

# **ÁREA TEMÁTICA DA SAÚDE DA MULHER**

Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest - SMS

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

## **RELATÓRIO SOBRE O ANO DE 2000 – 2ª VERSÃO**

Atualizada em Agosto de 2002

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

### **Biênio 1999/2001**

Presidente: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

Secretário: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus

#### Componentes

Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Ana Cristina d' Andretta Tanaka	Prof. Dr. Ruy Laurenti
Dr. Paulo Fernando Constâncio de Souza	Dr. Luis Carlos Pazero
Jussara C. Molina	Heloisa L. C. D'Affonseca
Dr. Pedro Paulo Roque Monteleone	Dr. Cristiano Fernando Rosas
Dr. Horácio Veríssimo Romão	Dr <sup>a</sup> . Mônica Santos Suzano
Magdália Pereira Souza	Michico Arima Kibe
Ana Lúcia Pereira	Maria Dirce Gomes Pinho
Dr <sup>a</sup> Katsue Shibao	Dr <sup>a</sup> Tania Maria Vidal Nitrini
Antônio Benedito Marangoni Camargo	Luiz Patrício Ortiz Flores
Dr <sup>a</sup> Rosiane Mattar	Dr. Krikor Boyacian
Raquel Cima	Rosa Yuko Kayano Morais

10 COMITÊS REGIONAIS DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.

### **Biênio 2001/2003**

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	
Colaboradores: Dr. Luis Carlos Pazero	
Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega	

41 COMITÊS REGIONAIS DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.

## **Introdução**

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984 pelo Ministério da Saúde, tem por base a redução da morbidade e da mortalidade feminina pela implantação de ações coletivas direcionadas a esta população.

Em 1988, Laurenti<sup>1</sup> já alertava para a importância do estudo da mortalidade materna como indicador da qualidade da saúde ofertada à população e tecia considerações sobre sua classificação, com base na CID-9<sup>2</sup>.

Também em 1988, o Ministério da Saúde<sup>3</sup>, em conjunto com a Universidade de Campinas e outras entidades, começou a alertar sobre o problema da morte materna e suas implicações sociais. No Paraná, o Dr. Luiz Fernando C. O. Braga foi o pioneiro em lidar com a mortalidade materna, idealizando e implantando o Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná, que serve como modelo e se encontra em atividade até hoje<sup>4</sup>.

Em 1990, durante a 23ª. Conferência Sanitária Pan-Americana da qual o Brasil fez parte, foi solicitado um empenho na redução das Razões de Mortalidade Materna em 50% nesta década. Em 1994, o Ministério da Saúde reafirmou esta intenção, elaborando o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna<sup>3</sup>. Este Manual serviu de base para a realização do estudo feito pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, sendo recentemente lançada uma nova versão deste Manual<sup>5</sup>.

Atualmente, o estudo sobre mortalidade materna tem sido usado com o intuito de refletir as condições de saúde oferecidas a uma comunidade e indiretamente, a situação sócio-econômica desta população. Por meio dele podemos avaliar o atendimento médico, a disponibilidade de vagas, a condição de atendimento hospitalar, os equipamentos de suporte à vida, o sistema de transporte e de acesso aos serviços de saúde, enfim, uma gama de fatores que servem como determinantes para detectarmos as falhas e após análise aprofundada traçarmos as ações de saúde nas mais variadas esferas.

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna em torno de 10 Mortes Maternas/100000 Nascidos Vivos (NV). O último dado oficial fornecido pelo Ministério da Saúde estima a Razão de Morte Materna do Brasil ao redor de 64,84/100000 NV<sup>5</sup>. Como o registro de morte materna ainda possui um alto grau de subinformação, este dado necessita de correção, sendo este diferente de acordo com a região do país<sup>6,7</sup>.

É da responsabilidade do Comitê de Mortalidade Materna a determinação real da Razão de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, fazer um diagnóstico das principais causas encontradas, apontar falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentar sugestões para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda desta Razão e a tão desejada redução da mortalidade materna.

## **Metodologia**

A pesquisa, tabulação e discussão final dos casos foram realizadas por intermédio do Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Rede Hospitalar Municipal, Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - CEPI, Conselho Municipal de Saúde e da Área Jurídica), Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselho Regional de Medicina, Movimento de Mulheres (representando a participação popular), além de 4 Entidades convidadas (COREN-SP, PRO-AIM, SOGESP e Fundação SEADE). Agregado a este grupo, temos 10 Comitês

Regionais de Mortalidade Materna de composição semelhante, excluindo-se a representação do Conselho Regional de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da USP. Cabe aqui a ressalva de que o Comitê de Mortalidade Materna passou por um período de transição entre 2000 e 2001, com a mudança do Governo Municipal e a fase de adaptação e adequação às diretrizes impostas pelo SUS, para a implantação da Municipalização em nossa cidade. Os Comitês Regionais de Morte Materna, antes em número de 10, foram desmembrados e convertidos em 41 Comitês Distritais, acompanhando processo semelhante que aconteceu nas 10 Administrações Regionais de Saúde, que se transformaram em 41 Distritos de Saúde. Com a reorganização da estrutura dos Comitês Distritais houve um hiato na investigação dos casos confirmados ou suspeitos do envolvimento com a morte materna, o que justificou o atraso na confecção deste Relatório. Até a presente data, praticamente todos os Distritos de Saúde possuem Comitês Distritais de Morte Materna em funcionamento porém, como veremos durante a exposição dos dados, alguns Comitês ainda carecem de melhorias.

Durante o ano de 2000 ocorreram 63.564 óbitos no Município de São Paulo, sendo 26.643 mulheres. Destas, 4.072 se encontravam na faixa de idade entre 10 e 49 anos. Foram lidas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 869 casos onde a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia sido relatado no campo "CAUSA DA MORTE". Foram excluídas desta análise as mulheres com 9 anos ou menos e com 50 anos ou mais, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente. Cabe aqui esclarecer que os casos suspeitos englobam todos os processos infecciosos, doenças agudas ou crônicas que potencialmente possam ter influência sobre o ciclo gravídico-puerperal e que porventura tenham contribuído para o êxito letal. Nossa base de dados foi o PRO-AIM (PROgrama de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade), órgão onde estão concentradas todas as Declarações de Óbito da cidade sendo este vinculado à Secretaria de Saúde do Município. A partir do ano de 1996<sup>8-10</sup> estamos procedendo a investigação de mortes maternas que ocorreram desde o 43º. dia até 1 ano após o parto, obedecendo a nova orientação da Organização Mundial de Saúde (Razão de Mortalidade Materna Tardia). Os casos foram complementados com investigações no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo e em outros serviços onde houve realização de exame necroscópico, pelos membros do Comitê de Mortalidade Materna por meio dos representantes da Área da Saúde da Mulher de SMS. Os 869 casos selecionados foram então separados por Administração Regional de Saúde, e enviados para pesquisa tendo por base o endereço de residência da falecida ou quando este não estava disponível, foi utilizado o endereço onde ocorreu o óbito (endereço do hospital).

As investigações de campo foram realizadas em parte pelos 10 Comitês Regionais de Mortalidade Materna, distribuídos pelas Administrações Regionais de Saúde e em parte pelos 41 Comitês Distritais, pelo levantamento de prontuários em âmbito hospitalar e visitas domiciliares (com aplicação de questionário padrão, com anotação da história e dados fornecidos pelos familiares da falecida).

Concluída a investigação hospitalar e domiciliar, os casos foram discutidos pelo Comitê Regional/Distrital de Mortalidade Materna, onde chegou-se a conclusão de ser uma morte materna ou não, sendo feita uma classificação provisória, discutida a evitação da morte e posteriormente encaminhados ao Comitê Central para análise, reclassificação e tabulação final.

Acompanhando a tendência mundial<sup>11</sup>, os casos positivos para morte materna foram classificados e distribuídos em 4 categorias distintas, tendo-se por base a CID-10.

- Morte Materna Obstétrica Direta (resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações)

- Morte Materna Obstétrica Indireta (resultante de doença preexistente ou que se desenvolve durante a gravidez, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez)

- Morte Materna Não Obstétrica ou Não Relacionada (óbito durante a gravidez, parto ou puerpério, porém devido a causas incidentais ou acidentais)

- Morte Materna Obstétrica Tardia (morte materna de causa obstétrica direta ou indireta que ocorreu no período compreendido entre 43<sup>o</sup> dias e 1 ano do parto)

Cabe aqui a ressalva de que como foi feito nos anos anteriores, estaremos procedendo ao cálculo de quatro razões distintas, sendo as três primeiras preconizadas pela CID-10 e a última apenas a título informativo. São elas:

(1) Razão de Mortalidade Materna: serão utilizados para o cálculo deste coeficiente apenas os casos de morte materna direta ou indireta até 42 dias após o termino da gestação.

(2) Razão de Mortalidade Materna Tardia: serão utilizados para o cálculo deste coeficiente apenas os casos de morte materna direta ou indireta que ocorreram no período compreendido entre o 43<sup>o</sup> dia de puerpério até 1 ano após o termino da gestação.

(3) Razão de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação: serão utilizados para o cálculo deste coeficiente todos os casos de mulheres que vieram à óbito entre o início da gestação até 42 dias após o termino da gestação.

(4) Razão de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação até 1 Ano: serão utilizados para este cálculo todos os casos de morte de mulheres desde o início da gestação até 1 ano após o parto ou aborto.

Para efeito comparativo com anos anteriores foi utilizado um banco de dados atualizado na presente data (podendo haver discrepâncias com valores divulgados em relatórios passados), pois nosso objetivo é sempre nos aproximarmos da real Razão de Mortalidade Materna anual. Ainda com o intuito de manter a possibilidade de comparação, disponibilizamos no Anexo 1 a distribuição dos bairros segundo a Administração Regional de Saúde e segundo a nova divisão por Distritos de Saúde.

## **Resultados**

Dos 869 casos encaminhados aos Comitês Regionais/Distritais para investigação obtivemos 642 (73,88%) casos negativos, 188 (21,63%) positivos para morte materna (178 residentes em nosso Município e 10 que vieram a falecer aqui, porém residentes em Municípios vizinhos) e 39 (4,49 %) casos onde até a presente data não obtivemos confirmação sobre a presença ou não de gestação ou de qualquer patologia relacionada. Dentre os 178 casos positivos para morte materna (já excluídos os 10 casos de invasão), 34 (24,71%) casos ocorreram entre 43 dias até 1 ano após o parto, sendo 19 (10,61%) casos não relacionados e 25 (14,04%) casos relacionados à morte materna sendo estes utilizados para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna Tardia; detectamos ainda, 21 (11,80%) casos de morte materna não relacionada que ocorreram até 42 dias de puerpério. O percentual de casos cujo retorno da pesquisa ainda não aconteceu sofreu um aumento neste ano, provavelmente devido ao processo de reestruturação pelo qual passou o Comitê, estando em 4,49%.

Ressaltamos que ao término da primeira versão deste Relatório, apenas 3 dentre os 41 Comitês Distritais apresentaram performance abaixo de 70%, sendo eles o de Jabaquara, com

67% de retorno de investigação, o de Santana/Mandaqui com 62% e o da Sé (Bela Vista/Brás/Cambuci/Liberdade/Pari/Sé), com apenas 8% de retorno de investigação.

