

# Pesquisa na Área de Saúde Materna e Perinatal no Brasil: passado, presente e futuro

JOSÉ GUILHERME CECATTI<sup>1</sup>, ANDERSON PINHEIRO<sup>1</sup>, MARIA LAURA COSTA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professor da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil

## • Autor para correspondência

Jose Guilherme Cecatti

E-mail: cecatti@unicamp.br

## Resumo

O entendimento da condição atual do Brasil em relação à pesquisa na área da saúde materna e perinatal pressupõe uma compreensão histórica, social e econômica do país, incluindo a melhora das condições econômicas e sociais da população, aumento da escolaridade, urbanização e melhoria do saneamento básico. Isso se refletiu também na saúde materna e perinatal, com uma redução progressiva das correspondentes mortalidade e morbidade. O desenvolvimento reforçou a necessidade de políticas para pesquisa, que foram implementadas fundamentalmente através do sistema nacional de ciência e tecnologia e da pós-graduação. Para isso, julgou-se necessário a identificação de temas prioritários para pesquisa nos mais diversos campos do conhecimento em saúde, resultando na respectiva agenda de prioridades criada há dez anos. Isso possibilitou, paralelamente, o investimento direcionado de recursos financeiros para pesquisa em saúde como nunca tinha ainda acontecido no país, dinamizando o processo de produção de conhecimento nessa área. Todavia, as mudanças na área de saúde e economia da última década impõem a revisão desta agenda, com a identificação de tópicos prioritários para a pesquisa nos próximos anos. Hoje, em face da situação econômica e de pesquisa que o país atingiu, é possível vislumbrar a necessidade de um desenvolvimento mais profissional, colaborativo e integrativo da pesquisa em saúde materna e perinatal, envolvendo a formação técnica de múltiplos profissionais. Esse desafio precisa ser encarado também profissionalmente, com a identificação de novos talentos e seu preparo precocemente, desde os cursos de graduação.

**Palavras-chave:** Saúde, Pesquisa, Saúde materna, Saúde perinatal.

## **Abstract**

The knowledge on the current Brazilian condition regarding research in the area of maternal and perinatal health assumes the need for a historical, social and economic understanding of the country, including the improvement of social and economic conditions of the population, increase of schooling, urbanization and basic sanitation. These had also reflections on the maternal and perinatal health, with a progressive reduction in the correspondent morbidity and mortality. The development reinforced the need for policies for research which were implemented mainly through the national system of science and technology and also of post-graduation. For that the identification of priority topics for research on several fields of knowledge in health was judged to be necessary, leading to the respective agenda of priorities which was settled ten year ago. In parallel, this enabled the investment of financial resources directed to health research as never it had been happened before in the country, providing a dynamic process of knowledge production in this area. However, the changes in the health sector and economy in the last decade claim for the revision of this agenda, identifying topics considered to be priorities for research in the next few years. Nowadays, taking into account the condition of economy and research the country reached, it is possible to glance the need for a more professional, collaborative and integrative development of research on maternal and perinatal health, including the technical background of multiple professionals. This challenge needs to be faced also professionally with the identification of new talents and their early training from the beginning during the undergraduate courses.

**Keywords:** Health, Research, Maternal health, Perinatal health.

O entendimento da condição atual do Brasil em relação à pesquisa na área da saúde materna e perinatal pressupõe uma compreensão histórica, social e econômica do país e merece criteriosa revisão. O Brasil enfrentou nas últimas décadas importantes mudanças socioeconômicas, as quais culminaram com uma melhora expressiva nos índices de saúde no país. As principais modificações verificadas neste período foram a diminuição da miséria da população (com redução da porcentagem de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza), o aumento da escolaridade, a urbanização e a melhora no saneamento básico<sup>1</sup>.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, e com o enfoque no cuidado primário à saúde, o Brasil teve a possibilidade de melhorar a cobertura vacinal da população, o acesso aos cuidados de pré-natal, além de buscar adequação do serviço de saúde às necessidades regionais, dada a diversidade deste país, e cujo território alcança dimensões continentais<sup>2</sup>.

