

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 1997

COMITÊ CENTRAL DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.
biênio 97/98

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. Paulo Fernando Constâncio de Souza
Dr. Luis Carlos Pazero
Dr. Luis Cláudio Ferreira Espíndola
Dr. Antonio Roberto J. Torquato Alves
Dr^ª. Regina Ribeiro Parizi de Carvalho
Dr. Cristiano Fernando Rosas
Dr. Horácio Veríssimo Romão
Francisco Alberto Melo
Ana Maria Carvalho Oliveira
Ana Lucia Pereira
Maria Dirce Gomes Pinho

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

Introdução

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

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável um Coeficiente de Mortalidade Materna em torno de 10 e até no máximo 20 Mortes Maternas/ 100000 Nascidos Vivos. Países desenvolvidos possuem Coeficientes ao redor de 10, como é o caso da Bélgica (3), Canadá (3), Japão (11) e Estados Unidos (12). Os países menos favorecidos da América Latina possuem coeficientes alarmantes, como a Bolívia (480), Peru (303) e o Paraguai (270). Os países menos desenvolvidos como alguns da Ásia e principalmente da África, ao sul do Saara são os que detém os Coeficientes de Mortalidade Materna mais elevados (entre 700 até 1000/100000 Nascidos Vivos). 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, as principais causas encontradas, 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 1997 ocorreram 64034 óbitos no Município de São Paulo. Destes, 4430 (6,92%) foram de mulheres na faixa de 10 a 49 anos. Foram vistas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 553 casos onde a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia sido relatado no campo "CAUSA DA MORTE". Foram excluídas desta análise as mulheres com 9 anos ou menos e com 50 anos ou mais, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente. Cabe aqui esclarecer que os casos suspeitos englobam todos os processos infecciosos, doenças agudas ou crônicas que potencialmente possam ter influência sobre o ciclo 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 do ano de 1996 estamos procedendo a investigação de mortes maternas que ocorreram desde o 43º. dia até 1 ano após o parto, obedecendo a nova orientação da Organização Mundial de Saúde (Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia). 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, pelos membros do Comitê de Mortalidade Materna através dos representantes do Programa de Atenção à Saúde da Mulher de COAS/SMS. Os 553 casos selecionados foram então separados por Administração Regional de Saúde, e enviados para pesquisa tendo por base o endereço de residência da falecida.

As investigações de campo foram realizadas pelos Comitês Regionais de Mortalidade Materna, distribuídos pelas 10 Administrações Regionais de Saúde, através do levantamento de prontuários em 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, onde o caso é definido como morte materna ou não, é feita uma classificação provisória e discutida a evitabilidade do caso, sendo posteriormente encaminhados ao Comitê Central para análise, reclassificação e tabulação final.

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

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

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

- Morte Materna Não Obstétrica ou Não Relacionada (óbito durante a gravidez, parto ou puerpério, porém 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 este ano estaremos procedendo ao cálculo de quatro coeficientes distintos, sendo os três primeiros preconizados pela CID-10 e o último apenas a título informativo. São eles:

- Coeficiente de Mortalidade Materna: serão utilizados para o cálculo deste coeficiente apenas os casos de morte materna direta ou indireta até 42 dias de puerpério.

- Coeficiente 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 1 ano após o parto ou aborto.

- Coeficiente de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação: serão utilizados para o cálculo deste coeficiente todos os casos de mulheres que vieram à óbito entre o início da gestação até 42 dias de puerpério.

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

Resultados

Dos 553 casos encaminhados para investigação pelas 10 Regionais obtivemos 346 casos (62,57%) negativos, 179 casos (32,37%) positivos para morte materna e 28 casos (5,06 %) onde até a presente data não obtivemos retorno da investigação. Dentre os casos positivos para morte materna, 20 casos (11,17%) ocorreram entre 43 dias até 1 ano após o parto, sendo 11 casos (6,15%) não relacionados e 9 casos (5,03%) relacionados à morte materna sendo estes utilizados para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia; detectamos ainda, 26 casos (14,53%) de morte materna não relacionada que ocorreram até 42 dias de puerpério. O percentual de casos cujo retorno da investigação ainda não aconteceu vem decaindo no decorrer dos últimos 5 anos de pesquisa, o que nos dá um índice de cobertura atual de investigação de mais de 94% dos casos encaminhados.

Os casos positivos para morte materna encontrados na pesquisa do ano de 1997 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

Tabela 1. Distribuição dos 179 casos positivos para morte materna segundo a classificação preconizada pela CID-10, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.

Causas declaradas e/ou confirmadas	Total	Total %
Óbitos Maternos Diretos	61	34,08
Óbitos Maternos Indiretos	72	40,22
Óbitos Maternos Não Relacionados	26	14,53
Morte Materna Tardia Relacionada	9	5,03
Morte Materna Tardia Não Relacionada	11	6,15
TOTAL	179	100,00

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

Conforme objeto de nosso estudo, para que possamos determinar o Coeficiente 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 133 casos positivos para morte materna direta ou indireta segundo os dados oriundos da Declaração de Óbito e o que pudemos apurar da necrópsia e da visita hospitalar e/ou domiciliar. Os casos tardios serão analisados posteriormente e os não relacionados serão comentados apenas a título de informação.

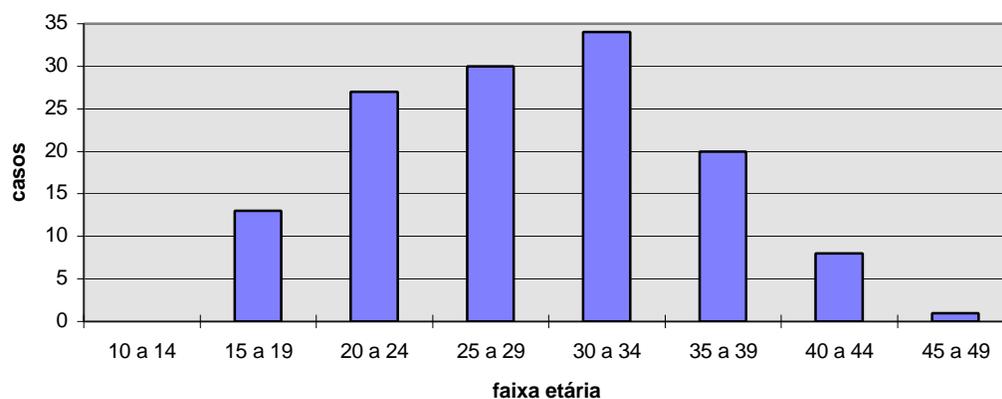
Apresentamos na Tabela 2/Gráfico 1 o total de 133 casos distribuídos segundo a faixa etária onde ocorreu o óbito.

Tabela 2. Distribuição dos 133 casos de morte materna direta ou indireta segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.