Os 178 casos positivos para morte materna de mulheres residentes no Município de São Paulo encontrados na pesquisa do ano de 2000 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

**Tabela 1.** Distribuição dos 178 casos de morte de mulher durante a gestação, parto e puerpério até 1 ano após o término da gestação segundo a classificação preconizada pela CID-10. Município de São Paulo - 2000.

Causas declaradas e/ou confirmadas	Total	Total %
Óbitos Maternos Diretos	64	35,96
Óbitos Maternos Indiretos	49	27,53
Óbitos Maternos Não Relacionados	21	11,80
Morte Materna Tardia Relacionada	25	14,04
Morte Materna Tardia Não Relacionada	19	10,67
<b>TOTAL</b>	<b>178</b>	<b>100,00</b>

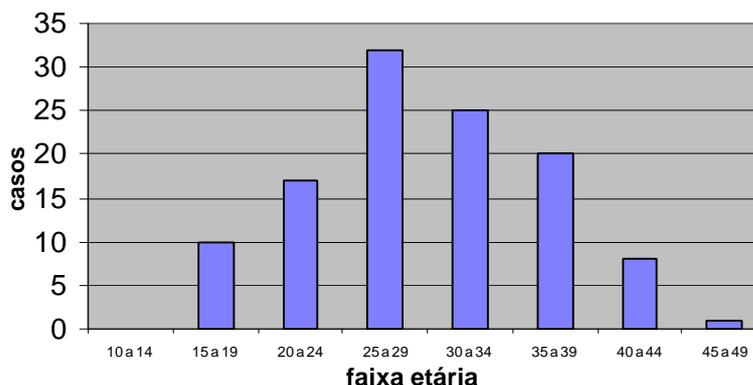
Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Conforme objeto de nosso estudo, para que possamos determinar a Razão de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo e avaliarmos os diversos aspectos que podem ocasionar o óbito materno, procedemos então à análise do total de 113 casos de morte materna direta ou indireta segundo os dados oriundos da Declaração de Óbito e o que pudemos apurar da necrópsia e da visita hospitalar e/ou domiciliar. Os casos tardios serão analisados posteriormente e os não relacionados comentados apenas a título de informação.

Apresentamos na Tabela 2/Gráfico 1 o total de 113 casos por causas obstétricas diretos e indiretos distribuídos segundo a faixa etária da mulher por ocasião da morte.

**Tabela 2/Gráfico 1.** Distribuição dos 113 casos de morte materna segundo a idade. Município de São Paulo -2000.

Idade	Casos	%
10 a 14	0	0,00
15 a 19	10	8,85
20 a 24	17	15,05
25 a 29	32	28,32
30 a 34	25	22,12
35 a 39	20	17,70
40 a 44	8	6,68
45 a 49	1	0,88
Ignorada	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100,00</b>



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Em relação ao Estado Civil observamos que 65 (57,53%) das mulheres eram solteiras, 37 (32,74%) casadas, 4 (3,54%) unidas consensualmente, 4 (3,54%) separadas judicialmente, 1 (0,88%) viúvas e em 2 (1,77%) casos não obtivemos referência no campo específico desta variável.

Os dados sobre escolaridade mostram 42 (37,17%) delas cursaram o primeiro grau, 16 (14,16%) tinham o segundo grau, 5 (4,42%) tinham curso superior e 2 (1,77%) eram analfabetas. O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 48 (42,48%) Declarações analisadas. Desta forma, uma análise mais detalhada deste item está prejudicada.

Verificamos na Declaração de Óbito e nos laudos de necropsia que 61 (53,98%) mulheres eram brancas, 32 (28,32%) pardas, 14 (12,39%) pretas, 1 (0,88%) amarela e em 5 (4,42%) não obtivemos dados relativos ao item.

Em 111 (98,23%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. O exame necroscópico foi realizado em 69 (61,06%) casos, sendo 53 no Serviço de Verificação de Óbitos, 12 no Instituto Médico Legal e 4 em outros serviços de necropsia. Em 39 (34,51%) casos não foi realizada necropsia e nas 5 (4,43%) restantes não encontramos referência ao tópico.

A cesárea foi realizada em 41 (36,28%) dos casos, o parto normal em 24 (21,24%) e em 35 (30,98%) deles o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo 8 no primeiro, 8 no segundo e 19 no terceiro trimestre). Cabe aqui a ressalva de que neste grupo verificamos a realização de 10 cesáreas post-mortem, com retirada de 7 recém-nascidos vivos, porém com apenas 3 sucessos de sobrevivência fetal. O aborto ocorreu em 10 (8,85%) casos e nos 3 (2,65%) casos restantes não conseguimos determinar a forma de como a gestação terminou. (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição dos 113 casos de morte materna segundo o tipo de término da gestação. Município de São Paulo -2000.

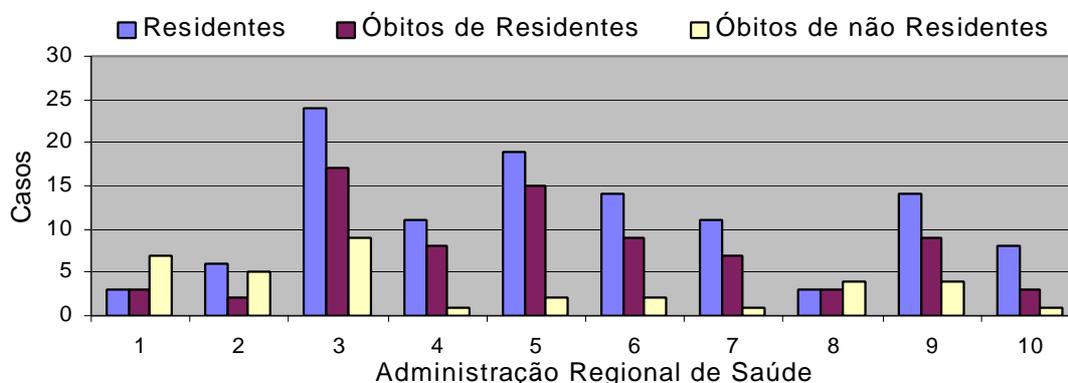
PROCEDIMENTO	CASOS	%
Cesárea	41	36,28
Não houve*	35	30,98
Normal	24	21,24
Aborto	10	8,85
Ignorado	3	2,65
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

\* 10 cesáreas pos-mortem

O Gráfico 2 representa os 113 casos positivos de morte materna agrupados em três situações distintas e distribuídos segundo a Administração Regional de Saúde. O primeiro grupo foi formado tomando-se por base o local de residência do caso (coluna 1), o segundo grupo foi constituído por casos que faleceram na mesma Administração Regional de Saúde em que moravam (coluna 2) e o terceiro grupo foi constituído pelos casos oriundos de outras Administrações Regionais e que foram absorvidos pelos equipamentos de saúde quando da assistência médico-hospitalar (coluna 3).

**Gráfico 2.** Distribuição dos 113 casos de morte materna, segundo as Administrações Regionais de Saúde do de acordo com o local de residência (coluna 1), óbitos provenientes da mesma Regional (coluna 2) e casos oriundos de outras Administrações Regionais (coluna 3).



Município de São Paulo - 2000.

Em 37 casos (32,74%) o óbito ocorreu em Hospital localizado em Administração Regional de Saúde diferente da área de abrangência do endereço da falecida. Relacionamos na Tabela 4 os 113 casos de distribuídos segundo o local e o tipo de atendimento prestado.

**Tabela 4.** Distribuição dos 113 casos de morte materna segundo o local de ocorrência do óbito. Município de São Paulo – 2000

LOCAL	Nº	%
Hospital Privado/Conveniado	39	34,51
Hospital Público Municipal	36	31,86
Hospital Público Estadual	35	30,97
Fora do Município	1	0,88
Domicílio	2	1,77
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Declaração do Estado Gravídico :- A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 61 casos (53,98%).

Os casos foram separados segundo a doença que levou ao óbito, obedecendo os critérios de classificação descritos na metodologia, e que se encontram relacionadas na Tabela 5.

**Tabela 5.** Distribuição dos 67 casos de morte materna obstétricas diretas segundo causa detalhada de óbito pela CID-10. Município de São Paulo - 2000.

Classificação da CID-10	Nº	%*
Eclâmpsia – Pré-Eclâmpsia (O13,O14 e O15)	21	18,58
Hemorragias (O44,O45 e O72)	12	10,62
<i>Hemorragia Pós-Parto</i>	8	
<i>Descolamento Prematuro de Placenta</i>	2	
<i>Placenta Prévia</i>	2	
Gestação terminada em Aborto (O00 a O05)	13	11,50
<i>Aborto Provocado</i>	8	
<i>Septicemia</i>	3	
<i>Mola Hidatiforme / Coriocarcinoma</i>	1	
<i>Prenhez Ectópica</i>	1	
Infecção Puerperal (O85)	12	10,62
Complicações Anestésicas ( O74)	3	2,65
Embolia de Origem Obstétrica (O88)	1	0,88
Esteatose Hepática Aguda Fulminante (O26.6)	1	0,88
Morte materna direta sem causa definida (O95)	1	0,88
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>56,64</b>

\*Sobre o total de 113 casos de morte materna

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Como doença isolada, os casos de eclâmpsia/pré-eclâmpsia (21) aparecem como a principal causa de óbito no ciclo gravídico-puerperal, seguido pelas infecções puerperais, abortamentos e pelos quadros hemorrágicos de fim de gestação e puerpério.

Ao analisarmos as mortes maternas diretas (responsáveis por 56,64% das ocorrências) percebemos que os 21 casos de eclâmpsia e pré-eclâmpsia a morte materna foi referida na Declaração de Óbito em 18 (85,71%) deles e o campo referente a pesquisa de gravidez ou puerpério foi respondido em 11 (52,38%) casos. No estudo individual dos casos verificamos que ocorreram 16 (73,68%) cesáreas (3 pós-morte), sendo que em 15 conseguimos correlacionar o ato cirúrgico à gravidade do caso e no 16º caso não obtivemos dados suficientes do prontuário. A necropsia foi realizada em 8 (38,10%) casos e a média de idade foi de 30 anos.

Quanto aos 12 casos onde a infecção puerperal estava presente, em 8 (66,67%) houve referência à morte materna na Declaração de Óbito, a necropsia foi realizada em 9 (75,00%) casos e a média de idade foi de 27 anos. O parto normal foi realizado em 5 (41,67%) casos e a cesárea em 7 (58,33%).

Dentre as 13 complicações decorrentes de aborto, houve referência explícita à morte materna em 6 (46,15%) casos e em 9 (69,23%) não houve preenchimento do campo sobre gravidez e puerpério. A média de idade foi de 27 anos. As complicações decorrentes de tentativas para provocar aborto estiveram presentes em 7 (53,85%) casos, sendo 3 por septicemia, 3 por quadros hemorrágicos e 1 por intoxicação exógena decorrente da ingestão de medicação visando provocar o aborto. Nos 6 (46,15%) casos restantes encontramos 3 quadros de septicemia decorrentes de processo de abortamento, 2 coriocarcinomas e 1 gestação ectópica.

Dos 12 casos de hemorragia envolvendo desde o segundo trimestre até o pós-parto imediato obtivemos confirmação na Declaração de Óbito em 11 (91,67%) deles. O campo sobre gravidez e puerpério foi preenchido em 5 (41,67%) casos e a média de idade foi de 31 anos. Do total de 12 casos, 2 (16,67%) foram devidos a complicações oriundas de placenta prévia, 2 (16,67%) por descolamento prematuro de placenta e 8 (66,66%) casos ocorreram após o parto (atonias, acretismos e hemorragias puerperais). A cesárea ocorreu em 7 casos (58,33%) e 5 (41,67%) evoluíram para parto normal. A histerectomia puerperal foi realizada em 7 (58,33%) casos.

