

PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

COAS - SMS

Coordenador: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Equipe Técnica: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega
Dr. Luis Carlos Pazero

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 1996

COMITÊ CENTRAL DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.
biênio 95/96

Presidente: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Secretário : Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega
Membros : Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina D'Andretta Tanaka
Prof. Dr. Ruy Laurenti
Dr. Otávio Madi
Dr^ª. Margareth Maceira Imai
Dr^ª. Regina Ribeiro Parizi de Carvalho
Dr. Cristiano Fernando Rosas
Dr. Horácio Veríssimo Romão
Ana Maria Carvalho Oliveira

Introdução

A determinação do Coeficiente de Mortalidade Materna vem se firmando como um índice de extrema importância para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde voltados para o atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal e das condições sócio-econômicas de uma determinada região. O Tema ganhou tal magnitude que deu origem ao I Congresso Mundial de Mortalidade Materna, realizado de 8 a 14 de Março de 1997 na cidade de Marrakesh (Marrocos), onde foram apresentadas as mais diversas realidades das comunidades participantes e discutidas soluções para equacionar o problema.

Estivemos presentes no evento, apresentando o trabalho desenvolvido pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo com os dados referentes ao período de Abril de 1993 a Dezembro de 1995, dando a conhecer as principais causas de morte materna e apresentando o Coeficiente de Mortalidade Materna para o Município que mais se aproxima do real e que se encontra ao redor de 50/100000 Nascidos Vivos. No Congresso houve divulgação de índices continentais tais como: Europa 36/100000 NV, Américas 140/100000 NV, África (Meio-Oeste e Norte) 300/100000 NV, Ásia Pacífico 390/100000 NV, Ásia Central 560/100000 NV e África (Sub-Saara) 980/100000 NV⁽¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável um Coeficiente de Mortalidade Materna em torno de 10 e até no máximo 20 Mortes Maternas/ 100000 Nascidos Vivos. Países desenvolvidos possuem Coeficientes abaixo de 10⁽²⁾⁽³⁾, como é o caso da Bélgica (3), Canadá (4) e Estados Unidos (9). Os países menos favorecidos⁽³⁾ possuem coeficientes alarmantes, como a Bolívia (480), Peru (303) e o Paraguai (270). O Brasil começa a ter uma noção mais próxima da sua realidade com a criação dos Comitês de Morte Materna, que procedem a uma busca ativa dos casos e cujos últimos dados não-oficiais apontam para um Coeficiente de Mortalidade Materna para o Brasil ao redor de 98/100000 NV.

É da responsabilidade do Comitê de Mortalidade Materna a determinação real do Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, assim como apontar falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentar sugestões para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda deste Coeficiente.

Metodologia

A pesquisa é realizada 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 e Movimento de Mulheres em conjunto com os Comitês Regionais de Mortalidade Materna com composição semelhante, excluindo-se a representação do Conselho Regional de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Durante o ano de 1996 ocorreram 65406 óbitos no Município de São Paulo. Foram vistas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 293 casos onde a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia

Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.
Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

seu relato no campo "CAUSA DA MORTE". Foram excluídas desta análise as mulheres com 9 anos ou menos, com 50 anos ou mais e aquelas que apresentaram morte violenta

declarada, 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 grávido-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 deste ano, começamos a investigar as mortes maternas que ocorreram desde o 43º. dia até 1 ano após o parto, obedecendo a nova orientação da Organização Mundial de Saúde (Coeficiente Tardio de Mortalidade Materna). Os casos foram complementados com investigação no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo e em outros serviços, quando houve realização de exame necroscópico, pelo Comitê Central de Mortalidade Materna através dos representantes do Programa de Atenção à Saúde da Mulher de COAS/SMS. Os 293 casos selecionados foram então separados por Administração Regional de Saúde, e enviados para pesquisa tendo por base o endereço de residência da falecida.

A investigação de campo foi realizada pelos Comitês Regionais de Mortalidade Materna, distribuídos pelas 10 Administrações Regionais de Saúde, através do levantamento de prontuários a nível hospitalar e visitas domiciliares (com aplicação de questionário padrão e anotação da história e dados fornecidos pelos familiares da falecida).

Concluída a investigação regional, os casos são então discutidos a nível local pelo Comitê Regional de Mortalidade Materna, sendo posteriormente encaminhados ao Comitê Central para análise, classificação e tabulação.

Acompanhando a tendência mundial, os casos positivos para morte materna foram classificados e distribuídos em 4 categorias distintas, tendo-se por base a CID-9. Atualmente, utilizamos a CID-10 para classificação dos casos porém, obedecendo os mesmos critérios preconizado pela CID-9⁽³⁾.

- 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 por causas incidentais ou acidentais)

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

Cabe aqui a ressalva de que para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna são utilizados apenas os casos de morte materna direta ou indireta.