FAIXA ETÁRIA (anos)	Nº. DE ÓBITOS	%
10 a 14	0	0,00
15 a 19	13	9,77
20 a 24	27	20,30
25 a 29	30	22,56
30 a 34	34	25,56
35 a 39	20	15,04
40 a 44	8	6,02
45 a 49	1	0,75
TOTAL	133	100,00

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

Gráfico 1. Distribuição dos 133 casos de morte materna direta ou indireta segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.



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

Os demais aspectos apurados estão listados a seguir:

Estado Civil:- Encontramos em nosso estudo 85 solteiras (63,91%), 38 casadas (28,57%), 2 separadas judicialmente (1,50%), 1 viúva (0,75%) e em 7 casos (5,26%) não obtivemos referência no campo.

Escolaridade:- 37 delas tinham o primeiro grau completo (28,82%), 12 tinham o segundo grau (9,02%), 2 tinham curso superior (1,50%). O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 82 Declarações analisadas (61,65%)

Cor:- Verificamos na Declaração de Óbito e nos laudos de necropsia que 75 mulheres (56,39%) eram brancas, 33 pardas (24,81%), 6 pretas (4,51%), 1 amarela (0,75%) e em 18 não obtivemos dados relativos ao item (13,53%).

Local do óbito:- Em 132 casos (99,25%) o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar, sendo que o único óbito domiciliar ocorreu em uma grande múltipara de aproximadamente 20 a 22 semanas, portadora de cardiopatia congestiva agravada por hipertensão arterial, sem acompanhamento pré-natal.

Exame necroscópico:- Foram submetidas a exame necroscópico 90 mulheres (67,67%) no Serviço de Verificação de Óbitos, no Instituto Médico Legal e em outros serviços. Em 30 mulheres (22,56%) não foi realizada necropsia e nas 13 restantes (9,77%) não encontramos referência ao tóxico.

Tipo de atendimento prestado até a vigência do óbito materno:- A cesárea foi realizada em 53 casos (39,85%), o parto normal em 26 (19,55%) e em 37 casos (27,82%) o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo 20 no segundo trimestre, 12 no terceiro, 2 no primeiro e 3 casos sem referência à idade gestacional). Cabe aqui a ressalva de que neste grupo verificamos a realização de 3 cesáreas post-mortem, com a retirada de 1 conceito vivo. Detectamos ainda 11 casos decorrentes de complicações de aborto (8,27%) e em 6 casos (4,51%) não conseguimos determinar o tipo de atendimento (Tabela 3).

Em 59 casos (44,36%) 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 84 casos (63,16%).

Tabela 3. Distribuição dos 133 casos de morte materna direta ou indireta segundo o procedimento realizado até a vigência do óbito materno, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.

PROCEDIMENTO	CASOS	%
Cesárea	53	39,85
Sem proced.obst.	37	27,82
Normal	26	19,55
Aborto	11	8,27
Ignorado	6	4,51
TOTAL	133	100,00

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

Os casos foram separados segundo a patologia que originou o óbito, obedecendo os critérios de classificação descritos na metodologia, e então relacionados na Tabela 4.

Tabela 4. Agrupamento dos 133 casos detectados de morte materna direta ou indireta do Município de São Paulo no ano de 1997, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

Causas declaradas e/ou confirmadas	sub-N	N	Total	%	Total %
Óbitos Maternos Diretos			61		45,86
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia		21		15,79	
Hemorragia		14		10,53	
Hemorragia Pós-Parto	8				
Desc.Prematuro de Placenta	5				
Placenta Prévia	1				
Complicações de Aborto		11		8,27	
Aborto Provocado	4				
Prenhez Ectópica	2				
Septicemia	2				
Mola Hidatiforme	1				
Hemorragia	1				
Tromboembolismo Pulmonar	1				
Infecção Puerperal		11		8,27	
Choque Anafilático		1		0,75	
Embolia Amniótica		1		0,75	
Embolia Não-Amniótica		1		0,75	
Patologias Mal-definidas		1		0,75	
Óbitos Maternos Indiretos			72		54,14
Processos Não Infecciosos					
Cardiopatias		12		9,02	
Miocardiopatia	4				
Valvulopatia (Cong+Adquirida)	4				
Infarto Agudo do Miocárdio	3				
Aneurisma de Aorta	1				
Embolia Pulmonar		10		7,52	
Hepatopatia		6		4,51	
Hipertensão Arterial Crônica		5		3,76	
Anemia Falciforme		3		2,26	
Hemorragia Digestiva Alta		3		2,26	
AVCI		1		0,75	
Lupus Eritematoso Sistêmico		1		0,75	
Diabetes		1		0,75	
Insuficiência Respiratória		1		0,75	
Síndrome de Cushing		1		0,75	
Patologias Mal-Definidas		1		0,75	
Processos Infecciosos					
Broncopneumonia		13		9,77	
Pielonefrite		5		3,76	
Septicemia		5		3,76	
Hepatite		3		2,26	
Pericardite		1		0,75	
TOTAL			133		100,00

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

Tendo por base a faixa etária, os 133 casos foram agrupados de acordo com a patologia básica que originou o óbito, utilizando-se a CID-10 (Tabela 5).

Tabela 5. Classificação por faixa etária segundo patologia apresentada, dos 133 casos de morte materna direta ou indireta, do Município de São Paulo durante o ano de 1997. Baseado na CID-10.

CID \ IDADE (anos)	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia		4	7	3	3	3	1		21
PP-DPP-Atonias e Acretismos		1	1	1	6	3	2		14
Complic.de Aborto/Grav.Ectópica e Molar		1	1	2	3	4			11
Infecção Puerperal		1	3	5	0	2			11
Embolia de Origem Obstétrica			1				1		2
Complicações Anestésicas				1					1
Casos Diretos Inconclusivos			1						1
Hipertensão Arterial Crônica				2	2	1			5
Outras Doenças (não infecciosas)		2	7	10	12	4	4	1	40
Outras Doenças (infecciosas)		4	6	6	8	3			27
TOTAL	0	13	27	30	34	20	8	1	133

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

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

Apesar de notarmos 72 casos (54,14%) resultantes de doença preexistente ou que se desenvolveu durante a gravidez, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma (morte materna indireta), este número reflete um grupo de patologias diversas agrupadas (cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, AVC, broncopneumonias, DPOC, hepatopatias, etc.).

Ao analisarmos as mortes maternas diretas (responsáveis por 45,86% das ocorrências) percebemos que:

Nos 21 casos de Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia a morte materna foi referida na Declaração de Óbito em 16 deles (76,19%), porém o campo referente a pesquisa de gravidez ou puerpério foi respondido em 5 casos (23,81%). No estudo individual dos casos verificamos que ocorreram 16 cesáreas (76,19%), sendo que em 12 destas (75,00%) conseguimos correlacionar o referido ato à gravidade do caso. Obtivemos 2 casos (9,52%) de infarto agudo do miocárdio, provavelmente relacionados ao quadro hipertensivo. A necropsia foi realizada em 11 casos (52,38%).

