

Artigos originais

O QUINTO OBJETIVO DO MILÊNIO EM SANTA CATARINA: desafios para enfrentamento da mortalidade materna

THE FIFTH GOAL IN SANTA CATARINA: millennium challenges facing the maternal mortality

Vanessa Aparecida Gasparin¹
Cláudio Claudino da Silva Filho¹
Tatiana Gaffuri da Silva¹
Daniela Savi Geremia¹
Carolina Bernardo¹
Rafaela Bedin¹
Sabrina Eickhoff¹

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Resumo: O presente estudo tem por objetivo analisar o cumprimento das metas do quinto objetivo do milênio, e as modificações apresentadas no território catarinense no decorrer dos 12 anos após a largada na busca deste objetivo. Trata-se de uma pesquisa documental em bases de dados, realizada a partir da análise de dados secundários sobre o quinto objetivo do milênio no estado de Santa Catarina. Os dados foram obtidos através dos Sistemas de Informação em Saúde, SAGE e Portal da ODM. Pode-se perceber que ao passo que ações de programas foram implementadas as taxas de mortalidade materna apresentaram diminuição, porém não alcançarão a meta do quinto objetivo do milênio em 15 anos. O estudo permite compreender a estreita relação entre a realidade social, econômica e cultural com a mortalidade materna. Contudo, não se encontrou ações e estratégias concretas implementadas que nos aponte o cumprimento desta meta até o ano de 2015, que corresponde ao tempo estipulado para cumprimento dos objetivos do milênio. Apesar de não alcançar a meta, o índice se aproximou do preconizado pelo objetivo do milênio no ano de 2012.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Indicadores Básicos de Saúde; Saúde da Mulher.

Abstract: This study aims to analyze the performance of the fifth millennium goal targets, and the modifications made in the state of Santa Catarina over the 12 years after the start in pursuing this goal. This is a documentary research in databases held from secondary data analysis of the fifth millennium goal in the state of Santa Catarina. Data were obtained through the Health Information Systems, SAGE and Portal MDGs. Maternal mortality rates can be seen that while programs of actions were implemented showed a decrease, but will not achieve the goal of the fifth millennium goal in 15 years. The study allows us to understand the close relationship between the social, economic and cultural reality with maternal mortality. However, there was no concrete strategies and implemented actions to show us accomplish this goal by the year 2015, corresponding to the time set for achieving the millennium goals. Despite not achieving the goal, the index approached the goal recommended by the millennium in 2012.

Keywords: Maternal Mortality; Health Status Indicators; Women's Health.

1. Introdução

Ao longo dos anos a saúde da mulher esta cada vez mais em evidência com conceitos que unem o biologicismo com as dimensões humanas do ser e do viver em sociedade, isto pode ser evidenciado por meio da criação e consolidação de políticas e programas nacionais que visionaram a mulher em todo seu ciclo de vida.

Em 1983 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), buscando contemplar ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação, incluindo a assistência clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério e planejamento familiar, assim como as doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero, com o objetivo de ampliar a assistência voltada a mulher.¹

Posteriormente foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), no ano 2000, tendo como meta o atendimento humanizado, a melhora nas condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, objetivando a diminuição da mortalidade materna e perinatal.²

Visionando preencher lacunas deixadas anteriormente instituiu-se em 2004 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) objetivando a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, além de estabelecer avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.³

Já em 2011 a Rede Cegonha foi implantada com o intuito de complementar o PHPN através de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses, baseada em uma reorganização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com proposta de intensificar a redução da mortalidade materna e infantil.⁴

