

# **ÁREA TEMÁTICA DA SAÚDE DA MULHER**

Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest - SMS  
**PROJETO NASCER BEM: GRAVIDEZ SAUDÁVEL, PARTO SEGURO**

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA  
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
LEI MUNICIPAL 11.313 DE 21/12/92**

## **RELATÓRIO COMPILADO DE 10 ANOS DAS ATIVIDADES DO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**(1993-2002)**

**COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.**

**Biênio 2001/2002**

Presidenta: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Ana Cristina d' Andretta Tanaka

Vice-Presidenta: Dr<sup>a</sup>. Maria José de Oliveira Araújo

Secretária: Dr<sup>a</sup>. Jael Barbosa de Albuquerque

Componentes

Magdália Pereira de Souza	Dr <sup>a</sup> . Tania Maria Vidal Nitrini
Antonio Benedito Marangoni Camargo	Dr <sup>a</sup> . Norma Kyriakos
Rosa Dalva Faustinone Bonciani	Dr. Cristiano Fernando Rosas
Rosa Yuko Kayano Morais	Suzana Kalckmann
Valquíria de Souza Silva	

Equipe Técnica

Coordenadora: Dra. Jael Barbosa de Albuquerque

Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

Dr. Júlio Mayer de Castro Filho

Dr. Luis Carlos Pazero

Dra. Rute Loreto Sampaio de Oliveira

Elizabete Aparecida Pinto

Rute Barreto Ramos

Relator: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

**COMITÊS LOCAIS DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.**

Países desenvolvidos quantificam os dados de mortalidade materna para avaliar a qualidade de saúde que estão oferecendo à sua população. Entretanto, no nosso caso, não basta apenas tabular as ocorrências de morte materna. Necessitamos sim, estudar cada caso no sentido de obter informações que nos possibilitem identificar quais problemas a gestante enfrentou que culminaram com a sua morte. Porém, a elaboração de estratégias para redução da mortalidade materna não tem por objetivo privilegiar apenas as gestantes. Qualquer usuário do Sistema de Saúde pode enfrentar problemas semelhantes, tais como: obtenção de vaga para internação, dispensação de medicamentos específicos para tratamento do seu mal, dificuldade de acesso a exames especializados e enormes filas de espera, dentre outros.

Para compreendermos melhor o processo evolutivo da morte materna, efetuamos uma análise global e comparativa abrangendo os dados obtidos nos últimos 10 anos, desde a oficialização do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo em dezembro de 1992 e o início de suas atividades de pesquisa em abril de 1993.

Cabe aqui a ressalva de que como o estudo da mortalidade materna em nosso município é um processo contínuo, estamos constantemente recebendo casos pendentes de anos anteriores que, devido ao prazo estabelecido na época, não puderam ser incluídos nos respectivos relatórios, o que porventura poderá gerar discrepâncias com dados de relatórios elaborados anteriormente. Os casos já tabulados passam por um processo constante de reavaliação, discussão e reclassificação, baseado na experiência adquirida pelo Comitê com o passar dos anos.

A Tabela 1 mostra a evolução da pesquisa envolvendo morte materna realizada pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no decorrer dos primeiros 10 anos de atividade do Comitê Municipal. Salientamos que os casos de invasão (mulheres residentes em outros municípios que falecem na cidade de São Paulo), apesar de separados para análise, não estão computados nos casos de morte materna por não se enquadrarem na proposta deste estudo.

Na análise dessa Tabela, constatamos que a Razão de Mortalidade Materna Específica para casos Diretos vem sofrendo pequenas oscilações, com média em 31,8/100.000 NV, bem como a Razão de Mortalidade Materna Específica para casos Indiretos, cuja média é 23,1/100.000 NV. Geralmente, nos países em desenvolvimento ocorre um predomínio natural dos casos diretos sobre os casos indiretos. Tal situação é facilmente explicada pela falta de recursos específicos no combate às causas evitáveis. A figura do ambulatório de especialidades, com atendimento regionalizado e diferenciado é de suma importância para a inversão desta proporção e para a redução da Razão de Mortalidade Materna. Entretanto, na medida que esses recursos são implantados ou implementados, a mortalidade materna por causas diretas é a primeira a declinar.

Gostaríamos de salientar que apesar de aumentarmos paulatinamente o número de casos pesquisados, não detectamos um crescimento proporcional do número de casos positivos para morte materna, reforçando que a metodologia de pesquisa utilizada foi coerente com os dados apurados. Outro dado que corrobora a fidelidade da metodologia utilizada é a comparação das Razões de Mortalidade Materna das causas declaradas com a encontrada através da busca ativa de casos realizada pelo Comitê (Gráfico 1), que mostra um comportamento semelhante das duas curvas.

Na busca de um caminho para concentrarmos nossos esforços visando a redução da morte materna efetuamos, desde 1995, o cálculo do Índice de Letalidade Hospitalar (ILH). Esse indicador consiste no cálculo da Razão de Mortalidade Materna Específica por esfera de atendimento, podendo ser calculado, em caso de necessidade, por hospital de ocorrência. Cabe a ressalva de que o número exato de partos realizados segundo a esfera administrativa era um dado pouco preciso até o ano de 2000. A partir de 2001, baseado nas informações do SINASC, o município de São Paulo consegue quantificar o número de partos por Hospital, independente da esfera administrativa, gerando um indicador mais confiável. Nos anos anteriores foi utilizado o número de nascidos vivos fornecido pela Fundação SEADE, o que pode gerar algumas discrepâncias quando comparado aos valores fornecidos pelo SINASC. A Tabela 2 disponibiliza o cálculo do Índice de Letalidade Hospitalar por esfera de atendimento a partir do ano de 1995.

