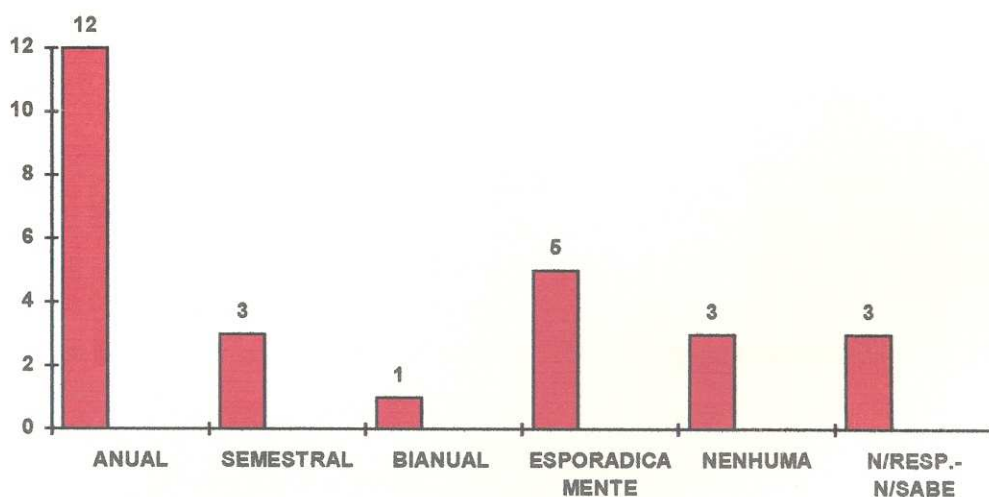


FONTE: Levantamento junto aos docentes

Quanto a periodicidade da discussão e renovação dos conteúdos programáticos.

A maior concentração das respostas quanto a esta questão recaiu sobre a opção anual (12 escolhas), seguido daqueles que responderam semestralmente (3 escolhas). Somando-se aqueles sem resposta (1) com os que não sabem ou não participam do processo (2) e com os que responderam não haver nenhuma periodicidade (3) totaliza-se 6 respostas negativas.

GRÁFICO 3
PERIODICIDADE DA DISCUSSÃO E DA RENOVAÇÃO



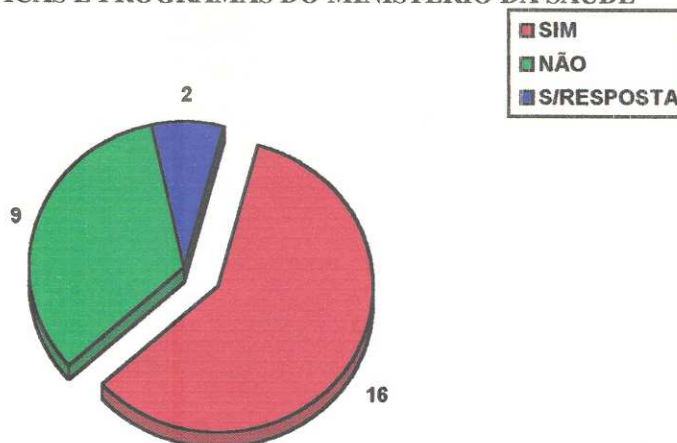
FONTE: Levantamento junto aos docentes

Dentre aqueles que responderam haver periodicidade na mudança, apenas 5 afirmaram participar ativamente/diretamente nesta mudança. Uma justificativa assinalou que a renovação se dá por meio da automatização do conteúdo da disciplina pelo docente em razão de lecionar anos seguidos os mesmos temas transformando-o em um “especialista”.

Os conteúdos programáticos contemplam aspectos relacionados às políticas e/ou programas de saúde do Ministério da Saúde e Secretárias de Saúde.

Inquiridos sobre se a disciplina de obstetrícia dos cursos de medicina e de enfermagem contempla aspectos de políticas e programas de saúde do Ministério da Saúde e órgãos afins, a maior parte (16 representando 59%) respondeu positivamente.

FIGURA 9
NÚMERO DE RESPOSTAS QUANTO À QUESTÃO SE CONTEMPLA
POLÍTICAS E PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



FONTE: Levantamento junto aos docentes.

As justificativas apresentadas com relação às respostas negativas podem ser sintetizadas da seguinte forma: falta de comunicação, conhecimento e inexistência de integração com estes programas (3); conteúdo didático clássico (1); programação voltada exclusivamente à patologia(2); necessidade de reciclagem docente (1); reciclagem de profissionais ativos (1); falta de consciência e motivação dos responsáveis pela formação (1), totalizando 9 professores.

Dos que responderam que a disciplina contempla Políticas e Programas do Ministério da Saúde e órgão afins, 2 tem envolvimento direto com as políticas governamentais pois participaram ou participam de Comitês

específicos, um afirmou que direciona a disciplina para as necessidades brasileiras e municipais, outro justificou que participa, no seu trabalho, de equipe multidisciplinar. Apenas um respondeu utilizar materiais e manuais do Ministério da Saúde.

Quanto ao preenchimento do atestado de óbito

A maior parte das respostas revela que o chefe de plantão (5 respostas) e os médicos residentes (5 respostas) são os responsáveis pelo preenchimento do atestado de óbito. Apenas uma resposta assinalou que existe a presença do aluno quando deste preenchimento.

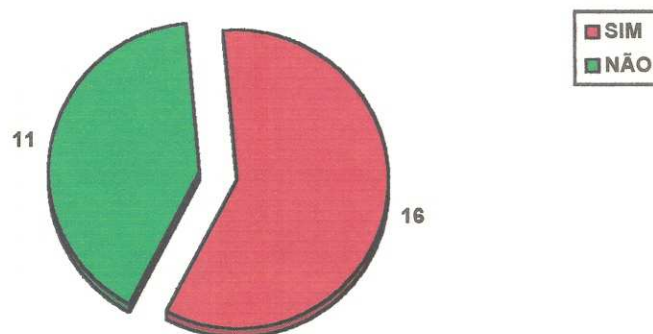
As respostas obtidas foram variadas e demonstram descaso para com o aluno com relação a este documento legal: preenchimento pelo chefe de plantão sem participação do aluno(5); pelo médico residente (5); pelo chefe de clínica (2); pelo plantão (2); chefe do setor (1); pelo médico superior (2); pelo chefe de clínica com o residente ou pela anatomia patológica (2); Instituto Médico Legal ou anatomia patológica ou chefe de clínica (1); pelo chefe de clínica em presença dos alunos (1); pelo chefe de clínica ou médico da equipe de plantão (1); não realiza estágio hospitalar (1) e finalmente não sabem informar ou sem resposta 5 professores.

O conteúdo sobre Mortalidade Materna propicia uma visão crítica da situação em termos da realidade da Saúde Reprodutiva da Mulher.

Esta questão apresentou superioridade das respostas positivas(16 representando 62%).

No entanto, as respostas negativas devem ser consideradas e foram justificadas da seguinte maneira: existe enfoque mínimo, é superficial e falta uma visão ampla (3); é focado dentro das patologias ou patologias clínicas sem evidenciar o controle epidemiológico (2); falta de tempo e de estatísticas(1); somente são ministrados conceitos específicos de Mortalidade Materna (1); somente é discutido junto aos médicos residentes (1); não enfatiza saúde pública (1); a universidade é elitista (1); contempla aspectos técnicos e deixa de lado os aspectos sociais e políticos. Totaliza 11 professores.

FIGURA 10
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE SE O CONTEÚDO RELATIVO À MORTALIDADE
MATERNA PROPORCIONA UMA VISÃO CRÍTICA DA SITUAÇÃO.



