

Ximena Andrade

Publicado em "Outras Vozes", nº 4, Agosto de 2003

Esta intervenção surge a propósito do 28 de Maio, dia *Internacional de Acção pela Saúde das Mulheres* que, este ano, retoma o desígnio histórico da sua proposta, alertando para o problema que, já em 1988, se desejava destacar – a relação existente entre a subalternidade patente da mulher na sociedade e a extensão atingida no contexto da morbilidade e mortalidade materna, sintetizado no lema “*uma morte materna devia e deve ser vista como a culminação de um processo que começa a partir do momento em que a mulher nasce*”.

Nesse ano, duas redes internacionais do movimento internacional de mulheres, a *Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos* e a *Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe*, decidiram lançar uma campanha em prol da diminuição da mortalidade materna, perante a situação grave e *in crescendo* que se apresentava a nível global. Apelaram, assim, nesse dia 28 de Maio, para o início de acções de sensibilização para a falta de reconhecimento de direitos das mulheres: a mortalidade materna e a morbilidade materna.

Qual é então a realidade que naquela altura se denunciava mas que, ainda hoje, se continua a denunciar? Segundo a OMS todos os anos se registam 210 milhões de gravidezes. Dos cerca de 130 milhões de nascimentos anuais, cerca de 15 a 19% requerem uma intervenção rápida por parte de pessoal qualificado para que a mulher possa sobreviver e não fique incapacitada para o resto da vida. Em aproximadamente 5% dos casos desenvolvem-se complicações mortais. Segundo dados disponíveis, em 1995 estimava-se que mais de meio milhão de mulheres teria morrido por complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério. Actualmente, estes trágicos registos têm aumentado, embora, em 1987, a OMS e outras agências das Nações Unidas e internacionais, directamente interessadas na situação da mortalidade materna, a

Caixa 1: Informação regional:
Mortalidade materna por ano, 1995

Região	Nº de mortes
África	273 000
Ásia	217 000
América Latina e Caribe	22 000
Europa	2 000
Oceânia	560
América do Norte	490
Mundo Total	515 000

Source: *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. World Health Organization, Geneva, 2001

Caixa 2: Complicações da gravidez e do parto: estimativas para os países menos desenvolvidos

Complicações
Incidência em % dos nados vivos
Possíveis morbilidades maternas resultantes

- Sangramentos profusos (hemorragia)
11
- Anemia aguda
- Insuficiência pituitária e outros desequilíbrios hormonais
- Infertilidade
- Infecção durante ou depois do parto (septicémia)
10
- Doença inflamatória pélvica
- Dor pélvica crónica
- Lesões nos órgãos reprodutivos
- Infertilidade
- Parto prolongado ou obstruído
6
- Incontinência
- Fístula*
- Prolapso genital
- Ruptura uterina, desgarros vaginais
- Lesões nervosas
- Hipertensão provocada pela gravidez (preeclâmpsia e eclâmpsia)
6
- Hipertensão crónica
- Insuficiência renal
- Transtornos do sistema nervoso
- Aborto de risco
16
- Infecção do canal reprodutivo
- Lesões do útero
- Infertilidade
- Doença inflamatória pélvica
- Dor pélvica crónica

Font: C. Murray & A. Lopez, eds., *Health dimensions of sex and reproduction* (1998): capítulos 5 a 8.

tenham colocado no primeiro plano da saúde pública internacional e tenham proposto a iniciativa para uma maternidade sem risco.

Que comprovativos existem para esta situação?