Resultados

Dos 293 casos encaminhados para investigação pelas 10 Regionais obtivemos 152 casos (51,88%) negativos, 120 casos (40,95%) positivos para morte materna e 21 casos (7,17 %) onde até a presente data não obtivemos retorno da investigação. Dentre

os casos positivos de morte materna, 8 casos (6,66%) ocorreram entre 43 dias até 1 ano após o parto e serão utilizados para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia; detectamos

ainda, 9 casos (7,50%) de morte materna não relacionada e 1 caso (0,83%) de morte materna onde se constatou violência após a investigação domiciliar sendo excluídos do cálculo dos coeficientes de mortalidade materna. O percentual de casos cujo retorno da investigação ainda não aconteceu vem decaindo no decorrer dos últimos 4 anos de pesquisa, o que nos dá um índice de cobertura atual de investigação de mais de 90% dos casos encaminhados.

Na análise dos 293 casos da pesquisa, quanto aos vários aspectos, situações e fatores sócio-culturais envolvidos, observamos :

Estado Civil:- 159 mulheres (54,26%) eram solteiras, 103 casadas (35,16%), 16 com outro estado civil (5,46%) e em 15 Declarações (5,12%) não foi referido o estado civil .

Escolaridade:- em 184 delas (62,80%) houve relato sobre escolaridade, sendo 128 (43,69%) com primeiro grau, 25 (8,53%) com segundo grau, 21 (7,17%) analfabetas e 10 (3,41%) com curso superior.

Cor:- 78 (26,62%) eram brancas, 31 (10,58%) pardas, 17 (5,80%) pretas e 2 (0,69%) amarelas. Não conseguimos dados sobre a cor em 165 casos (56,31%).

Local do óbito:- 269 casos (91,80%) apresentaram óbito dentro de um ambiente hospitalar.

Exame necroscópico:- em 144 casos (49,1%) foi realizado necropsia.

No preenchimento do campo específico que questiona sobre “óbito feminino em idade fértil”, não obtivemos resposta em 215 (75,9%) das 283 Declarações de Óbito analisadas (10 Declarações eram de modelo antigo e não possuíam o campo em questão). Das 119 Declarações positivas para morte materna foram analisadas 115 (4 eram de modelo antigo), sendo que não houve preenchimento ao quesito em 80 (69,5%) delas.

Agrupamos um total de 111 casos positivos para morte materna (excluídos os 8 casos de morte materna tardia e 1 caso de morte materna onde se constatou violência), cujos dados são apresentados a seguir.

Estado Civil:- Encontramos em nosso estudo 62 solteiras (55,86%), seguidas por 37 casadas (33,34%), 2 relacionadas como “outro” (1,80%), 1 viúva (0,90%) e em 9 casos (8,10%) não obtivemos referência no campo.

Escolaridade:- 33 delas tinham o primeiro grau completo (29,73%), 9 tinham o segundo grau (8,11%), 8 eram analfabetas (7,21%) e 4 tinham curso superior (3,60%). O campo sobre escolaridade não foi preenchido em 57 Declarações analisadas (51,35%).

Cor:- Verificamos na Declaração de Óbito e nos laudos de necropsia que 42 mulheres eram brancas (37,84%), 17 pardas (15,31%), 8 pretas (7,21%), 1 amarela (0,90%) e em 43 não obtivemos dados relativos ao item (38,74%).

Local do óbito:- Em 109 casos (98,20%) o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar, sendo que as 2 restantes (1,80%), ocorreram no domicílio ambas por infarto do miocárdio.

Exame necroscópico:- Foram submetidas a exame necroscópico 65 mulheres (58,56%) no Serviço de Verificação de Óbitos, no Instituto Médico Legal e em

Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.
Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

outros serviços. Em 28 mulheres (25,22%) não foi realizada necropsia e nas 18 restantes (16,22%) não encontramos referência ao tópico.

Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.
Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

Tipo de atendimento :- A cesárea foi realizada em 45 casos (40,54%), o parto normal em 16 (14,41%) e em 30 casos (27,03%) o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo 13 no segundo trimestre, 12 no terceiro 4 no primeiro e 1 caso sem referência). Detectamos ainda 14 casos decorrentes de complicações de aborto (12,61%) e em 6 casos (5,41%) não conseguimos determinar o tipo de atendimento.

Em 52 casos (46,85%) o óbito ocorreu em um Hospital localizado em uma Administração Regional de Saúde diferente da área de abrangência do endereço da falecida.

Declaração do Estado Gravídico :- A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 66 casos (59,46%).

