

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 1999

COMITÊ CENTRAL DE MORTALIDADE MATERNA - P.M.S.P.
biênio 1999/2001

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

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

Introdução

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

O Ministério da Saúde⁽¹⁾, a partir de 1988, em conjunto com a Universidade de Campinas e outras entidades, começou a alertar sobre o problema da morte materna e suas implicações sociais. No Paraná, o Dr. Luiz Fernando C. O. Braga foi o pioneiro em lidar com a mortalidade materna, responsável pela implantação do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná, que serve como modelo e se encontra em atividade até hoje⁽²⁾.

Em 1990, durante a 23ª. Conferência Sanitária Pan Americana da qual o Brasil fez parte, foi solicitado um empenho na redução dos Coeficientes de Mortalidade Materna em 50% nesta década. Em 1994, o Ministério da Saúde reafirmou esta intenção, elaborando o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna⁽³⁾. Este Manual serve de base para a realização do estudo feito pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo até a presente data.

Atualmente, o estudo sobre mortalidade materna tem sido usado com o intuito de refletir as condições de saúde oferecidas a uma comunidade e indiretamente, a situação sócio-econômica desta população. 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 (NV). O último dado oficial fornecido pelo Ministério da Saúde em 1995, estima o Coeficiente de Morte Materna do Brasil ao redor de 134,7/100000 NV⁽¹⁾, já efetuada a devida correção. Dados não oficiais apontam um Coeficiente de Mortalidade Materna para o Brasil da ordem 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, fazer um diagnóstico das principais causas encontradas, apontar falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentar sugestões para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda deste Coeficiente e a tão desejada redução da mortalidade materna.

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 (representando a participação popular) em conjunto com 10 Comitês Regionais de Mortalidade Materna de composição semelhante, excluindo-se a representação do Conselho Regional de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da USP. A partir deste ano, contamos com a colaboração de mais quatro entidades: PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade do Município de São Paulo), Fundação SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), SOGESP (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo) e o CORENSP (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo). Estas 4 entidades convidadas estão em processo de inclusão na composição oficial do Comitê Central de Mortalidade Materna, aguardando somente os trâmites legais para sua efetivação.

Durante o ano de 1999 ocorreram 64377 óbitos no Município de São Paulo, sendo 26997 mulheres. Destas, 4292 se encontravam na faixa de idade entre 10 e 49 anos. Foram vistas

todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 873 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⁽⁴⁾ 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 investigações no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo e em outros serviços onde houve realização de exame necroscópico, pelos membros do Comitê de Mortalidade Materna através dos representantes do Programa de Atenção à Saúde da Mulher de COAS/SMS. Os 873 casos selecionados foram então separados por Administração Regional de Saúde, e enviados para pesquisa tendo por base o endereço de residência da falecida ou quando este não estava disponível, foi utilizado o endereço onde ocorreu o óbito (endereço do hospital).

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

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

Acompanhando a tendência mundial⁽⁵⁾, os casos positivos para morte materna foram classificados e distribuídos em 4 categorias distintas, tendo-se por base a CID-10.

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

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

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

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

Cabe aqui a ressalva de que como foi feito nos anos anteriores, 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:

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.

(4) 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.

Para efeito comparativo com anos anteriores foi utilizado um banco de dados atualizado na presente data (podendo haver discrepâncias com valores divulgados em relatórios passados), pois nosso objetivo é sempre nos aproximarmos do real Coeficiente de Mortalidade Materna anual.

Resultados

Dos 873 casos encaminhados aos 10 Comitês Regionais para investigação obtivemos 648 casos (74,23%) negativos, 195 positivos (22,34%) para morte materna (188 residentes em nosso Município e 7 que vieram a falecer aqui, porém residentes em Municípios vizinhos) e 30 casos (3,44%) onde até a presente data não obtivemos confirmação sobre a presença ou não de gestação ou de qualquer patologia relacionada. Dentre os 188 casos positivos para morte materna (já excluídos os 7 casos de invasão), 30 casos (15,96%) ocorreram entre 43 dias até 1 ano após o parto, sendo 19 casos (10,11%) não relacionados e 11 casos (5,85%) relacionados à morte materna sendo estes utilizados para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia; detectamos ainda, 31 casos (16,49%) de morte materna não relacionada que ocorreram até 42 dias de puerpério. O percentual de casos cujo retorno da pesquisa ainda não aconteceu vem apresentando queda nos últimos 5 anos e atualmente está em 4,47%.

Os 188 casos positivos para morte materna de mulheres residentes no Município de São Paulo encontrados na pesquisa do ano de 1999 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

Tabela 1. Distribuição dos 188 casos positivos para morte materna segundo a classificação preconizada pela CID-10, no Município de São Paulo durante o ano de 1999.

| Causas declaradas e/ou confirmadas | Total | Total % |
|--------------------------------------|------------|---------------|
| Óbitos Maternos Diretos | 72 | 38,30 |
| Óbitos Maternos Indiretos | 55 | 29,25 |
| Óbitos Maternos Não Relacionados | 31 | 16,49 |
| Morte Materna Tardia Não Relacionada | 19 | 10,11 |
| Morte Materna Tardia Relacionada | 11 | 5,85 |
| TOTAL | 188 | 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 127 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 comentados apenas a título de informação.

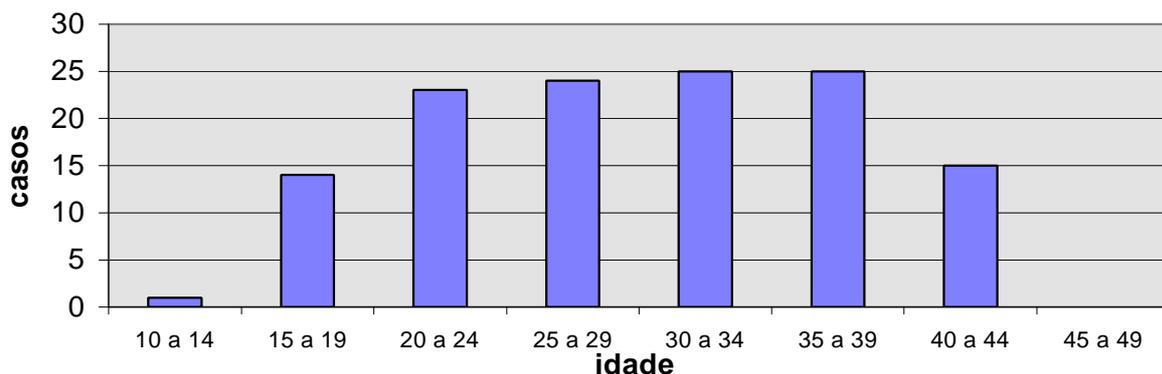
Apresentamos na Tabela 2/Gráfico 1 o total de 127 casos diretos ou indiretos distribuídos segundo a faixa etária onde ocorreu o óbito.

Tabela 2. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1999.

| Idade | Casos | % |
|--------------|------------|---------------|
| 10 a 14 | 1 | 0,79 |
| 15 a 19 | 14 | 11,02 |
| 20 a 24 | 23 | 18,11 |
| 25 a 29 | 24 | 18,89 |
| 30 a 34 | 25 | 19,69 |
| 35 a 39 | 25 | 19,69 |
| 40 a 44 | 15 | 11,81 |
| 45 a 49 | 0 | 0,00 |
| Ignorado | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 127 | 100,00 |

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

Gráfico 1. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1999.



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Os demais aspectos apurados estão listados a seguir:

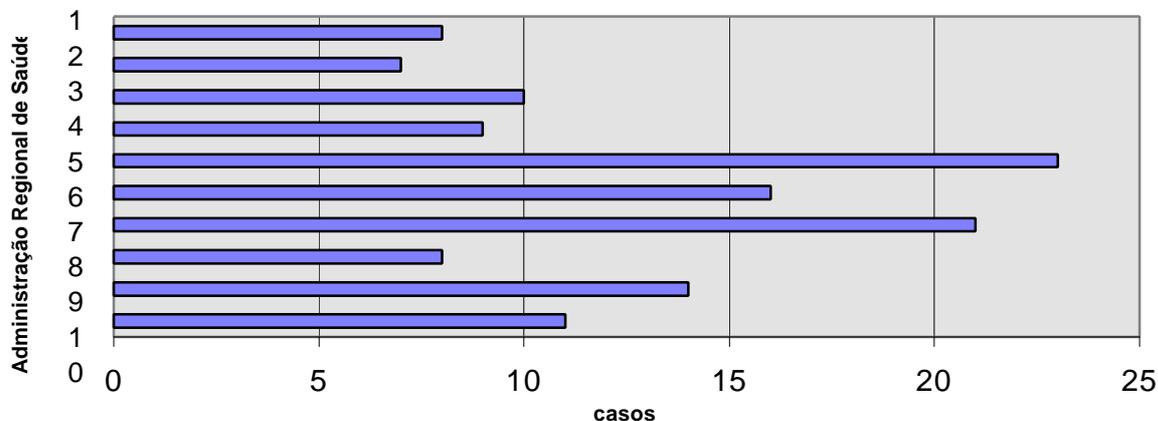
Estado Civil:- Encontramos em nosso estudo 70 solteiras (55,12%), 41 casadas (32,28%), 4 unidas consensualmente (3,15%), 4 separadas judicialmente (3,15%), 4 viúvas (3,15%) e em 4 casos (3,15%) não obtivemos referência no campo.

Escolaridade:- 49 delas cursaram o primeiro grau (38,58%), 15 tinham o segundo grau (11,81%), 4 tinham curso superior (3,15%) e 3 eram analfabetas (2,36%). O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 56 Declarações analisadas (44,09%)

Cor:- Verificamos na Declaração de Óbito e nos laudos de necropsia que 68 mulheres eram brancas (53,54%), 39 pardas (30,71%), 12 pretas (9,45%), 1 amarela (0,79%) e em 7 não obtivemos dados relativos ao item (5,51%).

Local do óbito:- Em 126 casos (99,21%) o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. O único caso de óbito domiciliar foi uma primigesta, portadora de hipertensão arterial de base, que foi encontrada morta em seu domicílio devido a um quadro de edema agudo de pulmão. Os 127 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 127 casos positivos para morte materna direta ou indireta, segundo o local de residência da falecida, distribuído pelas Administrações Regionais de Saúde do Município de São Paulo no ano de 1999.