Dentre as 11 complicações decorrentes de aborto, houve referência explícita à morte materna em 6 casos (54,55%) porém, em 7 casos (63,64%) não houve preenchimento do campo sobre gravidez e puerpério. As complicações decorrentes de tentativas para provocar um aborto estiveram presentes em 4 casos (36,36%), sendo os 4 por septicemia. Nos casos restantes, 2 (18,18%) apresentaram hemorragia, 2 (18,18%) foram gestações ectópicas, 2 (18,18%) vieram a óbito por septicemia, porém sem referência a terem provocado aborto e 1 (9,09%) apresentou complicações decorrentes de um tromboembolismo pulmonar múltiplo.

Dos 14 casos de hemorragia envolvendo desde o terceiro trimestre até o pós-parto imediato obtivemos confirmação na Declaração de Óbito em 12 deles (85,71%). O campo sobre gravidez e puerpério foi preenchido em 5 casos (35,71%). Dos casos apurados, 1 (7,14%) foi devido a complicações oriundas de placenta prévia, 5 (35,71%) por descolamento prematuro de placenta e 8 casos (57,14%) ocorreram após o parto, devido a atonia uterina (4 casos) e coagulopatia de consumo (4 casos). 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 aos 11 casos apurados de infecção puerperal, em 8 (72,73%) houve referência à morte materna na Declaração de Óbito e a necropsia foi realizada em 7 casos (63,64%). O parto normal foi realizado em 5 casos (45,45%), a cesárea em 3 (27,27%) e em 3 casos (27,27%) não obtivemos referência quanto à via de parto.

Obtivemos ainda 1 caso (0,75%) onde, até o momento, não conseguimos definir a causa do óbito materno.

Dentre as 72 mortes maternas de causa indireta, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 27 óbitos (37,50%). No estudo destes, em 12 casos (44,44%) a morte materna

foi relatada na Declaração de Óbito. A necropsia foi realizada em 18 casos (66,67%) e o questionamento sobre gravidez e puerpério respondido em 5 casos (18,52%).

Dos 45 casos restantes (62,50%) onde havia uma patologia associada que contribuiu para o óbito mas não relacionada diretamente à gestação, houve menção à gestação no campo “causa da morte” em 28 deles (62,22%) e o preenchimento dos dados sobre gravidez e puerpério ocorreu em 14 casos (31,11%). A necropsia se deu em 35 destes óbitos (77,78%). Nos 12 casos (26,67%) em que a cardiopatia esteve presente, a insuficiência cardíaca congestiva e o infarto agudo do miocárdio foram responsáveis por 6 e 3 óbitos respectivamente.

Todos os 5 casos (3,82%) de morte materna por Hipertensão Arterial Crônica foram confirmados através de necropsia e em 4 deles a gestação foi mencionada no campo “Causa da Morte”. Em 3 casos não houve preenchimento do campo relativo a presença do ciclo grávido-puerperal.

Ao agruparmos os 133 casos de morte materna tomando-se por referência as grandes síndromes (Tabela 6), notamos uma prevalência das infecções como causa básica da morte, seguida pela hipertensão arterial e pelas hemorragias.

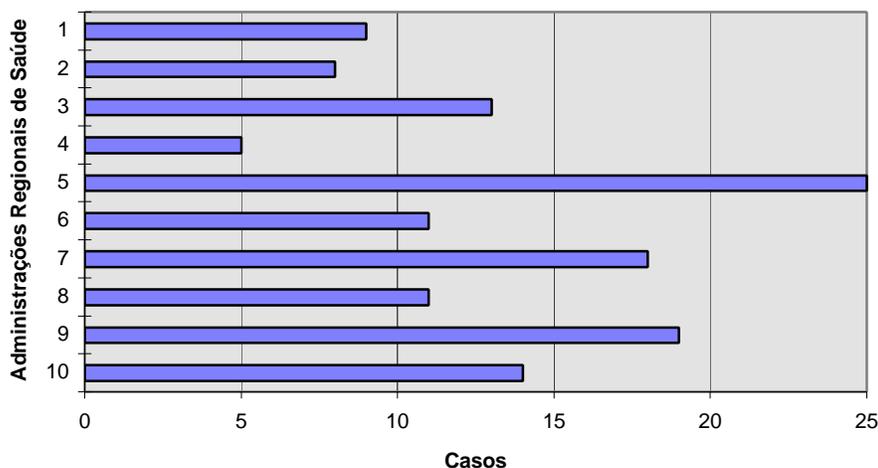
Tabela 6. Agrupamento sindrômico dos 133 casos de morte materna direta ou indireta, no Município de São Paulo no ano de 1997.

Síndromes	N	Total	%	Total %
Síndromes Infeciosas		44		33,08
Bacterianas puerperais	11		8,27	
Bacterianas - complic.de aborto	6		4,51	
Bacterianas - outras	24		18,05	
Virais	3		2,26	
Síndromes Hipertensivas		26		19,55
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	21		15,79	
Hipertensão Arterial Crônica	5		3,76	
Síndromes Hemorrágicas		24		18,05
Placenta Prévia	1		0,75	
Descolamento Prematuro de Placenta	5		3,76	
Hemorragia Pós-Parto	8		6,02	
Complicações de aborto	4		3,01	
Hemorragia Digestiva Alta	3		2,26	
Hepatopatias	2		1,50	
Hemorragia Interna	1		0,75	
Síndromes Tromboembólicas		16		12,03
Anemia Falciforme	2		1,50	
Embolia Pulmonar de Causa Direta	3		2,26	
Embolia Pulmonar de Causa Indireta	10		7,52	
Cardiopatia Congênita	1		0,75	
Outras patologias		21		15,79
Cardiopatias	11		8,27	
Diversas	10		7,52	
Indeterminadas		2		1,50
TOTAL		133		100,00

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

Os 133 casos positivos para morte materna direta ou indireta foram separados segundo o local de residência e distribuídos pelas Administrações Regionais de Saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos 133 casos positivos para morte materna direta ou indireta, segundo as Administrações Regionais de Saúde do Município de São Paulo no ano de 1997.



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

Levando-se em conta o local onde ocorreu o óbito, separamos os 132 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 o caso onde o óbito se deu no domicílio (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos 133 casos positivos para morte materna no Município de São Paulo em 1997, segundo o local em que ocorreu o óbito.

LOCAL	ÓBITO	%
Hospital Privado/Conveniado	44	33,08
Hospital Público Municipal	42	31,58
Hospital Público Estadual	41	30,83
Hospital Fora do Município	5	3,76
Domicílio	1	0,75
TOTAL	133	100,00

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

Conforme dito anteriormente, desde o ano passado estamos 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 8). 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 8. Agrupamento dos 9 casos detectados de morte materna tardia relacionada no Município de São Paulo no ano de 1997, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

Causas declaradas e/ou confirmadas	N	Total	%	Total %
Morte Materna Tardia Relacionada		9		100,00
Coriocarcinoma (5m)*	1		11,11	
Prenhez Ectópica (3m15d)*	1		11,11	
Hemorragia Aguda (3m)*	1		11,11	
Infecção Puerperal (1m15d)*	1		11,11	
Hepatite (1m20d)*	1		11,11	
Lupus Eritematoso Sistêmico (5m)*	1		11,11	
Insuficiência Renal Crônica (4m)*	1		11,11	
Cardiopatía (3m)*	1		11,11	
Patologia Mal-Definida (4m)*	1		11,11	
TOTAL		9		100,00

Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

()* - Tempo em meses e dias entre o procedimento obstétrico e o óbito
Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

Dos 9 casos contabilizados, apenas em 1 houve referência explícita à presença do estado gestacional (infecção puerperal pós-parto normal). Em 5 casos (55,56%), o campo que questiona gravidez ou puerpério não foi preenchido. Em 8 casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar e em 1 caso (indeterminado) o óbito ocorreu no domicílio. A necropsia foi realizada em 3 casos (33,33%).

