

ZILMA SILVEIRA NOGUEIRA REIS¹

ALTAMIRO COSTA PEREIRA²

RICARDO JOÃO CRUZ CORREIA³

JOSÉ ALBERTO SILVA FREITAS³

ANTÔNIO CARLOS VIEIRA CABRAL⁴

JOÃO BERNARDES⁵

Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil

Analysis of maternal and child health indicators: the parallel between Portugal and Brazil

Artigo original

Palavras-chave

Indicadores de qualidade em assistência à saúde
Mortalidade materna
Mortalidade neonatal
Cesárea/estatísticas & dados numéricos
Serviços de saúde materno infantil
Brasil
Portugal

Keywords

Quality indicators, health care
Maternal mortality
Neonatal mortality (Public health)
Caesarean section/statistics & numerical data
Maternal-child health services
Brazil
Portugal

Resumo

OBJETIVO: Analisar comparativamente as condições de nascimento em Portugal e no Brasil, no período entre 1975 a 2007. **MÉTODOS:** Os indicadores de saúde materno-infantis, razão de morte materna, mortalidade neonatal, taxa de cesarianas e gastos públicos em saúde, foram retrospectivamente coletados nas bases eletrônicas de informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE), entre outras. Seus valores foram analisados descritivamente quanto a sua tendência e os cenários sanitários nos quais transcorreram foram apresentados e discutidos, comparando-se, sempre que possível, as informações dos dois países. **RESULTADOS:** Os nascimentos em Portugal caracterizaram-se por baixa mortalidade materna (12,2x76,2/100.000) e mortalidade neonatal (2,2x14,6/1000), comparativamente ao Brasil, na média dos anos 2004 a 2007. O histórico da conquista de indicadores materno-infantis de excelência em Portugal envolveu uma fase que transcorreu paralela às expressivas melhorias socioeconômicas e ao aporte crescente de recursos públicos em saúde, seguida de outra a partir da década de 1990, simultânea ao melhor aparelhamento das unidades de assistência à saúde. No Brasil, os índices de mortalidade materna e neonatal estão em queda, mas valores satisfatórios ainda não foram conquistados. A diferença histórica no montante do gasto público em saúde foi uma discrepância importante entre os países. A despeito das disparidades nos resultados maternos e neonatais, as taxas de cesariana mostraram-se igualmente ascendentes (34,5% em Portugalx45,5% no Brasil), na média do período 2004 a 2007. **CONCLUSÃO:** Os indicadores da morte materna e neonatal em Portugal e no Brasil alinharam-se às diferenças sociais, econômicas e aos aportes de investimentos públicos em saúde. As crescentes taxas de cesariana não explicam as discrepâncias no resultado materno e neonatal entre os países.

Abstract

PURPOSE: To analyze comparatively the conditions of birth in Portugal and Brazil from 1975 to 2007. **METHODS:** Indicators of maternal and child health: rates of maternal death and neonatal mortality, cesarean rate and public spending on health were retrospectively collected from electronic databases of health information from the Unified Health System (DATASUS) and the National Institute of Statistics of Portugal (INE), among others. Their values were descriptively analyzed in terms of trends and the temporal sanitary scenarios were presented and discussed, comparing, when possible, the information from the two countries. **RESULTS:** Births in Portugal were characterized by lower maternal mortality (12.2x76.2/100.000) and neonatal mortality (2.2x14.6/1000), compared to Brazil, considering the average of the years from 2004 to 2007. The history of the conquest of maternal and child indicators of excellence in Portugal involved a phase that paralleled the significant socio-economic improvements and the increasing contribution of public health, followed by another from the 1990s, involving better equipped health care units. In Brazil, rates of maternal and neonatal mortality are declining, but satisfactory values have not yet been achieved. The historical difference in the amount of social spending on health, both in current and historical values, was a crucial difference between countries. Despite the disparities in maternal and neonatal outcomes, cesarean section rates were equally ascendant (34.5% in Portugal and 45.5% in Brazil), considering the average for the period from 2004 to 2007. **CONCLUSION:** The indicators of maternal and neonatal death in Portugal and Brazil have aligned themselves to social, economic and contributions of public investments in health. The increasing rates of caesarean section do not explain the discrepancies in maternal and neonatal outcome between countries.