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Exame necroscópico:- O exame necroscópico foi realizado em 87 casos (68,50%), sendo 65 no Serviço de Verificação de Óbitos, 20 no Instituto Médico Legal e 2 em outros serviços de necropsia. Em 29 casos não foi realizada necropsia (22,84%) e nas 11 restantes (8,66%) não encontramos referência ao tópico.

Tipo de atendimento prestado até a vigência do óbito materno:- A cesárea foi realizada em 54 casos (42,52%), o parto normal em 23 (18,11%) e em 33 casos (25,98%) o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo 8 no primeiro, 10 no segundo e 12 no terceiro trimestre). Cabe aqui a ressalva de que neste grupo verificamos a realização de 3 cesáreas post-mortem, com 2 sucessos na reanimação fetal. Detectamos ainda 9 casos que evoluíram para abortamento (7,09%) e nos 8 casos restantes (5,56%) não conseguimos determinar o tipo de atendimento (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos 127 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 1999.

| PROCEDIMENTO | CASOS | % |
|--------------|-------|--------|
| Cesárea | 54 | 42,52 |
| Não houve* | 33 | 25,98 |
| Normal | 23 | 18,11 |
| Aborto | 9 | 7,09 |
| Ignorado | 8 | 6,30 |
| TOTAL | 127 | 100,00 |

* 3 cesáreas pós-mortem

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

Em 60 casos (47,24%) o óbito ocorreu em um Hospital localizado em uma Administração Regional de Saúde diferente da área de abrangência do endereço da falecida. Relacionamos na Tabela 4 os 127 casos de morte materna distribuídos segundo o local onde ocorreu o óbito (dentro de um ambiente Hospitalar (segundo o tipo de atendimento prestado: Conveniado/Privado, Público Estadual ou Público Municipal), domicílio e outros locais).

Tabela 4. Distribuição dos 127 casos positivos para morte materna no Município de São Paulo em 1999, segundo o local em que ocorreu o óbito.

| LOCAL | ÓBITO | % |
|-----------------------------|-------|--------|
| Hospital Privado/Conveniado | 54 | 42,52 |
| Hospital Público Municipal | 35 | 27,56 |
| Hospital Público Estadual | 34 | 26,77 |
| Fora do Município | 3 | 2,36 |
| Domicílio | 1 | 0,79 |
| TOTAL | 127 | 100,00 |

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

Declaração do Estado Gravídico :- A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 85 casos (67,46%).

Os casos foram separados segundo a patologia que originou o óbito, obedecendo os critérios de classificação descritos na metodologia, e então relacionados na Tabela 5.

Tabela 5. Agrupamento dos 127 casos detectados de morte materna direta ou indireta do Município de São Paulo no ano de 1999, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

| Causas declaradas e/ou confirmadas | sub-N | N | Total | % | Total % |
|-------------------------------------|-------|----|------------|-------|---------------|
| Óbitos Maternos Diretos | | | 72 | | 56,69 |
| Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia | | 19 | | 14,96 | |
| Hemorragia | | 27 | | 21,26 | |
| Hemorragia Pós-Parto | 17 | | | | |
| Desc.Prematuro de Placenta | 5 | | | | |
| Placenta Prévia | 5 | | | | |
| Complicações de Aborto | | 15 | | 11,81 | |
| Aborto Provocado | 8 | | | | |
| Septicemia | 3 | | | | |
| Prenhez Ectópica | 2 | | | | |
| Mola Hidatiforme | 1 | | | | |
| Hemorragia | 1 | | | | |
| Infecção Puerperal | | 4 | | 3,15 | |
| Embolia de Causa Obstétrica | | 2 | | 1,57 | |
| Patologias Mal-Definidas | | 5 | | 3,94 | |
| Óbitos Maternos Indiretos | | | 55 | | 43,31 |
| Causas Não Infecciosas | | | | | |
| Hipertensão Arterial Crônica | | 15 | | 11,81 | |
| Cardiopatias | | 8 | | 6,30 | |
| Infarto Agudo do Miocárdio | 4 | | | | |
| Miocardiopatia | 3 | | | | |
| Valvulopatia (Cong+Adquirida) | 1 | | | | |
| Embolia Pulmonar | | 5 | | 3,94 | |
| AVCI / AVCH | | 2 | | 1,57 | |
| Diabetes | | 2 | | 1,57 | |
| Anemia Falciforme | | 1 | | 0,79 | |
| DPOC | | 1 | | 0,79 | |
| Insuficiência Renal Crônica | | 1 | | 0,79 | |
| Lupus Eritematoso Sistêmico | | 1 | | 0,79 | |
| Púrpura Trombocitopênica Idiopática | | 1 | | 0,79 | |
| Patologias Mal-Definidas | | 1 | | 0,79 | |
| Causas Infecciosas | | | | | |
| Broncopneumonia | | 9 | | 7,09 | |
| Septicemia | | 2 | | 1,57 | |
| Hepatite | | 2 | | 1,57 | |
| Tuberculose | | 2 | | 1,57 | |
| Pielonefrite | | 1 | | 0,79 | |
| Cardite | | 1 | | 0,79 | |
| TOTAL | | | 127 | | 100,00 |

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 pelas hemorragias pós-parto, hemorragias pré-parto, abortos provocados e infecções puerperais.

Neste ano notamos 55 casos (43,31%) 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 56,69% das ocorrências) percebemos que:

Nos 19 casos de Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia a morte materna foi referida na Declaração de Óbito em 16 deles (84,21%) e o campo referente a pesquisa de gravidez ou puerpério foi respondido em 8 casos (42,11%). No estudo individual dos casos verificamos que ocorreram 14 cesáreas (1 pós-morte) (73,68%), sendo que em todas conseguimos correlacionar o ato cirúrgico à gravidade do caso. A necropsia foi realizada em 8 casos (42,11%).

Dentre as 15 complicações decorrentes de aborto, houve referência explícita à morte materna em 7 casos (46,67%) e em 11 casos (73,33%) não houve preenchimento do campo sobre gravidez e puerpério. As complicações decorrentes de tentativas para provocar um aborto estiveram presentes em 8 casos (53,33%), sendo 5 por septicemia, 2 por intoxicação exógena decorrente da ingestão de medicação visando provocar o aborto e 1 caso decorrente de hemorragia uterina associada à coagulação intravascular disseminada. Em outros 2 casos (13,33%) pairou apenas a suspeita de abortamento provocado, porém sem dados consistentes para sua confirmação, sendo ambos por choque séptico. Nos 5 casos restantes encontramos 2 gestações ectópicas (13,33%), 1 degeneração molar (6,67%), 1 quadro de septicemia (6,67%) sem referência a ter provocado o aborto e 1 caso (6,67%) de aborto seguido de hemorragia.

Dos 27 casos de hemorragia envolvendo desde o terceiro trimestre até o pós-parto imediato obtivemos confirmação na Declaração de Óbito em 20 deles (74,07%). O campo sobre gravidez e puerpério foi preenchido em 16 casos (59,26%) e a média de idade foi de 32 anos. Dos casos apurados, 6 (22,22%) foram devidos a complicações oriundas de placenta prévia, 4 (14,82%) por descolamento prematuro de placenta e 17 casos (62,96%) ocorreram após o parto (atonias, acretismos e hemorragias puerperais). A cesárea ocorreu em 22 casos (81,48%) e 5 evoluíram para parto normal (18,52%). Dentre os 6 casos de placenta prévia, encontramos relato em prontuário de dificuldade de dequitação devido a acretismo placentário associado em 4 deles (66,67%), levando a realização de histerectomia com o intuito de coibir a hemorragia.

Quanto aos 4 casos onde a infecção puerperal estava presente, em 3 (75,00%) houve referência à morte materna na Declaração de Óbito e a necropsia foi realizada em 3 casos (75,00%). O parto normal foi realizado em 2 casos (50,00%) e a cesárea em 2 (50,00%).

Detectamos 2 casos de embolia de origem obstétrica, sendo 1 devido à embolia amniótica confirmada pelo exame necroscópico e outro decorrente de trombose de vasos pélvicos.

Obtivemos ainda 5 casos (3,94%) de morte materna de causa direta onde, até o momento, não conseguimos definir o motivo do óbito.

Dentre as 55 mortes maternas de causa indireta, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 17 óbitos (30,91%). No estudo destes, em 10 casos (58,82%) a morte materna foi relatada na Declaração de Óbito. A necropsia foi realizada em 11 casos (64,71%) e o questionamento sobre gravidez e puerpério respondido em 7 casos (41,18%). Encontramos a realização de 7 partos normais, 4 cesáreas, sendo 1 pós-morte (sem sucesso na reanimação fetal), 1 aborto e em 4 casos o óbito materno ocorreu antes de qualquer procedimento obstétrico.

Dos 38 casos restantes (69,09%) onde havia uma patologia associada que contribuiu para o óbito mas não relacionada diretamente à gestação detectamos a ocorrência de 15 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (39,47%), 8 cardiopatias (21,05%) e 5 embolias pulmonares (13,16%) como principais causas. Houve menção à gestação no campo “causa da morte” em 25 Declarações de Óbito (65,79%) e o preenchimento dos dados sobre gravidez e puerpério ocorreu em 16 casos (42,11%). A necropsia se deu em 32 destes óbitos (84,21%). Nos 8 casos (21,05%) em que a cardiopatia esteve presente, a insuficiência cardíaca congestiva e o infarto agudo do miocárdio foram responsáveis por 4 óbitos cada.

Observamos a ocorrência de 15 casos (39,47%) de Hipertensão Arterial Sistêmica, onde foram realizadas 5 cesáreas (33,33%) e 2 partos normais (13,33%). Não houve procedimento obstétrico nos outros 8 casos (53,34%). A morte materna foi declarada em 8 casos (53,33%) e a necropsia realizada em 12 casos (80,00%). Quanto ao pré-natal, temos relato da realização do mesmo em 5 casos (33,33%). Nos 10 casos restantes, 7 (46,67%) não faziam pré-natal e em 3 casos

(20,00%) não obtivemos referência ao ítem na investigação realizada. Considerando-se apenas os 8 casos de morte materna por Hipertensão Arterial Sistêmica onde não houve procedimento obstétrico, verificamos que em 4 casos (50,00%) o óbito se deu no segundo trimestre e os outros 4 óbitos no terceiro trimestre.

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

Tendo por base a faixa etária, os 127 casos foram agrupados de acordo com a patologia básica que originou o óbito, utilizando-se a CID-10 (Tabela 6).