Detectamos ainda 3 casos de complicações anestésicas, 1 caso de embolia de origem obstétrica, 1 caso de esteatose aguda fulminante.

Na Tabela 6 podemos visualizar que 49 (43,36%) casos de óbito foram resultantes de doença preexistente ou que se desenvolveu durante a gravidez e agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma, este número reflete um grupo de doenças diversas agrupadas (cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral, broncopneumonias, doença pulmonar obstrutiva crônica, hepatopatias, etc.).

Dentre as 49 (43,36%) mortes maternas de causa indireta, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 12 (24,49%) óbitos. No estudo destes casos em 4 (33,33%) a morte materna foi relatada na Declaração de Óbito. A necropsia foi realizada em 10 (83,33%) casos e o questionamento sobre gravidez e puerpério respondido em 5 (41,67%) casos. Encontramos a realização de 5 partos normais, 1 cesárea e em 6 casos o óbito materno ocorreu antes do nascimento ou expulsão do feto.

Dos 37 (75,51%) casos restantes onde havia doença associada que contribuiu para o óbito detectamos a ocorrência de 10 (27,03%) casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, 10 (27,03%) cardiopatias e 5 (13,51%) embolias pulmonares como principais causas. Houve menção à gestação no campo "causa da morte" em 11 (29,73%) Declarações de Óbito e o preenchimento dos dados sobre gravidez e puerpério ocorreu em 19 (51,35%) casos. A necropsia se deu em 21 (56,76%) destes óbitos. Nos 10 casos (27,03%) em que a cardiopatia esteve presente, o infarto agudo do miocárdio foi responsável por 4 casos e a insuficiência cardíaca congestiva decorrente de miocardiopatia ou valvulopatia foram responsáveis por 5 óbitos.

Observamos a ocorrência de 10 (27,03%) casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, onde foram realizadas 2 (20,00%) cesáreas, 1 (10,00%) cesárea pos-mortem e 2 (20,00%) partos normais. Não houve nascimento ou expulsão do feto nos outros 5 (50,00%) casos. A morte materna foi declarada em 3 (30,00%) casos e a necropsia realizada em 7 (70,00%) casos. Quanto ao pré-natal, temos relato da realização do mesmo em 5 (50,00%) casos. Nos 5 casos restantes, 2 (20,00%) não faziam pré-natal e em 3 (30,00%) casos não obtivemos referência ao item na investigação realizada. Considerando-se apenas os 5 casos de morte materna por Hipertensão Arterial Sistêmica onde não houve resolução da gestação, verificamos que em 2 casos o óbito se deu no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 1 óbito no terceiro trimestre.

**Tabela 6.** Distribuição dos 49 casos de morte materna obstétrica indireta segundo causa detalhada de óbito pela CID-10. Município de São Paulo - 2000.

<b>Classificação da CID-10</b>	<b>Nº</b>	<b>%*</b>
Hipertensão Arterial Crônica (O10.9)	10	8,85
<b>Outras doenças da mãe, class. Em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O99)</b>	<b>27</b>	<b>23,89</b>
Cardiopatias	10	8,85
<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>	4	
<i>Miocardiopatia</i>	3	
<i>Valvulopatia (Congênita + Adquirida)</i>	2	
<i>Arritmia</i>	1	
Embolia Pulmonar	5	4,42
AVCI / AVCH	4	3,54
Doença Pulmonar OC	2	1,77
Diabetes	2	1,77
Anemia Falciforme	1	0,88
Lupus Eritematoso Sistêmico	1	0,88
Pneumocistose	1	0,88
<b>D. infecciosas e parasitárias classif. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O98)</b>	<b>12</b>	<b>10,62</b>
Broncopneumonia	6	5,31
Septicemia	2	1,77
Hepatite	2	1,77
Tuberculose	1	0,88
Pielonefrite	1	0,88
<b>Morte materna indireta mal definida (O95)</b>	<b>1</b>	<b>0,88</b>
<b>Óbitos Maternos Indiretos</b>	<b>49</b>	<b>43,36</b>

\*Sobre o total de 113 casos de morte materna.

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Por definição, Morte Materna Indireta seria aquela resultante de doença pré-existente ou que se desenvolve durante a gravidez, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma. Gostaríamos de ressaltar que existe um grupo de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica a qual se somam manifestações pertinentes a Eclâmpsia / Pré-Eclâmpsia. Ao analisarmos este grupo, utilizamos sempre que possível os achados de hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo encontrados nos exames de necropsia como determinantes na classificação do caso como morte materna indireta por hipertensão arterial crônica, além de evidências na história clínica e dados de prontuário. Quando nos deparamos com gestantes portadoras de hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo porém com achados de endoteliose glomérulo-capilar na microscopia de corte renal, o caso é classificado como Eclâmpsia / Pré-Eclâmpsia (morte materna direta).

Finalmente é importante relatar que em 2 casos, até o momento, não conseguimos definir a causa do óbito.

A análise da distribuição das mortes maternas segundo faixa etária mostrou que a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia foram mais freqüentes entre as mulheres na faixa etária de 25 a 29 anos (9 casos), enquanto a gravidez que termina em aborto foi mais freqüente entre as mulheres de 20 a 24 anos (5 casos) e as hemorragias entre as com 35 a 39 anos (Tabela 7).

**Tabela 7.** Distribuição dos 113 casos de morte materna segundo causa de óbito (CID-10) por faixa etária Município de São Paulo 2000.

CID \ IDADE (anos)	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia		1	2	9	4	2	3		21
Complic.de Aborto/Grav.Ectópica e Molar		2	4	2	4	1			13
PP-DPP-Atonias e Acretismos		1	1	2	2	4	2		12
Infecção Puerperal		2	4		3	3			12
Embolia de Origem Obstétrica						1			1
Outros casos Diretos			2	2	1				5
Hipertensão Arterial Crônica		1		4	3	2			10
Outras Doenças (não infecciosas)		2	2	7	7	4	3	1	26
Outras Doenças (infecciosas)		1	2	6		3			12
Casos Indiretos Inconclusivos					1				1
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>113</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Da análise dos 113 casos de morte materna tomando-se por referência as grandes síndromes (Tabela 8), notamos, neste ano, uma freqüência das síndromes hipertensivas como causa básica da morte, seguido pelos quadros infecciosos e pelas síndromes hemorrágicas da metade final da gravidez e puerpério. As cardiopatias aparecem em quarto lugar e os quadros tromboembólicos em quinto.

**Tabela 8.** Distribuição dos 113 casos de morte materna segundo agrupamento sindrômico. Município de São Paulo 2000.

Síndromes	Nº	%
<b>Síndromes Hipertensivas</b>	<b>31</b>	<b>27,43</b>
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	21	67,74
Hipertensão Arterial Crônica	10	32,26
<b>Síndromes Hemorrágicas</b>	<b>16</b>	<b>14,16</b>
Hemorragia Puerperal	8	50,00
Complicações de aborto	3	18,75
Placenta Prévia	2	12,50
Descolamento Prematuro de Placenta	2	12,50
Diátese Hemorrágica	1	6,25
<b>Síndromes Infecciosas</b>	<b>30</b>	<b>26,55</b>
Bacterianas puerperais	12	40,00
Bacterianas – outras	10	33,33
Bacterianas – complic.de aborto	7	23,33
Virais	1	3,33
<b>Síndromes Tromboembólicas</b>	<b>6</b>	<b>5,31</b>
Embolia Pulmonar não Obstétrica	5	83,33
Embolia de Origem Obstétrica	1	16,67
<b>Outras patologias</b>	<b>30</b>	<b>26,55</b>
Cardiopatias	10	33,33
Diversas	18	60,00
Indeterminadas	2	6,67
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Os casos de morte materna tardia (mortes maternas que ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto ou aborto) foram relacionados em separado, de acordo com a doença básica que originou o óbito (Tabela 8). À frente de cada caso foi colocado o tempo em meses e/ou dias que transcorreu entre o término da gestação e o óbito.

Dos 18 casos de morte materna tardia relacionada com a gravidez, parto e puerpério, em 4 (22,22%) houve referência explícita na Declaração de Óbito à presença do estado gestacional (Morte Materna Declarada). Em 13 (72,22%) casos, o campo que questiona puerpério tardio não foi preenchido. Em todos os casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. A necropsia foi realizada em 10 (55,56%) casos e em 8 destes a morte materna não foi declarada.

**Tabela 9.** Distribuição dos 25 casos de morte materna tardia relacionada com a gravidez, parto e puerpério segundo causas de óbito (CID-10). Município de São Paulo 2000.

Causas declaradas e/ou confirmadas	N	Total	Total %
<b>Morte Materna Tardia Relacionada</b>			
Causas Diretas		6	24,00
Infecção Puerperal (55d) (67d) (4m) (5m)*	4		
Abscesso Epidural (49d)*	1		
Coriocarcinoma (Ign)*	1		
Causas Indiretas		19	76,00
Cardiopatia (68d) (3m) (4m) (6m) (8m23d)*	5		
Endocardite (2m) (2m) (5m15d)*	3		
Hipertensão Arterial Sistêmica (70d) (4m)*	2		
Lupus Eritematoso Sistêmico (4m) (8m)*	2		
Aplasia de medula (4m)*	1		
Anemia Falciforme (2m)*	1		
Hérnia Interna (3m25d)*	1		
Pielonefrite (48d)*	1		
DPOC (2m)*	1		
Polineurite (2m)*	1		
Tromboembolismo Pulmonar (2m)*	1		
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	<b>100,00</b>

\* - Tempo em meses (m) e dias (d) entre o término da gestação e o óbito

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

## **Discussão**

Na análise das 113 Declarações de Óbito constatamos, à princípio, que ocorreu um predomínio das causas diretas sobre as indiretas. Este fato denota a qualidade da saúde ofertada. Nos países desenvolvidos ocorre inversão desta proporção, sendo muito mais frequentes os casos indiretos do que os diretos<sup>12-15</sup>. As mortes maternas de causa direta são muito mais fáceis de serem evitadas por medidas básicas do que as indiretas, onde a doença pré-existente vai minando a resistência do organismo, tornando maior o efeito da sobrecarga gravídica no organismo da mulher.

Avaliando-se a qualidade de preenchimento da Declaração de Óbito, constatamos um preenchimento inadequado da maioria dos campos nela contidos, principalmente no que se refere à escolaridade (em 42,48% das Declarações de Óbito o grau de instrução era ignorado) e no questionamento sobre gravidez e puerpério (campo 36, 37 ou 43/44 conforme a Declaração), onde o campo não foi preenchido em 64 (56,64%) casos e corretamente preenchido em 34 (30,09%) casos do total de Declarações envolvendo a morte materna direta ou indireta. Fato mais relevante foi que dentre as 61 Declarações de Óbito onde a morte materna estava explicitada no campo “CAUSA DA MORTE” (morte materna declarada) o campo referente à gravidez ou puerpério só foi preenchido corretamente em 19 (31,15%) casos.