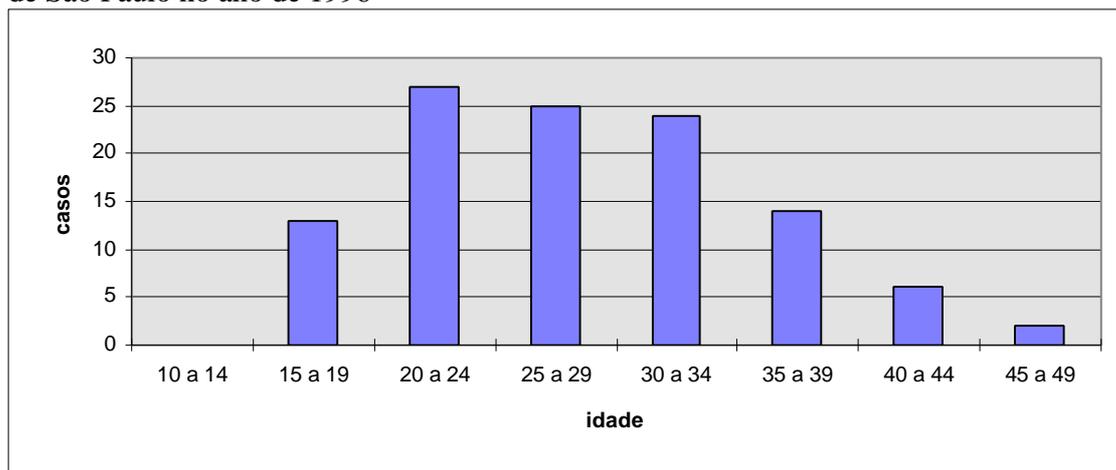
Os casos foram então analisados e distribuídos segundo a faixa etária onde ocorreu o óbito (Tabela 1/ Gráfico 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de morte materna segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1996.

FAIXA ETÁRIA (anos)	Nº. DE ÓBITOS	%
10 a 14	0	0,00
15 a 19	13	11,71
20 a 24	27	24,33
25 a 29	25	22,52
30 a 34	24	21,62
35 a 39	14	12,61
40 a 44	6	5,41
45 a 49	2	1,80
TOTAL	111	100,00

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

Gráfico 1. Distribuição dos casos de morte materna segundo a idade, no Município de São Paulo no ano de 1996



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

Tendo por base a faixa etária, os casos foram agrupados de acordo com a patologia básica que originou o óbito, utilizando-se a CID-10 (Tabela 2).

Como patologia isolada, os casos de eclâmpsia/pré-eclâmpsia aparecem como a principal causa de óbito no ciclo grávido-puerperal, seguido pelos quadros hemorrágicos e pelas complicações de aborto.

Apesar de notarmos 42 casos resultantes de doença preexistente ou que se desenvolveu durante a gravidez, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma (CID10=O99 e CID10=O98), este número reflete patologias diversas agrupadas em um único CID (cardiopatias, broncopneumonias, DPOC, AVC, hepatopatias, etc.).

Tabela 2. Classificação por faixa etária segundo patologia apresentada, dos casos de morte materna do Município de São Paulo durante o ano de 1996. Baseado na CID-10.

idade/cid	O15	O44/O45/O72	O08	O85	O87	O74	O95	O10	O99	O98	TOTAL
10 a 14											
15 a 19	3		3			1		1	1	4	13
20 a 24	3	4	4	3	1				10	2	27
25 a 29	7	4	4	2					6	2	25
30 a 34	3	2	1	2		1	1	2	5	7	24
35 a 39	4	2	2	2			1		2	1	14
40 a 44		2		1				1	2		6
45 a 49				1				1			2
TOTAL	20	14	14	11	1	2	2	5	26	16	111

O15 - Eclâmpsia - Pré-eclâmpsia

O44/O45/O72 - Placenta Prévia - Descolamento Prematuro de Placenta - Hemorragia pós-parto (Síndromes Hemorrágicas)

O08 - Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica e molar

O85 - Infecção Puerperal

O87 - Complicações venosas no puerpério

O74 - Complicações anestésicas durante o trabalho de parto e o parto

O95 - Casos onde até o momento não pudemos determinar a patologia que desencadeou a morte materna

O10 - Hipertensão preexistente complicando a gravidez, parto ou puerpério

O99 - Outras doenças preexistentes que complicaram a gravidez, parto ou puerpério

O98 - Doenças infecciosas e parasitárias que complicaram a gravidez, parto ou puerpério

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

Ao analisarmos as mortes maternas diretas (responsáveis por 57,66 % das ocorrências) percebemos que:

Nos 20 casos de Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia (CID-10: O15) a morte materna foi referida na Declaração de Óbito em 17 deles (85,00%), porém o campo referente a pesquisa de gravidez e puerpério não foi respondido em 12 casos (60,00%). No estudo individual dos casos verificamos que cesárea foi indicada e realizada em 14 destes (70,00%), devido à gravidade do quadro clínico observado. Obtivemos 2 casos (10,00%) de hemorragia interna (1 rotura hepática e 1 hematoma pélvico) decorrentes do quadro hipertensivo. A necropsia foi realizada em 9 casos (45,00%).

