

Universidade Santo Amaro – UNISA
Programa de Mestrado em Ciências da Saúde

Miguel Arcanjo Pedrosa

Mortalidade Materna e sua relação com a Educação Médica.
Relationship between maternal mortality and medical education.

São Paulo,
2022.

Universidade Santo Amaro – UNISA
Programa de Mestrado em Ciências da Saúde

Miguel Arcanjo Pedrosa

Mortalidade Materna e sua relação com a Educação Médica.
Relationship between maternal mortality and medical education.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientação: Profª Drª Patrícia Colombo de Souza

São Paulo,
2022.

P414m Pedrosa, Miguel Arcanjo.

Mortalidade materna e sua relação com a educação médica / Miguel Arcanjo Pedrosa. — São Paulo, 2022.

53 p.: il., color.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientadora: Prof.^a Me Dr.^a Patrícia Colombo de Souza.

1. Educação médica. 2. Mortalidade materna. 3. Internato e residência. I. Souza, Patrícia Colombo de, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Miguel Arcanjo Pedrosa

Título do trabalho: A Educação Médica e sua relação com a Mortalidade Materna

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.
Orientadora: Profa. Dra. Patricia Colombo-Souza

São Paulo, 06 de Dezembro de 2022

Banca Examinadora

Profa. Dra. Patricia Colombo-Souza

Profa. Dra. Jane de Eston Armond

Profa. Dra. Maria Cândida Pinheiro Baracat

Agradecimentos

São tantos os agradecimentos que, não poderei pecar pelo esquecimento.

Início agradecendo a **Profa. Dra. Patricia Colombo Souza**, grande norteadora desta dissertação, por toda dedicação, paciência, sabedoria, compreensão e, acima de tudo, exigência. É com certeza, exemplo de ser humano, que levarei sempre comigo com grande carinho e respeito.

À minha querida amiga, **Profa. Dra. Jane de Eston Armond**, por toda dedicação e aprendizado.

À minha querida amiga e ex-aluna, **Profa Dra Maria Candida Baracat**, sempre me incentivando e colaborando para efetivação desse trabalho.

À magnífica reitora da Universidade Santo Amaro, **Profa Dra Luciane Lucio Pereira**, que mostrou o caminho para a realização desse sonho e confiou na minha capacidade em desenvolver tal projeto.

Os meus agradecimentos também se destinam as minhas colegas de trabalho e amigas: **Profa Cintia Leci Rodrigues** e **Profa Daniela Setti**.

Agradeço também o apoio de sempre da minha amada família.

Resumo

INTRODUÇÃO: A atenção à saúde da mulher, bem como o tratamento pelo sistema de saúde na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo, tem sido consistentemente reduzida. Apesar dos esforços, o Brasil não tem conseguido combater a Mortalidade Materna (MM), pois mantém parâmetros superiores aos propostos pela Organização das Nações Unidas e acordos entre países (20 e 30-35 óbitos por 100.000 NV, respectivamente). A qualidade da assistência está no cerne da questão da mortalidade materna no Brasil, e os profissionais de saúde, principalmente os médicos, podem desempenhar um papel privilegiado na redução da mortalidade materna.

OBJETIVO: Identificar se existe relação entre as causas de mortalidade materna e os conteúdos abordados na formação médica na graduação e na pós-graduação (residência médica), referentes à área de Ginecologia e Obstetrícia. **MÉTODO:** Estudo observacional, analítico e transversal. Foram avaliadas 1.800 questões das áreas de Ginecologia e Obstetrícia realizadas em provas de residência médica de todo o país (625) e elaboradas pelo Núcleo G.O. da Unisa (1.175). Os dados foram relacionados às causas de mortalidade apresentadas nas provas de residência e questões elaboradas pelo Núcleo G.O. da Unisa. Em uma segunda fase, os dados das questões foram comparados com as causas de mortalidade materna obstétrica direta e indireta no Brasil (2020) e na cidade de São Paulo, de acordo com o último boletim do DATASUS.

RESULTADOS: Dentre os dez temas mais discutidos nas provas de residência médica e nas questões elaboradas pelo Núcleo G.O. da Unisa, apenas seis deles estão em concordância. Entre as mortes maternas, a principal causa foi eclampsia e pré-eclâmpsia na cidade de São Paulo (27,8%) e no Brasil (29,4%). As mortes maternas estão relacionadas principalmente à qualidade da assistência obstétrica, o que reforça a importância de aprimorar a assistência oferecida às mulheres brasileiras durante o ciclo gravídico-puerperal. **CONCLUSÃO:** Em relação à qualidade da assistência, há necessidade de mudanças na formação médica; refletir sobre os princípios transformadores das políticas de educação e saúde que buscam um novo referencial de formação profissional que a sociedade contemporânea demanda.

PALAVRAS-CHAVE: Educação médica, mortalidade materna, internato e residência.

Abstract

INTRODUCTION: The attention to women's health, as well as the treatment by the health system in the history of health policies in Brazil and worldwide, has been consistently reduced. Despite efforts, Brazil has failed to combat Maternal Mortality (MM), as it maintains parameters higher than those proposed by the United Nations Organization and agreements between countries (20 and 30-35 deaths per 100,000 LB, respectively). Quality of care is at the heart of the maternal mortality issue in Brazil, and health professionals, particularly physicians, can play a privileged role in reducing maternal mortality. **OBJECTIVE:** To identify whether there is a relationship between the causes of maternal mortality and the content covered in medical training at the undergraduate and postgraduate levels (medical residency), referring to the area of Gynecology and Obstetrics. **METHOD:** An observational, analytical, and cross-sectional study. A total of 1,800 questions were evaluated in the areas of Gynecology and Obstetrics that took place in medical residency tests across the country (625) and those elaborated by Unisa's G.O. Nucleus (1,175). The data were related to the causes of mortality presented in the residency tests and questions prepared by Unisa's G.O. Nucleus. In a second phase, the data from the questions were compared to the causes of direct and indirect obstetric maternal mortality in Brazil (2020) and in São Paulo city, according to the latest DATASUS newsletter. **RESULTS:** Among the ten most discussed topics in the medical residency tests and the questions prepared by Unisa's G.O. Nucleus, only six of them are in agreement. Among maternal deaths, the principal cause was eclampsia and preeclampsia in São Paulo city (27.8%) and Brazil (29.4%). Maternal deaths are mainly related to the quality of obstetric care, which reinforces the importance of improving the care offered to Brazilian women during the pregnancy-puerperal cycle. **CONCLUSION:** In relation to the quality of care, there is a need for changes in medical training; to reflect on the transforming principles of education and health policies that seek a new professional training reference that contemporary society demands.

KEYWORDS: Medical education, maternal mortality, internship, and residency.

Índice/Sumário

1. Introdução	01
1.1. Justificativa.....	04
1.2. Fundamentação Teórica	05
2. Objetivos	20
2.1 Geral	20
2.2. Específicos	20
3. Método	21
4. Resultados	28
5. Discussão	36
6. Conclusão	41
7. Considerações finais	42
8. Referências Bibliográficas	43

1. Introdução

A medicina é uma área do conhecimento diretamente associada às relações humanas e também, requer a prática médica mais que conhecimento técnico, necessita de habilidades agregadas que possibilitem a aplicação adequada da técnica para a recuperação e promoção da saúde de um indivíduo. Essas habilidades vêm sendo cada vez mais requisitadas pela sociedade, o que fundamenta a necessidade de ir além do conhecimento técnico¹.

Neste contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Medicina trouxeram novos delineamentos de formação e desenvolvimento de habilidades e competências que instrumentalizam o médico para sua atuação².

O ensino médico na graduação é objeto de vasta produção acadêmica tanto no âmbito nacional e internacional, tendo como um de seus temas principais o delicado equilíbrio entre foco no conhecimento científico, raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades práticas e profissionalismo³.

Nas últimas décadas, as mais diversas instituições sejam públicas ou privadas comprometidas com o ensino médico têm discutido as mudanças necessárias para adequar o modelo de ensino ao novo perfil do aluno e à formação do profissional de saúde que atenda às necessidades atuais da população e do sistema de saúde, como orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN)⁴.

Diante da grande concorrência e de constantes imposições por atualização e refinamento exigidas pelo atual mercado de trabalho, a RM constitui parte do processo recomendado de formação médica, sendo, para os estudantes, o caminho óbvio após o internato. A residência médica (RM) existe no Brasil desde 1940. Nos anos sessenta, com a ampliação gradual do número de programas, a residência médica foi consolidada como modalidade de especialização dos médicos em todas as regiões do país⁵.

A partir do decreto nº 80.281 de setembro de 1977, passou a ser considerada modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos; o "padrão ouro" da especialização médica. A Lei 6.932 de julho de 1981

determinou de modo genérico a necessidade de processo de seleção para admissão aos programas de residência médica⁶.

De forma geral, os PRM contam com uma seleção pública dos candidatos por meio de exame escrito, obrigatório, objetivo, com igual número de questões nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, medicina preventiva e social (saúde coletiva e medicina geral de família e comunidade)⁷.

A formação do residente de Obstetrícia e Ginecologia envolve múltiplos aspectos, como o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais⁸.

O reconhecimento das vulnerabilidades sociais e de seus efeitos na saúde também implicou uma reorganização na educação médica, no que tange também a formação do médico residente em Ginecologia e Obstetrícia. Assim, é prevista a educação médica em consonância com o conjunto de políticas do SUS, o que abrange a PNAISM, incluindo a consideração da diversidade de gênero, a integralidade e a humanização no atendimento como essenciais à formação⁹.