Discussão

Na análise das 133 Declarações de Óbito constatamos um preenchimento inadequado da maioria dos campos nela contidos, principalmente no que se refere à escolaridade (em 61,65% das Declarações de Óbito o grau de instrução era ignorado) e no questionamento sobre gravidez e puerpério (campo 36 ou 37 conforme a Declaração), onde o campo não foi preenchido em 92 casos (69,17%) do total de Declarações que possuíam o referido item. Fato mais relevante foi que dentre as 84 Declarações de Óbito onde a morte materna estava explicitada no campo “CAUSA DA MORTE” (morte materna declarada) o campo 36/37 só foi preenchido corretamente em 21 casos (25,00%).

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 à raça, em apenas 18 casos não foi possível determinar a cor da falecida. Cabe aqui a ressalva de que nesta apuração foram obtidas informações das Declarações de Óbito, Laudos de Necropsia, visitas hospitalares e domiciliares.

Estas dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e já foram objeto de consideração em pesquisas anteriores⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾.

Quanto ao local de óbito, notamos um atendimento hospitalar presente em 99,25% dos 133 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 1996⁽⁷⁾, que foi de 98,20%.

Quando separamos os casos de acordo com o local onde foi realizada a necropsia e se a morte materna foi declarada ou não (Tabela 9), encontramos uma omissão ao estado grávido-puerperal na Declaração de Óbito em 36,84% dentre os 133 casos positivos para morte materna analisados. Este valor é ligeiramente inferior ao dos anos anteriores⁽⁵⁾⁽⁷⁾, que se mantinha em torno de 40,00%. Noventa casos foram submetidos à necropsia porém, em 41 destes não houve relato da morte materna quando foi preenchida a Declaração de Óbito. Esta omissão (83,33% no Instituto Médico Legal, 42,50% no Serviço de Verificação de Óbitos da Capital e 50,00% em outros serviços de necropsia) não deveria ocorrer, pois o diagnóstico do estado gravídico foi evidenciado morfológicamente na realização do exame necroscópico, devendo portanto ser ao menos mencionado quando a Declaração de Óbito foi preenchida.

Tabela 9. Distribuição dos 133 casos de morte materna direta ou indireta segundo a declaração do estado gravídico por local de realização de exame necroscópico, cálculo da omissão ao estado gravídico e da sub-notificação em mortalidade materna, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.

LOCAL\TIPO	DECLARADA	NÃO DECL.	TOTAL	OMISSÃO(%)	SUB-NOTIF.(%)
IML	1	5	6	83,33	500,00
SVOSP	46	34	80	42,50	73,91
OUTRO	2	2	4	50,00	100,00
IGNORADO	9	4	13	30,77	44,44
NÃO REALIZADO	26	4	30	13,33	15,38
TOTAL	84	49	133	36,84	58,33

* Instituto Médico Legal

** Serviço de Verificação de Óbitos da Capital

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

Quanto a via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 53 cesarianas (39,85%), 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 37 casos (27,82%) em que o óbito materno se deu com feto intra-útero onde, em pelo menos 12 deles, constatamos gestações de terceiro trimestre. A maior incidência de cesárea se deu entre os 21 casos de eclâmpsia e pré-eclâmpsia, onde foram realizados 16 procedimentos (76,19%), seguido pelos quadros hemorrágicos obstétricos da segunda metade da gestação, onde encontramos 10 cesáreas (71,43%) nos 14 casos apurados. Nas 3 cesáreas que evoluíram para infecção puerperal detectamos a presença de bolsa rota há mais de 6 horas em 2 casos (66,67%) e nos 5 casos onde foi realizado parto normal, os sinais de infecção apareceram em média 5 dias após o parto.

Notamos ainda que em 59 casos (44,36%), 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. Esta taxa é um pouco menor do que a que foi encontrada no estudo referente ao ano de 1996 (46,85%)⁽⁷⁾.

Na análise sindrômica, notamos os quadros infecciosos como detentores da maior causa de morte materna, mostrando uma falha importante no atendimento, na condução do caso e nas medidas de combate às infecções, sejam estas hospitalares ou não.

As síndromes hipertensivas aparecem em segundo lugar, apontando falhas no acompanhamento pré-natal, sejam estas devidas a não realização do mesmo (por falta de acesso ou informação), ao pré-natal desatento às transformações gravídicas, à dificuldade de realização de exames mais sofisticados ou até mesmo quanto ao fornecimento de medicação pertinente ao controle da hipertensão. Ressaltamos ainda que para uma boa evolução dos casos de hipertensão é muito importante um atendimento hospitalar coerente com a gravidade destes quadros, com uma infraestrutura médico-hospitalar atualizada e bem equipada. Dentre os quadros hipertensivos, constatamos que 38,46% vieram à óbito em uma Administração Regional diferente da sua residência, apontando a peregrinação como um dos possíveis fatores que levaram ao êxito letal.

A Tabela 10 correlaciona os 133 casos de morte materna de 1997, o número de nascidos vivos em 1997, distribuídos por faixa etária e efetua o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

Tabela 10. Distribuição dos 133 casos de morte materna diretos ou indiretos, número de nascidos vivos e cálculo do Coeficiente de Morte Materna por faixa etária do Município de São Paulo, no ano de 1997.

Idade\CID	Casos	Nasc.Vivos	C.M.M.
10 a 14	0	1026	0,00
15 a 19	13	35689	36,43
20 a 24	27	62155	43,44
25 a 29	30	56870	52,75
30 a 34	34	39424	86,24
35 a 39	20	17017	117,53
40 a 44	8	3787	211,25
45 a 49	1	233	429,18
50 anos ou +	0	18	0,00
Ignorado	0	1562	0,00
TOTAL	133	217781	61,07

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

A distribuição do número absoluto de casos por faixa etária vinha sofrendo poucas alterações nos últimos anos⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾. Neste ano porém, encontramos um número de óbitos maternos acima do esperado, principalmente devido aos casos relacionados à morte materna indireta. Atribuímos tal achado a uma pesquisa mais abrangente (no ano de 1997 foram investigados 84,95% a mais de casos do que no ano de 1996, 92,68% a mais em relação ao ano de 1995 e mais de 100% quando comparado a 1994) e a uma possível falha no atendimento às gestantes portadoras de patologias associadas (doenças preexistentes como pneumopatias, cardiopatias e etc, além dos quadros infecciosos não decorrentes da gravidez). Com o intuito de confirmar nossas hipóteses, procedemos a um estudo comparativo entre o

número absoluto de mortes maternas, o total de casos investigados, os casos negativos após a investigação, os Coeficientes Específicos de Mortalidade Materna Direta e Indireta e o número de Nascidos Vivos dos anos anteriores (Tabela 11), atualizados até a presente data.

