

## ÁREA TEMÁTICA DA SAÚDE DA MULHER

Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest - SMS  
**PROJETO NASCER BEM: GRAVIDEZ SAUDÁVEL, PARTO SEGURO**

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

### RELATÓRIO SOBRE O ANO DE 2002

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

#### **Biênio 2001/2002**

Presidenta: Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup> Ana Cristina d' Andretta Tanaka

Vice-Presidenta: Dr<sup>ª</sup>. Maria José de Oliveira Araújo

Secretária: Dr<sup>ª</sup>. Jael Barbosa de Albuquerque

#### Componentes

Magdália Pereira de Souza	Dr <sup>ª</sup> . Tania Maria Vidal Nitrini
Antonio Benedito Marangoni Camargo	Dr <sup>ª</sup> . Norma Kyriakos
Rosa Dalva Faustinone Bonciani	Dr. Cristiano Fernando Rosas
Rosa Yuko Kayano Morais	Suzana Kalckmann
Valquíria de Souza Silva	

#### Equipe Técnica

Coordenadora: Dra. Jael Barbosa de Albuquerque

Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

Dr. Júlio Mayer de Castro Filho

Dr. Luis Carlos Pazero

Dra. Rute Loreto Sampaio de Oliveira

Elizabete Aparecida Pinto

Rute Barreto Ramos

Relator: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

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

## **INTRODUÇÃO**

Este é o décimo ano de atividade ininterrupta do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo desde a sua oficialização em 21 de dezembro de 1992.

Durante esse período, o Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo pesquisou um total de 6.895 casos passíveis de envolvimento com a morte materna, confirmando um total de 1494 casos positivos.

Apesar dos problemas determinantes da morte materna já serem conhecidos há muito tempo, foi necessária a formação de uma casuística consistente e específica para a cidade de São Paulo para termos ciência da real dimensão do problema envolvendo a morte materna. Muitas pessoas estão engajadas nessa luta desde antes do início da pesquisa dos casos de morte materna em nossa cidade. Muitas se somaram a essa equipe que hoje tem pessoal treinado e capacitado para desempenhar o papel de busca e análise dos casos de morte materna com segurança.

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

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

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

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

Concomitantemente no Paraná, o Dr. Luiz Fernando C. O. Braga foi um dos pioneiros em lidar com a mortalidade materna, idealizando e implantando o Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná, que serve como modelo e se encontra em atividade até hoje(5).

Foi graças a um trabalho constante que hoje chegamos ao reconhecimento nacional. O Comitê do Município de São Paulo é, na atualidade, um dos comitês mais atuantes do Brasil e acumula uma experiência ímpar. Muitas dificuldades foram enfrentadas(6), muitas superadas e algumas ainda por enfrentar.

Durante esses 10 anos de pesquisas, adquirimos experiência e dispomos de dados suficientes para saber de que, por quê e como morrem as mulheres que engravidam no município. Portanto, é mais do que chegada a hora de propor políticas públicas eficientes que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. Para tanto foi necessário que a Secretaria Municipal de Saúde considerasse este problema como prioritário e colocasse na Agenda de Governo o compromisso de enfrentar o desafio de reduzir os índices de mortalidade materna que até então vinham se mantendo, praticamente, inalterados.

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

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

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

O desafio estava lançado e, antes de tudo, era necessária a reorganização da rede de atenção (baixa, média e alta complexidade), garantindo o acesso a um atendimento integral e de qualidade. Sabíamos que um dos principais problemas, além da garantia de um local adequado para início precoce do pré-natal, era a cruel peregrinação em busca de vaga na hora do parto.

Para a implementação das ações do Projeto Nascer Bem, sempre em parceria com a Saúde da Criança, trabalhamos cinco grandes eixos de atuação:

#### I – Implementação da Assistência Obstétrica e Neonatal

- Garantia do teste de gravidez em toda a Rede Básica para a captação precoce da gestante e maior adesão ao pré-natal
- Pactuação Regional da rede de referências ambulatorial e hospitalar para a gestação normal e de alto risco, bem como o atendimento ao parto dessas gestantes, estimulando a visita à maternidade durante o pré-natal
- Contratação de 105 leitos para parto, sendo 20 na Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro (Região Sul) , 35 no Hospital Santa Marcelina (Região Leste) e 50 no Amparo Maternal (Região Centro)
- Contratação de 10 leitos de UTI Neonatal na Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, Região Sul
- Ampliação da oferta de exames de apoio diagnóstico, especialmente, ultra-som obstétrico
- Realização do teste rápido para detecção do HIV nas maternidades municipais
- Garantia de tiras reagentes de uroanálise para detecção de proteinúria nas gestantes que realizam o pré-natal na rede de atenção básica e ambulatorial

#### II – Melhoria da Infra-estrutura

- Adesão ao “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”, por meio de convênio firmado pela Prefeitura do Município de São Paulo e Ministério da Saúde, no exercício de 2002, com prazo de vigência prorrogado até novembro de 2005 e limite de execução até setembro de 2005. Os recursos destinam-se à aquisição de equipamentos médico-hospitalares para as Unidades de Obstetrícia e Neonatais
- Adesão ao Projeto Nascer do Ministério da Saúde, visando a redução da transmissão vertical das DST e HIV

#### III- Humanização

- Projeto Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- Projeto de Humanização do Atendimento ao Recém-Nascido de Risco pelo Método Canguru
- Implantação da UTI neonatal aberta à participação dos pais, em todas as Unidades Neonatais
- Implantação da presença de acompanhante da gestante

- Implantação de Centro de Parto Normal
- Implantação da técnica de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) nas situações de abortamento

#### IV- Organização e Integração da rede de atenção

- A vigilância dos óbitos maternos foi implementada através da reestruturação e fortalecimento dos Comitês de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna em todas as Subprefeituras, intensificando a investigação de todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos
- Implantação do monitoramento do recém-nascido de risco
- Implantação do aleitamento materno e orientação aos cuidados à saúde
- Agendamento de consulta na Unidade Básica de Saúde para acompanhamento das fases do crescimento e desenvolvimento da criança
- Acompanhar o Cartão de Imunização
- Orientação e facilitação do acesso ao Planejamento Familiar
- Desenvolvimento e implantação dos Prontuários de Saúde da Mulher, em 2004 (Ficha Clínica de Pré-Natal, Ficha Ginecológica, Admissão de Parto, Partograma e Puerpério) nas Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades e nas Maternidades Municipais, com garantia de utilização do Partograma em todas as Maternidades Municipais
- Elaboração de materiais educativos, como folders, cartazes, vídeos, manuais para profissionais, protocolos de atendimento para médicos e enfermagem

#### V – Educação Permanente

- Realização de oficinas do “Nascer Bem” nas cinco macro-regiões da cidade, seminários, treinamentos teóricos e práticos para as equipes multidisciplinares, abordando temas como eclâmpsia, aborto inseguro, emergências obstétricas, mortalidade materna como problema de saúde pública, etc

Para subsidiar essas propostas e ações voltadas à comunidade, o Comitê de Mortalidade do Município de São Paulo se vale de um processo contínuo de investigação de casos, tanto no intuito de avaliar o efeito resultante dessa nova proposta de atuação, bem como manter acesa a esperança de que um dia estaremos oferecendo um instrumento de saúde adequado à nossa população.