**Tabela 1.** Número de casos estudados e classificados segundo confirmação ou não de morte materna, número de nascidos vivos e Razões Específicas de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) – Município de São Paulo – 1993 a 2002.

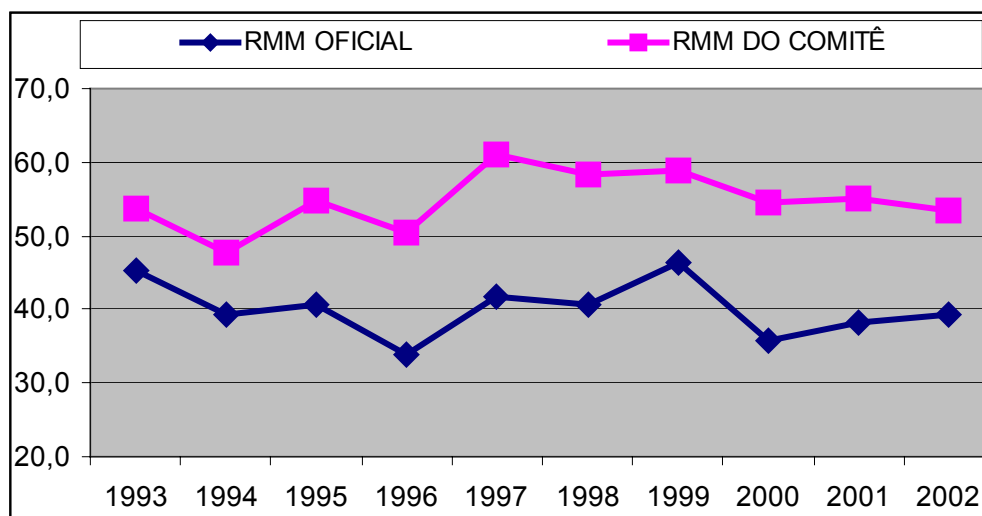
ANO	1993*	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Total de Óbitos na Capital	65024	65279	65692	65406	64034	62895	64377	63564	64843	64278	645392
Total de Óbitos de Mulheres	25741	26176	26369	26778	26796	26318	26997	26643	27267	27494	266579
Óbitos de Mulheres de 10 a 49 anos	4422	4631	4818	4591	4430	4347	4292	4072	4067	4022	43692
Total de casos pesquisados	226	254	287	299	553	741	873	869	1198	1595	6895
Causas declaradas e/ou confirmadas	85	102	132	126	179	175	196	188	148	163	1494
Causas declaradas e/ou confirmadas (residentes)	85	102	132	125	179	175	190	178	145	159	1470
- Diretas	63	64	69	67	60	73	73	64	59	51	643
- Indiretas	20	36	44	40	73	55	55	49	46	48	468
- Tardias	0	0	1	3	9	16	12	25	9	15	90
- Não Relacionadas	2	2	18	10	26	21	31	21	13	25	169
- Não Relacionadas Tardias	0	0	0	5	11	10	19	19	18	20	102
Casos negativos	141	152	109	153	346	555	660	649	1018	1416	5199
Casos em investigação	0	0	46	20	28	11	17	32	32	16	202
Casos de Invasão	0	0	0	1	0	0	6	10	3	4	24
Causas Diretas ou Indiretas	83	100	113	107	133	128	128	113	105	99	1109
Causas Diretas ou Indiretas Declaradas	70	82	84	72	91	89	101	74	73	73	809
Nascidos Vivos	154604	209376	206394	212366	217781	219407	217969	207455	190721	185417	2021490
RMM DAS CAUSAS DIRETAS	40,7	30,6	33,4	31,5	27,6	33,3	33,5	30,9	30,9	27,5	31,8
RMM DAS CAUSAS INDIRETAS	12,9	17,2	21,3	18,8	33,5	25,1	25,2	23,6	24,1	25,9	23,1
RMM DAS CAUSAS TARDIAS	0,0	0,0	0,5	1,4	4,1	7,3	5,5	12,1	4,7	8,1	4,5
RMM DAS CAUSAS DECLARADAS	45,3	39,2	40,7	33,9	41,8	40,6	46,3	35,7	38,3	39,4	40,0
RMM	53,7	47,8	54,7	50,4	61,1	58,3	58,7	54,5	55,1	53,4	54,9

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – PMSP

Nascidos Vivos: Fundação SEADE

\* Nascidos vivos do ano de 1993 = 206139. Estudo realizado a partir do mês de abril.

**Gráfico 1.** Comparação entre a Razão de Mortalidade Materna Oficial (casos declarados) com a Razão de Mortalidade Materna do Comitê Municipal (encontrada após busca ativa de casos) – Município de São Paulo – 1993-2002.



