

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER

Coordenação da Atenção Básica – Secretaria Municipal da Saúde

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

RELATÓRIO DE MORTALIDADE MATERNA **BIÊNIO 2005/2006**

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

Componentes do Comitê de Mortalidade Materna **Biênio 2005/2006**

Presidente: Carlos Eduardo Pereira Vega

Secretário: Marcelo Alvarenga Kalil

Componentes

Ana Cristina D'Andretta Tanaka	Rui Laurenti
Krikor Boyaciyán	Eurípedes Balsanufó Carvalho
Rosa Yuko Kayano Morais	Edna Murai Correa
Maria Eliete de Souza	Maria Helena de Freitas
Maria Lucia de Moraes Bourroul	Katsue Shibao
Adriana Maria Carbonel Gragnani	Maria do Carmo Petrucci Rangel
Carmen Simone Grilo Diniz	

Equipe Técnica da Saúde da Mulher

Coordenador: Dr. Júlio Mayer de Castro Filho

Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

Dr. Luis Carlos Pazero

Olga Fortunato Caron

Relator: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

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

INTRODUÇÃO

O Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo (CMMMSP) foi instituído legalmente através da Lei 11.313 de 21 de dezembro de 1992. Desde a sua criação vem desempenhando um trabalho contínuo na busca de casos positivos ou presumíveis de envolvimento com a morte materna.

No decorrer desse trabalho de pesquisa foi-se firmando um diagnóstico das principais causas determinantes do óbito materno em nossa cidade e um processo de elaboração de propostas de atuação foi tomando forma. O Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo consegue, com grande confiabilidade, estabelecer um diagnóstico real da nossa situação frente a esse grave problema. Apesar dos problemas determinantes da morte materna já serem conhecidos há muito tempo, foi necessária a formação de uma casuística consistente e específica para a cidade de São Paulo para termos ciência da real dimensão do problema envolvendo a morte materna. Muitas pessoas estão engajadas nessa luta desde antes do início da pesquisa dos casos de morte materna em nossa cidade. Muitas se somaram a essa equipe que hoje tem pessoal treinado e capacitado para desempenhar o papel de busca e análise dos casos de morte materna com segurança.

Em nosso meio, essa luta deu seu primeiro passo em 1984 quando foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁽¹⁾ que teve por base a redução da morbidade e da mortalidade feminina pela implantação de ações coletivas direcionadas a esta população.

Em 1988, Laurenti⁽²⁾ 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.

Também em 1988, uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Universidade de Campinas, o Movimento de Mulheres e outras entidades, começou a alertar sobre o problema da morte materna e suas implicações sociais⁽³⁾.

Motivado pelos temas apresentados na *International Conference on Safe Motherhood*, realizada em Nairobi em 1987⁽⁴⁾, um grupo de mulheres desencadeou um movimento pela implantação de um comitê para estudos da morte materna, dando origem ao primeiro Comitê de Mortalidade Materna do Brasil, criado em São Paulo, em 1989. Após o início dos trabalhos de pesquisa, esse grupo lutou pela legalização do Comitê, culminando com a Lei 11.313 de 21 de dezembro de 1992⁽⁵⁾.

Concomitantemente no Paraná o Dr. Luiz Fernando C. O. Braga foi um dos pioneiros em lidar com a mortalidade materna, idealizando e implantando em 1990⁽⁶⁾, o Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná, que serve como modelo de trabalho em âmbito nacional. Esse Comitê se encontra em atividade até hoje.

Foi graças a um trabalho constante que hoje chegamos ao reconhecimento nacional. O Comitê do Município de São Paulo é, na atualidade, um dos comitês mais atuantes do Brasil e acumula uma experiência ímpar. Muitas dificuldades foram enfrentadas⁽⁷⁾, muitas superadas e algumas ainda por resolver.

Os dados apresentados neste e nos relatórios anteriores sob a responsabilidade do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo⁽⁸⁾ mostram que os óbitos maternos são na grande maioria, evitáveis e previsíveis. De certa forma, podemos dizer que são mortes anunciadas.

Entretanto, esse não é um problema fácil de resolver. A morte materna é determinada por uma série de fatores que vão desde a dificuldade de acesso a educação, aos serviços de saúde e a bens de consumo, abrange questões étnico-raciais e envolve falhas no atendimento propriamente dito.

Em 28 de maio de 2002, dia internacional de luta pela saúde da mulher, com ênfase na mortalidade materna, a Secretaria Municipal de Saúde lançou o “Projeto Prioritário Nascer Bem: Gravidez Saudável, Parto Seguro” com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos, humanizando o atendimento e valorizando a qualidade de vida em nossa cidade.

Durante os anos que se seguiram demos continuidade às propostas desse Projeto e algumas de suas diretrizes serviram de esteio à criação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, vigente na atualidade.

Para subsidiar as propostas e ações voltadas à comunidade, o Comitê de Mortalidade do Município de São Paulo se vale de um processo contínuo de investigação de casos, tanto no intuito de avaliar o resultado do atendimento oferecido a usuária do sistema, bem como manter acesa a esperança de que um dia estaremos oferecendo um instrumento de saúde adequado à nossa população.

Após o término da XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1990, foi realizado um meeting entre especialistas sobre o tema onde se decidiu elaborar parâmetros de comparação entre os indicadores de mortalidade materna das diversas localidades e países: convencionou-se como boa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) a ocorrência de até 20 Mortes Maternas/100000 Nascidos Vivos (NV). De 21 a 50 óbitos como aceitável; de 51 a 150 óbitos, ruim e acima de 150, péssimo. O último dado oficial (não corrigido) fornecido pelo Ministério da Saúde apresentou queda em relação ao indicador anterior⁽⁹⁾, com uma Razão de Morte Materna estimada de 74,7/100.000 NV para o ano de 2005. Após a devida correção estima-se que o Brasil detenha uma RMM de 74,8/100000 NV⁽¹⁰⁾. No âmbito mundial, o registro da morte materna possui um alto grau de sub-informação. Como se isso não bastasse o Brasil, enquanto nação, utiliza várias metodologias de pesquisa que dependem da realidade e das condições da estrutura geopolítica de cada local para gerar a informação. Esses dados geralmente necessitam de ajuste, sendo necessária à aplicação de um fator de correção diferente para cada região do país.

Em 2002, o Ministério da Saúde elaborou uma pesquisa de abrangência nacional, envolvendo todas as Capitais dos Estados Brasileiros e Distrito Federal à exceção de Porto Velho. Este estudo foi coordenado pelo Prof. Dr. Ruy Laurenti em conjunto com uma equipe de técnicos de alto gabarito^(11, 12). Em decorrência desse trabalho foram formulados novos Fatores de Correção para as diversas Regiões do Brasil e proposto um Fator de Correção Nacional. São estes: Região Norte: 1,08; Região Nordeste: 1,76; Região Centro-Oeste: 1,10; Região Sul: 1,83 e Região Sudeste: 1,35. O Fator de Correção para o Brasil foi estimado em 1,40.

Apesar de constituir um avanço no estudo deste tema, a obtenção de uma visão macro do problema não nos permite elaborar medidas específicas e apropriadas para reduzir a morte materna, pois não individualiza o comportamento das várias doenças que determinam o evento. Para tanto é fundamental a figura do Comitê de Mortalidade Materna, que tem como uma de suas responsabilidades a determinação real da Razão de Mortalidade Materna, fazendo um diagnóstico das principais causas encontradas, apontando falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentando sugestões para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda deste indicador⁽⁸⁾.

Na elaboração deste Relatório optamos pela apresentação de forma semelhante ao Relatório anterior (2003/2004)⁽⁸⁾, disponibilizando avaliações anuais e globais de tudo o que foi apurado durante o biênio 2005/2006, simplificando a visualização dos dados e evitando que esse documento se torne repetitivo. Entretanto, para que não se perca a série histórica, em algumas situações os dados serão apresentados de forma individualizada, ano a ano.

METODOLOGIA

O Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, responsável pela elaboração da pesquisa na nossa cidade, é composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Área Técnica da Saúde da Mulher e Conselho Municipal de Saúde), Área Jurídica, Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselho Regional de Medicina, Movimento de Mulheres (representando a participação popular), Conselho Regional de Enfermagem, PRO-AIM, e Fundação SEADE.

O processo de pesquisa de campo foi realizado por Comitês locais, subordinados às Supervisões de Área das cinco Coordenadorias de Saúde.

Durante o biênio 2005/2006 verificamos a ocorrência de 144260 óbitos no Município de São Paulo, sendo 64715 mulheres. Destas, 9014 (4445 em 2005 e 4569 em 2006) se encontravam na faixa de idade de 10 e 49 anos. Foram lidas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 2300 casos onde a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia sido relatado no campo “CAUSA DA MORTE” e nos campos que questionam a presença de gravidez, de parto ou de puerpério no momento do óbito (Campos 43 e 44 da Declaração de Óbito). Foram excluídas dessa análise as mulheres com menos de 10 anos ou com mais de 49 anos, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente (mulheres em idade reprodutiva). Cabe aqui esclarecer que a triagem dos casos suspeitos seguiu o Método de Máscaras preconizado pelo Ministério da Saúde^(3, 13, 14) e que tem sido utilizado desde os primeiros trabalhos envolvendo a pesquisa de morte materna em nosso município. Essa metodologia é semelhante à utilizada pelo Reino Unido^(15, 16). 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 da Saúde do Município. A partir do ano de 1996 estamos procedendo à investigação de mortes maternas tardias (ocorridas de 43 dias até 1 ano após o parto ou aborto), obedecendo a orientação da Organização Mundial de Saúde (Razão de Mortalidade Materna Tardia)⁽¹⁷⁾. 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 2300 casos foram selecionados segundo o Distrito Administrativo de residência ou, na ausência desta informação, segundo o Hospital de ocorrência do óbito, sendo encaminhados para as unidades administrativas (Supervisões de Área), para a realização das visitas domiciliar e hospitalar.

Apesar de proporcionar uma boa qualidade na captação dos casos suspeitos do envolvimento com a morte materna, o Método de Máscaras pode apresentar falhas que, apesar de poucas, não deixam de ocorrer. Visando a minimização dessas falhas, a partir de 2005 estamos agregando ao Método de Máscaras mais uma forma de captar casos possíveis do envolvimento com a morte materna. Esse novo procedimento consiste no cruzamento do banco de óbitos de mulheres em idade fértil com o banco do SINASC (Nascidos Vivos), confrontando dados da mãe do recém-nascido com os da falecida, procurando similaridades. Esse processo tem abrangência de pelo menos um ano da data do parto registrado no banco do SINASC e já é utilizado com segurança em outros países⁽¹⁵⁾. Mais adiante estaremos fazendo referência aos dados obtidos desse cruzamento e sua relevância na modificação do indicador (RMM).