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna em torno de 20 Mortes Maternas/100000 Nascidos Vivos (NV). O último dado oficial (não corrigido) fornecido pelo Ministério da Saúde estima a Razão de Morte Materna do Brasil ao redor de 64,8/100.000 NV(7). Como o registro de morte materna ainda possui um alto grau de subinformação, este dado necessita de correção, sendo este diferente de acordo com a região do país.

Em 2002, o Ministério da Saúde elaborou uma pesquisa de abrangência nacional, envolvendo todas as Capitais dos Estados Brasileiros e Distrito Federal à exceção de Porto Velho. Este estudo foi coordenado pelo Prof. Dr. Ruy Laurenti em conjunto com uma equipe de técnicos de alto gabarito(8). Decorrente deste trabalho, foram formulados novos Fatores de Correção para as diversas Regiões do Brasil e elaborado um Fator de Correção Nacional. São estes: Região Norte: 1,29; Região Nordeste: 2,05; Região Centro-Oeste: 1,56; Região Sul: 2,33 e Região Sudeste: 1,55. O Fator de Correção para o Brasil foi estimado em 1,67.

Apesar de constituir um avanço no estudo deste tema, a obtenção de uma visão macro do problema não nos permite elaborar medidas específicas apropriadas para reduzir a morte materna pois não individualiza o comportamento das várias doenças que determinam o evento. Para tanto é fundamental a figura do Comitê de Mortalidade Materna, que tem como responsabilidade a

determinação real da Razão de Mortalidade Materna, fazendo 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 indicador(9).

## **METODOLOGIA**

Com o processo de transição político-administrativo praticamente concluído, o Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, responsável pela elaboração da pesquisa na nossa cidade, foi reestruturado, para se adequar às novas políticas públicas. Atualmente está composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Área Temática da Saúde da Mulher e Conselho Municipal de Saúde), Área Jurídica, Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselho Regional de Medicina, Movimento de Mulheres (representando a participação popular), Conselho Regional de Enfermagem, PRO-AIM, e Fundação SEADE.

O processo de pesquisa de campo foi realizado por 31 Comitês subordinados às Coordenadorias de Saúde.

Durante o ano de 2002 verificamos a ocorrência de 64278 óbitos no Município de São Paulo, sendo 27494 mulheres. Destas, 4022 se encontravam na faixa de idade de 10 e 49 anos. Foram lidas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 1595 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 dessa análise as mulheres com menos de 10 anos ou com mais de 49 anos, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente (mulheres em idade reprodutiva). Cabe aqui esclarecer que a triagem dos casos suspeitos seguiu a lista de máscaras preconizada pelo Ministério da Saúde(7) e que tem sido utilizada desde os primeiros trabalhos envolvendo a pesquisa de morte materna em nosso município. Essa metodologia é semelhante à utilizada pelo Reino Unido(10). 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 à investigação de mortes maternas que ocorreram desde o 43º. dia até 1 ano após o parto, obedecendo a orientação da Organização Mundial de Saúde (Razão de Mortalidade Materna Tardia)(11). Os casos foram complementados com investigações no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo e em outros serviços onde houve realização de exame necroscópico, pelos membros do Comitê de Mortalidade Materna por meio dos representantes da Área da Saúde da Mulher de SMS. Os 1595 casos selecionados foram então separados pelos Distritos de Saúde (atualmente denominados Supervisões de Área), 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 31 Comitês de Mortalidade Materna, através da pesquisa em prontuários médicos e realização de visitas domiciliares (com aplicação de questionário padrão(7), com anotação da história e dados fornecidos pelos familiares da falecida).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para efeito comparativo com anos anteriores foi utilizado um banco de dados atualizado na presente data (podendo haver discrepâncias com valores divulgados em relatórios passados), pois nosso objetivo é sempre nos aproximarmos da real Razão de Mortalidade Materna anual. Tendo em vista as várias reestruturações administrativas que acontecem rotineiramente, estaremos disponibilizando os casos segundo o Distrito Administrativo de residência da falecida, possibilitando um eventual estudo específico.

## **RESULTADOS**

### **PERFIL GERAL DA MORTALIDADE MATERNA**

Dos 1595 casos encaminhados aos Comitês Distritais para investigação obtivemos, até a presente data, 1416 (88,8%) casos negativos, 163 (10,2%) positivos para morte materna (159 residentes em nosso Município e 4 que vieram a falecer aqui, porém residentes em Municípios vizinhos) e 16 (1,0 %) casos onde até a presente data não obtivemos confirmação sobre a presença ou não de gestação ou de qualquer patologia relacionada. Dentre os 159 casos positivos para morte materna (já excluídos os 4 casos de invasão), 35 (22,0%) casos ocorreram entre 43 dias até um ano após o parto (20 casos – 57,1% – não relacionados e 15 casos – 42,9% – relacionados à morte materna), sendo os últimos utilizados para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna Tardia; detectamos ainda, 25 (15,7%) casos de morte materna não relacionada que ocorreram até 42 dias de puerpério.

A eficácia de pesquisa dos casos passíveis de envolvimento com a morte materna vem se mantendo acima de 95% nos últimos seis anos.

Os 159 casos positivos para morte materna de mulheres residentes no Município de São Paulo encontrados na pesquisa do ano de 2002 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

**Tabela 1.** Distribuição dos 159 casos de morte materna que ocorreram durante a gravidez, o parto e o puerpério até um ano após o término da gestação segundo a classificação preconizada pela CID-10 – Residentes no Município de São Paulo – 2002.

Causas declaradas e/ou confirmadas	Total	Total %
Óbitos Maternos Diretos	50	31,4
Óbitos Maternos Indiretos	49	30,8
Óbitos Maternos Tardios	15	9,4
Morte Materna Não Relacionada	25	15,7
Morte Materna Tardia Não Relacionada	20	12,6
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>100,0</b>

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

## MORTALIDADE MATERNA OBSTÉTRICA ATÉ 42 DIAS

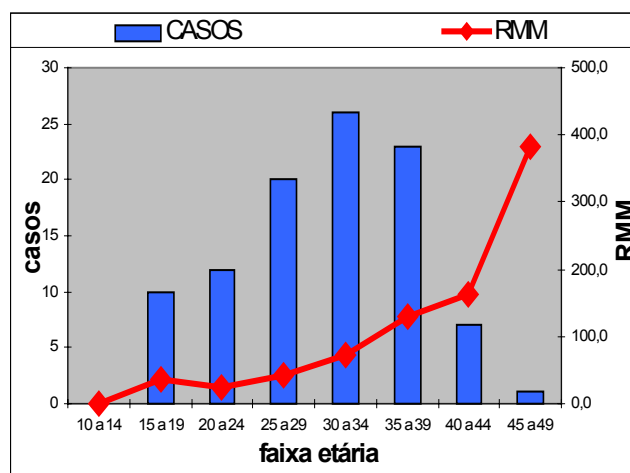
Conforme objeto de nosso estudo, para que possamos determinar a Razão de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo e avaliarmos os diversos aspectos que podem ocasionar o óbito materno, procedemos então à análise do total de 99 casos de morte materna direta ou indireta segundo os dados oriundos da Declaração de Óbito e o que pudemos apurar da necropsia e da visita hospitalar e/ou domiciliar. Os casos tardios serão analisados posteriormente e os não relacionados comentados apenas a título de informação.