Dentre as 14 complicações de aborto (CID-10: O08), em metade houve referência explícita à morte materna porém, em 8 casos (57,14%) não houve preenchimento do campo sobre gravidez e puerpério. As complicações decorrentes de tentativas para provocar um aborto estiveram presentes em 5 casos (35,71%), sendo 3 por septicemia, 1 por hemorragia e 1 por ingestão de produto químico (babosa), que ocasionou um quadro de insuficiência renal aguda. Nos casos restantes, 3 (21,43%) apresentaram hemorragia, 2 (14,29%) foram gestações ectópicas, 1 apresentou complicações decorrentes de anemia

falciforme, 1 por insuficiência cardíaca congestiva, 1 por hiperemese gravídica e 1 por septicemia de aborto não provocado.

Dos 14 casos de hemorragia (CID10: O44, O45 e O72) envolvendo desde o terceiro trimestre até o pós-parto imediato obtivemos confirmação na Declaração de Óbito em 13 deles (92,86%). O campo sobre gravidez e puerpério foi preenchido em 4 casos (28,57%). Dos casos apurados, 2 (14,29%) foram devidos a complicações oriundas de placenta prévia e 12 casos (85,71%) ocorreram após o parto, devido a fatores variados tais como atonia uterina (8 casos), acretismo (2 casos), coagulopatia de consumo (1 caso) e 1 caso de hemorragia intra-abdominal pós-cesárea que evoluiu para choque hipovolêmico. A cesárea ocorreu em 10 casos (71,43%), 3 evoluíram para parto normal (21,43%) e em 1 caso (7,14%) não obtivemos dados sobre a via de parto.

Quanto à infecção puerperal (CID-10: O85), dos 11 casos apurados, em 7 (63,64%) houve referência à morte materna na Declaração de Óbito e a necropsia foi realizada em 6 casos (54,55%). O parto normal foi realizado em 5 casos (45,46%), a cesárea em 4 (36,37%), 1 evoluiu para óbito com feto intra-útero por amniorrexis prematura e em 1 caso não obtivemos referência quanto à via de parto.

Dentre as complicações venosas no puerpério (CID10: O87), obtivemos 1 caso (0,90%) onde a morte materna ocorreu 31 dias após uma cesárea por pré-eclâmpsia, decorrente de uma trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo, complicada por um acidente vascular cerebral isquêmico.

Obtivemos ainda 2 casos (1,80%) onde, até o momento, não conseguimos definir a causa do óbito materno. Em um destes casos a paciente apresentou um quadro de descerebração durante uma indução de parto sendo que o exame necroscópico foi inconclusivo (relata apenas um discreto edema cerebral) e no outro houve o aparecimento de um edema agudo de pulmão sem nenhum fator desencadeante, no pós-parto imediato de cesárea.

Dos 111 óbitos analisados, as mortes maternas obstétricas indiretas e as não relacionadas foram responsáveis por 34,23% e 8,10% respectivamente.

As doenças infecciosas e parasitárias (CID10: O98) foram responsáveis por 16 óbitos maternos, sendo 7 deles (43,75%) confirmados pela Declaração de Óbito. A necropsia foi realizada em 10 casos (62,50%) e o questionamento sobre gravidez e puerpério respondido em 6 casos (37,50%).

Dos 26 casos onde havia uma patologia associada que contribuiu para o óbito (CID10: O99), houve menção à gestação no campo “causa da morte” em 11 deles (42,31%) e o preenchimento dos dados sobre gravidez e puerpério ocorreu em 9 casos (34,62%). A necropsia se deu em 18 destes óbitos (66,67%). Nos 11 casos (42,31%) em que a cardiopatia esteve presente, a insuficiência cardíaca congestiva e o infarto agudo do miocárdio foram responsáveis por 5 e 6 óbitos respectivamente.

Os 5 casos (4,50%) de morte materna por Hipertensão Arterial Crônica (CID-10: O10) foram confirmados através de necropsia (3 casos) e por avaliação de prontuário e/ou visita domiciliar. Em 4 casos (80,00%) não houve preenchimento do campo relativo a presença do ciclo grávido-puerperal.

Os casos foram separados segundo os critérios de classificação (Tabela 3) descritos anteriormente, onde se verifica um predomínio dos casos obstétricos diretos quando comparados aos de morte materna obstétrica indireta.

