

A SAÚDE MATERNA E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

MATERNAL HEALTH AND THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS

Ruy Larenti¹
Maria Helena Prado de Mello Jorge²
Sabina Léa Davidson Gotlieb

Resumo: no Encontro do Milênio das Nações Unidas em Nova Iorque, EUA, em 2000, os representantes de 189 países adotaram um conjunto de objetivos e metas quantificáveis, estipulando prazos para que fossem atingidas. O documento que foi aprovado na Declaração do Milênio englobou oito objetivos gerais com 18 metas e 48 indicadores. O Objetivo nº 5 diz respeito a “Melhorar a Saúde Materna”, estabelecendo reduzir a mortalidade materna em três quartas partes, entre 1990 e 2015. O trabalho descreve a situação da mortalidade materna no Brasil, inclusive com correção dos dados, de 1996 a 2004, mostrando que nesse período não houve redução desse indicador mas, antes, um discreto aumento e, dessa maneira, não estaria ocorrendo o que propõe o Objetivo n.º 5. O trabalho comenta, entre outros assuntos, o fator de ajuste ou correção da mortalidade materna no Brasil, a mortalidade materna segundo o comportamento das causas obstétricas diretas e indiretas, bem como, idade da mãe evidenciando a importância das mortes maternas nas idades 10 a 14 e 15 a 19 anos. Salienta-se, neste aspecto, que os níveis de fecundidade estão em declínio em todas as faixas etárias, com exceção da adolescência. Os dados convergem, levando à idéia de que, dificilmente, a meta de redução da mortalidade materna, proposta, será atingida.

Palavras-Chave: Saúde materna. Mortalidade materna. Objetivos de desenvolvimento do milênio.

Abstract: At the United Nations “Millennium Development Goals” Meeting, in New York, USA, in 2000, the representative members of 189 countries approved a set of goals and quantitative targets, to be met within a limit of time (in 2015). The document contains eight goals, 18 targets and 48 key indicators aimed at achieving progress in health. The 5th Goal is related to the “Improvement of Maternal Health”, and ascertains that the 2015 target is to reduce 1990 Maternal Mortality Ratios in three fourths. This paper aims to describe the Brazilian maternal mortality status, including data corrections, from 1996 to 2004. In this period, it was not detected any improvements in maternal health, or reduction of the indicators, but, to the contrary, it is showed a discrete increase. This is maybe a consequence of the improvement on the quality of data. It is presented a correction factor to measure the actual maternal mortality and it is analyzed mortality ratios according to the maternal age. It was pointed out the importance of adolescent maternal deaths and the proportion of direct and indirect obstetric deaths. The findings show that the chance of reaching the target is very small.

Keywords: Maternal health. Maternal mortality. Millennium development Goals.

1-Professor Emérito da Universidade de São Paulo. Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e-mail:laurenti@usp.br

2-Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

As agências internacionais, cuja preocupação é a saúde das populações, vêm apresentando, periodicamente, propostas de atividades voltadas a questões ou problemas específicos que afetam esse setor. Pode-se citar a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) que, desde a sua criação, na segunda década do século XX, muito contribuiu para a melhoria da saúde dos indivíduos residentes nas nações das Américas. Várias dessas propostas, que foram exitosas, poderiam ser citadas, bastando lembrar o eficiente controle da poliomielite e do sarampo, entre muitas outras.

No final da década de 40 do século XX, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) que, desde então, tem desenvolvido numerosas ações voltadas à saúde da população de todos os países, além daquelas referentes às doenças infecciosas. Nas últimas décadas, a OMS tem se destacado, também, em questões associadas a fatores de risco das doenças não infecciosas, particularmente, quanto à educação, visando à redução de sua ocorrência. Mais recentemente, os problemas pertinentes ao envelhecimento populacional têm sido motivo de várias atividades propostas.