Outro dado da Declaração de Óbito que é preenchido de forma inadequada é o endereço residencial, onde encontramos referido ruas inexistentes, grafia errada do nome da rua e falta de pontos de referência (tendo em vista existem várias ruas com o mesmo nome), o que vem dificultar a visita domiciliar<sup>16</sup> e a distribuição do caso durante a tabulação dos dados.

Quanto à raça, em 5 (4,42%) casos não foi possível determinar a cor da falecida. A cor branca foi a mais freqüente (61 casos – 53,98%), seguida da parda (32 casos – 28,32%), da preta (14 casos – 12,39%) e 1 (0,88%) caso da raça amarela. Cabe aqui a ressalva de que nesta apuração foram obtidas informações das Declarações de Óbito, Laudos de Necropsia, visitas hospitalares e domiciliares.

Estas dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e já foram objeto de consideração em pesquisas anteriores<sup>16-18</sup>.

Quanto ao local de óbito, notamos atendimento hospitalar presente em 99,12% dos 113 casos positivos para morte materna, porém não temos dados suficientes para opinar sobre a qualidade deste atendimento.

Quando separamos os casos de acordo com o local onde foi realizada a necropsia e se a morte materna foi declarada ou não (Tabela 10), encontramos uma omissão ao estado gravídico-puerperal na Declaração de Óbito em 46,02% dentre os 113 casos positivos para morte materna analisados, o que resulta em uma sub-notificação de 85,25% para este ano. Este valor praticamente dobrou, se comparado ao ano anterior<sup>9</sup>. No total, 69 casos foram submetidos à necropsia porém, em 36 (52,17%) destes não houve relato da morte materna quando foi preenchida a Declaração de Óbito. Esta sub-notificação (500,00% no Instituto Médico Legal, 82,76% no Serviço de Verificação de Óbitos da Capital e 50,00% em outros serviços de necropsia) não deveria ocorrer, pois o diagnóstico do estado gravídico foi muitas vezes evidenciado morfológicamente na realização do exame necroscópico, devendo portanto ser ao menos mencionado quando a Declaração de Óbito foi preenchida. A mudança do perfil do médico legista/patologista é tarefa árdua, pois eles têm o hábito de relatar apenas fatos diretamente correlacionados com a causa do óbito, esquecendo-se muitas vezes que o estado gestacional ou puerperal pode agravar ou desencadear o fator determinante do óbito. Porém a culpa não é só do patologista, pois se assim fosse, deixaríamos de presenciar a ocorrência de 56,00% de sub-notificação nos casos onde não foi efetuada a necropsia, mostrando que nem o médico que cuidou do caso se lembra que a falecida estava grávida ou puerpera. A sub-notificação é um problema mundial e atinge também os países considerados desenvolvidos e com Razões de Mortalidade Materna muito baixas<sup>18-20</sup>.

**Tabela 10.** Distribuição dos 113 casos de morte materna segundo a declaração do estado gravídico por local de realização de exame necroscópico, cálculo da omissão ao estado gravídico e da sub-notificação em mortalidade materna. Município de São Paulo 2000.

LOCAL\TIPO	Declarada (1)	Não declarada (2)	Total (3)	Omissão (2/3*100)	Sub-notificação (2/1*100)
IML*	2	10	12	83,33	500,00
SVOSP*	29	24	53	45,28	82,76
Outro serv. de necropsia	2	2	4	50,00	66,67
Não Realizado	25	14	39	35,90	56,00
Ignorado	3	2	5	40,00	66,67
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>54</b>	<b>113</b>	<b>45,38</b>	<b>85,25</b>

\* Instituto Médico Legal

\*\* Serviço de Verificação de Óbitos da Capital

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Quanto a via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 51 (45,13%) cesarianas - 41 em vida e 10 pós-mortem, valor elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%). Note-se que 19,61% das cesáreas foram realizadas com a paciente em óbito, na tentativa desesperada de se salvar o concepto. Dentre as 41 cesáreas realizadas em vida, conseguimos detectar uma justificativa plausível para a execução do ato em 35 (85,37%) delas. A gravidade dos casos estudados é corroborada pela presença de 35 (30,97%) casos onde o óbito materno ocorreu antes da realização de qualquer procedimento obstétrico (morte materna com feto intra-útero).

Notamos ainda que em 37 (32,74%) casos, o óbito ocorreu em serviços localizados em outras Administrações Regionais de Saúde, mostrando que o atendimento regionalizado precisa ser aprimorado, evitando que a gestante/puérpera tenha que proceder a grandes deslocamentos para obter cuidados médicos. Ao contrário do que observamos nos últimos anos, este valor apresentou queda de 14,12 se comparado ao ano de 1999 e de 13,15 em relação ao ano de 1998.

O processo de peregrinação em busca de um atendimento é melhor visualizado no Gráfico 2. Notamos que as Administrações Regionais de Saúde 1 e 8 são as únicas que conseguem atender as gestantes residentes na mesma Administração e ainda absorver casos oriundos de outras regiões do município. É sabido que o ato da gestante de risco se deslocar de um lugar para o outro em busca de atendimento, costuma agravar a sua já debilitada condição de saúde<sup>21</sup>.

As síndromes infecciosas, apesar de não ocuparem o topo da lista como nos anos anteriores, sofreram um aumento considerável na proporção de casos de infecção puerperal. A ocorrência deste aumento nos quadros infecciosos aponta falhas no atendimento médico-hospitalar, sendo a ocorrência de partos normais de 41,67% e de cesáreas 58,33%.

Na avaliação do tipo de Hospital onde ocorreu o óbito (Privado/Conveniado, Público Municipal ou Público Estadual), notamos um predomínio de casos no setor Privado/Conveniado. Tal fato se justifica pela maior oferta de leitos de maternidade disponíveis neste segmento. O Serviço Público Municipal realizou 31245 partos durante o ano de 2000, correspondendo a 18,27% do total de partos de nosso município. Detectamos uma ocorrência de 31,86% dos óbitos maternos diretos ou indiretos neste setor. Acreditamos que esta diferença entre as taxas de partos e óbitos maternos seja devida aos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do setor Privado/Conveniado, tendo em vista o alto custo gerado por estas doenças e suas complicações.

Na Tabela 11 pode se visualizar a distribuição dos 113 casos de morte materna, do número de nascidos vivos e da Razão de Mortalidade Materna por faixa etária para o ano de 2000.

**Tabela 11.** Distribuição dos 113 casos de morte materna, do número de nascidos vivos e da Razão de Morte Materna( por 100.000 NV) por faixa etária. Município de São Paulo – 2000.

idade	Casos	Nasc.Vivos*	CMM**
10 a 14	0	945	0,00
15 a 19	10	33.660	29,71
20 a 24	17	58.667	28,98
25 a 29	32	53.499	59,81
30 a 34	25	37.961	65,86
35 a 39	20	18.089	110,56
40 a 44	8	4.219	189,62
45 a 49	1	249	401,61
50 anos ou +	0	14	0,00
Ignorada	0	152	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>207455</b>	<b>54,47</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

\*Fundação SEADE

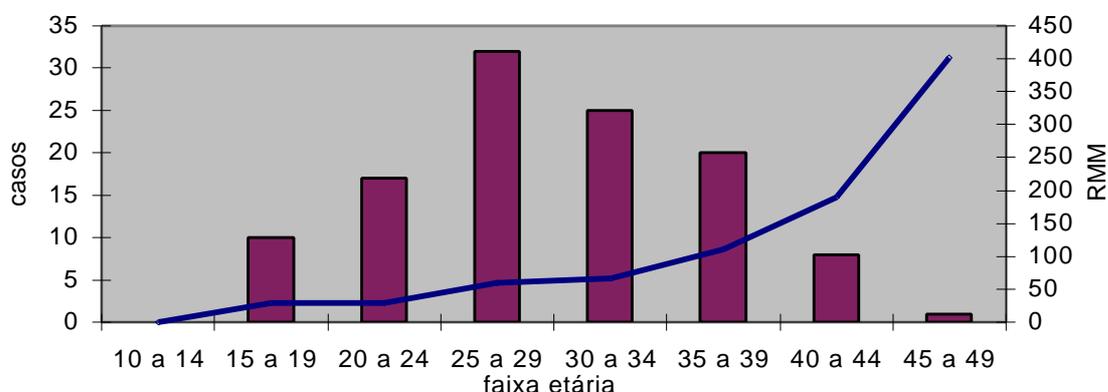
\*\* por 100.00 nascidos vivos

Quando efetuamos a comparação entre o número absoluto de casos e a respectiva Razão de Mortalidade Materna de acordo com a faixa etária (Gráfico 3), notamos que ambos têm comportamento diferente quando avançamos na faixa etária.

Gostaríamos de ressaltar também, a nossa preocupação quanto ao fato de termos constatado a ocorrência de 14 casos de nascidos vivos cujas mães estavam na faixa etária acima dos 50 anos. O número nascidos vivos de mães nesta faixa etária vem se mantendo estável nos últimos anos, segundo dados da Fundação SEADE, merecendo uma atenção especial pois, se fizermos uma

projeção da Razão de Mortalidade Materna para mulheres acima de 50 anos encontraremos um valor extremamente elevado, o que justifica a nossa preocupação.

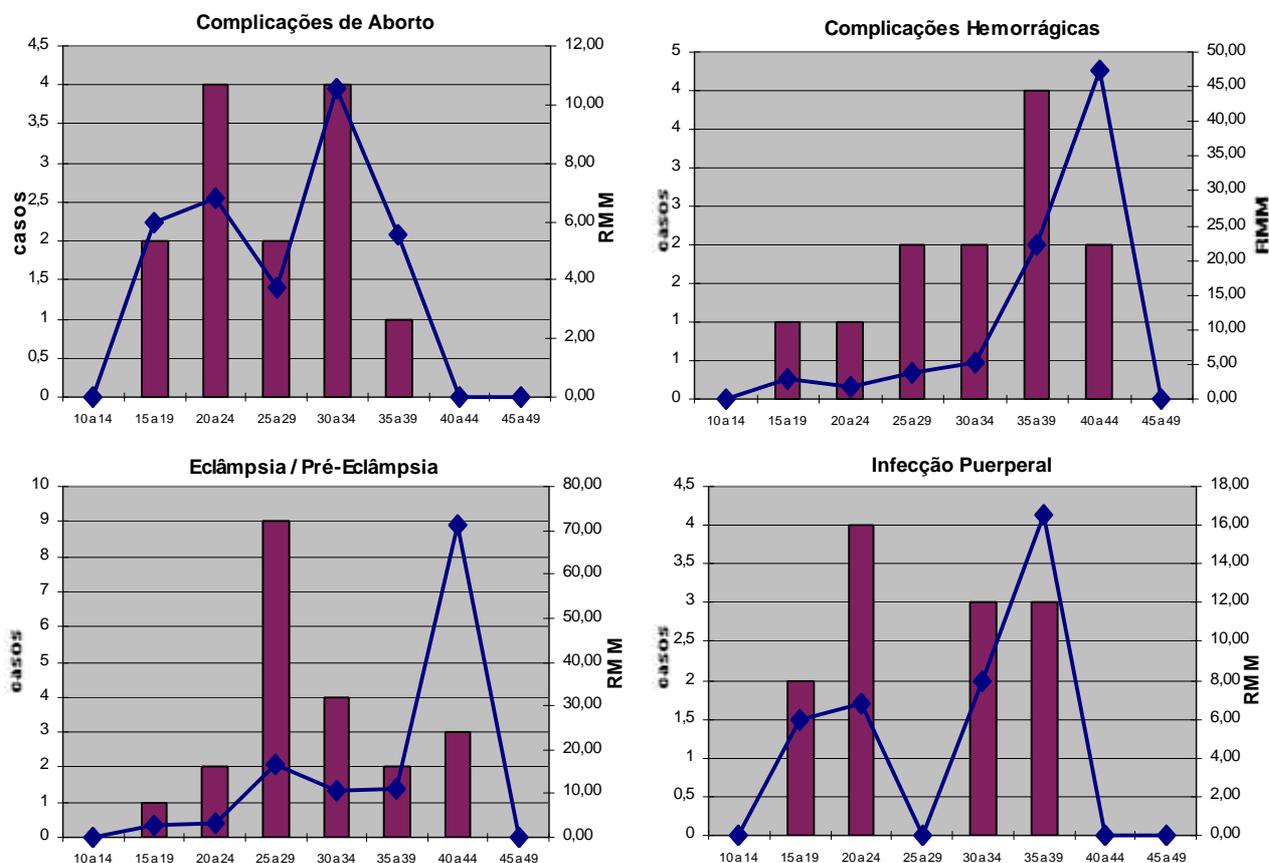
**Gráfico 3.** Comparação entre os 113 casos de morte materna (barras) e a Razão de Mortalidade Materna (100.000 NV) (linha), de acordo com a faixa etária. Município de São Paulo – 2000