Correspondência:

Zilma Silveira Nogueira Reis
Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 – 4º andar
CEP: 30130-100
Belo Horizonte (MG), Brasil

Recebido

19/09/2011

Aceito com modificações

27/09/2011

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil; Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Porto, Portugal.

¹ Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Professor Catedrático do Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Porto, Portugal.

³ Professor Assistente do Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Porto, Portugal.

⁴ Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵ Professor Catedrático do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Porto, Portugal.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

Progressos consideráveis nas condições de saúde materno-infantil compõem uma nova realidade sanitária brasileira, especialmente considerando-se os resultados positivos das últimas décadas¹. No entanto, persistem imensos desafios para se proporcionar condições seguras ao nascimento no país, pois ainda é verificado um déficit de qualidade na assistência ao parto², elevadas taxas de cesariana³ e incomodam as indesejáveis ocorrências evitáveis da morte materna e neonatal⁴. Situado em outro continente, mas com laços históricos e culturais fortemente estabelecidos com o Brasil, Portugal se destaca por seus excelentes valores de indicadores da saúde materno-infantil⁵.

A análise epidemiológica de indicadores de saúde, favorece o reconhecimento e o monitoramento do desempenho do sistema de saúde e das condições sanitárias da população⁶, assim como sua adequada interpretação pode contribuir aos seus dirigentes, aos serviços de saúde e aos seus profissionais, no sentido de envolvê-los e motivá-los para uma melhora contínua do acesso ao cuidado e da qualidade da saúde oferecida a nível local e nacional^{5,6}. Constitui-se também uma preocupação atual na análise das condições de saúde reprodutiva, os valores crescentes das taxas de cesariana (TXC) sem benefícios evidentes para o resultado materno-fetal⁷. Tal tendência tem estimulado uma ampla discussão a respeito de seus reais determinantes⁸.

Dessa forma, o presente estudo busca retratar alguns aspectos das condições de nascimento nos dois países, com uso da análise dos valores absolutos, proporções e tendências de indicadores fundamentais da assistência obstétrica, a razão de morte materna (RMM) e a taxa de mortalidade infantil neonatal (TMN), buscando fazer um paralelo entre a situação brasileira e a portuguesa. Ao mesmo tempo, pretende-se verificar a importância do comportamento evolutivo das taxas de cesariana em benefício da qualidade da assistência ao nascimento.

Métodos

Para este estudo descritivo e retrospectivo foram levantadas séries históricas seleccionadas de indicadores de saúde materno-infantis portugueses e brasileiros, seguidas de sua análise e interpretação. Para isto, realizou-se busca em sistemas eletrônicos de informações em saúde, governamentais ou não, considerando-se o período entre 1975 e 2007. Dados demográficos, econômicos e sociais, também foram consultados nessas fontes, assim como informações relevantes em outros documentos, para compor o cenário sanitário do nascimento nos dois países.

O Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde brasileiro, o DATASUS, foi a fonte das séries RMM, TMN e TXC⁹. À esta última série de dados, informado apenas entre os anos 1994 e 2007, foram acrescentados no período de 1975 a 1979, os dados de inquérito realizado em 192 maternidades brasileiras e das pesquisas nacionais de saúde de 1981 e 1986¹⁰⁻¹². Os valores do gasto público federal em saúde, como percentual do produto interno bruto do país (GFTS) foram também recolhidos nessa mesma base de dados, tomados na nova referência econômica proposta no ano 2000⁹.

Em Portugal, a recolha de dados teve origem no sistema do Instituto Nacional de Estatística (INE) e no sistema do Pordata, além da consulta a outros documentos governamentais^{5,13,14}. O primeiro, que produz e divulga a informação estatística oficial do país, foi a fonte das séries da TMN e, do período de 1985 a 1998, das TXC. Do segundo, pertencente à Fundação Francisco Manuel dos Santos, foram extraídas as séries: TXC (1999 a 2007), taxa bruta de mortalidade (TBM) e GFTS, enquanto a RMM teve como fonte a Direção Geral de Saúde de Portugal.

