

## **Evolução da mortalidade materna em Portugal**

**Sónia Cardoso Pintassilgo**

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal

[sonia.cardoso@iscte.pt](mailto:sonia.cardoso@iscte.pt)

**Sumário:** Este trabalho tem como objetivo a análise da mortalidade materna em Portugal. Na análise consideram-se três questões fundamentais: 1) a definição e a discussão do conceito de mortalidade materna e da respetiva medida de análise; 2) a identificação do percurso evolutivo do fenómeno em Portugal; 3) a consideração dos resultados da mortalidade materna enquanto indicadores das condições sanitárias das populações mas também enquanto indicadores sociais, em função da referenciação da sua evolução à de outros fenómenos, como a mortalidade infantil e a natalidade mas também a morbilidade materna.

**Palavras-chave:** Fenómenos demográficos, mortalidade materna, morbilidade materna, causas de morte, condições de nascimento.

**Abstract:** This paper aims to analyse maternal mortality in Portugal. There are three questions that are assumed to be fundamental: 1) the definition and discussion of the maternal mortality concept and its analysis measurement; 2) the identification of the phenomenon evolution in Portugal; 3) the consideration of results regarding maternal mortality as indicators of sanitary conditions of populations, but also as social indicators, according to its interaction with other phenomena, namely, infant mortality, natality and maternal morbidity.

**Keywords:** Demographic phenomena, maternal mortality, maternal morbidity, causes of death, birth conditions.

### **Introdução**

A análise que aqui se apresenta percorre cerca de um século e enquadra-se num contexto de alteração dos padrões demográficos (Bandeira, 1996), em que a redução da mortalidade pode ser lida à luz das teorias da Transição Demográfica (Notestein, 1945) e da Transição

Sanitária e Epidemiológica (Omran, 2005) e se articula com a emergência de comportamentos modernos face à procriação decorrentes de uma nova dinâmica social (Bandeira, 1996; Almeida et al., 2004).

No que concerne à procriação, o processo de organização social do nascimento, em contexto de modernidade, assenta num modelo medicalizado, de profissionalização dos atores sociais envolvidos e de valorização do risco associado aos acontecimentos (Giddens, 1997; Beck, 2001). O nascimento assume, por aí, um estatuto institucionalizado, que sustenta a naturalização de um aumento de intervenção obstétrica (Oakley, 1984, 2016; Davis-Floyd, 2001; Conrad, 2007), remetendo para o processo de transição obstétrica (Souza et al., 2014).

É neste contexto que nos propomos analisar a mortalidade materna enquanto fenómeno demográfico revelador de dinâmicas mais abrangentes.

### **1. Fontes de informação e métodos**

As fontes de informação consultadas foram as estatísticas oficiais publicadas a partir de 1913 em Portugal, ano a partir do qual passou a ser disponibilizada informação relativa aos óbitos em função da causa de morte materna. No âmbito das Estatísticas Demográficas disponibilizadas pelo Instituto Nacional de Estatística, foram considerados dados referentes aos restantes fenómenos analisados, nomeadamente, a mortalidade infantil e a natalidade.

Na análise da morbilidade materna consultámos a informação decorrente das Estatísticas da Saúde, Relatórios de Morbilidade Hospitalar e Elementos Estatísticos de Saúde, da Direção Geral da Saúde.

Os indicadores calculados e analisados têm suporte conceptual e metodológico na análise demográfica.

### **2. Conceito e medidas de análise**

A morte materna é uma causa de morte que remete para um período específico da vida da mulher, que se inicia com a gravidez e termina no período do pós-parto. Os critérios que sustentam a definição de morte materna são dois: o período de exposição ao risco e a causa de morte.

A OMS, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (1992) define morte materna como o “óbito de uma mulher que tenha ocorrido ao longo da gravidez ou num período de 42 dias após o seu término, qualquer que seja a duração ou a localização, por uma

qualquer causa determinada ou agravada pela gestação ou pelos cuidados que esta tenha motivado, mas não acidental ou fortuita” (WHO, 2010: 4).

Nos países com boas estatísticas decorrentes do registo civil, como é o caso português, a mortalidade materna pode ser medida a partir da taxa de mortalidade materna. Este indicador não corresponde a uma taxa convencional, na medida em que não relaciona os óbitos maternos com a população em que potencialmente ocorrem. Estabelece antes a relação entre os óbitos maternos (numerador) e os acontecimentos que lhe deram origem, os nados-vivos (denominador).

Em rigor, nesse quociente, dificilmente se enquadrarão todos os casos teoricamente enquadráveis nas duas categorias. Em relação ao numerador, a subestimação dos óbitos maternos é uma realidade confirmada em todos os contextos, seja pelo intervalo de tempo considerado na observação, pela falta de informação na causa do óbito no registo ou por outra razão.

Quanto ao denominador, a consideração dos nados-vivos deixa de fora acontecimentos como nados-mortos (que, em conjunto com os nados-vivos, totalizam os nascimentos) e as situações de aborto, podendo determinados óbitos maternos decorrer no seguimento destes acontecimentos e não de nados-vivos.

Assim, a informação ideal para o denominador seria o total das gravidezes. Mas a dificuldade em quantificar os abortos e ter informação completa relativa a nados-mortos tem levado a assumir os nados-vivos como informação de referência para o cálculo desta medida que, por sua vez, é designada de taxa de mortalidade materna (Fortney, 2002). Foi também esse o indicador que adotámos para medir a mortalidade materna no nosso país.