Os casos então selecionados foram encaminhados para os Comitês Locais de Mortalidade Materna, sediados nas Supervisões de Área, para realização das visitas domiciliar e hospitalar através da aplicação de questionário padrão (ANEXO A), com anotação da história e dados fornecidos pelos familiares da falecida.

Concluída a investigação hospitalar e domiciliar, os casos foram discutidos pelo Comitê local de Mortalidade Materna, chegando-se à conclusão de ser uma morte materna ou não, feita uma classificação provisória, discutida a evitação da morte e posteriormente elaborado um relatório sobre o caso, com encaminhamento do resultado ao Comitê Central para análise, reclassificação e tabulação final.

Acompanhando a tendência mundial, 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 Obstétrica Tardia (morte materna de causa obstétrica direta ou indireta que ocorreu no período compreendido entre 43º dias e 1 ano do parto).

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

Cabe aqui a ressalva de que, à semelhança dos 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 ocorridos 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 43º dia de puerpério até um ano após o termino da gestação.

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

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

Para efeito comparativo com anos anteriores foi utilizado um banco de dados atualizado no momento da elaboração desse Relatório (podendo haver discrepâncias com valores divulgados em relatórios passados), pois nosso objetivo é sempre nos aproximarmos da real Razão de Mortalidade Materna anual. Tendo em vista as várias reestruturações administrativas que acontecem rotineiramente, estaremos disponibilizando os casos segundo o Distrito Administrativo de residência da falecida, possibilitando um eventual estudo específico.

RESULTADOS

PERFIL GERAL DA MORTALIDADE MATERNA

Dos 2300 casos encaminhados aos Comitês Locais para investigação obtivemos, até a presente data, 2032 (88,3%) casos negativos, 267 (11,6%) positivos para morte materna (265 residentes em nosso Município e 2 que vieram a falecer aqui, porém residentes em Municípios vizinhos) e 1 (0,1 %) casos onde até o momento não obtivemos confirmação sobre a presença ou de qualquer patologia relacionada. Dentre os 265 eventos positivos para morte materna (já excluídos os 2 casos de invasão) encontramos 177 (66,8%) casos com óbito até o 42º dia de puerpério, sendo 146 (55,1%) casos de morte materna obstétrica e 31 (11,7%) casos de morte materna não obstétrica. Os 88 (33,2%) restantes ocorreram entre 43 dias até um ano após o parto (60 casos – 68,2% – não relacionados e 28 casos – 31,8% – relacionados à morte materna), sendo os últimos utilizados para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna Tardia.

A eficácia da pesquisa dos casos passíveis de envolvimento com a morte materna ultrapassa os 99,9%, tornando a avaliação dos dados obtidos extremamente confiável.

Os 265 casos positivos para morte materna de mulheres residentes no Município de São Paulo encontrados na pesquisa do ano de 2005/2006 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

Tabela 1. Distribuição dos 265 casos de morte materna que ocorreram durante a gravidez, o parto e o puerpério até um ano após o término da gestação segundo a classificação preconizada pela CID-10 – Residentes no Município de São Paulo – 2005/2006.

CLASSIFICAÇÃO	2005		2006		2005/2006	
	N	%	N	%	N	%
DIRETA	36	30,3	45	30,8	81	30,6
INDIRETA	25	21,0	39	26,7	64	24,2
NÃO OBSTÉTRICA	12	10,1	19	13,0	31	11,7
TARDIA	12	10,1	17	11,6	29	10,9
NÃO OBSTÉTRICA TARDIA	34	28,6	26	17,8	60	22,6
TOTAL	119	100,0	146	100,0	265	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

MORTALIDADE MATERNA OBSTÉTRICA ATÉ 42 DIAS

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 145 casos de morte materna direta ou indireta segundo os dados oriundos da Declaração de Óbito e o que pudemos apurar da necropsia e da visita hospitalar e/ou domiciliar. Os casos tardios serão analisados posteriormente e os não relacionados comentados apenas a título de informação.

A Tabela 2 apresenta o total de 145 casos de morte materna obstétrica direta ou indireta, o número de nascidos vivos e o cálculo da Razão de Mortalidade Materna segundo a faixa etária da mãe.

Tabela 2. Distribuição dos 145 casos de morte materna obstétrica direta ou indireta, o número de nascidos vivos e o cálculo da Razão de Mortalidade Materna segundo a faixa etária da mãe – Residentes no Município de São Paulo – 2005/2006.

FAIXA ETÁRIA	2005				2006				2005/2006			
	N	%	NV	RMM	N	%	NV	RMM	N	%	NV	RMM
10 a 14	1	1,6	720	138,9	0	0,0	761	0,0	1	0,7	1481	138,9
15 a 19	4	6,6	25571	15,6	9	10,7	24525	35,2	13	9,0	50096	50,8
20 a 24	10	16,4	46726	21,4	17	20,2	44002	36,4	27	18,6	90728	57,8
25 a 29	20	32,8	46281	43,2	18	21,4	44849	38,9	38	26,2	91130	82,1
30 a 34	9	14,8	36075	24,9	14	16,7	35771	38,8	23	15,9	71846	63,8
35 a 39	10	16,4	18849	53,1	20	23,8	18889	106,1	30	20,7	37738	159,2
40 a 44	7	11,5	4762	147,0	5	6,0	4812	105,0	12	8,3	9574	252,0
45 a 49	0	0,0	245	0,0	1	1,2	267	408,2	1	0,7	512	408,2
50 ou mais	0	0,0	25	0,0	0	0,0	11	0,0	0	0,0	36	0,0
IGNORADO	0	0,0	2	0,0	0	0,0	20	0,0	0	0,0	22	0,0
TOTAL	61	100,0	179256	34,0	84	100,0	173907	46,9	145	100,0	353163	80,9

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - P.M.S.P. / Nascidos Vivos: Fundação SEADE

Observamos que 78 (53,8%) mulheres eram solteiras, 52 (35,9%) estavam casadas, 10 (6,9%) unidas consensualmente e uma (0,7%) era viúva. Não se obteve informação sobre o estado civil em quatro (2,8%) casos.

Trinta e sete mulheres (25,5%) cursaram até o primeiro grau, 42 (29,0%) tinham o segundo grau e 6 (4,1%) possuíam curso superior. O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 60 (41,4%) Declarações analisadas.

Verificamos nas Declarações de Óbito e nos laudos de necropsia que 78 (53,8%) mulheres eram brancas, 41 (28,3%) eram pardas, 16 (11,0%) eram pretas, uma (0,7%) de cor amarela e em nove casos (6,2%) não obtivemos dados relativos à cor/raça.

O pré-natal não foi realizado por 23,4% das mulheres que faleceram devido a causas maternas e em 8,3% dos casos essa informação não estava disponível.

A mortalidade materna por hipertensão arterial foi responsável pelo óbito de 56,3% das mulheres da cor preta contra 25,6% das de cor branca e 22,0% das pardas.

Em 139 (95,9%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. O exame necroscópico foi realizado em 90 (62,1%) casos, sendo 52 no Serviço de Verificação de Óbitos, 36 no Instituto Médico Legal, dois (1,4%) em outros serviços de necropsia e em 55 (37,9%) casos não foi realizada necropsia. Nos casos submetidos à necropsia encontramos uma subnotificação média de 95,7%, sendo maior nos casos oriundos do IML (227,3%) e menor nos casos do SVOC (57,6%). Nos casos onde não foi realizada necropsia a subnotificação foi de 31,0%. A subnotificação total para o biênio 2005/2006 foi de 64,8%.

A cesárea foi realizada em 69 (47,6%) casos, o parto normal em 31 (21,4%) e em 25 (17,2%) casos o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (cinco no primeiro, quatorze no segundo e seis casos no terceiro trimestre, respectivamente). Foram realizadas seis cesáreas pós-morte (4,1%), com cinco recém-nascidos vivos (uma gestação gemelar). O aborto ocorreu em 12 (8,3%) casos e nos dois (1,4%) casos restantes não se conseguiu determinar se houve o término da gestação e o tipo de procedimento realizado.

Dentre o total de 145 casos de morte materna direta ou indireta, 37 (25,5%) gestantes ou puérperas vieram a óbito em serviços localizados no mesmo distrito administrativo onde residiam. O restante (108 casos – 74,5%) faleceu em um distrito diferente do de sua residência. Encontramos 59 (40,7%) óbitos na mesma Supervisão de Área e 104 (71,7%) casos foram atendidos na Coordenadoria de Saúde responsável pelo local de residência da falecida. Oitenta e sete (60,0%) casos foram atendidos pelo Sistema Público, dos quais 74 (85,1%) receberam atendimento na mesma Coordenadoria de Saúde, 41 (47,1%) casos foram atendidos na mesma Supervisão de Área e 26 (29,9%) casos no mesmo Distrito Administrativo correspondente ao local de sua moradia.

O município de São Paulo conta, desde 2001, com o número de nascidos vivos por hospital onde foi realizado o parto, possibilitando uma comparação mais minuciosa, através da elaboração da Razão de Mortalidade Materna Hospitalar (RMMH). Esse indicador é o resultado da divisão do número de casos de mortes maternas diretas ou indiretas de um determinado hospital pelo número de nascidos vivos daquele hospital (sendo aplicado o fator de ajuste de 100000 à semelhança da Razão de Morte Materna). Lembramos que esse indicador ainda não traduz a absoluta realidade pois, em algumas situações, o parto é realizado em um hospital e o óbito materno se dá em outro local. De qualquer forma, serve para termos uma visão bem próxima da realidade pois qualquer hospital que se habilite a realizar partos deve estar preparado para solucionar suas intercorrências.

Cento e trinta e nove casos (95,9%) vieram a óbito dentro de um ambiente hospitalar. A Tabela 3 discrimina o número de nascidos vivos e a quantidade de óbitos maternos segundo a esfera de responsabilidade do Hospital de atendimento à gestante ou puérpera no momento do óbito, com cálculo da respectiva Razão de Mortalidade Materna Hospitalar

Tabela 3. Distribuição dos 145 casos de morte materna que por local de ocorrência e cálculo da Razão de Mortalidade Materna Hospitalar (RMMH) segundo a responsabilidade de gestão – Município de São Paulo – 2005/2006.