- ✦ Pelas complicações da gravidez, parto ou puerpério, morrem todos os dias 1.600 mulheres, isto é, quase 600.000 por ano. Destes óbitos, 99% ocorrem nos países subdesenvolvidos. Porém, estes dados sobre mortalidade materna são apenas a ponta do iceberg: *“por cada caso de morte materna, existem pelo menos outras 30 mulheres que sofrem de lesões graves ou debilitantes”* (Ashford:2002)
- ✦ Hemorragias, infecções, transtornos hipertensivos (eclâmpsia), parto obstruído e complicações por aborto inseguro constituem as principais causas de morte materna. Em vários países do Terceiro Mundo, o aborto inseguro é uma das primeiras causas da mortalidade materna (OMS/OPS: 2002). Neste sentido, é importante realçar o facto de que os abortos realizados por profissionais capacitados raramente apresentam complicações. *“A OMS estima que se realizam 18 milhões de abortos de risco por ano nos países menos desenvolvidos, um por cada dez gravidezes ou por cada sete nados vivos”* (Murray & Lopez: 2000)

Caixa 3: **Aborto inseguro: Estimativas regionais da mortalidade e o risco de vida, 1998**

Região	Nº. de mortes maternas devido a aborto inseguro	Risco de morte após aborto inseguro
África	33 000	1 em 150
Ásia*	37 600	1 em 250
América Latina	4 600	1 em 900
Europa**	500	1 em 1 900

* Exclui Japão, Austrália e Nova Zelândia. ** Primarily Eastern Europe/Newly Independent States (NIS)
/Fonte: *Abortion: A Tabulation of Available Information, 3rd Edition*. WHO, Geneva, 1998.

- ✦ Cerca de 40% ou mais das mulheres grávidas – 50 milhões cada ano – apresentam morbidades vinculadas à gestação, durante ou imediatamente após o parto.

15% sofrem sérias complicações, imediatas ou a longo prazo, como, por exemplo, prolapso uterino, fístula (abertura no canal do parto que permite que haja filtração da bexiga ou do recto para a vagina), doença inflamatória pélvica e infertilidade (Safe motherhood Initiative: 2003).

- ✦ Cerca de 35% das mulheres, nos países subdesenvolvidos, não recebem cuidados pré-natais durante a gravidez. Nalguns países a percentagem de cobertura pré-natal atinge apenas 26%. (Safe motherhood Initiative 2003).
- ✦ Aproximadamente metade dos partos nos países do Terceiro Mundo faz-se sem cuidados de profissionais. Nalguns deles, esta taxa chega mesmo aos 85%. (Safe motherhood Initiative: 2003).
- ✦ 70% das mulheres não recebe cuidados pós-parto nas seis semanas posteriores ao parto. (Safe motherhood Initiative: 2003).

Caixa 4: **Informação regional: Risco de Vida das Mulheres pela Mortalidade Materna, 1995**

Região	Risco de Vida da mortalidade materna
África	1 em 16
Ásia*	1 em 110
América Latina e Caribe	1 em 160
Europa	1 em 2 000
América do Norte	1 em 3 500

* Exclui Japão, Austrália e Nova Zelândia.
Fonte: *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF,*

Se observarmos esta realidade a nível regional, os dados sobre a mortalidade materna, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, assinalam as diferenças mais profundas entre o mundo desenvolvido e o subdesenvolvido. Eles constituem a maior amostra de iniquidade na saúde, enfrentada pelas mulheres, apesar de ter aumentado o conhecimento sobre as suas principais causas e de se terem identificado as intervenções mais apropriadas para as evitar, na sua maioria simples de implementar e de baixo custo. Neste sentido, é necessário tomar em consideração o índice de risco reprodutivo, que inclui a razão da mortalidade materna (mortes maternas por 100.000 nados vivos) e a taxa de fecundidade total (média de nados-vivos por mulher), como indicadores, (Population Action International: 2001 e Population Reference Bureau: 2003) e o risco ao longo da vida, ou seja, as probabilidades de que uma mulher morra devido a complicações durante a gravidez, parto ou aborto de risco, ao longo da sua vida. (Caixa 4) ⁱ.