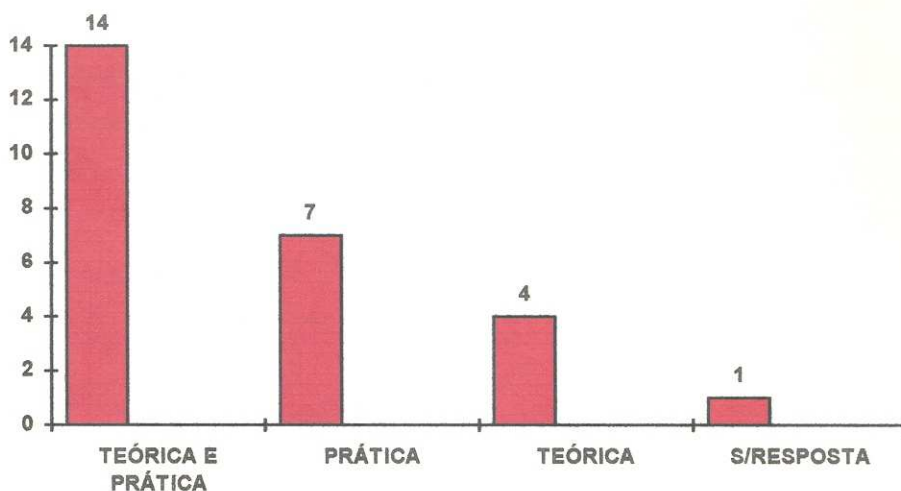
FONTE: Levantamento junto aos docentes

Das 16 respostas positivas apresentadas apenas duas foram justificadas: uma revela a existência de reuniões específicas sobre o assunto, semanalmente e a outra afirma que existe abordagem no conteúdo programático do assunto e em disciplina optativa.

Utilização do Enfoque de Risco aos futuros profissionais como estratégia de alerta para diminuir índices de Morbi-mortalidade.

A maioria absoluta dos inquiridos (26 de um total de 27) respondeu positivamente a esta questão, com a maioria também centrada na situação teórico-prática (14 respostas de um total de 26).

NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE EM QUE SITUAÇÕES É UTILIZADO O ENFOQUE DE RISCO PARA ALERTAR E DIMINUIR OS ÍNDICES DE MORBI-MORTALIDADE.

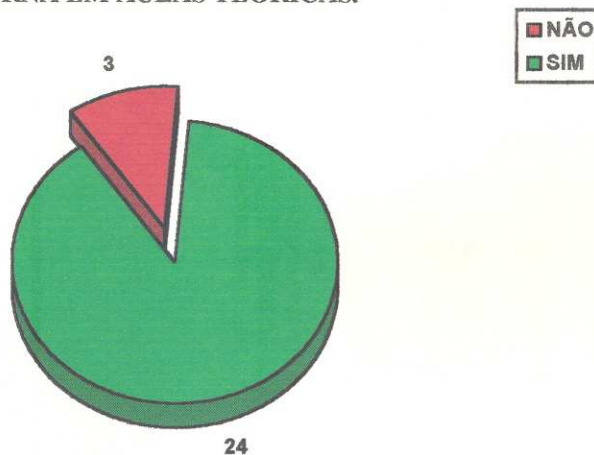


FONTE: Levantamento junto aos professores.

Transmissão de informações sobre Mortalidade Materna ao ministrar aulas teóricas.

Esta questão deteve 89% de respostas positivas.

FIGURA 11
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE SE O DOCENTE INFORMA SOBRE MORTALIDADE MATERNA EM AULAS TEÓRICAS.



FONTE: Levantamento junto aos professores.

Daqueles que responderam sim, a transmissão destas informações ocorrem da seguinte maneira: aulas (2); quando o assunto é pertinente (2); sempre e sempre que é possível (3); aulas teórico-práticas, plantões e reuniões clínicas

(3); curso de graduação e pós graduação (1); em assuntos gerais que envolvem risco materno e fetal ou onde a mortalidade materna tem incidido com maior frequência (8).

A carga horária referente a informações sobre mortalidade materna, em aulas teóricas, na maior parte das vezes é indeterminada, não há especificidade.

TABELA 8

CARGA HORÁRIA	RESPOSTAS
INDETERMINADA	4
1 HORA SEMANAL	3
4 A 6 HORAS SEMANAIS	1
6 HORAS SEMANAIS	2
20 HORAS SEMANAIS	1
40 HORAS SEMANAIS E PLANTÕES 12 HORAS	1
TOTAL	12

FONTE: Levantamento junto aos docentes

Quais as fontes de informação ou referencial teórico utilizado para transmissão de conteúdos sobre Mortalidade Materna.

Grande parte dos professores (13) utilizou-se de informações fornecidas pelos órgãos de saúde para manterem-se informados sobre epidemiologia de Mortalidade Materna, além de livros textos e fontes clássicas.

TABELA 9

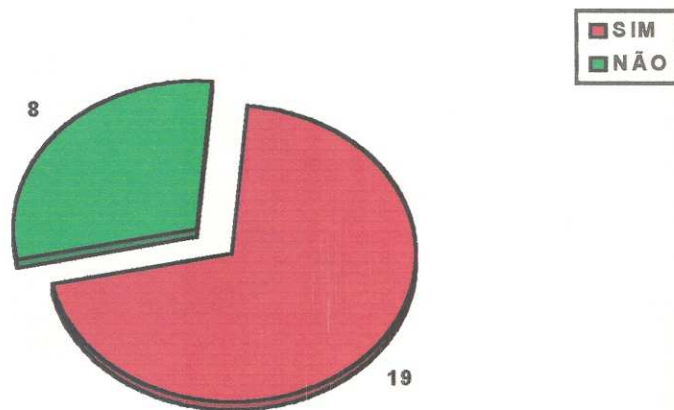
FONTES DE INFORMAÇÕES	RESPOSTAS
Informes dos órgãos de saúde: Municipais, Estaduais, OMS e Comitês de Mortalidade Materna.	13
Livros textos/Fontes clássicas	8
Comparação do Paraná, outros Estados e Brasil	2
Bibliografia nacional e estrangeira	1
Referencial do Departamento	1
TOTAL	25

FONTE: Levantamento junto aos professores

Durante o ensino teórico-prático da disciplina de obstetrícia aluno entra em contacto com os manuais do Ministério de Saúde: pré-natal de baixo risco e de alto risco.

A maioria absoluta dos professores afirmou que os alunos entram em contacto com esses manuais (23 respostas).

FIGURA 12
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE SE O ALUNO ENTRA EM CONTACTO COM OS MANUAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



FONTE: Levantamento junto aos professores

Dos que responderam sim, a maior frequência afirmou que os alunos entram em contacto com os referidos manuais no pré-natal (12 respostas).

TABELA 10

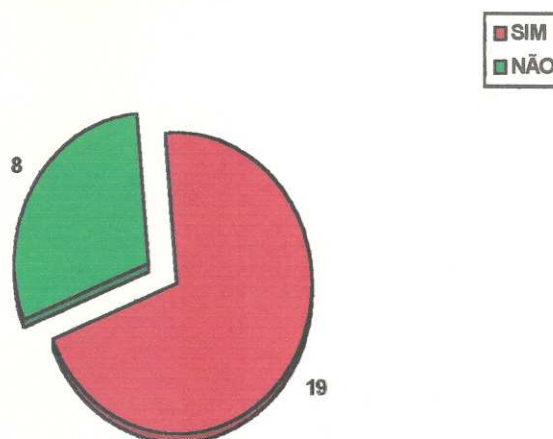
FORMA DE CONTACTO	RESPOSTAS
No pré-natal	12
Nas enfermarias	3
Aulas teóricas e/ou práticas	2
Plantão e centro obstétrico	1
Aula de assistência a gestante de baixo risco	1
Estágios	2
Aulas de graduação e pós-graduação	1
Ambulatório, enfermaria e plantão	1
TOTAL	23

FONTE: Levantamento junto aos professores

Se a teoria e a prática profissionais críticos da importância de ações de saúde para reduzir a morbi-mortalidade.

A maioria dos respondentes assinalou a opção “sim” nesta questão, abrangendo 70% do total.

FIGURA 13
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE SE A TEORIA E PRÁTICA DO PRÉ-NATAL FORMA PROFISSIONAIS CRÍTICOS QUE CONTRIBUAM PARA DIMINUIR A MORBI-MORTALIDADE



FONTE: Levantamento junto aos professores

As 8 respostas negativas fundamentaram-se nas seguintes razões: tempo insuficiente (1); número excessivo de alunos/falta de capacidade e dedicação do docente (1); formação técnica convencional (1); falta de entrosamento entre a Política Nacional de Saúde e as IES (1); ambulatório pouco didáticos(1); dissociação da realidade da saúde (1); não existe priorização na formação de consciência crítica do médico (1) e na prática não existe modelo(1).