A saúde feminina se tornou um desafio a ser superado e acabou por formular o quinto objetivo do milênio, elencado no ano 2000 a partir da reunião com os líderes de 189 países-membros das Nações Unidas, denominada de "Cúpula do Milênio". Neste encontro, o tema central foram os desafios sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais que deveriam dominar as agendas de países, instituições, organismos internacionais, ONGs e sociedade civil no limiar do século que se iniciava.⁵ A partir disso foram formulados 8 objetivos que correspondem a 1º acabar com a fome e a miséria, 2º educação básica de qualidade para todos, 3º igualdade entre sexos e valorização da mulher, 4º reduzir a mortalidade infantil, 5º melhorar a saúde das gestantes, 6º combater a aids a malária e outras doenças, 7º qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, 8º todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento, e ficou acordado que todos os 189 países devem alcançar até o ano de 2015.⁶

O Ministério da Saúde lançou a política Nacional de Promoção da Saúde no ano de 2006, visando à promoção da qualidade de vida e redução de riscos à saúde, a partir de aspectos relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como: modo de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.⁷

O quinto objetivo do milênio contempla a redução da mortalidade materna.⁶ Os índices de mortalidade materna são um dos principais indicadores de pobreza e, de desigualdade social.⁸ O quinto objetivo do milênio visa a melhora da saúde desta população, a partir de duas metas: reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna, entre 1990 e 2005 e alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva.⁹ Neste estudo, deslumbrar-se-á a primeira meta, visto que apresenta os índices mais gritantes em território nacional e mundial.

Meio milhão de mulheres morrem anualmente em decorrência de complicações durante a gravidez ou o parto, 99% em países em desenvolvimento. No Brasil a taxa de mortalidade materna corresponde a 75 por 100 mil nascidos vivos e em Santa Catarina no ano 2012, a taxa de mortalidade chegou a 36 por 100 mil nascidos. No entanto este índice vem apresentando diminuição a passos lentos, apesar de a grande maioria das mortes ainda ser por causas evitáveis⁹, tais como: hemorragias, hipertensão, aborto, infecções e puerpério.¹⁰

Todos os anos, mais de 1 milhão de crianças ficam órfãs de mãe. As crianças que perdem a mãe têm até dez vezes mais probabilidade de morrer prematuramente do que as que têm mãe⁹, o que implica não somente nos crescentes índices de mortalidade materna, mas também nas taxas de morbimortalidade infantil.

2. Objetivo

A partir do exposto e contando com o auxílio de literaturas disponíveis, busca-se formular uma trajetória cronológica, em torno do cumprimento das metas do quinto objetivo do milênio, e as modificações apresentadas no território catarinense no decorrer dos 12 anos após a largada na busca deste objetivo, visto que as bases de dados só apresentam resultados até o ano de 2012.

3. Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo de pesquisa documental, realizado a partir da análise de dados secundários sobre o quinto objetivo do milênio no estado de Santa Catarina. Para analisar o cumprimento das metas do quinto Objetivo do Desenvolvimento Milênio foram obtidos dados junto a Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) e do Portal de Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que contemplavam a questão norteadora.

A SAGE, reestruturada pela Portaria nº 406, de 08 de março de 2012, visa à disponibilização de informações produzidas pelos órgãos do Ministério da Saúde (MS), fornece indicadores de saúde, acompanhamento das metas, repasses, coberturas, indicadores epidemiológicos e operacionais das ações e programas para a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento pelos estados e municípios.¹¹

O Portal ODM traz os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de todos os estados e municípios brasileiros. Implementado em 2009, permite verificar os avanços nacionais na busca desta conquista.⁶ Para identificar o progresso do alcance das metas utilizou-se os dados desde a criação do documento no ano de 2000 até o ano de 2012.

Elegeram-se alguns indicadores foco: taxa de mortalidade materna, percentual de gestantes com respectivas consultas pré-natal e taxa de partos normais. Nas representações gráficas ao longo dos resultados, para melhor visualização, a maioria dos dados foi exposta em mapas do estado de Santa Catarina, utilizando alguns elementos da cartografia social baseando-se no pensamento de Milton Santos e as noções de condicionantes e determinantes sociais em saúde retratados no território "vivo". Busca-se com isso, assim como este teórico propunha, problematizar um pouco mais os indicadores quando interagidos com o território onde são produzidos, permitindo uma melhor compreensão quanto aos condicionantes e determinantes sociais em saúde envolvidos com o objeto deste estudo.