Tabela 6. Classificação por faixa etária segundo patologia apresentada, dos 127 casos de morte materna direta ou indireta, do Município de São Paulo durante o ano de 1999. 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 | 4 | 7 | 1 | 3 | | 19 |
| PP-DPP-Atonias e Acretismos | | 1 | 5 | 3 | 5 | 8 | 5 | | 27 |
| Complic.de Aborto/Grav.Ectópica e Molar | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | | 15 |
| Infecção Puerperal | | 1 | 1 | | | 2 | | | 4 |
| Embolia de Origem Obstétrica | | | | 1 | 1 | | | | 2 |
| Casos Diretos Inconclusivos | | 1 | | 3 | | | 1 | | 5 |
| Hipertensão Arterial Crônica | | 1 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | | 15 |
| Outras Doenças (não infecciosas) | | | 5 | 4 | 6 | 6 | 1 | | 22 |
| Outras Doenças (infecciosas) | | 7 | 5 | 1 | 3 | 1 | | | 17 |
| Casos Indiretos Inconclusivos | | | | 1 | | | | | 1 |
| TOTAL | 1 | 14 | 23 | 24 | 25 | 25 | 15 | | 127 |

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

Ao agruparmos os 127 casos de morte materna tomando-se por referência as grandes síndromes (Tabela 7), notamos uma prevalência da hipertensão arterial como causa básica da morte, seguido de pelos quadros hemorrágicos da metade final da gravidez e puerpério. As infecções aparecem em terceiro lugar, as cardiopatias em quarto e os quadros tromboembólicos em quinto lugar.

Tabela 7. Agrupamento sindrômico dos 127 casos de morte materna direta ou indireta, no Município de São Paulo no ano de 1999.

| Síndromes | N | Total | % | Total % |
|------------------------------------|----|------------|-------|---------------|
| Síndromes Hipertensivas | | 34 | | 26,77 |
| Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia | 19 | | 14,96 | |
| Hipertensão Arterial Crônica | 15 | | 11,81 | |
| Síndromes Hemorrágicas | | 32 | | 25,20 |
| Placenta Prévia | 6 | | 4,72 | |
| Descolamento Prematuro de Placenta | 4 | | 3,15 | |
| Hemorragia Pós-Parto | 17 | | 13,39 | |
| Complicações de aborto | 5 | | 3,94 | |
| Síndromes Infecciosas | | 28 | | 22,05 |
| Bacterianas puerperais | 4 | | 3,15 | |
| Bacterianas - complic.de aborto | 7 | | 5,51 | |
| Bacterianas - outras | 15 | | 11,81 | |
| Virais | 2 | | 1,57 | |
| Síndromes Tromboembólicas | | 8 | | 6,30 |
| Embolia de Origem Obstétrica | 2 | | 1,57 | |
| Embolia Pulmonar não Obstétrica | 6 | | 4,72 | |
| Outras patologias | | 19 | | 14,96 |
| Cardiopatias | 8 | | 6,30 | |
| Diversas | 11 | | 8,66 | |
| Indeterminadas | | 6 | | 4,72 |
| TOTAL | | 127 | | 100,00 |

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

Seguindo o preconizado pela CID-10, desde o ano de 1996⁽⁴⁾ 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 e/ou dias que transcorreu entre o procedimento obstétrico (parto, curetagem ou cirurgia) e o óbito.

Dos 11 casos contabilizados, em 3 (27,27%) houve referência explícita na Declaração de Óbito à presença do estado gestacional (3 cardiopatias) (Morte Materna Declarada). Em 10 casos (90,91%), o campo que questiona puerpério tardio não foi preenchido. Em todos os casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. A necropsia foi realizada em 3 casos (27,27%) e em 2 destes a morte materna não foi declarada.

Tabela 8. Agrupamento dos 11 casos detectados de morte materna tardia relacionada no Município de São Paulo no ano de 1999, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

| Causas declaradas e/ou confirmadas | Tempo* | N | Total | Total % |
|---|--------|---|-----------|---------------|
| Morte Materna Tardia Relacionada | | | | |
| Causas Diretas | | | 2 | 18,18 |
| Eclâmpsia / Pré-Eclâmpsia | 5m13d | 1 | | |
| Infecção Puerperal | 2m | 1 | | |
| Causas Indiretas | | | 9 | 81,82 |
| Cardiopatia | 2m | 1 | | |
| Cardiopatia | 4m20d | 1 | | |
| Cardiopatia | 5m | 1 | | |
| Cardiopatia | 7m | 1 | | |
| Cardiopatia | 9m20d | 1 | | |
| Infarto Agudo do Miocárdio | 1m20d | 1 | | |
| Insuficiência Cardíaca | 2m5d | 1 | | |
| Lupus Eritematoso Sistêmico | 2m | 1 | | |
| Lupus Eritematoso Sistêmico | 2m5d | 1 | | |
| TOTAL | | | 11 | 100,00 |

* - Tempo em meses e dias entre o procedimento obstétrico e o óbito

Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1999.
Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

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

Discussão

Na análise das 127 Declarações de Óbito constatamos um preenchimento inadequado da maioria dos campos nela contidos, principalmente no que se refere à escolaridade (em 44,09% das Declarações de Óbito o grau de instrução era ignorado) e no questionamento sobre gravidez e puerpério (campo 36, 37 ou 43/44 conforme a Declaração), onde o campo não foi preenchido em 74 casos (58,27%) e parcialmente preenchido em 13 casos (10,24%) do total de Declarações envolvendo a morte materna direta ou indireta. Ressalta-se o fato de que em 1 caso de morte materna declarada (gravidez ectópica rota) o campo que questionava o estado gravídico foi assinalado como ignorado. Fato mais relevante foi que dentre as 86 Declarações de Óbito onde a morte materna estava explicitada no campo “CAUSA DA MORTE” (morte materna declarada) o campo referente à gravidez ou puerpério só foi preenchido corretamente em 35 casos (40,70%).

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

Quanto à raça, em 7 casos (5,51%) não foi possível determinar a cor da falecida. A cor branca foi a mais freqüente (68 casos – 53,54%), seguida da parda (39 casos – 30,71%), da preta (12 casos – 9,45%) e 1 caso da raça amarela (0,79%). 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^(4,6,7,8,9,10)

Quanto ao local de óbito, notamos um atendimento hospitalar presente em 99,21% dos 127 casos positivos para morte materna, porém não temos dados para opinar sobre a qualidade deste atendimento.

Quando separamos os casos de acordo com o local onde foi realizada a necropsia e se a morte materna foi declarada ou não (Tabela 9), encontramos uma omissão ao estado grávido-puerperal na Declaração de Óbito em 32,54% dentre os 127 casos positivos para morte materna analisados, o que resulta em uma sub-notificação de 48,24% para este ano. Este valor apresentou uma queda percentual de quase 10 pontos se comparado ao ano anterior⁽¹⁰⁾. No total, 86 casos foram submetidos à necropsia porém, em 34 destes não houve relato da morte materna quando foi preenchida a Declaração de Óbito. Esta sub-notificação (233,33% no Instituto Médico Legal, 45,45% no Serviço de Verificação de Óbitos da Capital) 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 127 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 1999.

| LOCAL\TIPO | DECLARADA | NÃO DECL. | TOTAL | OMISSÃO | SUB-NOTIF. |
|---------------|-----------|-----------|-------|---------|------------|
| IML | 6 | 14 | 20 | 70,00 | 233,33 |
| SVOSP | 45 | 20 | 65 | 30,77 | 44,44 |
| OUTRO | 2 | 0 | 2 | 0,00 | 0,00 |
| IGNORADO | 10 | 1 | 11 | 9,09 | 10,00 |
| NÃO REALIZADO | 23 | 6 | 29 | 20,69 | 26,09 |
| TOTAL | 86 | 41 | 127 | 32,28 | 47,67 |

* 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 57 cesarianas (44,88%) - 54 em vida e 3 pós-morte, valor elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%). Na análise dos casos, entretanto, devemos considerar que neste ano, a totalidade dos casos estava relacionado a um quadro clínico de alta gravidade, a iteratividade ou a insucesso na indução de parto, que por si explicaria o procedimento realizado. Conseguimos detectar uma justificativa plausível para a execução de todas as 57 cesáreas realizadas (100,00%). A gravidade dos casos estudados é corroborada pela presença de 30 casos (23,62%) onde o óbito materno ocorreu antes da realização de qualquer procedimento obstétrico (morte materna com feto intra-útero). A maior incidência de cesáreas correlacionadas à patologia determinante do óbito ocorreu nos 10 casos de hemorragia ante-parto (placenta prévia e descolamento prematuro de placenta), presente em 100,00% dos procedimentos realizados. Nos 17 casos de hemorragia pós-parto, a cesárea foi realizada em 70,59% dos procedimentos obstétricos. Nos 19 casos de eclâmpsia e pré-eclâmpsia a cesárea aconteceu em 73,68% das situações onde houve resolutividade obstétrica, sendo 1 cesárea pós-morte com sucesso na reanimação fetal.

Notamos ainda que em 60 casos (47,24%), 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 vem oscilando pouco nos últimos anos^(4,9,10).

Gostaríamos de salientar que detectamos 1 gestante portadora de HIV no grupo dos 127 casos, sendo o óbito ocasionado por complicações de um quadro de hipertensão arterial sistêmica. Seguindo a tendência mundial, optamos por classificar este caso de HIV positivo como sendo de morte materna obstétrica indireta tendo em vista a patologia básica que originou o óbito e não o fato de ser portadora de AIDS/SIDA, que determinaria a exclusão deste caso do grupo de estudo.

Diferente dos anos anteriores^(4,9,10), notamos que os quadros hipertensivos passaram a ocupar o primeiro lugar na análise sindrômica, posição até então ocupada pelos quadros infecciosos. Houve aqui, um efeito resultante da queda do número de casos decorrentes de processos infecciosos e um aumento nos quadros hipertensivos. Apesar de ser o primeiro ano que isto acontece, acreditamos que estamos começando a observar o resultado das ações das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. Houve uma queda gradativa nos quadros de infecção puerperal (11 casos em 1996⁽⁴⁾, 11 em 1997⁽⁹⁾, 8 em 1998⁽¹⁰⁾ e apenas 4 casos este ano) e um aumento dos quadros hipertensivos, principalmente devido à Hipertensão Arterial Sistêmica. Sete gestantes portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (46,67%) não realizaram o pré-natal e em 3 não temos referência ao fato nos dados obtidos. Nos 5 casos (33,33%) onde temos referência à realização deste acompanhamento, 2 fizeram mais de 5 consultas e 2 compareceram a até 2 consultas. Em 1 caso não temos referência ao número de consultas realizadas.