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Para termos uma noção mais precisa do comportamento das doenças mais frequentes frente a Razão de Mortalidade Materna, construímos a Razão Específica de Mortalidade Materna para as principais doenças, de acordo com a faixa etária (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Comparação do número de casos de morte materna segundo as principais doenças e a Razão Específica de Mortalidade Materna por causa (100.000 NV), de acordo com a faixa etária materna. Município de São Paulo 2000.



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Nos quadros de Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia e de Hemorragias da gestação, parto e puerpério a Razão Específica de Mortalidade Materna se comporta de maneira semelhante à análise global, aumentando com a idade. Isto nos chama a atenção para que tenhamos um cuidado redobrado em gestantes mais idosas, pois o risco de apresentar alguma complicação é sempre maior.

Porém, nos casos de complicações decorrentes de abortamento e nos de infecção puerperal, o comportamento do gráfico é diferente, mostrando que o pico da Razão de Mortalidade Materna também pode ocorrer em outras faixas, de acordo com o processo que deu origem ao óbito. O estudo do comportamento de cada doença é importante para traçarmos estratégias de combate a cada processo.

Encontramos neste estudo uma Razão de Mortalidade Materna de 54,47/100000 NV. Este valor é muito próximo dos encontrados nos anos anteriores (58,72/100000 NV para o Município de São Paulo em 1999 e 58,34/100000 NV em 1998), já computados os casos de evasão (mulheres residentes no município de São Paulo que vieram a óbito em outro município) e atualizados até a presente data. Apesar de no ano de 2000 não termos atingido a porcentagem de investigação dos anos anteriores, analisando-se os 39 casos pendentes de investigação que não tiveram a morte materna declarada, em apenas 1 houve preenchimento das informações sobre gravidez e puerpério, sendo caso de morte decorrente de AIDS.

Lembramos que esta pesquisa foi realizada por meio de busca ativa de casos, não trabalhando apenas com os casos de morte materna explicitados na Declaração de Óbito, sendo portanto isenta da aplicação de qualquer fator de correção atualmente em uso.

A Razão de Mortalidade Materna específica por local de residência também foi calculada segundo o endereço de moradia e correlacionada com as Administrações Regionais de Saúde (Tabela 12).

**Tabela 12.** Distribuição dos 113 casos de morte materna, do número de nascidos vivos e da Razão de Mortalidade Materna (100.000 NV) específica segundo a Administração Regional de Saúde. Município de São Paulo 2000.

ARS	CASOS	NV*	CMM**
ARS-1	3	7181	41,78
ARS-2	6	15209	39,45
ARS-3	24	25882	92,73
ARS-4	11	14640	75,14
ARS-5	19	27425	69,28
ARS-6	14	20891	67,01
ARS-7	11	31438	34,99
ARS-8	3	10020	29,94
ARS-9	14	28046	49,92
ARS-10	8	23812	33,60
Ignorado	0	2911	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>207455</b>	<b>54,47</b>

\* Fundação SEADE

\*\*RMMR - Razão de Mortalidade Materna Regionalizada (por 100.000 NV)

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Com base no exposto acima, podemos verificar que em números absolutos, a ARS-3 (Jabaquara/Sapopemba) apresenta o maior número de casos (24) e a maior Razão de Mortalidade Materna (92,73/100000 NV). Fato que chama a atenção é que esta mesma Regional deteve a menor Razão de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no ano de 1999 (40,69/100000 NV). Em contrapartida, a ARS-8 apresentou a melhor performance este ano, com uma RMM de 29,94/100000 NV).

A larga variação encontrada entre as Regionais reflete a realidade de uma grande metrópole, com problemas nas mais variadas esferas, que acabam por interferir na saúde da

comunidade, contrapondo populações cuja Razão se aproxima de valores de países desenvolvidos (até 20/100000 NV - segundo OMS) a outras cujo indicador reflete mais a situação de um país em desenvolvimento.

Numa análise mais específica, pormenorizando cada bairro, com seus casos e sua respectiva população de nascidos vivos, detectamos que o problema da morte materna acomete todas as classes socio-econômicas, geralmente com uma prevalência maior nas áreas menos favorecidas. A Tabela 13 relaciona os bairros (com as respectivas ARS e Distritos de Saúde) onde ocorreram mortes maternas, o número de casos e a Razão de Mortalidade Materna por bairro.

**Tabela 13.** Distribuição dos 113 casos de morte materna, segundo bairro, Administração Regional de Saúde (ARS), Distrito de Saúde (DS) e Razão de Mortalidade Materna (100.000 NV) específica por bairro. Município de São Paulo 2000.

BAIROS	ARS	DS	NV	Casos	RMM
MOÓCA	4	22	774	2	258,40
TATUAPÉ	4	22	1033	2	193,61
VILA MATILDE	4	40	1571	3	190,96
CURSINO	3	14	1665	3	180,18
CONSOLACAO	1	29	563	1	177,62
GUAIANAZES	5	13	2360	4	169,49
JARDIM HELENA	6	9	3341	5	149,66
PINHEIROS	2	26	706	1	141,64
VILA MARIANA	7	39	1416	2	141,24
SÃO LUCAS	3	41	2160	3	138,89
E. MATARAZZO	6	10	2259	3	132,80
IPIRANGA	3	14	1509	2	132,54
VILA MEDEIROS	7	18	2403	3	124,84
REPÚBLICA	1	29	851	1	117,51
JD. PAULISTA	2	26	868	1	115,21
BELA VISTA	1	35	956	1	104,60
PENHA	4	24	2005	2	99,75
JABAQUARA	3	17	4064	4	98,43
ITAQUERA	5	16	4084	4	97,94
MORUMBI	2	2	1045	1	95,69
SACOMÃ	3	28	4249	4	94,14
SAPOPEMBA	3	34	5335	5	93,72
SÃO RAFAEL	5	32	2198	2	90,99
IGUATEMI	5	32	2318	2	86,28
LAJEADO	5	13	3536	3	84,84
CIDADE ADEMAR	9	6	6032	5	82,89
PEDREIRA	9	31	2457	2	81,40

BAIROS	ARS	DS	NV	Casos	RMM
RIO PEQUENO	2	2	2580	2	77,52
SÃO DOMINGOS	8	27	1393	1	71,79
VILA PRUDENTE	3	41	1492	1	67,02
JARAGUÁ	8	25	3266	2	61,24
PONTE RASA	6	10	1688	1	59,24
BRASILANDIA	7	1	6849	4	58,40
JAÇANÃ	7	18	1773	1	56,40
CID.TIRADENTES	5	8	3943	2	50,72
RAPOSO TAVARES	2	2	2089	1	47,87
GRAJAÚ	9	12	8477	4	47,19
ARTUR ALVIM	4	39	2157	1	46,36
CIDADE LIDER	5	7	2381	1	42,00
ITAIM PAULISTA	6	15	5008	2	39,94
CANGAIBA	4	24	2585	1	38,68
SÃO MIGUEL	6	33	2640	1	37,88
FREGUESIA DO Ó	7	11	2647	1	37,78
VILA JACUÍ	6	33	2695	1	37,11
CAPAO REDONDO	10	5	5525	2	36,20
JARDIM SÃO LUIS	10	20	5834	2	34,28
JARDIM ÂNGELA	10	19	6417	2	31,17
VILA CURUÇÁ	6	9	3260	1	30,67
SÃO MATEUS	5	32	3347	1	29,88
CACHOEIRINHA	7	3	3392	1	29,48
TREMEMBÉ	7	36	3397	1	29,44
CIDADE DUTRA	9	23	4062	1	24,62
CAMPO LIMPO	10	4	4213	1	23,74
SEM ESPECIFICAÇÃO			2911	3	103,06
TOTAL			207455	113	54,47

Fontes: \* por 100.000 NV  
Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP  
Fundação SEADE

Verificamos nesta Tabela que a ocorrência de casos de morte materna não discrimina este ou aquele bairro, acontecendo tanto nas áreas mais privilegiadas por recursos de saúde, bem como em outras menos favorecidas.

Um estudo mais detalhado de cada região, com seus problemas intrínsecos e suas dificuldades específicas seria de grande valia para que medidas apropriadas pudessem ser tomadas visando a redução deste índice regionalizado.

Alguns Comitês Regionais de Mortalidade Materna possuem um trabalho mais estruturado na investigação dos casos e já elaboram Relatórios Anuais, utilizando os dados da mortalidade materna local para traçarem diretrizes de atuação.

### **Mortalidade Materna Tardia**

Conforme relatado anteriormente, desde 1996<sup>8-10, 22</sup> estamos divulgando a Razão de Mortalidade Materna Tardia, que se baseia nos casos de morte materna direta ou indireta que ocorreram após 42 dias e até um ano após término da gestação .

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 34 óbitos de mulheres após o 42º. dia de puerpério. Destes, após análise dos prontuários e visita domiciliar, separamos 25 casos (Tabela 8) onde a morte ocorrida foi consequência de uma complicação obstétrica ou a gestação agravou uma patologia preexistente (morte materna direta ou indireta). O óbito materno ocorreu em média 3 meses e 11 dias após o término da gestação, sendo 6 de causa direta e 19 de causa indireta. A morte materna foi declarada em 7 casos, o que resulta em uma taxa de sub-notificação de 257,14%.

A maior dificuldade encontrada no que se refere à pesquisa envolvendo morte materna tardia é o alto grau de sub-notificação. Os casos sub-notificados acabam sendo relacionados à morte materna somente na visita domiciliar, já que os relatos de prontuário sobre a existência de uma gestação pregressa são muito escassos. Conforme mencionado nas pesquisas anteriores realizadas por este Comitê<sup>8-10, 16, 22</sup>, chegar a um domicílio pode às vezes se tornar um trabalho insano, tendo em vista a falta de pontos de referência na Declaração de Óbito, a dificuldade de acesso ao local e quando lá chegamos não encontramos nenhum parente, devido à desagregação familiar que a morte materna gera. Seria prudente que o médico responsável pelo acompanhamento das complicações decorrentes da gestação, ficasse atento para a possibilidade da existência de uma gravidez pregressa e tentasse manter registro em prontuário da causa original das complicações apresentadas. Acreditamos que com a implantação e funcionamento pleno do Programa de Saúde da Família (PSF), poderemos minimizar este sub-registro.