LOCAL DO ÓBITO	2005			2006			2005/2006			
	N	NV	RMMH	N	NV	RMMH	N	NV	RMMH	%
HOSPITAIS INSTITUCIONAIS	43	114914	37,4	62	111024	55,8	105	225938	46,5	72,4
MUNICIPAL	15	25231	59,5	17	23896	71,1	32	49127	65,1	22,1
ESTADUAL	15	46816	32,0	33	47602	69,3	48	94418	50,8	33,1
CONVENIADO	4	31300	12,8	3	28660	10,5	7	59960	11,7	4,8
ESCOLAS E FUNDAÇÕES	9	11567	77,8	9	10866	82,8	18	22433	80,2	12,4
HOSPITAIS PRIVADOS	16	78735	20,3	15	79226	18,9	31	157961	19,6	21,4
FORA DO MUNICÍPIO	1	-	-	2	-	-	3	-	-	2,1
RESIDÊNCIA	0	-	-	4	-	-	4	-	-	2,8
VIA PÚBLICA	1	-	-	1	-	-	2	-	-	1,4
TOTAL	61	193649	-	84	190250	-	145	383899	37,8	100,0

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna – PMSP / SINASC

Os casos foram separados segundo a doença que levou ao óbito, obedecendo aos critérios preconizados pela CID-10, e posteriormente classificados como diretos ou indiretos. Os casos de morte materna obstétrica direta estão relacionados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos 78 casos de morte materna obstétrica direta segundo causa de óbito pela CID-10 – Município de São Paulo – 2005/2006.

Classificação da CID-10	2005		2006		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Gestação terminada em Aborto (O00 a O05)	3	8,3	12	26,7	15	18,5
<i>Aborto Provocado / Infectado</i>	3		8		11	
<i>Aborto Retido</i>	0		1		1	
<i>Ectópica</i>	0		2		2	
<i>Mola/Coriocarcinoma</i>	0		1		1	
Eclâmpsia – Pré-Eclâmpsia (O13,O14 e O15)	11	30,6	9	20,0	20	24,7
Esteatose Hepática Aguda Fulminante (O26.6)	0	0,0	1	2,2	1	1,2
Hemorragias (O44, O45, O71 e O72)	16	44,4	15	33,3	31	38,3
<i>Hemorragia Pós-Parto (O72)</i>	13		11		24	
<i>Placenta Prévia (O44)</i>	2		1		3	
<i>Descolamento Prematuro de Placenta (O45)</i>	1		3		4	
<i>Rotura Uterina (O71)</i>	0		0		0	
Complicações Anestésicas (O74)	1	2,8	0	0,0	1	1,2
Infecção Puerperal (O85)	3	8,3	1	2,2	4	4,9
Embolia de Origem Obstétrica (O88)	1	2,8	4	8,9	5	6,2
Psicose Puerperal (F53)	0	0,0	1	2,2		
Morte materna direta sem causa definida (O95)	1	2,8	2	4,4	3	3,7
Total	36	100,0	45	100,0	81	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 54 (67,5%) casos de morte materna obstétrica direta (28 casos – 77,8% em 2005 e 26 casos – 59,1% em 2006), gerando uma subnotificação de 48,1% no período.

Por definição, morte materna obstétrica indireta seria aquela resultante de doença pré-existente ou que se desenvolve durante a gravidez e é agravada pelas mudanças fisiológicas 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 o achado da hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo encontrada nos exames de necropsia como determinante na classificação do caso como morte materna indireta por hipertensão arterial crônica, além de evidências na história clínica e dados de prontuário. Em situações de classificação duvidosa, recorreremos aos achados de endoteliose glomérulo-capilar na microscopia de corte renal (quando disponíveis) para classificarmos o caso como pré-eclâmpsia/eclâmpsia (morte materna obstétrica direta).

Relacionamos na Tabela 5 os 64 casos de morte materna obstétrica indireta ocorridos no biênio 2005/2006.

Tabela 5. Distribuição dos 64 casos de morte materna obstétrica indireta segundo causa de óbito pela CID-10 – Município de São Paulo – 2005/2006.

Classificação da CID-10	2005		2006		2005/2006	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensão Arterial Crônica (O10)	9	36,0	12	30,8	21	32,8
D. infecciosas e parasitárias class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O98)	9	36,0	8	20,5	17	26,6
<i>Broncopneumonia</i>	5		2		7	
<i>Endocardite</i>	0		1		1	
<i>Doença de Chagas</i>	1		1		2	
<i>Esquistossomose</i>	1		1		2	
<i>Hepatites</i>	0		1		1	
<i>Pielonefrite</i>	1		1		2	
<i>Tuberculose</i>	1		0		1	
<i>Septicemia</i>	0		1		1	
Outras doenças da mãe, class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O99)	7	28,0	19	48,7	26	40,6
Cardiopatas	6		9		15	
<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>	1		0		1	
<i>Valvulopatia (Congênita + Adquirida)</i>	1		2		3	
<i>Miocardiopatia</i>	3		5		8	
<i>Aneurisma de aorta</i>	1		2		3	
Embolia Pulmonar	0		1		1	
Coagulopatias	0		1		1	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1		1		2	
Epilepsia	0		1		1	
AVCI / AVCH	0		3		3	
Outros	0		3		3	
Óbitos Maternos Indiretos	25	100,0	39	100,0	64	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

A presença da morte materna foi identificada espontaneamente na Declaração de Óbito (morte materna declarada) em 34 (52,3%) casos de morte materna obstétrica indireta (10 casos – 40,0% em 2005 e 24 casos – 60,0% em 2006), resultando em uma subnotificação de 91,2%.

Ao efetuarmos o cruzamento entre a doença determinante do óbito e a cor/raça da gestante ou puérpera, verificamos que 56,3% das mulheres pretas faleceram devido a complicações da

hipertensão arterial (pré-eclâmpsia/eclâmpsia ou hipertensão arterial crônica) enquanto que na cor branca e na parda esse valor foi de 25,6% e 22,0% respectivamente.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos 145 casos de morte materna obstétrica (direta ou indireta) segundo a idade da gestante ou puérpera no momento do óbito.

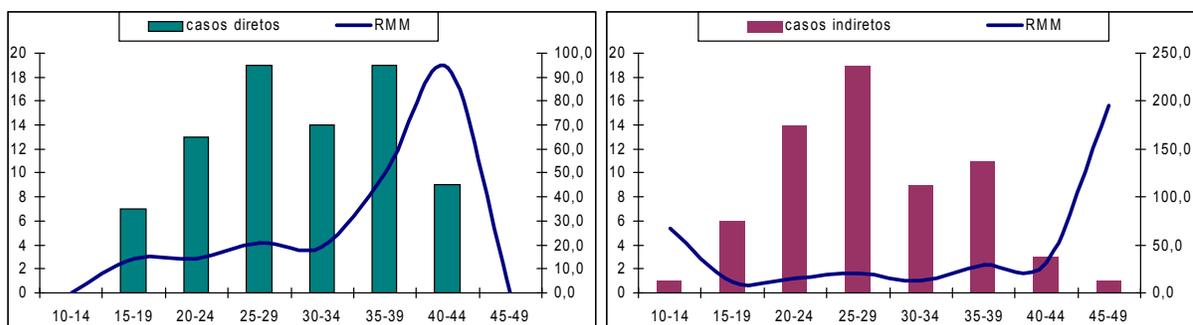
Tabela 6. Distribuição dos 145 casos de morte materna obstétrica por faixa etária segundo a causa de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2005/2006.

CID-10 \ IDADE (anos)	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
CAUSAS DIRETAS	0	7	13	19	14	19	9	0	81
Complicação de Aborto/Gravidez Ectópica e Molar	0	2	4	3	4	2	0	0	15
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia	0	2	3	6	3	5	1	0	20
Hiperemese Gravídica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Complicações Hepáticas	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Placenta Prévia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestação Abdominal	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Descolamento Prematuro de Placenta	0	1	1	2	0	0	0	0	4
Rotura Uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atonias e Acretismos	0	1	3	3	3	8	6	0	24
Complicações Anestésicas	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Infecção Puerperal	0	0	2	2	0	0	0	0	4
Complicações Venosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Embolia de Origem Obstétrica	0	0	0	1	1	1	2	0	5
Psicose Puerperal	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Necrose de Hipófise Pós-Parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétano Obstétrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casos Inconclusivos	0	1	0	0	1	1	0	0	3
CAUSAS INDIRETAS	1	6	14	19	9	11	3	1	64
Hipertensão Arterial Crônica	0	1	3	6	2	5	3	1	21
Broncopneumonias	0	1	1	3	2	0	0	0	7
Outras Doenças (infecciosas)	0	2	2	2	3	1	0	0	10
Cardiopatias	1	1	4	5	1	3	0	0	15
Outras Doenças (não infecciosas)	0	1	4	3	1	2	0	0	11
TOTAL	1	13	27	38	23	30	12	1	145