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

**Tabela 2.** Distribuição do número de partos hospitalares e do número de óbitos maternos por causa direta ou indireta segundo o tipo de Hospital de ocorrência do óbito e cálculo do Índice de Letalidade Hospitalar (por 100.000 partos) segundo a mantenedora – Município de São Paulo – 1995 a 2002.

ANO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
<b>PARTOS</b>									
PÚBLICOS MUNICIPAIS	26026	36114	50215	44888	39816	31245	24182	24566	277052
PÚBLICOS ESTADUAIS	33791	37839	40755	45697	48559	56511	71312	71579	406043
PRIVADOS E CONVENIADOS SUS	146577	138413	126811	128822	129594	119699	101111	99757	990784
<b>ÓBITOS MATERNOS</b>									
PÚBLICOS MUNICIPAIS	32	25	42	32	35	36	26	26	254
PÚBLICOS ESTADUAIS	31	29	41	31	35	35	45	48	295
PRIVADOS E CONVENIADOS SUS	46	51	49	61	57	40	33	24	361
<b>ÍNDICE DE LETALIDADE HOSPITALAR</b>									
PÚBLICOS MUNICIPAIS	123,0	69,2	83,6	71,3	87,9	115,2	107,5	105,8	91,7
PÚBLICOS ESTADUAIS	91,7	76,6	100,6	67,8	72,1	61,9	63,1	67,1	72,7
PRIVADOS E CONVENIADOS SUS	31,4	36,8	38,6	47,4	44,0	33,4	32,6	24,1	36,4

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP  
 Assessoria de Planejamento / Gerência Técnica de Informação Gerencial - PMSP  
 Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - SIH/SUS - CIS

O setor público engloba os casos de morte materna ocorridos nas esferas municipal, estadual e conveniada, sendo proporcionalmente mais carente de recursos do que o setor privado, se levarmos em consideração o número de pessoas atendidas. Essa disparidade se reflete no cálculo do ILH. Além de ser o responsável pelo atendimento à população mais carente, acolhe alguns casos provenientes do setor privado, que não costuma arcar com as despesas oriundas do atendimento de um caso complexo. De qualquer forma, o setor público necessita de uma reformulação do processo de atendimento às usuárias, privilegiando a medicina preventiva, com a elaboração de cursos e palestras dirigidas à gestante, visando uma orientação adequada da fisiologia materna e suas eventuais complicações. Deve fornecer, ainda, um suporte assistencial bem estruturado, elaborando

uma hierarquia de atendimento adequada, garantindo o atendimento ao parto e suas eventuais complicações, à semelhança do setor privado.

Com base nos dados apresentados na Tabela 1, verificamos a ocorrência de 1109 casos de morte materna de causa direta ou indireta no período de 1993 a 2002 ocorridos em mulheres residentes em nossa cidade. Estes casos foram sumariados na Tabela 3, de acordo com a doença básica que originou o óbito.

**Tabela 3.** Distribuição dos 1109 casos de morte materna de causa direta ou indireta, segundo as causas de óbito (CID-10) – Residentes no Município de São Paulo – 1993 a 2002.

Causas declaradas e/ou confirmadas	N	Total	%	Total %
<i>Óbitos Maternos Diretos</i>		<b>649</b>		<b>58,5</b>
Pré-Eclâmpsia – Eclâmpsia	180		16,2	
Hemorragia	177		16,0	
Complicações de Aborto	122		11,0	
Infecção Puerperal	96		8,7	
Complicações Anestésicas	10		0,9	
Embolia de Causa Obstétrica	18		1,6	
Outras causas	6		0,5	
Patologias Mal-definidas	40		3,6	
<i>Óbitos Maternos Indiretos</i>		<b>460</b>		<b>41,5</b>
<i>Causas Não Infecciosas</i>				
Cardiopatias	106		9,56	
Hipertensão Arterial Crônica	80		7,21	
Embolia Pulmonar	39			
AVCI / AVCH	24		2,16	
DPOC	14		1,26	
Outras causas clínicas	69		6,22	
<i>Causas Infecciosas</i>				
Broncopneumonia	69		6,22	
Pielonefrite	13			
Hepatopatias	11			
Outras causas infecciosas	35		3,16	
<b>TOTAL</b>		<b>1109</b>		<b>100,0</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Como doença isolada, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a doença mais importante a ser abordada no planejamento estratégico para redução da morte materna. A proposta para essa redução dessa complicação passa pelo planejamento familiar, pelo atendimento pré-natal, pela estrutura hospitalar que vai prestar atendimento a esse caso e se completa no acompanhamento pós-natal, seguindo as possíveis seqüelas que essa doença pode causar. Na realidade, para a efetiva redução da quase totalidade dos eventos de morte materna, independente da causa determinante, o atendimento deve privilegiar todos os setores apontados acima.

O planejamento familiar deve ser abrangente e consciencioso, com orientação adequada a cada caso, fornecendo um leque de opções que atendam a necessidade de todos os casos.