Tabela 11. Comparação entre os casos de morte materna, o número de casos investigados, os casos negativos após a investigação e os respectivos Coeficientes Específicos de Mortalidade Materna Direta e Indireta dos anos de 1994 a 1997, no Município de São Paulo.

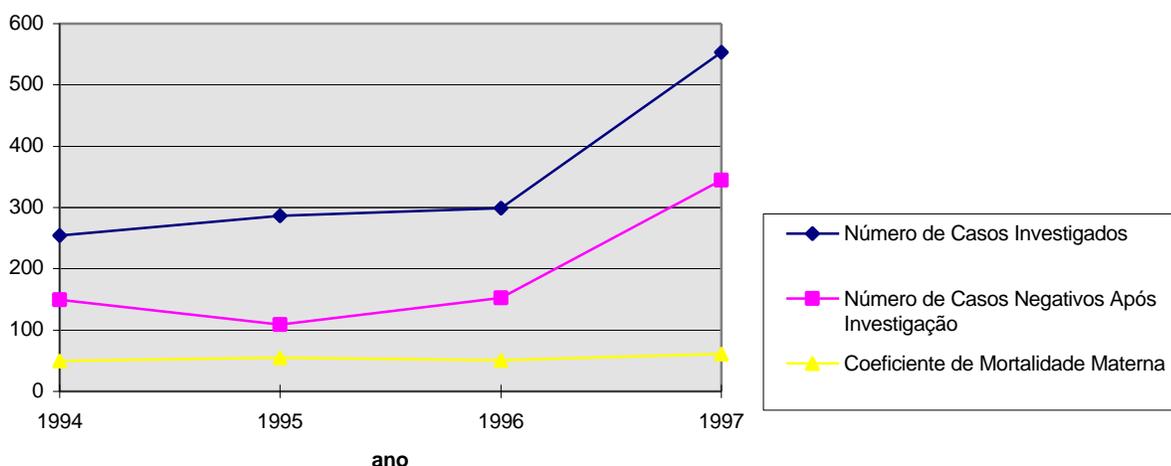
ANO EM ESTUDO	1994	1995	1996	1997
Número de Casos Investigados	254	287	299	553
Número de Casos Negativos Após Investigação	150	109	153	345
Casos de Morte Materna Direta	63	69	70	61
Casos de Morte Materna Indireta	35	44	38	72
Casos de Morte Materna Indefinida	6	0	0	0
Nascidos Vivos	209376	206394	212366	217781
Coef.Mort.Materna Especifico p/casos Diretos	30,09	33,43	32,96	28,01
Coef.Mort.Materna Especifico p/casos Indiretos	16,72	21,32	17,89	33,06
Coeficiente de Mortalidade Materna	49,67	54,75	50,86	61,07

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

Na análise da Tabela 11 constatamos que o Coeficiente de Mortalidade Materna Específico para casos Diretos foi o menor destes últimos 4 anos, sugerindo uma melhoria no atendimento obstétrico direto. Em contrapartida verificamos um aumento importante no Coeficiente de Mortalidade Materna para casos Indiretos, no mesmo período. O aumento abrupto deste Coeficiente neste último ano nos faz supor que esteja ocorrendo uma falha no atendimento às patologias associadas à gestação, principalmente nos ambulatórios de especialidades, que deveriam dar um suporte ao atendimento obstétrico nos casos de gestantes portadoras de moléstias preexistentes. Não podemos descartar, no entanto, que possa estar ocorrendo uma variação sazonal, sendo prudente aguardar o estudo comparativo dos próximos anos.

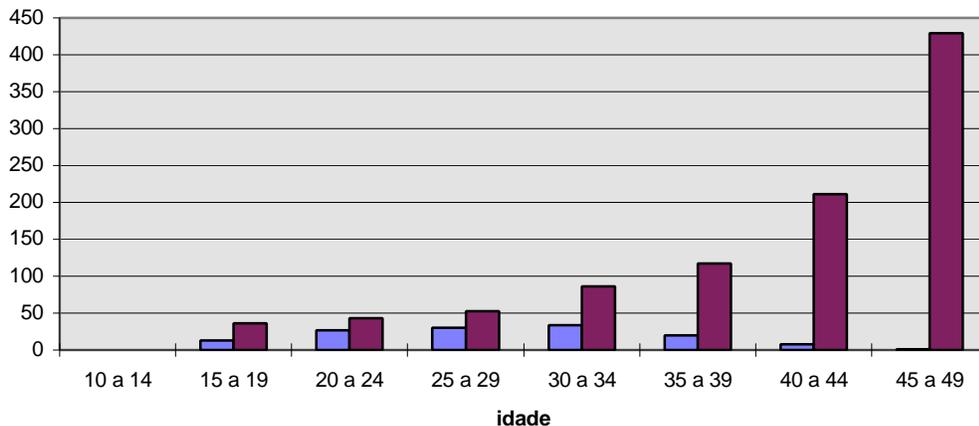
Gostaríamos de salientar que apesar de estarmos pesquisando um número muito maior de casos, não detectamos um crescimento proporcional do número de casos positivos para morte materna, reforçando que a metodologia de pesquisa utilizada até então foi coerente com os dados apurados (Gráfico 3).

Gráfico 3. Comparação entre o número absoluto de casos investigados, o número de casos negativos para morte materna após pesquisa e o Coeficiente de Mortalidade Materna, de 1994 a 1997, no Município de São Paulo.



Quando efetuamos a comparação entre o número absoluto de casos e o respectivo Coeficiente de Mortalidade Materna de acordo com a faixa etária (Gráfico 4), notamos que ambos têm comportamento diferente quando avançamos na faixa etária.

Gráfico 4. Comparação entre os 133 casos de morte materna direta ou indireta e o respectivo Coeficiente de Mortalidade Materna, de acordo com a faixa etária, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.