Esse novo olhar para a saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas de ações relacionadas à gravidez e ao parto. Com a valorização da autonomia, aumenta a importância das práticas de educação em saúde, com a possibilidade de dotar as mulheres de mais conhecimento e capacidade crítica, promovendo ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação de acordo com as demandas derivadas do perfil populacional das mulheres, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e climatério; orientação no planejamento familiar e prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e mama¹⁰.

A percepção da necessidade de realizar mudanças na formação profissional para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) considerou a Ginecologia e Obstetrícia (GO) como um dos programas estratégicos. Atualmente, no Brasil, a GO é área básica de conhecimento e seu Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO) tem acesso direto e duração de três anos. Conforme análises de distribuição de programas de RM

no país, em 2011, mais da metade dos PRMGs (54,7%) estão na Região Sudeste. Conforme dados cedidos pela Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC¹¹.

A atenção à saúde da mulher, bem como o atendimento pelo sistema de saúde na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo foi sempre reduzida. Em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil, e/ou limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, frequentemente de forma deficiente, revelando a necessidade de ampliação do conceito de saúde desta classe¹².

1.1. Justificativa

Apesar dos esforços, o Brasil tem falhado no que tange ao combate da MM, pois mantém parâmetros superiores aos propostos pela ONU e pelos acordos entre países (20 e 30-35 mortes por 100 mil NV, respectivamente). Grande parte da dificuldade em alcançar esse objetivo se dá pela significativa importância dos fatores sociais (raça, escolaridade, acesso à saúde, estado civil, etc) vinculados a esse tema.

A mortalidade materna é ainda um problema importante de saúde no Brasil e muito necessita ser realizado para que níveis aceitáveis de mortalidade materna sejam atingidos. A qualidade da atenção está no cerne da questão da mortalidade materna no Brasil e os profissionais de saúde, particularmente os médicos, podem desempenhar um papel privilegiado na redução da mortalidade materna.

As ações para reduzir a mortalidade materna devem promover a melhora da qualidade dos serviços de saúde através de uma abordagem sistêmica para o fortalecimento do sistema de saúde. Para isso é necessário o envolvimento de todos, numa ampla coalisão.

Ante o exposto, faz-se visível a necessidade de, além de políticas públicas de cunho social que ampliem o acesso à saúde e promovam melhorias na qualidade dos serviços ofertados, sejam levados em consideração a formação médica visando um atendimento integral a essas mulheres e diminuição de riscos.

1.2. Fundamentação teórica:

As transformações nos modelos de ensino têm ocorrido em diversas áreas docentes. Essas visam a alterar o papel do educador e do educando, para que deixe de haver uma transmissão unidirecional do conhecimento dando lugar a um modelo de construção dos saberes¹. No campo das Ciências da Saúde e, principalmente, da Medicina, essa necessidade de mudanças se torna ainda mais evidente, considerando que, ainda hoje, o ensino médico tem como alicerces os modelos tradicionais, baseados em muitos conteúdos teóricos, enquanto a realidade médica exige dinamismo e desenvoltura na prática¹³.

As reformas do ensino médico brasileiro foram avaliadas no intuito de analisar o perfil do médico que se pretende formar. Alguns modelos foram propostos até chegar ao que está sendo preconizado atualmente, com seis anos de graduação para a formação básica além da especialização, que pode durar de 3 a 6 anos a depender da área escolhida¹³.

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma crescente, a atuação em equipes multidisciplinares exige que os profissionais estejam vinculados à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado¹⁴.

A formação de médicos que atendam a esta nova realidade demanda que os cursos de graduação, por meio de adaptações curriculares e de novas metodologias de ensino, transformem os currículos centrados em disciplinas e de cunho hospitalocêntrico, focados no processo patológico, oportunizem espaço ao desenvolvimento de currículos menos estruturados, que percorrem o processo de ensino-aprendizagem com maior autonomia e participação ativa do estudante¹⁴.

1.1.2. Diretrizes Nacionais do Curso de Medicina

A medicina é uma área do conhecimento diretamente associada às relações humanas e também, requer a prática médica mais que conhecimento técnico, necessita de habilidades agregadas que possibilitem a aplicação adequada da técnica para a recuperação e promoção da saúde de um indivíduo. Essas habilidades vêm sendo cada vez mais requisitadas pela sociedade, o que fundamenta a necessidade de ir além do conhecimento técnico¹.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 enfatizam a qualidade do cuidado e o pensamento crítico como elementos-chave para a educação médica. Isso deve ser abordado, com base nas melhores evidências, considerando os princípios da Educação Médica Baseada em Evidências (EMBE) e o Currículo Médico Baseado em Competência (CMBC)¹⁵. Neste contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Medicina trouxeram novos delineamentos de formação e desenvolvimento de habilidades e competências que instrumentalizam o médico para sua atuação².

O ensino médico na graduação é objeto de vasta produção acadêmica tanto no âmbito nacional e internacional, tendo como um de seus temas principais o delicado equilíbrio entre foco no conhecimento científico, raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades práticas e profissionalismo³.

Nesse sentido, vários esforços têm sido desenvolvidos para repensar os modelos pedagógicos na formação desses profissionais médicos, objetivando maior articulação da formação superior com o sistema de saúde. Essa articulação está presente nas orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN), os currículos das universidades passaram por reestruturações, posto que é notória a ênfase dada à necessidade de atrelar o currículo médico às reais necessidades de saúde da população¹⁶.

1.1.3. Perfil do egresso do Curso de Medicina:

A educação médica está passando por críticas quanto aos métodos de ensino e aos conteúdos, vivendo um processo de transformação explicitado nas reformas curriculares em diversas escolas médicas. É necessário garantir maior eficácia na formação e cultivar um egresso médico capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira moderna¹⁷.

A rediscussão do ensino médico, com o objetivo de formar um profissional com mais possibilidades de agir na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade. Neste âmbito, pode se destacar que o modelo de ensino tradicional, pautado na transmissão, no qual o aluno se limita a memorizar conteúdos ministrados, não possibilita, em geral, a formação de um egresso com tal perfil, pois reduz as possibilidades de o discente construir ativamente seu conhecimento¹⁸.

A necessidade de assumir a responsabilidade com a saúde da população e a proteção dos cidadãos contra a prática profissional médica não qualificada levou ao conceito de competência e à identificação dos componentes do currículo médico. Ao recolocar a prática profissional como foco, impõe-se às escolas repensar seus currículos e processos avaliativos, reorientando o planejamento educacional a partir do perfil de competência desejável para seus egressos⁸. Pontos que são dificultosos de avaliar - mas fundamentais, como ética, profissionalismo, comunicação e liderança - também devem ser buscadas e avaliadas durante o desenvolvimento profissional⁵.

Para uma educação médica que seja abrangente e integradora, há a necessidade de se definir as competências esperadas para o profissional que se deseja formar e averiguar se essas competências foram alcançadas ao final da graduação médica⁵.

1.1.4. O egresso e Residência Médica

Nos dois últimos anos de graduação do Curso de Medicina, também conhecido como, o internato médico, segundo o Ministério da Educação e Cultura, é o "último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica". O internato médico tem sido um ponto nodal e de recorrente debate frente às transformações curriculares em andamento nos cursos de graduação em Medicina no Brasil¹⁹.

Por um lado, as reformas curriculares desencadeadas no Brasil principalmente a partir da década de 1990 orientam a prática profissional desde o primeiro ano do curso médico, o que é reforçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina; por outro lado, os documentos mais recentes da Associação Brasileira de Educação Médica sobre o tema ainda seguem a lógica do "internato terminal", ou seja, restrito aos últimos anos do curso, seguindo o modelo de cinco grandes áreas, conforme os preceitos do MEC e das próprias Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹⁹.

A residência médica (RM) existe no Brasil desde 1940. Nos anos sessenta, com a ampliação gradual do número de programas, a residência médica foi consolidada como modalidade de especialização dos médicos em todas as regiões do país¹⁰. A partir do decreto nº 80.281 de setembro de 1977, passou a ser considerada modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos; o "padrão ouro" da especialização médica. A Lei 6.932 de julho de 1981 determinou de modo genérico a necessidade de processo de seleção para admissão aos programas de residência médica⁶.

Diante da grande concorrência e de constantes imposições por atualização e refinamento exigidas pelo atual mercado de trabalho, a RM constitui parte do processo recomendado de formação médica, sendo, para os estudantes, o caminho óbvio após o internato. Essa preocupação se exacerba ainda mais porque existe uma maior proporção de graduandos em Medicina do que vagas de ingresso em Programas de Residência Médica (PRM)⁷.

De forma geral, os PRM contam com uma seleção pública dos candidatos por meio de exame escrito, obrigatório, objetivo, com igual número de questões nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, medicina preventiva e social (saúde coletiva e medicina geral de família e comunidade). A segunda fase, opcional, a critério da instituição, é constituída de prova prática equivalente a até 50% da nota total⁷.

Como a prova teórica tem grande peso para o ingresso na RM e a concorrência do processo é elevada, surgem os cursos preparatórios, os quais utilizam um método simples, objetivo e resumido, que, ao revisarem os conteúdos mais prevalentes nas provas de RM, acabam distanciando o conteúdo teórico do prático aprendido nos estágios supervisionados. Isso faz com que os alunos estudem mais o primeiro em detrimento do segundo, conforme há um aumento na necessidade da carga horária para estudo. Tal fato prejudica a formação dos alunos que se afastam das atividades clínicas, comprometendo a assimilação de conceitos e atitudes importantes, como a relação médico-paciente e habilidades na entrevista médica⁷.