Encontramos portanto, uma Razão de Mortalidade Materna Tardia de 12,05/100000 NV. Este Coeficiente vem aumentando nos últimos anos (1,41/100000 NV em 1996<sup>8</sup>, 4,13/100000 NV em 1997<sup>10</sup>, 6,84/100000 NV em 1998<sup>22</sup> e 5,05/100000 NV<sup>9</sup>) provavelmente devido a um aprimoramento na pesquisa envolvendo morte materna tardia.

Como este valor vem apresentando aumento a cada ano, acreditamos que ainda não atingimos o patamar para esta Razão, como já aconteceu para os casos de morte materna até 42 dias. Acreditamos que, após esta fase de transição e de aquisição de conhecimento, esta Razão sofra um acréscimo gradativo ao longo dos anos, pois com a evolução da medicina e as facilidades cada vez maiores de suporte à vida, consegue-se postergar a ocorrência do óbito materno. Fica claro que o objetivo final não é deslocar os casos de morte materna de um grupo para outro e sim, por meio de medidas adequadas de atendimento médico-hospitalar, saneamento básico, facilidades de transporte, educação coletiva e etc, reduzirmos as ocorrências de óbito durante o ciclo gravídico-puerperal.

### **Mortalidade Materna Não Relacionada e Mortalidade Materna Tardia Não Relacionada**

Apenas a título informativo, diagnosticamos entre os 178 casos envolvendo morte de mulheres no ciclo gravídico-puerperal até 1 ano após o término da gestação, no ano de 2000, a ocorrência de 40 casos (22,47%) de morte não relacionada com a gestação ou seja, a ocorrência do óbito em mulher grávida ou puérpera, sem que a doença básica que desencadeou o mesmo tenha sofrido qualquer interferência do ciclo gravídico-puerperal.

Apesar destes dados não serem utilizados para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna pela própria definição do termo, a presença destes casos nos faz tomar ciência de outra face de nossa cidade. A mulher grávida não está isenta de sofrer uma agressão física, quer seja propositada ou não, bem como apresentar doenças graves como meningite, AIDS e neoplasias dentre muitas outras causas.

### **Razões de Mortalidade Materna**

Apresentamos na Tabela 14 as quatro Razões apuradas nesta pesquisa, assim como seus respectivos números de casos de morte materna.

**Tabela 14.** Razões de Mortalidade Materna (100.00NV) segundo a atual definição da OMS (CID-10) e os respectivos número de casos. Município de São Paulo 2000.

<b>Razão</b>	<b>CASOS</b>	<b>RMM (100.000 NV)</b>
Razão de Mortalidade Materna	113	54,47
Razão de Mortalidade Materna Tardia	25	12,05
Razão de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação até 42 dias	134	64,59
Razão de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação até 1 Ano	178	85,80

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Nascidos Vivos no Município de São Paulo para 2000 - 207455 (Fundação SEADE)

## Análise Comparativa dos Últimos 5 Anos

Para compreendermos melhor o processo evolutivo da morte materna, efetuamos uma análise global e comparativa abrangendo os dados obtidos nos últimos 5 anos.

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 dos 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 15 mostra a evolução da pesquisa envolvendo morte materna realizada pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no decorrer dos últimos 5 anos. 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.

**Tabela 15.** Número de casos estudados classificados segundo confirmação ou não de morte materna, número de nascidos vivos e Razão Específicos de Mortalidade Materna (100.000 NV). Município de São Paulo - 1996 a 2000

ANO EM ESTUDO	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Número total de casos estudados	299	553	741	873	869	3335
Número de casos negativos para morte materna	153	346	555	661	642	2357
Número de casos em investigação	20	28	11	17	39	115
Total de casos de morte materna até 42 dias	108	133	128	128	113	610
Casos de morte materna de causa direta	68	60	73	73	64	338
Casos de morte materna de indireta	40	73	55	55	49	272
Casos de morte não relacionada com a gest,parto,puerpério	0	26	21	31	21	109
Casos de morte materna tardia	3	9	16	11	25	64
Casos de morte tardia não relacionada gest,parto,puerpério	5	11	10	19	19	64
Nascidos vivos*	212366	217781	219407	217969	207455	1074978
RMM específica de causa direta	32,02	27,55	33,27	33,49	30,85	31,44
RMM específica de causa indireta	18,84	33,52	25,07	25,23	23,62	25,30
Razão de Mortalidade Materna	50,86	61,07	58,34	58,72	54,47	56,75

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

\*Fundação SEADE

Na análise desta Tabela, constatamos que a Razão de Mortalidade Materna Específica para casos Diretos vem sofrendo pequenas oscilações, com média em 31,44/100000 NV, bem como a Razão de Mortalidade Materna Específica para casos Indiretos, cuja média é 25,30/100000 NV. Conforme dito anteriormente, nos países em desenvolvimento é típica esta conformação, com predomínio dos casos diretos sobre os indiretos. 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.

Gostaríamos de salientar que apesar de estarmos pesquisando um número grande de casos, 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.

Apesar de não ter o mesmo peso que a Razão de Mortalidade Materna, estamos efetuando uma análise retrospectiva desde 1996 do número de óbitos maternos por causa direta ou indireta distribuídos de acordo com a classificação do hospital onde ocorreu o referido óbito (Público Municipal, Público Estadual ou se Particular/Conveniado SUS). Para tanto utilizamos a

Letalidade de Morte Materna por esfera hospitalar (número de óbitos maternos divididos pelo número de partos ocorridos em cada instituição segundo a mantenedora). Cabe a ressalva de que o número de partos não significa o mesmo que o número de nascidos vivos, que o número de partos obtidos no Sistema SIH/SUS se reporta aos partos efetivamente pagos e não aos que foram realizados e que o número de partos dos Hospitais Particulares/Conveniados SUS foi obtido subtraindo-se do total de nascidos vivos o número de realizados nos Hospitais Municipais e Estaduais (Tabela 16).

**Tabela 16.** Distribuição do número de partos e do número de óbitos maternos por causa direta ou indireta segundo o tipo de Hospital de ocorrência do óbito e a Letalidade de Morte Materna (LMM por 100.000 partos) segundo a mantenedora. Município de São Paulo. 1996 a 2000.

Instituição	1996	1997	1998	1999	2000
Partos em Hosp. Públicos Municipais	38153	50215	44888	39816	31245
Partos em Hosp. Públicos Estaduais	42673	40755	45697	48559	56511
Partos em Hosp. Particulares/Conveniados	131540	126811	128822	129594	119699
Óbitos em Hosp. Públicos Municipais	25	42	32	35	36
Óbitos em Hosp. Públicos Estaduais	30	41	31	34	35
Óbitos em Hosp. Particulares/Conveniados	45	44	57	54	39
Total de Mortes Maternas no Município	108	133	128	128	113
LMM nos Hospitais Municipais	65,53	83,64	71,29	87,90	115,22
LMM nos Hospitais Estaduais	70,30	100,60	67,84	70,02	61,93
LMM nos Hospitais Particulares/Conveniados	34,21	34,70	44,25	41,67	32,58

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

Com base nos dados apresentados na Tabela 15, verificamos a ocorrência de 610 casos de morte materna de causa direta ou indireta no período entre 1996 e 2000. Estes casos foram sumariados na Tabela 17, de acordo com a doença básica que originou o óbito.

**Tabela 17.** Distribuição dos 610 casos de morte materna de causa direta ou indireta, segundo causas de óbito.(CID-10). Município de São Paulo.1996 e 2000

Causas de óbito (CID-10)	Nº	%
<b>Óbitos Maternos de causa direta</b>	<b>339</b>	<b>55,57</b>
<i>Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia</i>	107	31,56
<i>Hemorragia 3º Trimestre/Puerpério</i>	97	28,61
<i>Complicações de Aborto</i>	61	17,99
<i>Infecção Puerperal</i>	43	12,68
<i>Quadros Embólicos</i>	10	2,95
<i>Complicações Anestésicas</i>	7	2,06
<i>Outras</i>	3	0,88
<i>Causas Mal-definidas</i>	11	3,24
<b>Óbitos Maternos Indiretos</b>	<b>271</b>	<b>44,43</b>
<i>D. da mãe classif. em outras partes, compl. a gravidez, parto e puerpério</i>		
<i>Cardiopatias</i>	52	19,19
<i>Hipertensão Arterial Crônica</i>	39	14,39
<i>Tromboembolismo pulmonar</i>	24	8,86
<i>AVC</i>	14	5,17
<i>Outras</i>	57	21,03
<i>D. infec.e parast.classif. em outras partes, compl. a gravidez, parto e puerpério</i>	85	31,37
<b>TOTAL</b>	<b>610</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Da análise das doenças determinantes da morte materna, (Tabela 18) os quadros infecciosos aparecem em primeiro lugar, principalmente devido a quadros pulmonares (broncopneumonias), cuja porta de entrada não foi de origem ginecológica. As complicações

infeciosas de causa obstétrica (75 casos) são principalmente devidas às infecções puerperais e complicações de aborto. Dentre os 31 casos infecciosos devido às complicações de aborto, encontramos 18 casos (58,06%) onde houve tentativa confirmada de provocar a interrupção da gestação e fortes indícios em 12 casos (38,71%), apesar de não confirmados durante a investigação efetuada.

**Tabela 18.** Distribuição por grupos de causas dos 610 casos de morte materna . Município de São Paulo - 1996 a 2000.

Síndrome	Casos	%
Infeciosa	160	26,23
Hipertensiva	146	23,93
Hemorrágica	128	20,98
Cardípatias	42	6,89
Tromboembólica	38	6,23
Outras	96	15,74
<b>TOTAL</b>	<b>610</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

A média de idade das mulheres que faleceram, no período de 1996 a 2000, por causa materna foi de 29 anos. A distribuição da média de idade de cada grande grupo de causa, de acordo com a classificação preconizada pela CID10, pode ser visualizada na Tabela 19. Quando analisamos a média de idade podemos verificar que os casos de embolia de causa obstétrica foram mais frequentes entre as mulheres com 33 anos; já os casos de causa obstétrica indireta por broncopneumonia ocorreram em mulheres mais jovens, com média de 26 anos.

**Tabela 19.** Média de idade (em anos) dos 610 casos de morte materna segundo as principais causas Município de São Paulo. 1996 e 2000.

Causas (CID-10)	1996	1997	1998	1999	2000	Média(anos)
Óbitos Maternos Diretos	28	28	31	30	29	29
<i>Gravidez terminada em aborto</i>	26	31	30	28	27	28
<i>Eclampsia - Pré-Eclâmpsia</i>	27	26	29	30	30	28
<i>Hemorragia 2º-3º Trimestre/Puerpério</i>	31	32	34	32	32	32
<i>Complicações Anestésicas</i>	25	24	37	0	28	27
<i>Infecção Puerperal</i>	30	26	28	28	28	28
<i>Complicações Venosas</i>	21	0	0	0	0	21
<i>Embolias de origem obstétricas</i>	42	31	34	28	38	33
Óbitos Maternos Indiretos	27	29	29	29	30	29
<i>Patologias Infeciosas</i>	27	27	29	23	27	26
<i>Hipertensão Arterial Crônica</i>	34	32	34	32	30	32
<i>Cardiopatias</i>	27	32	27	33	31	29
<i>Outras</i>	25	30	29	30	31	30
Causas Mal-definidas	33	22	32	27	26	29
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Disponibilizamos na Tabela 20 todas as Razões de Mortalidade Materna de cada Administração Regional de Saúde no período estudado. Na avaliação desta informação, notamos que nenhuma Administração Regional apresentou uma estabilidade na Razão de Mortalidade Materna. Todas apresentaram variações, sendo a maior delas observada na ARS-8 (65,27 por cem mil NV) e a menor na ARS-6 (21,77 por cem mil NV). Esta instabilidade na Razão de Mortalidade Materna verificada dentro de uma mesma Regional reflete quão tênue é a estrutura de saúde de nossa cidade. Nenhuma medida adotada até então serviu para estabilizar a Razão de Mortalidade Materna, quanto mais reduzi-la de forma eficaz.