Das duas justificativas que foram registradas na resposta “sim”, uma contradiz o próprio sim pois revela “que não contempla a prática do pré-natal” e a outra justificativa dada foi “relaciona a patologia com o meio social”.

Quanto ao conhecimento das finalidades dos Comitês de Morte Materna e se já houve participação nos mesmos.

Todos os docentes entrevistados afirmaram possuir conhecimento das finalidades dos Comitês. A maioria já participou de atividades ligadas ao Comitê (16 dos 27 entrevistados). Houve participação de 16 docentes o que corresponde a 59% enquanto que 11 (41) nunca participaram.

Dentre os que não participaram dos Comitês, apresentaram como justificativas: pretende participar (1); nunca foi indicado (1); os participantes são pessoas vinculadas a órgãos públicos (1); não tem interesse em participar (1).

Ordene pela sua frequência as causas mais comuns de Mortalidade Materna no Paraná.

As causas que apareceram em maior frequência nas respostas, por ordem de importância são:

- 1_o - Hipertensão (70% das respostas nesta categoria)
- 2_o - Hemorragias (37% das respostas)
- 3_o - Infecção (45% das respostas)
- 4_o - Aborto (50% das respostas em 4_o lugar)
- 5_o - Causas indiretas (76% das respostas)

TABELA 11
NÚMERO E PERCENTUAL DE RESPOSTAS SOBRE AS CAUSAS MAIS COMUNS DA MORTALIDADE, POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA.

ORDEM FREQUÊNCIA	1 _a		2 _a		3 _a		4 _a		5 _a	
	N _o	%	N _o	%	N _o	%	N _o	%	N _o	%
Hipertensão	19	79	5	19	2	7	*	*	*	*
Hemorragias	3	13	10	37	*	*	4	17	*	*
Causas Indiretas	*	*	*	*	1	4	6	25	19	76
Infecção	2	8	7	25	12	45	2	8	2	8
Aborto	*	*	5	19	2	7	12	50	4	16
TOTAL	24	100	27	100	27	100	24	100	25	100

FONTE: Levantamento junto aos docentes

O exame da tabela anterior revela que as causas que detiveram maior unanimidade, junto aos docentes, por importância, foram a Hipertensão (79%) em 1_o lugar e as causas indiretas (76%) em último lugar.

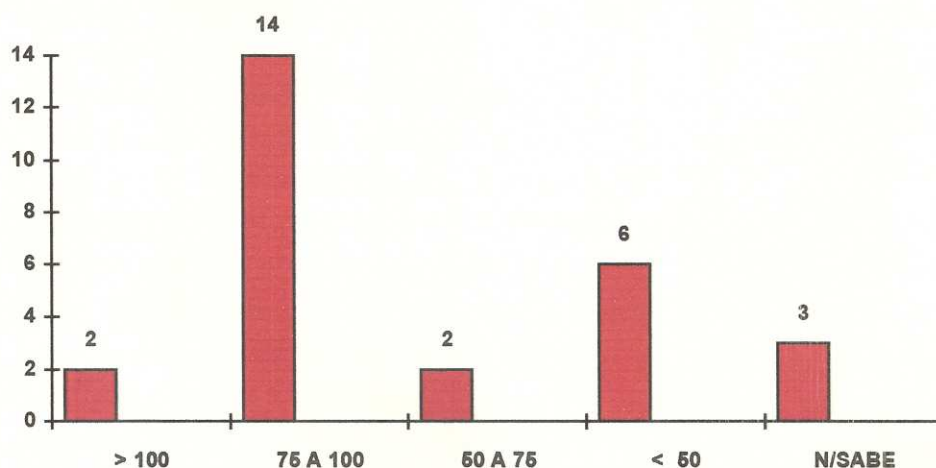
Já nas outras posições as opiniões divergem mais. As hemorragias e infecções (que aparecem em 2_o e 3_o lugares respectivamente) foram

apontadas em todos os lugares. O aborto só não foi apontado como 1º lugar, mas obteve 50% das respostas em 4º lugar.

Como seria classificado o Coeficiente de Mortalidade Materna do Paraná.

Mais da metade dos respondentes (14 representando 52%) indicam que o Coeficiente de Mortalidade Materna no Paraná estaria entre 75 e 100 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos

GRÁFICO 5
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE O COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ.

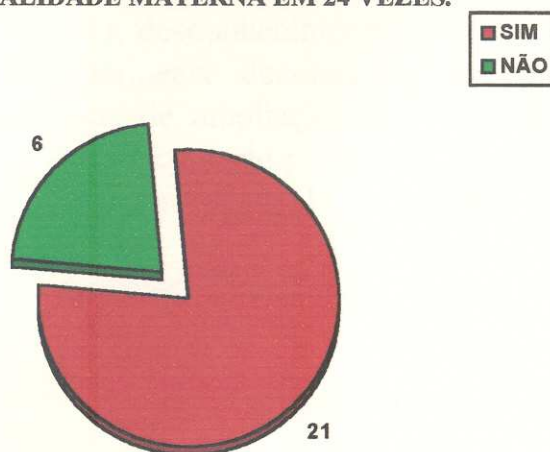


FONTE: Levantamento junto aos docentes

Indaga sobre conhecimento da necessidade de redução dos índices de Mortalidade Materna no Paraná em 24 vezes.

A maioria absoluta dos professores (21 representando 78%) revelou ter conhecimento da necessidade de reduzir este índice nos valores explicitados.

FIGURA 14
NÚMERO DE RESPOSTAS SOBRE O CONHECIMENTO DA NECESSIDADE
DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA EM 24 VEZES.



FONTE: Levantamento junto aos docentes

Segundo os diversos professores deveriam ser deflagradas uma série de ações visando a diminuição dos índices de mortalidade, conforme podemos observar abaixo:

Melhoria da assistência pré-natal	5
Melhoria da instrução médica	4
Melhoria nível educação/educação materna	3
Melhoria nível sócio-econômico da população	3
Melhor higiene/saúde e nutrição	3
Mais verbas para a saúde/adequação hospitalar/referência e contra-referência/parto hospitalar	5
Melhores salários	1
Maior divulgação dos Comitês/o mesmo proposto pelo Comitê de Morte Materna e Infantil da SMS	2

Como justificar os altos índices de cesáreas existentes?

Na opinião dos entrevistados, os altos índices de cesáreas são, em grande parte, devido ao despreparo profissional (16 respostas), ao conceito social estético que a cesárea assume, sendo feita a pedido das pacientes (12 respostas) ou para a execução de esterilização tubária (10 respostas).

As respostas foram extremamente variadas porém podemos condensá-las da seguinte forma: despreparo/comodismo profissional(16);

conceito social estético/ à pedido das pacientes (12); esterilização tubária (10); baixa remuneração profissional/mercantilismo(7); dificuldades para a analgesia de parto/disponibilidade médica(7); desconhecimento de riscos da cesárea pela paciente/medo de problemas perineais decorrentes dos parto(6); baixa qualidade do pré-natal/necessidade de ampliação dos recursos diagnósticos e terapêuticos no pré-natal (3); falta de controle pelos órgãos competentes(1); não concorda com tal afirmação (1) e sem resposta (1).

As taxas de cesareanas “mais adequadas” na opinião dos entrevistados seriam:

10 a 20%	7 respostas
20 a 30%	7 respostas
30 a 35%	4 respostas

Como a Universidade poderia aproximar o ensino com as necessidades do mercado de trabalho.

Os professores enfatizaram que, a solução para a aproximação das universidades com o mercado de trabalho, estaria na realização de atividades junto à comunidade (8 respostas) ou formando profissionais competentes voltados a esta realidade (5 respostas), maior integração dos profissionais e das Instituições de Ensino Superior com os órgãos oficiais (5 respostas) e finalmente desenvolvendo programas de reciclagem profissional e atualização sobre Mortalidade Materna e Programas Oficiais (4 respostas), entre outras, abaixo discriminadas:

- realização de atividades junto aos postos de saúde da periferia/atividades extra-muros/participação direta com a comunidade. 8
- formando profissionais competentes voltados para a realidade social. 5
- programas de reciclagem profissional/atualização sobre Mortalidade Materna e Programas Nacionais de Saúde. 4
- participação mais ativa dos professores junto aos Comitês e Comissões/entrosamento com as Secretarias de Saúde/prevenção. 5
- atuando em “campus” avançados e pesquisando/debates, confrontos e discussão dos temas entre professores, alunos e funcionários 2
- melhor remuneração 2
- humanização da relação paciente/profissional/população. 1
- pesquisas financiadas pelo governo deveriam ter retorno

à qualidade do atendimento	1
- reformulação dos conteúdos programáticos a nível de graduação e pós-graduação.	1
- padronização de cursos e atendimentos	1

Quais ações de saúde poderiam ser desencadeadas visando a redução da Mortalidade Materna.