1.1.5. Ensino-serviço e a residência médica

Segundo Oliveira e cols²⁰, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação profissional tem sido discutida como um aspecto central para o alcance e a efetivação das políticas públicas em saúde, uma vez que o modelo tradicional de ensino - biologicista, curativista e hospitalocêntrico - já não atende às atuais demandas sociais²⁰.

A Residência Médica, inserida no escopo de pós-graduação lato sensu, caracteriza-se por ser equivalente à especialização e permite a concessão do título de especialista. É um programa de treinamento com carga horária semanal de 60 horas e visa transformar o recém-egresso da escola médica, formado com as competências de um médico generalista, em um especialista de determinada área. O processo de ensino-aprendizado é baseado fundamentalmente na prática médica supervisionada. Dessa forma, conhecer o perfil do egresso dos

Programas de Residência Médica (PRMs) contribui de forma importante para uma análise dessa formação²¹.

Um ponto a salientar, a questão sobre a distribuição equitativa de médicos é um problema social e político que afeta quase todos os países atualmente. Apesar de um número ideal de médicos por habitante nunca ter sido estipulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a proporção ideal estaria em uma razão de 2 a 2,5 médicos por 1.000 habitantes. No Brasil, apesar do acesso universal à saúde estar garantido pela Constituição de 1988 e da razão de médicos para cada 1.000 habitantes estar em 2,18, o grande território nacional, parcialmente coberto por florestas densas, é um desafio para a distribuição equitativa de médicos²².

Estudo feito por Nassar²², relata que a literatura aponta que as oportunidades de trabalho e o local onde o médico recebeu seu treinamento exercem forte influência na escolha locacional. O autor destaca evidências internacionais, apontando que os médicos tendem a permanecer no local onde a residência médica foi realizada, reforçando a importância da distribuição geográfica dos cursos de medicina e dos programas de residência para a distribuição equitativa de profissionais²².

Os resultados do artigo apontam que as vagas nos programas de residência são fundamentais para atrair médicos para uma determinada região, sendo que a probabilidade de um médico ser não natural é maior em estados onde as vagas de residência são mais abundantes. Portanto, o autor indica que a concentração de programas de residência nas regiões Sul e Sudeste são um dos fatores que promovem a distribuição desigual de médicos pelo território nacional¹⁶. Ademais, segundo os resultados, médicos mais jovens são mais propensos a mudar de localidade, e a probabilidade de um médico ser não natural é mais elevada em estados com maiores PIB per capita, indicando atração exercida pelo fator econômico²².

1.1.6. Reforma Curricular Médica

Segundo Chehuen Neto²³, são 300 escolas de medicina em território nacional, e o Brasil tornou-se o país com a maior quantidade de cursos médicos no mundo, formando anualmente milhares de profissionais que podem se especializar em uma das quase 60 opções reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Contudo, há considerável disparidade de distribuição dos profissionais entre as especialidades²³.

Costa e cols²⁴, disserta em seu estudo que a falta de integração do processo de aprendizagem aos serviços de saúde e de melhor parceria entre as universidades e setores da sociedade civil e comunidades sem a incorporação de uma visão de integralidade tem colaborado para a inadequação do atual modelo de educação médica às demandas sociais e, ainda, de forma mais categórica: a inadequação da formação médica para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)²⁴.

A formação da identidade médica e de sua prática — notadamente suas percepções e comportamento — é influenciada pelo estrato social e econômico de origem de cada indivíduo e que a escolha da profissão e da especialidade pode estar sujeita a estratégias familiares de ascensão e de manutenção do poder²⁴.

Diversos fatores levariam à escolha de (sub) especialidades de forma precoce, com destaque para os avanços tecnológicos e a influência das forças de mercado e do seu monopólio do saber com o exercício da prática profissional especializada — contextualizada no complexo médico industrial (CMI) instalado no século XX —, estimulado pelas ideias (neo) liberais voltadas mais para a atenção individual. Ademais, destaque-se a preeminência da ideologia dominante na classe médica — por vezes perpetuada na própria família por parentes também médicos, como pais e irmãos —, que reconhece nas (sub)especialidades que incorporem maior carga tecnológica — como Cirurgia, Oftalmologia, Dermatologia e Oncologia — a possibilidade de obtenção de maior prestígio financeiro e social, em detrimento das especialidades mais ligadas à saúde coletiva e com menor carga tecnológica, como Pediatria, Doenças

Infecciosas e Saúde Coletiva, as quais potencialmente trariam menor retorno financeiro e reputação social²⁴.

Nas últimas décadas, as mais diversas instituições sejam públicas ou privadas comprometidas com o ensino médico têm discutido as mudanças necessárias para adequar o modelo de ensino ao novo perfil do aluno e à formação do profissional de saúde que atenda às necessidades atuais da população e do sistema de saúde, como orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN). Entre as mudanças, têm sido muito discutidas e vêm acontecendo em muitas escolas médicas aquelas relacionadas ao modelo pedagógico, com a transição do modelo tradicional do ensino, centrado no professor, baseado no Relatório Flexner, com os ciclos básico e clínico, predominantemente hospitalares, para um modelo estruturado com base no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centrado no aluno e também voltado à atenção primária à saúde⁴.

A conquista da saúde como direito verdadeiro de cada cidadão, ainda que este último esteja amparado pela legislação, representa um constante desafio, que só será superado com a adequada formação de profissionais para a área da saúde e do profissional médico. As atuais diretrizes curriculares dos cursos de Medicina salientam o perfil do formando como: "médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção²⁵.

1.1.7. Residência em Ginecologia e Obstetrícia e a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS)

A formação do residente de Obstetrícia e Ginecologia envolve múltiplos aspectos, como o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais⁸. A formação médica tem sido objeto de estudo da antropologia desde a década de 1960, considerada um dos mais longos ritos de passagem, a aprendizagem do exercício da medicina é analisada não apenas como processo de aquisição de conhecimentos científicos e aptidões técnicas, mas também como iniciação a um novo *status* profissional²⁶.

Na interface da formação para o trabalho, a residência médica é um modelo educacional, em nível de pós-graduação, no qual os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes, ou seja, desenvolvem competências específicas dentro de cada área. O treinamento nas instituições de saúde articula ensino e aprendizagem de forma coesa e com base na realidade dos serviços de saúde²⁷.

A percepção da necessidade de realizar mudanças na formação profissional para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) considerou a Ginecologia e Obstetrícia (GO) como um dos programas estratégicos. Atualmente, no Brasil, a GO é área básica de conhecimento e seu Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO) tem acesso direto e duração de três anos. Conforme análises de distribuição de programas de RM no país, em 2011, mais da metade dos PRMGOS (54,7%) estão na Região Sudeste. Conforme dados cedidos pela Coordenação Geral de Residências em Saúde do MEC¹¹.

A teoria social do gênero o define como algo dinâmico, relacional e dependente de fatores históricos, culturais e sociais¹³. Um olhar para o *ser mulher* como algo além da anatomia e, portanto, relacionado às estruturas sociais de poder é de suma importância para a evolução dos cuidados em saúde da mulher. Nessa perspectiva, as políticas em saúde, antes restritas à função reprodutiva, caminham no sentido de uma atenção integral, e a medicina passa

a reconhecer como a desigualdade de gênero pode determinar diferenças nos processos de saúde, sofrimento e adoecimento⁹.

À luz do conceito ampliado de saúde, é perceptível como, em uma sociedade patriarcal como a brasileira, a desigualdade no acesso a direitos básicos de acordo com o gênero impacta as condições de saúde. Reconhecendo esse fato, surgem, no Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas voltadas à atenção integral à mulher, e em 2005, é implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM)⁹.

O reconhecimento das vulnerabilidades sociais e de seus efeitos na saúde também implicou uma reorganização na educação médica, no que tange também a formação do médico residente em Ginecologia e Obstetrícia. Assim, é prevista a educação médica em consonância com o conjunto de políticas do SUS, o que abrange a PNAISM, incluindo a consideração da diversidade de gênero, a integralidade e a humanização no atendimento como essenciais à formação⁹.

1.1.8. Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda em vigor no País, é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos)²⁸. Esta política em visando a integralidade da mulher, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não invisibilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde²⁸.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM surgiram em 2000, por meio da Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada pelos 191 estados membros, inclusive o Brasil. Consistiu em um em um esforço internacional para alcançar desenvolvimento em setores e temas como: meio

ambiente, direitos humanos e das mulheres, igualdade social e racial. A redução da mortalidade materna é um desafio global aos sistemas de saúde. Este compromisso está presente na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigente de 2000 a 2015²⁹.

Entre as metas dos ODM, a redução da mortalidade materna não foi atingida por muitos países, inclusive o Brasil, permanecendo como parte de uma agenda inconclusa²⁹.

Em 2015, é ratificada a nova agenda global: os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentre estes Objetivos, a redução da mortalidade materna é repactuada na Meta ODS 3.1: até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos²⁹.

No estudo das variáveis relacionadas ao processo saúde-doença, sexo e gênero estão interligados, de modo que o espaço físico e os comportamentos sociais influem neste processo. Segundo Soares e cols³⁰, estudos sobre temas como farmacoterapia, doenças cardiovasculares, distúrbios do desenvolvimento e comunicação médico-paciente sugerem que sexo e gênero influenciam em estágios distintos de prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico³⁰.

No currículo de Medicina, os assuntos relativos às mulheres são geralmente restritos aos aspectos biológicos, especificamente às funções reprodutivas e diferenças morfológicas explícitas, tais como gravidez, contracepção, infertilidade, disfunções menstruais e câncer de mama; quanto aos homens, resumem-se às doenças do pênis e próstata, sendo essas as formas dominantes de diferenciação na assistência à saúde desses sujeitos³¹.