### **3. Resultados**

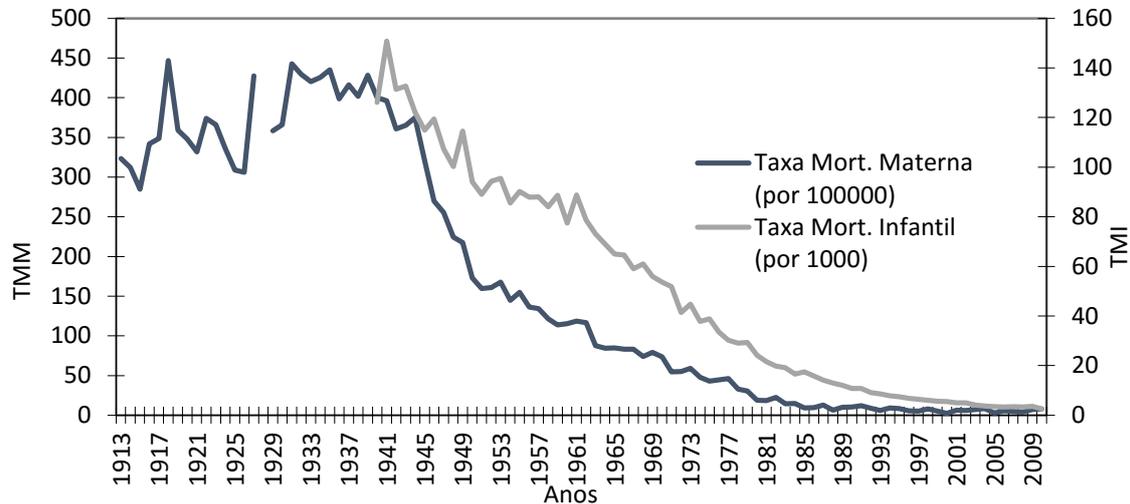
#### **3.1 Mortalidade materna, Mortalidade Infantil e Natalidade**

A análise da evolução da mortalidade materna e da mortalidade infantil, considerando uma série longa de dados (em função da disponibilidade dos mesmos), permite referir que, apesar de as respetivas curvas não serem coincidentes, a evolução dos fenómenos apresentou um padrão semelhante (Figura 1).

Parece existir alguma anterioridade da quebra dos valores da mortalidade materna, o que é significativo porque a sobrevivência dos recém-nascidos depende, em grande parte, das mães. Mas, para além disso, a análise comparativa da evolução dos dois fenómenos evidencia

uma relação clara no sentido de as mesmas causas produzirem efeitos idênticos. Ou seja, os contextos desfavoráveis à mortalidade materna sê-lo-ão, também, à mortalidade infantil.

**Figura 1: Taxa de Mortalidade Materna (TMM) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), Portugal, 1913-2010**

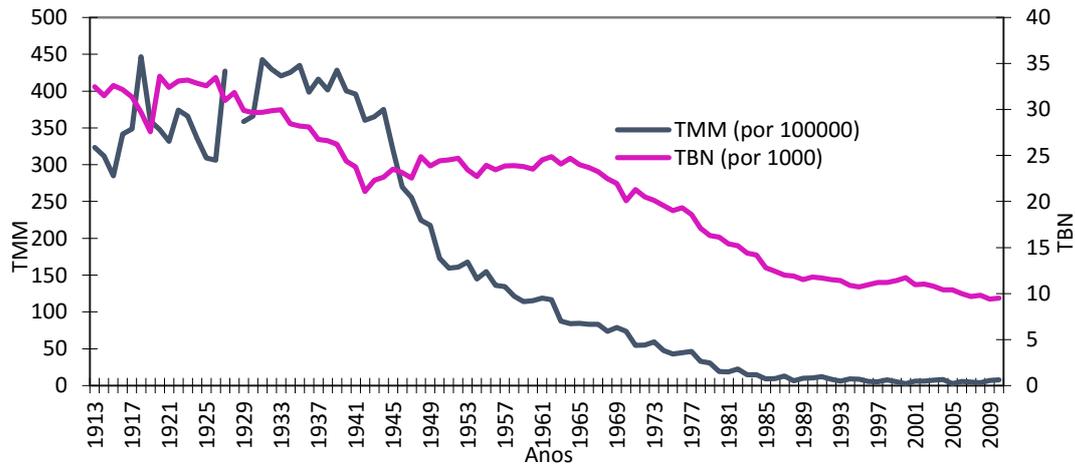


Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Já uma leitura comparativa da evolução dos valores da taxa bruta de natalidade e da taxa de mortalidade materna, ao longo de quase um século, revela uma relação quase simétrica entre os fenómenos, que passam, em simultâneo pelos períodos de crise e de estabilização mas em polos opostos. Uma tendência semelhante entre os dois fenómenos (no sentido do decréscimo) revela-se apenas a partir da década de 1960 (Figura 2).

As razões que justificam a simetria de tendências serão diferentes ao longo do tempo mas a articulação dos fenómenos parece incontornável.

Figura 2: Taxa de Mortalidade Materna (TMM) e Taxa Bruta de Natalidade (TBN), Portugal, 1913-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

A diminuição da natalidade, entre o final dos anos 1920 e o início da década de 1940, foi assinalada como resultando de uma adesão temporária a práticas malthusianas de controlo da fecundidade, corrigidas a partir da década de 1940, para agrado da corrente populacionista e do Estado português (Bandeira, 1996).

Essas práticas de controlo da fecundidade, apesar de não se deverem ainda à entrada num contexto de modernidade demográfica ou social, vieram revelar já uma nova forma de olhar para a família e para a sua estrutura e dimensão. Ora, a saúde materna seria, eventualmente, uma das preocupações das famílias num contexto de descontrolo dos níveis da mortalidade materna potenciado pelos elevados níveis de fecundidade.