A Tabela 2/Gráfico 1 apresenta o total de 99 casos de morte materna obstétrica direta ou indireta, o número de nascidos vivos e o cálculo da Razão de Mortalidade Materna segundo a faixa etária da mãe.

**Tabela 2/Gráfico 1.** Distribuição dos 99 casos de morte materna obstétrica direta ou indireta, o número de nascidos vivos e o cálculo da Razão de Mortalidade Materna segundo a faixa etária da mãe – Residentes no Município de São Paulo – 2002.

FAIXA ETÁRIA	N	%	NV	RMM
10 a 14	0	0,0	845	0,0
15 a 19	10	10,1	28733	34,8
20 a 24	12	12,1	50908	23,6
25 a 29	20	20,2	47017	42,5
30 a 34	26	26,3	35377	73,5
35 a 39	23	23,2	17967	128,0
40 a 44	7	7,1	4271	163,9
45 a 49	1	1,0	261	383,1
50 E +	0	0,0	6	0,0
IGNORADO	0	0,0	32	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	<b>185417</b>	<b>53,4</b>

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



Observamos que 62 (62,6%) mulheres eram solteiras, 28 (28,3%) estavam casadas, cinco (5,1%) unidas consensualmente, duas (2,0%) separadas judicialmente e um (1,0%) era viúva. Não se obteve informação sobre o estado civil em um (1,0%) caso.

Trinta e oito mulheres (38,4%) cursaram o primeiro grau, 15 (15,2%) tinham o segundo grau, duas (2,0%) possuíam curso superior e uma (1,0%) era analfabeta.. O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 43 (43,4%) Declarações analisadas.

Verificamos nas Declarações de Óbito e nos laudos de necropsia que 59 (59,7%) mulheres eram brancas, 22 (22,2%) eram pardas, 11 (11,1%) eram pretas, três (3,0%) eram amarelas e em quatro casos (4,0%) não obtivemos dados relativos à cor/raça.

Em 98 (99,0%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. O exame necroscópico foi realizado em 65 (65,7%) casos, sendo 39 no Serviço de Verificação de Óbitos, 22 no Instituto Médico Legal, quatro em outros serviços de necropsia e em 34 (34,3%) casos não foi realizada necropsia. Nos casos submetidos à necropsia encontramos uma subnotificação média de 65,2%, sendo maior nos casos oriundos do IML (100,0%).

A cesárea foi realizada em 46 (46,4%) casos, o parto normal em 19 (19,2%) e em 20 (20,2%) casos o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo três, sete e nove casos no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente – em um caso não foi possível determinar o período gestacional). Nesse grupo verificamos a realização de seis cesáreas pós-morte, cinco no terceiro trimestre e uma no segundo, com um recém-nascido vivo (675 gramas – APGAR 1 e 3). O aborto ocorreu em oito (8,1%) casos e nos seis (6,1%) casos restantes não se conseguiu determinar se houve o término da gestação.

Do total de casos, 15 (15,2%) gestantes ou puérperas vieram a óbito no mesmo bairro onde residiam. O restante (84 casos – 84,8%) faleceu em um bairro diferente do de sua residência. Encontramos 34 (34,3%) óbitos na mesma Subprefeitura e 65 (65,7%) em Subprefeituras diferentes da de residência da falecida. Oitenta e sete (87,9%) casos foram atendidos pelo Sistema Público, dos quais 83,9% receberam atendimento em Distritos Administrativos e 63,2% em Subprefeituras diferentes da correspondente à residência da falecida.

O município de São Paulo conta, desde 2001, com o número de nascidos vivos por hospital onde foi realizado o parto, possibilitando uma comparação mais minuciosa, através da elaboração do Índice de Letalidade Hospitalar (ILH). Esse indicador é o resultado da divisão do número de casos de mortes maternas diretas ou indiretas de um determinado hospital pelo número de nascidos vivos daquele hospital (sendo aplicado o fator de ajuste de 100.000 à semelhança da Razão de Morte Materna). Lembramos que esse indicador ainda não traduz a absoluta realidade pois, em algumas situações, o parto é realizado em um hospital e o óbito materno se dá em outro local. De qualquer forma, serve para termos uma visão bem próxima da realidade pois qualquer hospital que se habilite a realizar partos deve estar preparado para solucionar suas intercorrências.

Noventa e oito casos (99,0%) vieram a óbito dentro de um ambiente hospitalar. A Tabela 3 discrimina o número de nascidos vivos e a quantidade de óbitos maternos segundo a esfera de responsabilidade do Hospital de atendimento à gestante ou puérpera no momento do óbito, com cálculo do respectivo Índice de Letalidade Hospitalar.



**Tabela 3.** Distribuição dos 98 casos de morte materna que ocorreram dentro de um ambiente hospitalar e cálculo do Índice de Letalidade Hospitalar (ILH) segundo a responsabilidade de gestão – Município de São Paulo – 2002.

LOCAL	NV*	n	N	%	ILH
INSTITUCIONAL			87	88,8	72,1
ESTADUAL	71579	48			67,1
MUNICIPAL	24566	26			105,8
CONVENIADO	24462	13			53,1
PRIVADO	75295		11	11,2	14,6
TOTAL	195902		98	100,0	50,0

Fontes: Número de casos – Comitê de Mortalidade Materna - P.M.S.P.  
\*Nascidos Vivos – SINASC

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

**Tabela 4.** Distribuição dos 51 casos de morte materna obstétrica direta segundo causa de óbito pela CID-10 – Município de São Paulo – 2002.

Classificação da CID-10	Nº	%*
Gestação terminada em Aborto (O00 a O05)	7	7,3
<i>Aborto Provocado</i>	5	
<i>Percretismo placentário</i>	1	
<i>Septicemia</i>	1	
Eclâmpsia – Pré-Eclâmpsia (O13,O14 e O15)	10	10,4
Hiperemese gravídica (O21.1)	1	
Esteatose Hepática Aguda Fulminante (O26.6)	2	2,1
Hemorragias (O44,O45 e O72)	18	18,8
<i>Hemorragia Pós-Parto</i>	13	
<i>Placenta Prévia</i>	2	
<i>Descolamento Prematuro de Placenta</i>	3	
Complicações Anestésicas ( O74)	0	0,0
Infecção Puerperal (O85)	8	8,3
Embolia de Origem Obstétrica (O88)	1	1,0
Morte materna direta sem causa definida (O95)	4	4,2
Total	51	53,1

\* Sobre o total de 99 casos de morte materna  
Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 35 (68,6%) casos de morte materna obstétrica direta, gerando uma subnotificação de 45,7%.