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

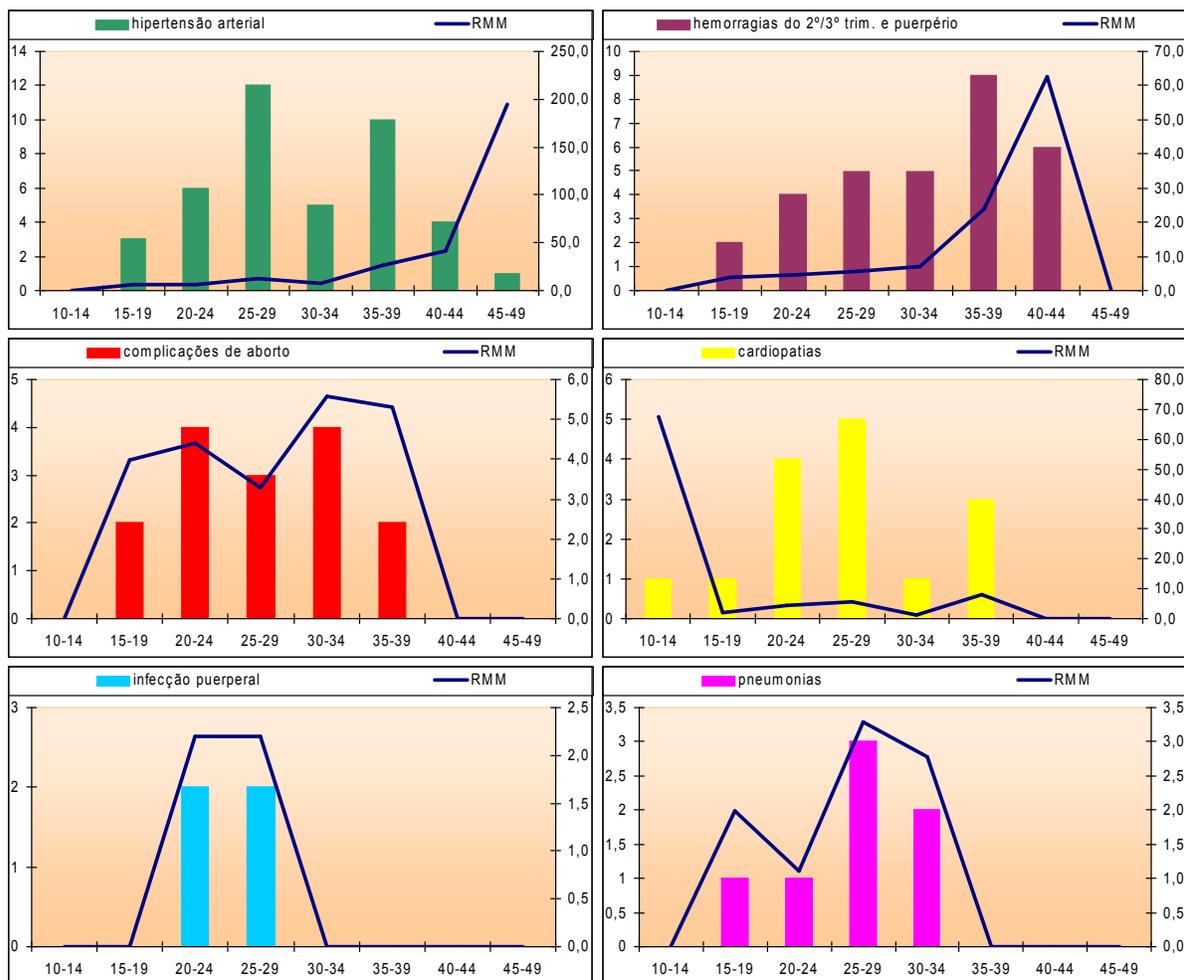
O Gráfico 1 representa a distribuição do total de casos diretos ou indiretos, com a respectiva curva da Razão de Mortalidade materna ao longo das faixas etárias e o Gráfico 2 a distribuição dos casos e o comportamento da RMM das seis principais causas de mortalidade materna segundo a idade da gestante ou puérpera no momento do óbito.

Gráfico 1. Distribuição dos 145 casos de morte materna (diretos e indiretos) e da RMM segundo a faixa etária – Município de São Paulo – 2005/2006.



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

Gráfico 2. Distribuição do número de casos e da RMM das seis principais causas de mortalidade materna segundo a faixa etária – Município de São Paulo – 2005/2006.



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

A Tabela 7 mostra as principais causas de mortalidade materna e suas respectivas RMM no Município de São Paulo, segundo o ano de ocorrência.

Tabela 7. Distribuição dos 145 casos de morte materna segundo as principais causas de mortalidade materna por ano de ocorrência e respectiva Razão de Mortalidade Materna Específica – Município de São Paulo – 2005/2006.

Classificação da CID-10	2005		2006		2005/2006	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão Arterial	20	32,8	21	25,0	41	28,3
Complicações		26,2		17,9	31	21,4
Hemorragias*	16		15			
Complicações de Aborto	3	4,9	12	14,3	15	10,3
Cardiopatias	6	9,8	9	10,7	15	10,3
Infecção Puerperal	3	4,9	1	1,2	4	2,8
Outras	13	21,3	26	31,0	39	26,9
Nascidos Vivos**	179256		173901		353157	
Total	61	100,0	84	100,0	145	100,0

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna - P.M.S.P. / Fundação SEADE

- Complicações hemorrágicas de 2º-3º trimestres e puerpério (Gestação Abdominal com feto viável – Placenta Prévia – Descolamento Prematuro de Placenta – Rotura Uterina – Atonias – Acretismos)

A correlação entre a patologia determinante do óbito e o tipo de procedimento obstétrico realizado é apresentado na Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição dos 145 casos de morte materna por procedimento realizado segundo as causas determinantes da mortalidade materna – Município de São Paulo – 2005/2006.

PROCEDIMENTO	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	8	19,5	10	32,3	0	0,0	4	26,7	2	50,0	7	17,9	31	21,4
Cesárea	25	61,0	21	67,7	0	0,0	6	40,0	2	50,0	15	38,5	70	47,6
Pós-morte	1	2,4	0	0,0	0	0,0	2	13,3	0	0,0	2	7,7	5	4,1
Não realizado	6	14,6	0	0,0	5	33,3	2	13,3	0	0,0	12	30,8	25	17,2
Aborto	0	0,0	0	0,0	10	66,7	1	6,7	0	0,0	1	2,6	12	8,3
Ignorado	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	2	1,4
TOTAL	41	100,0	31	100,0	15	100,0	15	100,0	4	100,0	39	100,0	145	100,0

(1) – Hipertensão arterial

(3) – Complicações de aborto

(5) – Infecção puerperal

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – PMSP

(2) – Complicações hemorrágicas de 2º-3º trimestre e puerpério

(4) – Cardiopatias

(6) – Demais causas de morte materna

Outra forma de se visualizar o comportamento da mortalidade materna é apresentar os dados obtidos agrupados segundo a síndrome que determinou o óbito materno (Tabela 9)

Tabela 9. Distribuição dos 145 casos de morte materna segundo o agrupamento sindrômico – Município de São Paulo – 2005/2006.

SÍNDROMES	Nº	%
Síndromes Hipertensivas	41	28,3
Hipertensão Arterial Crônica	21	
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	20	
Síndromes Infeciosas	31	21,4
Bacterianas puerperais	4	
Bacterianas – complicação de aborto	10	
Bacterianas – outras	17	
Síndromes Hemorrágicas	31	21,4
Hemorragia Puerperal	24	
Descolamento Prematuro de Placenta	4	
Placenta Prévia	3	
Outras patologias hemorrágicas	0	
Síndromes Tromboembólicas	5	3,4
Embolia Pulmonar não Obstétrica	0	
Embolia de Origem Obstétrica	5	
Outras patologias	37	25,5
Cardiopatias	13	
Diversas	21	
Indeterminadas	3	
TOTAL	145	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

A cada gestão e dentro de uma mesma administração, a estrutura organizacional da saúde passa por diversas alterações visando um melhor gerenciamento do sistema. Para darmos uma visão do processo de pesquisa e do comportamento da mortalidade materna ao longo do tempo, optamos por disponibilizar os dados apurados com base nos 96 Distritos Administrativos que compõe nossa cidade. A estrutura atual atribui a um ou mais Distritos Administrativos agrupados a capacidade de equacionar seus problemas tendo por base algumas facilidades administrativas ou de proximidade regional.

A Tabela 10 disponibiliza os 145 casos de mortalidade materna ocorridos no ano de 2005/2006, o número de nascidos vivos e a respectiva RMM segundo os 96 Distritos Administrativos do município de São Paulo.

Tabela 10. Distribuição dos 145 casos de morte materna, o número de nascidos vivos (NV) e a respectiva Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo os 96 Distritos Administrativos (apenas as ocorrências presentes) – Município de São Paulo – 2005/2006.

Distrito Administrativo	2005			2006			2005-2006		
	CASOS	NV	RMM	CASOS	NV	RMM	CASOS	NV	RMM
Água Rasa	1	1071	93,4	0	1116	0,0	1	2187	45,7
Aricanduva	0	1261	0,0	1	1266	79,0	1	2527	39,6
Artur Alvim	1	1484	67,4	0	1469	0,0	1	2953	33,9
Bom Retiro	1	605	165,3	1	616	162,3	2	1221	163,8
Brasilândia	3	5582	53,7	5	5231	95,6	8	10813	74,0
Butantã	0	690	0,0	1	653	153,1	1	1343	74,5
Cachoeirinha	0	2753	0,0	2	2792	71,6	2	5545	36,1
Campo Belo	1	789	126,7	0	778	0,0	1	1567	63,8
Campo Limpo	1	3475	28,8	1	3469	28,8	2	6944	28,8
Cangaíba	0	2294	0,0	2	2105	95,0	2	4399	45,5
Capão Redondo	0	4792	0,0	2	4788	41,8	2	9580	20,9
Casa Verde	0	1384	0,0	1	1322	75,6	1	2706	37,0
Cidade Ademar	0	4894	0,0	3	4726	63,5	3	9620	31,2
Cidade Dutra	3	3408	88,0	5	3292	151,9	8	6700	119,4
Cidade Líder	1	2109	47,4	0	1968	0,0	1	4077	24,5
Cidade Tiradentes	5	3571	140,0	3	3320	90,4	8	6891	116,1
Ermelino Matarazzo	0	2106	0,0	1	2108	47,4	1	4214	23,7
Freguesia do Ó	1	2109	47,4	0	2025	0,0	1	4134	24,2
Grajaú	2	7149	28,0	5	6982	71,6	7	14131	49,5
Guaianases	2	2142	93,4	2	1985	100,8	4	4127	96,9
Iguatemi	1	2314	43,2	0	2320	0,0	1	4634	21,6
Ipiranga	0	1467	0,0	1	1422	70,3	1	2889	34,6
Itaim Paulista	3	4035	74,3	3	4050	74,1	6	8085	74,2
Itaquera	4	3601	111,1	2	3529	56,7	6	7130	84,2
Jabaquara	1	3426	29,2	1	3316	30,2	2	6742	29,7
Jacanã	2	1367	146,3	2	1397	143,2	4	2764	144,7
Jaguara	1	340	294,1	0	319	0,0	1	659	151,7
Jaraguá	4	3372	118,6	5	3274	152,7	9	6646	135,4
Jardim Ângela	3	5558	54,0	5	5494	91,0	8	11052	72,4
Jardim Helena	0	2584	0,0	1	2511	39,8	1	5095	19,6
Jardim São Luís	2	4847	41,3	2	4579	43,7	4	9426	42,4
Lajeado	1	2960	33,8	2	3025	66,1	3	5985	50,1
Limão	1	1366	73,2	1	1310	76,3	2	2676	74,7
Moema	0	810	0,0	1	817	122,4	1	1627	61,5
Parelheiros	0	2661	0,0	1	2596	38,5	1	5257	19,0
Parque do Carmo	1	1247	80,2	0	1109	0,0	1	2356	42,4
Pedreira	0	2322	0,0	2	2185	91,5	2	4507	44,4