O pré-natal deve ser feito com atenção e todos os exames, quer de rotina quer de alta complexidade, devem ser realizados e analisados em tempo hábil. Na identificação de um caso de pré-eclâmpsia ou de qualquer outra patologia obstétrica associada, a gestante deve ser encaminhada a um setor de atenção à gestação de risco, onde uma equipe multi-profissional treinada e habilitada possa prestar um atendimento diferenciado, com facilidade para realização de eventuais exames subsidiários mais complexos e necessários para um acompanhamento adequado. Casos leves devem ser seguidos na própria Unidade Básica de Saúde. Casos mais complexos devem ser acompanhados

em Ambulatórios de Especialidade ou em serviços de acompanhamento pré-natal diferenciado, com mais recursos humanos e infraestrutura adequada.

A gestante deve ter um hospital de referência para o qual ela possa se dirigir em caso de necessidade e, eventualmente, dar à luz. Os casos de média e alta complexidade devem ser encaminhados para hospitais que detenham uma estrutura adequada para prestar um atendimento diferenciado. Tal proposta requer uma estrutura complexa de atendimento, com o sistema de referência e contra-referência funcionando de maneira adequada. Após a alta hospitalar, a gestante deve ser encaminhada imediatamente ao acompanhamento pós-natal, para acompanhar eventuais complicações decorrentes do parto ou da própria patologia obstétrica de base.

Enquanto a pré-eclâmpsia/eclâmpsia é uma entidade sobre a qual não existe processo preventivo bem estabelecido, a morte decorrente de complicações hemorrágicas é amplamente evitável, principalmente as decorrentes de atonias e acretismos. Sabemos que o acretismo placentário acomete preferencialmente as múltiparas e aquelas submetidas às cesáreas de repetição. Existe uma associação muito importante entre placenta prévia, cesárea e acretismo placentário<sup>1</sup>. A participação da gestante em grupos de orientação durante o pré-natal, onde as eventuais dúvidas e temores quanto ao parto possam ser dirimidas, bem como a presença de acompanhante durante todo o processo de pré-parto/parto, reduz consideravelmente a ocorrência de cesáreas, diminuindo o risco de eventuais complicações decorrentes desse procedimento<sup>2</sup>.

No acompanhamento pós-parto é imprescindível um seguimento adequado do quarto período, evitando os quadros hemorrágicos<sup>3</sup>. A grande maioria dos casos de atonia uterina acontece no período entre a chegada da puérpera na enfermaria e o próximo controle dos dados vitais feito pela enfermagem. A prevenção desses quadros pode ser realizada através de uma supervisão mais freqüente. Entretanto, diante de um quadro hemorrágico, as equipes devem estar prontas para intervir e a existência de um banco de sangue bem equipado é indispensável.

A evitação de um processo infeccioso começa durante o pré-natal, com suplementação vitamínica adequada e seguimento laboratorial de possíveis quadros infecciosos<sup>4</sup>. No Município de São Paulo, nos últimos anos, a maior parte dos casos de infecção puerperal aconteceu no pós-parto normal, devido à presença de restos placentários. A revisão do canal de parto é tempo imprescindível de qualquer intervenção obstétrica. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deve ser rigorosa e atuante, minimizando os riscos de contaminação de material e prestando orientação ao profissional médico na prescrição mais adequada ao caso.

Indispensável dizer que a morte materna decorrente de um aborto inseguro é um problema que precisa ser abordado com seriedade<sup>5</sup>. A presença de um planejamento familiar atuante e bem estruturado evita a ocorrência da gestação indesejada e minimiza o risco inerente à interrupção clandestina da mesma. A Secretaria Municipal da Saúde dispõe, na atualidade, de praticamente todos os métodos anticoncepcionais e todos os hospitais da administração direta realizam a anticoncepção definitiva.

Verificamos com o exposto acima que não basta apenas quantificar os eventos de morte materna. O perfeito conhecimento do processo que desencadeia o óbito é de fundamental importância na elaboração de estratégias que possibilitem a efetiva redução da mortalidade materna<sup>6,7</sup>.

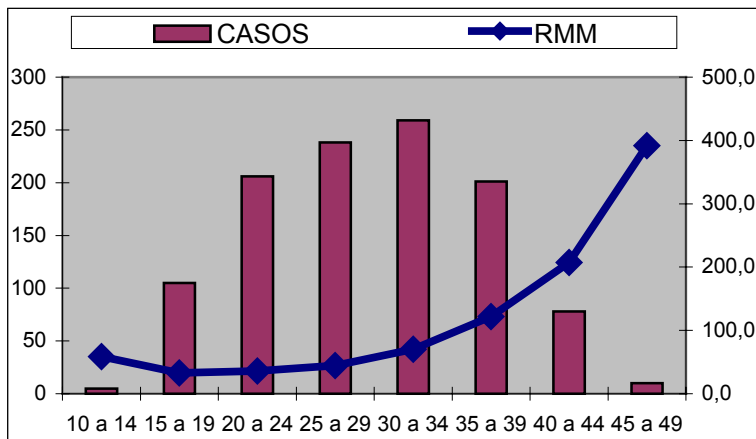
A Tabela 4/Gráfico 2 apresenta a distribuição dos 1109 casos de morte materna direta ou indireta segundo a faixa etária da gestante ou puérpera no momento do óbito, bem como o comportamento da curva da Razão de Mortalidade Materna pelas diversas faixas etárias.