A melhoria na abordagem da saúde materna e reprodutiva teve início no mesmo período, com a implementação de diversas políticas e programas para aumentar os cuidados com a mulher, incluindo o pré-natal e o planejamento familiar. Estas medidas, somadas às mudanças sociais, tais como aumento da escolaridade, urbanização e participação da mulher no mercado de trabalho, afetaram positivamente os indicadores relacionados à saúde reprodutiva<sup>1</sup>. Houve um aumento do uso de métodos anticoncepcionais de 57%, em 1986, para 75% em 2006. A taxa de fertilidade caiu de 6 filhos por mulher nos anos 1960 para 1,8 na década de 2000<sup>1</sup>. Os partos tornaram-se hospitalares em sua grande maioria, totalizando, segundo dados de 2011, 98% de todos os partos ocorridos no território. Todavia, a proporção de cesarianas é bastante elevada (54%), ultrapassando os 80% no setor conveniado e privado<sup>3</sup>.

Diversas instituições têm promovido mudanças a fim de conseguir alcançar no país as Metas de Desenvolvimento do Milênio, traçadas em 2000 pelas Nações Unidas<sup>4</sup>. Entre estas importantes metas encontra-se a redução da razão de mortalidade materna e da taxa de mortalidade infantil. Felizmente, temos observado uma melhora substancial nos indicadores avaliados. Como exemplo, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 47,1/1000 nascidos vivos (NV) em 1990 para 15,3/1000NV em 2011. Em relação à taxa de mortalidade neonatal, houve uma diminuição de 23,1/1000NV em 1990 para 10,6/1000NV em 2011.

As razões de mortalidade materna no país mantêm-se ainda

inaceitavelmente elevadas, cerca de 10 vezes mais altas se comparadas aos países de mais alta renda. Como resultado de um movimento politicamente engajado na área da saúde, houve um aumento da notificação, que se tornou compulsória. Houve também a criação dos comitês de mortalidade materna, os quais estão presentes nos 27 estados, e em 748 municípios. Esses comitês certamente melhoraram a detecção, a notificação e a investigação desses casos<sup>1</sup>. Apesar de ainda alta, o país vivenciou uma melhora no quadro geral de mortalidade materna nas últimas duas décadas. A razão de mortalidade materna caiu de 143,2/1000NV em 1990 para 64,8/1000NV em 2011. Estas cifras ainda são elevadas, mas revelam de alguma forma uma melhora na assistência à saúde materna no Brasil<sup>3</sup>. A mortalidade materna constitui uma violação grave dos direitos humanos e reprodutivos da mulher, já que a maioria destas mortes pode ser evitada com cuidado precoce e adequado<sup>1</sup>. Além disso, revela ainda um importante diferencial de gênero, atribuindo exclusivamente à mulher a carga da morbidade e mortalidade associadas à reprodução, uma função importante para toda a sociedade<sup>5</sup>.

Em relação às causas de mortalidade materna, as estatísticas mostram que o Brasil tem um comportamento intermediário entre países de alta e média renda, ou seja, predominando ainda as causas diretas de morte materna (totalizando 65%) em relação às indiretas, mas com a prevalência das causas por hipertensão e não mais por hemorragia. A maior proporcionalidade de causas diretas de morte materna está na região Norte no país (75%), enquanto na região Sul e Sudeste esta porcentagem é de, respectivamente, 54% e 62%<sup>3</sup>. As principais causas de mortalidade materna no Brasil são a doença hipertensiva, infecções, hemorragias e complicações relacionadas ao aborto<sup>1</sup>.

## Saúde e pesquisa

É fundamental compreender o cenário nacional, para avaliar a relevância de uma clara e definida agenda de prioridades em pesquisa<sup>6-8</sup>. O desenvolvimento do método científico sistemático para analisar e monitorar adequadamente diversos temas tem sido amplamente difundido nas últimas décadas, e a ideia de que “Não há saúde sem pesquisa” (do inglês “No health without research”) reflete a importância de fortalecer a política de investigação em todo o mundo<sup>9</sup>, no contexto mais amplo do entendimento, até governamental, de que não há desenvolvimento sem pesquisa.