Esse novo olhar para a saúde das mulheres rompeu definitivamente com a oferta apenas de ações relacionadas à gravidez e ao parto. Com a valorização da autonomia, aumenta a importância das práticas de educação em saúde, com a possibilidade de dotar as mulheres de mais conhecimento e capacidade crítica, promovendo ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação de acordo com as demandas derivadas do perfil populacional das mulheres, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e

climatério; orientação no planejamento familiar e prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e mama¹⁰.

É nessa ampliação do debate que surgem muitos movimentos de mulheres, nos mais diferentes espaços, em busca de garantia de seus direitos e de mais saúde, mostrando outras necessidades específicas a serem contempladas, com recomendações pela oferta de atendimentos integrais à saúde da mulher negra, indígena, profissional do sexo, entre outras que contemplam o aspecto da diversidade¹⁰.

1.1.9. Epidemiologia dos Agravos à Saúde da Mulher

A atenção à saúde da mulher, bem como o atendimento pelo sistema de saúde na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo foi sempre reduzida. Em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil, e/ou limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim, frequentemente de forma deficiente, revelando a necessidade de ampliação do conceito de saúde desta classe¹².

As políticas de atenção à saúde da mulher formuladas nacionalmente por meio de amplas e complexas discussões trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher. Apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e, por isso, inexaurível. Cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde da mulher³².

Uma iniciativa importante do Governo e que se baseia nos princípios da promoção, respeitando a autonomia dos sujeitos em questão e tornando-os coautores de um processo decisório relevante para a categoria. Também demonstra a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores.

Além disso, este documento consolida avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Propõem-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico³².

1.1.10. Mortalidade Materna

A morte materna é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID10) como o óbito de uma mulher na gestação, no parto ou 42 dias após o parto, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pelo período, excluindo causas acidentais ou incidentais³³.

A mortalidade materna é um potente indicador de saúde que reflete as condições sociais, econômicas e de qualidade de vida das pessoas que vivem em um determinado local. Reduzir a ocorrência de mortes maternas tem sido uma prioridade mundial e está incluída nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas. Investimentos e atenção contínuos são necessários para atingir a meta global de menos de 70 mortes maternas por 100.000 NV até 2030, o que poderia salvar mais de um milhão de vidas ao longo de uma década. Atingir essa meta é muito importante para melhores indicadores de saúde, mas muito mais por reduzir barreiras de acesso das mulheres a serviços de saúde e reduzir iniquidades. Uma condição imprescindível para avanços na redução de mortes maternas é entender as causas das mortes para decisões efetivas sobre políticas e programas de saúde³³.

A saúde das mulheres e a redução da mortalidade materna se mantêm como prioridades na agenda mundial, portanto, é fundamental fazer a distinção entre as causas diretas de morte obstétrica - aquelas resultantes de complicações da gestação, parto e puerpério, geralmente relacionadas a intervenções obstétricas, falta ou inadequação do tratamento, ou à cadeia de eventos que podem decorrer destes -, e as causas indiretas de morte obstétrica

- que resultam de doenças prévias ou desenvolvidas no decorrer da gestação e que podem ser agravadas por essa condição. A identificação dos pontos frágeis da assistência, no pré-natal ou durante a internação nas maternidades, é necessária para definir as melhores estratégias de redução das mortes maternas³⁴.

A hipertensão e a hemorragia têm sido as causas mais frequentes de morte materna no país e a análise das causas dos óbitos neonatais e fetais mostra as morbidades maternas como causa crescente, mostrando a inter-relação entre estes óbitos e as intervenções necessárias para sua redução. Durante o pré-natal, o rastreio e tratamento de morbidades como sífilis, diabetes, hipertensão arterial, bem como a habilidade para detectar e manusear o trabalho de parto obstruído e a redução da medicalização no momento do parto podem prevenir mortes de mães e seus conceitos³⁵.

As causas de morte materna exibem padrões semelhantes e destacam-se por fatores diretos, como septicemia, distúrbios hemorrágicos e hipertensivos, ocorrências associadas possivelmente a uma falha na atenção profissional e institucional. Já os fatores indiretos compreendem os óbitos por doenças do aparelho circulatório e infecções respiratórias. De qualquer forma, são eventos que expressam a limitação na prevenção da mortalidade pelo sistema de saúde³⁶.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, é fundamental uma cobertura de pré-natal e assistência local. A assistência, nesse período, apresentou mudanças significativas com a humanização do parto e os direitos reprodutivos das mulheres, mostrando a necessidade de aperfeiçoar a assistência obstétrica³⁶.

A Rede Cegonha foi a primeira a ser instituída para fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, garantindo acolhimento, ampliação do acesso, melhoria da qualidade do pré-natal, vinculação da gestante aos serviços e qualificação das ações voltadas ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, com vistas à redução da mortalidade materna e neonatal³⁷.

Além disso, a redução da mortalidade materna é central nas políticas de saúde pautadas na formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logística e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Os pontos de atenção à saúde são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde de forma singular, cabendo às Unidades Básicas de Saúde (UBS) o papel de porta de entrada nas RAS³⁶.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Identificar se há relação entre as causas de mortalidade materna e o conteúdo trabalhado na formação médica, nos níveis de graduação e pós-graduação (residência médica), referente a área de Ginecologia e Obstetrícia.

2.2. Objetivos específicos

- Conhecer a distribuição percentual de temas relacionados a mortalidade materna que ocorreram nas provas de residência médica na área de Ginecologia e Obstetrícia ocorridas em âmbito nacional.
- Conhecer a distribuição percentual de temas relacionados a mortalidade materna que ocorreram nas questões elaboradas pelo Núcleo de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Santo Amaro.
- Verificar se há concordância entre os temas abordados na área, nas duas formas de avaliação: provas de residência e questões elaboradas pelo Núcleo de Ginecologia e Obstetrícia da Unisa.
- Identificar as principais causas de mortalidade materna diretas e indiretas, ocorridas no município de São Paulo e Brasil.
- Verificar se há concordância entre os temas abordados nas provas e a realidade das causas de mortalidade materna no município de São Paulo e em âmbito nacional.
- Apresentar proposta de adaptação dos temas abordados nas avaliações, baseado na realidade da mortalidade materna, levando em consideração a matriz de competências essenciais para a formação do médico na área em questão.

3. Método

Foi realizada também uma revisão não sistemática da bibliografia disponível mediante consulta nas bases de dados PubMed (da *National Library of Medicine* www.pubmed.org), Scielo (*Scientific Eletronic Library on Line*) e Biblioteca Virtual da Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>). Na pesquisa foram utilizados os seguintes conjuntos de descritores: *medical residency e learning; teaching e clinical reasoning; pedagogical e medical education; professionalism e medical education; e clinical competence*. A pesquisa foi realizada também com os descritores em português.

Os artigos obtidos serão analisados inicialmente de acordo com seus títulos e em seguida por seus resumos e separados quando versavam sobre o tema específico deste presente estudo. Os artigos que melhor atenderam aos critérios serão lidos e, quando confirmada a especificidade desejada, serão verificadas suas próprias referências. Serão consultados igualmente livros especializados na temática pretendida, garantindo, assim, a inclusão de obras de referência nesta revisão.

3.1. Tipo de Estudo

Estudo observacional, analítico e transversal. Trata-se de uma pesquisa de natureza original, de objetivo exploratório, procedimento de campo e de abordagem quantitativa.

3.2. Coleta de dados

Foram avaliadas 1.800 questões da área de Ginecologia e Obstetrícia ocorridas nas provas de residência médica em âmbito nacional bem como as elaboradas pelo Núcleo de G.O da Unisa.

Em um primeiro momento, os dados analisados referem-se a análise quantitativa de 625 questões de provas de residência médica, referentes a área

de Ginecologia e Obstetrícia (G.O.), aplicadas no período de 2016 a 2022 em âmbito Nacional.

As provas utilizadas para análise das questões foram as descritas a seguir:

- ♦ Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SCMSP).
- ♦ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
- ♦ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
- ♦ Universidade Federal de Santa Catarina.
- ♦ Universidade Federal do Espírito Santo (SES-PE).
- ♦ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
- ♦ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- ♦ Universidade Federal Fluminense (UFF).
- ♦ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- ♦ Universidade Federal de Sergipe (UFS).
- ♦ Universidade Estadual de Campinas Unicamp (SP).
- ♦ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
- ♦ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).
- ♦ Universidade de São Paulo (USP).
- ♦ Universidade Federal do Piauí (UFPI).
- ♦ Universidade Federal da Paraná (UFPR).
- ♦ Universidade Federal de Goiás (UGO).
- ♦ Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).
- ♦ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).
- ♦ Universidade Estadual de Londrina (Paraná) (UEL).
- ♦ Universidade de Ensino Superior na região administrativa de São José do Rio Preto SP (FAMERP).
- ♦ Universidade do estado do Pará (UEPA-SANTARÉM).
- ♦ Universidade Estadual do Piauí (UESPI).
- ♦ Universidade de Taubaté (UNITAU).