A maior parte dos professores respondeu que para redução das taxas de mortalidade materna a assistência ao pré-natal deveria ser mais abrangente e obrigatória (16 repostas); o governo deveria dar prioridade às políticas de saúde e educação, com ações de saúde pública mais abrangentes e desencadear programas de saneamento básico (8 respostas); oferta de hospitais com melhor infra-estrutura, inclusive maior número de UTI (6 respostas)

Respostas	Nº
- pré-natal mais competente/mais abrangente/obrigatório	16
- priorização da política de saúde e educação/ações de -- saúde pública mais abrangentes/saneamento básico	8
- campanha sobre maternidade consciente/utilização dos meios de comunicação para campanhas efetivas	6
- melhorar formação profissional/profissionais preparados para situações de risco/aprimoração do ensino	4
- criação de centros de referência e contra-referência	3
- mais verbas para medicação básica e materiais de consumo/recursos consistentes	3
- reciclagem de profissionais	3
- cesta básica de pré-natal/melhorar a alimentação das gestantes	3
- multiplicação dos postos de saúde/descentralização dos -- atendimentos	3
- maior integração teoria x prática/estudo das causas da mortalidade materna nas IES/análise de resultados pelas IES	3
- outras respostas	21

Quais conteúdos ministrados propiciam a ênfase da morte materna?

A concentração das respostas recaiu sobre hipertensão (9), infecção e infecção hospitalar (8); todas as patologias que se relacionam com maior incidência de morte materna (6); hemorragias (7); cardiopatias (5), entre outras.

Principais respostas	N ^o
- hipertensão	9
- infecção e infecção hospitalar	8
- todas as patologias que se relacionam com a morte materna ou do conteúdo programático	6
- hemorragias	7
- cardiopatias	5
- diabete	4
- pré-natal/prevenção da pré-eclâmpsia e eclâmpsia	2
- outras respostas de abrangência diversa	28

Os dados fornecidos através o levantamento dos questionários mostra que a totalidade dos entrevistados possui conhecimento da finalidade dos Comitês e a maioria (59%) já participou, de alguma forma, destes Comitês; a maioria absoluta dos respondentes (96%) se utiliza de enfoque de risco como estratégia para alertar sobre a importância destes fatores na redução dos índices de Mortalidade Materna; transmitem em aulas teóricas informações sobre Mortalidade Materna(89%); participam no planejamento do conteúdo programático da disciplina de obstetrícia (78%) e afirmam conhecer a necessidade de redução da Mortalidade Materna em 24 vezes no Paraná (78%).

Um pouco mais da metade dos entrevistados (59%) relatou que o conteúdo da disciplina de obstetrícia contempla políticas e programas de saúde dos órgãos governamentais e proporcionam ao futuro profissional, visão crítica sobre a realidade da Saúde Reprodutiva da Mulher, porém este conteúdo **não** contempla **integralmente** as necessidades reais da Saúde Reprodutiva da Mulher (56%).

Ainda, na opinião de grande parte dos professores (70%), a teoria e a prática, ministrada aos alunos sobre o pré-natal, forma profissionais críticos e conscientes da importância desta ação na redução da Mortalidade Materna e a maioria dos alunos (85%) entra em contacto com os manuais de baixo e alto risco do Ministério da Saúde.

TABELA 12
ÍNDICES PERCENTUAIS DE AVALIAÇÃO

Nº DA QUESTÃO	QUESTÃO	SIM	NÃO
01	Participação docente	78%	22%
02	Abrangência integral de saúde reprodutiva	45%	55%
04	Contempla políticas e programas	59%	41%
06	Proporciona visão	59%	41%
07	Se utiliza do enfoque de risco	96%	4%
08	Informa sobre M.M. em aulas teóricas	89%	11%
10	Aluno entra em contacto com os manuais do Ministério da Saúde.	85%	15%
11	Teórica e prática forma profissionais críticos	70%	30%
12	Conhecimento dos Comitês Participou dos Comitês	100% 59%	* 41%
15	Conhecimento da necessidade de redução da M.M. em 24 vezes	78%	22%

FONTE: Análise da pesquisa junto aos professores

Na Faculdade Evangélica todos os professores participam no planejamento do conteúdo programático da disciplina de obstetrícia; na PUCPr, 83% dos professores e na UFPr, apesar de 67% responderem que participam desse processo, tres professores (20%) afirmaram que somente as chefias são responsáveis pelo planejamento, o que indicaria que 53% dos professores desta IES não participa de forma ativas nestas mudanças.

A disciplina de obstetrícia em enfermagem e medicina não contempla integralmente a saúde reprodutiva da mulher, por ser teórica e não abrangente (3 respostas de um total de 16); enfatiza a patologia em detrimento da prevenção e por, na opinião dos pesquisados, não ser competência da disciplina (3 respostas).

Dos professores que reponderam que o conteúdo sobre mortalidade materna **não proporciona** visão crítica da situação (11) também afirmam que este conteúdo é superficial (3), só enfocando as patologias(1) ou aspectos técnicos, deixando de lados os aspectos sociais e políticos (1), apresentando apenas conceitos específicos sobre mortalidade materna. **As respostas sobre estas duas questões (2 e 6) enfatizam que o conteúdo da disciplina deve ser mais abrangente, mais relacionado com a realidade social e prevenção.** Ainda, em relação à mudanças no conteúdo da disciplina, dos 16 entrevistados que responderam existir periodicidade na discussão e renovação deste conteúdo, apenas 19% participam deste processo.

Apesar de um pouco mais da metade (59%) dos entrevistados revelar que o conteúdo da disciplina contempla Políticas e Programas do Ministério da Saúde, **apenas um professor** utiliza material e manuais do próprio Ministério; entretanto, também quase metade dos docentes (48%) mantém-se informados sobre mortalidade materna em informes dos órgãos de saúde, revelando que as informações nestes informes podem chegar ao conhecimento dos alunos se houver interesse dos docentes ou dos departamentos.

Os manuais de pré-natal de baixo e alto risco, na opinião de 85% do docentes, chegam ao conhecimento dos alunos geralmente nas aulas de enfoque pré-natal, nas enfermarias e ambulatórios (aulas práticas).

Nas aulas teóricas também são abordados aspectos sobre mortalidade materna, principalmente com enfoque nas patologias, no risco fetal e obstétrico materno.

Em relação sobre a importância da prática do pré-natal na diminuição da morbi-mortalidade materna encontramos respostas um tanto dúbias como falta de tempo, falta de entrosamento entre as IES e órgãos do governo para que isso não ocorra.

Quanto as causas mais comuns de mortalidade materna a maior unanimidade das respostas determina como primeira causa a hipertensão, com 79% das respostas e em quinto lugar as causas indiretas, com 76% das respostas. O coeficiente de mortalidade materna estaria entre 75 e 100 por 100.000 nascidos vivos na opinião dos docentes e o atestado de óbito, declaram, ser preenchido geralmente pelo chefe de plantão ou o médico responsável.

As cesáreas acontecem em grande parte devido ao despreparo profissional, à pedido das pacientes, para realização de esterilização tubária ou

por falta de analgesia de parto. A grande maioria dos docentes revelou que os índices adequados de cesáreas estaria entre 15 e 25%.

A universidade poderia aproximar o ensino às necessidades do mercado de trabalho através de atividades com a comunidade, com programas de reciclagem profissional e formando profissionais mais competentes voltado para as necessidades do país.

As ações que reduziriam as taxas de mortalidade materna seriam através de um pré-natal mais competente, de priorização de políticas de saúde, da melhoria dos equipamentos hospitalares, melhora da remuneração hospitalar, melhor formação profissional e melhor nível sócio-econômico da população.