Desde a década de 60, houve o investimento e o incentivo para pesquisa no Brasil, com a criação de agências financiadoras, inicialmente a Agência Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), de ca-

ráter federal, para apoiar o crescimento da indústria brasileira. Nos anos 1970, com a participação da Finep, deu-se a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), que culminou com a instalação de um programa de pós-graduação<sup>10</sup>. A criação de uma pós-graduação no país mostrou uma importante política de ciência e tecnologia que ajuda a entender a versão brasileira do modelo baseado na ciência como motor do progresso. Para abordar dados sobre as demandas em pesquisa, o Conselho de Pesquisa Nacional desenvolveu um Sistema Nacional de Informação Científica, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)<sup>10</sup>. No entanto, até 2003, não havia políticas específicas com prioridades para ciência e tecnologia em saúde. A preferência de tópicos de pesquisa em saúde era totalmente definida segundo demandas dos pesquisadores, e o crescimento na área foi alcançado por um sistema de pós-graduação estruturado e o suporte de diferentes agências financeiras de apoio.

### **Uma agenda de prioridades em pesquisa para a saúde materna e perinatal**

Com o intuito de cumprir o desafio de utilizar as agendas de pesquisa em saúde, visando ainda futuras ações em políticas públicas de saúde, e premido pela necessidade de adquirir maiores recursos financeiros, o Ministério da Saúde entendeu que era o momento de propor a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde. Portanto, seguindo a tendência mundial de valorização da pesquisa e com a facilitação do Conselho de Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento (COHRED), o Brasil e diversos países em desenvolvimento iniciaram a implantação de um ambiente estruturado de política de pesquisa em saúde<sup>11,12</sup>. O Brasil organizou, nos últimos anos, a sua Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde, e a Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde<sup>12,13</sup>.

Este processo foi iniciado há pouco mais de dez anos, em 2003, com a inclusão de 24 sub-agendas para reconhecer as diversas especificidades nacionais de pesquisa em saúde, sendo uma delas denominada “Saúde da Mulher”. É importante saber que, inicialmente, inúmeros seminários regionais e nacionais foram realizados, totalizando mais de 15.000 participantes, envolvendo pesquisadores, políticos e membros da sociedade civil para identificar as prioridades relevantes para cada sub-agenda.

Em 2004, durante a segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, um documento foi escrito para certificar a intensa discussão envolvendo a definição das 24 sub-agen-

das prioritárias em pesquisa. Cada sub-agenda foi exaustivamente desenhada para descrever todas as ideias envolvidas<sup>14</sup>. A da Saúde da Mulher teve a intenção de ilustrar todos os assuntos considerados durante os seminários nacionais, incluindo a magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas da saúde da mulher, avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva. Desde então, o documento aprovado<sup>14,15</sup> tem sido um guia para direcionar os investimentos para pesquisa e desenvolvimento em saúde do Ministério da Saúde e também do Ministério de Ciência e Tecnologia<sup>12</sup>.

Concomitantemente, com o aumento das pesquisas no país, o Ministério da Saúde passou a ocupar um cenário central na política de pesquisa em saúde. Desta forma, poderia haver conciliação entre a agenda de pesquisa em saúde e as políticas públicas em saúde. Além disso, com participação do Ministério da Saúde, foi e é possível aumentar os recursos financeiros para pesquisa e encontrar novas fontes patrocinadoras<sup>12</sup>.

Especificamente avaliando o tema ora em foco, com a valorização de temas relevantes e o correspondente estímulo financeiro, as pesquisas em saúde da mulher, no período de 2003 a 2013, contaram com mais de 20 milhões de reais distribuídos entre pelo menos duas centenas de projetos de pesquisa e financiados fundamentalmente através do CNPq e do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit). Este valor representa uma parcela significativa do orçamento global disponível para pesquisa. Exemplos de temas que foram já contemplados sob a cobertura desta agenda de prioridades são: morbidade e mortalidade materna, saúde da mulher, aborto e gravidez na adolescência, investigação sobre cesáreas desnecessárias, entre outros.

Certamente, os resultados obtidos a partir deste investimento no enriquecimento científico podem não só servir para o desenvolvimento de políticas públicas nacionais, com claro impacto social, mas também podem gerar capacitação de pessoal e importante contribuição internacional em temas globalmente relevantes.

## **A situação atual**

Passada já uma década desde a primeira definição de prioridades e também considerando tanto os investimentos e atividades desenvolvidas sob sua cobertura como as mudanças ocorridas no país e na saúde dos brasileiros durante esse período, há uma concordância geral de que é o momento de se atualizar a agenda e redefinir as prioridades, sobretudo para a área de saúde materna e perinatal que experimentou importantes mudanças no mesmo intervalo de tempo. De fato, com grande respeito à extensa discussão envolvida no rela-

tório original de prioridades, essa é mesmo uma preocupação oficial. Atualizações no documento inicial já foram internamente realizadas. Ainda em 2007 teve início esse processo, com uma reorganização da agenda preparada por um grupo interno selecionado dentro do Ministério da Saúde e os tópicos foram organizados da seguinte forma: saúde reprodutiva, sexualidade, problemas na saúde da mulher, avaliação de políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva, e cuidado com as mulheres.

Dois anos depois, em 2009, iniciou-se o planejamento de uma nova atualização, desta vez usando uma ferramenta metodológica, o método Delphi<sup>16</sup>. Este método caracterizou adequadamente as prioridades em saúde da mulher e um conjunto de dez temas foi definido em ordem de importância para guiar as prioridades em pesquisa dentro da sub-agenda. Essa atualização foi realizada com a definição de um coordenador para cada sub-agenda e a organização de um grupo técnico de 20 participantes para cada um dos temas, com pesquisadores e fazedores de políticas públicas na área de saúde materna e perinatal, preferentemente envolvidos nas fases progressas. Para tal priorização foi considerada a opinião de cada membro do grupo sobre uma perspectiva futura em relação a quais seriam os mais importantes problemas para a saúde da mulher brasileira nos próximos cinco anos, aos quais, posteriormente, atribuíram um escore de importância para compor a lista dos temas prioritários identificados, por ordem decrescente:

- Mortalidade materna e morbidade materna grave;
- Aborto inseguro e suas consequências sobre a saúde;
- Violência;
- Tipo de parto, humanização e qualidade do cuidado;
- Câncer de mama e do colo do útero;
- DST/AIDS e saúde reprodutiva das mulheres;
- Escolhas reprodutivas, anticoncepção e infertilidade;
- Determinantes sociais e de gênero da saúde reprodutiva e sexual;
- Hipertensão e gestação de alto risco;
- Saúde mental e saúde da mulher.

## Presente e futuro

O Brasil é um país cuja renda é média-alta e, recentemente, passou por um grande crescimento. Através desse desenvolvimento econômico, houve melhorias importantes em questões sociais, ambientais e da saúde, com a implementação de um sistema nacional



de saúde com forte participação da comunidade<sup>13</sup>. Do ponto de vista reprodutivo, o Brasil também está experimentando o novo processo descrito como “transição obstétrica”. Analogamente aos conceitos já mais difundidos de transição demográfica e de transição epidemiológica, essa transição obstétrica tem sido descrita como o conjunto das características das mulheres com relação à reprodução, com um aumento da idade materna à época da reprodução, diminuição da taxa total de fecundidade traduzida por um menor número de filhos por mulher, uma diminuição da razão de mortalidade materna, uma tendência ao predomínio de causas indiretas de mortalidade materna sobre as causas diretas, e a institucionalização dos nascimentos, acompanhada de um aumento de intervenções obstétricas<sup>17</sup>.

A decisão de criar uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, com uma metodologia apropriada para abordar prioridades de relevância, foi um processo que pretendeu mudar o caminho para entender e construir o progresso. Os tópicos selecionados como prioritários em saúde materna e perinatal representam um claro exemplo de uma estruturação difícil e um trabalho sério que contempla os temas relevantes em pesquisa, levando em consideração todos os níveis de participação da comunidade. O desafio de fornecer pesquisa de qualidade mantendo prioridades e apoio financeiro é permanente. Embora ainda não oficialmente divulgados, esses tópicos deverão estar norteando as chamadas para pesquisa e investimentos financeiros nacionais para os próximos anos. Isso tem sido feito de forma rotineira pelas agências nacionais financiadoras de pesquisa e, mais recentemente, em associação com outras agências internacionais que reconheceram a seriedade do processo e a propriedade da priorização levada a cabo.