Por definição, morte materna obstétrica indireta seria aquela resultante de doença pré-existente ou que se desenvolve durante a gravidez e é agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma. Gostaríamos de ressaltar que existe um grupo de mulheres portadoras de hipertensão arterial sistêmica a qual se somam manifestações pertinentes a eclâmpsia / pré-eclâmpsia. Ao analisarmos este grupo, utilizamos sempre que possível os achados de hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo encontrados nos exames de necropsia como determinantes na classificação do caso como morte materna indireta por hipertensão arterial crônica, além de evidências na história clínica e dados de prontuário. Em situações de classificação duvidosa, recorreremos aos achados de endoteliose glomérulo-capilar na microscopia de corte renal para classificarmos o caso como pré-eclâmpsia / eclâmpsia (morte materna obstétrica direta).

Relacionamos na Tabela 5 os 48 casos de morte materna obstétrica indireta.

**Tabela 5.** Distribuição dos 48 casos de morte materna obstétricas indiretas segundo causa de óbito pela CID-10 – Município de São Paulo – 2002.

Classificação da CID-10	Nº	%*
Hipertensão Arterial Crônica (O10)	11	11,1
D. infecciosas e parasitárias class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O98)	11	11,1
Broncopneumonia	4	
Septicemia	2	
Endocardite	1	
Pielonefrite	3	
Tuberculose	1	
Outras doenças da mãe, class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O99)	26	26,3
Cardiopatias	10	
<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>	2	
<i>Valvulopatia (Congênita + Adquirida)</i>	2	
<i>Miocardiopatia</i>	6	
Embolia Pulmonar	3	
AVCI / AVCH	3	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	2	
Diabetes	1	
Lupus Eritematoso Sistêmico	1	
Anemia Falciforme	2	
Coagulopatias	1	
Outros	3	
<b>Óbitos Maternos Indiretos</b>	<b>48</b>	<b>48,5</b>

\* Sobre o total de 99 casos de morte materna  
Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

A morte materna foi considerada como declarada em 26 (54,2%) casos de morte materna obstétrica indireta, resultando em uma subnotificação de 84,6%.

Ao efetuarmos o cruzamento entre a doença determinante do óbito e a cor/raça da gestante ou puérpera, verificamos que 27,3% das mulheres pretas faleceram devido a complicações da hipertensão arterial (pré-eclâmpsia/eclâmpsia ou hipertensão arterial crônica) enquanto que na raça branca e na parda esse valor foi de 11,9% e 4,5% respectivamente.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos 99 casos de morte materna obstétrica (direta ou indireta) segundo a idade da gestante ou puérpera no momento do óbito.

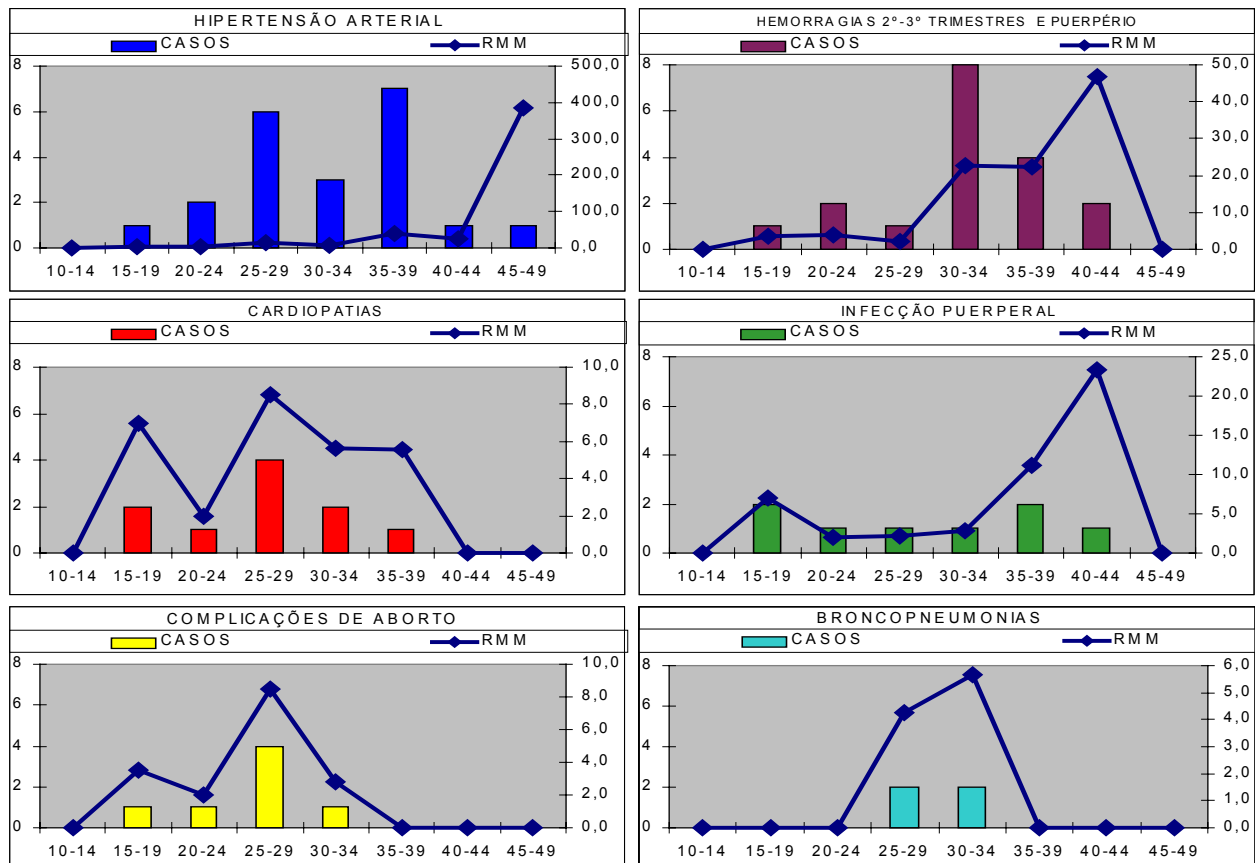
**Tabela 6.** Distribuição dos 99 casos de morte materna obstétrica segundo causa de óbito (CID-10) por faixa etária – Município de São Paulo – 2002.