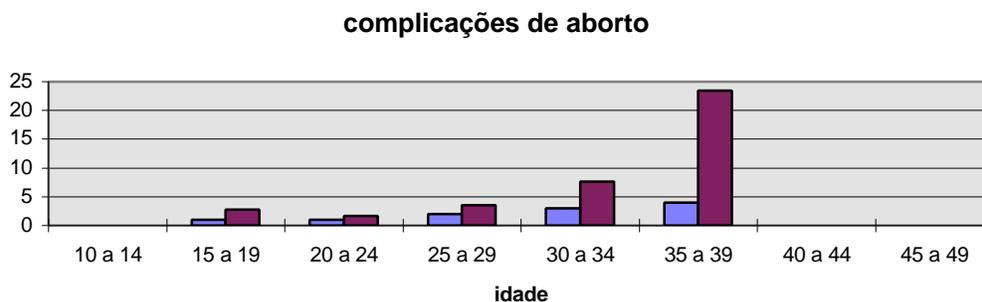


Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

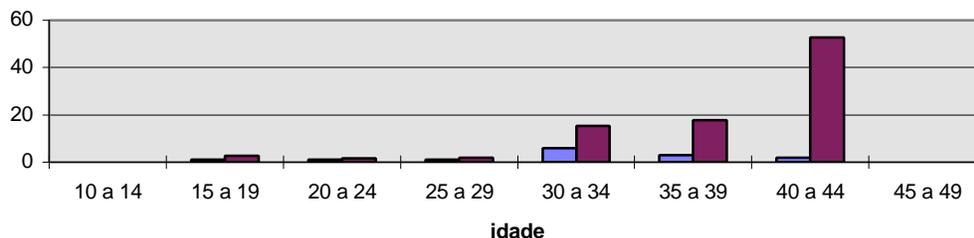
Como era de se esperar, o aumento progressivo do Coeficiente de Mortalidade Materna de acordo com a faixa etária denota que quanto maior for a idade, maior é o risco de óbito materno. Gostaríamos de ressaltar a nossa preocupação quanto ao fato de termos constatado a ocorrência de 18 partos na faixa etária acima dos 50 anos. Estes casos só foram relacionados na pesquisa no número de 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). De qualquer forma, se fizermos uma projeção do Coeficiente de Mortalidade Materna para mulheres acima de 50 anos, encontraremos um segmento onde o risco de termos uma complicação é muito grande e conseqüentemente a possibilidade da ocorrência de um óbito materno.

Para termos uma noção mais precisa do comportamento das patologias mais freqüentes frente ao Coeficiente de Mortalidade Materna, efetuamos uma mescla de dados da Tabela 5 com a Tabela 10, obtendo o Coeficiente Específico de Mortalidade Materna para as principais patologias, de acordo com a faixa etária (Gráfico 5).

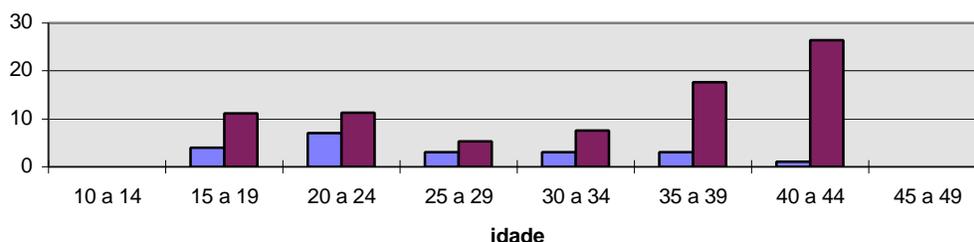
Gráfico 5. Comparação do número de casos de morte materna das principais patologias e do respectivo Coeficiente Específico de Mortalidade Materna, de acordo com a faixa etária, no Município de São Paulo durante o ano de 1997.



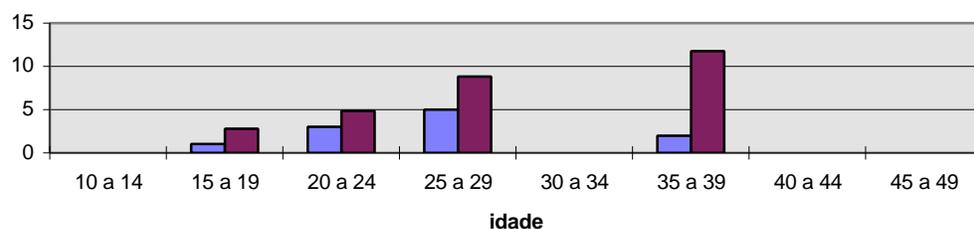
complicações hemorrágicas



eclâmpsia - pré-eclâmpsia



infecção puerperal



De modo geral, o Coeficiente Específico de Mortalidade Materna se comporta de maneira semelhante à análise global, aumentando com a idade. Isto nos chama a atenção para que tenhamos um cuidado redobrado em gestantes de mais idade, pois o risco de apresentar alguma complicação é sempre maior.

Obtivemos neste estudo um Coeficiente de Mortalidade Materna de 61,07/100000 NV para o Município de São Paulo no ano de 1997. Notamos um aumento quando comparado ao do ano de 1996 (50,86/100000 NV) e em 1995 (54,75/100000 NV), já corrigidos pelos casos de evasão (mulheres residentes no município de São Paulo que vieram a óbito em outro município).

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.

Na avaliação do tipo de Hospital onde ocorreu o óbito (Privado/Conveniado, Público Municipal ou Público Estadual), notamos um predomínio de casos no setor Privado/Conveniado. Tal se justifica pela maior oferta de leitos de maternidade disponíveis neste segmento. O Serviço Público Municipal (ARS e Módulos do PAS) realizou aproximadamente 50.000 partos durante o ano de 1997, correspondendo a praticamente 23,00% do total de partos de nosso município. Detectamos uma ocorrência de 31,58% dos óbitos maternos diretos ou indiretos neste setor. Acreditamos que esta discrepância entre as taxas de partos e óbitos maternos seja devida aos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do setor Privado/Conveniado, tendo em vista o alto custo gerado por estas patologias e suas complicações.

Notamos um aumento gradativo do número de partos ocorridos no Município de São Paulo desde o ano de 1995 até a presente data. Segundo dados da Fundação SEADE a taxa de evasão

ou seja, casos residentes no Município e que vão dar à luz fora do mesmo, vem caindo nestes últimos anos, o que explica em parte o aumento do número de partos da Capital.

Apesar de não ter o mesmo peso que o Coeficiente de Mortalidade Materna, estamos efetuando uma análise retrospectiva desde 1995 do número de óbitos diretos ou indiretos distribuídos de acordo com a classificação do hospital onde ocorreu o referido óbito (se Público Municipal, Público Estadual ou se Particular/Conveniado SUS). Utilizando-se um raciocínio semelhante ao cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna, realizamos a divisão do número de óbitos pelo número de partos ocorridos em cada esfera. A este cálculo denominamos Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar. Cabe aqui a ressalva de que o número de partos não significa o mesmo que o número de nascidos vivos e que o número de partos obtidos no Sistema SIH/SUS se reporta aos partos efetivamente pagos e não os que foram realizados (Tabela 12).