Para facilitar a comparação entre os países, informações econômicas e sobre a cobertura da assistência pré-natal foram obtidas no repositório do observatório global de saúde da Organização Mundial de Saúde¹⁵. Pelo mesmo motivo, os valores do produto interno bruto (PIB) brasileiro e português, a partir de suas fontes oficiais, foram corrigidos para o valor do dólar americano à taxa de câmbio do Banco Central do Brasil na data de 10 de maio de 2011, ou seja, 1,44 para o Euro e 0,62 para o Real^{14,16}.

Informações demográficas, econômicas e de saúde escolhidas foram sumarizadas em uma tabela geral da situação recente dos países, tomando-se a média aritmética simples entre os anos 2004 e 2007. As séries históricas foram apresentadas de forma gráfica por ano de ocorrência, agrupadas por país e por tema de interesse, em disposição semelhante, mas com escalas próprias para facilitar a visualização dos dados. O valor absoluto dos indicadores, assim como a sua evolução histórica, foram analisados quanto a sua tendência e os cenários de saúde nos quais transcorreram foram apresentados e discutidos, comparando-se sempre que possível as informações dos dois países.

Resultados

Diferenças marcantes puderam ser observadas nas características populacionais, nos recursos públicos disponibilizados para assistência à saúde entre os países e na situação de saúde materna e neonatal (Tabela 1). Em relação aos indicadores demográficos e às estatísticas vitais, Portugal apresenta sua população envelhecida, com taxa bruta de mortalidade superior à brasileira, cujos óbitos

associam-se prioritariamente às doenças cardiovasculares e ao câncer. Além disso, sua dinâmica populacional é fortemente influenciada pelo saldo migratório¹⁷. No Brasil, a expectativa de vida é menor e a taxa de natalidade é cerca de 70% maior do que a portuguesa. De fato, a dinâmica populacional brasileira é fortemente relacionada à fecundidade e a mortalidade em um contingente predominantemente jovem, cujo grande desafio atual é o óbito por causas violentas^{17,18}.

Na questão dos recursos e características dos sistemas de saúde dos dois países, há similaridades na oferta e utilização dos serviços. A cobertura pelo Sistema Nacional de Saúde português (SNS) é ampla e sua utilização preferida por 80% da população¹⁵. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece cobertura universal como um direito do cidadão e dever do Estado¹. Neste, os planos de saúde privados cobrem apenas de 25,9% da população nacional⁹. Como estratégia de reorientação do modelo assistencial, o Programa de Saúde da Família abrange aproximadamente a metade da população brasileira¹, enquanto em Portugal a abordagem centrada na saúde familiar e nos ciclos de vida é estratégia prioritária do Programa Nacional de Saúde¹⁹. O número de médicos por mil habitantes é semelhante nos países, mas a despesa pública *per capita* em saúde portuguesa é consideravelmente superior à brasileira: cerca de seis vezes maior (Tabela 1).

Quanto a situação de saúde materna e infantil neonatal, as diferenças encontradas nos indicadores de saúde específicos são consideráveis. O Brasil apresenta valores da RMM e TMN seis vezes maiores do que as de Portugal (Tabela 1). Embora as mortes maternas ocorridas em ambos sejam relacionadas principalmente às causas obstétricas diretas, associadas às doenças hipertensivas e às complicações hemorrágicas, os nascimentos provenientes de gestantes idosas são mais frequentes entre lusitanas e os países se caracterizam por uma cobertura de assistência pré-natal ampla^{5,9}. A taxa de mortalidade infantil neonatal no Brasil é marcada por grandes diferenças regionais e tem nas malformações congênitas uma importância causal relativa ainda pequena^{6,18}. Em Portugal, os valores deste indicador se destacam entre os europeus e as malformações congênitas são as maiores causas dos óbitos¹⁴. A despeito das diferenças no nível de qualidade dos indicadores populacionais das condições de nascimento, nos dois países o parto acontece principalmente no ambiente hospitalar, mas com elevadas taxas de cesarianas, considerando-se o referencial de 15% sugerido pela Organização Mundial de Saúde⁸ (Tabela 1).