CID-10 \ IDADE (anos)	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
<b>CAUSAS DIRETAS</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>51</b>
Complicação de Aborto/Gravidez Ectópica e Molar		1	1	4	1				7
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia		1	2	3	1	2		1	10
Hipermese Gravídica			1						1
Complicações Hepáticas		1				1			2
Placenta Prévia						1	1		2
Descolamento Prematuro de Placenta		1			2				3
Atonias e Acretismos			2	1	6	3	1		13
Infecção Puerperal		2	1	1	1	2	1		8
Embolia de Origem Obstétrica							1		1
Casos Inconclusivos					2	1	1		4
<b>CAUSAS INDIRETAS</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>48</b>
Hipertensão Arterial Crônica				3	2	5	1		11
Broncopneumonias				2	2				4
Outras Doenças (infecciosas)		1	2		1	3			7
Cardiopatias		2	1	4	2	1			10
Outras Doenças (não infecciosas)		1	2	2	6	4	1		16
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>99</b>

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

O Gráfico 2 representa a distribuição dos casos e o comportamento da RMM das seis principais causas de mortalidade materna segundo a idade da gestante ou puérpera no momento do óbito.

**Gráfico 2.** Distribuição do número de casos e da RMM das seis principais causas de mortalidade materna segundo a faixa etária – Município de São Paulo – 2002.



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

Outra forma de se visualizar o perfil de comportamento da mortalidade materna da cidade de São Paulo é apresentar os dados obtidos agrupados segundo a síndrome que ocasionou o óbito materno. A Tabela 7 apresenta o número de casos de morte materna segundo a síndrome determinante do óbito.

**Tabela 7.** Distribuição dos 99 casos de morte materna segundo o agrupamento sindrômico – Município de São Paulo – 2002.

SÍNDROMES	Nº	%
<b>Síndromes Hipertensivas</b>	<b>21</b>	<b>21,2</b>
Hipertensão Arterial Crônica	11	
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	10	
<b>Síndromes Infeciosas</b>	<b>25</b>	<b>25,3</b>
Bacterianas puerperais	8	
Bacterianas – complicação de aborto	6	
Bacterianas – outras	11	
<b>Síndromes Hemorrágicas</b>	<b>20</b>	<b>20,2</b>
Hemorragia Puerperal	13	
Descolamento Prematuro de Placenta	2	
Placenta Prévia	2	
Outras patologias hemorrágicas	3	
<b>Síndromes Tromboembólicas</b>	<b>5</b>	<b>5,1</b>
Embolia Pulmonar não Obstétrica	4	
Embolia de Origem Obstétrica	1	
<b>Outras patologias</b>	<b>28</b>	<b>28,3</b>
Cardiopatias	9	
Diversas	15	
Indeterminadas	4	
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

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

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

A Tabela 8 disponibiliza os 99 casos de mortalidade materna ocorridos no ano de 2002, o número de nascidos vivos e a respectiva RMM segundo os 96 Distritos Administrativos do município de São Paulo.

**Tabela 8.** Distribuição dos 99 casos de morte materna, o número de nascidos vivos e a respectiva Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo os 96 Distritos Administrativos (apenas as ocorrências presentes) – Município de São Paulo – 2002.

DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	CASOS	NV	RMM*	DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	CASOS	NV	RMM*
ARTUR ALVIM	1	1763	56,7	JARDIM SÃO LUIS	4	4997	80,0
BELA VISTA	1	826	121,1	LAJEADO	2	3056	65,4
BOM RETIRO	1	572	174,8	LIMÃO	2	1450	137,9
BRÁS	2	635	315,0	MANDAQUI	1	1533	65,2
BRASILÂNDIA	4	5909	67,7	MOÓCA	1	719	139,1
CACHOEIRINHA	2	2894	69,1	PARELHEIROS	1	2583	38,7
CAMPO GRANDE	1	1307	76,5	PENHA	1	1780	56,2
CAMPO LIMPO	2	3750	53,3	PERDIZES	1	1092	91,6
CAPAO REDONDO	3	4825	62,2	PERUS	2	1574	127,1
CASA VERDE	1	1317	75,9	PIRITUBA	1	2766	36,2
CIDADE ADEMAR	2	5140	38,9	RIO PEQUENO	1	2335	42,8
CIDADE DUTRA	2	3621	55,2	SACOMÃ	2	3846	52,0
CIDADE LIDER	1	2209	45,3	SANTA CECÍLIA	1	1036	96,5
CIDADE TIRADENTES	2	3677	54,4	SANTO AMARO	2	786	254,5
CURSINO	2	1383	144,6	SÃO DOMINGOS	1	1271	78,7
ERMELINO MATARAZZO	1	2131	46,9	SÃO MIGUEL	1	2169	46,1
FREGUESIA DO Ó	2	2223	90,0	SÃO RAFAEL	1	2257	44,3
GRAJAU	5	7524	66,5	SAPOPEMBA	3	5006	59,9
GUAIANASES	1	2474	40,4	TREMEMBÉ	3	3249	92,3
IGUATEMI	2	2165	92,4	VILA CURUÇÁ	2	2646	75,6
IPIRANGA	2	1354	147,7	VILA MARIA	1	2250	44,4
ITAIM PAULISTA	3	4438	67,6	VILA MARIANA	1	1362	73,4
ITAQUERA	2	3851	51,9	VILA MEDEIROS	2	2141	93,4
JABAQUARA	4	3719	107,6	VILA PRUDENTE	1	1353	73,9
JARAGUÁ	3	3254	92,2	VILA SÔNIA	1	1727	57,9
JARDIM ÂNGELA	3	5719	52,5	SEM OCORRÊNCIA	---	48846	---
JARDIM HELENA	5	2907	172,0	TOTAL	99	185417	53,4

\* - por 100 000 Nascidos Vivos

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

## **MORTE MATERNA OBSTÉTRICA TARDIA**

Os casos de morte materna tardia (mortes maternas que ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto ou aborto) foram relacionados em separado, de acordo com a doença básica que originou o óbito (Tabela 9). À frente de cada caso foi colocado o tempo em meses e/ou dias que transcorreu entre o término da gestação e o óbito.

Dos 15 casos de morte materna obstétrica tardia, em 7 (46,7%) houve referência explícita na Declaração de Óbito à presença do estado gestacional (Morte Materna Declarada), gerando uma subnotificação de 114,3%. Em 5 (33,3%) casos, o campo que questiona puerpério tardio foi preenchido corretamente e em 3 (20,0%) casos o referido campo afirmava que a falecida não estava no puerpério tardio. Em 14 (93,3%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. A necropsia foi realizada em 6 (40,0%) casos e em dois (33,3%) desses a morte materna foi declarada.

**Tabela 9.** Distribuição dos 15 casos de morte materna obstétrica tardia segundo as causas de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2002.