A ocorrência deste aumento nos quadros hipertensivos aponta 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 infra-estrutura médico-hospitalar atualizada e bem equipada. Dentre os quadros hipertensivos, constatamos que 47,06% vieram à óbito em uma Administração Regional diferente da sua residência, apontando a peregrinação como um dos possíveis fatores que levaram ao êxito letal.

Neste ano presenciamos um aumento na ocorrência dos quadros hemorrágicos da segunda metade da gestação e puerpério, na sua maioria devido à quadros decorrentes de acretismos e atonias uterinas. Cabe aqui o relato de que em 1 caso (Descolamento Prematuro de Placenta decorrente de Eclâmpsia) o convênio médico-hospitalar não autorizou a reposição de sangue (foi dado apenas 1 unidade de concentrado de hemáceas), contribuindo para o óbito.

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 39816 partos durante o ano de 1999, correspondendo a 18,27% do total de partos de nosso município. Detectamos uma ocorrência de 27,56% dos óbitos maternos diretos ou indiretos neste setor. Acreditamos que esta diferença entre as taxas de partos e óbitos maternos seja devida aos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do setor Privado/Conveniado, tendo em vista o alto custo gerado por estas patologias e suas complicações.

Segundo dados da Fundação SEADE a taxa de evasão ou seja, mulheres residentes no Município e que vão dar à luz fora do mesmo se encontra em 5,53%.

A Tabela 10 correlaciona os 127 casos de morte materna de 1999, o número de nascidos vivos em 1999, distribuídos por faixa etária e efetua o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

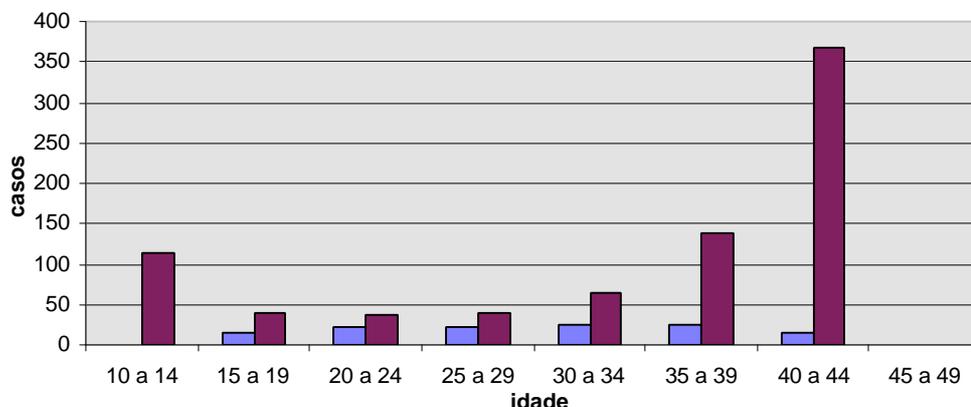
Tabela 10. Distribuição dos 127 casos de morte materna diretos ou indiretos, número de nascidos vivos e cálculo do Coeficiente de Morte Materna por faixa etária do Município de São Paulo, no ano de 1999.

| idade | Casos | Nasc.Vivos | C.M.M. |
|--------------|--------------|---------------|--------------|
| 10 a 14 | 1 | 885 | 112,99 |
| 15 a 19 | 14 | 35596 | 39,33 |
| 20 a 24 | 23 | 61926 | 37,14 |
| 25 a 29 | 24 | 56495 | 42,48 |
| 30 a 34 | 25 | 39491 | 63,31 |
| 35 a 39 | 25 | 18150 | 137,74 |
| 40 a 44 | 15 | 4087 | 367,02 |
| 45 a 49 | 0 | 262 | 0,00 |
| 50 anos ou + | Não avaliado | 12 | 0,00 |
| Ignorado | 0 | 1065 | 0,00 |
| TOTAL | 127 | 217969 | 58,27 |

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

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

Gráfico 3. Comparação entre os 127 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 1999.



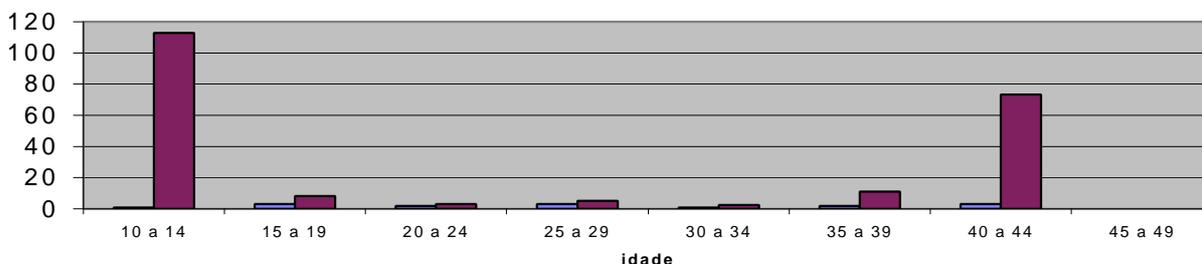
Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Este gráfico sofreu uma modificação neste ano, se comparado aos anos anteriores. Durante a pesquisa de 1999 detectamos a ocorrência de um caso de morte materna entre 10 e 14 anos. Isto não ocorria desde 1995. 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 porém, a presença de um caso de morte materna em uma faixa etária onde ocorrem poucos partos (10 a 14 anos) foi suficiente para alterar a conformação do gráfico. Foi um caso de morte materna por choque séptico em uma menina de 14 anos, com fortes suspeitas de ter sido um aborto provocado. Apesar da rara ocorrência de óbitos nesta faixa etária, o motivo que desencadeou o óbito nos leva a refletir sobre a falta de atenção que nossos adolescentes estão vivenciando, com falhas na educação sexual e no planejamento familiar, levando a atitudes inconseqüentes e por vezes, fatais. Gostaríamos de ressaltar também, a nossa preocupação quanto ao fato de termos constatado a ocorrência de 12 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). Apesar deste número estar em queda nos últimos anos, segundo dados da Fundação SEADE, este grupo de gestantes merece uma atenção especial pois, se fizermos uma projeção do Coeficiente de Mortalidade Materna para mulheres acima de 50 anos encontraremos um valor extremamente elevado, o que justifica a nossa preocupação.

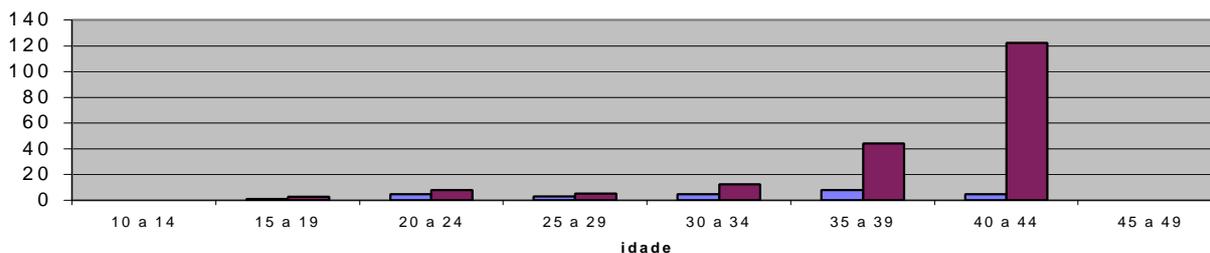
Para termos uma noção mais precisa do comportamento das patologias mais freqüentes frente ao Coeficiente de Mortalidade Materna, efetuamos uma mescla de dados da Tabela 6 com a Tabela 10, obtendo o Coeficiente Específico de Mortalidade Materna para as principais patologias, de acordo com a faixa etária (Gráfico 4).

Gráfico 4. 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 1999.

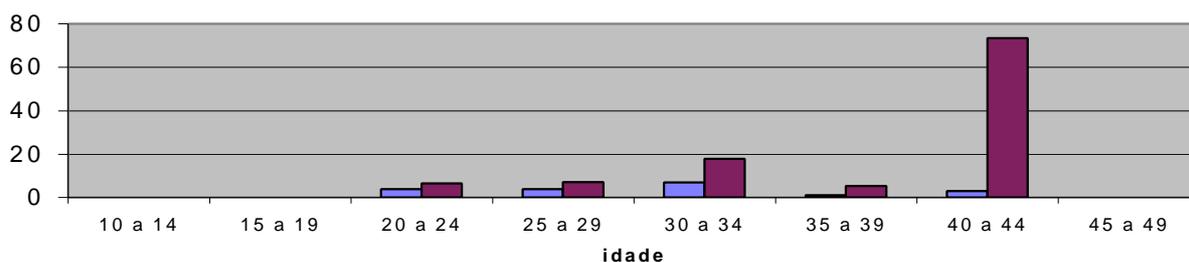
Complicações de aborto



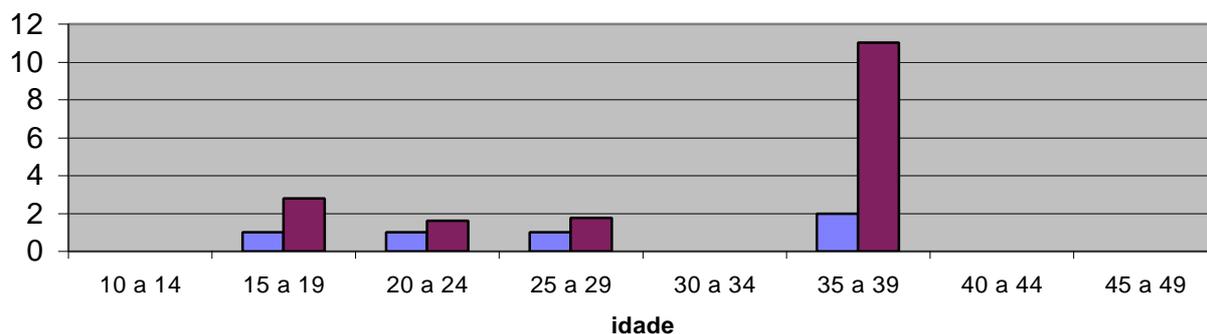
Complicações Hemorrágicas



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 mais idosas, pois o risco de apresentar alguma complicação é sempre maior.