Finalmente, as palavras de ordem que aparecem em todas as questões com respostas abertas, no sentido de melhoria são: integração realidade x teoria, prevenção, reciclagem profissional, pré-natal mais eficiente e acessível, conteúdos programáticos mais abrangentes, profissionais mais competentes e maternidades mais conscientes.

Os professores responsáveis pelo ensino da disciplina de obstetrícia, participam (78%) do planejamento da disciplina e da elaboração do conteúdo programático. Relatam conhecer (100%) a finalidade dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e mesmo face a esta realidade não contemplam de maneira satisfatória, em seus planejamentos, as questões relativas à saúde reprodutiva da mulher (56% dos entrevistados).

Acredita-se que uma das razões da existência desta problemática relaciona-se com a falta de integração dos conteúdos teóricos com as diretrizes e programas provenientes do Ministério de Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Dos entrevistados, 41% afirmaram não existir contemplação nos conteúdos vigentes, fazendo com que os alunos não saiam das universidades com uma visão crítica da realidade da saúde e da doença da mulher, embora durante o ensino da Obstetrícia seja utilizado o **Conceito Enfoque de Risco**, chamando atenção do aluno para a realidade, só que este **enfoque de risco** é mais utilizado por ocasião do ensino de patologias do que no **“enfoque preventivo”**, fazendo com que as **patologias** sejam mais valorizadas no processo ensino-aprendizagem do que a **Prevenção das Doenças e da Mortalidade Materna**, que é uma realidade e que desde 1986, no Paraná, até os dias de hoje, vem mantendo um coeficiente alto de Mortalidade Materna.

Este coeficiente se encontra em torno de 100 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e se considerarmos o padrão preconizado pela OMS como normal (10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos), o Paraná deverá reduzir suas taxas de Mortalidade Materna de 9 a 10 vezes. Acredita-se que um dos fatores para a diminuição destes índices, inclui também a qualidade da formação profissional.

Na opinião de 70% dos entrevistados, a teoria e a prática ministradas aos alunos sobre o pré-natal, forma profissionais conscientes da importância desta ação na redução da Mortalidade Materna.

A não realização de atividades práticas de pré-natal com valorização apenas da teoria é extremamente questionável com prejuízo para a evolução do processo de construção de conhecimentos, do exame clínico-obstétrico, da valorização de sintomas mínimos, da expectativa profissional-cliente e principalmente do desempenho profissional futuro em ambulatórios pré-natais

Questiona-se o papel da universidade e dos departamentos na formação de profissionais como agentes de transformação uma vez que as ações qualitativas de pré-natal representam o alicerce para que ocorra redução dos índices de mortalidade materna. Uma grande parte dos entrevistados, embora participem da elaboração do conteúdo programático, referendam o atendimento pré-natal mais em nível assistencial do que ensino-aprendizagem.

Denota-se uma valorização excessiva do saber teórico.

Não conceber o conhecimento como um saber pronto, fechado em si mesmo mas em um produto organizado e estruturado sequencialmente que deve ser transmitido por tópicos menores(PIMENTEL²⁹, 1990, pág. 34).

Existe um consenso do que é realmente ensinar? A maioria dos professores da área biomédica não teve qualquer formação pedagógica e duvidam de sua utilidade. Talvez isto esteja na raiz da forma como é processada a formação nos dias atuais.

Nas aulas teóricas o aluno não se envolve de forma efetiva, presta atenção na exposição oral se não for “maçante” ou se a mesma tiver relação com experiências já vividas. Nesta situação não é o sujeito da aprendizagem.

²⁹ PIMENTEL, Marta da Glória. O Professor em Construção. Campinas, São Paulo, 1993

Poderíamos salientar a necessidade de uma mudança de mentalidade e de reorientação do ensino e porque não, analisar todas estas questões para afirmar a inexistência de um processo de reflexão do que é ensinar, mas ensinar com competência para verdadeiramente “ser professor” e não “estar professor”.

A atualização constante dos conhecimentos é uma necessidade constatada pois ao questionarmos as causas de Mortalidade Materna, percebe-se que os docentes possuem clareza das principais patologias obstétricas que levam as mulheres a morte mas desconhecem em sua maioria o comportamento delas em nosso contexto. Esta análise vem ratificar a afirmação teórica da inexistência da valorização, no ensino da obstetrícia, dos critérios epidemiológicos da Mortalidade Materna e que o professor é “especialista em determinados conteúdos”.

Na concepção de LIBÂNEO²⁰, 1992:

O ato pedagógico constitui-se de uma relação entre aluno e as matérias de estudo, mediadas pelo professor, a quem cabe garantir o ato pedagógico deste encontro, com isto se quer dizer que o ato pedagógico não se dá por acaso: ele exige um trabalho docente sistemático, intencional, planejado, visando introduzir o aluno nas estruturas significativas dos conteúdos selecionados em termos de finalidades formativas.

Face a problemática existente, questiona-se a maneira da universidade aproximar-se cada vez mais às necessidades do mercado de trabalho, sendo as atividades “extra-muros”, a participação direta com a comunidade bem como a formação de profissionais competentes voltados para a realidade atual. Aparece também como estratégia importante a reciclagem profissional e a participação nas ações determinadas pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde e o enfoque a ser dado à prevenção. Em menor escala aparecem ações importantes como remuneração adequada, realização de pesquisa oportunizando o retorno da qualidade ao atendimento à mulher, a padronização dos atendimentos, a atualização e reformulação dos conteúdos programáticos.

Mas, pergunta-se de que forma mobilizar professores para que estas sugestões sejam colocadas em prática no processo ensino-aprendizagem? De que forma as ações docentes podem ser acionadas para melhorar a qualidade dos conteúdos transmitidos? De que maneira poderemos levar os professores a uma análise crítica destas situações pedagógicas concretas que comprometem a qualidade dos profissionais egressos dos cursos de medicina e enfermagem.

Existe portanto muito trabalho a ser realizado por parte das chefias, dos professores, de coordenadores e que a coordenação do ensino da obstetrícia seja centrada nas relações professor/aluno/conteúdo programático e prática social vivida.

Dentre as ações que poderiam ocasionar reduções no índice de mortalidade materna constatamos que a formação profissional para enfrentar as situações de risco aparece apenas na quarta posição, sendo esta uma das principais causas no determinismo do alto índice de Mortalidade Materna. A falta de obrigatoriedade para realização do pré-natal, de atividades e programas educativos, de priorização de políticas de saúde e de saneamento básico relacionado também com a falta de infra-estrutura hospitalar satisfatória.

Estas questões aparecem dentro de uma escala de valores em que o profissional formador não coloca a qualidade e a importância da formação como principal motivo do alto índice de mortes maternas. A prática vigente demonstra que as mulheres morrem em grande número devido às causas obstétricas. Havendo melhoria da qualidade da assistência profissional e hospitalar 90% destas mortes poderiam ser evitadas.

Em nenhum momento foi questionada a prática dos profissionais de saúde e do abandono das mulheres aos programas de assistência pré-natal existentes, sendo que apenas um professor levanta o problema da humanização desta assistência como um importante indicador que poderia atuar levando a redução da mortalidade.

A morte materna, pode-se afirmar, é na grande maioria das vezes enfocada, quando se trata de formação acadêmica, em patologias pertinentes. Lembra **CAPRA**²⁷ que o ensino da medicina é centrado em patologias.

O enfoque preventivo da assistência pré-natal não aparece contemplado com significatividade no elenco de ações delineadas pelos profissionais formadores de médicos e enfermeiros, permitindo-nos inferir que a assistência pré-natal bem como as ações preventivas não são vislumbradas como de importância para prevenção de Mortalidade Materna

5 - CONCLUSÕES

Esta pesquisa procurou conhecer o envolvimento das Universidades nas questões relativas ao problema da Mortalidade Materna no Brasil e especificamente no Paraná, como um indicativo da utilização de bases epidemiológicas e enfoque de risco para a programação dos conteúdos programáticos.

Identificou-se a necessidade de um processo de repensar as características de qualidade, produtividade, pertinência técnica, científica e social do produto final das Universidades.