Morte Materna Obstétrica Tardia	n	N	%
<b>Causas Diretas</b>		5	33,3
Pré-eclâmpsia - Eclâmpsia (46d) (11m)*	2		
Coriocarcinoma (7m 14d)*	1		
Aborto provocado (5m)*	1		
Síndrome de Sheehan (3m)*	1		
<b>Causas Indiretas</b>		8	53,4
Hipertensão Arterial Crônica (44d) (6m) (8m) (IGN)*	4		
Cardiopatias (4m) (5m) (10m)*	3		
Tireotoxicose+Cardiopatia (2m)*	1		
<b>Causas Indefinidas (2m) (3m)*</b>		2	13,3
<b>TOTAL</b>		15	100,0

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

NOTA: Cada conjunto de ( ) significa 1 caso

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

## **MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA**

Encontramos 45 casos de morte materna não obstétrica, sendo 25 (55,6%) casos até 42 dias de puerpério e 20 (44,4%) casos com óbito de 43 dias até um ano de puerpério.

A Tabela 10 disponibiliza os 45 casos de morte materna não obstétrica identificados durante a pesquisa.

**Tabela 10.** Distribuição dos 45 casos de morte materna não obstétrica segundo causas de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2002.

MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA	n	N	%
<b>ATÉ 42 DIAS DE PUERPÉRIO</b>		25	55,6
Acidentes / Suicídios / Violência	13		
Processos Infeciosos	5		
Neoplasia	2		
AIDS	3		
Outros	2		
<b>DE 43 DIAS DE PUERPÉRIO ATÉ 1 ANO</b>		20	44,4
Acidentes / Suicídios / Violência	7		
Processos Infeciosos	4		
Neoplasia	3		
AIDS	2		
Outros	4		
<b>TOTAL</b>		45	100,0

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

## **RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA**

Apresentamos na Tabela 11 as quatro Razões apuradas nesta pesquisa, assim como os respectivos números de casos de morte materna.

**Tabela 11.** Número de casos e Razões de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) segundo a atual definição da OMS (CID-10) – Município de São Paulo – 2002.

INDICADORES	CASOS	RMM
Razão de Mortalidade Materna	99	53,4
Razão de Mortalidade Materna Tardia	15	8,1
Razão de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação	124	66,9
Razão de Mortalidade Materna Relacionada à Gestação até 1 Ano	159	85,8

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

Nascidos Vivos no Município de São Paulo para 2002 - 185417 (Fundação SEADE)

## **DISCUSSÃO**

Dando continuidade à proposta de aumentar gradativamente o número de casos pesquisados, podemos verificar que o pool de casos submetidos à investigação passou de 1197 em 2001 para 1595 em 2002. Verificamos, no entanto, que o aumento da base de pesquisa não resultou no aumento do número de casos positivos para morte materna. Tal resultado reforça que a metodologia até então empregada, que utiliza o método de máscaras preconizado pelo Ministério da Saúde quando da elaboração dos Manuais de Mortalidade Materna(3, 7), é eficaz como método de triagem de casos.

### **IDADE**

Em uma grande cidade como São Paulo, o perfil da natalidade é um pouco diferente das cidades de menor porte. A inserção no mercado de trabalho praticamente obriga a mulher a postergar para o futuro os planos de engravidar. Notamos, na atualidade, um aumento do número de gestações em faixas etárias maiores e uma estagnação nas idades mais precoces. Entretanto, tal comportamento não acarretou influência significativa na curva da Razão de Mortalidade Materna pelas diversas faixas etárias, que continua alta nos extremos da idade reprodutiva e mantém o mesmo comportamento observado nos anos anteriores(12-17). No intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna, países desenvolvidos conseguiram resultados importantes com a instituição de programas de planejamento familiar específicos para essas faixas etárias(18).

Apesar da maior parte do contingente de nascidos vivos abranger as faixas de 20 a 24 e de 25 a 29 anos, são nas faixas etárias de 30 a 34 e de 35 a 39 anos que verificamos o maior número de casos de mortes maternas. Verificamos que a maioria dos óbitos por complicações hemorrágicas de 2º-3º trimestres e puerpério (44,4%) e hipertensão arterial (33,3%) aconteceram nessas faixas etárias.

### **ESTADO CIVIL – RAÇA/COR - ESCOLARIDADE**

O que mais chama a atenção na análise dessas variáveis é o fato da hipertensão arterial ser responsável por 36,4% dos óbitos maternos nas pretas enquanto que nas brancas ou pardas não ultrapassa 22,0%.

Desnecessário comentar o péssimo preenchimento das informações referentes às variáveis sócio-demográficas, principalmente quanto à escolaridade, onde em 43,4% o campo não foi preenchido. Quanto ao endereço residencial, a duplicidade de ruas, bairros inexistentes e informações controversas dificultam o processo de pesquisa. Sem dúvida, a grande quantidade de municípios satélites ao redor da capital favorece a procura por atendimento diferenciado nos vários recursos de saúde da cidade de São Paulo, muitas vezes obrigando a paciente a fornecer um endereço fictício para poder ser atendida.

As dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e foram objeto de consideração em outras pesquisas(6, 9).

## **NOTIFICAÇÃO DA MORTE MATERNA**

Desde 1997 a morte materna é um evento de notificação compulsória. O legista, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, deveria estar atento à legislação vigente e proceder à notificação do óbito às autoridades competentes. No mínimo, deveria acrescentar informações na Declaração de Óbito que alertassem para a presença de uma morte materna. A grande dificuldade ainda reside no Instituto Médico Legal, detentor de 100,0% de subnotificação, que ainda possui uma estrutura de informação deficiente e carente de recursos de informática.

A mudança do perfil do médico legista/patologista é tarefa árdua, pois eles têm o hábito de relatar apenas fatos diretamente correlacionados com a causa do óbito, esquecendo-se muitas vezes de que o estado gestacional ou puerperal pode agravar ou desencadear uma gama de complicações que culminam com o êxito letal. Porém, a responsabilidade não é só do legista pois, se assim fosse, deixaríamos de presenciar a ocorrência de 57,9% de subnotificação nos casos onde não foi efetuada a necropsia, mostrando que nem o médico que cuidou do caso se lembra que a falecida estava grávida ou puerpera ou correlaciona a gestação e suas mudanças fisiológicas como fator agravante de alguma situação pré-existente. Esse indicador é mais evidente nos casos indiretos pois, parte das vezes, é outro médico, que não o obstetra, quem fornece a Declaração de Óbito. Apesar de atingir níveis alarmantes (62,3%), a subnotificação média apresentou queda se comparada ao ano de 2001 (64,1%). Este é um problema mundial e atinge também os países considerados desenvolvidos e com baixas Razões de Mortalidade Materna(19, 20).

## **ATENDIMENTO HOSPITALAR**

A quase totalidade dos casos (99,0%) veio a óbito dentro de um ambiente hospitalar, com realização de 65,7% de necropsias, porém não temos dados suficientes para opinar sobre a qualidade desse atendimento.

Em alguns relatos de caso verificamos, no entanto, uma demora excessiva na tomada de decisão frente a um problema, quer por falta de estrutura física ou operacional da unidade de saúde, impossibilitando um atendimento adequado (falta de Unidade de Terapia Intensiva ou Semi-intensiva, banco de sangue deficitário, dificuldade de remoção para centros terciários, dentre outros), quer por problemas intrínsecos à formação, como equipes multiprofissionais despreparadas para lidar com quadros mais graves.