Outra tendência que concorre para os mesmos objetivos é o trabalho integrado em redes de colaboração para a produção de conhecimentos científicos de maior qualidade, representatividade e eficiência, com um poder aumentado de gerar evidências mais fortes, com amostras de população de diferentes locais para aumentar a validação externa dos resultados dos estudos, bem como capacitar de forma uniforme as equipes de múltiplos profissionais envolvidos em tais iniciativas. Um grande exemplo internacional de esforço científico colaborativo nesse sentido foi recentemente divulgado. Trata-se do *WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health* envolvendo colaboradores de 29 países de três continentes (Ásia, África e América)<sup>18</sup>. Mas esta experiência também não é novidade no Brasil. Desde 2009 foi estabelecida a chamada Rede Brasileira de Estudos em Saúde Reprodutiva e Perinatal, com um foco bem direcionado exatamente para a saúde materna e perinatal, que foi responsável



pela proposição de alguns estudos nacionais multicêntricos, envolvendo dezenas de instituições de saúde ligadas ao ensino e distribuídas por todo o território nacional, obtenção de recursos nacionais e implementação dos estudos. Esta experiência tem se demonstrado bastante exitosa, com a produção de conhecimentos científicos sobre nossa realidade nessa área de conhecimento. Com o esforço e a ajuda de uma equipe multiprofissional e multi-institucional, os resultados deste estudo tem despertado o interesse internacional para essa nossa realidade<sup>19,20</sup>.

Hoje, mais do que nunca, existe um consenso nacional de que pesquisa é desenvolvimento. Também não restam dúvidas de que a saúde materno-infantil deva ser prioritária num país de renda média-alta, mas onde ainda persistem elevadas taxas de mortalidade e morbidade materna e perinatal, com evidentes inequidades expressas nos acentuados diferenciais entre distintas regiões, grupos étnicos e socioeconômicos. Para isso, o processo deve ser profissional, não amadorístico. Talvez a maneira mais eficaz conhecida para concretizar esses objetivos seja identificar e formar jovens talentos que poderão dar respostas às necessidades nacionais de desenvolvimento em pesquisa nessa e em outras áreas prioritárias do país. Isso se compatibiliza perfeitamente com o incentivo às atividades acadêmicas e científicas de iniciação científica para alunos de graduação, sobretudo para os da área da saúde, bem como de cursos de pós-graduação *sensu strictu*. O incentivo à qualificação teórica e técnica destes jovens pesquisadores é fundamental para alimentar e fortalecer o processo como um todo.

## Referências

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Health in Brazil 2. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011;377:1863-76.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Health in Brazil 1. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-97.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. DATASUS. Informações de saúde (Tabnet). [internet] Acesso em 06 abr. 2014. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#morte>.
4. United Nations. The United Nations Millennium Declaration. New York: United Nations [internet] 2000. [Acesso em 16 abr. 2014].

- Disponível em: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/).
5. Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reprod Health Matters* 2012; 20(39):155-63.
  6. Labonte R, Spiegel J. Setting global health research priorities. *BMJ* 2003;326:722-3.
  7. Gonzales-Block MA. Health policy and systems research agendas in developing countries. *Health Res Policy Syst.* 2004;2:6.
  8. Pang T, Sadana R, Hanney S, Bhutta ZA, Hyder AA, Simon J. Knowledge for better health - a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bull World Health Organ* 2003;81(11):815-20.
  9. Hanney SR, Gonzalez-Block MA. Yes, research can inform health policy; but can we bridge the 'Do-Knowing It's Been Done' gap? *Health Res Policy Syst.* 2011;9:23.
  10. Guimarães R. Health research in Brazil: context and challenges. *Rev Saude Publica* 2006;40:1-8.
  11. Council on Health Research for Development. Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting. *Health Policy Plan* 2000;15:130-6.
  12. Guimarães R, Santos LMP, Angulo-Tuesta A, Serruya SJ. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cad Saude Publica* 2006;22(9):1775-94.
  13. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011;377(9782):2042-53.
  14. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Anais da 2a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. [internet]. 2005 [Acesso em 20 out. 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatoriofinal2cnctis.pdf>.
  15. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda Nacional de Prioridades de

16. Ciałkowska M, Adamowski T, Piotrowski P, Kiejna A. What is the Delphi method? Strengths and shortcomings. *Psychiatr Pol.* 2008;42(1):5-15.

17. Souza JP, Tunçalp O, Vogel JP, Bohren M, Windmer M, Oladapo OT. et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG* 2014;121(Suppl.1):1-4.

18. Souza J. The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health project at a glance: the power of collaboration. *BJOG* 2014;121 (Suppl 1):v-viii.

19. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, Haddad SM, Camargo RS, Pacagnella RC. et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. *Reprod Health* 2009;6:15.

20. Passini R Jr, Tedesco RP, Marba ST, Cecatti JG, Guinsburg R, Martinez FE. et al. Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10:22.