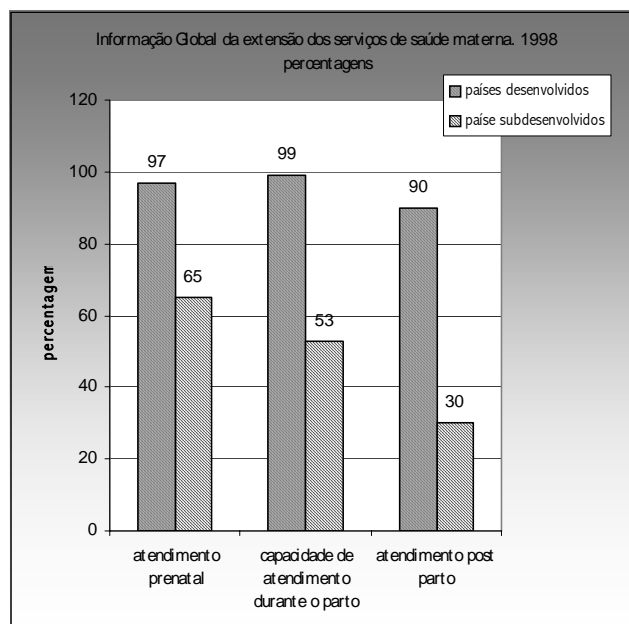
Esta grave iniquidade em saúde está relacionada, como se tem assinalado, com a posição de subalternidade que as mulheres ocupam na sociedade, no seio da qual carecem do poder necessário para tomar decisões livres e informadas em torno da sua sexualidade e reprodução. Também se relaciona com o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, com a cobertura e a qualidade dos serviços, com a prioridade na locação de recursos para a prevenção da mortalidade materna e com a acessibilidade equitativa aos cuidados de saúde de boa qualidade. Isto significa que o nível de desenvolvimento económico dos países é importante, bem como as suas prioridades na locação de recursos para a prevenção e tratamento. É interessante referir que nalguns países cujo PIB não é necessariamente muito elevado se têm verificado baixas taxas de morte materna por terem sabido alocar eficazmente os seus recursos na saúde, priorizando as acções na promoção e prevenção da saúde materna (ISIS Internacional: 2002). ⁱⁱ

Para se enfrentar esta grave tragédia sanitária e humana, têm-se traçado vários caminhos, todos eles confluindo num aspecto comum: o respeito pelos direitos humanos das mulheres e o compromisso para atingir mudanças culturais, económicas e sociais que melhorem o seu estatuto e permitam o seu empoderamento real. Por outro lado, do ponto de vista sanitário, o estabelecimento de cuidados qualificados no parto, o aumento do acesso e da cobertura dos serviços e a melhoria da qualidade dos cuidados, são os passos prioritários para avançar no exercício dos direitos das mulheres que vão ser mães. São, também, fundamentais, na luta contra a mortalidade materna, intervenções eficazes em função dos custos ao nível de cuidados primários.

Para se enfrentar esta grave tragédia sanitária e humana, têm-se traçado vários caminhos, todos eles confluindo num aspecto comum: o respeito pelos direitos humanos das mulheres e o compromisso para atingir mudanças culturais, económicas e sociais que melhorem o seu estatuto e permitam o seu empoderamento real. Por outro lado, do ponto de vista sanitário, o estabelecimento de cuidados qualificados no parto, o aumento do acesso e da cobertura dos serviços e a melhoria da qualidade dos cuidados, são os passos prioritários para avançar no exercício dos direitos das mulheres que vão ser mães. São, também, fundamentais, na luta contra a mortalidade materna, intervenções eficazes em função dos custos ao nível de cuidados primários.

Que direitos humanos das mulheres estão comprometidos com a mortalidade materna? Este tópico tem como objectivo abrir um debate para que se identifiquem propostas de acção para a reforma legal e para o melhoramento e/ou propostas de políticas públicas. A prevenção da mortalidade e da morbilidade materna incorpora várias áreas não hierarquizadas dos direitos humanos das mulheres, na medida em que, por definição, os direitos humanos são inseparáveis dentro de um todo sistémico. São elas: o direito à vida, os direitos sexuais, reprodutivos, de acesso à saúde e à educação e o direito a viver uma vida sem violência, entre outras.

Qual tem sido o alcance do movimento de mulheres e do feminismo, no que diz respeito à prevenção da mortalidade e da morbilidade materna?