- ♦ Faculdade de Medicina – Campus de Botucatu Processo Seletivo para Residência Médica Básica e Residência Médica Especializada de Acesso Direto.
- ♦ Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ).
- ♦ Faculda de Medicina de Jundiaí (FMJ).
- ♦ Fundação João Goulart- Hospitais Municipais (RJ).
- ♦ Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro (FESP-RJ).
- ♦ Hospital Nossa Senhora das Graças (PR).
- ♦ Hospital Evangélico de Cachoeira de Itapemirim.
- ♦ Hospital Municipal de São José dos Campos (SP).
- ♦ Hospital Naval Marcílio Dias.
- ♦ Hospital Universitário de Jundiaí (SP).
- ♦ Hospital das Clínicas de Teresópolis.
- ♦ Hospital da Polícia Militar—(MG).
- ♦ Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul.
- ♦ Hospital de urgência de Sergipe.
- ♦ Hospital de Câncer de Mato Grosso.
- ♦ Hospital Universitário de Taubaté – SP).
- ♦ Hospital de Olhos de São Paulo--(HOS-SP).
- ♦ Hospital Edmundo Vasconcelo--(HPEV).
- ♦ Hospital Universitário de Brasília--(HOB-DF).
- ♦ Hospital Santa Terezinha—(RJ).
- ♦ Hospital Fundação Banco de Olhos de Goiás--(FUBOG).
- ♦ Hospital Universitário de Brasília--(HOB-F).
- ♦ Hospital Central do Exército—(RJ).
- ♦ Hospital Oftalmológico de Anápolis. (HOA).
- ♦ Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais-(HPMMG).
- ♦ Hospital Santa Genoveva complexo Hospitalar--(AM).
- ♦ Hospital Memorial Arthur Ramos.

- ♦ Hospital de Urgência de Sergipe.
- ♦ Hospital do Câncer–Instituto do Câncer do Ceará –(CE).
- ♦ Hospital Alvorada--(SP).
- ♦ Hospital Maternidade Therezinha de Jesus--(MG).
- ♦ Hospital Universitário Pedro Ernesto--(RJ).
- ♦ Hospital de Urgência de Goiana--(GO).
- ♦ Hospital da Polícia Militar--(MG).
- ♦ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de (RP DA USP – SP).
- ♦ Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas--(RS).
- ♦ Hospital Municipal Dr. Mário Gatti --(SP).
- ♦ Hospital de Clínicas de Porto Alegre-(HCPA).
- ♦ Hospital são José de Criciúma.
- ♦ Hospital Adventista Silvestre – HAS--(RJ).
- ♦ Hospital Insraelita Albert Einstein (HIAE).
- ♦ Instituto de Ensino Superior em Mossoró Rio Grande do Norte (UERN).
- ♦ Instituto de Oncologia de Guarulhos (SP).
- ♦ Instituto da Saúde (IPSE).
- ♦ Instituto Nacional de Câncer (INCA).
- ♦ Instituto e Hospital Oftalmológico de Anápolis (GO).
- ♦ Instituto Fernandes Figueira (RJ).
- ♦ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (SP)
- ♦ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE-SP).
- ♦ Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (RJ).
- ♦ Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina-(SC).
- ♦ Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO).
- ♦ Secretaria Estadual da Saúde (SES-CE).
- ♦ Secretaria Estadual de Serviço de Pernambuco (SES-PE).
- ♦ Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

- ♦ Secretária do Serviço Social de Fernando do Espírito Santo Alves (SES-GO).
- ♦ Sistema Único de Saúde (PR).
- ♦ Sistema Único de Saúde (SUS-SP).
- ♦ Santa Casa – Barra Mansa.
- ♦ Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SCMSP).
- ♦ Associação de Apoio a Residência Médica de Minas Gerais (AREMG—PSU).
- ♦ Associação Médica do Rio Grande Sul (AMRIGS).
- ♦ Associação Médica do Paraná (AMP).
- ♦ Governo do Estado de São Paulo - Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde (SUS/SP).
- ♦ Governo do Estado do Pará (PA).
- ♦ Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas (CEMAN).
- ♦ Centro Universitário do ABC (FMABC).
- ♦ Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo (RJ).
- ♦ Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRESP).
- ♦ Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio São Paulo (CCANSPS).
- ♦ Processo Seletivo Unificado de Minas Gerais (PSU-MG)
- ♦ Processo de Seleção Unificado para Residência Médica do Estado do Ceará (PSU).
- ♦ Prova da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo/TPI).
- ♦ Unidade de Diagnóstico Integrado de São Paulo (UDI).
- ♦ Instituto Nacional de Traumatologia (INTO).

Em um segundo momento foram analisadas quantitativamente 1.175 questões elaboradas pelo Núcleo de G.O. da Unisa, utilizando-se como referência³⁸⁻⁵⁷ para composição das questões os seguintes critérios: desenvolvimento de raciocínio clínico e também, as questões são baseadas para aferir o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos em Ginecologia e Obstetrícia previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do

curso de graduação em medicina, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira.

Em um terceiro momento, foram levantadas as principais causas de mortalidade materna obstétrica diretas e indiretas ocorridas no Brasil (2020) e no Município de São Paulo, de acordo com o último Boletim do DATASUS sobre Mortalidade Materna (MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM).

3.3. Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Santo Amaro pois os dados utilizados são de domínio público não havendo necessidade de apreciação ética.

A presente pesquisa implica risco mínimo, ou seja, não existe interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, bem como da intimidade, conforme os parâmetros contidos na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

3.4. Análise dos dados

Os dados foram apresentados em forma de tabelas descritivas e em seguida relacionados de acordo com as causas de mortalidade apresentadas tanto nas provas de residência quanto nas questões elaboradas pelo núcleo de G.O. da Unisa.

3.5. Análise Estatística:

Os dados foram descritos de forma qualitativa por meio de percentual, seguida das análises de concordância pelo teste de Bland-Altman entre as questões de educação médica e as questões de residência em ginecologia e obstetrícia. As classificações determinadas pelas análises de concordância foram: 0 (ausência), 0-0,19 (pobre), 0,20-0,39 (fraca), 0,30-0,59 (moderada), 0,60-0,79 (muito boa), e $\geq 0,80$ (excelente).

4. Resultados

Tabela 1 - Temas abordados nas questões elaboradas pela equipe do Núcleo de G.O. da Unisa, nos anos de 2016 a 2022.

Núcleo de Ginecologia e Obstetrícia da Unisa	N	% em 1.175 questões	% do TOTAL de 1.800
♦ Mecanismo de parto (manobras, apresentações e palpação)	122	10,38%	6,78%
♦ Assistência ao pré-natal	118	10,04%	6,56%
♦ Patologias mamárias	109	9,28%	6,06%
♦ Infecções sexualmente transmissíveis	79	6,72%	4,39%
♦ Sangramento do primeiro trimestre	67	5,70%	3,72%
♦ Vitalidade fetal	67	5,70%	3,72%
♦ Patologias da (o), (Vulva, Vagina, colo uterino)	62	5,28%	3,44%
♦ Corrimento vaginal	46	3,91%	2,56%
♦ Alterações fisiológicas da gravidez	38	3,23%	2,11%
♦ Patologias do endométrio	36	3,06%	2,00%
♦ Métodos contraceptivos	30	2,55%	1,67%
♦ Síndromes hipertensivas	29	2,47%	1,61%
♦ Sangramento do terceiro trimestre	28	2,38%	1,56%
♦ Puerpério	27	2,30%	1,50%
♦ Síndromes ginecológicas	26	2,21%	1,44%
♦ Ciclo menstrual	25	2,13%	1,39%
♦ Climatério	25	2,13%	1,39%
♦ Mioma uterino	23	1,96%	1,28%
♦ Infertilidade	23	1,96%	1,28%
♦ Patologias ovarianas	20	1,70%	1,11%
♦ Fórceps	20	1,70%	1,11%
♦ Amenorreia	19	1,62%	1,06%
♦ Endometriose/Adenomiose	19	1,62%	1,06%
♦ Partograma	16	1,36%	0,89%
♦ Cirurgias ginecológicas	14	1,19%	0,78%
♦ Síndromes Obstétricas	14	1,19%	0,78%
♦ Prematuridade	13	1,11%	0,72%
♦ Diabetes gestacional	10	0,85%	0,56%
♦ Vacinas	9	0,77%	0,50%
♦ Bacia obstétrica	8	0,68%	0,44%
♦ Anomalias de diferenciação sexual	6	0,51%	0,33%
♦ Incontinência urinária de esforço	6	0,51%	0,33%

♦ Ruptura prematura das membranas ovulares	6	0,51%	0,33%
♦ Puberdade	5	0,43%	0,28%
♦ Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	5	0,43%	0,28%
♦ Violência sexual	5	0,43%	0,28%
Total	1.175	100%	65,28%

Tabela 2 – Temas abordados nas provas de residência médica em âmbito nacional, na área de Ginecologia e Obstetrícia, nos anos de 2016 a 2022.

Questões abordadas nas provas de Residência Médica	N	% em 625 questões	% do Total de 1.800
♦ Assistência ao pré-natal	67	10,72%	3,72%
♦ Mecanismo de parto (manobras, apresentações e palpação)	60	9,60%	3,33%
♦ Patologias mamárias	37	5,92%	2,06%
♦ Métodos contraceptivos	33	5,28%	1,83%
♦ Patologias da (o), (Vulva, Vagina, colo uterino)	29	4,64%	1,61%
♦ Patologias ovarianas	28	4,48%	1,56%
♦ Cirurgias ginecológicas	27	4,32%	1,50%
♦ Endometriose/Adenomiose	23	3,68%	1,28%
♦ Infecções sexualmente transmissíveis	22	3,52%	1,22%
♦ Ciclo menstrual	20	3,20%	1,11%
♦ Sangramento do primeiro trimestre	20	3,20%	1,11%
♦ Síndromes hipertensivas	19	3,04%	1,06%
♦ Vitalidade fetal	17	2,72%	0,94%
♦ Patologias do endométrio	16	2,56%	0,89%
♦ Climatério	16	2,56%	0,89%
♦ Infertilidade	16	2,56%	0,89%
♦ Alterações fisiológicas da gravidez	15	2,40%	0,83%
♦ Diabetes gestacional	13	2,08%	0,72%
♦ Sangramento do terceiro trimestre	13	2,08%	0,72%
♦ Puérperio	13	2,08%	0,72%
♦ Síndromes ginecológicas	12	1,92%	0,67%
♦ Fórceps	12	1,92%	0,67%
♦ Amenorreia	11	1,76%	0,61%
♦ Corrimento vaginal	10	1,60%	0,56%
♦ Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	10	1,60%	0,56%
♦ Vacinas	10	1,60%	0,56%
♦ Mioma uterino	9	1,44%	0,50%
♦ Partograma	9	1,44%	0,50%

♦ Incontinência urinária de esforço	8	1,28%	0,44%
♦ Bacia obstétrica	7	1,12%	0,39%
♦ Prematuridade	6	0,96%	0,33%
♦ Anomalias de diferenciação sexual	5	0,80%	0,28%
♦ Ruptura prematura das membranas ovulares	5	0,80%	0,28%
♦ Puberdade	4	0,64%	0,22%
♦ Violência sexual	3	0,48%	0,17%
Total	625	100%	34,72%

Tabela 3 – Concordância dos temas abordados nas provas de Residência Médica em Ginecológica e Obstétrica com o Núcleo de Ginecologia e Obstetrícia de uma Universidade Particular.