Não somente a OPS, para as Américas, e a OMS, para todos os países, têm oferecido recursos visando à melhoria da saúde; outras agências como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento podem ser citadas, bem como, algumas Fundações (Rockefeller e a Mac Arthur), pois assim têm agido.

Entretanto, merece ser comentado que todas as propostas, atividades e ações dessas agências, de uma maneira geral, têm abordado questões específicas da área da saúde, chegando, algumas vezes, a incluir, também, certos setores que a tangenciam, como educação, produção de alimentos, saneamento do meio, entre outros.

Em 2.000, surgiu uma proposta muito mais ampla em sua abrangência e que englobava algumas questões de saúde. Em setembro do mesmo ano, no Encontro do Milênio das Nações Unidas, em Nova Iorque, os líderes mundiais de 189 países adotaram um conjunto de objetivos e metas quantificáveis, com delimitação de tempo para que fossem atingidos, visando a combater a pobreza, a fome, algumas doenças, o analfabetismo, a degradação do meio ambiente, a discriminação contra a mulher; foram incluídos até mesmo compromentimentos com os princípios dos direitos humanos, de governos responsáveis e com a democracia. Esse documento constituiu-se na **Declaração do Milênio**, que foi aprovada, englobando os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM)¹, composta por 8 objetivos gerais, 18 metas e 48 indicadores. O Objetivo n.º 5 refere-se a “Melhorar a Saúde Materna”, e é especificado pela Meta n.º 6, que estabelece “Reduzir, entre 1990 e 2015, a mortalidade materna em três quartas partes”.

O que se pretende, nesta publicação, é comentar, de modo resumido, os ODM, com destaque à saúde materna, e apresentar a situação do Brasil em relação ao tema.

OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM)

Diferentemente das propostas voltadas quase que exclusivamente à saúde, como vêm sendo feitas, principalmente, pela OMS e pela OPS, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sugeridos pela Organização das Nações Unidas (ONU), são bastante amplos, sendo que três deles, entre os oito, se referem, especificamente, a temas ligados à saúde, a saber redução da mortalidade infantil, redução das mortes maternas e combate a algumas doenças, entre as quais, HIV/aids, malária e tuberculose.

Os objetivos são apresentados com as suas respectivas metas (Quadro 1) e, para cada uma delas, estão recomendados indicadores (em um total de 48) para que se possa avaliar a situação atual e mensurar o progresso alcançado. Como exemplo, no Objetivo n.º 5 “Melhorar a Saúde Materna”, a meta é, conforme referido, “reduzir em 3/4 a taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015” e, para tanto, são apresentados dois indicadores, o n.º 16, Taxa de Mortalidade Materna, e o n.º 17, Proporção (%) de partos com assistência dada por pessoal qualificado.

Os ODM acordados pelos 189 países estão fazendo com que as nações se esforcem para que as metas propostas sejam atingidas. De fato, como comenta Martinez² “Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não são apenas retórica com boas intenções. Requerem avanços concretos e quantificáveis para melhorar a qualidade de vida nos países em desenvolvimento. Na América Latina e Caribe, as metas apresentam um desafio particular, qual seja, o de acabar com as diferenças que tornam essa região a mais desigual do mundo”.

Em relação aos ODM que tratam especificamente de saúde (Objetivos de n.ºs 4, 5 e 6), a OMS promoveu uma reunião, em 2004, na Costa Rica, onde foram apontadas algumas questões estratégicas para atingir as metas referentes a esses objetivos³.

No que se refere à “Melhoria da Saúde Materna”, a reunião da Costa Rica chamou a atenção para o fato de que as causas de mortes maternas constituem um componente importante das mortes de mulheres em idade fértil, visto que, pela gravidade, até mesmo quando a morte não ocorre, esses agravos podem deixar vários tipos de incapacidades ou seqüelas. Foi destacada a importância do acesso universal e irrestrito à assistência aos serviços de saúde, incluindo o planejamento familiar.