Chama a atenção o fato de encontrarmos a ocorrência de 184 nascidos vivos em mulheres acima dos 49 anos. Apesar de não termos dados sobre a mortalidade materna nessa faixa etária e a pesquisa mundial não privilegiar esse estudo, devemos ficar atentos para eventuais ocorrências, pois a possibilidade de complicações quer por multiparidade quer por descompensações clínicas de

doenças pré-existentes é mais frequente acima dos 50 anos.

**Tabela 4 / Gráfico 2.** Distribuição dos 1109 casos de morte materna direta ou indireta, número de nascidos vivos e cálculo da razão de Mortalidade Materna segundo a faixa etária da gestante ou puerpera no momento do óbito – Município de São Paulo – 1993-2002.

FAIXA ETÁRIA	CASOS	NV	RMM
10 a 14	5	8522	58,7
15 a 19	105	318834	32,9
20 a 24	206	573963	35,9
25 a 29	238	533595	44,6
30 a 34	259	367831	70,4
35 a 39	201	165125	121,7
40 a 44	78	37656	207,1
45 a 49	10	2553	391,7
50 ou +	0	184	---
IGNORADO	7	14173	---
<b>TOTAL</b>	<b>1109</b>	<b>2022436</b>	<b>54,8</b>



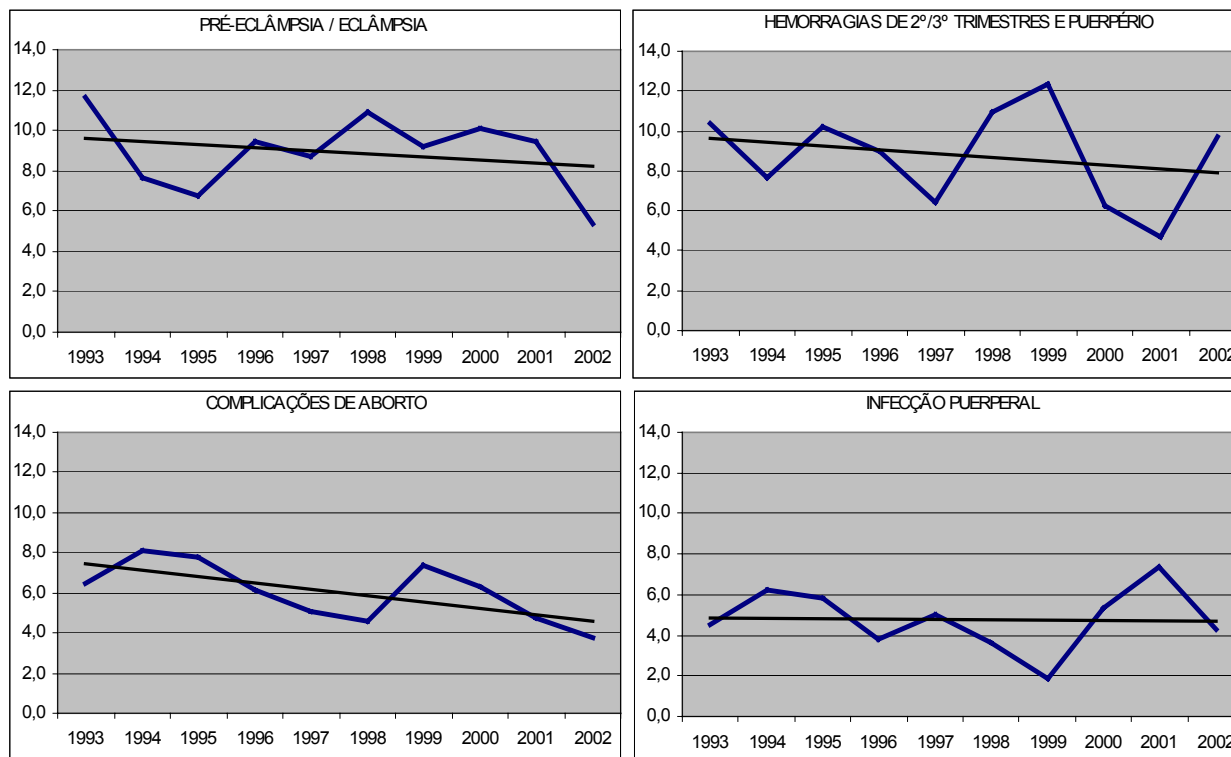
Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – MSP / F. SEADE

Como podemos verificar, a maior concentração de casos se dá na faixa de 30 a 34 anos. A causa de óbito predominante nessa faixa etária é a hipertensão arterial (pré-eclâmpsia/eclâmpsia – hipertensão arterial crônica) com 56 casos, seguida das complicações hemorrágicas de final de gravidez e puerpério, com 53 casos.

No período de estudo, a média de idade das mulheres que faleceram por causa materna foi de 29 anos.

Apresentamos no Gráfico 3 o comportamento da Razão de Mortalidade Materna e respectivas linhas de tendência das principais causas de Morte Materna Direta durante os 10 anos de estudo.

**Gráfico 3.** – Série histórica da Razão de Mortalidade Materna Específica das principais causas diretas de morte materna, com linha de tendência – Município de São Paulo – 1993-2002.