Tópicos	Núcleo de G.O. da Unisa	Residência em Ginecologia e Obstetrícia	Concordância (Bland-Altman)	Classificação
♦ Mecanismo de parto (manobras, apresentações e palpação)	122	60	62,0	Muito boa
♦ Assistência ao pré-natal	118	67	51,0	Moderada
♦ Patologias da (o), (Vulva, Vagina, colo uterino)	62	29	33,0	Moderada
♦ Patologias mamárias	109	37	72,0	Muito boa
♦ Patologias ovarianas	20	28	8,0	Pobre
♦ Patologias do endométrio	36	16	20,0	Fraca
♦ Corrimento vaginal	46	10	36,0	Moderada
♦ Infecções sexualmente transmissíveis	79	22	57,0	Moderada
♦ Amenorreia	19	11	8,0	Pobre
♦ Ciclo menstrual	25	20	5,0	Pobre
♦ Cirurgias ginecológicas	14	27	-13,0	Pobre
♦ Diabetes gestacional	10	13	-3,0	Pobre
♦ Síndromes hipertensivas	29	19	10,0	Pobre
♦ Anomalias de diferenciação sexual	6	5	1,0	Pobre
♦ Síndromes ginecológicas	26	12	14,0	Pobre
♦ Síndromes Obstétricas	14	4	10,0	Pobre
♦ Puberdade	5	20	-15,0	Pobre
♦ Sangramento do primeiro trimestre	67	13	54,0	Moderada
♦ Sangramento do terceiro trimestre	28	33	-5,0	Pobre
♦ Métodos contraceptivos	30	17	13,0	Pobre
♦ Vitalidade fetal	67	13	54,0	Moderada
♦ Puerpério	27	10	17,0	Pobre
♦ Síndrome dos ovários policísticos (SOP)	5	9	-4,0	Pobre

♦ Mioma uterino	23	23	100	Excelente
♦ Endometriose/Adenomiiose	19	8	11,0	Pobre
♦ Incontinência urinária de esforço	6	5	91,0	Excelente
♦ Ruptura prematura das membranas ovulares	6	15	-9,0	Pobre
♦ Alterações fisiológicas da gravidez	38	16	22,0	Fraca
♦ Climatério	25	6	19,0	Pobre
♦ Prematuridade	13	16	-3,0	Pobre
♦ Infertilidade	23	7	16,0	Pobre
♦ Bacia obstétrica	8	9	-1,0	Pobre
♦ Partograma	16	12	4,0	Pobre
♦ Fórceps	20	10	10,0	Pobre
♦ Vacinas	9	3	6,0	Pobre
♦ Violência sexual	5	60	-65,0	Pobre
Total	635	1.175	-	-

Tabela 4 - Óbitos maternos por Subcategoria maternas e Tipo causa obstétrica, ocorridos no Brasil no ano de 2020.

Subcategorias maternas CID-10	Obstétrica direta	Obstétrica indireta	Não especificada	Total
O00 Gravidez ectópica	40	-	-	40
O01 Mola hidatiforme	5	-	-	5
O02 Outros produtos anormais da concepção	17	-	-	17
O03 Aborto espontâneo	14	-	-	14
O04 Aborto p/razoes médicas e legais	3	-	-	3
O05 Outros tipos de aborto	6	-	-	6
O06 Aborto NE	33	-	-	33
O07 Falha de tentativa de aborto	1	-	-	1
O08 Complicações consequentes aborto gravidez ectópica molar	2	-	-	2
O10 Hipertensão pré-existente complicando gravidez parto puerpério	-	22	-	22
O11 Distúrbios hipertensivos pré-existentes proteinúria sobreposta	2	-	-	2
O12 Edema e proteinúria gestacional s/hipertensão	1	-	-	1

O13 Hipertensão gestacional s/proteinúria significativa	11	-	-	11
O14 Hipertensão gestacional c/proteinúria significativa	146	-	-	146
O15 Eclampsia	149	-	-	149
O16 Hipertensão materna NE	9	-	-	9
O20 Hemorragia do início da gravidez	1	-	-	1
O21 Vômitos excessivos na gravidez	4	-	-	4
O22 Complicações venosas na gravidez	13	-	-	13
O23 Infecção do trato geniturinário na gravidez	22	-	-	22
O24 Diabetes mellitus na gravidez	4	9	-	13
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez	29	-	-	29
O29 Complicações anestesia administrada durante gravidez	2	-	-	2
O30 Gestação múltipla	2	-	-	2
O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos	1	-	-	1
O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados	4	-	-	4
O41 Outros transtornos das membranas e líquido amniótico	10	-	-	10
O43 Transtornos da placenta	9	-	-	9
O44 Placenta previa	12	-	-	12
O45 Descolamento prematuro da placenta	47	-	-	47
O46 Hemorragia anteparto NCOP	7	-	-	7
O60 Trabalho de parto pré-termo	4	-	-	4
O62 Anormalidades da contração uterina	47	-	-	47
O63 Trabalho de parto prolongado	2	-	-	2
O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe	1	-	-	1
O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto	1	-	-	1

O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte	10	-	-	10
O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal	1	-	-	1
O71 Outros traumatismos obstétricos	12	-	-	12
O72 Hemorragia pós-parto	114	-	-	114
O73 Retenção placenta e membranas s/hemorragias	2	-	-	2
O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto	12	-	-	12
O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificadas em outra parte	37	-	-	37
O85 Infecção puerperal	42	-	-	42
O86 Outras infecções puerperais	34	-	-	34
O87 Complicações venosas no puerpério	5	-	-	5
O88 Embolia de origem obstétrica	61	-	-	61
O89 Complicações da anestesia administrada durante puerpério	4	-	-	4
O90 Complicações do puerpério NCOP	44	-	-	44
O91 Infecções mamarias associadas ao parto	2	-	-	2
O95 Morte obstétrica de causa NE	-	-	81	81
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	-	476	-	476
O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério	-	336	-	336
O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto			173	173
Total	1041	843	254	2138

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>

Tabela 5 – Principais causas de mortalidade **materna diretas**, segundo causas de óbitos pela CID-10, ocorridas no Município de São Paulo nos anos de 2014/2016.

Classificação da CID-10	N	%
Gestação Terminada em aborto (O00 a O05)	13	10,3
Eclâmpsia – Pré Eclâmpsia (O13, O14 e O15)	35	27,8
Infecção Urinária na gravidez (O23)	7	5,6
Diabetes na gestação (O24)	3	2,4
Transtornos do fígado na gravidez (O26.6)	3	2,4
Infecções de Membranas (O41)	3	2,4
Hemorragias (O44, O45, O71 e O72)	25	19,8
Complicações anestésicas (O74)	1	0,8
Infecção Puerperal (O85)	5	4,0
Embolia de origem obstétrica (O87-O88)	24	19,0
Hiperemese gravídica (O21)	0	0,0
Psicose Puerperal (F53)	0	0,0
Tocotraumatismos (O90.0/O90.1/O90.2)	4	3,2
Miocardite Puerperal (O90.3)	0	0,0
Morte Materna Direta sem causa definida (O95)	3	2,4
Total	126	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – PMSP

Tabela 6 – Principais causas de mortalidade **materna indiretas**, segundo causas de óbitos pela CID-10, ocorridas no Município de São Paulo nos anos de 2014/2016.