A OPS vem fazendo avaliações sobre os avanços dos ODM, na região das Américas e, no Boletim Epidemiológico de 2004⁴, há o seguinte comentário: “No mundo, há avanços quanto aos ODM, porém, o progresso tem sido muito desigual e, em muitos países, demasiadamente lento, para atingir as metas em 2015. Nas Américas, alguns dos maiores desafios encontram-se na área da saúde”.

Quanto à mortalidade materna, a razão ou taxa em 2000 foi estimada, para Cuba, em 34,1 por 100.000 nascidos vivos (n.v.) e o altíssimo valor de 523 por 100.000 n.v., no Haiti, sendo que, na década de 90 do século XX, alguns países

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Objetivos:	Metas principais:
1. Erradicação da pobreza extrema e da fome	Reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população vivendo com menos de um dólar por dia. Reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a proporção de crianças até 5 anos de idade com peso abaixo do normal.
2. Universalização do acesso à educação primária	Garantir que em 2015 todas as crianças (meninos e meninas) poderão completar o curso primário.
3. Promoção da igualdade entre os sexos	Eliminar desigualdades entre sexos na educação primária e secundária, de preferência até o ano 2005, e para todos os níveis educacionais até 2015.
4. Redução da mortalidade infantil	Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças até cinco anos.
5. Melhoria da saúde materna	Reduzir em 3/4, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade matern
6. Combate à aids, malária, tuberculose e outras doenças	Até 2015, estabilizar a disseminação da aids e malária e começar a reverter essas epidemias.
7. Promoção da sustentabilidade ambiental	Reverter o processo de perda dos recursos naturais. Reduzir à metade a porcentagem de pessoas sem acesso a água potável. Melhorar consideravelmente a vida de pelo menos 100 milhões de favelados.
8. Promoção de parcerias para o desenvolvimento	Enfrentar as necessidades dos países menos desenvolvidos. Desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em normas, previsível e não discriminatório. Enfatizar a boa gestão pública e a redução da pobreza em cada país e internacionalmente.

Fonte: United Nations

apresentaram um aumento da mortalidade materna e outros, diminuição significativa. Há estimativas que apontam que a redução anual necessária entre 2000 e 2015, para alcançar a meta, variará entre 1,6% ao ano, no Uruguai, e 15,1% ao ano, no Panamá⁵.

Há grande preocupação com o êxito das propostas contidas nos ODM, por parte da ONU, tanto que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) tem solicitado que os governos nacionais elaborem relatórios periódicos informando a situação dos indicadores

relativamente às metas, mostrando a situação nos países e em suas regiões.

A SAÚDE MATERNA: METAS E INDICADORES NOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

A inclusão da saúde materna nos ODM e sua conseqüente meta de redução das taxas ocorreram, quase que certamente, porque a razão de mortalidade materna (RMM) é bastante

alta e, algumas vezes, exageradamente elevada, em países em desenvolvimento, diferentemente do observado em países desenvolvidos. Estes últimos apresentam RMM pequenas e, para alguns deles, esse comportamento já vem sendo observado há cerca de três ou quatro décadas.

As altas RMM constituíam preocupação de especialistas em atividades ligadas à área da saúde materno-infantil. Entretanto, pode-se dizer que não representavam um grande problema para as autoridades sanitárias, diferentemente da mortalidade infantil, que sempre foi motivo de alerta, razão pela qual seus coeficientes foram freqüentemente acompanhados, visto que havia políticas públicas para seu controle e redução.

Pode-se dizer que a mortalidade materna passou a ser reconhecida como grave problema de saúde pública, a partir de 1987, na reunião de Nairobi, Quênia, promovida pela OMS, Unicef e Banco Mundial⁶. Nesse evento, foi dado o “*start*” para que o seu comportamento em países desenvolvidos e subdesenvolvidos passasse a ser acompanhado, tendo sido apresentadas situações, onde as RMM chegavam a ser de 300 a 500 mortes por 100.000 n.v., enquanto que, nos países desenvolvidos, os valores raramente ultrapassavam 10 a 15 mortes maternas por 100.000 n.v.