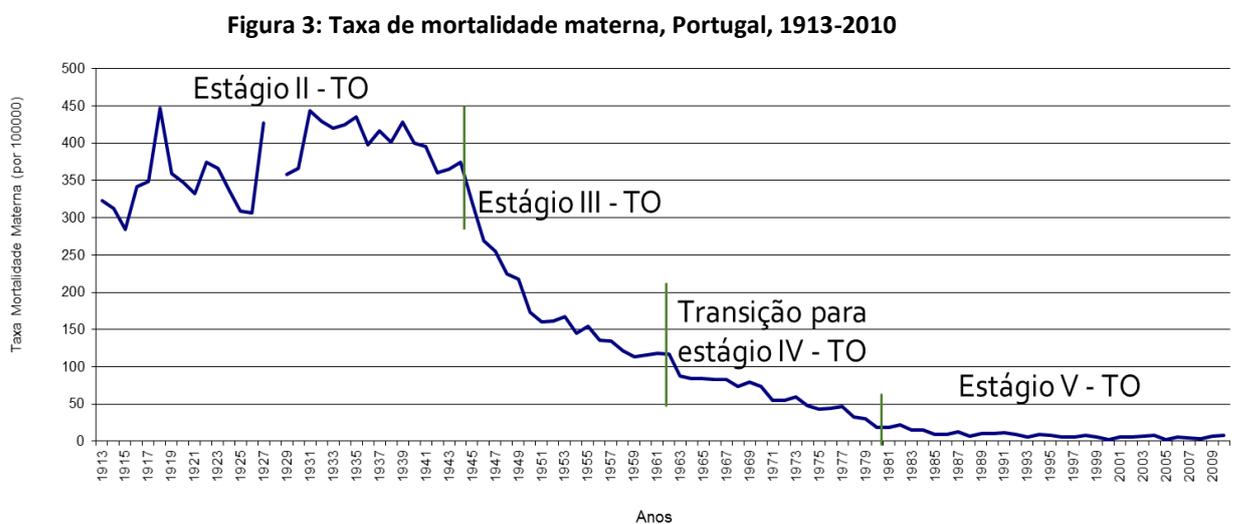
Nesse sentido, seria razoável assumir que uma das motivações para a redução da fecundidade poderia ser a salvaguarda da saúde das mulheres que, pela redução da sua fecundidade, se exporia menos aos riscos associados ao nascimento. Esta é, aliás, uma das razões apontadas para a redução dos níveis de fecundidade em países como a França (McLaren, 1997). E é, também, uma razão que justifica a assimetria dos fenómenos. De facto, quando os níveis de mortalidade materna se encontram mais controlados, a partir da década de 1940, a natalidade aumenta.

Já na segunda fase de quebra da natalidade, a partir da década de 1960, a relação entre os fenómenos mantém-se, mas dando a simetria lugar a um paralelismo entre natalidade e mortalidade materna. O padrão das últimas décadas revela que as novas opções de forte restrição em matéria fecunda aliam-se a padrões de saúde materna em que se procura, de forma crescente, controlar o risco associado a acontecimentos cada vez mais raros, por vezes

únicos, na vida de uma mulher. Procura-se, assim, garantir que essa exclusividade decorra sem imprevistos.

### 3.2 Mortalidade materna – quatro fases de evolução

Analisando, agora, com mais detalhe, a evolução da mortalidade materna em Portugal verificamos, desde 1913, padrões diferenciados que dividiríamos em quatro grandes períodos, sendo o primeiro mais longo, com cerca de três décadas de duração, e todos os outros com uma duração de aproximadamente duas décadas (Figura 3).



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

O primeiro período, desde 1913 (com uma taxa de mortalidade materna de 323,4 mortes maternas por 100000 nados-vivos) até 1944 (374,9 por 100000), é marcado por valores muito elevados e fortes oscilações nos resultados da mortalidade materna. Corresponde ao estágio II da transição obstétrica (Souza et. al, 2014), caracterizado por níveis muito elevados de fecundidade e de mortalidade materna, cujas causas de morte são sobretudo causas diretas ou decorrentes de doenças transmissíveis. As causas diretas de mortalidade materna são as decorrentes de complicações associadas de forma direta à gravidez e ao parto.

O segundo período, de 1945 até ao início da década de 1960 (115,5 mortes maternas por 100000 nados-vivos, em 1960), regista já uma diminuição irreversível da mortalidade materna e, sobretudo na primeira fase, a um ritmo muito acelerado, isto é, com as quebras mais acentuadas de todo o período. Corresponde ao estágio III da transição obstétrica, em que a

fecundidade apresenta uma intensidade variável e as causas de morte diretas ainda predominam.

O terceiro período acontece até ao final da década de 1970 (em 1979 o valor da TMM era de 30,6 por 100000 nados-vivos) e é marcado pela continuação da descida da mortalidade materna, agora a um ritmo menos acelerado mas evidente. Este período corresponde à transição para o IV estágio da transição obstétrica, onde se observam valores bastante controlados, no que diz respeito à mortalidade materna, que acompanham a descida da fecundidade. Nesta fase ganham importância relativa as causas de morte de natureza indireta que se definem como complicações de saúde pré-existentes que são agravadas pela gravidez e/ou pelo parto. Esta é também a fase em que se assiste à mudança de paradigma no padrão de assistência ao nascimento, no sentido da medicalização e da tendência para a generalização dos cuidados.