Para discussão dos dados extraídos das bases supracitadas, utilizou textos de uma pesquisa bibliográfica complementar, assistemática e narrativa, direcionada por conveniência para o objeto de estudo.

Como o estudo procedeu-se a partir de dados secundários obtidos pelo Sistema de Informação em Saúde, houve atenção aos preceitos éticos vigentes pelo respeito ao anonimato de quem produz os dados, e com acesso online garantido pela legislação de acesso livre a informação vigente em território brasileiro. Logo, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

4. Resultados E Discussão

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (*CID 10 revisão*) a morte materna corresponde a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término independente da localização ou duração da gravidez, sendo resultante de qualquer ação agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, não considerando morte materna aquelas por causas acidentais ou incidentais.¹²

A taxa ou coeficiente de mortalidade materna é um indicador que demonstra os níveis de mortalidade materna, por 100 mil nascidos vivos em um determinado ano e espaço geográfico. É calculado pela relação do número de óbitos maternos diretos ou indiretos pelo número de nascidos vivos e reflete diretamente a qualidade da assistência prestada a saúde da mulher e da população em geral. Usualmente esse indicador é utilizado para o conhecimento das desigualdades quando comparamos índices populacionais e de desenvolvimento de um território.¹³

A morte materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, e está entre as 10 principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil na América Latina.¹⁴ Elevadas taxas de mortalidade materna servem como indicativos de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmica familiar perturbada, bem como dificuldade no acesso aos serviços de saúde qualificados.¹

Na perspectiva brasileira, o Ministério da Saúde adotou ao longo dos anos diferentes programas com o propósito de melhorar a qualidade de assistência à saúde da mulher. Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde foi e é a adoção de Comitês de Mortalidade Materna no âmbito nacional, estadual, regional e, municipal. Estes comitês, tem função de controle social, são interinstitucionais e multiprofissionais, respeitam uma atuação sigilosa, com fins não punitivos, objetivam identificar a magnitude da mortalidade materna, causas, fatores que a determinam e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes, eles também permitem que seja avaliado os resultados sobre o atendimento que esta sendo prestado as gestantes.¹⁴

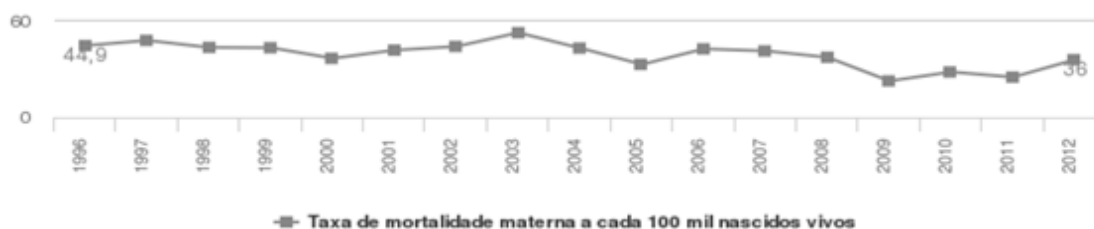
A implantação dos comitês de mortalidade materna nos estados brasileiros vem como uma estratégia do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde, demorou-se alguns anos para que todos os estados adotassem os comitês, porém em 2005, os 27 comitês estaduais de morte materna estavam implantados, e no mesmo ano já registrava-se 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares.¹⁴

Segundo Andrada et al.¹⁵, em Santa Catarina desde fevereiro de 1995 existe o Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CEMMA), que é uma rede articulada com a secretaria de saúde do estado, com a finalidade de promover a prevenção e o controle das mortes maternas. Com o seu funcionamento foi possível chegar a um melhor diagnóstico das causas de morte materna no estado e dados mais precisos sobre esses óbitos, porém em 1998 o comitê enfraqueceu deixando novamente a investigação sobre os óbitos vagas.