As autoridades governamentais foram alertadas e a solicitação de planos, programas e propostas, visando à melhoria de saúde materna, veio prontamente. Nos anos seguintes, não se verificaram, de uma maneira geral, respostas concretas; na região das Américas, a OPS realizou várias reuniões na década de 90, sendo, então, propostas ações visando à redução da mortalidade materna⁷. A partir daí, os países dessa região começaram a seguir as recomendações, sendo, uma delas, a criação de Comitês de Estudo e Prevenção das Mortes Maternas, em âmbito nacional e regional.

O Brasil, por meio da área da Saúde da Mulher, no Ministério da Saúde, criou uma Comissão Nacional, bem como, estabeleceu orientações quanto à criação de Comitês Estaduais e Municipais, que constam na publicação “Manual – Comitês de Mortalidade Materna”⁸. Esse Manual, cuja primeira edição foi anterior à dos ODM, constituiu-se em uma resposta do Brasil às propostas internacionais, particularmente, da OPS. Do ponto de vista do histórico dos Comitês, o “Manual” descreve: “... Após a Conferência de Nairobi de 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, esse pacto pela saúde se refletiu no estímulo à implantação de novos Comitês de Morte Materna, a partir de 1990, com a 23.^a Conferência Sanitária Pan-Americana. Nessa reunião, foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outros aspectos, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna”⁸.

Ao ser proposta a redução da mortalidade materna, dois aspectos devem ser observados. O primeiro é a comparação com a mortalidade infantil, a qual tem tido uma redução contínua entre nós, devido, principalmente, às ações que não dependem exclusivamente dos serviços de assistência médica, como o saneamento com disponibilização de água tratada e

vacinações. No que diz respeito à mortalidade materna, sua redução depende, quase que exclusivamente, da adequada e oportuna assistência dos serviços de saúde durante o pré-natal, o parto e o pós-parto imediato e reconhece-se que, entre nós, eles ainda deixam a desejar.

O segundo aspecto a ser considerado é referente à mensuração da RMM, a qual é subestimada. Os valores apresentados pelas estatísticas oficiais não refletem integralmente a realidade, visto que os médicos, não poucas vezes, não declaram nos atestados de óbito as causas maternas que ocorreram. Por outro lado, nas áreas mais subdesenvolvidas, existe, ainda, o fenômeno da subinformação de óbitos, isto é, o óbito não chega ao conhecimento das autoridades de saúde ou dos gestores do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde⁹.

Vários estudos têm mostrado que, mesmo em países desenvolvidos, a RMM pode estar subestimada e é factível calcular um fator de ajuste ou de correção, que, aplicado à RMM oficial, possibilita corrigi-la e aproximá-la de um valor que, se admite, seria o real ou verdadeiro. Para o conjunto das capitais de Estados do Brasil e Distrito Federal, em 2002, o fator de ajuste foi estimado como sendo 1,4^{9,10} e tem sido utilizado para corrigir o valor da RMM do País como um todo¹¹.

RESPOSTA DO BRASIL ÀS PROPOSTAS DOS ODM E AO OBJETIVO N.º 5

O governo brasileiro foi um dos participantes da conferência da ONU que, em setembro de 2000, apoiou e assinou a proposta dos objetivos contidos nos ODM. Difícil prever se as metas, realmente, serão atingidas, até 2015, particularmente, algumas delas referentes, por exemplo, ao objetivo n.º 1, que diz respeito à erradicação da fome e da pobreza extrema. No entanto, merece ser comentada a preocupação das autoridades federais e estaduais, quanto a se conseguir atingir o que é proposto nos ODM. De fato, em setembro de 2004, o governo brasileiro apresentou o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, sob a coordenação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual cada objetivo e respectivas metas foram descritos e avaliados¹². O governo do Estado de São Paulo, em 2005, fez uma avaliação sobre os ODM e publicou o Relatório Estadual de Acompanhamento. Neste, como naquele do governo federal, há informações sobre o andamento dos ODM, avaliado pelas suas metas.