Os direitos humanos das mulheres, ligados à prevenção da mortalidade e morbidade materna, têm tido expressão em vários instrumentos legais internacionais desde que se passou a considerar a Saúde Materna: Um Direito humano. Deste modo, a necessidade de proteger a saúde materna tem sido reconhecida em diversos documentos internacionais como o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, a Plataforma de Acção da Conferência Mundial da Mulher, em Beijing, em 1995, entre outros. Também os Objectivos de Desenvolvimento para o Terceiro Milénio, definidos pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatizaram a urgente necessidade de reduzir as altas taxas de mortalidade materna. No objectivo 5, “Melhorar a Saúde Materna”, colocava-se como meta a redução desta em três quartas partes do globo, entre 1990 e 2015, e da taxa de mortalidade materna em todas as regiões.

Qual é a situação em Moçambique? É importante começar por referir que a cobertura à escala nacional dos serviços do sistema de saúde atingem, aproximadamente, 40% do território nacional. No que se refere à mortalidade materna existe apenas informação intra-hospitalar, o que equivale a apenas 28 a 40% do total de partos que se realizam anualmente.

Assim, a nível nacional e regional, durante 1999, 2000 e 2001 o comportamento da taxa de mortalidade materna correspondeu aos seguintes valores:

Unidade Territorial	1999	2000	2001
Nacional	1 540	1 750	1 650
Norte	1 870	2 660	2 020
Centro	1 880	1 750	1 770
Sul	970	1 000	1 220
Valores máximos: Cabo Delgado	4 340	5 120	4 090
Valores mínimos: Cidade de Maputo	440	450	600

Comparando a posição de Moçambique, com a de outros espaços seleccionados, a partir de alguns indicadores *ad-hoc*, temos o seguinte quadro da situação:

Unidades territoriais	Prevalência de anticoncepcionais (%) 1995 – 2000	% de partos assistidos por pessoal de saúde treinado 1995 – 2000
Moçambique	10	44
Países africanos ao Sul do Saara	18	37
Oriente Médio e Norte da África	49	69
Ásia Meridional	40	29
Leste da Ásia e Pacífico	81	66
América Latina e Caribe	69	83
Países Industrializados	72	99
Países em desenvolvimento	59	52
Países menos desenvolvidos	24	28
Mundial	64	56

Finalmente, é preciso não esquecer que, além dos direitos reprodutivos e sexuais (que são os que estão em causa quando se fala de mortalidade e de morbidade materna), há muitas questões que se interrelacionam com a posição da mulher nas relações de género e que vão em detrimento da sua

saúde. Por exemplo, as mulheres apresentam maiores riscos do que os homens de serem infectadas pelo vírus do HIV nos encontros sexuais; as mulheres grávidas são mais susceptíveis de serem vítimas de violência doméstica; as mulheres tendem a pedir e a receber cuidados médicos apenas quando estão seriamente doentes. Nos últimos anos, o movimento feminista tem chamado a atenção para problemas ligados à mortalidade e à morbilidade materna, tais como: a violência contra as mulheres; o direito ao aborto e aos serviços correspondentes; as doenças de transmissão sexual; o HIV/SIDA e a necessidade de fornecimento de anticoncepcionais seguros, efectivos e sensíveis às necessidades das mulheres, que não seja dirigido por políticas de controlo populacional, mas orientado a partir da visão dos direitos humanos daquelas.

Referências:

- Amnistia Internacional: http://www.a-i.es/temas/mujeres/muj_docs.shtm
- UNFPA: <http://www.unfpa.org>
- ISIS Internacional. Agenda Salud. www.isis.org
- Mujeresred-violencia mailing list: Mujeresred-violencia@listas.nodo50.org
- Population Action International: www.pai.org
- Population Reference Bureau: www.prb.org
- Safemotherhood Initiative. <http://safemotherhood.org/index.html>
- WHO: www.who.org

ⁱ / O risco ao longo da vida de 1 em 3 000 mulheres representa um baixo risco e, 1 em 100 mulheres considera-se como alto risco.

ⁱⁱ / Fonte: "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". World Health Organization, Geneva, 1997.