Sabe-se que a taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Porém, considerando que o quinto objetivo do milênio é reduzir em $\frac{3}{4}$ a taxa de mortalidade de 1990 a 2015, e que em 1990 os índices eram de aproximadamente 140 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o país precisaria atingir 35 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até o ano 2015.¹⁶

Considerando os achados de 1996, podemos perceber que em Santa Catarina, essa taxa já alcançava índices bem menores, cerca de 44,9 por 100 mil nascidos vivos, já em 2003 essa índice alcançou a maior taxa, 52,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e em 2009 chegaram próximo ao preconizado pela OPAS, 22,8 (Figura01). O último dado encontrado é referente ao ano 2012 com 36 óbitos por 100 mil nascidos. Sendo assim, o estado alcançou apenas 26,2% da meta referente à redução da mortalidade materna em três quartos até o ano citado.⁶

Figura 01 - Taxa de mortalidade materna a cada 100 mil nascidos vivos – 1996-2012 em Santa Catarina.



Fonte: Relatório dinâmico ODM – 2014.

Em 2004, tendo como prioridade a atenção integral a saúde da mulher e da criança e a redução da mortalidade desses segmentos, o governo brasileiro criou o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que intitulava ações estratégicas tripartite para reduzir a mortalidade. Entre as ações destaca-se a garantia de acolhimento nos serviços,

aumento da cobertura e acesso da atenção básica (planejamento familiar, pré-natal, ampliação planejamento familiar) e a qualificação e humanização da assistência.¹⁷

As principais causas de óbito estão relacionadas as doenças hipertensivas especialmente na região sul do Brasil, seguidas pelas causas hemorrágicas e infecciosas. Essas patologias correspondem a 95% dos casos de morte materna, que seriam evitáveis diante de uma equipe preparada e qualificada que estabeleça intervenções efetivas diante de complicações no período gestacional, porém, vale ressaltar que esses índices também estão relacionados com a situação econômica e social, bem como o acesso aos serviços de saúde.¹²

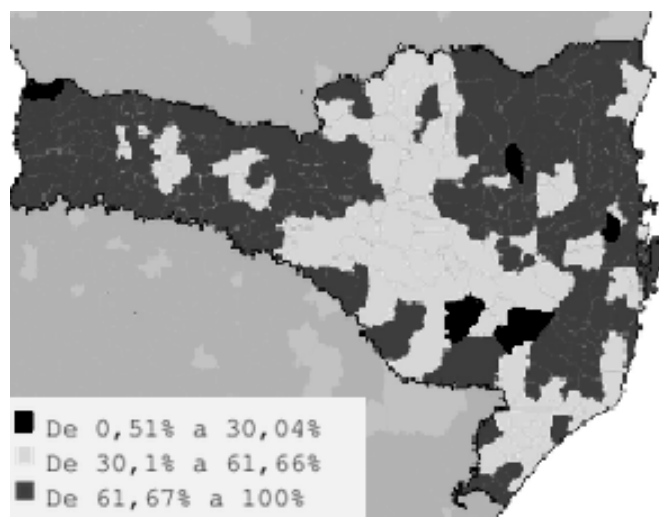
Entre os transtornos hipertensivos, os mais frequentes foram os diretamente relacionados à gestação como a eclampsia e pré eclampsia. Um estudo com 179 mulheres do estado de São Paulo demonstra a falta de qualidade/acompanhamento correto da assistência prestada a gestante com diagnóstico de eclampsia, levando a adição de 22,24 óbitos por cem mil partos, na taxa de mortalidade.¹⁸

De acordo com Morse et al¹⁹, a taxa de mortalidade materna tem um índice aumentado em mulheres que apresentam baixa escolaridade e renda, raça negra e acesso limitado a assistência. Mulheres com condição socioeconômica baixa e que vivem em zonas remotas com difícil acesso e baixa assistência de profissionais qualificados também tem índices elevados de mortalidade.⁹