Obtivemos neste estudo um Coeficiente de Mortalidade Materna de 58,27/100000 NV para o Município de São Paulo no ano de 1999. Notamos um Coeficiente muito parecido com o ano de 1998 (58,34/100000 NV), já corrigidos pelos casos de evasão (mulheres residentes no município de São Paulo que vieram a óbito em outro município) e atualizados até a presente data.

Lembramos 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.

O Coeficiente de Mortalidade Materna específico também foi calculado segundo o endereço de residência e distribuído pelas Administrações Regionais de Saúde (Tabela 11). Cabe aqui a ressalva de que o bairro de Lajeado, que pertence à região de ARS-5 (Itaquera/Guaianases), recebe as ações de saúde desenvolvidas pela ARS-6 (Ermelino Matarazzo/São Miguel) por motivos meramente de localização geográfica. Após reunião conjunta entre o Comitê Central e os Comitês Regionais de Mortalidade Materna de ARS-5 e ARS-6, optamos por incluir os dados deste bairro (casos de morte materna e nascidos vivos) na ARS-6. Em 13/07/2000 foi assinado o Decreto 39.616 e publicado no DOM de 14/07/2000, regulamentando a distribuição geográfica das Administrações Regionais de Saúde, sendo que a partir do estudo do ano 2000 estaremos utilizando esta nova distribuição.

Tabela 11. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta e do número de nascidos vivos no Município de São Paulo no ano de 1999, segundo a Administração Regional de Saúde, com cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado por ARS.

| ARS | CASOS | NV | CMM |
|--------------|------------|---------------|--------------|
| ARS-1 | 8 | 14169 | 56,46 |
| ARS-2 | 7 | 14929 | 46,89 |
| ARS-3 | 10 | 24576 | 40,69 |
| ARS-4 | 9 | 16569 | 54,32 |
| ARS-5 | 23 | 24304 | 94,63 |
| ARS-6 | 16 | 23520 | 68,03 |
| ARS-7 | 21 | 32735 | 64,15 |
| ARS-8 | 8 | 10015 | 79,88 |
| ARS-9 | 14 | 27241 | 51,39 |
| ARS-10 | 11 | 22750 | 48,35 |
| Ignorado | 0 | 7161 | 0,00 |
| TOTAL | 127 | 217969 | 58,27 |

*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 em números absolutos, a ARS-5 (Itaquera/Guaianases) apresenta o maior número de casos (23) e o maior Coeficiente de Mortalidade Materna (94,63/100000 NV) e a ARS-3 (Jabaquara/Sapopemba) detém o menor Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no ano de 1999 (40,69/100000 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.

Numa análise mais específica, pormenorizando cada bairro, com seus casos e sua respectiva população de nascidos vivos, detectamos que o problema da morte materna acomete todas as classes socio-econômicas, geralmente com uma prevalência maior nas áreas menos favorecidas. A Tabela 12 relaciona os bairros (com as respectivas ARS) onde ocorreram morte materna, o número de casos e o Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado por bairro.

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

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

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

Tabela 12. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta do Município de São Paulo no ano de 1999, segundo o bairro e respectiva Administração Regional de Saúde, com cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado por bairro.

| BAIRROS | ARS | CASOS | CMM | BAIRROS | ARS | CASOS | CMM |
|--------------------|-----|-------|--------|-------------------|-----|-------|-------|
| PERDIZES | 1 | 3 | 267,62 | GRAJAÚ | 9 | 6 | 68,68 |
| ARICANDUVA | 3 | 4 | 241,98 | SÃO DOMINGOS | 8 | 1 | 68,54 |
| CAMPO BELO | 2 | 2 | 222,97 | PARQUE DO CARMO | 5 | 1 | 65,62 |
| BUTANTA | 2 | 2 | 222,22 | CASA VERDE | 7 | 1 | 64,43 |
| JOSÉ BONIFÁCIO | 5 | 4 | 215,40 | LIMÃO | 7 | 1 | 62,81 |
| IGUATEMI | 5 | 4 | 170,29 | VILA CURUÇÁ | 6 | 2 | 60,39 |
| CARRAO | 4 | 2 | 162,21 | TREMembÉ | 7 | 2 | 60,24 |
| BOM RETIRO | 1 | 1 | 157,73 | JARDIM HELENA | 6 | 2 | 59,93 |
| BRAS | 1 | 1 | 133,51 | VILA ANDRADE | 2 | 1 | 59,74 |
| PINHEIROS | 1 | 1 | 131,23 | VILA MATILDE | 4 | 1 | 59,67 |
| BELEM | 1 | 1 | 129,37 | JARDIM ÂNGELA | 10 | 4 | 58,83 |
| JARAGUÁ | 8 | 4 | 127,78 | BRASILANDIA | 7 | 4 | 56,56 |
| PERUS | 8 | 2 | 123,84 | PONTE RASA | 4 | 1 | 55,10 |
| SAÚDE | 3 | 2 | 116,62 | CURSINO | 3 | 1 | 55,07 |
| SÃO MIGUEL | 6 | 3 | 114,50 | JARDIM SÃO LUIS | 10 | 3 | 52,68 |
| VILA MEDEIROS | 7 | 3 | 114,46 | PENHA | 4 | 1 | 48,15 |
| FREGUESIA DO Ó | 7 | 3 | 107,99 | CIDADE DUTRA | 9 | 2 | 47,05 |
| VILA GUILHERME | 7 | 1 | 107,53 | SÃO RAFAEL | 5 | 1 | 45,85 |
| JAÇANÃ | 7 | 2 | 104,33 | CIDADE LIDER | 5 | 1 | 44,37 |
| ITAQUERA | 5 | 4 | 94,47 | SAPOPEMBA | 3 | 2 | 37,64 |
| RAPOSO TAVARES | 2 | 2 | 92,04 | RIO PEQUENO | 2 | 1 | 37,15 |
| SANTA CECÍLIA | 1 | 1 | 90,09 | CAPAO REDONDO | 10 | 2 | 33,88 |
| ARTHUR ALVIM | 4 | 2 | 88,57 | CIDADE ADEMAR | 9 | 2 | 33,81 |
| PEDREIRA | 9 | 2 | 82,00 | PIRITUBA | 8 | 1 | 32,67 |
| GUAIANAZES | 5 | 2 | 81,97 | CACHOEIRINHA | 7 | 1 | 27,94 |
| VILA MARIA | 7 | 2 | 81,27 | LAJEADO | 6 | 1 | 27,02 |
| ERMELINO MATARAZZO | 6 | 2 | 78,25 | JABAQUARA | 3 | 1 | 23,04 |
| ITAIM PAULISTA | 6 | 4 | 77,67 | CAMPO LIMPO | 10 | 1 | 22,97 |
| CANGAIBA | 4 | 2 | 72,57 | SEM ESPECIFICAÇÃO | | 5 | 0,00 |
| CIDADE TIRADENTES | 5 | 3 | 71,80 | OUTROS BAIRROS | | 0 | 0,00 |
| VILA JACUÍ | 6 | 2 | 70,32 | TOTAL | | 127 | 58,27 |
| TUCURUVI | 7 | 1 | 69,59 | | | | |

Fontes: Comitê Central de Mortalidade Materna
Fundação SEADE

Mortalidade Materna Tardia

Conforme relatado anteriormente, a partir do ano de 1996⁽⁴⁾ estamos divulgando o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardio, que se baseia no total dos casos de morte materna direta ou indireta que ocorreram após 42 dias de puerpério.

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 30 óbitos de mulheres após o 42º. dia de puerpério. Destes, após análise dos prontuários e visita domiciliar, separamos 11 casos (Tabela 8) onde a morte ocorrida foi consequência de uma complicação obstétrica ou a gestação agravou uma patologia preexistente (morte materna direta ou indireta). O óbito materno ocorreu em média 3 meses e 10 dias após o término da gestação, sendo 2 de causa direta e 9 de causa indireta. A morte materna foi declarada em 3 casos (3 cardiopatias), o que resulta em uma taxa de sub-notificação de 266,67%.

A maior dificuldade encontrada no que se refere à pesquisa envolvendo morte materna tardia é o alto grau de sub-notificação. Os casos sub-notificados acabam sendo relacionados à morte materna somente na visita domiciliar, já que os relatos de prontuário sobre a existência de uma gestação pregressa são muito escassos. Conforme mencionado nas pesquisas anteriores

realizadas por este Comitê^(4,6,7,8,9,10), chegar a um domicílio pode às vezes se tornar um trabalho insano, tendo em vista a falta de pontos de referência na Declaração de Óbito, a dificuldade de acesso ao local e quando lá chegamos não encontramos nenhum parente, devido à desagregação familiar que a morte materna gera. Seria prudente que o médico responsável pelo acompanhamento das complicações decorrentes da gestação, ficasse atento para a possibilidade da existência de uma gravidez pregressa e tentasse manter registro em prontuário da causa original das complicações apresentadas.

Encontramos portanto, um Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia de 5,05/100000 Nascidos Vivos. Este Coeficiente vinha aumentando nos últimos anos (1,41/100000 NV em 1996⁽⁴⁾, 4,13/100000 NV em 1997⁽⁹⁾ e 6,84/100000 NV em 1998⁽¹⁰⁾) provavelmente devido a um aprimoramento na pesquisa envolvendo morte materna tardia. Da mesma forma que na morte materna ocorrida até 42 dias de puerpério, apesar do aumento do número de casos pesquisados, acreditamos que o valor obtido este ano está muito próximo da realidade. Esta ainda é uma afirmação precoce. Necessitaremos de mais alguns anos de pesquisa para podermos afirmar com convicção sobre o comportamento deste Coeficiente.

Após estabelecermos um patamar de pesquisa para o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia, assim como fizemos no decorrer destes anos para os casos de morte materna até 42 dias de puerpério, teremos uma base de dados mais fidedigna para avaliar o comportamento deste Coeficiente. Acreditamos que, após esta fase de transição e de aquisição de conhecimento, este Coeficiente sofra um acréscimo gradativo ao longo dos anos, pois com a evolução da medicina e as facilidades cada vez maiores de suporte à vida, consegue-se postergar a ocorrência do óbito materno. Fica claro que o objetivo final não é deslocar os casos de morte materna de um grupo para outro e sim, através de medidas adequadas de atendimento médico-hospitalar, saneamento básico, facilidades de transporte, educação coletiva e etc, reduzirmos as ocorrências de óbito durante o ciclo gravídico-puerperal.

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.