Questiona-se a atual estrutura curricular de formação dos profissionais da saúde que beneficia a doença em detrimento da saúde e sobretudo da forma como vem sendo realizado a construção do conhecimento, visto que 40% dos órgãos formadores, em Curitiba, não contemplam a prevenção da mortalidade materna como tema emergente e necessário para a formação do profissional crítico.

Entende-se a Universidade dentro de uma perspectiva transformadora e de compromisso com a realidade social, comprovada nas estatísticas, que refletem a situação caótica vigente nas questões de saúde reprodutiva da mulher.

Percebeu-se uma prática profissional distante da situação de saúde e doença da mulher em idade reprodutiva, onde os critérios epidemiológicos são pouco valorizados e a doença é privilegiada sendo a prevenção relegada a planos inferiores. CAPRA (1982), ao analisar o modelo biomédico, descreve-o como "modelo popular da doença".

MIZUKAMI²⁵, fala em mudanças e para que elas aconteçam e transformem conceitos educacionais, programas de ensino, métodos de trabalho e conteúdos é preciso que professores e alunos se encontrem em uma relação dialógica tendo a realidade como mediadora.

Da organização dos conteúdos programáticos participam a maioria dos docentes, mas, percebe-se claramente que os mesmos não são planejados dentro de critérios epidemiológicos e sim de uma hegemonia científica dominante. Apesar da participação docente os conteúdos de formação acadêmica são clássicos e não vem de encontro com a situação real da saúde da mulher em idade reprodutiva.

Os papéis que os diversos profissionais desempenham em um determinado contexto são delimitados por um conjunto de fatores como o mercado de trabalho e mais especificamente, pela instituição formadora que lhes inculuiu uma determinada concepção de sociedade, de homem, trabalho e educação.

O papel do professor repetidor de conteúdos prontos não satisfaz mais e a educação passa a ser continuamente questionada pela sociedade e precisa com urgência ser modificada.

Percebeu-se a inexistência de atualização constante por parte dos professores, transformados em especialistas de determinados conteúdos. São os mesmos conhecedores das principais causas da mortalidade materna em obstetrícia porém desconhecem a realidade existente no Brasil e no Paraná, ratificando a falta de valorização da epidemiologia da Mortalidade Materna e da dicotomia existente entre ensino e prática profissional.

Ainda referente ao envolvimento do profissional docente nas políticas de saúde e nos programas de esfera federal, estadual e municipal não se observa participação efetiva embora quase todos conheçam a existência dos Comitês Estaduais e Regionais de Prevenção da Morte Materna.

Discute-se a qualidade deste conhecimento pois o professor possui diante de si uma dupla função: proporcionar ao aluno um conhecimento sistematizado, sejam eles técnicos, científicos ou culturais, para alcançar uma melhor qualidade de vida e possibilitar a compreensão do meio em que vive, para que com ele se integre e o transforme. (FERGUSON, 1980).

Questiona-se a pertinência do conteúdo programático de Mortalidade Materna ministrada aos acadêmicos na formação de profissionais críticos. A maioria dos docentes entrevistados respondeu afirmativamente, demonstrando claramente que no processo ensino-aprendizagem existem problemas: o que é realmente o ensinar e o que significa aprender. O que é ser professor e o que significa estar professor pois o planejador do processo educativo é um especialista e não um educador.

Conclui-se que é do conhecimento da maioria dos profissionais formadores, que o Brasil e o Paraná necessitam reduzir significativamente seus coeficientes de mortalidade pois compromissos foram assumidos com a OMS/OPS para redução da mortalidade até o ano 2000. Para que isso aconteça torna-se necessário que as universidades integrem-se cada vez mais com a

sociedade, dando respostas significativas à questões emergentes como o é a Mortalidade Materna em Obstetrícia.

Acredita-se que além das decisões políticas as universidades possuem um papel importante na transformação desta realidade lançando ao mercado de trabalho profissionais críticos comprometidos com a mudança social.

O investimento da melhoria de qualidade na formação de médicos e enfermeiros reduzirá a Mortalidade Materna existente no Paraná (100 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos) de modo significativo, alcançando padrão preconizado pela OMS de 10 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.

6 - RECOMENDAÇÕES

Frente a análise e resultados obtidos neste estudo identifica-se a importância de uma reorientação no processo de formação médica e de enfermagem, para que o profissional egresso das universidades venha responder às necessidades reais de saúde e de doença da mulher durante o período da gravidez, parto e puerpério.

Que os docentes dos Departamentos sejam envolvidos em atualização constante.

Que os programas, planos e diretrizes gerais, normas e manuais emanadas do Ministério da Saúde, da Educação, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde sejam conhecidas e discutidas nos departamentos, proporcionando uma visão mais crítica e real do profissional comprometido com a formação.

Que os conteúdos programáticos de obstetrícia sejam elaborados a partir de critérios epidemiológicos e não de conteúdos clássicos pertinentes à saúde reprodutiva da mulher, considerando que em nosso Estado é necessário uma redução do índice de Mortalidade Materna em cerca de 10 vezes.

Que seja incentivada a representação dos departamentos em comissões pertinentes à saúde reprodutiva, em esferas federais, estaduais e municipais para que o ensino seja embasado cada vez mais na realidade e nas necessidades do mercado de trabalho.

Que a assistência pré-natal qualificada seja valorizada como uma estratégia importante para o determinismo da redução de índice de mortalidade materna.

Que a prevenção das mortes maternas seja enfatizada em todos os momentos do processo ensino-aprendizagem em obstetrícia e não somente vinculado ao ensino de determinadas patologias.

Que o **Conceito e Enfoque de Risco** passe a fazer parte do ideário pedagógico necessário ao ensino de qualidade em obstetrícia.

Que seja enfatizado e ensinado nos Departamentos a importância do preenchimento correto dos atestados de óbito visando a diminuição das sub-

notificações das Mortes Maternas. Para cada óbito notificado corretamente hoje em dia existe mais um sub-notificado. (Braga - 1994).

Que o planejamento do ensino teórico-prático seja realizado de forma dinâmica para que o profissional formador seja generalista e não especialista em determinados conteúdos.

Que o planejamento dos conteúdos programáticos da disciplina de obstetrícia sejam revistos pelos Departamentos, objetivando a melhoria da qualidade da formação profissional atendendo assim as necessidades de saúde e de doença da mulher em idade reprodutiva pois no Paraná os coeficientes de Mortalidade Materna permanecem inalterados há 10 anos.

Que o estudo da obstetrícia seja inovador e ousado trazendo com isto benefícios à saúde reprodutiva da mulher.

Que todos os profissionais envolvidos com a formação de médicos e enfermeiros ao realizarem seus planejamentos analisem o Plano de Redução da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde e que sejam multiplicadores para que a meta de redução da mortalidade seja atingida até o ano 2000.

7 - CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES

Despertar o interesse dos profissionais comprometidos com a formação sobre a realidade da Mortalidade Materna no Paraná.

Alertar sobre a necessidade de introduzir critérios epidemiológicos aos conteúdos programáticos ministrados na disciplina de obstetrícia, tanto teórica como prática, para que se possa diminuir a curto prazo os índices de Morbimortalidade Materna.

Incorporar ao processo formativo a importância do preenchimento correto do atestado de óbito como elemento significativo para a diminuição das subnotificações existentes no cenário da Mortalidade Materna.

Identificar que os conteúdos clássicos de formação profissional ministrado aos médicos e enfermeiros, com formação em Curitiba, não estão vindo de encontro com as reais necessidades da mulher em idade reprodutiva.

Consolidar a importância da formação de um profissional mais crítico e consciente do seu papel social.

Perceber, os Serviços de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, desarticulados do processo formativo de recursos humanos para a saúde.