No que tange ao acesso e a frequência do pré-natal pelas gestantes, o Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas no mínimo 6 consultas nesse período, sendo que quanto maior o numero de consultas mais seguro será o desenvolvimento da gestação.¹

A SAGE¹¹, aponta os índices de gestantes que realizaram sete ou mais consultas no pré-natal/ano, no decorrer dos anos: ano 2000 – 43,68%, 2001 – 48,6%, 2002 – 53,44%, 2003 – 56,3%, 2004 – 60,3%, 2005 – 63,07%, 2006 – 65,26%, 2007 – 66,47%, 2008 – 68,17%, 2009 – 67,64%, 2010 – 69,68%, 2011 – 68,75% e 2012 – 69,22%. Em 2010 pode-se perceber a seguinte realidade no estado (Figura 02):

Figura 02 – Proporção de gestantes com sete ou mais consultas pré-natal/ano em 2010.



Fonte: Sala de Apoio a Gestão Estratégica – SAGE

A partir do mapa pode-se perceber que Santa Catarina apresenta uma realidade heterogênea, pois a realização de pré-natal da região norte, médio vale e oeste apresenta uma cobertura entre 61% a 100%, sendo superiores ao número de consultas das gestantes da região do planalto serrano, planalto norte e a região sul do estado. Municípios do planalto no geral apresentam entre 30% e 60% de cobertura, o que pode estar relacionado com a realidade econômica e social desta região do estado.

Podemos assim interpretar os indicadores no mapa sob a ótica dos determinantes e condicionantes sociais de saúde, os locais com menores índices de consultas no pré natal, são

também ao locais onde a situação social e econômica com apresentam menores taxas de IDH de SC o qual corresponde a 0,756.²⁰ Há ainda os fatores étnicos raciais e culturais, pois a faixa de municípios do planalto norte que compreende as mais baixas coberturas de pré-natal é habitada principalmente por caboclos.²⁰

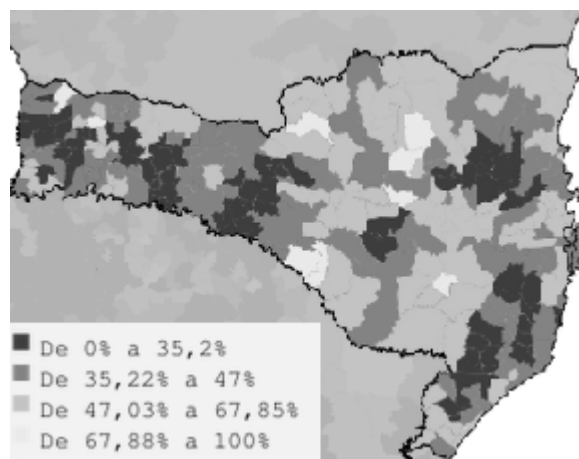
Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população são definidos como Determinantes Sociais de Saúde – (CNDSS). Já para a OMS estes são as condições sócias em que as pessoas vivem e trabalham. Outra definição pertinente é a conceituada por Tarlov que refere que estes são as características sociais a qual a vida transcorre.²¹

Este olhar sobre a realidade do estado sob esta perspectiva das condições de vida e nascimento, neste caso, amplia a discussão sobre as dimensões das necessidades do viver humano. A garantia dos direitos humanos inicia-se ainda no período que antecede o nascimento, portanto, a importância do pré-natal, com a realização das consultas, dos exames, do planejamento familiar, a forma de nascer, fatores que ao mesmo tempo impactam a saúde e o social e de certa forma é impactado por estes.