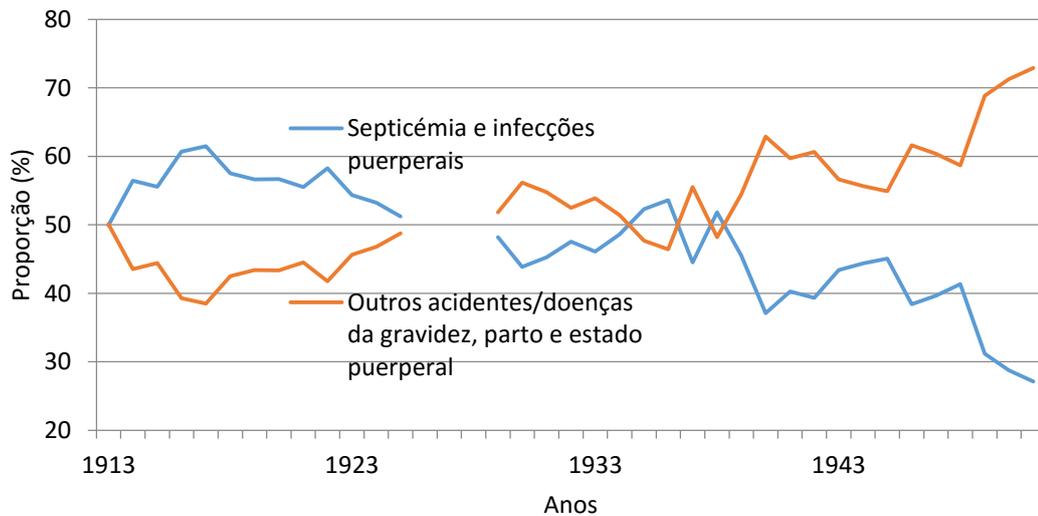
O último período, entre 1980 (19,0 por 100000) e 2010 (7,9 por 100000), registando valores francamente baixos, revela algumas oscilações que mostram o caminho a percorrer para a estabilização definitiva do fenómeno no sentido da sua anulação. Este período corresponde ao V (quinto) e último estágio da transição obstétrica, onde níveis residuais de fecundidade e de mortalidade materna se encontram e em que as causas de morte são, sobretudo, indiretas.

### **3.3 Mortalidade materna – as causas de morte**

Avaliando, agora a evolução do peso das causas de morte no conjunto da mortalidade materna, identificamos uma classificação para a primeira metade do século XX que divide a manifestação do fenómeno em duas categorias: uma referente à morte por infeção e a outra abrangendo todas as outras possíveis causas (Pintassilgo, 2014).

Esta dicotomia na classificação das causas de morte materna ao longo de cerca de meio século vem revelar o peso esmagador das infeções na determinação do fenómeno no decorrer desse período (Figura 4), o que corresponde à supremacia das causas de morte diretas que caracterizam os estágios II e III da transição obstétrica.

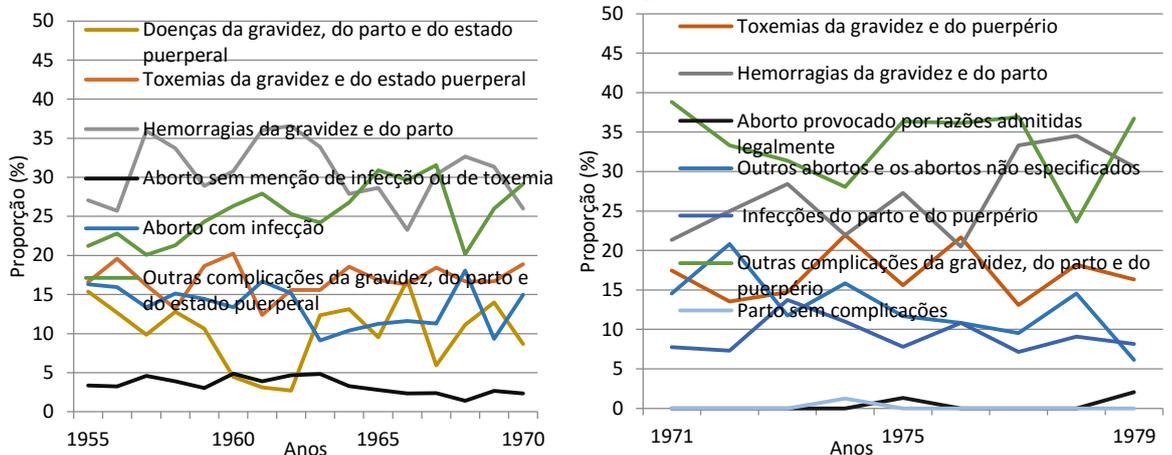
**Figura 4: Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1913-1951, Portugal**



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-1970

Já desde a segunda metade da década de 1950 e até ao final da década de 1970, ao mesmo tempo que se deixa para trás o protagonismo das infeções puerperais, verifica-se o aumento da importância de outras causas de morte (Figuras 5 e 6).

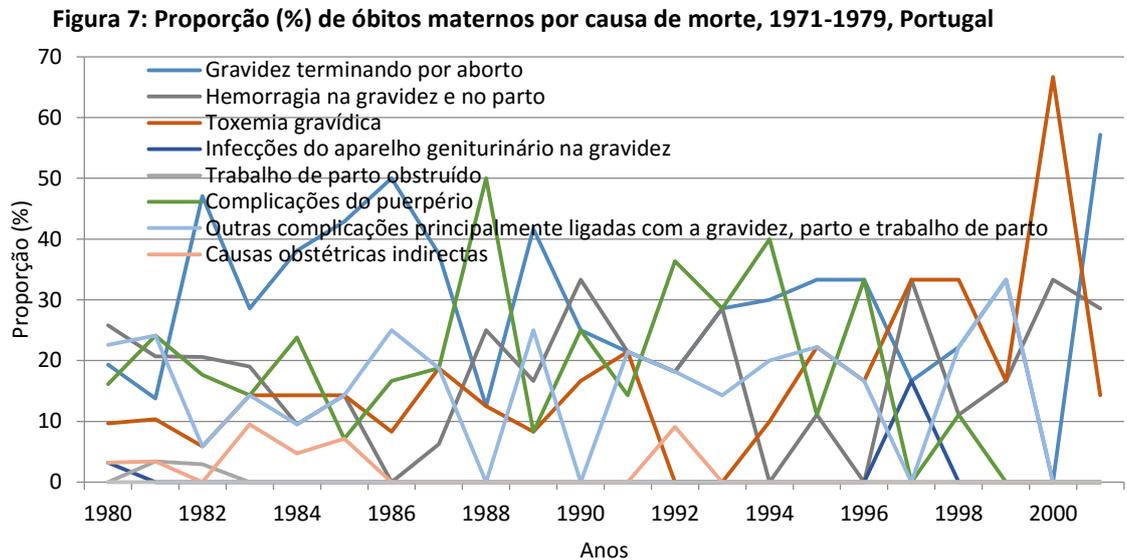
**Figuras 5 e 6: Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, segundo a CID, 1955-1970 e 1971-1979, Portugal**