continua

Distrito Administrativo	2005			2006			2005-2006		
	CASOS	NV	RMM	CASOS	NV	RMM	CASOS	NV	RMM
Penha	1	1711	58,4	0	1662	0,0	1	3373	29,6
Pirituba	2	2683	74,5	1	2545	39,3	3	5228	57,4
Ponte Rasa	1	1390	71,9	0	1378	0,0	1	2768	36,1
Rio Pequeno	0	2363	0,0	1	2145	46,6	1	4508	22,2
Sacomã	2	3699	54,1	4	3670	109,0	6	7369	81,4
Santana	1	1404	71,2	0	1361	0,0	1	2765	36,2
Santo Amaro	1	815	122,7	0	790	0,0	1	1605	62,3
São Domingos	0	1274	0,0	1	1244	80,4	1	2518	39,7
São Lucas	0	2055	0,0	1	1776	56,3	1	3831	26,1
São Mateus	1	2847	35,1	1	2710	36,9	2	5557	36,0
São Miguel	1	2025	49,4	0	1959	0,0	1	3984	25,1
São Rafael	0	2325	0,0	2	2325	86,0	2	4650	43,0
Sapopemba	1	4771	21,0	0	4699	0,0	1	9470	10,6
Tatuapé	0	954	0,0	2	903	221,5	2	1857	107,7
Tremembé	1	3283	30,5	1	3263	30,6	2	6546	30,6
Vila Curuçá	0	2498	0,0	2	2412	82,9	2	4910	40,7
Vila Maria	0	2109	0,0	1	1887	53,0	1	3996	25,0
Vila Matilde	1	1354	73,9	0	1395	0,0	1	2749	36,4
Vila Medeiros	1	2007	49,8	0	1989	0,0	1	3996	25,0
Vila Prudente	0	1274	0,0	1	1245	80,3	1	2519	39,7
Vila Sônia	1	1675	59,7	1	1688	59,2	2	3363	59,5
Ignorado	0	384	0,0	1	68	1470,6	1	452	221,2
Total	61	179256	34,0	84	173901	48,3	145	353157	41,1

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna - P.M.S.P. / Nascidos Vivos – Fundação SEADE

CRUZAMENTO DOS BANCOS DE DADOS SIM / SINASC

Como referido na Metodologia, a partir de 2005 estaremos efetuando o cruzamento do Banco de Dados do SIM com o do SINASC como método complementar na identificação dos casos positivos para morte materna.

O cruzamento dos referidos bancos identificou a presença de 38 (14,4%) casos além dos captados pelo Método de Máscaras. Um (0,4%) caso de Psicose Puerperal (Morte Materna Obstétrica Direta), um (0,4%) caso de Hipertensão Arterial Sistêmica (Morte Materna Obstétrica Indireta) que afirmava na Declaração de Óbito que a falecida não estava grávida nem puérpera, três (1,1%) casos de Morte Materna Obstétrica Tardia que negavam a presença de puerpério tardio e 33 (12,5%) casos de Morte Materna Não Obstétrica.

MORTE MATERNA OBSTÉTRICA TARDIA

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 11). 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 29 casos de morte materna obstétrica tardia, em cinco (17,2%) houve referência explícita na Declaração de Óbito à presença do estado gestacional (Morte Materna Declarada), gerando uma subnotificação de 380,0%. Em um (3,5%) caso de morte materna tardia foi informado no Campo 43 da Declaração de Óbito que a falecida estava gestante e em 4 (13,8%) casos o Campo 44, que questiona a existência do puerpério tardio, foi taxado como negativo. Ambos os campos foram preenchidos de forma correta em sete (24,1%) casos. Em 26 (89,7%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. A necropsia foi realizada em 14 (48,3%) casos e em cinco (17,2%) desses a morte materna foi declarada.

A Razão de Mortalidade Materna Tardia para o biênio 2005/2006 foi de 7,6/100000 NV.

Tabela 11. Distribuição dos 29 casos de morte materna obstétrica tardia segundo as causas de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2005/2006.

Morte Materna Obstétrica Tardia	n	N	%
Causas Diretas		5	17,2
Coriocarcinoma (3m)	1		
Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia (3m)	1		
Descolamento Prematuro de Placenta (2m)	1		
Infecção puerperal (2m, 3m)	2		
Causas Indiretas		24	82,8
Hipertensão Arterial Crônica (2m, 2m, 2m, 2m, 4m, 5m, 6m, 6m, 8m, 10m, 11m)	11		
Cardiopatia Chagásica (7m, 8m, 9m)	3		
Cardiopatias (2m, 3m)	2		
Lupus Eritematoso Sistêmico (3m, 7m) (ignorado**)	3		
Outras causas (46d, 2m, 3m, 5m, 11m)	5		
TOTAL		29	100,0

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

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

** - Casos comprovados de morte materna tardia porém, sem referência específica à data do parto

MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA

NOTA DE ESCLARECIMENTO: O estudo dos casos através da busca ativa de ocorrências e da realização das visitas domiciliar e hospitalar, metodologia adotada pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, produz uma riqueza de informações ímpar, possibilitando uma classificação mais adequada de cada caso estudado.

Dessa forma, o Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo optou, desde a sua implantação oficial em 1992, a estabelecer a classificação final do caso baseado em evidências clínicas que possibilitem determinar a influência do ciclo gravídico-puerperal sobre a doença de base que determinou o óbito materno.

Para exemplificarmos o acima exposto, nos valem dos casos envolvendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA). Quando o óbito se deu por complicações específicas da AIDS/SIDA (Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *pneumocisti carinii*, etc) o caso é classificado como sendo de Morte Materna Não Obstétrica devido às complicações determinadas pela própria patologia de base, já que são manifestações graves da doença e o tratamento da AIDS/SIDA não é contraindicado na gestação. Entretanto, se a falecida era HIV positivo e o óbito se deu por alguma complicação clínica envolvendo o ciclo gravídico-puerperal (infecção puerperal, eclâmpsia, atonia uterina, etc) o caso é classificado como Morte Materna Obstétrica (Direta ou Indireta), sendo a AIDS/SIDA considerada apenas como fator coadjuvante mas não determinante do óbito.

Raciocínio semelhante é adotado nos casos de neoplasias e infecções de grande gravidade (meningite meningocócica, apendicite). Sabemos do dilema enfrentado pela família e pela equipe médica no que tange às neoplasias, onde o tratamento muitas vezes é postergado até se atingir a viabilidade fetal. Essas ocorrências são sempre analisadas caso-a-caso.

Encontramos 91 casos de morte materna não obstétrica, sendo 31 (34,1%) casos até 42 dias de puerpério e 60 (65,9%) casos com óbito de 43 dias até um ano de puerpério.

A Tabela 12 disponibiliza os 91 casos de morte materna não obstétrica identificados durante a pesquisa.

Tabela 12. Distribuição dos 91 casos de morte materna não obstétrica segundo causas de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2005/2006.

MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA	n	N	%
ATÉ 42 DIAS DE PUERPÉRIO		31	34,1
Acidentes / Suicídios / Violência	17		
Neoplasia	3		
AIDS	6		
Processos Infeciosos	5		
DE 43 DIAS DE PUERPÉRIO ATÉ 1 ANO		60	65,9
Acidentes / Suicídios / Violência	16		
Neoplasia	19		
AIDS	5		
Processos Infeciosos	9		
Outros	11		
TOTAL		91	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

A morte materna foi declarada em 5 (5,5%) casos, gerando uma subnotificação de 1720,0% para o período e 75 casos, correspondendo a 82,4% das ocorrências, faleceram dentro de um ambiente hospitalar.

RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA

Apresentamos na Tabela 13 as quatro Razões apuradas nesta pesquisa, assim como os respectivos números de casos de morte materna.

Tabela 13. Número de casos e Razões de Mortalidade Materna (por 100000 NV) segundo a atual definição da OMS (CID-10) – Município de São Paulo – 2005/2006.

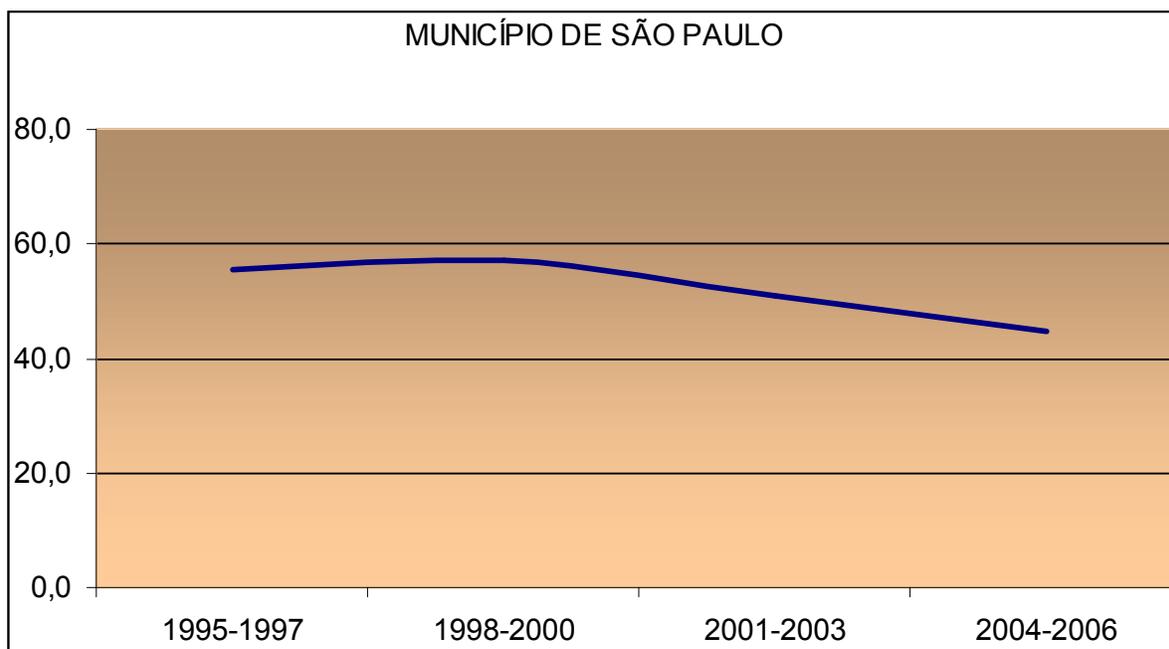
INDICADORES	2005		2006		2005/2006	
	N	RMM	N	RMM	N	RMM
RMM	61	34,0	84	48,3	145	41,1
RMM Tardia	12	6,7	17	9,8	29	8,2
RMM Relacionada à Gestação	73	40,7	103	59,2	176	49,8
RMM Relacionada à Gestação até 1 Ano	119	66,4	146	84,0	265	75,0
Nascidos Vivos	179256		173901		353157	

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP / Fundação SEADE

O estudo desempenhado pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo verificou que a Razão de Mortalidade Materna pode sofrer grandes variações quando analisadas ano a ano⁽⁸⁾. Tal comportamento geralmente não tem vínculo direto com o atendimento prestado na área da saúde pois o planejamento estratégico e o desempenho das ações propostas não têm grande impacto em um dado momento que possa justificar a redução ou o aumento desse indicador na análise anual.