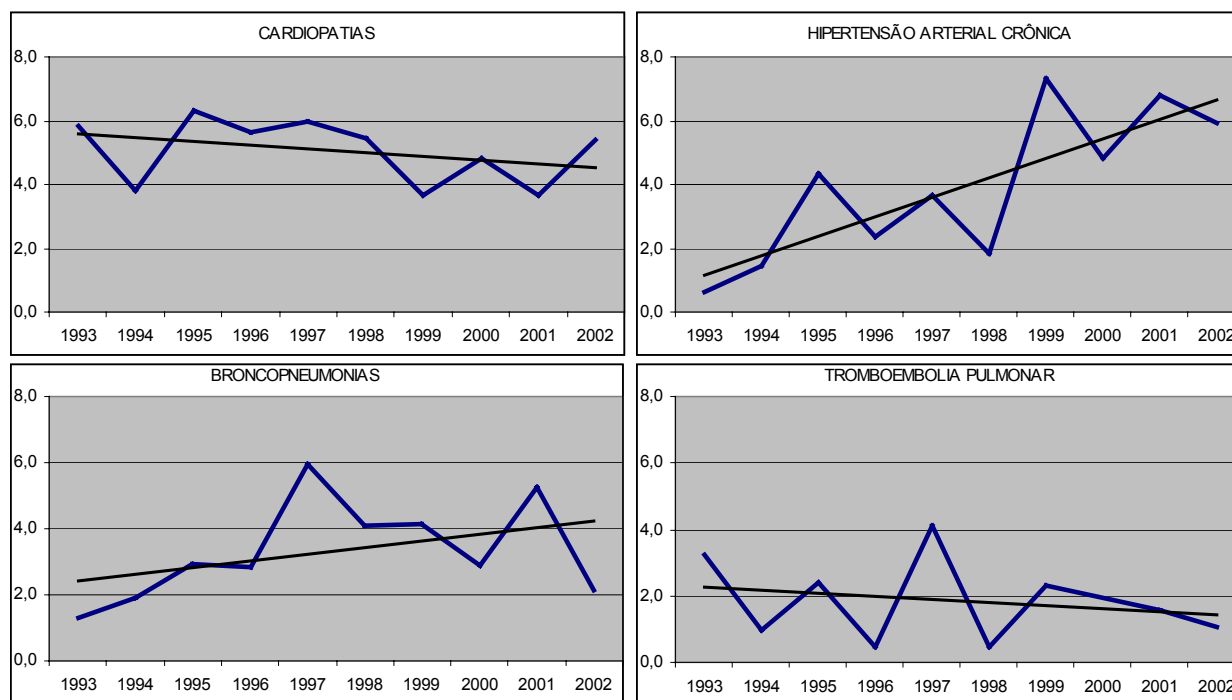


Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - PMSP

Como podemos notar na análise do comportamento da Razão de Mortalidade Materna das principais causas diretas, verificamos uma tendência de declínio durante os 10 anos de estudo, à exceção da infecção puerperal, que se manteve constante.

Apresentamos no Gráfico 4 o comportamento da Razão de Mortalidade Materna e respectivas linhas de tendência das principais causas de Morte Materna Indireta durante os 10 anos de estudo.

**Gráfico 4.** – Série histórica da Razão de Mortalidade Materna Específica das principais causas indiretas de morte materna, com linha de tendência – Município de São Paulo – 1993-2002.



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Entretanto, na análise do comportamento das Razões de Mortalidade Materna Específica das principais causas indiretas podemos verificar que os quadros de hipertensão arterial crônica apresentam uma importante tendência de elevação no transcorrer dos anos, bem como as ocorrências de morte materna por broncopneumonias. Isso denota que ainda possuímos uma estrutura de atendimento ainda deficitária, com dificuldade de resolução tanto de processos crônicos como agudos.

Disponibilizamos na Tabela 5 todas as Razões de Mortalidade Materna no período estudado.