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-1970

Na década de 1980 o fenómeno assume novas peculiaridades no que diz respeito à evolução das respetivas causas, tal como descrito pelo V estágio da transição obstétrica, em que predominam as causas de morte materna de natureza indireta (Figura 7).

Assiste-se, também, ao protagonismo crescente da categoria relacionada com as complicações no puerpério.



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-1970

Da evolução descrita verifica-se que, desde a segunda metade da década de 1950 e até ao final da década de 1970, ao mesmo tempo que se deixa para trás o protagonismo das infeções puerperais, revela-se a importância (mesmo que forma alternada) de causas como as hemorragias e problemas de hipertensão (toxemias), o aumento do peso das complicações da gravidez, parto e pós-parto e alguma perda de expressão do aborto com infeção ou clandestino na determinação das causas de mortes.

Estas alterações apresentam alguma correspondência, em termos internacionais, por exemplo, com o caso francês, em que as infeções puerperais, complicações de hipertensão e complicações por abortos (alguns de origem infecciosa) – típicos do imediato pós-guerra – dão lugar a hemorragias, complicações de hipertensão, traumatismos cérvico-vaginais, complicações operatórias, complicações do estado gravido-puerperal de natureza indireta (patologias cardíacas, hemorragias cerebrais, depressão e psicose puerperal) (Bouvier-Colle e Szego, 2005).

Nessa comparação, o desfazamento temporal, embora presente, não será tão longo como o que existiu na evolução dos valores da taxa de mortalidade materna ou no controlo da mortalidade materna por infeção, que em Portugal aconteceu décadas mais tarde face a outros países do contexto ocidental.

A entrada na década de 1980 revela novas peculiaridades na evolução das causas associadas à mortalidade materna no nosso país, no que diz respeito, por um lado, ao ressurgimento da importância do aborto como causa de morte, o que se deverá à especificidade do nosso contexto social, cultural, político e legislativo. Por outro lado, assiste-se ao protagonismo crescente da categoria relacionada com as complicações no puerpério, em sintonia com o padrão do contexto ocidental (Bouvier-Colle e Szego, 2005).

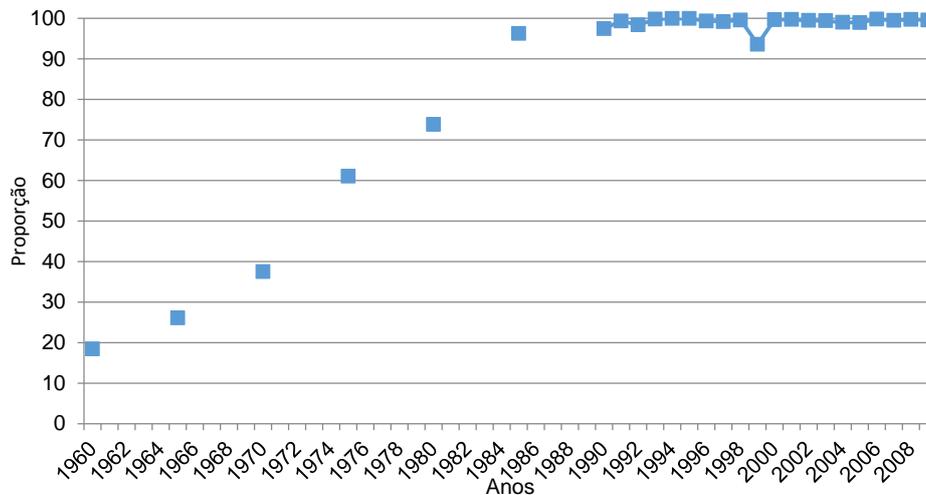
Ora, esta realidade recente na manifestação do risco associado ao nascimento, que remete para uma temporalidade tendencialmente tardia no calendário da mortalidade materna (isto é, para o aumento relativo de mortes maternas no puerpério), tendo em conta as diferentes fases do processo de nascimento, assume uma componente nova que se liga, entre outros aspetos, ao estado emocional das mulheres (associado, por seu lado, a causas de natureza indireta) mas também ao surgimento de um novo paradigma de nascimento (Oakley, 1984, 2016; Davis-Floyd, 1992, 2001).

Nesse sentido, a evolução das categorias consideradas na Classificação Internacional de Doenças para classificar a mortalidade materna vem refletindo a importância de registar óbitos maternos ocorridos fora do padrão das causas tradicionais. Por exemplo, no início da década de 1970 já se considerava prioritário regulamentar a morte associada a partos 'normais' vaginais (isto é, aparentemente sem complicações), o que implica o questionamento das condições que rodeiam o nascimento, isto é as condições assistenciais.

Com efeito, as revisões na classificação da mortalidade materna (possibilitando, por exemplo, a distinção entre causas diretas e indirectas de mortalidade materna) contribuíram para a reflexão crítica em torno da evolução da assistência ao nascimento e da sua gestão em termos médico-políticos e sociais.