Em Portugal, a redução da mortalidade materna e neonatal ocorreu de forma mais expressiva do que a da população geral, entre 1975 e 2007, pois a TBM caiu apenas 9,3% enquanto a RMM caiu 4 vezes e a TMN apresentou declínio de 13,3 vezes (Figura 1a). É possível perceber duas

fases no histórico desses indicadores, com características peculiares. A primeira, que foi entre a década de 1970 e de 1980, na qual a RMM e a TBM tiveram as maiores reduções, o que aconteceu paralelamente aos incrementos dos investimentos públicos GFTS em percentual do PIB (Fase I – Figura 1a). A segunda, no entanto, a partir da década de 1990, foi marcada por uma redução menos acentuada nas taxas de mortalidade materna e neonatal,

Tabela 1. Características demográficas e de saúde atuais no Brasil e em Portugal

Características (média do período 2004 a 2007)	Brasil	Portugal
Indicadores demográficos e de recursos		
População	184.849.503 ^a	10.578.879 ^b
Nascimentos (nascidos vivos)	2.974.475 ^a	106.660 ^b
Taxa de natalidade geral (nascimentos/1000 habitantes)	17,4 ^a	10,1 ^b
Taxa de fecundidade geral (filhos/mulheres em idade fértil)	1,9 ^a	1,3 ^b
Esperança de vida ao nascer (anos)	72,2 ^a	78,6 ^b
Índice de envelhecimento (pessoas idosas/100 jovens)	33,9 ^a	111,0 ^b
Taxa bruta de mortalidade geral/1000, por ano	6,1 ^a	9,8 ^b
Número de médicos/1000 habitantes	3,1 ^a	3,4 ^b
Produto interno bruto <i>per capita</i> , em dólares americanos	US\$ 6.920,4 ^e	US\$ 20.812,34 ^e
Despesa pública <i>per capita</i> em saúde, na taxa de câmbio média, em dólares americanos	US\$ 183,25 ^d	US\$ 1.274,25 ^d
Indicadores da saúde reprodutiva		
Uso de métodos contraceptivos por mulheres em idade fértil (%)	67,8 ^{a*}	85,1 ^{c*}
Proporção de nascimentos em mães adolescentes (idade entre 10 e 19 anos)	21,6 ^a	18,1 ^b
Proporção de nascimentos em mães com idade ≥35 anos (%)	9,4 ^a	17,8 ^b
Cobertura pré-natal, com pelo menos um atendimento (%)	97 ^d	100 ^d
Cobertura pré-natal, com pelo menos quatro atendimentos (%)	88,7 ^a	–
Proporção de partos hospitalares (%)	97,1 ^a	99,3 ^b
Taxa de cesarianas (%)	43,5 ^a	34,5 ^b
Razão de morte materna/100.000 nascidos vivos	76,2 ^a	12,2 ^{**}
Taxa de morte infantil neonatal/1000 nascidos vivos	14,6 ^a	2,2 ^b
Taxa de morte infantil neonatal precoce/1000 nascidos vivos	11,3 ^a	1,6 ^b
Taxa de morte infantil perinatal/1000 nascidos vivos	–	4,4 ^b

Fontes dos dados:

^aBrasil – Sistema DATASUS(1), acesso *on line* entre os dias 10 e 19/05/2011.

^bPortugal – Instituto Nacional de Estatística(2), acesso *on line* entre os dias 10 e 19/05/2011.

^cPortugal – Instituto Nacional de Saúde de Portugal, inquérito nacional de Saúde, 2005(3).

^dWHO, Global Health Observatory(4), acesso *on line* em 18/05/2011.

^eBrasil – Banco Central do Brasil(5), consulta em 10/05/2011 Taxa: 1,4405 para o Euro e 0,62 para o Real.