Nos 87 atendimentos prestados pelos hospitais subordinados à administração pública (direta ou indireta), notamos que o óbito ocorreu em serviços localizados em outros Distritos Administrativos que não o correspondente à residência da paciente em 73 (83,9%) casos, mostrando que o atendimento regionalizado precisa ser aprimorado. É importante evitar que a gestante ou puerpera necessite efetuar grandes deslocamentos para obter cuidados médicos. O perfil é semelhante na análise por Subprefeitura, onde encontramos 55 (63,2%) óbitos acontecendo em regiões administrativas diferentes da responsável pela residência da falecida.

Amplamente discutido por Tanaka(21), a busca infrutífera por um atendimento próximo ao local de residência ou a peregrinação por vários hospitais até conseguir o atendimento, produz efeito direto nas condições materno-fetais, contribuindo substancialmente para o desfecho trágico.

Na avaliação do tipo de Hospital onde ocorreu o óbito (Privado ou Público Municipal/Estadual/Conveniado), notamos um predomínio de casos no setor público (84 casos – 87,5%). Tal fato se justifica pela maior oferta de leitos de maternidade disponível neste segmento. O setor público realizou 120.607 partos durante o ano de 2002, correspondendo a 61,6% do total de partos de nosso município. Essa pequena desproporção entre a percentagem de óbitos e de partos pode ser facilmente justificada pelos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do setor Privado, tendo em vista o alto custo gerado por essas doenças e suas complicações. Não devemos nos esquecer, no entanto, que parte dos hospitais públicos estão defasados em tecnologia e



equipamentos ou então sofrem uma sobrecarga de demanda, dificultando o atendimento adequado que alguns casos exigem.

Como nos anos anteriores, a hipertensão arterial (pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão crônica) ocupa o primeiro lugar na lista, seguido pelos quadros hemorrágicos de 2º-3º trimestres e puerpério (placenta prévia – descolamento prematuro de placenta – rotura uterina – atonias e acretismos). As cardiopatias ocupam o terceiro lugar, com uma RMM de 5,4. Entretanto, não podemos nos esquecer que a infecção puerperal apresentou uma variação importante nos últimos anos, cuja RMM saltou de 1,8 em 1999 para 6,8 em 2001 e 4,3 em 2002. A presença ativa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o cuidado na revisão do canal de parto após a realização de um parto são fatores decisivos para desencadear a queda desse indicados aos níveis anteriormente observados.

## **TIPO DE PARTO**

Quanto à via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 52 (52,5%) cesarianas - 46 em vida e seis pós-morte, valor elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%). Excetuando-se as cesáreas pós-morte, conseguimos identificar uma justificativa plausível para a execução do ato em 38 (82,6%) delas, quer por iteratividade, quer por condições materno-fetais graves. A gravidade dos casos estudados é corroborada pela presença de 20 (20,2%) casos onde o óbito materno ocorreu antes da realização de qualquer procedimento obstétrico (morte materna com feto intra-útero).

## **RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA**

Como verificamos no Gráfico 2, o comportamento da RMM de acordo com a doença ou processo patológico estudado varia em cada situação. O estudo das modificações que cada doença apresenta é importante para traçarmos estratégias de combate a cada processo.

Encontramos neste estudo uma Razão de Mortalidade Materna de 53,4/100.000 NV. Este valor reflete um aumento de 0,7% em comparação com o ano de 2001.

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

Podemos verificar na Tabela 8 a grande variação da RMM entre os 96 Distritos Administrativos da cidade de São Paulo, mostrando a realidade de uma grande metrópole, com problemas nas mais variadas esferas, que acabam por interferir na saúde da comunidade, contrapondo populações cuja Razão se aproxima de valores de países desenvolvidos (até 20/100.000 NV) a outras cujo indicador reflete mais a situação de um país em desenvolvimento.

Numa análise mais específica, pormenorizando cada bairro, com seus casos e sua respectiva população de nascidos vivos, detectamos que o problema da morte materna acomete todas as classes sócio-econômicas, geralmente com uma prevalência maior nas áreas 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 desse indicador.

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 suas diretrizes de atuação.

## **MORTE MATERNA TARDIA**

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

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 15 óbitos maternos obstétricos tardios (do 43º dia até 1 ano pós-parto ou aborto). O óbito materno ocorreu em média 5 meses após o término da gestação, sendo 5 de causa direta, 8 de causa indireta e 2 indefinidos. A morte materna foi declarada em 7 casos, resultando em uma subnotificação de 114,3%.

A maior dificuldade encontrada no que se refere à pesquisa envolvendo morte materna tardia é o alto grau de subnotificação (quase o dobro da observada nos óbitos até 42 dias de puerpério). Os casos subnotificados acabam sendo relacionados à morte materna somente na visita domiciliar, já que os relatos de prontuário sobre a existência de uma gestação pregressa são muito escassos. Conforme mencionado nas pesquisas anteriores realizadas por este Comitê, chegar a um domicílio pode às vezes se transformar em um trabalho insano: a falta de pontos de referência para localização do endereço registrado na Declaração de Óbito, a dificuldade de acesso ao local e a ausência de familiares no local, devido à desagregação familiar que a morte materna gera torna quase impossível uma coleta de dados satisfatória que possa ser utilizada no estudo de casos. Seria prudente que o médico responsável pelo acompanhamento das complicações decorrentes da gestação, ficasse atento para a possibilidade da existência de uma gravidez pregressa e tentasse manter registro em prontuário da causa original das complicações apresentadas. Acreditamos que com a implantação e funcionamento pleno do Programa de Saúde da Família (PSF), poderemos minimizar este sub-registro.

A Razão de Mortalidade Materna Tardia para o ano de 2002 foi de 8,1/100.000 NV.

## **MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA**

Apenas a título informativo, diagnosticamos a ocorrência de 45 casos (28,3%) de morte materna não obstétrica entre o total de 159 casos identificados no ano de 2002.

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

## **SUGESTÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**

1) A equipe multiprofissional (Médicos, Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem, Assistentes Sociais, Educadoras em Saúde, etc) necessita de um aprimoramento técnico adequado e constante. A realização de reciclagens contínuas e reavaliação constante dos procedimentos de abordagem pertinentes a cada caso é de extrema importância.