Tabela 3. Agrupamento dos casos detectados de morte materna (excluídos os de morte materna tardia) do Município de São Paulo no ano de 1996, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10)

Causas declaradas e/ou confirmadas após investigação	N	Total	%	Total %
Óbitos Maternos Diretos		64		57,66
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	20		18,02	
Hemorragia	14		12,61	
Complicações de Aborto	14		12,61	
Infecção	11		9,91	
Choque Anafilático	2		1,80	
Complicações Venosas	1		0,90	
Patologias mal-definidas	2		1,80	
Óbitos Maternos Indiretos		38		34,23
Cardiopatias	11		9,91	
Broncopneumonia	6		5,41	
Hipertensão Arterial Crônica	5		4,50	
D.P.O.C.	4		3,60	
A.V.C.	2		1,80	
Septicemia	2		1,80	
Hepatopatia	3		2,70	
Varicela	1		0,90	
Pielonefrite	1		0,90	
Esquistossomose	1		0,90	
Epilepsia	1		0,90	
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1		0,90	
Não Relacionados		9		8,11
Neoplasias	4		3,60	
AIDS/SIDA	3		2,70	
Meningite	1		0,90	
Apendicite	1		0,90	
Morte Violenta (excluída do cálculo geral)	1			
TOTAL		111		100,00

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

Ao agruparmos os 111 casos de morte materna tomando-se por referência os grandes síndromes (Tabela 4), notamos uma prevalência das infecções como causa básica da morte, seguida pela hipertensão arterial e pelas hemorragias.

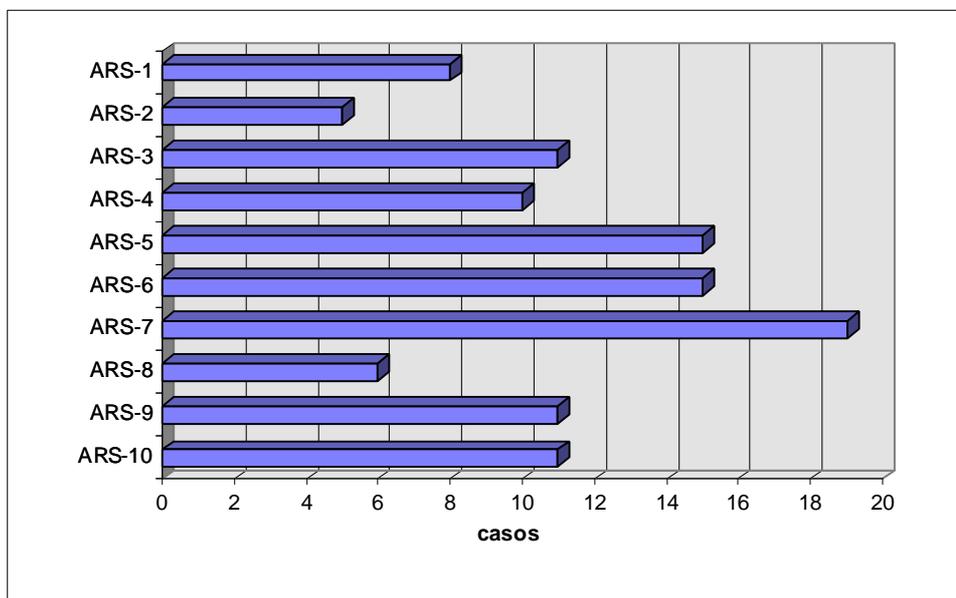
Tabela 4. Agrupamento sindrômico dos casos de morte materna do Município de São Paulo no ano de 1996

Síndromes	N	Total	%	Total %
Síndromes Infeciosas		27		24,32
Bacterianas puerperais	20		18,02	
Bacterianas - complic.de aborto	5		4,50	
Virais	1		0,90	
Parasitárias	1		0,90	
Síndromes Hipertensivas		25		22,52
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	20		18,02	
Hipertensão Arterial Crônica	5		4,50	
Síndromes Hemorrágicas		23		20,72
Placenta Prévia	2		1,80	
Atonia Uterina	8		7,21	
Acretismo Placentário	2		1,80	
Coagulopatias	1		0,90	
Hemorragia Interna	1		0,90	
Hepatopatias	3		2,70	
Complicações de aborto	6		5,41	
Outras patologias		25		22,52
Cardiopatias	12		10,81	
Diversas	13		11,71	
Indeterminadas		2		1,80
Não Relacionadas		9		8,11
TOTAL		111		100,00

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

Os 111 casos positivos para morte materna foram separados segundo o local de residência e distribuídos pelas Administrações Regionais de Saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição do número absoluto de casos positivos de morte materna segundo as Administrações Regionais de Saúde do Município de São Paulo no ano de 1996.



Levando-se em conta o local onde ocorreu o óbito, separamos os 109 casos onde o fato se deu dentro de um ambiente Hospitalar segundo o tipo de atendimento prestado (Conveniado/Privado, Público Estadual ou Público Municipal) e relacionamos ainda os 2 casos onde o óbito se deu no domicílio (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos casos positivos para morte materna no Município de São Paulo em 1996, segundo o local em que ocorreu o óbito.

LOCAL	ÓBITO	%
Hospital Privado/Conveniado	53	47,75
Hospital Público Estadual	30	27,03
Hospital Público Municipal	26	23,42
Domicilio	2	1,80
TOTAL	111	100,00

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

Conforme dito anteriormente, a partir deste ano estaremos contabilizando os casos de morte materna tardia (mortes maternas que ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto ou aborto). Os casos foram relacionados em separado, de acordo com a patologia básica que originou o óbito (Tabela 6). À frente de cada caso foi colocado o tempo em meses que transcorreu entre o procedimento obstétrico (parto, curetagem ou cirurgia) e o óbito.