Notas: *mulheres entre 15 e 49 anos no Brasil e mulheres entre 15 e 55 anos em Portugal. **Indicador corrigido por estudo da Direção Geral de Saúde, 2007(6).

a despeito do crescimento dos gastos públicos em saúde, com estabilização dos indicadores de saúde em valores considerados de excelência¹⁹, (Fase II – Figura 1a).

No Brasil, a evolução dos valores da RMM e TMN nas últimas duas décadas também exibiu declínio mais acentuado do que os da mortalidade geral, porém não atingiram ainda

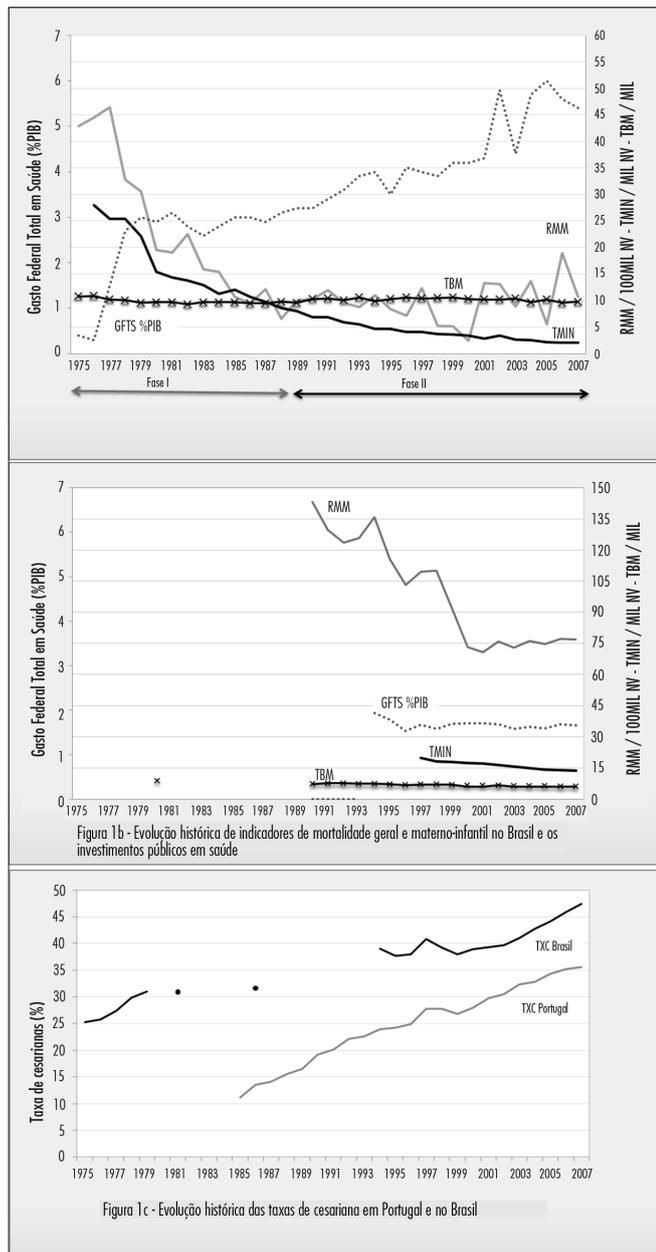
um patamar satisfatório^{14,18} (Figura 1b). Comparativamente aos países, o valor da RMM brasileira de 77,0/100.000 em 2007 apresenta uma defasagem de mais do que 30 anos em relação ao mesmo indicador português, uma vez que em 1975, em Portugal o valor era de 42,9/100.000 (Figura 1a). O indicador de TMN encontra-se disponível no Sistema DATASUS apenas no período entre 1997 e 2007, mas nesses 11 anos observou-se queda de 31,1%, na partida de 19,8 para 13,7/1000 em 2007. Tais valores são comparáveis aos do mesmo indicador, em Portugal, no início da década de 1980 (13,8/1000, em 1982 – Figura 1a). De maneira distinta ao ocorrido em Portugal, a melhoria dos indicadores materno-infantis brasileiros aconteceu sem que incrementos no GFTS fossem verificados (Figura 1b).