**Tabela 5.** Razões de Mortalidade Materna – Município de São Paulo – 1993-2002.

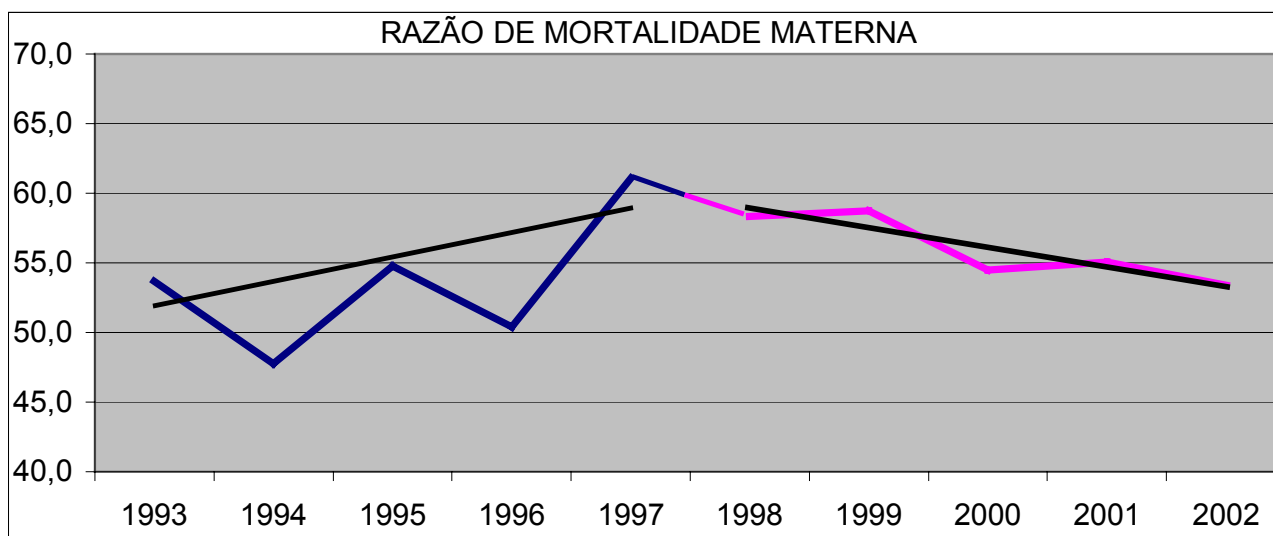
RAZÕES DE MORTE MATERNA	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	93-02
CAUSAS DIRETAS E INDIRETAS	53,7	47,8	54,7	50,4	61,1	58,3	58,7	54,5	55,1	53,4	54,9
CAUSAS TARDIAS	0,0	0,0	0,5	1,4	4,1	7,3	5,5	12,1	4,7	8,1	4,5
RELACIONADA À GESTAÇÃO	55,0	48,7	63,5	55,1	73,0	67,9	72,9	64,6	61,9	66,9	63,2
RELACIONADA ATÉ 1 ANO	55,0	48,7	64,0	58,9	82,2	79,8	87,2	85,8	76,0	85,8	72,7

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

O Gráfico 5 representa a evolução da RMM desde 1993 até o ano de 2002, com a respectiva linha de tendência subdividida por quinquênio estudado.



**Gráfico 5.** Evolução da Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) com linha de tendência por quinquênio estudado – Município de São Paulo – 1993 a 2002.



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Verificamos nesse estudo que o Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo passou por dois momentos distintos. O primeiro, correspondente aos anos de 1993 a 1997, se traduziu pelo aprimoramento das técnicas de pesquisa e captação de casos. Mesmo frente às dificuldades inerentes ao estudo da mortalidade materna, tendo em vista a dificuldade de acesso à parca quantidade de literatura sobre o assunto na época, adquirimos experiência, traçamos metas e objetivos e elaboramos propostas para a redução desse evento. O segundo momento (1998-2002), já com metodologia de pesquisa, discussão e classificação de casos mais sedimentadas, bem como propostas para redução da mortalidade materna mais elaboradas, mostra uma tendência de declínio da Razão de Mortalidade Materna.

### **Sugestões para redução da mortalidade materna**

1) A equipe multiprofissional (Médicos, Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem, Assistentes Sociais, Educadoras em Saúde, etc) necessita de um aprimoramento técnico adequado e constante. A realização de reciclagens contínuas e reavaliação constante dos procedimentos de abordagem pertinentes a cada caso é de extrema importância.

2) Devemos lembrar que a morte materna é predominantemente um problema social, atingindo geralmente as classes menos favorecidas. Nas histórias familiares detectamos muitas vezes a falta de condição para a compra dos medicamentos básicos e até mesmo a falta de dinheiro para a condução quando necessita realizar um exame ou consulta longe da sua residência. Precisamos personalizar e facilitar o atendimento, principalmente nas gestações de alto risco, que necessitam de uma atenção maior tendo em vista serem alvo das complicações mais frequentes (no nosso estudo observamos que mais de 80% dos casos de morte materna estavam envolvidos com gestações de alto risco). A gestante portadora de qualquer patologia obstétrica quer direta ou indiretamente vinculada ao estado gestacional, não deve ser atendida em lugar precário ou em Unidades Básicas de Saúde despreparadas. Devemos capacitar algumas Unidades Básicas ou criar Centros de Atendimento Secundários que detenham tanto tecnologia (equipamentos e insumos) como equipes multiprofissionais qualificadas e treinadas para prestar um atendimento diferenciado, propiciando um serviço de pré-natal de qualidade. Os casos mais graves ou de difícil manuseio devem ser encaminhados para Centros Terciários Especializados, com recursos adequados para

realização de exames em tempo hábil, atendidos por profissionais altamente capacitados, onde as medidas aplicadas possam surtir efeito esperado.

3) No Município de São Paulo, os leitos destinados ao atendimento dos casos obstétricos estão concentrados, em sua grande maioria, em regiões mais centrais. É imperiosa a reativação e uma melhor distribuição destes leitos de maternidade, evitando desta forma a tão temida peregrinação da gestante em busca de uma vaga hospitalar. A gestante em trabalho de parto não deve, em hipótese alguma, sair à procura de uma vaga para dar à luz. Essa responsabilidade deve ser do hospital que prestou o primeiro atendimento e não disponibiliza dessa vaga no momento da consulta. Para viabilizar esse processo, é fundamental uma central de vagas que opere de maneira eficaz e um sistema de remoção de gestantes bem estruturado.