Ora, a principal expressão da evolução do padrão assistencial é a hospitalização dos nascimentos, implícita à sua medicalização (Conrad, 2007). A nível internacional, nomeadamente em países ocidentais, esse fenómeno e a sua universalização decorreu, essencialmente, entre 1920 e 1950 (Loudon, 1992; Thomasson e Treber, 2008). Em Portugal, foi na década de 1970 que se deu o maior aumento da institucionalização do nascimento (Figura 8).

**Figura 8: Proporção de partos em estabelecimentos de saúde face ao total de partos (%), Portugal, 1960-2009**



Fonte: Cálculos próprios a partir de INE, Estatísticas Demográficas até 1984, INE (verbete nado-vivo), Inquérito aos Hospitais e Centros de Saúde (INE/DGS) desde 1985, via PORDATA

Com efeito, foi a partir de 1975 que se definiu o direito a consultas e exames aconselhados pelo médico assistente e eventual internamento gratuitos ao longo da gravidez e puerpério (definido pelo período de 60 dias após o parto). E foi, sobretudo, a partir do final da década de 1980, quando se criou a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, que se reforçaram essas medidas, contribuindo para que, em cerca de duas décadas, se universalizasse o nascimento em estabelecimentos de saúde (Pintassilgo, 2014).

### 3.4 Transição obstétrica: mortalidade e morbidade materna

O tipo de parto e a sua envolvência serão fatores de compreensão da manifestação dos atuais riscos em saúde materna (Pintassilgo, 2014). A manifestação desses riscos tem sido, como vimos, medida pela mortalidade materna, que regista, atualmente, 7 ou 8 casos por ano, valores muito residuais. Daqui não decorre, porém, a extinção do risco em análise. A sua manifestação terá ganho, antes, novos contornos ajustados ou decorrentes do próprio processo de transição obstétrica.

Pelo que, considerando a institucionalização quase universal dos nascimentos e o facto de para o tipo de nascimento concorrerem fatores como o contexto hospitalar e assistencial, entre outros, seria interessante perceber de que forma esses fatores se relacionam com os resultados em saúde materna.

Não existem, contudo, dados para o nosso país, para além dos que analisámos relativamente às causas de morte materna, que permitam essa análise de forma direta. Mas, no que diz respeito ao contexto internacional, é possível fazer uma breve leitura dos valores compilados no âmbito do projeto Europeristat (2008) para alguns países que disponibilizaram informação nesse sentido e que relacionam a mortalidade materna com o tipo de parto (Tabela 1).

**Tabela 1: Taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos) segundo o tipo de nascimento em alguns países europeus, 2004**

País	Tipo de nascimento			
	Vaginal - espontâneo	Vaginal - instrumentalizado	Cesariana eletiva	Cesariana com trabalho de parto
Bélgica	2,4	15,5	7,5	0
Rep. Checa	3,9	32,8	0	12,7
Dinamarca	2,2	20,3	19,8	0
Alemanha	3,6	5,4	15	13,4
Estónia	9,2	0	0	128,8
Letónia	16,2	0	50,2	0
Eslovénia	3,4	0	64,1	66,3
Finlândia	3,4	13,5	11,4	9,5

Fonte: adaptado de Europeristat, 2008: 237

A leitura dos valores apresentados revela, claramente, uma maior incidência da mortalidade materna em casos de partos vaginais instrumentalizados e cesarianas (sobretudo eletivas mas também com trabalho de parto associado), face aos resultados da mortalidade materna decorrente de partos vaginais espontâneos.

O que vem justificar a pertinência de ter em conta as características assistenciais do nascimento quando se analisa a saúde materna, não esquecendo a dimensão do risco associada à morbilidade materna.

Com efeito, a informação relativa à morbilidade materna severa (Prual et al., 2000; Sousa et al., 2006) (a que é, atualmente, com dados secundários, passível de ser medida, por decorrer de internamentos) revela a incidência do fenómeno e a sua possível associação a características específicas da assistência ao nascimento.

Apesar de não ser possível estabelecer uma ligação direta entre os dois tipos de informação (assistência e casos de morbilidade), a análise dos resultados decorrentes de

relatórios de morbilidade hospitalar permite perceber, por exemplo, que a causa de morbilidade materna que se revelou mais grave de 2006 a 2009 (no sentido em que originou mais óbitos maternos) é uma causa que decorre mais frequentemente da prática de cesariana (embolismo pulmonar obstétrico) (Tabela 2).

**Tabela 2: Doentes saídas discriminadas do grupo de patologia relacionadas com complicações do puerpério, 2006, Portugal**

Patologias	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Infeção puerperal	111	582	5,2
Complicações do sistema venoso na gravidez e puerpério	638	2193	3,4
Hipertermia de origem desconhecida	37	189	5,1
Embolismo pulmonar obstétrico	9	101	11,2
Outras complicações não especificadas	273	1380	5,1
Infeções mamárias	56	216	3,9
Efeitos tardios	144	432	3
Total	1268	5093	4