No intuito de minimizarmos esse efeito, considerado mais aleatório do que causal, disponibilizamos abaixo uma análise trienal do comportamento da Razão de Mortalidade Materna (Gráfico 3).

Gráfico 3. Comportamento trienal da Razão de Mortalidade Materna – Município de São Paulo – 1995/2006.



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

DISCUSSÃO

A exemplo do último Relatório de Mortalidade Materna (2003/2004)⁽⁸⁾ daremos prosseguimento à confecção de Relatórios bienais para apresentação dos dados coletados. Este Relatório abrange o 13º e o 14º anos de pesquisa ininterrupta do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. O Município de São Paulo computou durante o biênio 2005-2006 um total 9014 óbitos de mulheres em idade fértil. Desde o início de sua existência oficial até o ano de 2006 o Comitê aplicou o Método de Máscaras para selecionar prováveis ocorrências de morte materna em 60437 casos, resultando em um total de 2070 eventos onde o ciclo gravídico-puerperal esteve presente até um ano antes do óbito (2044 residentes na cidade de São Paulo).

A partir do ano de 2005 estamos agregando ao Método de Máscaras mais um fator de triagem de casos potencialmente positivos para morte materna. Consiste no cruzamento do nome da mãe constante na Declaração de Nascido Vivo com o nome da falecida, nas Declarações de Óbito. O período de cruzamento se estende até um ano do parto propriamente dito. Essa metodologia é empregada em vários países desenvolvidos⁽¹⁵⁾ e se traduz de grande valia para a captação de casos. No nosso meio a utilizamos como metodologia complementar ao Método de Máscaras pois, ao nosso ver, o cruzamento desses bancos de dados não abrange as mulheres que apresentaram abortamentos ou recém-nascidos mortos.

IDADE

Em uma grande cidade como São Paulo, o perfil da maternidade é um pouco diferente das cidades de menor porte. A inserção no mercado de trabalho praticamente obriga a mulher a postergar para o futuro os planos de engravidar. Notamos, na atualidade, um aumento do número de gestações em faixas etárias maiores e uma estagnação nas idades mais precoces. Entretanto, tal comportamento não acarretou influência significativa na curva da Razão de Mortalidade Materna pelas diversas faixas etárias, que continua alta nos extremos da idade reprodutiva e mantém o mesmo comportamento observado nos anos anteriores⁽⁸⁾. No intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna, países desenvolvidos conseguiram resultados importantes com a instituição de programas de planejamento familiar específicos para essas faixas etárias⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Apesar da maior parte do contingente de nascidos vivos abranger as faixas de 20 a 24 e de 25 a 29 anos, verificamos, no biênio estudado, um predomínio de ocorrências de morte materna nas faixas etárias de 25 a 29 e de 35 a 39 anos. A maioria dos óbitos por hipertensão arterial (29,3%) e por complicações hemorrágicas de 2º-3º trimestres e puerpério (29,0%) aconteceram nas faixas etárias de 25 a 29 e 35 a 39 anos, respectivamente.

ESTADO CIVIL – RAÇA/COR - ESCOLARIDADE

O que mais chama a atenção na análise dessas variáveis é o fato da hipertensão arterial ser responsável por 56,3% dos óbitos maternos nas mulheres de cor preta enquanto que nas de cor brancas é responsável por 25,6% das mortes maternas.

Desnecessário comentar o péssimo preenchimento das informações referentes às variáveis sócio-demográficas, principalmente quanto à escolaridade, onde em 41,1% o campo não foi preenchido. Quanto ao endereço residencial, a duplicidade de ruas, bairros inexistentes e informações controversas dificultam o processo de pesquisa. Sem dúvida, a grande quantidade de municípios satélites ao redor da capital favorece a procura por atendimento diferenciado nos vários recursos de saúde que a cidade de São Paulo oferece, muitas vezes obrigando a paciente a fornecer um endereço fictício ou de algum conhecido residente na cidade para poder ser atendida.

As dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e foram objeto de consideração em outras pesquisas^(7, 22).

NOTIFICAÇÃO DA MORTE MATERNA

Desde 1997 a morte materna é considerada um evento de notificação compulsória. O legista, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, deveria estar atento à legislação vigente e proceder à notificação do óbito às autoridades competentes. No mínimo, deveria acrescentar informações na Declaração de Óbito que alertassem para a presença de uma morte materna. A grande dificuldade ainda reside no Instituto Médico Legal, detentor de 227,3% de subnotificação, que ainda possui uma estrutura de informação deficiente e carente de recursos de informática. Infelizmente, por ser órgão pertencente à Secretaria de Segurança Pública e não à área da Saúde, as tentativas de diminuir esse grau de subnotificação resultaram infrutíferas até o presente momento.

A mudança do perfil do médico legista/patologista é tarefa árdua, pois eles têm o hábito de relatar na Declaração de Óbito apenas fatos diretamente correlacionados com a causa do óbito, esquecendo-se muitas vezes de que o estado gestacional ou puerperal pode agravar ou desencadear uma gama de complicações que culmina com o êxito letal. Porém, a responsabilidade não é só do legista pois, se assim fosse, deixaríamos de presenciar a ocorrência de 31,0% de subnotificação nos casos onde não foi efetuada a necropsia, mostrando que nem o médico que cuidou do caso se lembra de relatar que a falecida estava grávida ou puérpera ou correlacionar a gestação e suas mudanças fisiológicas como fator agravante de alguma situação pré-existente. Esse indicador é mais evidente nos casos indiretos (88,2%), pois, parte das vezes, é outro médico que não o obstetra, que fornece a Declaração de Óbito. Ao contrário dos anos anteriores, a subnotificação deste biênio foi menor (64,8%), facilitando o processo de busca e investigação de casos. Entretanto, esse é um problema mundial e atinge também os países considerados desenvolvidos e com baixas Razões de Mortalidade Materna^(15, 23).

ATENDIMENTO HOSPITALAR

A quase totalidade dos casos (95,9%) veio a óbito dentro de um ambiente hospitalar, com realização de 62,1% de necropsias. Entretanto, não temos dados suficientes para opinar sobre a qualidade desse atendimento.

Em alguns relatos de caso verificamos uma demora excessiva na tomada de decisão frente a um problema, quer por falta de estrutura física ou operacional da unidade de saúde, impossibilitando um atendimento adequado (falta de Unidade de Terapia Intensiva ou Semi-intensiva, banco de sangue deficitário, dificuldade de remoção para centros terciários, dentre

outros), quer por problemas intrínsecos à formação, como equipes multiprofissionais despreparadas para lidar com quadros mais graves.

Nos 105 atendimentos prestados pelos hospitais subordinados à administração pública (direta ou indireta), notamos que mais da metade dos casos (52,9%) foi atendida em Supervisões de Área diferentes da região de abrangência da residência da falecida, mostrando que o atendimento regionalizado precisa ser aprimorado. É importante evitar que a gestante ou puérpera efetue grandes deslocamentos para obter cuidados médicos.

Amplamente discutido por Tanaka⁽²⁴⁾, a busca infrutífera por um atendimento próximo ao local de residência ou a peregrinação por vários hospitais até conseguir o atendimento, produz efeito direto nas condições materno-fetais, contribuindo substancialmente para o desfecho trágico.

Na avaliação do tipo de Hospital onde ocorreu o óbito (Privado ou Público Municipal / Estadual / Conveniado), notamos um predomínio de casos no setor público (105 casos – 72,4%). Tal fato se justifica pela maior oferta de leitos de maternidade disponíveis neste segmento e pela fatia populacional que se utiliza desse sistema. O setor público realizou 225.938 partos durante o biênio 2005/2006, correspondendo a 58,9% do total de partos de nosso município. Essa desproporção entre a percentagem de óbitos e de partos se justifica tanto pelos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do Setor Privado, tendo em vista o alto custo gerado no tratamento dessas doenças e suas complicações como pelo fato de a mortalidade materna acometer as populações mais carentes e desprovidas de recursos. Não devemos nos esquecer, no entanto, que parte dos hospitais públicos estão defasados em tecnologia, leitos de UTI e corpo clínico, o que gera uma sobrecarga na demanda e dificulta o atendimento adequado que alguns casos exigem.

Confirmando a tendência dos anos anteriores⁽⁸⁾, a hipertensão arterial (pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão crônica) continua a ocupar o primeiro lugar na lista com 28,3% dos casos e uma Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) de 11,6/100000 NV. Em segundo lugar encontramos os quadros hemorrágicos de 2º-3º trimestres e puerpério (placenta prévia – descolamento prematuro de placenta – rotura uterina – atonias e acretismos) – 21,4% dos casos, com uma RMME de 8,8/100000 NV. No decorrer dos últimos anos podemos verificar que o terceiro lugar vem se alternando entre as complicações de aborto e as cardiopatias. No biênio estudado, as complicações de aborto e as cardiopatias respondem igualmente pelo terceiro lugar, com uma RMM de 4,2/100000 NV. A infecção puerperal apresentou queda no último biênio, com uma RMM de 1,1/100000 NV. A presença ativa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o cuidado na revisão do canal de parto após a realização do procedimento obstétrico podem ter sido fatores decisivos para desencadear a queda desse indicador aos níveis anteriormente observados.