Mortalidade Materna Não Relacionada e Mortalidade Materna Tardia Não Relacionada

Apenas a título informativo, diagnosticamos entre os 188 casos envolvendo morte materna detectados no ano de 1999 a ocorrência de 31 casos (16,49%) 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 (31 até 42 dias de puerpério e 19 de 43 dias até 1 ano de puerpério) foram discriminados na Tabela 13.

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

Tabela 13. Relação dos 50 casos de morte materna não relacionada segundo os critérios estabelecidos pela CID-10, no Município de São Paulo, durante o ano de 1999.

| Causas declaradas e/ou confirmadas | Sub-N | % | N | Total % |
|--------------------------------------|-----------|-------|-----------|---------------|
| Morte Materna Não Relacionada | | | 31 | 62,00 |
| AIDS/SIDA | 7 | 22,58 | | |
| Morte Violenta | 5 | 16,13 | | |
| Neoplasias | 5 | 16,13 | | |
| Meningite | 5 | 16,13 | | |
| AVCI / AVCH | 4 | 12,90 | | |
| Overdose | 1 | 3,23 | | |
| Púrpura Trombocitopênica Idiopática | 1 | 3,23 | | |
| Queimadura | 1 | 3,23 | | |
| Trauma Craniano | 1 | 3,23 | | |
| Indeterminada | 1 | 3,23 | | |
| Morte Materna Tardia Não Relacionada | | | 19 | 38,00 |
| AVCH | 5 | 26,32 | | |
| Broncopneumonia | 3 | 15,79 | | |
| Cardiopatía | 3 | 15,79 | | |
| Epilepsia | 2 | 10,53 | | |
| Infarto Agudo do Miocárdio | 2 | 10,53 | | |
| Neoplasia | 1 | 5,26 | | |
| DPOC | 1 | 5,26 | | |
| Intoxicação Exógena | 1 | 5,26 | | |
| Neurocisticercose | 1 | 5,26 | | |
| TOTAL | 19 | | 50 | 100,00 |

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

Coefficientes de Mortalidade Materna

Apresentamos na Tabela 14 os quatro Coeficientes apurados nesta pesquisa, assim como o número de casos de morte materna utilizados para o cálculo de cada Coeficiente.

Tabela 14. 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 1999.

| INDICADORES | NÚMERO | COEFICIENTE |
|--|---------------|--------------------|
| Coef.de Mortalidade Materna | 127 | 58,27 |
| Coef.de Mortalidade Materna Tardia | 11 | 5,05 |
| Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação | 157 | 72,03 |
| Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação até 1 Ano | 188 | 86,25 |

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

Nascidos Vivos no Município de São Paulo para 1999 - 217969 (Fundação SEADE)

Análise Comparativa dos Últimos 5 Anos

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

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

A tabela 15 mostra a evolução da pesquisa envolvendo morte materna realizada pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no decorrer dos últimos 5 anos. Salientamos que os casos de invasão (mulheres residentes em outros municípios que falecem na cidade de São Paulo), apesar de separados para análise, não estão computados nos casos de morte materna por não se enquadrarem na proposta deste estudo.

Tabela 15. Comparação entre o número de casos separados para estudo, os casos positivos para morte materna, os casos negativos após a investigação e os respectivos Coeficientes Específicos de Mortalidade Materna dos anos de 1995 a 1999, no Município de São Paulo.

| ANO EM ESTUDO | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Número de Casos Separados para Estudo | 287 | 299 | 553 | 741 | 873 |
| Número de Casos Negativos Após Investigação | 109 | 153 | 346 | 555 | 648 |
| Número de Casos Pendentes de Investigação | 46 | 20 | 28 | 12 | 30 |
| Total de Casos de Mortalidade Materna até 42 dias | 113 | 108 | 133 | 128 | 127 |
| Casos de Morte Materna Direta | 69 | 68 | 60 | 73 | 72 |
| Casos de Morte Materna Indireta | 44 | 40 | 73 | 55 | 55 |
| Casos de Morte Materna Não Relacionada | 18 | 10 | 26 | 21 | 31 |
| Casos de Morte Materna Tardia | 1 | 3 | 9 | 16 | 11 |
| Casos de Morte Materna Tardia Não Relacionada | 0 | 5 | 11 | 10 | 19 |
| Nascidos Vivos | 206394 | 212366 | 217781 | 219407 | 217969 |
| Coef.Mort.Materna Específico p/casos Diretos | 33,43 | 32,96 | 27,55 | 33,27 | 33,03 |
| Coef.Mort.Materna Específico p/casos Indiretos | 21,32 | 17,90 | 33,52 | 25,07 | 25,23 |
| Coeficiente de Mortalidade Materna | 54,75 | 50,86 | 61,07 | 58,34 | 58,27 |

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

Na análise desta Tabela, constatamos que o Coeficiente de Mortalidade Materna Específico para casos Diretos vem sofrendo pequenas oscilações, com média em 32,05/100000 Nascidos Vivos. O Coeficiente de Mortalidade Materna Específico para casos Indiretos é que sofre maiores mudanças, com média em 24,61/100000 Nascidos Vivos. Atribuímos estas variações principalmente ao atendimento das patologias que são agravadas pela gestação e que são acompanhadas por outros especialistas que não os obstetras. Provavelmente falta um conhecimento mais aprofundado da influência que a gestação provoca nestas patologias, inclusive no aspecto do tratamento mais específico exigido em alguns casos. Um atendimento mais adequado às gestantes e o diagnóstico precoce destas patologias associadas, com encaminhamento aos ambulatórios de especialidades, resultaria com certeza, em uma diminuição da morbi-mortalidade. A figura do ambulatório de especialidades, com atendimento regionalizado e diferenciado é de suma importância para a redução da mortalidade materna.

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.

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, que o número de partos obtidos no Sistema SIH/SUS se reporta aos partos efetivamente pagos e não os que foram realizados e que o número de partos dos Hospitais Particulares/Conveniados SUS foi obtido subtraindo-se do total de nascidos vivos o número de realizados nos Hospitais Municipais e Estaduais (Tabela 16).

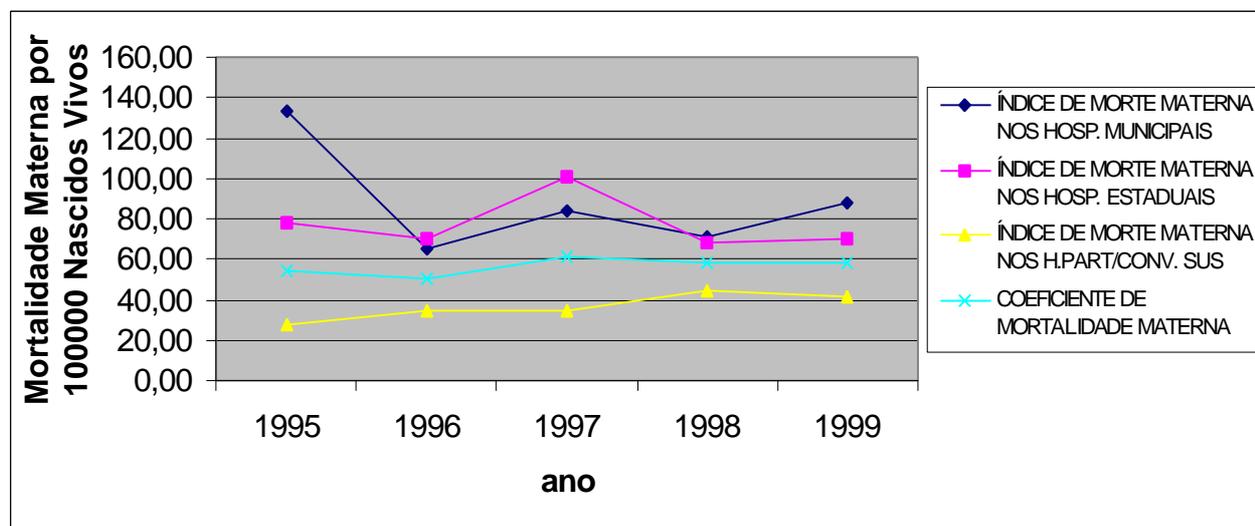
Tabela 16. Distribuição do número de partos e do número de óbitos maternos diretos ou indiretos segundo o tipo de Hospital de ocorrência do óbito e cálculo do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar, no Município de São Paulo entre os anos de 1995 a 1999.

| ANO EM ESTUDO | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| PARTOS EM HOSP. PÚBLICOS MUNICIPAIS | 23987 | 38153 | 50215 | 44888 | 39816 |
| PARTOS EM HOSP. PÚBLICOS ESTADUAIS | 39529 | 42673 | 40755 | 45697 | 48559 |
| PARTOS EM HOSP. PARTICULARES/CONVENIADOS SUS | 142878 | 131540 | 126811 | 128822 | 129594 |
| TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO | 206394 | 212366 | 217781 | 219407 | 217969 |
| ÓBITOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS | 32 | 25 | 42 | 32 | 35 |
| ÓBITOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS | 31 | 30 | 41 | 31 | 34 |
| ÓBITOS EM HOSP. PARTICULARES/CONVENIADOS SUS | 39 | 45 | 44 | 57 | 54 |
| TOTAL DE MORTES MATERNAS DO MUNICÍPIO | 113 | 108 | 133 | 128 | 127 |
| ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS HOSP. MUNICIPAIS | 133,41 | 65,53 | 83,64 | 71,29 | 87,90 |
| ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS HOSP. ESTADUAIS | 78,42 | 70,30 | 100,60 | 67,84 | 70,02 |
| ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS H.PART/CONV. SUS | 27,30 | 34,21 | 34,70 | 44,25 | 41,67 |
| COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA | 54,75 | 50,86 | 61,07 | 58,34 | 58,27 |

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

O Gráfico 5 reflete o comportamento do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar e o Coeficiente de Mortalidade Materna durante os anos de 1995 a 1999.

Gráfico 5. 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 1999.



Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP
Fundação SEADE
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo - SIH/SUS

Com base nos dados apresentados na Tabela 15, verificamos a ocorrência de 609 casos de morte materna direta ou indireta no período entre 1995 e 1999. Estes casos foram agrupados na Tabela 17, de acordo com a patologia básica que originou o óbito.