2) Devemos lembrar que a morte materna é predominantemente um problema social, atingindo geralmente as classes menos favorecidas. Nas histórias familiares detectamos muitas vezes a falta de condição para a compra dos medicamentos básicos e até mesmo a falta de dinheiro para a condução quando necessita realizar um exame ou consulta longe da sua residência. Precisamos personalizar e facilitar o atendimento, principalmente nas gestações de alto risco, que necessitam de uma atenção maior tendo em vista serem alvo das complicações mais frequentes (no nosso estudo observamos que mais de 80% dos casos de morte materna estavam envolvidos com gestações de alto risco). A gestante de risco não deve ser atendida em lugar precário ou em Unidades Básicas despreparadas. Devemos capacitar essas Unidades Básicas, tanto do ponto de vista tecnológico como na qualificação da equipe multiprofissional que presta atendimento, para

que esse atendimento seja diferenciado e propicie um serviço de pré-natal de qualidade. Os casos mais graves ou de difícil manuseio devem ser encaminhados para Centros Especializados, com recursos adequados para realização de exames em tempo hábil, atendidos por profissionais altamente capacitados, onde as medidas aplicadas possam surtir efeito esperado.

3) No Município de São Paulo, os leitos destinados ao atendimento dos casos obstétricos estão concentrados, em sua grande maioria, em regiões mais centrais. É imperiosa a reativação e uma melhor distribuição desses leitos, evitando desta forma a tão temida peregrinação da gestante em busca de uma vaga hospitalar. A gestante em trabalho de parto não deve, em hipótese alguma, sair à procura de uma vaga para dar à luz. Essa responsabilidade deve ser do hospital que prestou o primeiro atendimento e não disponibiliza dessa vaga no momento da consulta. Para viabilizar esse processo, é fundamental uma central de vagas bem estruturada.

4) A grávida portadora de uma gestação de alto-risco deverá dar à luz em uma rede hospitalar que possa corresponder com uma infra-estrutura adequada às possíveis intercorrências obstétricas que possam advir do atendimento ao caso mais complicado. Esses casos deveriam ser drenados desde o atendimento pré-natal, assegurando de antemão a vaga e o serviço de atendimento, evitando que um caso de risco se agrave desnecessariamente. Não deixamos de pensar que o recém-nascido destas gestantes pode apresentar riscos neonatais correlatos à doença obstétrica, necessitando de atendimento especializado em locais que dispõe de recursos adequados como leitos de UTI neonatal. Em muitos casos, sabemos que é a vaga na UTI neonatal que determina a internação da gestante nesse ou naquele hospital.

5) Cabe à Rede Hospitalar ofertar equipamentos e condições para o desempenho da medicina de uma forma mais humana, além de incrementar os Bancos de Sangue tendo em vista os elevados índices de óbito por hemorragias, além de um rigoroso controle da infecção hospitalar, por meio da criação ou implemento das Comissões de Infecção Hospitalar.

6) O estudo de um caso de morte materna é de uma riqueza ímpar e não pode ser menosprezado. É da competência dos Hospitais envolvidos com essa fatalidade a realização de Reuniões Anátomo-Clínicas com a participação das mais variadas esferas (Comissões de Ética Médica, Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários Médicos e outros representantes da dinâmica hospitalar), com o intuito de aprimorar os profissionais de suas instituições, averiguar eventuais responsabilidades, bem como prevenir que o mesmo tipo de caso não se repita. Deve ainda dar apoio às Comissões de Ética Médica e propiciar um intercâmbio mais amigável, além de facilitar o acesso dos integrantes dos Comitês Regionais de Morte Materna para que possam desempenhar o processo de levantamento dos dados de forma mais completa e integrada.

7) A morte materna é evento de notificação compulsória e assim deve ser encarado (Portaria Ministerial 653 de 28 de maio de 2003). Apesar da subnotificação ser um problema mundial, as equipes médicas devem ser constantemente treinadas para reportar na Declaração de Óbito a presença ou a correlação com o ciclo gravídico-puerperal.

8) Um Planejamento Familiar adequado e eficaz, onde se possa escolher o melhor momento para uma gravidez, é fundamenta, diminuindo portanto os casos de gestação indesejada e conseqüentemente os casos de morte materna por abortamento inseguro.

9) O incentivo ao início precoce do pré-natal, dando condições a uma melhor aderência à consulta, implementando e facilitando a realização de exames complementares de forma ágil e eficiente é medida de fácil execução.

O Comitê de Mortalidade Materna, que em si não tem caráter punitivo, atua com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas à população feminina, tentando adequar e humanizar o atendimento à mulher, alertando os mais diversos níveis quanto aos problemas encontrados durante a gravidez, o parto e o puerpério, tentando reduzir desta forma a morte de uma mulher no auge de suas capacidades, diminuindo a conseqüente desagregação familiar.

Também é de nossa alçada a realização de eventos com o intuito de incentivar a criação de novos Comitês de Mortalidade Materna, bem como servir de referência na metodologia utilizada na pesquisa dos casos. A participação dos Conselhos de Classe, bem como todos os órgãos que visam o bem-estar da nossa população são sempre bem-vindos.

Como dissemos, a morte materna é uma ocorrência multicausal. A responsabilidade para sua redução é de todos nós, profissionais da saúde, população atendida, educadores, professores, sociólogos e políticos. Reflete não só a perda de um ente querido como também toda a desestrutura de um povo. Somente o envolvimento conjunto de todas as esferas poderá contribuir para sua redução.

## **Bibliografia**

1. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
2. Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Rev Saúde Pública 1988;22:507-12.
3. Coordenação Materno-Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Ministério da Saúde; 1994.
4. WHO. Safe motherhood fact sheet. Safe Motherhood Initiative.  
<http://www.safemotherhood.org> - Acesso em: 02/01/2004
5. Braga LFO, Soares VMN. Implantação dos Comitês de Morte Materna no Paraná. Femina 1990;18:432-6.
6. Barbosa SA, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K. Dificuldades encontradas no estudo de casos de mortalidade materna na cidade de São Paulo durante os anos de 1993 a 1995. Rev Bras Ginecol Obstet 1997;19:179-82.
7. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; 2002.
8. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. Bras. Epidemiol. 2004;7:449-60.
9. Vega CEP, Marcus PAF, Pazero LC, Boyaciyan K, Barbosa SA. Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1999. Rev Ginecol Obstet 2003;14:52-9.
10. The National Institute for Clinical Excellence. Why Mothers Die 1997-99 - The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. <http://www.doh.gov.uk/cmo/mdeaths.htm> - Acesso em: 02/01/2004
11. WHO. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão; 1993.
12. Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1995.  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas\\_tematicas/0013](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013) - Acesso em: 02/01/2004
13. Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas\\_tematicas/0013](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013) - Acesso em: 02/01/2004
14. Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1997.  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas\\_tematicas/0013](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013) - Acesso em: 02/01/2004
15. Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1998.  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas\\_tematicas/0013](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013) - Acesso em: 02/01/2004
16. Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 1999.  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas\\_tematicas/0013](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013) - Acesso em: 02/01/2004
17. Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o ano de 2000.  
[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas\\_tematicas/0013](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013) - Acesso em: 02/01/2004
18. Loudon I. Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. American Journal of Clinical Nutrition 2000;72:241S-246S.
19. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. Obstet Gynecol 1995;86:700-5.

20. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology* 1991;20:717-21.
21. Tanaka ACdA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec - ABRASCO; 1995.