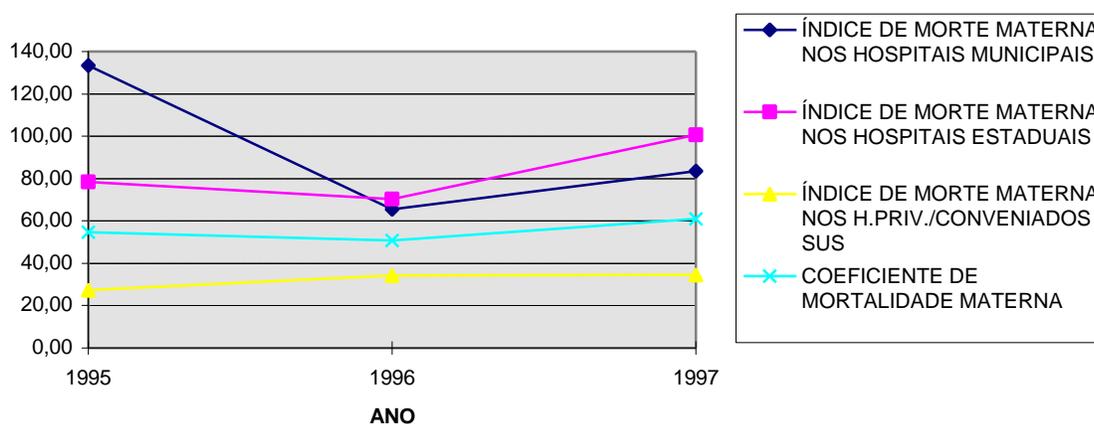
Tabela 12. Distribuição do número de partos e do número de óbitos maternos diretos ou indiretos segundo o tipo de Hospital de ocorrência do óbito e cálculo do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar, no Município de São Paulo entre os anos de 1995 a 1997.

ANO EM ESTUDO	1995	1996	1997
PARTOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS	23987	38153	50215
PARTOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS	39529	42673	40755
PARTOS EM HOSPITAIS PARTICULARES/CONVENIADOS SUS	142878	131540	126811
TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO	206394	212366	217781
ÓBITOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS	32	25	42
ÓBITOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS	31	30	41
ÓBITOS EM HOSPITAIS PARTICULARES/CONVENIADOS SUS	39	45	44
TOTAL DE MORTES MATERNAS DO MUNICÍPIO	113	108	133
ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS HOSPITAIS MUNICIPAIS	133,41	65,53	83,64
ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS HOSPITAIS ESTADUAIS	78,42	70,30	100,60
ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS H.PRIV./CONVENIADOS SUS	27,30	34,21	34,70
COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA	54,75	50,86	61,07

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - SIH/SUS

O Gráfico 6 reflete o comportamento do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar e o Coeficiente de Mortalidade Materna durante os anos de 1995 a 1997.

Gráfico 6. Variação do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar e do Coeficiente de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante os anos de 1995 a 1997.



O Coeficiente de Mortalidade Materna específico também foi calculado segundo o endereço de residência e distribuído pelas Administrações Regionais de Saúde (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos 133 casos de morte materna direta ou indireta e do número de nascidos vivos no Município de São Paulo no ano de 1997, segundo a Administração Regional de Saúde, com cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado.

ARS	CASOS	Nasc.Vivos	CMMR
ARS-1	9	15004	59,98
ARS-2	8	13680	58,48
ARS-3	13	25015	51,97
ARS-4	5	17491	28,59
ARS-5	25	27789	89,96
ARS-6	11	19212	57,26
ARS-7	18	32441	55,49
ARS-8	11	9453	116,37
ARS-9	19	26186	72,56
ARS-10	14	24581	56,95
Ignorado	0	6929	0,00
TOTAL	133	217781	61,07

*CMMR - Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado

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

Fundação SEADE

Com base no exposto acima, podemos verificar que apesar de, em números absolutos, a ARS-5 (Itaquera/Guaianases) apresentar o maior número de casos, a ARS-8 (Pirituba/Perus) detém o maior Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no ano de 1997 (116,37/100000 NV) e a ARS-4 (Administração Regional de Saúde da Penha/Tatuapé) apresenta o menor (28,59/100000 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 pudessem ser tomadas visando a redução deste índice regionalizado.

Mortalidade Materna Tardia

Conforme relatado anteriormente, a partir do ano de 1996 estamos divulgando o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardio, que se baseia na soma dos casos de morte materna direta ou indireta que ocorreram após 42 dias de puerpério.

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 20 óbitos de mulheres após o 42º. dia de puerpério. Destes, após análise dos prontuários e visita domiciliar, separamos 9 casos onde a morte ocorrida foi conseqüência de uma complicação obstétrica ou a gestação agravou uma patologia preexistente (morte materna direta ou indireta). O óbito materno ocorreu em média 3,4 meses após o término da gestação, sendo 5 de causa direta e 4 de causa indireta. A morte materna foi declarada em apenas 1 caso (infecção puerperal), o que resulta em uma taxa de sub-notificação de 88,89%.

A sub-notificação seria nestes casos, a maior dificuldade encontrada no que se refere à pesquisa envolvendo morte materna tardia. Os casos sub-notificados acabam sendo relacionados à morte materna somente na visita domiciliar, já que os relatos de prontuário sobre a existência de uma gestação pregressa são muito escassos. Conforme mencionado nas pesquisas anteriores realizadas por este Comitê⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾, chegar a um domicílio pode às vezes se tornar um trabalho insano, tendo em vista a falta de pontos de referência na Declaração de Óbito, a dificuldade de acesso ao local e quando lá chegamos não encontramos nenhum parente, tendo em vista a desagregação familiar que a morte materna gera. Seria prudente que o médico responsável pelo acompanhamento das complicações decorrentes da gestação, ficasse atento para a possibilidade da existência de uma gravidez pregressa.

Encontramos portanto, um Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia de 4,13/100000 Nascidos Vivos, ligeiramente maior do que o encontrado em 1996 (3,77/100000 NV). Acreditamos que o valor referente ao ano de 1997 teve seu aumento devido a uma pesquisa mais abrangente e apurada (praticamente 85% a mais de casos estudados). O Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia ainda é meramente informativo, pois tendo em vista que o óbito ocorre longe do ciclo gravídico-puerperal é muito difícil apurar o número exato de casos ou ainda estabelecer uma correlação com o mesmo.

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.

Podemos deduzir que este Coeficiente tende a aumentar com o passar dos anos, pois com a evolução da medicina e as facilidades cada vez maiores de suporte à vida, estamos conseguindo postergar a ocorrência do óbito materno. Fica claro que o objetivo final não é deslocar os casos de morte materna de um grupo para outro e sim, através de medidas adequadas de atendimento médico-hospitalar, saneamento básico, facilidades de transporte, educação coletiva e etc, reduzirmos as taxas de óbito durante o ciclo gravídico-puerperal.

Mortalidade Materna Não Relacionada

Apenas a título informativo, diagnosticamos entre os 179 casos envolvendo morte materna detectados no ano de 1997 a ocorrência de 37 casos (20,67%) de morte materna não relacionada ou seja, a ocorrência do óbito em uma mulher grávida ou puérpera, sem que a patologia básica que desencadeou o mesmo tenha sofrido qualquer interferência do ciclo grávido-puerperal. Estes casos foram discriminados na Tabela 14.

Tabela 14. Relação dos 37 casos de morte materna não relacionada segundo os critérios estabelecidos pela CID-10, no Município de São Paulo, durante o ano de 1997.