A realização adequada do pré-natal é de extrema importância para identificar os riscos potenciais (de preferência precocemente, antes da 12ª semana de gestação), garantir um suporte nutricional adequado, reconhecer e tratar intercorrências e oferecer imunização a gestante, visando diminuir os riscos obstétricos. Além disso, esse espaço tem função de fornecer orientações sobre o período da gestação, parto e puerpério, demonstrando técnicas de relaxamento e fisioterapia que reduzem a ansiedade da gestante, bem como o número de cesáreas e o tempo de hospitalização do binômio (mãe/recém-nascido). A qualidade da assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério contribuem favoravelmente para a redução da mortalidade materna, visto que as maiorias dos óbitos ocorrem por complicações no período gestacional e no durante o parto.²²

Já em relação a proporção de partos normais, tal índice apresenta diminuição ao passar dos anos (Figura 03), no ano 2000 o índice de partos normais no estado apresentou um percentual de 58,36%, no ano seguinte, 57,73%, em 2002 – 56,1%, 2003 – 53,67%, 2004 – 51,63%, 2005- 49,68%, 2006 – 48,4%, 2007 – 46,91%, 2008 – 45,3%, 2009 – 44,29%, 2010- 42,3%, 2011 – 41%, 2012 – 39,2%.

Figura 03 – Proporção de partos normais/ano em 2010.



Fonte: Sala de Apoio a Gestão Estratégica – SAGE

Este decrescente índice se dá pela escolha cada vez maior pelo parto cesáreo, apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizar que o índice de parto cesáreo não ultrapasse o índice de 15% dos partos realizados em serviços de saúde.²³

A escolha do tipo de parto acompanha as gestantes durante os 9 meses da gestação, sentimentos como medo, ansiedade e temor são constantes. Diante de tantos sentimentos de insegurança e procurando maior estabilidade, elevado número de gestantes acaba optando pela cesárea. No Brasil os números de parto cesáreo são alarmantes relacionando com a situação

econômica do país, caracterizando uma cultura hospitalocêntrica centrada em mais produção em menos tempo, com maior comodidade tanto para o médico quanto para a mãe.

Os riscos de uma mulher morrer durante o parto cesáreo chega a ser quatro vezes maior do que em partos normais. A cesariana aumenta os riscos de morbidade respiratória leve e grave, a medida que a idade gestacional diminuiu, para a puérpera aumenta o risco de necessitar de tratamento intensivo decorrente de complicações transoperatórias, além disso, o bebê tem maior probabilidade de distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia, anóxia, entre outros. O vínculo mãe e bebê fica enfraquecido, podendo prejudicar o aleitamento materno. Outro fator relevante é que se considerarmos os custos, a cesárea sai mais cara para o Sistema Único de Saúde do que o parto normal, pois além de ser um procedimento de maior risco, requer mais tempo de internação, o que acaba resultando em gastos. Considerando todos estes fatores, os autores evidenciam que esta epidemia silenciosa de cesárea, certamente não condiz com a realidade econômica do país.²⁴

Em contrapartida, o parto normal corresponde a um processo fisiológico, que acaba por ser mais seguro, pois não apresenta riscos para a mãe e bebê, tem uma recuperação mais rápida e dá mais segurança quanto a possíveis intervenções.²⁵

A escolha do tipo de parto deve ser trabalhada durante a gestação, pois, com o empoderamento das gestantes durante a gravidez muitos incidentes podem ser evitados, é importante que as gestantes tenham apoio psicológico e possam ter acesso a informação, para conhecer os riscos e os benefícios dos tipos de parto e optar por aquele que lhe ofereça maior segurança e menos risco.

A Rede Cegonha surgiu em 2011 ao encontro disto, na linha de redução da mortalidade materna, incentivando a fisiologia do parto, evitando cesáreas desnecessárias e buscando garantir uma assistência mais humanizada e resolutiva, garantidas pelos princípios do SUS.²⁶

5. Limitações Do Estudo

O artigo apresenta limitações quanto aos dados disponíveis, sabendo que ainda há uma sub-notificação e morosidade das notificações mortes por causas maternas por conta da ausência de e da ação dos comitês. Além disso, contamos ainda com a disponibilidade dos dados somente até 2012.