4) A grávida portadora de uma gestação de alto-risco deverá dar à luz em uma rede hospitalar que possa corresponder com uma infra-estrutura adequada às possíveis intercorrências obstétricas que possam advir do atendimento ao caso mais complicado. Estes casos deveriam ser drenados desde o atendimento pré-natal, assegurando de antemão a vaga e o serviço de atendimento, evitando que um caso de risco se agrave desnecessariamente. Não deixamos de pensar que o recém-nascido destas gestantes pode apresentar riscos neonatais correlatos à doença obstétrica, necessitando de atendimento especializado e dispondo de recursos adequados como leitos de UTI neonatal, com cobertura aos recém-nascidos de muito baixo peso. Em muitos casos, sabemos que é a vaga na UTI neonatal que determina a internação da gestante neste ou naquele hospital.

5) Cabe à Rede Hospitalar ofertar equipamentos e condições para o desempenho da medicina de uma forma mais humana, além de incrementar os Bancos de Sangue tendo em vista os elevados índices de óbito por hemorragias, além de um rigoroso controle da infecção hospitalar, por meio da criação ou implemento das Comissões de Controle da Infecção Hospitalar.

6) O estudo de um caso de morte materna é de uma riqueza ímpar e não pode ser menosprezado. O Comitê de Mortalidade Materna não tem caráter punitivo, mas sim de efetuar um diagnóstico qualitativo da saúde em nossa cidade. Pesquisas internacionais apontam que a morte materna é evitável em praticamente 60% a 80% dos casos. É da competência dos Hospitais envolvidos com essa fatalidade a realização de Reuniões Anátomo-Clínicas com a participação das mais variadas esferas (Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários Médicos e outros representantes da dinâmica hospitalar), com o intuito de aprimorar os profissionais de suas instituições, averiguar eventuais responsabilidades, bem como prevenir que o mesmo tipo de caso não se repita. Deve ainda dar apoio às Comissões de Ética Médica propiciando um intercâmbio mais amigável, além de facilitar o acesso dos integrantes dos Comitês de Mortalidade Materna para que possam desempenhar o processo de levantamento dos dados de forma mais completa e integrada.

7) A morte materna é evento de notificação compulsória (Portaria Ministerial 653 de 28 de maio de 2003) e assim deve ser encarado. Apesar da subnotificação ser um problema mundial, as equipes médicas devem ser constantemente treinadas para reportar na Declaração de Óbito a presença ou a correlação com o ciclo gravídico-puerperal.

8) Um Planejamento Familiar adequado e eficaz, onde se possa escolher o melhor momento para uma gravidez, diminuindo, portanto os casos de gestação indesejada e conseqüentemente os casos de morte materna por abortamento inseguro é fundamental.

9) O incentivo ao início precoce do pré-natal, dando condições a uma melhor aderência à consulta, implementando e facilitando a realização de exames complementares de forma ágil e eficiente é medida de fácil execução.

O Comitê de Mortalidade Materna que, como dissemos não tem caráter punitivo, atua com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas à população feminina, tentando adequar e

humanizar o atendimento à mulher, alertando os mais diversos níveis quanto aos problemas encontrados durante a gravidez, o parto e o puerpério, tentando reduzir desta forma a morte de uma mulher no auge de suas capacidades, diminuindo a conseqüente desagregação familiar.

Também é de nossa alçada a realização de eventos com o intuito de incentivar a criação de novos Comitês de Mortalidade Materna, bem como servir de referência na metodologia utilizada na pesquisa dos casos. A participação dos Conselhos de Classe, bem como todos os órgãos que visam o bem-estar da nossa população são sempre bem-vindos.

Como dissemos, a morte materna é uma ocorrência multicausal. A responsabilidade no entendimento de sua dimensão e na contribuição para sua redução é de todos nós, profissionais da saúde, população atendida, educadores, professores, sociólogos e diplomatas. Reflete não só a perda de um ente querido como também toda a desestrutura de um povo. Somente o envolvimento e trabalho conjunto de todas as esferas poderão contribuir para sua redução.

### ANEXO I – MAPA DA CIDADE DE SÃO PAULO



## **Bibliografia**

1. Lira Plascencia J, Ibarguengoitia Ochoa F, Argueta Zuniga M, Karchmer S. Placenta praevia/accreta and previous cesarean section. Experience of five years at the Mexico National Institute of Perinatology. *Ginecol Obstet Mex* 1995;63:337-40.
2. Findings from the National Institute of Nursing research related to neonatal care: 2005 update. *Neonatal Netw* 2005;24:51-4.
3. Geller SE, Cox SM, Kilpatrick SJ. A descriptive model of preventability in maternal morbidity and mortality. *J Perinatol* 2006;26:79-84.
4. Coles CL, Fraser D, Givon-Lavi N, et al. Nutritional status and diarrheal illness as independent risk factors for alveolar pneumonia. *Am J Epidemiol* 2005;162:999-1007.
5. Ujah IA, Aisien OA, Mutahir JT, Vanderjagt DJ, Glew RH, Uguru VE. Factors contributing to maternal mortality in north-central Nigeria: a seventeen-year review. *Afr J Reprod Health* 2005;9:27-40.
6. Vega CEP, Marcus PAF, Pazero LC, Boyaciyan K, Barbosa SA. Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1999. *Rev Ginecol Obstet* 2003;14:52-9.
7. Vega CEP, Pazero LC, Marcus PAF, Barbosa SA, Boyaciyan K. Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1998. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia* 2002;13:198-207.