Causas declaradas e/ou confirmadas	N	Total	%	Total %
Morte Materna Não Relacionada		26		70,27
AIDS/SIDA	9		24,32	
Morte Violenta	4		10,81	
Neoplasias	3		8,11	
Septicemia	2		5,41	
Cardiopatias	2		5,41	
DPOC	1		2,70	
Meningite	1		2,70	
Apendicite	1		2,70	
Coagulopatia	1		2,70	
Neurocisticercose	1		2,70	
Abdomen Agudo Oclusivo	1		2,70	
Morte Materna Tardia Não Relacionada		11		29,73
Neoplasia	3		8,11	
Pancreatite	2		5,41	
Patologia Mal-Definida	2		5,41	
AIDS	1		2,70	
Insuficiência Renal	1		2,70	
Infarto Agudo do Miocárdio	1		2,70	
Septicemia	1		2,70	
TOTAL		37		100,00

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

Como podemos constatar, o número de casos de AIDS desponta como o principal da lista. Segundo conceitos modernos, a classificação dos casos de AIDS poderá sofrer mudanças pois, caso seja constatado que a gestação foi determinante para o óbito materno e não uma simples

intercorrência da patologia principal (AIDS), o caso passa a ser classificado como sendo de morte materna indireta. Para que isto seja possível, é de fundamental importância que o médico que supervisiona o caso relate este agravante no prontuário pois, fica muito difícil e subjetivo para nós que não participamos da evolução do caso, opinarmos a este respeito.

Os casos de violência, que ocupam o segundo lugar nesta tabela, foram ocasionados por acidentes automobilísticos (2), ferimento por arma de fogo (1) e suicídio (1). Estes dados nos alertam para um outro problema, característico das grandes cidades, onde a segurança pessoal está constantemente sendo abalada e a morte não escolhe condição sócio-econômica.

Coefficientes de Mortalidade Materna

Apresentamos na Tabela 15 os quatro Coeficientes apurados nesta pesquisa, assim como o número de casos de morte materna utilizados para o cálculo de cada Coeficiente.

Tabela 15. Apresentação dos quatro Coeficientes de Mortalidade Materna e o número de casos utilizados para o cálculo de cada Coeficiente, encontrados no Município de São Paulo durante o ano de 1997.

INDICADORES	NÚMERO	COEFICIENTE
Coef.de Mortalidade Materna	133	61,07
Coef.de Mortalidade Materna Tardia	9	4,13
Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação	159	73,01
Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação até 1 Ano	179	82,19

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

Nascidos Vivos no Município de São Paulo para 1997 - 217781 (Fundação SEADE)

Sugestões

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

A equipe multiprofissional (Médicos, Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem, Assistentes Sociais, Educadoras em Saúde, etc) necessita de um aprimoramento técnico adequado. Para tanto, sugerimos a realização de reciclagens contínuas e reavaliação constante dos procedimentos de abordagem pertinentes a cada caso. Precisamos personalizar o atendimento, principalmente nas gestantes de alto risco, que necessitam de uma atenção maior, tendo em vista serem alvo das complicações mais frequentes.

Apesar de termos leitos suficientes no Município de São Paulo para o atendimento dos casos obstétricos, verificamos que grande parte está ociosa ou concentrada em regiões mais centrais. É imperiosa a reativação e uma melhor distribuição destes leitos de maternidade, evitando desta forma a tão temida peregrinação da gestante em busca de uma vaga hospitalar. Devemos ainda dar uma atenção especial à gestação de alto-risco, criando ambulatórios de especialidade que possam suprir esta lacuna no atendimento ao pré-natal, inclusive com maior integração a outras especialidades clínicas (Pneumologia, Cardiologia, Nefrologia, Vascular, etc), visto a elevada incidência de óbitos maternos de causa indireta que ocorreram este ano.

Não podemos nos esquecer de que esta gestante de alto-risco deverá dar à luz em uma rede hospitalar que possa corresponder com uma a infra-estrutura adequada às intercorrências obstétricas que porventura possam advir do atendimento ao caso mais complicado. Estes casos deveriam ser drenados desde o atendimento pré-natal, assegurando de antemão a vaga e o serviço de atendimento, evitando que um caso de risco se agrave desnecessariamente. Não podemos nos esquecer de que o recém-nascido destas gestantes pode apresentar riscos neo-natais pertinentes à patologia

obstétrica, necessitando de atendimento especializado e dispondo de recursos adequados como leitos de UTI neo-natal.

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

O Comitê de Mortalidade Materna, que em si não tem caráter punitivo, atua com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas à população feminina, tentando adequar e humanizar o atendimento à mulher, alertando os mais diversos níveis quanto aos problemas encontrados durante a gravidez, parto e puerpério, tentando reduzir desta forma a morte de uma gestante ou puerpera, 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) BOYACIYAN, K.; BARBOSA, S.A. - **Relatório Sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1993** - Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS
- (2) BOYACIYAN, K.; BARBOSA, S.A. - **Relatório Sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1994** - Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS
- (3) BARBOSA, S.A.; MARCUS, P.A.F.; VEGA, C.E.P.; 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.Ginec.Obst. - FEBRASGO vol. 19 - n°. 3 Abril 1997 - pág. 179-82
- (4) MARCUS, P.A.F. & VEGA, C.E.P. - **Relatório sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1995** - Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS
- (5) MARCUS, P.A.F.; VEGA, C.E.P.; BOYACIYAN, K.; BARBOSA, S.A. - **Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo Durante o Ano de 1995** - Rev.Bras.Ginec.Obst - FEBRASGO - vol.18 - n°. 9 Outubro 1996 - pág. 731-36
- (6) Coordenação Materno-Infantil - **Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna** - Ministério da Saúde, 1995
- (7) MARCUS, P.A.F. & VEGA, C.E.P. - **Relatório sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1996** - Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS
- (8) Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - **Boletim da Comissão de Hipertensão na Gravidez - FEBRASGO** - vol.4(1) Março 1997 - pág. 6-10
- (9) NEME, B; NEME R.M. - **Assistência ao Parto e Morbiletalidade Materna - BRASIL (SUS 1994)** - Ginecologia e Obstetrícia Atual - Ano 5 - n°. 11/12 Nov/Dez 1996 - pág. 14-26
- (10) BELFORT, P.; MONTELEONE, P.P.R.; MADI, J.M.; VIGGIANO, M. - **Mesa Redonda - Mortalidade Materna** - Ginecologia e Obstetrícia Atual - Ano 2 - n°. 6 Nov/Dez 1993 - pág. 14-26
- (11) Organização Mundial da Saúde - **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão** - 1993
- (12) Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná - **Mortalidade materna no Paraná, do anonimato ... à ação** - Relatório Trienal 1994-96 - Curitiba 1997
- (13) BOYACIYAN, K; MARCUS, P.A.F.; VEGA, C.E.P.; BARBOSA, S.A.; PAZERO, L.C. - **Mortalidade Materna na Cidade de São Paulo de 1993 a 1995** - Rev.Bras.Ginec.Obst. - FEBRASGO vol. 20 - n°. 1, 1997 - pág. 13-18