TIPO DE PARTO

Quanto à via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 75 (51,7%) cesarianas - 69 em vida e seis pós-morte, valor elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%), apesar de ser menor que o índice do biênio anterior (54,2%). Excetuando-se as cesáreas pós-morte, conseguimos identificar uma justificativa plausível para a execução do ato em 63 (91,3%) delas, quer por distócias e/ou iteratividade, quer por condições materno-fetais graves. A gravidade dessas ocorrências é corroborada pela presença de 25 (17,2%) casos onde o óbito materno ocorreu antes da realização de qualquer procedimento obstétrico (morte materna com feto intra-útero). Entretanto, a realização desse ato cirúrgico colaborou para a ocorrência do óbito em 24 (34,8%) casos.

ANÁLISE SINDRÔMICA

Outra forma de abordarmos o problema da morte materna é a realização de um estudo onde os casos são agrupados de acordo com a síndrome determinante do óbito (Tabela 9). Verificamos que a hipertensão arterial é a causadora de 28,3% dos óbitos maternos, seguido dos quadros infecciosos e dos hemorrágicos, responsáveis, cada um, por 21,4% das ocorrências.

Tal análise é importante pois os fatores determinantes de cada óbito são praticamente os mesmos dentro de uma determinada síndrome.

Nos casos de hipertensão arterial passamos por medidas adequadas de planejamento familiar, estabilização prévia do quadro hipertensivo antes do início da gestação, realização de um pré-natal digno e consciente, com encaminhamento dos casos mais graves para Ambulatórios de Atendimento à Gestação de Risco, disponibilidade de medicamentos apropriados e específicos para o tratamento anti-hipertensivo e atendimento em hospitais dotados de infra-estrutura adequada, com suporte de equipe e estrutura física adequados a esses casos.

Na atenção aos quadros infecciosos verificamos a necessidade de um planejamento familiar mais ativo e com disponibilidade/variedade de métodos contraceptivos, visando a redução dos casos de aborto inseguro. É importante salientar que o parto normal e a cesariana dividiram igualmente a responsabilidade pelas ocorrências. Importante salientar que a presença de restos placentários, corpos estranhos e a necessidade de reoperação devido à sangramento em histerorrafia denotam que a qualidade de atendimento ao parto e ao puerpério ainda deixa muito a desejar.

Na análise dos casos de correntes de hemorragia do 2º-3º trimestres e puerpério verificamos que 77,4% dos casos foram decorrentes de atonias e acretismos placentários.

Já é amplamente conhecida a associação entre acretismo placentário e antecedentes obstétricos, com um evidente aumento nos casos de cesárea prévia^(25, 26). É de extrema importância a conscientização da classe médica para não realizar a primeira cesárea sem a existência de uma justificativa obstétrica plausível, favorecendo uma condição para se justificar a realização das cesáreas subseqüentes.

Entretanto, verificamos relatos de puérperas (independentemente do tipo de parto realizado) completamente abandonadas no pós-parto imediato, onde o risco de atonia é mais presente. Acreditamos que uma supervisão de enfermagem mais ativa e uma tomada de decisão mais ativa de como e quando intervir sejam decisivas para a redução desses eventos.

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

Verificamos no Gráfico 2 que o comportamento da RMM de acordo com a doença ou processo patológico estudado varia em cada situação. O estudo das modificações que cada doença apresenta é importante para identificarmos as faixas etárias mais vulneráveis e traçarmos estratégias de combate mais específicas a cada processo.

Encontramos neste estudo uma Razão de Mortalidade Materna de 41,1/100000 NV para o biênio 2005/2006. Este valor reflete uma diminuição de 14,3% em comparação com o biênio anterior (2003/2004) e uma redução de 24,7% em relação a 2001/2002⁽⁸⁾.

Lembramos que esta pesquisa foi realizada através de um processo 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.

Podemos verificar na Tabela 10 a grande variação da RMM entre os 96 Distritos Administrativos da cidade de São Paulo, mostrando 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) a outras cujo indicador reflete mais a situação de um país em desenvolvimento.

Numa análise mais específica abrangendo cada Distrito Administrativo que compõe as Supervisões Técnicas de Saúde, com seus casos e sua respectiva população de nascidos vivos, detectamos que o problema da morte materna acomete todas as classes sócio-econômicas, com uma prevalência maior nas áreas menos favorecidas. Entretanto, um estudo mais detalhado de cada região, com seus problemas intrínsecos e suas dificuldades específicas, seria de grande valia para que medidas específicas apropriadas pudessem ser tomadas visando à redução desse indicador.

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

MORTE MATERNA TARDIA

Conforme relatado anteriormente, desde 1996, estamos divulgando a Razão de Mortalidade Materna Tardia, baseada nos casos de morte materna direta ou indireta que ocorreram de 43 dias até um ano após término da gestação .

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 29 óbitos maternos obstétricos tardios. O óbito materno ocorreu em média cinco meses após o término da gestação, sendo três meses nos de causa direta e cinco meses nos de causa indireta. A morte materna foi declarada em cinco casos, resultando em uma subnotificação de 480,0%.

A maior dificuldade encontrada no que se refere à pesquisa envolvendo morte materna tardia é o alto grau de subnotificação (mais do que sete vezes o observado nos óbitos até 42 dias de puerpério). Os casos subnotificados 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, chegar a um domicílio pode às vezes se transformar em um trabalho insano: a falta de pontos de referência para localização do endereço registrado na Declaração de Óbito, a multiplicidade de ruas homônimas, a dificuldade de acesso ao local e a ausência de familiares no local, devido à desagregação familiar que a morte materna gera, torna quase impossível uma coleta de dados satisfatória que possa ser utilizada no estudo de casos. 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.

MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA

Apenas a título informativo, diagnosticamos a ocorrência de 91 casos (34,3%) de morte materna não obstétrica entre o total de 265 casos identificados no biênio 2005/2006.

Apesar desses dados não serem utilizados para o cálculo da RMM 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.

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) As equipes do Programa de Saúde da Família devem ser recicladas com noções básicas de patologia obstétrica, adquirindo condições para identificar um caso de risco e proceder ao encaminhamento adequado;

3) A utilização de protocolos de atendimento deve ser incentivada e cobrada nas mais variadas instâncias, utilizando-se critérios de medicina baseada em evidências;

4) A possibilidade de grandes deslocamentos dentro da cidade de São Paulo na busca por serviços de diagnose e terapia especializada deve ser minimizada. A usuária do sistema de saúde público deve obter acesso a praticamente todos os serviços de saúde dentro de um perímetro urbano aceitável. A regionalização dos serviços de atendimento à saúde deve ser priorizada,

reduzindo a possibilidade de deslocamento a casos excepcionais. Todas as Supervisões Técnicas de Saúde devem dispor de pelo menos um Ambulatório de Atendimento à Gestação de Risco e um hospital de porte secundário/terciário de referência para casos complicados com equipe treinada para lidar com as eventuais complicações obstétricas;

5) 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 sua locomoção quando necessita realizar um exame ou consulta longe da sua residência. A revisão sistemática dos medicamentos disponíveis na REMUME e a disponibilidade do bilhete eletrônico para o seu deslocamento pelo sistema viário na busca de consultas e/ou exames são medidas que deve ser implementadas e priorizadas;

6) Precisamos personalizar e facilitar o atendimento nas gestações, principalmente as que envolvem risco materno e/ou fetal, que necessitam de uma atenção maior tendo em vista serem alvo das complicações mais freqüentes (no nosso estudo observamos que 72,2% dos casos de morte materna estavam envolvidos com fatores de risco gestacional). A gestante portadora de patologia de risco não deve ser atendida em lugar precário ou em Unidades Básicas despreparadas. Devemos capacitar essas Unidades Básicas, tanto do ponto de vista tecnológico como na qualificação da equipe multiprofissional que presta atendimento, para que esse olhar seja diferenciado e propicie um serviço de pré-natal de qualidade. Os casos mais graves ou de difícil manuseio devem ser encaminhados para Ambulatórios de Atendimento à Gestação de Risco, com recursos adequados para realização de exames em tempo hábil, atendidos por profissionais altamente capacitados, onde as medidas aplicadas possam surtir o efeito esperado. Entretanto, não podemos nos esquecer que praticamente 1/4 dos óbitos aconteceram em mulheres sãs. O descuido e o descaso no atendimento à gestação, ao parto e ao puerpério deve ser minimizado;

7) É de extrema importância a conscientização da população quanto à necessidade de realização do acompanhamento pré-natal. Como visto nos dados apresentados, 23,4% dos casos apurados não fizeram pré-natal;

8) A prevenção, a identificação precoce e o tratamento adequado de um caso de pré-eclâmpsia é fundamental para um desfecho bem sucedido. A Área Técnica da Saúde da Mulher, subordinada a Coordenação da Atenção Básica, preconiza que toda a gestante tenha uma suplementação adequada de cálcio; naquelas que possuam fatores de risco para o desenvolvimento da doença ou níveis pressóricos acima do esperado recomenda a utilização de Ácido Acetil Salicílico em baixas doses, estimula a gestante a procurar semanalmente a Unidade Básica de Saúde entre a 28^a e a 32^a semanas de gestação para verificação dos seus níveis pressóricos e realiza pesquisa de proteinúria em fita;

9) No Município de São Paulo, os leitos destinados ao atendimento dos casos obstétricos estão concentrados, em grande parte, em regiões mais centrais. É imperiosa a reativação e uma melhor distribuição dos leitos nas regiões periféricas da cidade, 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. Devemos continuar insistindo no fortalecimento de uma grade de atendimento à gestação, quer seja de baixo, médio ou alto risco, coerente e funcionando a contento. Na eventualidade de o Hospital referenciado não dispor de vaga para o atendimento, este deve providenciar a remoção do caso para outro serviço com segurança e presteza, minimizando a ocorrências de complicações. Para viabilizar esse processo, é fundamental a manutenção de uma central de vagas ativa e bem estruturada;

10) 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. Esses 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 em locais que dispõe de recursos adequados como leitos de UTI neonatal. Em muitos casos, sabemos que é a vaga na UTI neonatal que determina a internação da gestante nesse ou naquele hospital;

11) 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;

12) A equipe de enfermagem deve estar sempre atenta aos quadros hemorrágicos do pós-parto, principalmente aqueles que ocorrem no Quarto Período do Parto (Período de Greenberg) e nas horas subsequentes, onde a atonia uterina é mais freqüente. A identificação precoce de um quadro hemorrágico é fundamental para evitar a instalação de uma coagulopatia de consumo. A equipe médica, quando avisada a contento, deve agir com presteza e rigor na tomada de conduta frente a uma hemorragia puerperal;