Tabela 17. Agrupamento dos 609 casos detectados de morte materna direta ou indireta do Município de São Paulo no período compreendido entre os anos de 1995 e 1999, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

| Causas declaradas e/ou confirmadas | sub-N | N | Total | % | Total % |
|------------------------------------|-------|-----|------------|-------|---------------|
| Óbitos Maternos Diretos | | | 342 | | 56,16 |
| Hemorragia | | 106 | | 17,41 | |
| Hemorragia Pós-Parto | 69 | | | | |
| Desc.Prematuro de Placenta | 18 | | | | |
| Placenta Prévia | 19 | | | | |
| Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia | | 97 | | 15,93 | |
| Complicações de Aborto | | 64 | | 10,51 | |
| Aborto Provocado | 20 | | | | |
| Septicemia | 15 | | | | |
| Prenhez Ectópica | 11 | | | | |
| Hemorragia | 6 | | | | |
| Mola / Coriocarcinoma | 4 | | | | |
| Outras Causas | 8 | | | | |
| Infecção Puerperal | | 43 | | 7,06 | |
| Quadros Embólicos | | 10 | | 1,64 | |
| Trombose de Vasos Pélvicos | 6 | | | | |
| Embolia Amniótica | 4 | | | | |
| Complicações Anestésicas | | 6 | | 0,99 | |
| Complicações Venosas | | 1 | | 0,16 | |
| Miocardipatia Puerperal | | 1 | | 0,16 | |
| Patologias Mal-definidas | | 14 | | 2,30 | |
| Óbitos Maternos Indiretos | | | 267 | | 43,84 |
| Patologias Não Infecciosas | | | | | |
| Cardiopatias | | 57 | | 9,36 | |
| Infarto Agudo do Miocárdio | 17 | | | | |
| Miocardipatia | 28 | | | | |
| Valvulopatia (Cong+Adquirida) | 8 | | | | |
| Aneurisma de Aorta | 4 | | | | |
| Hipertensão Arterial Crônica | | 41 | | 6,73 | |
| Embolia Pulmonar | | 21 | | 3,45 | |
| AVCI / AVCH | | 13 | | 2,13 | |
| DPOC | | 10 | | 1,64 | |
| Hepatopatias | | 9 | | 1,48 | |
| Anemia Falciforme | | 7 | | 1,15 | |
| Diabetes | | 5 | | 0,82 | |
| Lupus Eritematoso Sistêmico | | 4 | | 0,66 | |
| Hemorragia Digestiva Alta | | 4 | | 0,66 | |
| Epilepsia | | 3 | | 0,49 | |
| Outras | | 7 | | 1,15 | |
| Patologias Infecciosas | | | | | |
| Broncopneumonia | | 43 | | 7,06 | |
| Septicemia | | 10 | | 1,64 | |
| Pielonefrite | | 8 | | 1,31 | |
| Hepatite | | 7 | | 1,15 | |
| Tuberculose | | 5 | | 0,82 | |
| Cardite | | 5 | | 0,82 | |
| Outras | | 3 | | 0,49 | |
| Patologias Mal-Definidas | | 5 | | 0,82 | |
| TOTAL | | | 609 | | 100,00 |

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Como podemos verificar na análise das síndromes determinantes da morte materna, (Tabela 18) os quadros infecciosos aparecem em primeiro lugar, principalmente devido a quadros pulmonares (brucopneumonias), cuja porta de entrada não foi de origem ginecológica. As complicações infecciosas de causa obstétrica (77 casos) são principalmente devidas às infecções puerperais e complicações de aborto. Dentre os 34 casos infecciosos devido às complicações de aborto, encontramos 15 casos (44,12%) onde houve tentativa confirmada de provocar a interrupção da gestação e fortes indícios em 11 casos (32,35%), apesar de não confirmados durante a investigação efetuada.

Tabela 18. Agrupamento sindrômico dos 609 casos de morte materna direta ou indireta, no Município de São Paulo no período de 1995 a 1999.

| Síndromes | N | Total | % | Total % |
|------------------------------------|----|------------|-------|---------------|
| Síndromes Infecciosas | | 167 | | 27,42 |
| Puerperais | 43 | | 7,06 | |
| Complicações de aborto | 34 | | 5,58 | |
| Outras | 90 | | 14,78 | |
| Síndromes Hemorrágicas | | 141 | | 23,15 |
| Hemorragia Pós-Parto | 69 | | 11,33 | |
| Placenta Prévia | 19 | | 3,12 | |
| Descolamento Prematuro de Placenta | 18 | | 2,96 | |
| Complicações de aborto | 22 | | 3,61 | |
| Outras Causas | 13 | | | |
| Síndromes Hipertensivas | | 131 | | 21,51 |
| Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia | 89 | | 14,61 | |
| Hipertensão Arterial Crônica | 42 | | 6,90 | |
| Síndromes Tromboembólicas | | 40 | | 6,57 |
| Embolia Pulmonar não Obstétrica | 28 | | 4,60 | |
| Embolia de Origem Obstétrica | 12 | | 1,97 | |
| Outras patologias | | 130 | | 21,35 |
| Cardiopatias | 45 | | 7,39 | |
| Diversas | 85 | | 13,96 | |
| TOTAL | | 609 | | 100,00 |

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

A média de idade variou pouco nestes últimos 5 anos (Tabela 19), sendo a menor (28 anos) encontrada em 1996 e a maior (30 anos) em 1998. Quando analisamos a média de idade pertinente a cada patologia, podemos verificar que os casos conjuntos de hemorragia da segunda metade da gravidez e puerpério apresentam a maior média, com 32 anos; já os casos indiretos por brucopneumonia atingem mulheres mais jovens, com média de 26 anos. Os casos de hemorragia apresentam a menor variação de média de idade ano a ano, com variação de 3 anos enquanto que os casos de brucopneumonia e cardiopatias apresentam a maior flutuação (6 anos).

Nesta última análise, podemos depreender que as mulheres de mais idade apresentam mais chance de desenvolver complicações hemorrágicas, dado que é coincidente com a observação clínica, onde patologias como placenta prévia, acretismo placentário e atonia uterina acometem mais as múltiparas que as nulíparas.

As demais patologias apresentam uma variação na média de idade em torno de 5 anos, quando comparadas ano a ano, não apresentando um comportamento específico na análise comparada.

Tabela 19. Média de idade (em anos) das mulheres, nas principais patologias desencadeadoras da morte materna, discriminadas por ano e por período de 1995 a 1999, no Município de São Paulo.

| PATOLOGIA | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | Período 1995-1999 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|-------------------|
| Eclâmpsia / Pré-Eclâmpsia | 28 | 27 | 26 | 29 | 31 | 28 |
| Hemorragias | 32 | 31 | 32 | 34 | 33 | 32 |
| Complicações de Aborto | 30 | 26 | 31 | 30 | 28 | 29 |
| Infecção Puerperal | 25 | 30 | 26 | 28 | 28 | 27 |
| Broncopneumonias | 23 | 26 | 29 | 29 | 24 | 26 |
| Cardiopatas | 31 | 28 | 32 | 27 | 33 | 30 |
| Média de Idade | 29 | 28 | 29 | 30 | 30 | 29 |

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

Efetuosamos em seguida, uma análise evolutiva dos Coeficientes de Mortalidade Materna Específicos para as principais patologias de causa direta ou indireta (Tabela 20), selecionadas pela média durante o período de 1995 a 1999.

Tabela 20. Análise evolutiva dos Coeficientes de Mortalidade Materna Específicos das principais patologias de causa direta ou indireta e do Coeficiente de Mortalidade Materna, com a respectiva média do quinquênio, no Município de São Paulo no período de 1995 a 1999.

| Patologia | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | Média | Variação* |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| Hemorragias | 10,17 | 8,95 | 6,43 | 11,39 | 12,39 | 9,87 | 5,96 |
| Eclâmpsia / Pré-Eclâmpsia | 6,78 | 9,89 | 8,72 | 10,94 | 8,72 | 9,03 | 4,16 |
| Complicações de Aborto | 7,75 | 6,12 | 5,05 | 4,10 | 6,88 | 5,96 | 3,65 |
| Cardiopatia | 6,30 | 5,65 | 5,97 | 5,01 | 3,67 | 5,31 | 2,63 |
| Infecções Puerperais | 5,81 | 3,77 | 5,05 | 3,65 | 1,84 | 4,00 | 3,97 |
| Broncopneumonia | 2,91 | 2,83 | 5,97 | 4,10 | 4,13 | 4,00 | 1,22 |
| Hipertensão Arterial Crônica | 4,36 | 2,35 | 3,67 | 1,82 | 6,88 | 3,82 | 5,06 |
| Coeficiente de Mortalidade Materna | 54,75 | 50,86 | 61,07 | 58,34 | 58,27 | 56,71 | 10,21 |

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

* - Variação do Coeficiente de Mortalidade Materna Específico no período de 1995 a 1999

Como podemos notar, as cinco patologias que sofreram maior variação do Coeficiente de Mortalidade Materna Específico no período de 1995 a 1999 foram as hemorragias de segunda metade da gestação / puerpério, seguido pelos quadros de hipertensão arterial sistêmica, eclâmpsia / pré-eclâmpsia, complicações de aborto e infecções puerperais. Ao traçarmos o gráfico correspondente a estas 5 entidades (Gráfico 6), chama a atenção o comportamento que as infecções puerperais e as complicações de aborto apresentaram nestes 5 últimos anos. Observamos uma queda do Coeficiente de Mortalidade Materna Específico para Infecção Puerperal desde 1995 até hoje. Acreditamos que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar estão colaborando para esta queda, tomando medidas para coibir o aparecimento da resistência bacteriana, bem como instituir e divulgar padronizações de conduta baseadas em evidências clínico-laboratoriais.