No nível continental, a OPS publicou, em 2004, uma edição especial sobre os ODM, na revista *Perspectivas de Salud*². Sabe-se que muitos outros governos também têm publicado relatórios semelhantes.

No Brasil, assim como em quase todos os países, a mortalidade materna é sub-mensurada, como comentado anteriormente. Pesquisa realizada em 2002, na qual se analisou a mortalidade de mulheres em idade fértil residentes nas capitais de Estados do País e Distrito Federal, permitiu avaliar a RMM oficial, baseada nos dados do Sistema de

Informações sobre Mortalidade (SIM), e a RMM corrigida, por meio da metodologia chamada *Reproductive Age Mortality Survey*. O fator de correção foi igual a 1,4¹⁰ e houve a recomendação que fosse adotado para o País como um todo, tendo-se em vista outros estudos. Em um deles, como exemplo, realizado em 2004, a RMM para o Brasil, segundo o SIM, foi estimada em 54,2 por 100.000 n. v. e, após a aplicação do fator de correção, passou a ser 75,9 por 100.000 n. v.¹¹

Interessante é acompanhar a tendência histórica dos dados

relativos às RMM oficial e real, no período de 1996 a 2004 (Tabela 1). Pode ser verificado que, nos nove anos, a RMM não apresentou redução, mas, sim, ao contrário, um discreto aumento, talvez decorrente de um melhor preenchimento do atestado de óbito, pelos médicos, ou de um eficiente trabalho dos Comitês, pois, ao empreenderem a investigação sobre os casos presumíveis de morte materna, elucidam muitos casos e descobrem terem tido, como causa básica da morte, uma causa materna.

Tabela 1: Número de mortes maternas e Razões de Mortalidade Materna oficial e corrigida* (por 100.000 nascidos vivos). Brasil, 1996-2004.

Ano	N.º de mortes	Razão de Mortalidade Materna	
		Oficial	Corrigida*
1996	1.520	51,6	72,2
1997	1.851	61,2	85,7
1998	2.042	64,9	90,8
1999	1.868	57,4	80,3
2000	1.677	52,3	73,2
2001	1.577	50,6	70,9
2002	1.655	54,1	75,7
2003	1.584	52,1	73,0
2004	1.641	54,2	75,9

*Aplicado um fator de correção (1,4) estimado em pesquisa¹⁰
Fonte: Ministério da Saúde (dados brutos).¹³ e ¹⁴

Sabendo-se que, em países desenvolvidos, a RMM, de uma maneira geral, está em torno de 10 a 15 por 100.000 n. v., ocorrendo até valores abaixo de 5 por 100.000 n. v., conclui-se que o Brasil tem muito a fazer para diminuir a mortalidade materna e conseguir atingir um valor aceitável para a RMM. Se, em nove anos, não houve redução, pergunta-se: Conseguirá o País diminuir a RMM em três quartas partes, até 2015, como é a meta proposta no Objetivo n.º 5? Parece difícil!

Um dado importante a ser analisado refere-se aos tipos de causa. Aspecto que chama a atenção é a proporção de mortes no Brasil por causas obstétricas diretas entre as mortes por causas maternas, pois, com exceção de dois anos da série analisada, essa foi sempre superior a 70% (Tabela 2). Esse valor, pode-se dizer, é extremamente alto e é indicativo de

má assistência pré-natal e, mesmo, ao parto. Refere-se às mortes devido a causas conseqüentes a problemas da gravidez, parto e puerpério, e sua diminuição somente é conseguida quando há acessibilidade das mulheres aos serviços de saúde e estes forem reconhecidamente de boa qualidade. No estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna, já comentado¹⁰, analisando os dados corrigidos (após entrevista domiciliar e consulta a prontuários, laudos de autópsia, boletins de ocorrência policial, etc.), verificou-se que, para o conjunto das capitais, 71,3% das mortes maternas eram obstétricas diretas, chegando na Região Centro-Oeste ao valor de 80%, e a menor frequência, mesmo assim alta, foi encontrada na Região Sul (60%).