Tabela 6. Agrupamento dos casos detectados de morte materna (recente e tardia) do Município de São Paulo no ano de 1996, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

Causas declaradas e/ou confirmadas após investigação	N	Total	%	Total %
Morte Materna até 42 dias		111		93,28
Morte Materna Tardia (43 dias a 1 ano do parto)		8		6,72
Broncopneumonia (3,5)*	1		0,84	
Infarto Agudo do Miocárdio (2)*	1		0,84	
Infecção Hospitalar (2,5)*	1		0,84	
Tromboembolia Pulmonar (3)*	1		0,84	
Lúpus Eritematoso Sistêmico (10)*	1		0,84	
Insuficiência Cardíaca Congestiva (8)*	1		0,84	
Insuficiência Renal Crônica (2,5)*	1		0,84	
Acidente Vascular Cerebral (2)*	1		0,84	
TOTAL		119		100,00

()* - Tempo em meses entre o procedimento obstétrico e o óbito

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

Dos 8 casos contabilizados, apenas em 1 houve referência explícita à presença do estado gestacional (prenhez tubárea rota), cujo óbito se deu decorrente de uma infecção hospitalar contraída por complicações do ato cirúrgico. Em 6 casos (75,00%), o campo que questiona gravidez ou puerpério não foi preenchido. Em 7 casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar e em 1 caso (infarto do miocárdio) o óbito ocorreu no domicílio. A necropsia foi realizada em 3 casos (37,50%).

Discussão

Na análise das Declarações de Óbito constatamos um preenchimento inadequado da maioria dos campos nela contidos, principalmente no que se refere à escolaridade (37,3% das Declarações de Óbito sem dados) e no questionamento sobre gravidez e puerpério (campo 36 ou 37 conforme a Declaração), onde o campo foi preenchido em 68 casos (24,1%) de um total de 283 Declarações que possuíam o referido item. Fato mais relevante foi que dentre as 67 Declarações de Óbito onde a morte materna estava explicitada no campo “CAUSA DA MORTE” (morte materna declarada) o campo 36/37 só foi preenchido em 24 casos (35,82%).

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 existirem várias ruas com o mesmo nome), o que vem dificultar a visita domiciliar e a distribuição do caso durante a tabulação dos dados.

Quanto aos dados referentes à raça, um campo específico foi agregado à nova Declaração de Óbito, sendo que durante o ano de 1996 os dados obtidos foram extraídos dos laudos necroscópicos e da visita domiciliar. Acreditamos que no Relatório referente ao próximo ano poderemos tecer mais considerações a respeito.

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⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Quanto ao local de óbito, notamos um atendimento hospitalar presente em 98,20% dos 111 casos positivos para morte materna, porém não temos dados para opinar sobre a qualidade deste atendimento. Este percentual é um pouco maior ao registrado no ano de 1995, que foi de 94,6%⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Encontramos uma subnotificação ao estado grávido-puerperal em 40,54% dentre os 111 casos positivos para morte materna analisados. Este valor vem aumentando com o passar dos anos⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾, fato este atribuído por nós a uma piora na qualidade da informação da Declaração de Óbito e uma melhora na investigação dos casos.

Quanto a via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 45 cesarianas (40,54%), valor este elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%). Na análise dos casos, entretanto, devemos considerar que a maior parte deles estava associado um quadro clínico de alta gravidade e que por si justificaria o procedimento realizado. Este fato é corroborado pela presença de 30 casos (27,03%) em que o óbito materno se deu com feto intra-útero onde, em pelo menos 12 deles constatamos gestações de terceiro trimestre.

Notamos ainda que, em praticamente metade dos casos (46,85%), 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.

Na análise sindrômica, notamos os quadros infecciosos como detentores da maior causa de morte materna, sendo que as infecções puerperais encabeçam a relação em conjunto com os quadros de eclâmpsia e pré-eclâmpsia.

A Tabela 7 correlaciona a projeção da população de mulheres distribuída por faixa etária entre 10 e 49 anos (objeto de nosso estudo), no Município de São Paulo no ano de 1995 conforme dados obtidos da Fundação SEADE, o número de casos de morte materna de 1996, o número de nascidos vivos em 1996 e efetua o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