Classificação da CID-10	N	%
Hipertensão Arterial Crônica (O10)	13	10,9
Doenças Infecciosas e Parasitárias Maternas Classificáveis em Outra Parte, Mas Que Complicuem a Gravidez, o Parto e o Puerpério (O98)	8	6,7
<i>Tuberculose</i>	3	
<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (B20-24)</i>	5	
Outras doenças da mãe, classificáveis em outra parte, complicando gravidez, parto e o puerpério (O99)	98	82,4
<i>Cardiopatias</i>	25	
<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>	10	
<i>Miocardioptia</i>	6	
<i>Aneurisma de Aorta</i>	5	
<i>Valvulopatia (Congênita ou Adquirida)</i>	4	
<i>Broncopneumonia</i>	20	
<i>AVCI/AVCH</i>	16	
<i>Neoplasias</i>	9	
<i>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</i>	2	
<i>Epilepsia</i>	1	
<i>Outras Causas</i>	25	21,0
Óbitos Maternos Indiretos	119	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – PMSP

5. Discussão

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A formação de médicos que atendam a esta nova realidade parece algo que os cursos de graduação experimentam, aos poucos, por meio de adaptações curriculares e de novas metodologias de ensino.⁵⁹

Para uma educação médica que seja abrangente e integradora, há a necessidade de se definir as competências esperadas para o profissional que se deseja formar e averiguar se essas competências foram alcançadas ao final da graduação médica.⁶⁰ A formação generalista deve possibilitar ao estudante de Medicina formar competências para o cuidado à saúde materna e infantil preconizado pelas políticas do SUS, de modo a garantir a integralidade do cuidado para as mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. Aplicadas à saúde materna e infantil, essas demandam das escolas médicas desenvolverem no/a estudante a capacidade de obter informações sobre o território, a comunidade e o meio social das pacientes.⁶¹

Como parte da construção do currículo, o processo de avaliação possui papel fundamental, pois é por meio dele que a aquisição dos objetivos específicos de aprendizagem é verificada, procurando garantir que os egressos tenham adquirido as competências necessárias para atuar e sejam capazes de atender às demandas e necessidades de saúde da sociedade.⁶²

No processo de avaliação interno ou próprio, adotado pelos cursos de acordo com o projeto pedagógico, são abordados temas referentes às áreas em questão sendo a prova, elaborada a partir de conteúdos que contemplam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Os 10 temas mais abordados na área de ginecologia e obstetrícia nas provas elaboradas pelo Núcleo de GO da Unisa são observadas na **tabela 1**. Podemos observar que os temas mais frequentes das avaliações foram: mecanismos de parto (10,4%), assistência pré-natal (10%), patologias mamárias (9,2%), infecções sexualmente transmissíveis (6,7%) e sangramento no primeiro trimestre (5,7%).

Além do processo de avaliação interno ou próprio, adotado pelos cursos de acordo com o projeto pedagógico, pode haver avaliações externas. É importante diferenciar avaliação interna de avaliação externa. As ações de iniciativa da própria escola - que visam avaliar, rever e melhorar regularmente seus programas educacionais - são classificadas como avaliação interna. Avaliações externas podem ser regulatórias ou uma opção da própria instituição.⁶²

Como complemento à graduação médica, a modalidade padrão-ouro do lato sensu de pós-graduação médica é a residência médica (RM), instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Diante da grande concorrência e de constantes imposições por atualização e refinamento exigidas pelo atual mercado de trabalho, a RM constitui parte do processo recomendado de formação médica, sendo, para os estudantes, o caminho óbvio após o internato.⁶³ A formação do residente de Obstetrícia e Ginecologia envolve múltiplos aspectos, como o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais⁸.

Em nosso estudo, observamos que os conteúdos abordados nas provas de residência médica em território nacional (**tabela 2**) foram relacionados aos mecanismos de parto (9,6%), assistência ao pré-natal (10,7%), patologias mamárias (5,9%), métodos contraceptivos (5,2%) e patologias da vulva, vagina e colo uterino (4,9%).

Quando se analisa o número de vezes que determinado tema foi abordado em cada avaliação, observa-se que, nas questões elaboradas pelo núcleo de G.O. abordou-se a maior parte dos temas pelo menos duas vezes mais que nas provas de residência médica (tabela 1 e 2).

Quando se consideram os temas em comum (**tabela 3**), abordados nas duas avaliações, nota-se por meio da Análise de Bland-Altman, que houve concordância excelente nos temas referentes a mioma uterino (100) e incontinência urinária de esforço (91) e muito boa em mecanismos de parto (62) e patologias mamárias (62). As concordâncias moderadas ficaram com os temas relacionados à assistência pré-natal (51), infecção sexualmente transmissível

(57), sangramento no primeiro trimestre (54) e vitalidade fetal (54). Os demais temas mostraram concordância fraca ou pobre.

Os resultados deste estudo indicaram maior abrangência do conteúdo pelo núcleo de GO, quando comparado as provas de residência em todos os temas abordados.

Analizou-se neste estudo, o conteúdo das avaliações por meio da distribuição de frequência dos temas, de acordo com o tipo de avaliação e da comparação entre as áreas abordadas e dos temas coincidentes em cada avaliação. Avaliou-se também a representatividade dos conteúdos abordados nos dois tipos de avaliação com as causas de mortalidade materna brasileira e do município de São Paulo.

A mortalidade materna é compreendida como o óbito de uma mulher no decorrer da gestação ou no período de até 42 dias após o parto, ocasionado por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, excetuando causas acidentais. Podem ser classificadas em mortes diretas (decorrentes de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, resultantes de negligências ou tratamentos inadequados) e indiretas (ocasionadas por doenças pré-existentes à gravidez ou que se desenvolveram nesse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos do momento)⁵⁸.

De acordo com as causas de mortalidade materna ocorridas no Brasil no ano de 2020 (**tabela 4**), segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), descritas segundo o CID-10 e relacionadas às causas diretas foram: hemorragia pós-parto (10,9% n=114), hipertensão gestacional (14% n=146) e eclampsia (14,3% n=149). Já entre as causas indiretas podemos observar que foram as doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério (56% n=476) e outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério (39,8% n=336).

Quando analisamos a mortalidade no Município de São Paulo entre os anos de 2014 a 2016, conforme mostrado na **tabela 5 e 6**, entre os óbitos maternos diretos, a principal causa foi Eclampsia e Pré-eclâmpsia (27,8%) e

entre os indiretos, outras doenças da mãe, classificáveis em outra parte, complicando gravidez, parto e o puerpério (82,4%).

Referente as causas de óbitos maternos na cidade de São Paulo, observou-se que as causas mais comuns foram as diretas, resultados similares às evidências nacionais e de outros Estados^{58,32}.

O presente manuscrito corrobora com estudo realizado por Tintore e cols³², as causas das mortes maternas, a maioria dos óbitos foi por causa obstétrica direta, sendo distribuídos em complicações da hipertensão, hemorragia, infecção e outras causas que complicam a gravidez, o parto e ou o puerpério³².

As patologias hipertensivas, quando identificadas precocemente e manejadas adequadamente durante o pré-natal, diminuem a probabilidade de desencadear graves complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. Com isso, elevadas taxas de hipertensão grave e pré-eclâmpsia podem evidenciar a necessidade de melhoria do rastreo das complicações hipertensivas durante o pré-natal⁶⁴.

Os óbitos maternos estão relacionados principalmente à qualidade da assistência obstétrica, o que reforça a importância em se melhorar o cuidado ofertado no ciclo gravídico-puerperal às mulheres brasileiras⁶⁴.

No que tange na qualidade da assistência, há necessidade de mudanças na formação médica, para reflexão dos princípios de transformações da educação e das políticas de saúde que procuram buscar novo referencial para a formação do profissional que a sociedade contemporânea exige⁶⁵.

Para tanto, os Ministérios da Saúde e da Educação aproximam-se, gerando ações conjuntas para reduzir a distância entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. As reformas dos cursos de medicina, sem dúvida, envolvem inúmeros desafios⁶⁵.

Destaca-se a necessidade de se reformarem saberes e práticas para reorientar tanto a clínica quanto a saúde pública. Caminhando nessa lógica, advoga que os cursos de medicina deveriam se voltar para a formação de médicos capazes de resolver problemas de saúde, integrar-se em equipes multiprofissionais, reconhecer as determinações sociais, subjetivas e biológicas da saúde/doença, elaborar planos terapêuticos articulados a essas

determinações, construir vínculos e assumir responsabilidade em lidar com a cura e a reabilitação dos seus pacientes⁶⁵.

A formação acadêmica na graduação em medicina no Brasil consiste em período de dois anos de atividades práticas orientadas chamadas de internato curricular. Os estudantes passam por todas as especialidades básicas, além de atividades de urgência e emergência. Salienta-se ainda que a escolha da área de especialização possa ser influenciada pelas experiências vividas durante o internato. Nesse momento, há a oportunidade de o estudante avaliar aspectos da especialidade na qual está atuando, como o manejo e a satisfação do atendimento para com os usuários do serviço assim como o estilo de vida assumido pelos profissionais da área, o que ajuda o aluno a decidir se possui ou não compatibilidade com determinada especialidade⁶⁶.

Outro ponto a ser ressaltado, na diretriz sobre a vigilância da mortalidade materna e neonatal, ao invés de acompanhar somente os casos de morte materna, é necessário monitorar os de *near miss* (uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou até 42 dias do término da gravidez), pois os casos de quase morte são situações mais frequentes do que as de morte. A análise desses casos permite corrigir inadequações da assistência e prevenir a ocorrência de futuros óbitos maternos. A redução da mortalidade materna é um dos objetivos primários da Rede Cegonha. Portanto, é essencial avaliar a implementação dos protocolos baseados em evidências no atendimento às gestantes com síndromes hipertensivas, a principal causa de morte materna no Brasil⁶⁷.

Os resultados indicam que os temas abordados nas avaliações apresentam semelhança de conteúdos quando comparados, mas baixa abrangência no que tange as causas de mortalidade materna no Brasil e município de São Paulo. Identifica-se também concentração da abordagem em grupos específicos de temas e repetição de um pequeno grupo de temas nas avaliações estudadas.

6. Conclusão

Concluímos que houve excelente concordância nos tópicos mioma uterino e incontinência urinária bem como muito boa concordância nos tópicos mecanismo de parto e patologias mamárias abordados na formação médica no que diz respeito a graduação e residência médica (pós-graduação) na área de ginecologia e obstetrícia. Apesar desta alta concordância os tópicos não são prioridades temáticas relacionadas às causas de mortalidade materna diretas e indiretas.

7. Considerações finais

A redução da mortalidade materna é um desafio global aos sistemas de saúde. Este compromisso está presente na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), vigente de 2000 a 2015.