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2006, DGS

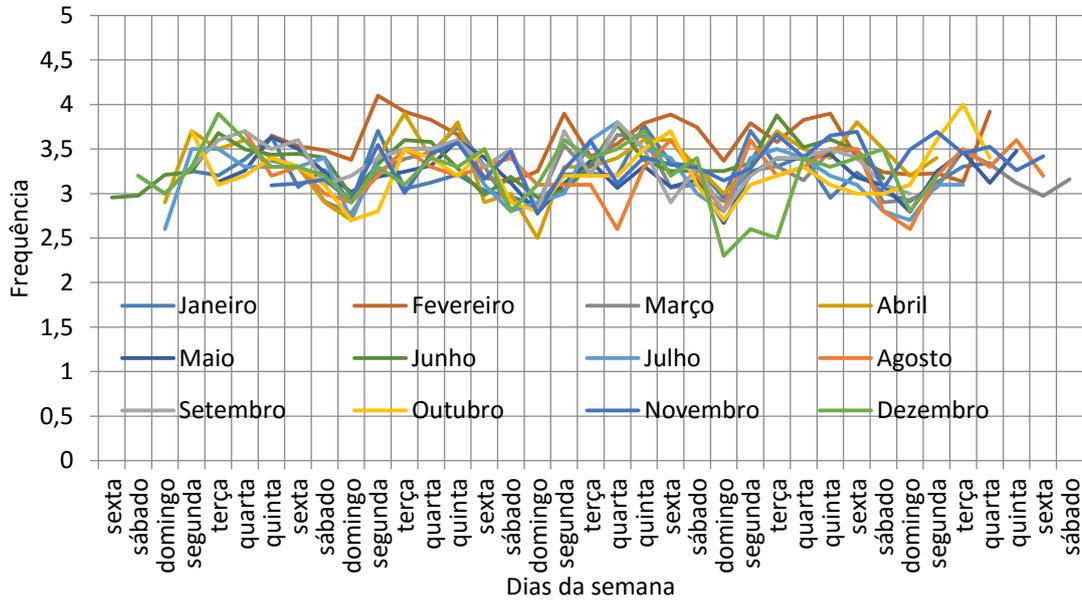
Nota: dados referentes a anos seguintes poderão ser consultados em Pintassilgo, 2014.

De fato, as situações de patologia mais frequentes estão sobretudo associadas, segundo a literatura científica, a maiores intervenções obstétricas, algumas sem evidência científica que justifique a sua prática rotineira (Enkin et al., 2005), que se inserem num conjunto de rituais naturalizados na cultura das instituições (Davis-Floyd, 2001) e que merecem uma abordagem reflexiva.

Nesse sentido, interessará refletir sobre a forma como a institucionalização do nascimento tem permitido, ao longo do tempo, o ajustamento da forma de nascer aos padrões de funcionamento das instituições em que ocorrem, revelando alguns indicadores como a institucionalização do parto e conseqüente medicalização o podem, no limite, programar (ou datar) e, nesse sentido, desnaturalizar.

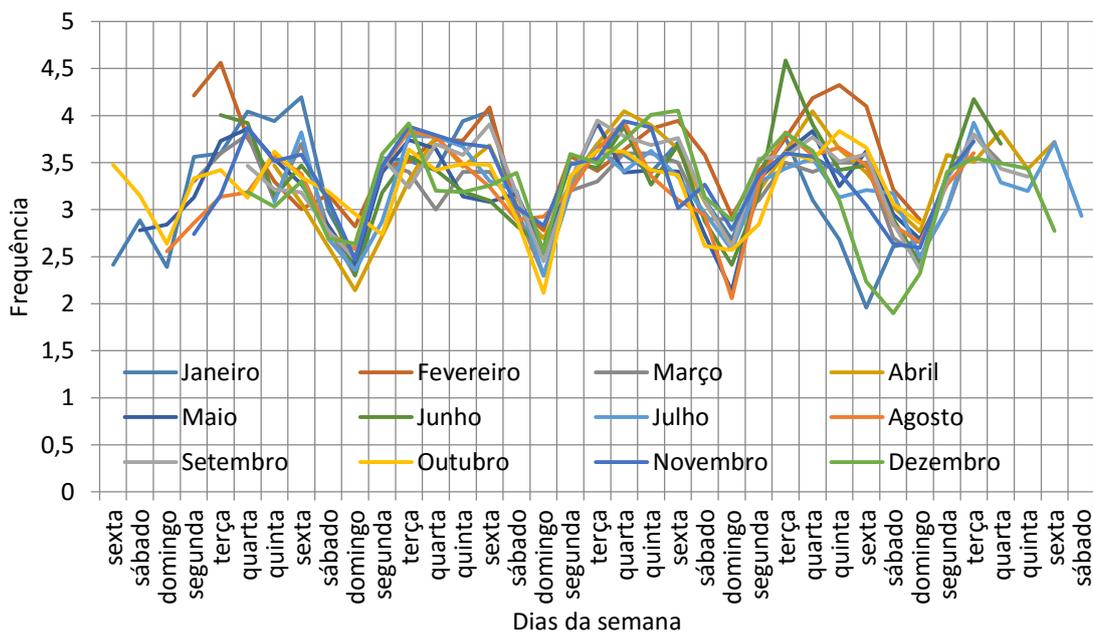
Um dos indicadores que ilustra a tendência para a programação dos nascimentos, é a distribuição desses acontecimentos ao longo dos dias da semana (Figuras 9 e 10).

**Figura 9: Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 1990**



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990 e 2010, cedida por INE

**Figura 10: Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 2010**



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990 e 2010, cedida por INE

Se em 1990 já se revelava um menor número de nascimentos ao fim de semana e, sobretudo, ao domingo, em 2010 não há dúvida de que esses dias registam uma frequência mínima de nascimentos face aos adjacentes e aos restantes. A existência de feriados ao fim de

semana determina os picos mínimos de nascimento, como é o caso do dia 25 de Dezembro (dia de Natal) de 2010, sábado. Esta sazonalidade semanal dos nascimentos terá associada uma intervenção médica e tecnológica específica, como a indução dos partos e/ou a prática de cesarianas. Estas duas formas de nascer, como vimos atrás e como vem sendo muito amplamente descrito na literatura científica (Enkin et al., 2005) são mais lesivas para a saúde materna do que os nascimentos que decorrem de partos vaginais.

### **Comentários Finais**

A análise apresentada remete para uma articulação entre a mortalidade materna, a mortalidade infantil e a natalidade, na sua evolução, em Portugal. De facto, a ligação da natalidade e mortalidade materna sintoniza-se com a influência da natalidade no arranque da quebra da mortalidade infantil e na simultânea aceleração da quebra dos fenómenos.