Novos estudos poderão ser realizados para aprofundamento das análises referentes ao processo de ensino-aprendizagem sobre a Mortalidade Materna em Obstetrícia, como por exemplo, a visão dos alunos, comparando-a com a percepção do docente.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ACSADI, G., T.F. Johsson. ACSADI, G. & VLASSOF, M. Safemotherhood in Latin American and the Caribbean: Socio-cultural and Demographic Aspects of Maternal Health. New York, Acsadi Associates, 1991.
- 2 BOBADILLA, J. L., REYES Y KARCHMER. La Magnitud y Causas de la Mortalidad Materna en ciudad de México, 1988/1989.
- 3 BRAGA, L.F.C.O., Relatório do Comitê de Mortalidade Materna. Paraná, 1992
- 4 CARVALHO, Wilma de, O Ensino de Graduação na Área da Enfermagem - Considerações Essenciais Críticas. Seminário de Ensino Superior Norte Nordeste. Recife, 24 a 26 setembro - 1986.
- 5 CEBES, Plataforma de Saúde, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. nº 26, p. 8 - 10, set., 1989.
- 6 CHAVES NETO e COLS. Cap. 6. Morte Materna: Uma tragédia evitável. Ed. Unicamp. Campinas, 1991.
- 7 CHAUI, M., O que é ideologia. Edit. Brasiliense, São Paulo, 1980.
- 8 CHELALA, Cesar A. La Salud Materna. Un perene desafio. OPAS. 1991. (Texto mimeografado).
- 9 DEMO, Pedro. Universidade e Qualidade. IPLAN/SEC., 1989.
- 10 FAUNDES, Anibal. Morte Materna. Uma tragédia evitável. Campinas: Unicamp, 1991
- 11 FAZER Universidade: uma proposta metodológica. São Paulo: Cortez, 1985.
- 12 FERGUSON, Marilyn. A conspiração aquariana. Rio de Janeiro: Record, 1980.
- 13 FIGUEIREDO, Juan Manuel Sotelo. El Enfoque de Riesgo Y la

Mortalidad Materna: Una Perspectiva Latinoamericana.
OPS. OMS. - 1993 - Texto mimeografado.

- 14 FREIRE, Paulo & Shor, Ira. Medo e Ousadia. O cotidiano do Professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- 15 GRAMSCI, A., Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Ed. Civilização Brasileira, Rio. 1978.
- 16 LAURENTI, Ruy & SOUZA, Maria de Lourdes. Mortalidade Materna: Conceitos e Aspectos Estatísticos. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Portugues. MS/USP/OPS/OMS. São Paulo, 1987. (Texto mimeografado)
- 17 LAURENTI, Ruy. Mortalidade Materna em São Paulo. 1988
- 18 LAURENTI, R. A. Saúde Materna na Região das Américas. OPS. s.ed. 1992.
- 19 LAURENTI, Ruy. 1º Forum Nacional sobre Mortalidade Materna. Curitiba, 1993
- 20 LIBÂNEO, José Carlos. A democratização da escola pública. São Paulo: Loyola, 1987.
- 21 MANZOLLI, Maria Cecília. Currículo e Concepções: Abordagens na Enfermagem. (Texto Mimeografado). USA.
- 22 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília, 1994.
- 23 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico e Normas - Pré-natal de Baixo Risco. Brasília, 1986.
- 24 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico e Normas - Pré-natal de Alto Risco. Brasília, 1986.
- 25 MIZUKAMI, Maria da Graça Nicoletti. Ensino: As abordagens do processo. São Paulo: E. P. U., 1986.
- 26 MORA, S. & YUNES. La Muerte Materna: Una tragedia ignorada. 1993. (Texto mimeografado).

- 27 OJEDA, Nestor Suares. Informe Final Taller Regional sobre Investigación en Mortalidad Materna. México. OPS/OMS, 1990. (Texto mimeografado)
- 28 PEDERSEN, Duncan. Informe Final Taller Regional sobre Investigación en Mortalidad Materna. México. OPS/OMS, 1990 (Texto mimeografado)
- 29 PEDROSA, Antonio Enrique Neto - Capítulo, 5 - Livro. Morte Materna, uma tragédia evitável. Ed. Unicamp. 1991.
- 30 REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1987
- 31 ROMANELLI, Otaiza. História da Educação no Brasil. Petrópolis. Vozes, 1984.
- 32 SESA/COMITÊ ESTADUAL DE MORTE MATERNA - Relatório anual do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná. Curitiba, 1989.
- 33 SESA/COMITÊ ESTADUAL DE MORTE MATERNA - Relatório anual do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná. Curitiba, 1990.
- 34 SESA/COMITÊ ESTADUAL DE MORTE MATERNA- Relatório anual do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná. Curitiba, 1991.
- 35 SESA/COMITÊ ESTADUAL DE MORTE MATERNA- Relatório anual do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná. Curitiba, 1992.
- 36 SAVIANI, Dermeval. Escola e Democracia. São Paulo: Cortez, 1985.
- 37 SILVA, Graciette Borges. O Trabalho na Enfermagem. 1ª Convenção Capixaba de Enfermagem. 14 - 17 maio. 1984. (Texto mimeografado)

- 38 SILVA, Joana Azevedo. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Sistemas Locais de Saúde. Brasil. Ed. Médica y Salud, V. 27 n.1, p.32 - 49, 1993.
- 39 SIQUEIRA, A.A. de; et al. Brasil, 1980. Rev. de Saúde Pública. São Paulo, 18(6): 448-65, 1984.
- 40 SIQUEIRA, A.A. de; TANAKA, A.C.D.; MORON, A.I.; ALVARENDA, A.T. de; et al. Morbidade e Mortalidade Materna, qualidade da assistência e estrutura social: Estudo da Região Sul do Município de São Paulo, Brasil: Análise Preliminar, São Paulo, Brasil: Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde - Pública da USP. 1991.
- 41 SOUZA, M. L. & LAURENTI, Ruy. **Mortalidade Materna: Conceitos e Aspectos Estatísticos**. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, OMS. Série Divulgação, nr. 3, 1987.
- 42 SUS - Diretrizes para Formulação de Política de Recursos Humanos. M.S., Brasília, 1989
- 43 TANAKA, Ana Cristina Andretta. Importância de um Sistema de Vigilância Epidemiológica na Mortalidade Materna. 1993. Texto mimeografado.
- 44 VAHL, Teodoro Rogério. Desafios da Administração Universitária. Florianópolis, Ed. UFSC. 1989.
- 45 _____ Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília, 1985.
- 46 _____ Ato de Ser Médico, O. Revista Femina, Vol. 21, nr. 3. Março, 1993.
- 47 _____ Educacion Médica y Salud. OMS, Vol. 28, nr. 1, janeiro/março, 1994.
- 48 _____ Educacion Médica y Salud. OMS. Vol. 27, nr. 2, abril/junho, 1993.
- 49 _____ Estratégias para la Prevencion de la Mortalidad Materna en las Américas. Programa de Salud Materno Infantil. OMS/OPS.

Fascículo IV. 1989. (Texto mimeografado).

- 50 _____ Foro Mundial de la Salud. OMS, Vol. 14, nr. 2, 1993.
- 51 _____ 1º Forum Nacional de Mortalidade Materna. Curitiba, 1993.
- 52 _____ Informe Final enviado por 12 países à OPS. Região Latino-americana, 1993.
- 53 _____ Informe Final Taller Regional Sobre Investigación en Mortalidad Materna. Fasc. 6. Secretaria de Salud de México, OPS/OMS México, D.F., 16 a 20 de abril, 1990.
- 54 _____ I Taller Latino Americano sobre Salud Materno Infantil. Estratégias Operativas. Metepec, Puebla, México, 27 de maio a 1º de junho, 1991.
- 55 _____ Jornal do Conselho Federal de Medicina. Junho/93. Artigo: O país não sabe ler Informação Epidemiológica.
- 56 _____ Mortalidade Materna nas Síndromes Hipertensivas. Boletim FEBRASGO, Vol 1, nr. 2. junho, 1994.
- 57 _____ Pan American Health Organization (PAHO). Plan de acción Regional para la Reducion de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, DC: PAHO, 1990.
- 58 _____ Pedagogia e Esperança. Um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1992.
- 59 _____ Plan de Accion Regional para la Reducion de la Mortalidad Materna en las Américas. OPS/OMS. Setembro, 1990.
- 60 _____ Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna. Ministério da Saúde. Brasil. Novembro, 1994.
- 61 _____ Trajetória da Municipalização, A. Coordenação de Comunicação com o Usuário. p.54. Brasilia, 1994

(ANEXO 1)

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
PARANÁ**

***INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA A ELA-
BORAÇÃO DE DISSERTAÇÃO E OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE***

Mestrando - Eliana Portella Carzino

CURITIBA

OUTUBRO DE 1994

I - JUSTIFICATIVA

O presente instrumento pretende analisar o envolvimento dos Departamentos, Professores e /ou Disciplinas de Obstetrícia em transmitir conteúdos programáticos capazes de sensibilizar os futuros profissionais, de forma a intervirem com eficiência na diminuição dos altos índices de Mortalidade Materna existentes em nosso Estado.

II - INTRODUÇÃO

Desde 1989 a OPAS/OMS, juntamente com o Ministério da Saúde vem realizando estudos para promoção da redução da Mortalidade Materna no país.

Ao compararmos os índices de Mortalidade Materna existentes nos países desenvolvidos, como o Canadá, cuja taxa de Mortalidade Materna é de 4.0 por 100.000 nascidos vivos e os Estados Unidos, com uma taxa de 6.60 por 100.000 nascidos vivos e o Brasil cuja taxa atinge o índice de 135.50 por 100.000 nascidos vivos (Paraná igual a 95.80 por 100.000 nv.), denotam a necessidade de que medidas urgentes devem ser tomadas, incluindo a qualidade de formação dos recursos humanos na área de saúde, frente as necessidades e intercorrências vividas pela mulher durante seu período reprodutivo, que ao exercer sua função procriativa acaba encontrando a morte.

III - OBJETIVOS

A - Realizar uma análise dos conteúdos programáticos da Disciplina de Obstetrícia, ministrada aos acadêmicos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, bem como da Faculdade de Medicina Evangélica de Curitiba, sobre questões pertinentes à saúde reprodutiva e Mortalidade Materna.

B - Após a análise do instrumento:

Proporcionar aos Cursos de Medicina e de Enfermagem um processo de reflexão e análise para o fortalecimento de estratégias do ensino da Obstetrícia sobre questões relativas a Morte Materna e Saúde Reprodutiva, lançando no mercado de trabalho profissionais com uma visão crítica desta realidade.

IV - OPERACIONALIZAÇÃO x RESPOSTA DO INSTRUMENTO

Com finalidade de darmos sequência ao nosso estudo, solicitamos o preenchimento do formulário em anexo com a maior brevidade possível, retornando o mesmo à Secretária do Departamento.

Gostaríamos de salientar que a boa vontade e a presteza de suas respostas contribuirão sobremaneira para análise da situação real e sobretudo para a concretização de nossos objetivos de pesquisa.

Sendo esta pesquisa um trabalho científico, salientamos que as informações recebidas terão caráter sigiloso e os resultados aparecerão de forma geral na análise e conclusão da dissertação.

As respostas abertas poderão ser preenchidas com todas as considerações que se fizerem necessárias.

Para qualquer esclarecimento ou dúvidas coloco-me à disposição, em período noturno, através o telefone 242-2552.

Cordialmente

Eliana Portella Carzino

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

01 - Professor: O *conteúdo programático* da Disciplina de Obstetrícia é planejado com sua participação ou dos demais integrantes da Disciplina?

Sim

Não

Se não

porque? _____

02 - Acredita V.S. que o *conteúdo programático* da Disciplina de Obstetrícia contempla integralmente as necessidades reais da Saúde Reprodutiva da Mulher?

Sim

Não

Se não, porque? _____

03 - Professor: Qual a periodicidade com que os *conteúdos programáticos* são discutidos e renovados em seu Departamento e qual a sua participação?

Exemplifique? _____

04 - O *conteúdo programático* da Disciplina de Obstetrícia contempla aspectos relacionados às políticas e/ou programas de saúde, definidos pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde ou Secretarias Municipais no que se refere a assistência a mulher no seu período grávido-puerperal?

Sim

Não

Gostaria de justificar sua resposta? _____

05 - Quando da ocorrência de casos de Morte Materna na Maternidade, o Atestado de Óbito é preenchido pelo Médico Residente ou pelo Chefe de Clínica ou do Plantão, na presença do aluno.

06 - Acredita V.S. que o *conteúdo programático* ministrado ao corpo discente sobre Mortalidade Materna proporciona ao futuro profissional uma visão qualitativa e quantitativa da dramática realidade da Saúde Reprodutiva da Mulher

Sim

Não

Se não,

porque? _____

07 - Durante o ensino da Obstetrícia, V.S., como Professor, utiliza-se do Enfoque de Risco *como estratégia para alertar* os futuros profissionais sobre a importância da detecção destes fatores para a diminuição dos índices de Morbi-Mortalidade Materna?

Sim

Não

Em qual situação: Teórica

Prática

08 - Professor, V.S. ao ministrar aulas teóricas durante o ensino da Obstetrícia tem oportunidade para transmissão de informações sobre Mortalidade Materna?

Sim

Não

Se sim, quando? _____

Se sim, em que período? _____

Se sim, qual a carga horária aproximada? _____

09 - Professor: Caso V.S. transmita em sala de aula ao corpo discente conteúdos sobre Mortalidade Materna, a que fontes de informações ou referencial teórico recorre normalmente?

10 - Durante o ensino teórico-prático da Obstetrícia os alunos do Departamento, na Disciplina de Obstetrícia, tem oportunidade de entrar em contacto com os Manuais de Pré-natal de Baixo Risco e de Alto Risco elaborados pelo Ministério da Saúde?

Sim Não

Se não, porque? _____

Se sim, em que momento? _____

11 - Professor: Acredita V.S. que a teoria e a prática ministrada aos alunos sobre a assistência pré-natal oportuniza a formação de profissionais críticos e conscientes da importância desta ação de saúde para a redução da Morbi-Mortalidade Materna?

Sim Não

Se não, porque? _____

12 - O Professor tem conhecimento de que desde 1989 o Estado do Paraná possui um Comitê Estadual de Mortalidade Materna e que hoje é detentor de 24 Comitês Regionais de Morte Materna, sendo a finalidade destes Comitês informar, assessorar, pesquisar e normatizar informações, participando juntamente com os órgãos responsáveis na vigilância epidemiológica da Morte Materna e na orientação continuada de profissionais da área de saúde e da comunidade, visando a redução dos índices de Mortalidade Materna.

Sim Não

Se sim, já foi solicitado ou participou de alguma atividade realizada pelos Comitês _____

Se não, gostaria de justificar sua resposta? _____

13 - Professor: Ordene pela frequência, em sua visão crítica, quais as causas mais comuns de Morte Materna no Estado do Paraná:

- () Hipertensão
- () Aborto
- () Causas Indiretas
- () Hemorragias
- () Infecção

14 - Professor: Em que nível V.S. enquadraria o Coeficiente de Mortalidade Materna no Estado do Paraná?

- () < 50
- () 50 a 75
- () 75 a 100
- () > 100

15 - O Professor sabia que para o Estado do Paraná chegar a índices de Mortalidade Materna semelhante ao de países de primeiro mundo, como Canadá e Estados Unidos é necessário reduzir nosso índice em 24 vezes?

Sim Não

Se não, qual seria em sua concepção, os meios mais eficientes e mais eficazes para aplicação a curto, médio e longo prazo, para melhoria da assistência ao ciclo grávido-puerperal e conseqüente redução dos índices de mortalidade? _____

16 - Professor: É do conhecimento de V.S. que os índices de cesarianas tem aumentado exageradamente e que se constituem nos estudos realizados como uma das causas participantes do aumento da Morbi-Mortalidade Materna. Como V.S. justificaria estes altos índices de cesáreas?

Em sua concepção e considerando nossa condição de "país em desenvolvimento", qual seria a taxa adequada de cesareanas?

17 - Professor: Em sua opinião, como poderia a Universidade, como órgão formador, aproximar-se das necessidades da população, nos diversos cursos de atenção à saúde, em relação ao ensino atualmente ministrado, havendo maior interação entre este e a realidade da comunidade.

18 - Professor: Se V.S. tivesse poderes para tanto, que ações de saúde desencadearia visando a redução dos índices de Morte Materna?

19 - Professor: V.S. tem conhecimento de que na sua Disciplina a Mortalidade Materna é contemplada no estudo de diversas patologias. Com que ênfase e em quais assuntos merece destaque e atenção a epidemiologia do assunto ministrado?