Em 2007, foram realizadas 35.778 cesarianas em Portugal e 1.333.136 no Brasil, correspondendo a 35,4% dos partos ocorridos em Portugal e a 47,4% dos nascidos vivos brasileiros^{9,14}. As taxas de cesarianas brasileiras podem ser avaliadas em dois momentos, sendo primeiro entre 1975 e 1979, com um aumento médio de 5,2% ao ano (Figura 1c). A partir de 1994, a tendência de elevação se manteve, totalizando um crescimento estimado de 87,3% em 32 anos. Em Portugal, as taxas evoluíram de 11,1% em 1985 para 35,6% em 2007, um crescimento contínuo de 5,6% ao ano, totalizando o crescimento de 220,4% em um período de 22 anos. Paralelamente ao aumento na taxa de cesariana dos dois países (Figura 1c), as TMN reduziram-se atingindo patamares atuais de qualidade bem distintos, satisfatórios em Portugal e ainda inadequados no Brasil^{18,19} (Figuras 1a e 1b). Em Portugal, entre 1985 e 2007, enquanto a taxa de cesarianas cresceu 220,4% (Figura 1c), a RMM não apresentou variação, mantendo em 2007 o mesmo valor de 10,7/1000, verificado em 1985 (Figura 1a). No Brasil, a RMM se mantém relativamente estável a partir de 2000 enquanto as taxas de cesarianas mantêm seu ritmo crescente (Figuras 1b e 1c).

Discussão

As grandes disparidades nos valores da RMM e TMN quando se compara Portugal e Brasil e, ao mesmo tempo, as semelhanças nas características da oferta pública gratuita dos serviços de saúde e na tendência de crescimento das taxas de cesariana aguçam a curiosidade acerca da evolução histórica desses índices e das trajetórias já percorridas por seus sistemas de saúde. A análise comparativa só foi possível graças às padronizações internacionais no cálculo dos indicadores de saúde¹⁵, aos sistemas eletrônicos de informação dos dois países e se justifica no sentido de contribuir na busca das soluções tão necessárias à melhora da saúde materno-infantil brasileira.

Os pontos de maior discrepância nas trajetórias dos indicadores de saúde, comparativamente entre os países, são



Notas: a linha contínua cinza corresponde aos dados sobre a razão de morte materna (RMM), por 100 mil NV. A linha contínua preta corresponde aos dados sobre a taxa de mortalidade infantil neonatal (TMN), por mil NV. A linha contínua com pontos em X corresponde aos dados sobre a taxa bruta de mortalidade (TBM), por mil habitantes. A linha pontilhada cinza corresponde aos dados sobre o gasto federal total em saúde (GFTS), como percentual do produto interno bruto (PIB).

TXC: taxa de cesariana

Figura 1a,b,c. Evolução histórica de indicadores materno-infantis, mortalidade global e os investimentos públicos em saúde, no Brasil e em Portugal^{9,11,13,14}.

as grandes diferenças em seus valores atuais. Sabe-se que o indicador da mortalidade materna reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher como um importante marcador da iniquidade, cuja redução é ainda um desafio para países em desenvolvimento²⁰. Nesse esforço, a situação de saúde materno-infantil brasileira resultou em melhorias desde os anos 80, atribuídas ao crescimento econômico, a uma melhor distribuição de renda e infraestrutura sanitária básica, ao movimento de urbanização, ao aprimoramento da educação e à unificação SUS^{1,4}. Medidas como o aprimoramento da sua vigilância epidemiológica, a participação da sociedade quer na investigação de casos, quer na busca de soluções são relativamente recentes²¹. Tais ações resultaram, no mínimo, na melhoria da notificação de casos, mas não foram ainda suficientes. É importante considerar que as desigualdades regionais existentes⁶, embora não tenham sido objetivo específico da presente análise, pode explicar em parte as dificuldades em se propor medidas de efeito nacional^{1,4}.