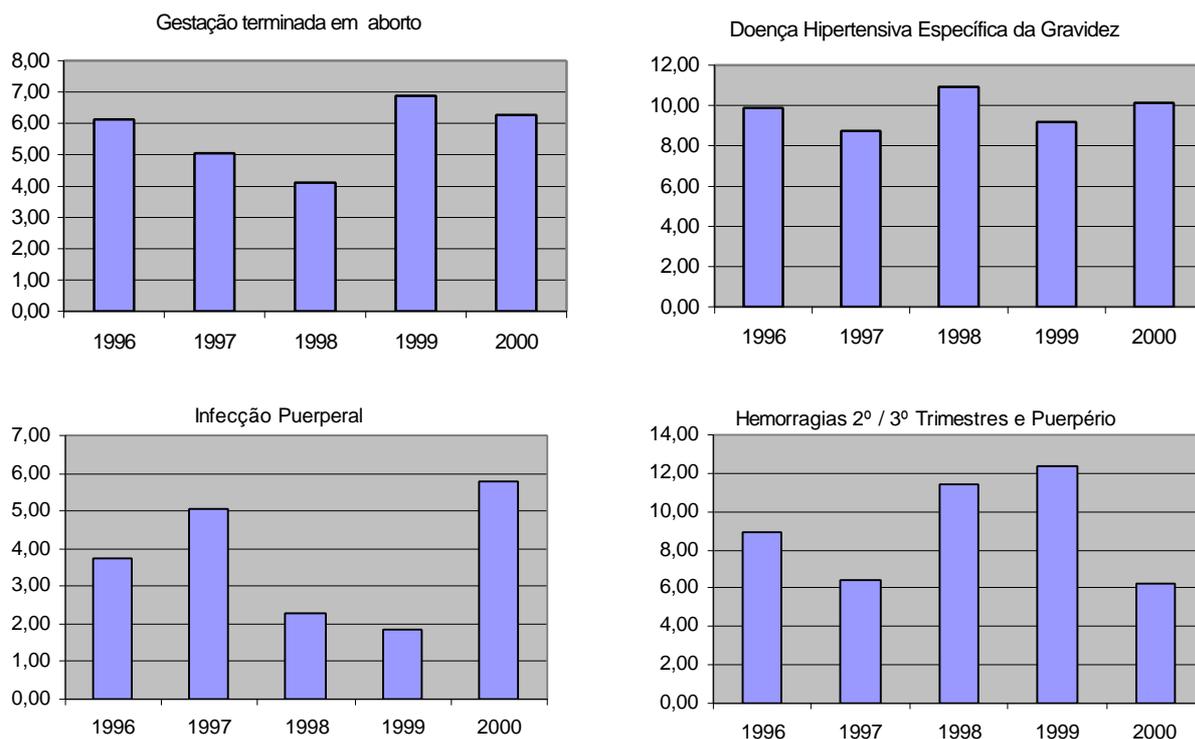
**Tabela 20.** Evolução das Razões de Mortalidade Materna das 10 Administrações Regionais de Saúde . Município de São Paulo.1996 a 2000.

ARS	1996	1997	1998	1999	2000
1	45,61	53,32	76,59	56,46	41,78
2	31,35	51,17	33,53	53,59	39,45
3	36,14	51,97	47,03	40,69	92,73
4	52,55	28,59	77,12	54,32	75,14
5	43,85	86,37	75,56	82,29	69,28
6	79,03	57,26	75,08	68,03	67,01
7	51,84	49,32	52,83	64,15	34,99
8	55,04	95,21	50,24	79,88	29,94
9	27,70	57,28	56,51	44,05	49,92
10	48,73	56,95	30,45	43,96	33,60

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Apresentamos no Gráfico 5 o comportamento das principais causas de Morte Materna Direta durante este período de 5 anos. De semelhante modo, no Gráfico 6 estão disponibilizadas as principais causas indiretas de morte materna.

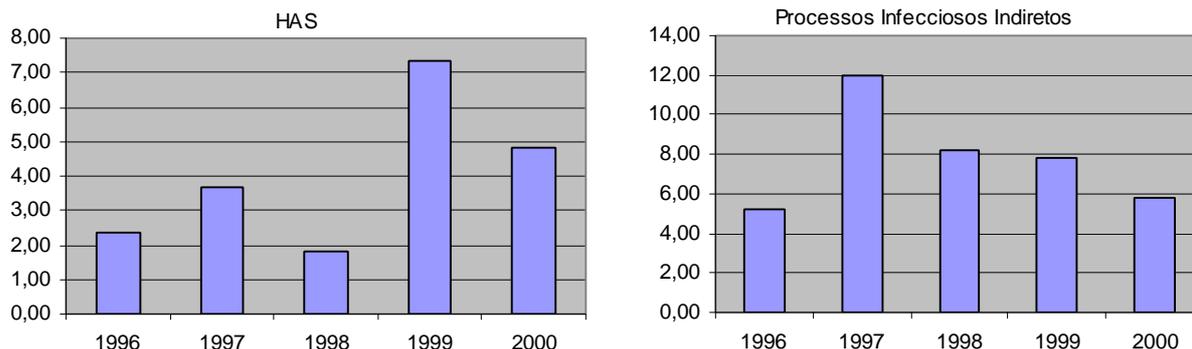
**Gráfico 5.** Análise evolutiva da Razão de Mortalidade Materna Específica (por 100.000NV) das principais causas obstétricas diretas. Município de São Paulo. 1996 a 2000.



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Como podemos notar na análise dos casos diretos, as doenças que sofreram maior variação da Razão de Mortalidade Materna Específica no período de 1996 a 2000 foram as hemorragias da segunda metade da gestação e puerpério, seguida pelas infecções puerperais, ao passo que nas mortes maternas indiretas, os processos infecciosos são seguidos pelos quadros de hipertensão arterial crônica. Contrariando a tendência de queda observada até o ano de 1999, observamos uma ascensão abrupta dos casos de infecção puerperal no ano de 2000. Este comportamento ainda é precoce para ser analisado, necessitando da avaliação dos anos vindouros.

**Gráfico 6.** Análise evolutiva da Razão de Mortalidade Materna Específica (por 100.000NV) das principais causas obstétricas indiretas. Município de São Paulo - 1996 a 2000.



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Quanto aos quadros hemorrágicos da 2ª metade da gestação e puerpério, notamos um comportamento cíclico, porém com maior variação da RMM.

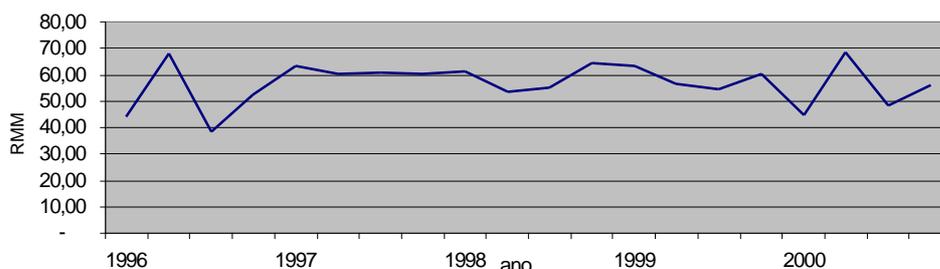
Em contrapartida, notamos uma queda da RMM Específica das causas ligadas às gestações terminadas em aborto até o ano de 1998, apresentando uma subida drástica em 1999, voltando a atingir níveis próximos ao encontrado no ano de 1995<sup>9</sup>. Numa análise pormenorizada ano a ano, notamos que os óbitos devidos à gestação ectópica ou molar vem se mantendo praticamente inalterados. As variações verificadas são devidas aos quadros infecciosos. Como a caracterização de um aborto provocado é sempre muito difícil, mas por outro lado um abortamento espontâneo dificilmente infecciona, acreditamos que um grande número destes abortos infectados sejam provocados. Supomos que uma das causas desta elevação dos processos infecciosos se deva à restrição da venda do Misoprostol pelo Ministério da Saúde. A utilização deste medicamento evitava a manipulação local, diminuindo muito a ocorrência de processos infecciosos agregados.

Os processos infecciosos indiretos vem apresentando queda discreta nos últimos anos, porém continuam sendo um fator importante no desencadeamento da morte materna.

O dado que nos chama a atenção quando avaliamos os casos de Hipertensão Arterial Crônica detectados em 1999 e 2000, foi que em metade dos casos onde se questionou sobre a realização do pré-natal, o mesmo não foi realizado. A realização do pré-natal é condição básica para um controle adequado deste tipo de doença.

A RMM tem variado pouco nestes últimos anos. O Gráfico 7 mostra o comportamento da Razão de Mortalidade Materna nos últimos 5 anos, com variação trimestral.

**Gráfico 7.** Variação trimestral da Razão de Mortalidade Materna (calculada utilizando-se o número de nascidos vivos por trimestre) entre os anos de 1996 e 2000, no Município de São Paulo.

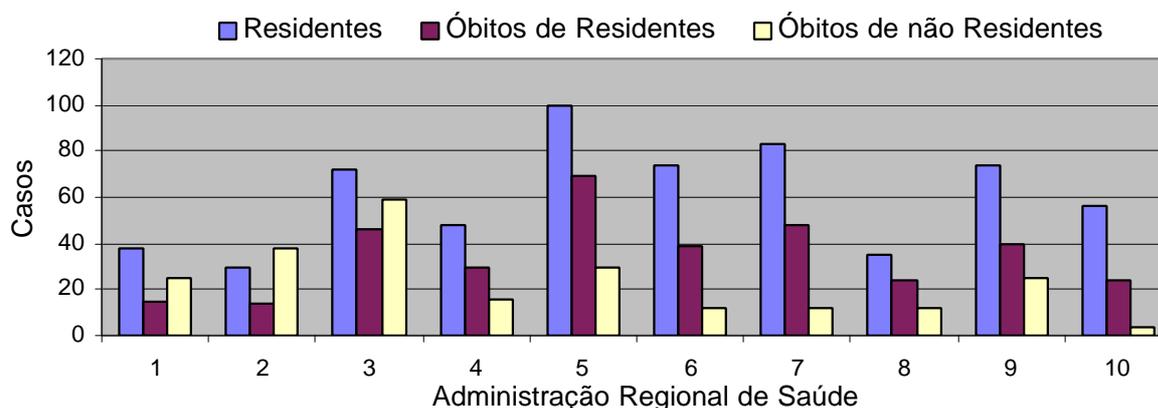


Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Outro dado que é importante ser analisado é a resolutividade de cada Administração Regional de Saúde frente ao atendimento dado à usuária. Cada Administração Regional de Saúde

deveria ser capaz de atender todos os moradores de sua região. Na avaliação do Gráfico 8 notamos que isto normalmente não acontece, obrigando à usuária a se deslocar, muitas vezes por toda a cidade, em busca de atendimento. Como vemos, este processo de peregrinação aconteceu em todas as Regionais da cidade de São Paulo, ou seja, nenhuma conseguiu atender à demanda de sua própria região, necessitando do suporte de outra Regional.