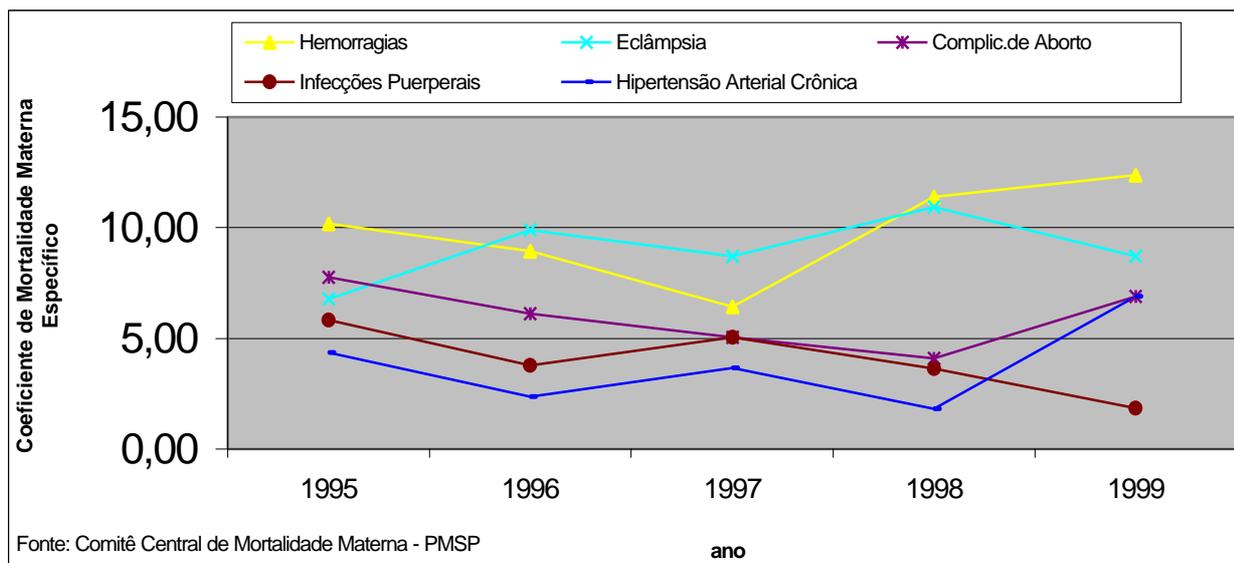
Em contrapartida, notamos uma queda do Coeficiente Específico relativo às Complicações de Aborto até o ano de 1998, apresentando uma subida drástica em 1999, voltando a atingir os níveis de 5 anos atrás. Numa análise pormenorizada ano a ano, notamos que os óbitos devidos à gestação ectópica ou molar vem se mantendo praticamente inalterados. As variações verificadas são devidas aos quadros infecciosos. Como a caracterização de um aborto provocado é sempre muito difícil, mas por outro lado um abortamento espontâneo dificilmente infecciona, acreditamos que um grande número destes abortos infectados sejam provocados. Supomos que uma das causas desta elevação dos processos infecciosos se deva à restrição da venda do Misoprostol (utilizado pelas mulheres com o intuito de provocar aborto) pelo Ministério da Saúde. A utilização deste medicamento evitava a manipulação local, diminuindo muito a ocorrência de processos infecciosos agredados. Durante o ano de 1999 encontramos relatos de tentativa de provocar aborto

por introdução de sondas, que não verificamos com a mesma frequência que nos anos anteriores. Este é um evento que merece um acompanhamento mais detalhado nos próximos anos.

Quanto às hemorragias da segunda metade de gestação e puerpério, notamos um aumento do Coeficiente de Mortalidade Materna Específico a partir de 1998, principalmente devido a um aumento nos casos de hemorragia pré-parto (placenta prévia e descolamento prematuro de placenta) que verificamos em 1999 em comparação a 1998.

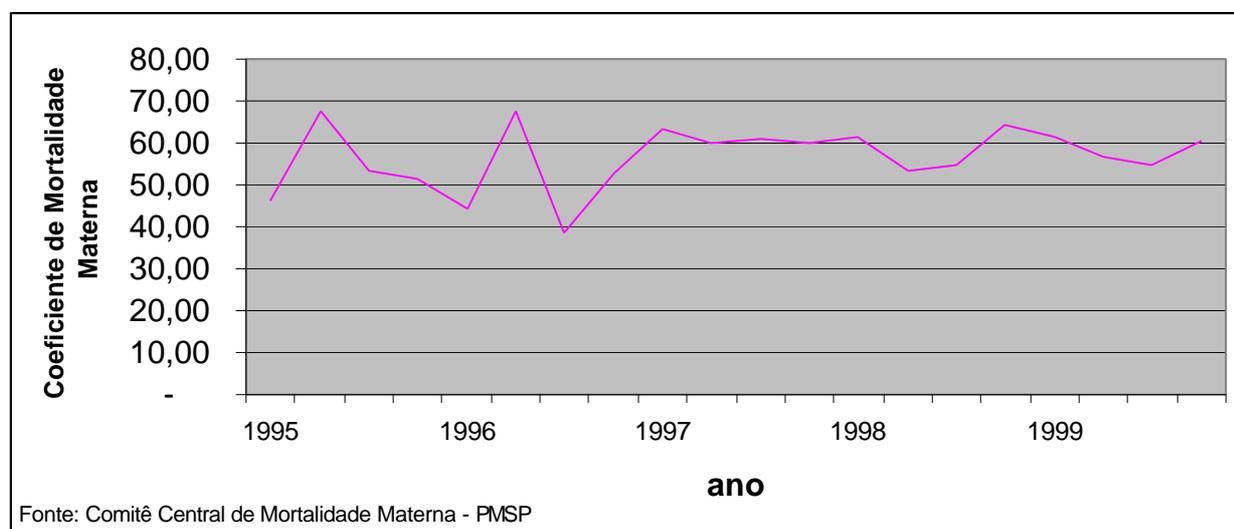
Na avaliação dos casos de Hipertensão Arterial Crônica, o único dado que nos chama a atenção foi que praticamente em metade dos casos detectados em 1999 não houve a realização do pré-natal, condição básica para um controle adequado da hipertensão arterial.

Gráfico 6. Análise evolutiva das principais patologias de causa direta através dos Coeficientes de Mortalidade Materna Específica, no Município de São Paulo no período de 1995 a 1999.



O Coeficiente de Mortalidade Materna tem variado pouco nestes últimos 3 anos, como podemos verificar na Tabela 20. O Gráfico 7 mostra o comportamento do Coeficiente de Mortalidade Materna nos últimos 5 anos, com variação trimestral.

Gráfico 7. Variação trimestral do Coeficiente de Mortalidade Materna (calculado utilizando-se o número de nascidos vivos por trimestre) entre os anos de 1995 e 1999, no Município de São Paulo.



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

Tabela 21. 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 período de 1995 a 1999.

| INDICADORES | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Coef.de Mortalidade Materna | 54,75 | 50,86 | 61,07 | 58,34 | 58,27 |
| Coef.de Mortalidade Materna Tardia | 0,48 | 1,41 | 4,13 | 6,84 | 5,05 |
| Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestaçã | 63,47 | 55,56 | 73,01 | 67,91 | 72,03 |
| Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestaçã até 1 Ano | 63,96 | 59,33 | 82,19 | 79,30 | 86,25 |
| Nascidos Vivos | 206394 | 212366 | 217781 | 219407 | 217969 |

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - PMSP

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.

Devemos lembrar que a morte materna é predominantemente um problema social, atingindo as classes menos favorecidas. Nas histórias familiares detectamos muitas vezes a falta de condição para a compra dos medicamentos básicos e até mesmo a falta de dinheiro para a condução quando necessita realizar um exame ou consulta longe da sua residência. Precisamos personalizar e facilitar o atendimento, principalmente nas gestações de alto risco, que necessitam de uma atenção maior tendo em vista serem alvo das complicações mais freqüentes (no nosso estudo observamos que mais de 80% dos casos de morte materna estavam envolvidos com gestações de alto risco). A criação de mais Ambulatórios de Especialidades, amparados por Centros de Referência à Saúde da Mulher, criados e distribuídos de maneira homogênea pelo Município seria de suma importância para o suporte às gestantes de alto risco.

Neste ano, por sugestão e iniciativa do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, em decorrência do trabalho realizado pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, foram implantados 3 Centros de Referência à Saúde da Mulher, que entre outras atividades irão atender a necessidade da população no âmbito da gestação de alto risco. A proposta é dar continuidade à atenção ao pré-natal de alto risco, implementando e inaugurando Centros de Referência à Saúde da Mulher em todas as 10 Administrações Regionais de Saúde .

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.

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 deixamos de pensar 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. Em muitos casos, sabemos que é a vaga na UTI Neonatal que determina a internação da gestante neste ou naquele hospital.

Cabe à Rede Hospitalar ofertar equipamentos e condições para o desempenho da medicina de uma forma mais humana, além de incrementar os Bancos de Sangue tendo em vista os elevados índices de óbito por hemorragias, além de um rigoroso controle da infecção hospitalar, 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. Neste ano estaremos encaminhando uma carta de orientação a todos os médicos que preencheram a Declaração de Óbito sem referência a morte materna (morte materna não declarada). Nesta comunicação constará uma cópia do Relatório do Comitê de Mortalidade Materna bem como uma cópia da Declaração de Óbito devidamente corrigida, para uma análise e reflexão do problema. Tentamos desta forma conscientizar e orientar o médico para que não omita a morte materna, bem como promover uma análise do caso.

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 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) Coordenação Materno-Infantil - Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna - **Ministério da Saúde, 1995**
- (2) Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná - Mortalidade Materna no Paraná, do anonimato ... à ação - Relatório Trienal 1994-96 - Curitiba 1997
- (3) Coordenação Materno-Infantil - Manual dos Comitês de Mortalidade Materna - **Ministério da Saúde, 1994**
- (4) Pazero, LC; Marcus, PAF; Vega, CEP; Boyaciyan, K; Barbosa, SA - Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo Durante o Ano de 1996 - **Rev Bras Ginecol Obstet 1998, 20:395-403**
- (5) Organização Mundial da Saúde - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão - 1993
- (6) 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 Ginecol Obstet 1997, 18: 731-36**
- (7) 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 Ginecol Obstet 1997, 19: 179-82**
- (8) 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 Ginecol Obstet 1997, 20: 13-18**
- (9) Marcus, P.A.F.; Vega, C.E.P. - Relatório de Mortalidade Materna do Município de São Paulo do Ano de 1997 - **Prefeitura do Município de São Paulo - SMS/COAS**
- (10) Marcus, P.A.F.; Vega, C.E.P. - Relatório de Mortalidade Materna do Município de São Paulo do Ano de 1998 - **Prefeitura do Município de São Paulo - SMS/COAS**
- (11) Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - Boletim da Comissão de Hipertensão na Gravidez - **FEBRASGO 1997, 4: 6-10**
- (12) Neme, B; Neme R.M. - Assistência ao Parto e Morbiletalidade Materna - BRASIL (SUS 1994) - **Ginecologia e Obstetrícia Atual - 1996, 5: 14-26**
- (13) Belfort, P.; Monteleone, P.P.R.; Madi, J.M.; Viggiano, M. - Mesa Redonda - Mortalidade Materna - **Ginecologia e Obstetrícia Atual - 1993, 2: 14-26**