6. Considerações Finais

O estudo permitiu mostrar que, a partir das evidências nos dados analisados e considerando suas limitações no processo de produção e transmissão para os órgãos responsáveis, aponta-se na direção do aumento constante dos índices de mais de seis consultas e diminuição progressiva da taxa de mortalidade. Percebe-se uma diminuição da quantidade de partos em consequência da medicalização da assistência, indicação discriminada de cesáreas, e também que a taxa poderia estar menor se a assistência fosse de qualidade e sem intervenções desnecessárias.

As maiorias das causas de óbito são evitáveis, o que reforça a necessidade de um pré-natal de qualidade, e evidencia-se uma relação diretamente proporcional entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e porcentagem de mulheres que realizaram mais de seis consultas.

Além disso, destaca-se que prevenir a morte materna evitável é fundamental para o profissional enfermeiro que tem suas ações diretamente ligadas a atenção a saúde da mulher onde deve assegurar seus direitos. A participação da Enfermagem no âmbito da prevenção da mortalidade materna deve ser a de exercer as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos com qualidade, assegurando uma assistência humanizada livre de negligência, imperícia e imprudência. Bem como desenvolver qualificadamente as demais ações educativas, de pesquisa, assistenciais, da gerência dos serviços para contribuir favoravelmente para a redução da mortalidade dessa população.

Os objetivos de desenvolvimento do milênio foram – ODM pactuados na perspectiva de um desenvolvimento econômico e humano. Percebemos que no Brasil, o grande desafio está justamente em cumprir as metas relacionadas ao desenvolvimento humano, como é o caso do objetivo que estamos tratando no presente artigo.

Nosso olhar sobre o território de Santa Catarina permite compreender a estreita relação entre a realidade social, econômica e cultural com os indicadores de saúde. Em específico a mortalidade materna.

Há fatores determinantes e condicionantes que devemos considerar a elevação do número de partos cesáreos ao que tange um fator cultural e de gestão em saúde, podendo este ser resultante de um modelo de gestão com foco biomédico. Assim como uma baixa cobertura das consultas do pré – natal, em específico na região serrana e do planalto norte catarinense podemos atribuir a sua realidade sócia – demográfica – econômica, bem como uma desarticulação política em relação às ações do comitê estadual na investigação dos casos de mortalidade materna, visto que o comitê do estado de Santa Catarina está enfraquecido.

Embora as políticas, pactos e estratégias de saúde, em relação à saúde da mulher estejam avançando em suas perspectivas, ainda assim, há o indicativo de não conseguirmos atingirmos a meta de reduzir a mortalidade materna até o ano de 2015.

A avaliação deste processo é bastante complexa e para esta realidade, ainda há a necessidade de mais estudos e análises, relacionando com o fazer diário de diferentes realidades para que seja possível a elaboração e efetivação de estratégias para a superação desta meta, tanto em âmbito estadual quanto nacional.

7. Referências Bibliográficas

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde [periódico online]. 2011 [acesso em: 07 out. 2014]. 1:82p. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
- 2- Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [periódico online]. 2011 [acesso em: 03 nov. 2014]. 27(6):1053-641. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n6/03.pdf>
- 3- Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [periódico online]. 2009 [acesso em: 27 out. 2014]. 11(2):424-8. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm
- 4- Martinell KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. Ver Bras Ginecol Obstet [periódico online]. 2014 [acesso em: 03 nov. 2014]. 36(2):56-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>
- 5- Rezende MJ. As metas socioeconômicas denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU: os percalços de um projeto de combate à pobreza absoluta e à exclusão social". *Convergência*. Rev de ciencias sociales [periódico online]. 2007 [acesso em 07 nov. 2014]. v.14 (43),169-209. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10504307>
- 6- ODM. Portal de Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Dinâmico: Monitoramento de indicadores. Perfil estadual de Santa Catarina [online]. 2014. [acesso em 13 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/BRA004042/santa-catarina>
- 7- Silva RM, Araújo MAL. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [periódico online]. 2007 [acesso em: 05 dez. 2014]. 20(3):141-2. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40820301.pdf>
- 8- Leal MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico online]. 2008 [acesso em: 07 out. 2014]. 24(8):1724-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/01.pdf>