13) O estudo de um caso de morte materna é de uma riqueza ímpar e não pode ser menosprezado. É da competência dos Hospitais envolvidos com essa fatalidade a realização de Reuniões Anátomo-Clinicas 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, identificar falhas, averiguar eventuais responsabilidades, 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 Locais de Morte Materna para que possam desempenhar o processo de levantamento dos dados de forma mais completa e integrada;

14) A morte materna é a ocorrência mais subnotificada no mundo e considerada, em nosso país, como evento de notificação compulsória e assim deve ser encarado (Resolução Ministerial nº 256 de 01 de outubro de 1997 e Portaria Ministerial nº 653 de 28 de maio de 2003). As equipes médicas devem ser constantemente treinadas para reportar na Declaração de Óbito a presença ou a correlação do caso com o ciclo gravídico-puerperal;

15) Um Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva adequado e eficaz, onde se possa escolher o melhor momento para a vigência de uma gravidez é fundamental, diminuindo portanto os casos de gestação indesejada e conseqüentemente os casos de morte materna por abortamento inseguro;

16) A mulher portadora de uma patologia de base (hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, diabetes, tireopatias) deve ser orientada antes de engravidar para os riscos advindos das modificações gravídicas sobre um organismo já comprometido. Na manifestação do desejo de engravidar, deve ter suas medicações revistas e adequadas antes da instalação da gravidez propriamente dita, estabilizando o seu quadro clínico e propiciando uma melhor adaptação ao estado gestacional;

17) 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. Acreditamos que as diretrizes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana ajam como agente catalizador desse processo, melhorando a qualidade do pré-natal;

18) A agenda das consultas de pré-natal e puerpério deve ser planejada com antecedência, evitando a chamada “alta do pré-natal”. A gestante não consegue marcar sua consulta de retorno semanal no último mês de pré-natal pois a agenda já está lotada, obrigando-a a finalizar seu pré-natal em pronto-socorros e pronto-atendimentos. A consulta de puerpério deve ser agendada com a paciente ainda internada ou vinculada ao primeiro atendimento de puericultura;

19) Não podemos nos esquecer que a infecção puerperal se traduz na quinta causa de morte materna em nosso município. A puérpera deve ser orientada para a identificação de sinais e sintomas que possam sugerir a instalação de um processo infeccioso e procurar ajuda de imediato.

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, 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 para sua redução é de todos nós, profissionais da saúde, população atendida, educadores, professores, sociólogos e políticos. 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.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
2. Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Rev Saúde Pública, 22 (6):507-12, 1988.
3. Coordenação Materno-Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Ministério da Saúde; 1994.
4. WHO. Safe motherhood fact sheet. Safe Motherhood Initiative. In: <http://www.safemotherhood.org>; 2004. Acesso em 2004.
5. Câmara Municipal do Município de São Paulo. Lei Municipal 11.313. In: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007/portal/secretarias/saude/legislacao/0168>; 1992. Acesso em 2007.
6. Braga LFO, Soares VMN. Implantação dos Comitês de Morte Materna no Paraná. Femina, 18:432-6, 1990.
7. 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, 19:179-82, 1997.
8. Vega CEP. Relatórios de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. In: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007>; Acesso em 2009.
9. Saúde OP-Ad. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Rede Interagencial de Informação para a Saúde; 2008.
10. Comissão Nacional de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde. Dados de mortalidade materna divulgados pela OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Fundo de População das Nações Unidas. In: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22177; 2004. Acesso em 2007.
11. Laurenti R, Jorge MHPdM, Gotlieb SLD. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna - Relatório Final. Relatório Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. bras. epidemiol., 7 (4):449-60, 2004.
13. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2007.
14. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2002.
15. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. Obstet Gynecol, 86 (4 Pt 2):700-5, 1995.
16. The National Institute for Clinical Excellence. Why Mothers Die 1997-99 - The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. In: <http://www.doh.gov.uk/cmo/mdeaths.htm>; 2001. Acesso em 2004.
17. WHO. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão; 1993.
18. Loudon I. Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. American Journal of Clinical Nutrition, 72 (1 Suppl):241S-246S, 2000.
19. Nour NM. An introduction to maternal mortality. Rev Obstet Gynecol.. 1 (2):77-81, 2008.
20. Prata N, Sreenivas A, Vahidnia F, Potts M. Saving maternal lives in resource-poor settings: Facing reality. Health Policy, 2008.
21. Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. Contraception and abortion in Argentina: perspective of obstetricians and gynaecologists. Salud Publica Mex, 50 (1):32-9, 2008.

22. Vega CEP, Marcus PAF, Pazero LC, Boyaciyán K, Barbosa SA. Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1999. *Rev Ginecol Obstet*, 14 (2):52-9, 2003.
23. 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*, 20 (3):717-21, 1991.
24. Tanaka ACdA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec - ABRASCO; 1995.
25. Lira Plascencia J, Ibarguengoitia Ochoa F, Argueta Zúñiga M, Karchmer K. S. Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex*, 63 (8):337-40, 1995.
26. Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo. *Rev. bras. ginecol. obstet*, 23 (7):417-22, 2001.

ANEXO A

INVESTIGAÇÃO DE CASO DE MORTALIDADE MATERNA – VISITA DOMICILIAR

Nome: _____ **DO n°:** _____
Nasc.: _____ **Óbito:** _____ **Idade:** _____ **Natural.:** _____ **Estado:** _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Est.Civil: _____ **Raça:** _____ **Escolaridade:** _____ **Convênio Médico:** _____
Possuía alguma doença ou fazia algum tratamento: _____ **Qual:** _____
Usava método anticoncepcional? _____ **Qual:** _____
Tomava algum medicamento regularmente? _____ **Qual:** _____
Fumava? (_____ /dia) **Tomava bebida alcoólica?** _____ **Usava drogas?** _____
Gestações Anteriores: _____ **Normais:** _____ **Cesáreas:** _____ **Abortos:** _____
Intercorrência em gestação anterior? _____ **Qual:** _____
Última Menstruação: _____ **Data do parto ou aborto:** _____
Fez Pré-Natal? _____ **Nº. de Consultas:** _____ **Com quantos meses iniciou o pré-natal:** _____
Se não fez pré-natal, qual o motivo: _____
Intercorrência na gestação atual? _____ **Qual:** _____
Era gestante de risco: _____ **Foi encaminhada para algum serviço especializado:** _____
Qual?: _____

TRANSCRIÇÃO DO CARTÃO DE GESTANTE (MED=médico / ENF=enfermeira)

Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apres.	Intercor.	Terap.	MED	ENF

Tipo de Parto: normal ____ / fórcepe ____ / cesárea ____ / domiciliar ____ / não houve parto ____

Tipo de Anestesia: _____

No caso de cesárea, qual foi o motivo: _____

Dados do Concepto: aborto ____ / vivo ____ / natimorto ____ / neomorto ____

Se a criança morreu depois do parto, quando foi: _____ **Motivo:** _____

Peso: _____ **Apgar:** _____

Esta morte materna poderia ser evitada? _____ **Como?** _____

Hospital onde ocorreu o parto: _____

Hospital onde ocorreu o óbito: _____

Outros hospitais por onde passou: _____

Qual transporte usava para ir ao serviço de saúde? _____

Renda Familiar: _____

Tipo de Moradia (descrever): _____

Informações prestadas por: _____

Parecer da família: _____

Faça um relato do caso contando com detalhes os motivos que levaram ao óbito, na visão dos familiares (use o verso se necessário): _____

ANEXO A

INVESTIGAÇÃO DE CASO DE MORTALIDADE MATERNA – DADOS HOSPITALARES

Nome:				DO n°:	
Nasc.:	Óbito:	Idade:	Natural.:	Estado:	
Endereço:			Bairro:		
Est.Civil:	Raça:	Escolaridade:	Data da Internação:		
Usava método anticoncepcional?	Qual:				
Tomava algum medicamento regularmente?	Qual:				
Fumava? (/dia)	Tomava bebida alcoólica?		Usava drogas?		
Gestações Progressas:	Normais:		Cesáreas:	Abortos:	
Intercorrência em gestação progressa?	Qual:				
Intercorrência na gestação atual?	Qual:				
Última Menstruação:	Fez Pré-Natal?		Nº. de consultas:		
Se não fez pré-natal, qual o motivo:					
Motivo da internação:		Bolsa rota?:	Há quanto tempo?:		
A gestação evoluiu para: Aborto ___ / Parto ___ / Não aconteceu o parto ___					
Se evolução para aborto, este foi: espontâneo ___ / induzido ___ / provocado ___					
Se evolução para parto, este foi: normal ___ / cesárea ___ / cesárea pós-morte ___ / ignorado ___					
Foi feito partograma?:		Data do parto ou aborto: ___/___/___			
O parto ou aborto foi conduzido por: Médico ___ / Enfermeira ___ / Outro profissional: ___					
Tipo de anestesia: Raqui ___ / Peridural ___ / Geral ___ / Combinada ___ / Sem anestesia ___					
No caso de cesárea, houve indicação obstétrica?		Justificativa:			
Houve alguma complicação durante o trabalho de parto ou o parto?:		Qual:			
Houve necessidade de reoperação?:		Por qual motivo?			
Houve necessidade de UTI:		Quanto tempo depois da solicitação a vaga foi cedida:			
A UTI se localizava no mesmo hospital onde ocorreu o parto?					
Houve necessidade de sangue ou hemoderivados?		O quê e quanto?			
Dados do Concepto: aborto ___ / vivo ___ / natimorto ___ / neomorto ___					
Se a criança morreu depois do parto, quando foi: ___/___/___		Motivo:			
		Peso:		Apgar:	
Esta morte materna poderia ser evitada?		Como?			
Hospital onde ocorreu o parto:					
Hospital onde ocorreu o óbito:					
Outros hospitais por onde passou:					

Classificação final do caso:

Até 42 dias de Puerpério: DIRETA ___ INDIRETA ___ NÃO OBSTÉTRICA ___

Entre 43 dias e 1 Ano de Puerpério: DIRETA ___ / INDIRETA ___ / NÃO OBSTÉTRICA ___

Causa Básica do Óbito: _____

(p.ex.: eclâmpsia, aborto provocado, cardiopatia, infecção puerperal, etc)

Faça um relato detalhado do histórico que desencadeou o óbito materno. Identifique nesse relato os procedimentos e medicamentos utilizados (com a dose empregada), durante o tratamento hospitalar:

(USE O VERSO OU FOLHAS AVULSAS SE NECESSÁRIO)