Em Portugal, a razão do sucesso na queda dos indicadores materno-infantis em 15 anos esteve também associada ao desenvolvimento socioeconômico, aos investimentos em cuidados primários de saúde e à universalização da assistência à saúde²². No entanto, a resposta de queda nos indicadores de mortalidade nos parece ter percorrido duas fases. A primeira, fase I da Figura 1a, com resposta mais expressiva nos indicadores de saúde, foi coincidente com as inúmeras mudanças sociais e econômicas vividas por este país. A trajetória se iniciou com a implantação de um governo democrático em 1976, quando se consagra o direito constitucional ao planejamento familiar e à assistência à gravidez e puérpera²³. Em 1979, é criado o SNS e em 1989 é criada a Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil, responsável pela adequação da rede de cuidados, que incluiu uma reavaliação de todo sistema de atendimento e referenciamento entre os níveis de cuidado²². A segunda fase, a partir da década de 1990, se inicia com indicadores da morte materna e neonatal já compatíveis com um elevado padrão de qualidade da atenção materno-infantil. Nesse período, embora a TMN continue em queda e a RMM se mantenha baixa, fase II da Figura 1a, os esforços da política nacional de saúde são direcionados às tecnologias aplicadas à saúde, com aportes de recursos públicos ainda ascendentes²².

Ao final desse período, em 2007, foi publicada a Lei que permite a interrupção voluntária da gravidez até a 10ª semana gestacional²⁴, medida que surge quase duas décadas após a RMM atingir seus valores históricos mais baixos. Portanto não se pode atribuir a ela as diferenças nos níveis de saúde materna entre Portugal e Brasil, condição inexistente nesse último.

As TMN são também resultantes do padrão de cuidado obstétrico, acrescido da atenção ao recém-nascido. Isto

explica sua queda paralela à RMM ao longo dos anos, nos dois países. Desde 2003, Portugal conquistou um patamar que lhe confere posição de destaque na Europa²², enquanto, no Brasil, mesmo que o indicador esteja em queda, grandes desigualdades regionais estão presentes e valores satisfatórios ainda não foram atingidos⁶. Como crianças de alto risco têm menor probabilidade de morrer em unidades especializadas, a qualidade do sistema de referenciamento de gestantes tem papel fundamental na assistência materno-infantil¹⁹. Destaque-se que em Portugal foram criadas condições para assegurar a circulação de informação clínica através de redes perinatais informatizadas²².

O parto por cesariana, cada vez mais usado no mundo, vem resultando no aumento de nascimentos pré-termos e maiores riscos maternos^{3,8}. A evolução das séries brasileira e portuguesa de taxas de cesarianas é claramente ascendente, fenômeno que aparenta independência de benefícios maternos ou neonatais, pois ocorre com ritmo semelhante nos dois países, com resultados de saúde materna e neonatal muito distintos, levantando-se questões a serem aprofundadas sobre sua utilização desnecessária.

É ainda fato que a qualidade da assistência à saúde tende a ser superior nos países que dispõe de mais recursos^{15,20,25}. Não é incomum encontrar nos países latinos indicadores de saúde comparáveis aos europeus de 60 anos atrás²⁵. Não se pode deixar de observar que o crescimento do GFTS aconteceu de forma simultânea à redução da RMM e TMN em Portugal, especialmente entre 1975 até o final da década de 1990. Adiciona-se a isto as diferenças na renda, um outro determinante dos níveis de saúde populacionais, pois é fator que permite uma resposta aos padrões inadequados de saúde oferecidos pelo sistema público²⁵.