**Gráfico 8.** Distribuição dos 610 casos de morte materna segundo as Administrações Regionais de Saúde, local de residência (coluna 1), óbitos provenientes da mesma Regional (coluna 2) e casos oriundos de outras Administrações Regionais (coluna 3). Município de São Paulo. 1996 e 2000.



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Para finalizar, apresentamos em seguida a Tabela 21, onde constam todos as 4 Razões de Mortalidade Materna divulgados por este Comitê, atualizados até a presente data.

**Tabela 21.** Razões de Mortalidade Materna segundo (CID-10) e número de nascidos vivos. Município de São Paulo - 1996 a 2000.

<b>INDICADORES</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
RMM	50,86	61,07	58,34	58,72	54,47
RMM Tardia	1,41	4,13	7,29	5,05	12,05
RMM Relacionada à Gestação	4,71	11,94	9,57	14,22	10,12
RMM Relacionada à Gestação até 1 Ano	2,35	5,05	4,56	8,72	9,16
Nascidos Vivos	212366	217781	219407	217969	207455

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

## **Sugestões**

O processo envolvendo a pesquisa sobre morte materna é árduo e muitas vezes infrutífero. A reclamação mais freqüente que ouvimos dos integrantes dos Comitês Regionais/Distritais é com respeito ao pouco que é feito ou mesmo ao insucesso das medidas adotadas.

Mas a realidade que envolve a morte materna é multifatorial dependendo principalmente da estrutura do sistema de saúde. As questões relacionadas com a cultura do povo, as condições socio-econômicas e o grau de instrução também contribuem com o agravamento do problema. A mortalidade materna só diminui quando o povo evolui. O povo evoluído exige melhores condições de saúde, habitação, informação e saneamento. Não aceita maus tratos em nenhuma situação e faz cumprir seus direitos. O próprio Sistema de Saúde é solicitado para se

aprimorar e oferecer melhores condições de atendimento e melhor capacitação de seus profissionais.

Quem faz visita domiciliar para investigar uma morte materna sabe o que em boa parte dos casos vai encontrar: pobreza e condições precárias de higiene.

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.

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 de risco não deve ser atendida em lugar precário ou em Unidades Básicas. Deve ser encaminhada para Centros Especializados, com recursos adequados para realização de exames em tempo hábil, atendida por profissionais altamente capacitados, onde as medidas aplicadas possam surtir efeito.

Os leitos, no Município de São Paulo, para o 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.

Não podemos nos esquecer de que esta gestante de alto-risco deverá dar à luz em uma rede hospitalar que possa corresponder com uma infra-estrutura adequada às intercorrências obstétricas que porventura 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 neo-natais correlatos à doença obstétrica, necessitando de atendimento especializado e dispondo de recursos adequados como leitos de UTI neo-natal. Em muitos casos, sabemos que é a vaga na UTI Neonatal que determina a internação da gestante neste ou naquele hospital.

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 Infecção Hospitalar.

É da competência dos Hospitais a realização de Reuniões Anátomo-Clínicas com a participação das mais variadas esferas (Comissões de Ética Médica, Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários Médicos e outros representantes da dinâmica hospitalar), com o intuito de aprimorar os profissionais de suas instituições bem como prevenir que o mesmo tipo de caso não se repita.

Deve ainda dar apoio às Comissões de Ética Médica e propiciar um intercâmbio mais amigável, além de facilitar o acesso dos integrantes dos Comitês Regionais de Morte Materna para que possam desempenhar o processo de levantamento dos dados de forma mais completa e integrada.

Continuamos com um índice elevado de mortes maternas não declaradas na pesquisa da Declaração de Óbito, o que nos alerta para a qualidade da formação dos profissionais médicos pelas Escolas de Medicina, que pecam pela falta de ensino de noções básicas sobre o preenchimento dos Prontuários Médicos, de relatórios e da própria Declaração de Óbito. Neste ano notamos uma pequena melhora no preenchimento do campo da Declaração de Óbito que questiona

a presença de gestação ou puerpério. Apesar da Declaração de Óbito sem preenchida de forma inadequada em todo o mundo, nos países em desenvolvimento esta característica é mais marcante. Formulamos em anos anteriores um alerta às Comissões de Prontuário Médico: a constatação das falhas existentes nos prontuários. Solicitamos seu empenho para que o preenchimento da ficha de atendimento seja feita de forma a mais completa e adequada possível. Continuaremos enviando uma carta de orientação a todos os médicos que preencheram a Declaração de Óbito sem referência à morte materna (morte materna não declarada). Nesta comunicação constará uma cópia do Relatório do Comitê de Mortalidade Materna bem como uma cópia da Declaração de Óbito devidamente corrigida, para uma análise e reflexão do problema. Tentamos desta forma conscientizar e orientar o médico para que não omita a morte materna, bem como promover uma análise do caso.

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 provocado, bem como suporte ao pré-natal precoce, dando condições para uma melhor aderência à consulta e facilitando a realização de exames complementares de forma mais ágil e eficiente são medidas de fácil implantação.

É de extrema importância a melhoria do acesso e a coerência na admissão. É fácil de se constatar o vai-e-vem de gestantes até estarem aptas para a internação, que geralmente ocorre no período final do trabalho de parto. Tal procedimento, além de gerar um desgaste desnecessário à gestante e aos familiares que porventura a acompanhem, ocasiona a falta do atendimento médico de uma fase importante no acompanhamento da assistência ao parto, onde costumam acontecer as descompensações e as complicações obstétricas. Estas gestantes acabam sendo internadas com quadros clínicos mais agravados, desidratadas e em estafa.

O Comitê de Mortalidade Materna, que em si 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, parto e puerpério, tentando reduzir desta forma a morte de uma gestante ou puérpera, 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. Com o apoio do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, conseguimos realizar evento abrangente, com orientação no preenchimento da Declaração de Óbito.

Como dissemos, a morte materna é uma ocorrência multicausal. A responsabilidade 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 conjunto de todas as esferas poderá contribuir para sua redução.

**ANEXO 1.** Distribuição dos bairros do Município de São Paulo segundo as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Distritos de Saúde (DS).

BAIRROS	ARS	DS
Bela Vista	1	35
Bom Retiro	1	29
Bras	1	35
Cambuci	1	35
Consolacao	1	29
Liberdade	1	35
Pari	1	35
República	1	29
Santa Cecília	1	29
Sé	1	35
Alto De Pinheiros	2	26
Barra Funda	2	29
Butanta	2	2
Itaim Bibi	2	26
Jaguara	2	21
Jaguareé	2	2
Jardim Paulista	2	26
Lapa	2	21
Morumbi	2	2
Perdizes	2	21
Pinheiros	2	26
Raposo Tavares	2	2
Rio Pequeno	2	2
Vila Leopoldina	2	21
Vila Sonia	2	2
Aricanduva	3	37
Cursino	3	14
Ipiranga	3	14
Jabaquara	3	17
Moema	3	39
Sacomã	3	28
São Lucas	3	41

BAIRROS	ARS	DS
Sapopemba	3	34
Saúde	3	39
Vila Mariana	3	39
Vila Prudente	3	41
Água Rasa	4	22
Arthur Alvim	4	40
Belem	4	22
Cangaiba	4	24
Carrao	4	37
Moóca	4	22
Penha	4	24
Tatuapé	4	22
Vila Formosa	4	37
Vila Matilde	4	40
Cidade Lider	5	7
Cidade Tiradentes	5	8
Guaianazes	5	13
Iguatemi	5	32
Itaquera	5	16
José Bonifácio	5	16
Lajeado	5	13
Parque Do Carmo	5	7
São Mateus	5	32
São Rafael	5	32
Ermelino Matarazzo	6	10
Itaim Paulista	6	15
Jardim Helena	6	9
Ponte Rasa	6	10
São Miguel	6	33
Vila Curuçá	6	9
Vila Jacuí	6	33
Brasilândia	7	1

BAIRROS	ARS	DS
Cachoeirinha	7	3
Casa Verde	7	3
Freguesia Do Ó	7	11
Jaçanã	7	18
Limão	7	11
Mandaqui	7	30
Santana	7	30
Tremembé	7	36
Tucuruvi	7	36
Vila Guilherme	7	38
Vila Maria	7	38
Vila Medeiros	7	18
Anhanguera	8	25
Jaraguá	8	25
Perus	8	25
Pirituba	8	27
São Domingos	8	27
Campo Belo	9	31
Campo Grande	9	31
Cidade Ademar	9	6
Cidade Dutra	9	23
Grajaú	9	12
Marsilac	9	23
Parelheiros	9	23
Pedreira	9	31
Santo Amaro	9	31
Socorro	9	23
Campo Limpo	10	4
Capao Redondo	10	5
Jardim Ângela	10	19
Jardim São Luis	10	20
Vila Andrade	10	4

Fonte: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/distritalizacao\\_mapa.asp](http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/distritalizacao_mapa.asp)

## **Bibliografia**

1. Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Rev Saúde Pública* 1988;22:507-12.
2. WHO. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Nona Revisão. 1985.
3. Coordenação Materno-Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Ministério da Saúde, 1994.
4. Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná. Mortalidade materna no Paraná, do anonimato ... à ação - Relatório Trienal 1994-96. Curitiba 1997.
5. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.
6. Laurenti R, Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento da variável da declaração de óbito. *Inf. Epidemiol.* 2000;9:43-50.
7. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública* 2000;16:23-30.
8. Pazero LC, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K, Barbosa SA. Estudo da mortalidade materna no município de São Paulo durante o ano de 1996. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998;20:395-403.
9. Vega CEP, Marcus P. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1999. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2000.
10. Vega CEP, Marcus PAF, Pazero LC, Boyaciyan K, Barbosa SA. Estudo da mortalidade materna no município de São Paulo durante o ano de 1997. *Rev Ginecol Obstet* 2001;12:187-97.
11. WHO. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão. 1993.
12. Majhi AK, Mondal A, Mukherjee GG. Safe motherhood--a long way to achieve. *Journal of the Indian Medical Association* 2001;99:132-7.
13. Qureshi RN, Jaleel S, Hamid R, Lakha SF. Maternal deaths in a developing country: a study from the Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan 1988-1999. 2001;51:109-11.
14. Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, Jewett JF. Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative. *Obstetrics and Gynecology* 1988;72:91-7.
15. Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C. Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:603-13.
16. Barbosa SA, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K. Dificuldades encontradas no estudo de casos de mortalidade materna na cidade de São Paulo durante os anos de 1993 a 1995. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1997;19:179-82.
17. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79:561-8.
18. Bouvier\_Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology* 1991;20:717-21.
19. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstet Gynecol* 1995;86:700-5.
20. National Health and Medical Research Council (NHMRC). Report on maternal deaths in Australia 1994-96: Commonwealth Government of Australia, 2001 (vol 2002).
21. Tanaka ACdA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec - ABRASCO, 1995.
22. Marcus PAF, Vega CEP. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1998. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 1999.