Tabela 2: Número e proporção (%) de mortes maternas, segundo tipo e causa básica. Brasil, 1996-

Ano	Nº mortes	Tipo de causas (%)			Abortos	Transtornos hipertensivos
		Diretas	Indiretas	Não espec.		
1996	1520	76,4	22,0	1,6	9,6	24,5
1997	1851	67,4	29,7	2,9	8,8	21,8
1998	2.042	62,7	34,3	3,0	5,8	21,7
1999	1.868	71,0	26,0	3,0	7,9	24,6
2000	1.677	75,2	21,2	3,6	7,6	26,6
2001	1.577	76,6	19,8	3,6	9,4	24,8
2002	1.655	73,4	23,8	2,8	6,9	23,3
2003	1.584	73,2	23,2	3,6	9,6	24,9
2004	1.641	70,9	24,5	4,6	9,5	23,6

Fonte: Ministério da Saúde (dados brutos).¹³

Os transtornos hipertensivos, cuja conseqüência mais grave pode ser a eclâmpsia, foram, no período, a principal causa obstétrica de morte, com proporção sempre superior a 20% (Tabela 2). O estudo realizado nas capitais¹⁰, com dados corrigidos, também, apontou essa causa como a mais importante; essa é uma causa facilmente diagnosticada no pré-natal e que responde bem a um tratamento correto. Mais uma vez, a prevenção das mortes por essa causa depende, quase que exclusivamente, de um oportuno e adequado serviço de saúde.

O aborto, freqüentemente, é apontado como a principal causa de morte materna. Os dados oficiais para o Brasil, segundo o SIM, mostram que a sua ocorrência não chega a 10% dos casos. Os dados corrigidos para as mortes maternas nas capitais de Estado mostram que o aborto foi responsável por pouco mais de 10%¹⁰. As informações oficiais do SIM mostram, para os últimos anos, proporção também próxima a esse valor¹³. Sabe-se que muitos casos são de abortos provocados, entretanto, uma razoável proporção corresponde a abortos espontâneos e a morte poderia ser prevenida, dependendo, mais uma vez, dos serviços de saúde. Da mesma maneira que outras causas obstétricas diretas, as complicações hemorrágicas, também, muito contribuem para a alta mortalidade materna.

Quanto à distribuição das mortes maternas segundo grupos etários, é possível observar que, durante os nove anos apresentados, é bastante elevada a proporção de mortes em adolescentes (Tabela 3). Na faixa etária de 15 a 19 anos, houve cerca de 14% do total de óbitos e, especificamente, na faixa de 10 a 14 anos, a ocorrência foi ao redor de 1%. Esse fato é reflexo do aumento do número de gestações na adolescência, revelado pelos dados que mostram que, em cerca de 25% do total de nascidos vivos no País, as mães têm menos de 20 anos¹⁴. Ao mesmo tempo, há de ser pontuado que os coeficientes de fecundidade, no País, estão diminuindo em todos os grupos etários, menos no das adolescentes¹⁵. Ao lado desse aumento da fecundidade nas mais jovens, pode-se observar que do total de mortes de meninas de 10 a 14 anos, 0,8% tiveram, como causa básica, uma causa materna; entre as adolescentes de 15 a 19 anos, essa proporção, em 2004, alcança o valor de 6,1%. Ao serem calculados os coeficientes de mortalidade por causas maternas entre as adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, para o país, em 2003, seus altos valores são, respectivamente, 58,7 e 39,3 mortes por 100.000 nascidos vivos^{13,14}.