A precisão dos números apresentados, mesmo que originados em fontes confiáveis, é discutível, pois a subestimação dos indicadores de mortalidade, especialmente o da RMM, é mundialmente reconhecida^{5,20,21}. Os problemas vão desde a imprecisão no preenchimento de atestados de óbito, por omissão ou desconhecimento da gravidez, e chega até aos sepultamentos irregulares²¹. No Brasil, as estatísticas oficiais são corrigidas por um fator específico, desde o ano 2000, resultante da busca pelos casos presumíveis ou mascarados de morte materna^{9,21}. Em Portugal, a subestimação nas cifras oficiais da RMM é avaliada entre 9 e 26%⁵. O cálculo dos indicadores de saúde depende ainda da qualidade do registro civil de nascimentos, que no Brasil tem cobertura estimada de 91,8%^{13,14}, enquanto que em Portugal, os dados introduzidos estão sujeitos a regras específicas de validação¹⁴. A aferição das taxas de cesarianas, informação recente nos sistemas eletrônicos de informação, é vulnerável aos erros de preenchimento.

Este não é um estudo de gestão pública e privada de saúde, ou mesmo comporta uma análise econômica

satisfatória do setor. Mesmo que limitado pelas imprecisões de uma abordagem retrospectiva e baseada em medidas indiretas de qualidade da saúde de populações, a intenção foi a de traçar um retrato das condições sanitárias materna e neonatal dos dois países, que se mostraram tão diversas. Baseado na análise do histórico português, percebe-se que os resultados positivos são resultantes de um conjunto de fatores diretos e indiretos às ações de saúde pública específicas, visto que caminham também atrelados ao desenvolvimento socioeconômico do país. Dessa forma, acredita-se que parte das expectativas pelos esperados bons resultados brasileiros estará alheia ao melhor aparelhamento das unidades de saúde. No entanto, esforços também devem ser direcionados às soluções voltadas para maiores efetividade e acesso à assistência pré-natal, ao parto e ao

neonato no Brasil, para então propiciar ganhos reais em qualidade nas condições de nascimento. Questões ficam em aberto como a da insuficiência de recursos públicos para o financiamento do setor no Brasil^{9,25}, assim como o excedente número de cesarianas e seu impacto na assistência. Portugal apresenta condições de nascimento comparáveis às dos países desenvolvidos mas, no entanto, deve manter-se vigilante para evitar complacência com seus bons resultados, assim como empreender esforços na contenção das cesarianas desnecessárias.

Agradecimentos

CAPES, Ministério da Educação do Brasil, processo BEX 3105/10-5.

Referências

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
- Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):895-902.
- Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista RFL, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(9):1211-20.
- Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
- Ventura MT, Gomes MC. Mortes maternas em Portugal, 2001-2007. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2010.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/RIPSA; 2008.
- Souza JP, Gülmezoglu AM, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Indicadores e dados básicos - Brasil - 2009. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2011 Jan 12]; Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2009/matriz.htm>>
- Belitzky R, Granzoto JA, Cesário Pereira LD, Tenzer SM. Nascimento por cesarianas em instituições brasileiras: informe elaborado no CLAP/OPS/OMS. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 1988.
- Arruda JM, Rutemberg N, Morris L, Ferraz EA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 1986.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1982.
- Pordata: base de dados de Portugal contemporâneo [Internet]. 2011 [citado 2011 Maio 11]. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal>
- Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Lisboa: INE; 2011 [citado 2011 Maio 10]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- World Health Organization [Internet]. Global Health Observatory Data Repository. 2011 [cited 2011 May 11]. Available from: <http://apps.who.int/ghodata/>
- Banco do Brasil [Internet]. Séries Temporais. 2011 [citado 2011 Maio 11]. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/series/port/aviso.asp>
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2006. Lisboa: INE; 2008.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. (Estudos e Pesquisas. Informação Sociodemográfica, 25).
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004. Vol. 1.
- AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3a. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- Portugal. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização perinatal nacional: programa nacional de saúde materna e neonatal. Lisboa: Ministério da Saúde; 2006.
- Lemos-Pinto A. Curso de obstetria. Coimbra: Livraria Almedina; 1993.
- Portugal. Lei nº 16/2009 de 17 de Abril. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República*, Lisboa; 2009. p. 2417-8.
- Fundação Instituto de Administração. A saúde no Brasil e na América Latina. São Paulo: Fundação Instituto de Administração; 2008.