Tabela 7. Distribuição da população feminina do Município de São Paulo na faixa de 10 a 49 anos - (Projeção - Julho 1995), dos casos positivos diretos e indiretos de morte materna apurados em 1996, do número de nascidos vivos em 1996 e cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

idade	Pop.Femin.(1)	Óbitos(2)	N.V.(3)	C.M.M.(4)	%N.V.(5)
10 a 14	445458	0	970	0,00	0,46
15 a 19	432151	12	33840	35,46	15,93
20 a 24	423236	25	60139	41,57	28,32
25 a 29	448464	23	56105	40,99	26,42
30 a 34	457689	21	38378	54,72	18,07
35 a 39	419323	14	16292	85,93	7,67
40 a 44	361023	5	3550	140,85	1,67
45 a 49	293559	2	289	692,04	0,14
ignorada	0	0	2777	0,00	1,31
50 anos ou +	*905164	0	26	0,00	0,01
TOTAL	4186067	102	212366	48,03	100,00

(1) População feminina do Município de São Paulo - Projeção Julho/1995

Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.
Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

(2) Mortes maternas diretas ou indiretas do Município de São Paulo em 1996

(3) Número de nascidos vivos por faixa etária da mãe no Município de São Paulo em 1996

(4) Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária do Município de São Paulo em 1996

(5) Porcentagem de nascidos vivos por faixa etária do Município de São Paulo em 1996

* Esta população foi aqui mencionada pelo fato de existirem 26 nascidos vivos de mulheres acima de 50anos

Fontes: (1) e (3) - Fundação SEADE

(2) Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

Lembramos que apesar de termos 111 casos positivos para morte materna em 1996, utilizamos para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna somente os casos de morte materna direta ou indireta, obedecendo-se a critérios aceitos mundialmente, o que reduziu nosso “pool” para 102 casos.

Verificamos no gráfico acima que 16,39% do total de gestações ocorrem até os 19 anos, correspondendo a um Coeficiente de Mortalidade Materna Específico de 35,46/100000 NV para esta faixa etária. Este alto índice de gestação na adolescência vem nos trazendo preocupação.

Em números absolutos temos um predomínio de casos na faixa etária de 20 a 24 anos, que vai decrescendo quando atingimos faixas superiores. Porém, quando correlacionamos os casos de morte materna direta ou indireta com o número de nascidos vivos em cada faixa etária (Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária) verificamos que este indicador vai aumentando progressivamente, a medida que analisamos as faixas etárias mais elevadas.

Como era de se esperar, o aumento progressivo do Coeficiente de Mortalidade Materna de acordo com a faixa etária denota que quanto maior for a idade, maior é o risco de óbito materno. Gostaríamos de ressaltar, a nossa preocupação quanto ao fato de termos constatado 26 casos de gravidez na faixa etária acima dos 50 anos e que só foram relacionados na pesquisa no tópico de gestações com fetos nascidos vivos, sendo excluídos do estudo para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna pela própria definição da OMS (mulheres entre 10 e 49 anos).

Obtivemos neste estudo um Coeficiente de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo no ano de 1996 de 48,03/100000 NV. Notamos uma queda quando comparado ao do ano de 1995, que foi de 54,75/100000 NV⁽⁷⁾. Cabe aqui a ressalva de que ainda não estão computados no cálculo do Coeficiente deste ano os casos de evasão (mulheres grávidas ou puérperas, residentes no Município de São Paulo, que morreram fora do Município). Temos apenas como dado o percentual de nascidos vivos de mães residentes em nosso Município e que deram a luz em cidades vizinhas (5,7%), segundo a Fundação SEADE (o encontrado nos últimos anos varia entre 10% e 12%).

Gostaríamos de lembrar que esta pesquisa foi realizada através de uma 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.

Conforme relatado anteriormente, este ano estaremos divulgando pela primeira vez o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardio, que se baseia na soma dos casos de morte materna direta ou indireta com os casos de óbito após 42 dias de puerpério. Esta soma perfaz um total de 110 casos positivos para morte materna no ano de 1996, resultando em um Coeficiente de 51,80/100000 NV.

Cabe aqui a ressalva que, para efeitos comparativos com outros municípios e para relatos mundiais, prevalece ainda o Coeficiente de Mortalidade Materna anteriormente utilizado, que computa os casos até 42 dias de puerpério.

Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.
Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

O Coeficiente de Mortalidade Materna específico também foi calculado segundo o endereço de residência e distribuído pelas Administrações Regionais de Saúde (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos casos de morte materna direta, indireta ou indeterminada e do número de nascidos vivos no Município de São Paulo no ano de 1996, segundo a Administração Regional de Saúde, com cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado.

ARS	casos	nasc.vivos	CMMR
ARS-1	7	15348	45,61
ARS-2	3	12760	23,51
ARS-3	11	24906	44,17
ARS-4	10	17125	58,39
ARS-5	14	27366	51,16
ARS-6	14	18980	73,76
ARS-7	16	30865	51,84
ARS-8	6	9085	66,04
ARS-9	10	25269	39,57
ARS-10	11	22573	48,73
IGNORADO	0	8089	0,00
TOTAL	102	212366	48,03

CMMR - Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado
Fontes: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo
Fundação SEADE

Com base no exposto acima, podemos verificar que apesar de, em números absolutos, a ARS-7 apresentar o maior número de casos, a ARS-6 (Administração Regional de Saúde de São Miguel) detém o maior Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no ano de 1996 (73,76/100000 NV) e a ARS-2 (Administração Regional de Saúde do Butantã/Lapa/Pinheiros) apresenta o menor (23,51/100000 NV).