- 9- ONU. Organização das Nações Unidas. Tradução - Centro Regional de Informações das Nações Unidas (UNRIC). *Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2010*. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (IED). Brasília: Ministério da Educação, 2010.
- 10- Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto-SP - no período de 1991 a 1995. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico online]. 2001 [acesso em: 05 dez. 2014]. 3(9):70-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11501.pdf>
- 11- Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sala de Apoio a Gestão Estratégica - SAGE. Brasília: Ministério da Saúde [online]. 2012 [acesso em 13 nov. 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estrategica.php
- 12 - Sombrio SN, Simões PW, Medeiros LR, Silva FR, Silva BR, Rosa MI, et al. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. *Arquivos Catarinenses de Medicina* [periódico online]. 2001 [acesso em: 24 out. 2014]. 40(3):56-62. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/880.pdf>
- 13- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dimensão "Atenção à Saúde" 3º fase: Taxa de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde. [periódico online]. 2009 [acesso em 13 nov 2014] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde [periódico online]. 2007 [acesso em: 07 out. 2014]. 3:104p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf
- 15- Andrada AAC, Vitorello DA, Neto, JAS. Mortalidade Materna no Estado de Santa Catarina Durante o ano de 2001. *Arquivos Catarinense de Medicina* [periódico online]. 2003 [acesso em: 13 nov. 2014]. 32(3):56-64. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/152.pdf>
- 16- Souza, JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Ver Bras Ginecol Obstet* [periódico online]. 2001 [acesso em: 07 out. 2014]. 33(10):273-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/01.pdf>
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde [periódico online]. 2004 [acesso em: 13 nov. 2014]. 1:14p. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf
- 18- Áfio ACE, Araújo MAL, Rocha AFB, Andrade RFV, Melo SP. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. *Rev Rene* [periódico online]. 2014 [acesso em: 27 nov. 2014]. 15(4):631-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1741/pdf>
- 19- Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cad. Saúde Pública* [periódico online]. 2001 [acesso em: 13 nov. 2014]. 27(4):623-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>
- 20- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de desenvolvimento territorial, 2006. Versão Preliminar do Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável. Lages- SC. Acesso em 04 de Dezembro de 2012. Disponível em: http://sit.mda.gov.br/download/ptdrs/ptdrs_territorio156.pdf
- 21- Buss PM, Filho AP. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *physis: Rev. Saúde Coletiva* [periódico online]. 2007 [acesso em: 05 dez. 2014]. 17(1):77-93. Disponível em: http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCIAIS_E_SAUDE.pdf
- 22- Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde* [periódico online]. 2011 [acesso em: 13 nov. 2014]. 22(16):141-52. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortalidade.pdf

- 23- Barbosa GP, Giffin K, Tuesta AA, Gama AS, Chor D, D`Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. Cad. Saúde Pública [periódico online]. 2003 [acesso em: 24 out. 2014]. 19(6):1611-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>
- 24- Ribeiro EDLM, Fontoura IG, Cordeiro JR, Silva PCA, Chaves RGR. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, Maranhão: via de parto predominante em outubro e novembro de 2013. J Manag Prim Health Care [periódico online]. 2014 [acesso em: 27 nov. 2014]. 5(2):195-201. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/187>
- 25- Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Latino-am Enfermagem [periódico online]. 2002 [acesso em: 27 nov. 2014]. 10(5):667-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000500007&script=sci_abstract&lng=pt
- 26- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde [periódico online]. 2011 [acesso em: 08 dez. 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Artigo Recebido: 27.02.2015

Aprovado para publicação: 04.05.2016

Vanessa Aparecida Gasparin

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Avenida Fernando Machado, 108 E.

CEP: 89802-112 Chapecó, SC – Brasil

Email: vane-gasparin@hotmail.com