Entre as metas dos ODM, a redução da mortalidade materna não foi atingida por muitos países, inclusive o Brasil, permanecendo como parte de uma agenda inconclusa.

Para isso, as políticas devem levar em conta:

1) a priorização das Regiões de Saúde do Brasil que apresentam RMM superior a 70,00/100.000 nascidos vivos;

2) a prevenção dos óbitos por causas diretas;

3) o desenvolvimento de pesquisa nacional para avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às mulheres;

4) a qualificação dos serviços de pré-natal, com foco na prevenção de complicações hipertensivas;

5) uma maior adequação do acompanhamento pré-natal em mulheres entre 10 e 29 anos;

6) a capacitação das políticas para a prevenção óbitos entre mães jovens;

7) a legalização do aborto;

8) a redução da taxa de cesariana;

9) a redução do risco gestacional associado a gravidez tardia; e

10) melhoria na qualidade da informação sobre mortes maternas.

8. Referências

1. Moura ACA, Mariano LA, Gottems LBD, Bolognani CV, Fernandes SES, Bittencourt RJ. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2020; 44 (3): e076.
2. Picoli RP, et al. Competências Propostas no Currículo de Medicina: Percepção do Egresso. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2017; 41 (4): 525-532.
3. Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista brasileira de educação médica* 2010; 34 (1): 132 – 140.
4. Pavan MV, Senger MH, Marques W. Avaliação da Reforma Curricular de um Curso de Medicina na Perspectiva dos Docentes. *Rev. bras. educ. med* 2019; 43 [supl 1]: 146-156.
5. Novellino AMM, Coelho ICM. Elaboração de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs) em ginecologia e obstetrícia para a graduação médica. *Rev. bras. educ. med* 2021; 45 (04): e190.
6. Silva SM, Rosa VF, Brandão PRP, Oliveira AC, Oliveira PG, Sousa JB. Cursos preparatórios para a residência médica: visão dos estudantes de medicina. *Rev. Col. Bras. Cir* 2011; 38 (5): 349-354.
7. Melara J, Gomedi G, Figueiredo FP. Saúde mental em concursos de residência médica: implicações das Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014. *Rev. bras. educ. med* 2021; 45 (03): e153.
8. Passini Junior R. Ensino da cirurgia ginecológica nos programas de residência médica do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2007; 29 (2): 61-66.
9. Ferreira VC, Silva MRF, Montovani EH, Colares LG, Ribeiro AA, Stofel NS. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. *Rev. Bras. Educ. med* 2020; 44 (Sup.1): e0147.
10. Pio DAM, Oliveira MM. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. *Saúde Soc* 2014; 23 (1):313-324.
11. Sanches NR, Rodrigues CIS. Avaliação de um Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. *Rev. bras. educ. med* 2020; 44 (2): e057.

12. Costa RC, Gonçalves JR. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* 2019; 2 (4): 119-142.
13. Neves NMBC, Neves FBCS, Bitencourt AGV. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. *Gaz méd. Bahia* 2005; 75 (2):162-168.
14. Machado CDB, Wu A, Heinzle A. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Revista Brasileira De Educação Médica* 2018; 42 (4): 66 -73.
15. Francischetti I, Holzhausen I, Peters H. Tempo do Brasil traduzir para a prática o currículo Médico Baseado em Competência por meio de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). *Interface* 2020; 24: e190455.
16. Veras RM, Fernandez CC, Feitosa CCM, Fernandes S. Perfil Socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Revista brasileira de educação médica* 2020; 44 (2): e056.
17. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev. bras. educ. med* 2014; 38 (2): 221-230.
18. Cezar PHN, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. *Rev. bras. educ. med* 2010; 34 (2): 298–303.
19. Dermanzo MMP et al. Internato Longitudinal. *Rev. bras. educ. med* 2010; 34 (3): 430 – 437.
20. Oliveira AMF, Moreira MRC, Xavier SPL, Machado MFAS. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. *Revista brasileira de educação médica* 2021; 45 (1): e003.
21. Lima EJF, Lima PJSF, Andrade PHA, Castro LM, Fernandes AS. Perfil e trajetória dos egressos de programas de residência das áreas básicas: um corte transversal. *Revista brasileira de educação médica* 2021; 45 (1): e039.

22. Nassar LM, Passador JL, Pereira Junior GA. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. *Saúde Debate* 2021; 45 (131): 1165-1182.
23. Chehuen Neto JA, et al. Reforma curricular e intenção profissional de especialização médica. *Rev. bioét. (Impr.)* 2019; 27 (4): 630-642.
24. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Alves LA, Siqueira-Batista R. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. *Rev. bras. educ. med* 2014; 38 (1): 47-58.
25. Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca AHS, Rodrigues MP. "Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev. bras. educ. med* 2010; 34 (1): 172-183.
26. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10 (3): 639-649.
27. Martins EMLR, Albuquerque PC, Oliveira Junior FJM, Figueiredo Filho DB. Política de Residência Médica e Carência de Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia no SUS em Pernambuco. *Trab. educ. saúde* 2017; 15 (3): 843-856.
28. Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Debate* 2021; 45 (130): 832-846.
29. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26(10):4397-4409.
30. Soares FJP, Nascimento DCL, Veiga GX, Teixeira AP, Lessa ABM. Estudo bibliométrico da produção científica brasileira e internacional sobre gênero na educação médica. *New Trends in Qualitative Research* 2021; 7: 433-441.
31. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* 2009;11(2):424-428.
32. Tintori JA, Mendes LMC, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paul Enferm.* 2022; 35: eAPE00251.

33. Mendonça IM, Silva JBF, Conceição JFF, Fonseca SC, Boschi-Pinto C. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(3): e00195821.
34. Kale PL, et al. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(5):1577-1590.
35. Lima MRG, et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. *Cad. Saúde Colet.* 2017; 25 (3): 324-331.
36. Fernandes JA et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(5): e00120519.
37. Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *SAÚDE DEBATE* 2019; 43 (1): 406-416.
38. Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 4. ed. Barueri: Manole; 2020.
39. Passos EP, Ramos JGL, Costa SHM, Magalhães JA, Menke CH, Freitas F. Rotinas em Ginecologia. 7. ed. Cunha MRF, editor. Porto Alegre: Artmed; 2017.
40. Montenegro CAB, Filho JR. Rezende Obstetrícia Fundamental. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
41. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Ginecologia de Williams. 2. ed. Fonseca AV, et al, tradutores. Porto Alegre: Artmed; 2013.
42. Brasília. Secretaria De Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Ministério Da Saúde; 2014.
43. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F. Rotinas em Obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
44. Berek JS. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
45. Brasília. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Manual de Orientação para o Curso de prevenção e manejo obstétrico da hemorragia: Zero Materna Por Hemorragia. Brasil: OPAS; 2018.

46. Fernandes C, Sá MS. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
47. Fernandes C, Sá MS. Tratado de Ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
48. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F, Menke CH. Rotinas em Ginecologia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
49. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetrícia de Williams. 25. ed. São Paulo: Artmed; 2020.
50. Brasília. Instituto SÍrio-Libanes de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica Saúde das Mulheres. Ministério Da Saúde; 2015.
51. Frasson A, Millen E, Brenelli F, Luzzatto F, Cavalcante FP, Ching AW, et al. Doenças da mama: Guia De Bolso Baseado em Evidências. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
52. Lucarelli AP, Martins MM, Maluf FC, Souza MCLA. Mastologia Atual Da Prática à Teoria. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019.
53. Filho ALS, Laranjeira CS. Manual SOGIMIG De Ginecologia E Obstetrícia. Rio de Janeiro: Med Book; 2017.
54. Brasília. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasil: Ministério Da Saúde; 2020.
55. Brasília. Secretaria De Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasil: Ministério Da Saúde; 2020.
56. Pompei LM, Machado RG, Wender COM, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal na Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC). São Paulo: Leitura Médica; 2018.
57. Taylor HS, Pal L, Seli E. Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 9. ed. Filadélfia: Wolters Kluwer; 2020.

58. Afonso LR, Castro VHS, Menezes CPSR, Custódio LL, Silva MGC, Gomes ILV. Profile of maternal mortality in the State of Ceará. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2022; 22 (1): 115-119.
59. Machado CDB, Wuol A, Heinzlel M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Rev. bras. educ. med*, 2018, 42 (4): 66-73.
60. Novellino AMM, Coelho ICMM. Elaboração de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs) em ginecologia e obstetrícia para a graduação médica. *Rev. bras. educ. med*, 2021, 45 (4) : e190.
61. Ferreira VC, Silva MRF, Montovanil EH, Colares LG, Ribeiro AA, Stofel NS. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. *Rev. bras. educ. med*, 2020, 44 (sup.1): e0147.
62. Carvalho AB, Resende HL, Faria RMD, Toledo Júnior A. Análise de conteúdo de duas avaliações externas brasileiras de cursos de medicina: Enade e Revalida. *Rev. bras. educ. med.*, 2021, 45 (01): e033).
63. Melara J, Gomedi G, Figueiredo FP. Saúde mental em concursos de residência médica: implicações das Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014. *Rev. bras. educ. med*, 2021, 45 (3): e153.
64. Andrade MS, et al. Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(1): e00021821.
65. Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Bracciali LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15 [Supl. 1]:1715-1724.
66. Blank CH, Silva CML, Kubaski FC, Menezes LB, Giusti RB. Internato extracurricular em obstetrícia na maternidade do hospital escola UFPEL. *Expressa Extensão* 2017; 22 (1): 172-181.
67. Agumi AK. Indicadores maternos para monitorar hospitais da Rede Cegonha: uma proposta. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26(3):781-787.