Outro aspecto que precisa ser analisado é o referente

Tabela 3: Número e proporção (%) de mortes maternas, segundo grupo etário (em anos). Brasil, 1996/2004

Ano	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e +	gno-rado	Total
1996	1,1	12,8	40,0	35,8	9,4	0,3	0,6	1.520
1997	0,7	13,5	39,1	37,0	9,1	0,1	0,5	1.851
1998	0,9	12,6	40,0	34,9	10,6	0,1	0,9	2.042
1999	1,1	12,7	42,5	34,6	8,7	0,1	0,3	1.868
2000	0,8	13,5	42,9	33,3	9,2	0,1	0,2	1.677
2001	0,8	15,1	40,8	35,2	8,1	0,0	0,0	1.577
2002	0,9	14,8	41,8	33,8	8,3	0,2	0,2	1.655
2003	1,0	15,3	41,3	33,1	8,9	0,2	0,2	1.584
2004	1,0	14,6	41,7	34,7	7,7	0,2	0,1	1.641

Fonte: SIM (dados brutos) 13

ao indicador n.º 17 dos ODM, que trata da proporção de partos com assistência dada por pessoal qualificado. Tem sido possível verificar que cerca de 97% dos partos no País ocorrem em hospitais ou assemelhados¹¹, mas a qualidade dessa atenção não pode ser quantificada. É digno de nota, ainda, que os serviços de pré-natal dão conta de atender a grande quantidade de gestantes, visto que, dados do Sinasc¹⁴ mostram que as mães de, praticamente, 50% das crianças nascidas vivas no País tiveram, pelo menos, 7 consultas de pré-natal¹¹. Entretanto, também aqui, a sua eficácia pode ser, de certa forma, questionada.

No país, no momento atual, as autoridades estão agindo, principalmente, no sentido de conhecer integralmente a ocorrência das mortes maternas; para tanto, estão envidando todos os esforços para obter dados quantitativa e qualitativamente melhores, que permitam o estabelecimento de um perfil mais fidedigno da realidade brasileira. Quanto à possibilidade de alcançar o Objetivo n.º 5, pelo menos, com o que se tem até o presente momento, a meta de reduzir em 3/4 partes a mortalidade materna, isto é, uma RMM de cerca de 15 por 100.000 n. v., em 2015, dificilmente será atingida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNITED NATIONS MILLENNIUM DECLARATION. New York, NY, United Nations, 2000 (A/Res/55/2; <http://www.un-ngls.org/MDG/A-Res-55-2.pdf>)
2. MARTINEZ E. Forjando un futuro mas justo. Perspectivas en Salud, OPS. 2004; 9(2):2-7.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION-MDG – Health and the Millennium Development Goals, WHO, 2005.
4. ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO. 2004; 25(2).
5. INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK. Los Objetivos del Milenio en América Latina y Caribe. Retos, acciones y compromisos. Washington, D.C.:I2B, 2004.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999. Reduction of maternal mortality. A joint WHO/UNFBA/UNICEF/World Bank Statement, Geneva, SW.
7. ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD/OMS, 1990. Plan de acción regional de la mortalidad materna en las Américas, XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, DC, EUA.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher – *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*, 2. ed., Brasília 2002.
9. LAURENTI R.; MELLO JORGE M. H. P.; GOTLIEB S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(4): 449-60. 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: Relatório final*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
11. BRASIL. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. RIPSa. Brasília, 2000.
12. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004.
13. BRASIL. Ministério da Saúde/SVS Banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, Brasília, 2005 (CD-ROM).
14. BRASIL. Ministério da Saúde/SVS Banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Brasília, 2005 (CD-ROM).
15. Laurenti R., Mello Jorge M. H. P. de, Lebrão M.L., Gotlieb S. L. D. *Estatísticas de saúde*. 2. ed. revista e atualizada. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 2005.