Este largo hiato entre os dois Coeficientes reflete a realidade de uma grande metrópole, com problemas nas mais variadas esferas, que acabam por interferir na saúde da comunidade, contrapondo populações cujo Coeficiente se aproxima de valores de países desenvolvidos (até 20/100000 NV - segundo OMS) a outras cujo indicador está mais próximo de países em desenvolvimento. Um estudo mais detalhado de cada região, com seus problemas intrínsecos e suas dificuldades específicas seria de grande valia para que medidas apropriadas possam ser tomadas visando a redução deste índice regionalizado.

Sugestões

Concluímos após mais um ano de pesquisas que o serviço de saúde oferecido às nossas gestantes ainda deixa muito a desejar.

Os profissionais médicos e paramédicos precisam estar em contínua reciclagem com o intuito de fazer um bom diagnóstico do caso, oferecendo todo o potencial para que o mesmo tenha uma evolução satisfatória.

É imperiosa a reativação de leitos de maternidade, além de uma atenção especial à gestação de alto-risco, criando ambulatórios de especialidade que possam suprir esta lacuna no atendimento ao pré-natal.

Não podemos nos esquecer de que as gestantes de alto-risco deverão dar à luz em Hospitais que possam corresponder à altura às intercorrências obstétricas que porventura possam advir do atendimento ao caso mais complicado.

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, através 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 o “staff” 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 no Atestado 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. Decidimos enviar às Comissões de Prontuário Médico recentemente criadas nos Hospitais por indicação do CRM, a constatação das falhas existentes nos prontuários e solicitar o seu preenchimento da forma a mais completa e adequada possível.

Reforçamos ainda o tempo de atuação das equipes multiprofissionais nos diversos estágios da vida de uma mulher. Um adequado Planejamento Familiar, escolhendo 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.

É de extrema importância a melhoria do acesso, a coerência na admissão e a agilização dos leitos hospitalares, tornando-os mais operacionais, pois é notório o vai-e-vem de gestantes até conseguirem um local para dar à luz, geralmente 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.

Temos esperança de que os dados preocupantes que foram acima apresentados, nossas conclusões e sugestões possam sensibilizar as autoridades responsáveis, para que medidas necessárias possam ser tomadas com o intuito de oferecer um número maior de serviços e de melhor qualidade para atender as mulheres durante o ciclo grávido-puerperal e contribuir assim na melhoria dos indicadores de avaliação e da saúde da nossa população.

Bibliografia

- (1) **First World Congress on Maternal Mortality** - Marrakesh (Morocco) - March 8th-14th, 1997
- (2) **The World's Women 1995: Trends and Statistics** - United Nations
- (3) **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna** - Ministério da Saúde, 1994
- (4) **Relatório Sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1993** - BOYACIYAN, K. & BARBOSA, S.A.
- (5) **Relatório Sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1994** - BOYACIYAN, K. & BARBOSA, S.A.
- (6) **Dificuldades Encontradas no Estudo de Casos de Mortalidade Materna na Cidade de São Paulo Durante os Anos de 1993 a 1995** - BARBOSA, S.A.; MARCUS, P.A.F.; VEGA, C.E.P.; BOYACIYAN, K., Rev.Bras.Ginec.Obst. - FEBRASGO vol. 19 - n°. 3 Abril 1997 - pág. 179-82
- (7) **Relatório sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1995** - MARCUS, P.A.F. & VEGA, C.E.P.
- (8) **Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo Durante o Ano de 1995**, MARCUS, P.A.F.; VEGA, C.E.P.; BOYACIYAN, K.; BARBOSA, S.A., Rev.Bras.Ginec.Obst - FEBRASGO - vol.18 - n°. 9 Outubro 1996 - pág. 731-36
- (9) **Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna - 1995** - Ministério da Saúde - Coordenação Materno-Infantil
- (10) **Boletim da Comissão de Hipertensão na Gravidez - FEBRASGO** - vol.4(1) Março 1997
- (11) **Assistência ao Parto e Morbiletalidade Materna - BRASIL (SUS 1994)** - Ginecologia e Obstetrícia Atual - Ano 5 - n°. 11/12 Nov/Dez 1996
- (12) **Mesa Redonda - Mortalidade Materna** - Ginecologia e Obstetrícia Atual - Ano 2 - n°. 6 Nov/Dez 1993
- (13) **Estudo de Casos de Mortalidade Materna na Cidade de São Paulo Durante os Anos de 1993 a 1995** - VEGA, C.E.P.; MARCUS, P.A.F.; BARBOSA, S.A.; BOYACIYAN, K., Trabalho apresentado na X Jornada de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1996