Esta ligação da natalidade a componentes específicas da mortalidade como são a mortalidade infantil e a mortalidade materna é particularmente importante na medida em que a relação entre a natalidade a mortalidade geral, no período de quebra da primeira, não parece muito estabelecida, se não por via da mortalidade infantil. Este fenómeno inicia o movimento de recuo desde o início da década de 1940, após a quebra consistente da natalidade e acentua a tendência de quebra, sobretudo, a partir do início da década de 1960, altura da tendência durável de quebra da natalidade (Bandeira, 1996).

Assumindo a ligação que foi sendo estabelecida na análise entre os três fenómenos, diríamos que a sua evolução reflete, de alguma forma, processos sociais semelhantes. A esse propósito, mais concretamente sobre a ligação entre a natalidade e a mortalidade infantil, e assumindo não ser possível identificar a variável determinante, Bandeira refere que “será a própria dinâmica social inerente à emergência de comportamentos modernos face à procriação que influencia ao mesmo tempo a redução voluntária da fecundidade e o progresso dos cuidados sanitários e educacionais de que beneficiam os recém-nascidos. Da interligação desses novos comportamentos resulta, então, o apressar da queda da mortalidade infantil e da fecundidade (Bandeira, 1996: 251)”. Acrescentaríamos que a mortalidade materna não fica de fora deste processo.

Assim, a articulação entre os fenómenos que se reflete, a partir da década de 1960, no encontro de tendências entre a a evolução da natalidade e da mortalidade materna (no sentido do decréscimo dos valores que os respetivos indicadores assumem) deverá ser lida,

por um lado, em articulação com as importantes transformações sociais, culturais e familiares que se registaram em Portugal. Por outro, com as mudanças no padrão sanitário das populações. Mas deverá ter uma leitura, também, à luz da evolução do panorama assistencial ao nascimento que ocorreu em Portugal, sobretudo a partir da década de 1970, e se intensificou na década de 1980, tendo sido politicamente suportado.

Sublinhamos o efeito que as mudanças no paradigma assistencial terão tido na diminuição da mortalidade materna e na mudança radical da frequência das suas causas, sendo evidente a maior importância das causas indiretas de morte materna nas décadas mais recentes, como, aliás, é descrito na teoria da transição obstétrica (Souza et al., 2014).

As causas com maior expressão na atualidade estarão, em larga medida, associadas a padrões e formas de nascimento características de um modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 2001), pautado pela forte intervenção médica no processo do nascimento, no sentido em que alguns dos procedimentos característicos desse modelo poderão desencadear novas situações de risco para a saúde materna (Enkin et al., 2005). Ora, se a manifestação desse risco no que diz respeito à mortalidade materna, estará fortemente controlada, isso não significará a sua anulação.

Neste contexto, e em primeiro lugar, importa referir que a mortalidade materna, enquanto ‘fenómeno evitável’ (Loudon, 1992; Bouvier-Colle e Szego, 2005) e não obstante os valores residuais que assume atualmente, deverá continuar a merecer vigilância e acompanhamento.

Por outro lado, a diminuição drástica da frequência desse fenómeno sugere que se atente a novos contornos do risco associado à saúde materna. Nesse sentido, a emergência ou, sobretudo, o reconhecimento da morbilidade materna, enquanto ‘fenómeno sentinela’ da mortalidade (Sousa et al., 2006), reforça a importância de aprofundar a sua análise e de considerar novas formas de abordar, no futuro, em termos teóricos e empíricos, os resultados em saúde materna, bem como de garantir uma articulação estreita e cruzada daqueles com as condições sociodemográficas e assistenciais do nascimento.

## Referências

Almeida, A. N., Vilar, D., André, I. & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e contraceção – percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

- Bandeira, M. L. (1996). *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Beck, U. (2001). *La Société du Risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Éditions Flammarion.
- Bouvier-Colle, M. H. & Szego, E. (2005). La mortalité maternelle en France depuis 1945. *La population de la France*, Tome II. Paris: CUPED, 373-384.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (2005). *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto (3ªed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fortney, J. A. (2002). Méthodes de mesure et niveaux de la mortalité maternelle. *Les Déterminants de la Mortalité, Démographie: analyse et synthèse*, Volume III. Paris: INED, 109-127.
- Giddens, A. (1997). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Lisboa: Celta Editora.
- Loudon, I. (1992). *Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*. Oxford: Clarendon Press.
- McLaren, A. (1997). *História da Contraceção. Da Antiguidade à Actualidade*. Lisboa: Terramar.
- Notestein, F. W. (1945). Population: the long view. *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press, 36-56.
- Oakley, A. (1984). *The captured Womb: a history of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford: Basil, Blackwell.
- Oakley, A. (2016). The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health & Illness*, 38(5), 689–705.
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757.
- Pintassilgo, S. C. (2014). *O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal*, Tese de doutoramento em Sociologia, Lisboa: ISCTE-IUL.

Pruhal A., Bouvier-Colle, M.H., De Bernis, L., Bréart, G. (2000). Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bulletin of The World Health Organization*, 78, 593-602.

Sousa, M. H., Cecatti, J. G., Hardy, E. E., Amaral, E., Souza, J. P., & Serruya, S. (2006). Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 6 (2), 161-168.

Souza, J.P., Tunçalp, O., Vogel, J.P., Bohren, M., Widmer, M., Oladapo, O.T., Say, L., Gulmezoglu, A.M., & Temmerman, M. (2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*, 121(suppl.1), 1-4.

Thomasson, M. A. e Treber, J. (2008). From home to hospital: The evolution of childbirth in the United States, 1928–1940. *Explorations in Economic History*, 45, Elsevier, 76–99.

World Health Organization (2010), *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, Geneva: WHO (Versão eletrónica). Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf)