

## **ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER**

Coordenação da Atenção Básica – Secretaria Municipal da Saúde

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

### **RELATÓRIO DE MORTALIDADE MATERNA** **BIÊNIO 2007/2008**

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

#### **Componentes do Comitê de Mortalidade Materna** **Biênio 2007/2008**

Presidente: Carlos Eduardo Pereira Vega

Secretário: Julio Mayer de Castro Filho

#### Componentes

Ana Cristina D'Andretta Tanaka	Carmen Simone Grilo Diniz
Krikor Boyaciyan	Eurípedes Balsanufu Carvalho
Luciana Della Barba	Luciana Carvalho Silva
Maria Helena de Freitas	Maria Eliete de Souza
Mauro Tanigushi	Eneida Ramos Vico
Antonio Benedito Marangone Camargo	Deise Akiko Oushiro
Maria do Carmo Petrucci Rangel	Marta Campagnoli

Equipe Técnica da Saúde da Mulher

Coordenador: Dr. Júlio Mayer de Castro Filho

Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

Dr. Luis Carlos Pazero

Olga Fortunato Caron

Relator: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega

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

## **INTRODUÇÃO**

O Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo (CMMMSP) foi instituído legalmente através da Lei 11.313 de 21 de dezembro de 1992.<sup>(1)</sup> Desde a sua criação vem desempenhando um trabalho contínuo na busca de casos positivos ou presumíveis de envolvimento com a morte materna.

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

Em nosso meio, essa luta deu seu primeiro passo em 1984 quando foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>(2)</sup> que teve por base a redução da morbidade e da mortalidade feminina pela implantação de ações coletivas direcionadas a esta população.

Em 1988, Laurenti<sup>(3)</sup> 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.<sup>(4)</sup>

Motivado pelos temas apresentados na *International Conference on Safe Motherhood*, realizada em Nairobi em 1987,<sup>(5)</sup> 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.<sup>(1)</sup>

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

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

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

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

Em 28 de maio de 2002, dia internacional de luta pela saúde da mulher, com ênfase na mortalidade materna, a Secretaria Municipal de Saúde lançou o “Projeto Prioritário Nascer Bem:

Gravidez Saudável, Parto Seguro” com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos, humanizando o atendimento e valorizando a qualidade de vida em nossa cidade.

Durante os anos que se seguiram demos continuidade às propostas desse Projeto e algumas de suas diretrizes serviram de esteio à criação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana em 2006, vigente na atualidade.

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

Após o término da XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em 1990, foi realizado um *meeting* entre especialistas sobre o tema onde se decidiu elaborar parâmetros de comparação entre os indicadores de mortalidade materna das diversas localidades e países: convencionou-se como boa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) a ocorrência de até 20 Mortes Maternas/100.000 Nascidos Vivos (NV). De 21 a 50 óbitos como aceitável; de 51 a 150 óbitos, ruim e acima de 150, péssimo. O último dado oficial (já corrigido) fornecido pelo Ministério da Saúde apresentou ligeira queda em relação ao indicador anterior,<sup>(9)</sup> com uma Razão de Morte Materna estimada de 77,0/100.000 NV para o Brasil, no ano de 2007. Devemos ressaltar que esse indicador não abrange as regiões Norte e Nordeste, pois não atingiram a meta de 90% de cobertura do SINASC e/ou 80% de cobertura do SIM. No âmbito mundial, o registro da morte materna possui um alto grau de sub-informação. Como se isso não bastasse, o Brasil enquanto nação utiliza várias metodologias de pesquisa que dependem da realidade e das condições da estrutura geopolítica de cada local para gerar a informação. Esses dados geralmente necessitam de ajuste, sendo necessária a aplicação de um fator de correção diferente para cada região do país.

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

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

Na elaboração deste Relatório optamos pela apresentação de forma semelhante ao Relatório anterior (2005/2006), disponibilizando avaliações anuais e globais de tudo o que foi apurado durante o biênio 2007/2008, simplificando a visualização dos dados e evitando que esse documento se torne repetitivo. Entretanto, para que não se perca a série histórica, em algumas situações os dados serão apresentados de forma individualizada, ano a ano.

## **METODOLOGIA**

O Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, responsável pela elaboração da pesquisa na nossa cidade, é composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Área

Técnica da Saúde da Mulher e Conselho Municipal de Saúde), Área Jurídica, Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselho Regional de Medicina, Movimento de Mulheres (representando a participação popular), Conselho Regional de Enfermagem, PRO-AIM, e Fundação SEADE.

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

Durante o biênio 2007/2008 verificamos a ocorrência de 133892 óbitos no Município de São Paulo, sendo 61450 mulheres. Destas, 7448 (3787 em 2007 e 3661 em 2008) se encontravam na faixa de idade de 10 e 49 anos. Foram lidas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 2348 casos onde a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia sido relatado no campo “CAUSA DA MORTE” e nos campos que questionam a presença de gravidez, de parto ou de puerpério no momento do óbito (Campos 43 e 44 da Declaração de Óbito). Foram excluídas dessa análise as mulheres com menos de 10 anos ou com mais de 49 anos, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente (mulheres em idade reprodutiva). Cabe aqui esclarecer que a triagem dos casos suspeitos seguiu o Método de Máscaras preconizado pelo Ministério da Saúde,<sup>(12-14)</sup> revisto e aprimorado pela experiência adquirida durante todos esses anos de existência do Comitê Municipal e que tem sido utilizado desde os primeiros trabalhos envolvendo a pesquisa de morte materna em nosso município. Essa metodologia é semelhante à utilizada pelo Reino Unido.<sup>(15-16)</sup> Nossa base de dados foi o PRO-AIM (PROgrama de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade), órgão onde estão concentradas todas as Declarações de Óbito da cidade sendo este vinculado à Secretaria da Saúde do Município. A partir do ano de 1996 estamos procedendo à investigação de mortes maternas tardias (ocorridas de 43 dias até um ano após o parto ou aborto), obedecendo à orientação da Organização Mundial de Saúde (Razão de Mortalidade Materna Tardia).<sup>(17)</sup> 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 2348 casos foram selecionados segundo o Distrito Administrativo de residência ou, na ausência desta informação, segundo o Hospital de ocorrência do óbito, sendo encaminhados para as unidades administrativas (Supervisões de Área), para a realização das visitas domiciliares e hospitalares.

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

Os casos então selecionados foram encaminhados para os 25 Comitês Locais de Mortalidade Materna, sediados nas Supervisões de Área, para realização das visitas domiciliares e hospitalares através da aplicação de questionário padrão (ANEXO A), com anotação da história e dados fornecidos pelos familiares da falecida.

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

Acompanhando a tendência mundial, os casos positivos para morte materna foram classificados e distribuídos em quatro 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 um ano do parto).

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

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

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

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

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

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

Seguindo uma tendência mundial e após deliberação técnica com membros integrantes do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo decidimos que os casos de óbito materno ocorridos até 42 dias de puerpério decorrentes de complicações neoplásicas seriam incluídos no grupo de causas indiretas com a codificação O99.8/C00-D48. Para não perdemos a série histórica, efetuamos uma revisão de todo o banco de dados (de 1993 até a presente data), efetuando a inclusão dos casos de neoplasias (antes codificados como morte materna não obstétrica) no grupo de morte materna indireta.

Quanto aos óbitos maternos por neoplasia ocorridos entre 43 dias e um ano de puerpério, optamos por nos basear na história clínica e na avaliação da influência da gravidez sobre o processo neoplásico e, assim, classificar como morte materna tardia ou não obstétrica, dependendo de cada caso.

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

## **RESULTADOS**

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

Dos 2348 casos encaminhados aos Comitês Locais para investigação obtivemos, até a presente data, 2032 (86,5%) casos negativos, 315 (13,4%) positivos para morte materna (306 residentes em nosso Município e nove que faleceram aqui, porém residentes em Municípios vizinhos). Em um (0,1 %) caso ainda não obtivemos confirmação sobre a existência de uma gravidez ocorrida até um ano antes do óbito. Dentre os 306 eventos positivos para morte materna (já excluídos os nove casos de invasão) encontramos 193 (63,1%) casos com óbito até o 42º dia de puerpério, sendo 177 (91,7%) casos de morte materna obstétrica e 16 (8,3%) casos de morte materna não obstétrica. Os 113 (36,9%) restantes ocorreram entre 43 dias até um ano após o parto (60 casos – 53,1% – não relacionados e 53 casos – 46,9% – relacionados à morte materna), sendo os últimos utilizados para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna Tardia.

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

Os 306 casos positivos para morte materna de mulheres residentes no Município de São Paulo encontrados na pesquisa do ano de 2007/2008 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

**Tabela 1.** Distribuição dos 306 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 – 2007/2008.

CLASSIFICAÇÃO	2007		2008		2007/2008	
	N	%	N	%	N	%
DIRETA	52	31,1	30	21,6	82	26,8
INDIRETA	50	29,9	45	32,4	95	31,0
NÃO OBSTÉTRICA	6	3,6	10	7,2	16	5,2
OBSTÉTRICA TARDIA	28	16,8	23	16,5	51	16,7
NÃO OBSTÉTRICA TARDIA	31	18,6	31	22,3	62	20,3
TOTAL	167	100,0	139	100,0	306	100,0

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

### **MORTALIDADE MATERNA OBSTÉTRICA ATÉ 42 DIAS**

Conforme objeto de nosso estudo, para que possamos determinar a Razão de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo e avaliarmos os diversos aspectos que podem ocasionar o óbito materno, procedemos então à análise do total de 177 casos de morte materna direta ou indireta segundo os dados oriundos da Declaração de Óbito e o que pudemos apurar da necropsia e da visita hospitalar e/ou domiciliar. Os casos tardios serão analisados posteriormente e os não relacionados comentados apenas a título de informação.

A Tabela 2 apresenta o total de 177 casos de morte materna obstétrica direta ou indireta, o número de nascidos vivos e o cálculo da Razão de Mortalidade Materna segundo a faixa etária da mãe.

**Tabela 2.** Distribuição dos 177 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 – 2007/2008.

FAIXA ETÁRIA	2007				2008				2007/2008			
	N	%	NV	RMM	N	%	NV	RMM	N	%	NV	RMM
10 a 14	0	0,0	743	0,0	0	0,0	860	0,0	0	0,0	1603	0,0
15 a 19	14	13,7	23501	59,6	7	9,3	22886	30,6	21	11,9	46387	45,3
20 a 24	15	14,7	42219	35,5	10	13,3	41917	23,9	25	14,1	84136	29,7
25 a 29	24	23,5	44851	53,5	18	24,0	45409	39,6	42	23,7	90260	46,5
30 a 34	25	24,5	36001	69,4	13	17,3	37541	34,6	38	21,5	73542	51,7
35 a 39	14	13,7	19119	73,2	13	17,3	19854	65,5	27	15,3	38973	69,3
40 a 44	8	7,8	4788	167,1	14	18,7	5025	278,6	22	12,4	9813	224,2
45 a 49	2	2,0	269	743,5	0	0,0	309	0,0	2	1,1	578	346,0
50 ou mais	0	0,0	14	0,0	0	0,0	7	0,0	0	0,0	21	0,0
IGNORADO	0	0,0	41	0,0	0	0,0	21	0,0	0	0,0	62	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>	<b>171546</b>	<b>59,5</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>173829</b>	<b>43,1</b>	<b>177</b>	<b>100,0</b>	<b>345375</b>	<b>51,2</b>

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

Observamos que 121 (68,4%) mulheres eram solteiras, 50 (28,2%) estavam casadas, duas (1,1%) unidas consensualmente e uma (0,6%) era viúva. Não se obteve informação sobre o estado civil em três (1,7%) casos.

Quarenta e nove mulheres (27,7%) cursaram até o primeiro grau, 60 (33,9%) tinham o segundo grau, seis (3,4%) possuíam curso superior e uma (0,6%) era analfabeta. O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 61 (34,5%) Declarações analisadas.

Verificamos nas Declarações de Óbito e nos laudos de necropsia que 91 (51,4%) mulheres eram brancas, 61 (34,5%) eram pardas, 21 (11,9%) eram pretas, uma (0,6%) de cor amarela e em três casos (1,7%) não obtivemos dados relativos à cor/raça.

O pré-natal não foi realizado por 24,9% das mulheres que faleceram devido a causas maternas e em 2,8% dos casos essa informação não estava disponível. Verificamos a realização de até três consultas de pré-natal em 12,4% das gestantes, 24,3% realizaram de 4-6 consultas e 35,6% efetuaram sete ou mais consultas de pré-natal.

A mortalidade materna por hipertensão arterial, responsável por 23,2% do total de óbitos maternos diretos ou indiretos, foi determinante do óbito em 33,3% das mulheres da cor preta contra 15,4% das de cor branca e 32,8% das pardas.

O campo 43 da Declaração de Óbito que questiona a presença do óbito durante a gestação, o parto ou o aborto foi preenchido em 383 casos. Entretanto, foi preenchido de forma correta em 29 situações. Da mesma forma, na análise do Campo 44, que questiona a presença do puerpério (recente ou tardio), o mesmo foi preenchido em 353 casos, sendo 86 casos de forma correta.

Em 171 (96,6%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. O exame necroscópico foi realizado em 103 (58,2%) casos, sendo 53 no Serviço de Verificação de Óbitos, 50 no Instituto Médico Legal e em 74 (41,8%) casos não foi realizada necropsia. Nos casos submetidos à necropsia encontramos uma subnotificação média de 194,3%, sendo maior nos casos oriundos do IML (488,9%) e menor nos casos do SVOC (92,3%). Nos casos onde não foi realizada necropsia, a subnotificação foi de 54,2%. A subnotificação total para o biênio 2005/2006 foi de 64,8%.

A cesárea foi realizada em 81 (45,8%) casos, o parto normal em 33 (18,6%) e em 44 (24,9%) casos o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (oito no primeiro, vinte e cinco no segundo e onze casos no terceiro trimestre, respectivamente). Nesse grupo foram realizadas seis cesáreas pós-morte (3,4%), com cinco recém-nascidos vivos. O aborto ocorreu em 19 (10,7%) casos.

Dentre o total de 177 casos de morte materna direta ou indireta, 51 (28,8%) gestantes ou puérperas vieram a óbito em serviços localizados no mesmo distrito administrativo onde residiam. Encontramos 87 (49,2%) óbitos na área de abrangência da mesma Supervisão de Técnica de Saúde e 130 (73,4%) casos foram atendidos dentro da Coordenadoria de Saúde responsável pelo local de residência da falecida. Cento e vinte e um (68,4%) casos foram atendidos pelo Sistema Público, dos quais 103 (85,1%) receberam atendimento na mesma Coordenadoria de Saúde, 67 (55,4%) casos foram atendidos na mesma Supervisão de Área e 41 (33,9%) casos no mesmo Distrito Administrativo correspondente ao local de sua moradia.

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

Centos e setenta e um casos (96,6%) vieram a óbito dentro de um ambiente hospitalar. A Tabela 3 discrimina o número de nascidos vivos e a quantidade de óbitos maternos segundo a esfera de responsabilidade do Hospital de atendimento à gestante ou puérpera no momento do óbito, com cálculo da respectiva Razão de Mortalidade Materna Hospitalar

**Tabela 3.** Distribuição dos 171 casos de morte materna que por local de ocorrência e cálculo da Razão de Mortalidade Materna Hospitalar (RMMH) segundo a responsabilidade de gestão – Município de São Paulo – 2007/2008.

LOCAL DO ÓBITO	2007			2008			2007/2008			
	N	NV	RMM H	N	NV	RMM H	N	NV	RMMH	%
<b>HOSPITAIS</b>										
<b>INSTITUCIONAIS</b>	<b>80</b>	<b>108713</b>	<b>73,6</b>	<b>59</b>	<b>106915</b>	<b>55,2</b>	<b>139</b>	<b>215628</b>	<b>64,5</b>	<b>78,5</b>
MUNICIPAL	29	26389	109,9	21	30342	69,2	50	56731	88,1	28,2
ESTADUAL	33	46535	70,9	25	44823	55,8	58	91358	63,5	32,8
CONVENIADO	7	27605	25,4	6	24058	24,9	13	51663	25,2	7,3
ESCOLAS E FUNDAÇÕES	11	8184	134,4	7	7692	91,0	18	15876	113,4	10,2
<b>HOSPITAIS PRIVADOS</b>	<b>17</b>	<b>79629</b>	<b>21,3</b>	<b>13</b>	<b>82229</b>	<b>15,8</b>	<b>30</b>	<b>161858</b>	<b>18,5</b>	<b>16,9</b>
FORA DO MUNICÍPIO	2	-	-	0	-	-	2	-	-	1,1
RESIDÊNCIA	3	-	-	2	-	-	5	-	-	2,8
VIA PÚBLICA	0	-	-	1	-	-	1	-	-	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>188342</b>	<b>-</b>	<b>75</b>	<b>189144</b>	<b>-</b>	<b>177</b>	<b>377486</b>	<b>46,9</b>	<b>100,0</b>

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP / SINASC

A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 51 (62,2%) casos de morte materna obstétrica direta (32 casos – 61,5% em 2007 e 19 casos – 63,3% em 2008), gerando uma subnotificação de 60,8% no período.

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 82 casos de morte materna obstétrica direta estão relacionados na Tabela 4.



**Tabela 4.** Distribuição dos 82 casos de morte materna obstétrica direta segundo causa de óbito pela CID-10 – Município de São Paulo – 2007/2008.

Classificação da CID-10	2007		2008		2007-2008	
	N	%	N	%	N	%
<b>Gestação terminada em Aborto (O00 a O05)</b>	<b>15</b>	<b>28,8</b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>	<b>19</b>	<b>23,2</b>
<i>Aborto Provocado / Infectado</i>	<i>11</i>		<i>3</i>		<i>14</i>	
<i>Ectópica</i>	<i>2</i>		<i>0</i>		<i>2</i>	
<i>Hemorragia</i>	<i>1</i>		<i>0</i>		<i>1</i>	
<i>Tumores de Placenta</i>	<i>0</i>		<i>1</i>		<i>1</i>	
<i>Indefinida</i>	<i>1</i>		<i>0</i>		<i>1</i>	
<b>Eclâmpsia – Pré-Eclâmpsia (O13,O14 e O15)</b>	<b>9</b>	<b>17,3</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>	<b>22</b>	<b>26,8</b>
<b>Hemorragias (O44, O45, O71 e O72)</b>	<b>12</b>	<b>23,1</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>20</b>	<b>24,4</b>
<i>Hemorragia Pós-Parto (O72)</i>	<i>8</i>		<i>7</i>		<i>15</i>	
<i>Placenta Prévia (O44)</i>	<i>0</i>		<i>0</i>		<i>0</i>	
<i>Descolamento Prematuro de Placenta (O45)</i>	<i>3</i>		<i>1</i>		<i>4</i>	
<i>Rotura Uterina (O71)</i>	<i>1</i>		<i>0</i>		<i>1</i>	
<b>Complicações Anestésicas (O74)</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>
<b>Infecção Puerperal (O85)</b>	<b>11</b>	<b>21,2</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>13</b>	<b>15,9</b>
<b>Embolia de Origem Obstétrica (O88)</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>3</b>	<b>3,7</b>
<b>Hiperêmese gravídica (O21)</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	
<b>Psicose Puerperal (F53)</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	
<b>Imperícia Profissional (O90)</b>	<b>1</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>		<b>1</b>	
<b>Morte materna direta sem causa definida (O95)</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>1</b>	<b>1,2</b>
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Dentre as intercorrências de causa direta, verificamos a ocorrência de 14 (17,1%) óbitos durante a gestação (8-5-1 nos 1º, 2º e 3º trimestres respectivamente) e 68 (82,9%) óbitos no período puerperal. Destes, 45 (66,2%) até sete dias de puerpério, 13 (19,1%) de oito a 14 dias e os 10 (14,7%) casos restantes de 15 a 42 dias de puerpério.

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

A presença da morte materna foi identificada espontaneamente na Declaração de Óbito (morte materna declarada) em 32 (33,7%) casos de morte materna obstétrica indireta (17 casos – 34,0% em 2007 e 15 casos – 33,3% em 2008), resultando em uma subnotificação de 196,9%.

Relacionamos na Tabela 5 os 95 casos de morte materna obstétrica indireta ocorridos no biênio 2007/2008 segundo a causa do óbito (CID-10).

**Tabela 5.** Distribuição dos 95 casos de morte materna obstétrica indireta segundo causa de óbito pela CID-10 – Município de São Paulo – 2007/2008.

Classificação da CID-10	2007		2008		2007/2008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Hipertensão Arterial Crônica (O10)</b>	<b>9</b>	<b>18,0</b>	<b>12</b>	<b>26,7</b>	<b>21</b>	<b>22,1</b>
<b>D. infecciosas e parasitárias class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O98)</b>	<b>2</b>	<b>4,0</b>	<b>4</b>	<b>8,9</b>	<b>6</b>	<b>6,3</b>
<i>Doença de Chagas</i>	0		1		1	
<i>Meningite</i>	0		2		2	
<i>Esquistossomose</i>	1		0		1	
<i>Tuberculose</i>	1		1		2	
<b>Outras doenças da mãe, class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O99)</b>	<b>39</b>	<b>78,0</b>	<b>29</b>	<b>64,4</b>	<b>68</b>	<b>71,6</b>
<i>Broncopneumonia</i>	7		4		11	
<i>Pancreatite</i>	1		0		1	
<i>Pielonefrite</i>	6		3		9	
<i>Septicemia</i>	0		1		1	
<i>Cardiopatias</i>	8		6		14	
Infarto Agudo do Miocárdio	2		3			5
Valvulopatia (Congênita ou Adquirida)	2		0			2
Miocardiopatia	4		1			5
Aneurisma de aorta	0		2			2
<i>Embolia Pulmonar</i>	2		4		6	
<i>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</i>	2		1		3	
<i>Epilepsia</i>	2		0		2	
<i>AVCI / AVCH</i>	2		5		7	
<i>Neoplasias</i>	4		0		4	
<i>Outros</i>	5		5		10	
<b>Óbitos Maternos Indiretos</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

Dentre as mortes determinadas por uma causa indireta, verificamos a ocorrência de 35 (36,8%) óbitos durante a gestação (2-21-12 nos 1º, 2º e 3º trimestres respectivamente) e 60 (63,2%) óbitos no período puerperal. Destes, 32 (53,3%) até sete dias de puerpério, 10 (16,7%) de oito a 14 dias e os 17 (28,3%) casos restantes de 15 a 42 dias de puerpério. Em um (1,7%) caso não foi possível a determinação do momento do óbito em relação ao ciclo gravídico-puerperal.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos 177 casos de morte materna obstétrica (direta ou indireta) segundo a idade da gestante ou puerpera no momento do óbito.

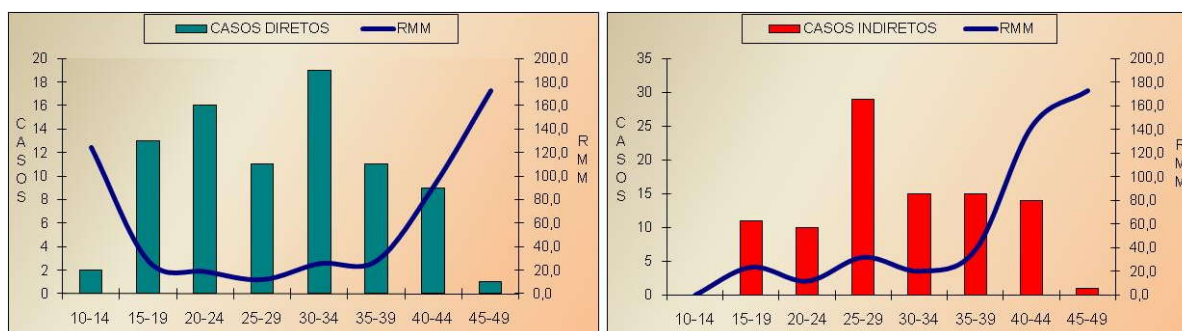
**Tabela 6.** Distribuição dos 177 casos de morte materna obstétrica por faixa etária segundo a causa de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2007/2008.

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>2</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>82</b>
Complicação de Aborto/Gravidez Ect. e Molar	0	2	4	2	5	6	0	0	19
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia	0	2	3	2	7	4	4	0	22
Hiperemese Gravídica	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Complicações Hepáticas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Placenta Prévia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestação Abdominal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Descolamento Prematuro de Placenta	0	2	0	2	0	0	0	0	4
Rotura Uterina	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Atonias e Acretismos	2	4	3	1	3	0	2	0	15
Complicações Anestésicas	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Infecção Puerperal	0	2	5	2	2	0	1	1	13
Complicações Venosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Embolia de Origem Obstétrica	0	0	0	1	0	1	1	0	3
Psicose Puerperal	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Necrose de Hipófise Pós-Parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétano Obstétrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocotraumatismos	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Casos Inconclusivos	0	0	0	0	1	0	0	0	1
<b>CAUSAS INDIRETAS</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>95</b>
Hipertensão Arterial Crônica	0	2	2	7	3	2	5	0	21
Broncopneumonias	0	1	1	4	1	2	2	0	11
Outras Doenças (infecciosas)	0	5	2	4	5	2	1	0	19
Cardiopatias	0	0	0	3	0	4	6	1	14
Outras Doenças (não infecciosas)	0	3	5	11	6	5	0	0	30
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>177</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

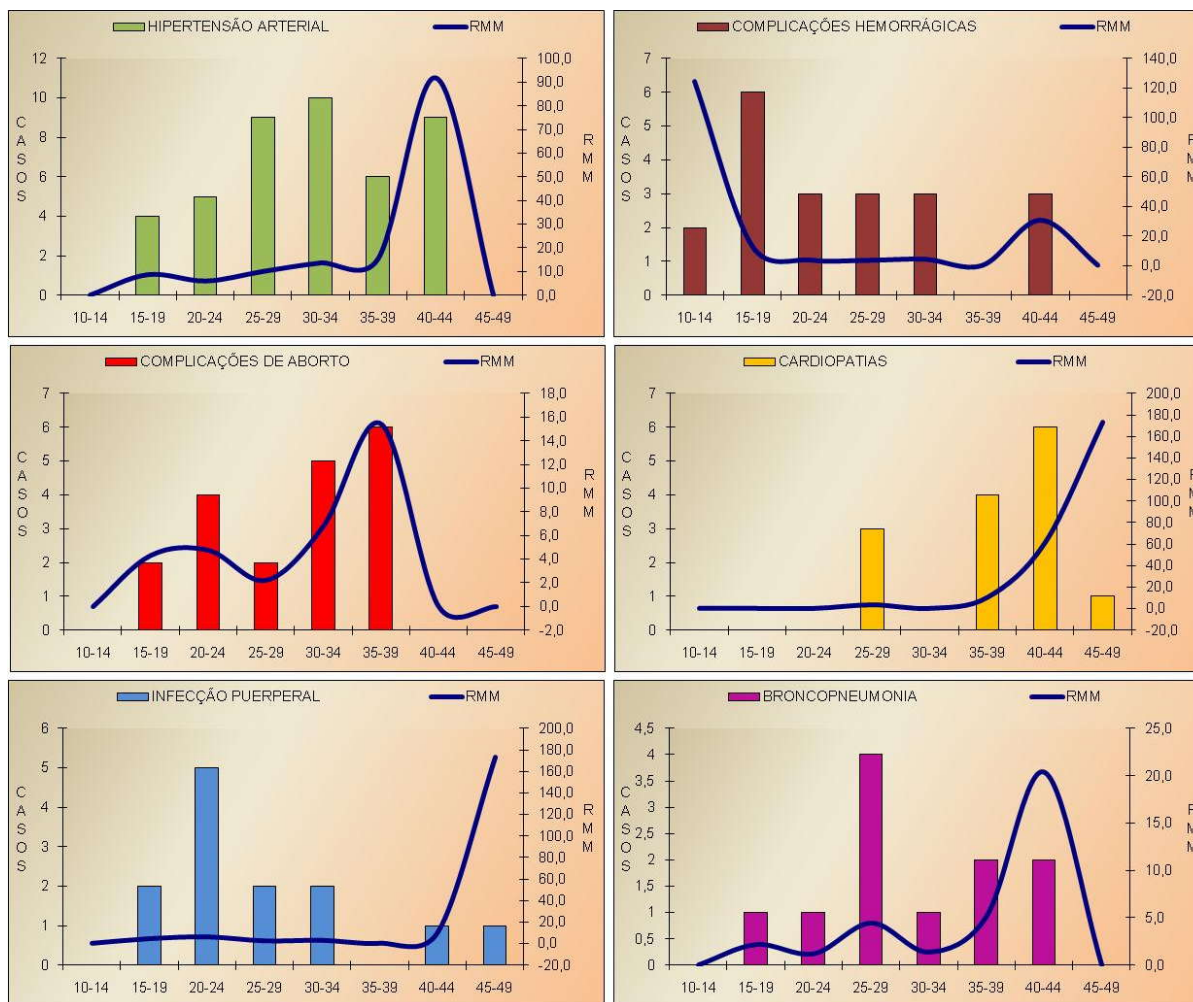
O Gráfico 1 representa a distribuição do total de casos diretos ou indiretos, com a respectiva curva da Razão de Mortalidade materna ao longo das faixas etárias e o Gráfico 2 a distribuição dos casos e o comportamento da RMM das seis principais causas de mortalidade materna segundo a idade da gestante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

**Gráfico 1.** Distribuição dos 177 casos de morte materna (diretos e indiretos) e da RMM segundo a faixa etária – Município de São Paulo – 2007/2008.



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

**Gráfico 2.** Distribuição do número de casos e da RMM das seis principais causas de mortalidade materna segundo a faixa etária – Município de São Paulo – 2007/2008.



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

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

**Tabela 7.** Distribuição dos 177 casos de morte materna segundo as principais causas de mortalidade materna por ano de ocorrência e respectiva Razão de Mortalidade Materna Específica – Município de São Paulo – 2007/2008.

Classificação da CID-10	2007		2008		2007/2008	
	N	RMM	N	RMM	N	RMM
Hipertensão Arterial	18	10,5	25	14,4	43	12,5
Complicações Hemorrágicas 2º/3º trim. e puerpério	12	7,0	8	4,6	20	5,8
Complicações de Aborto	15	8,7	4	2,3	19	5,5
Cardiopatias	8	4,7	6	3,5	14	4,1
Infecção Puerperal	11	6,4	2	1,2	13	3,8
Broncopneumonia	7	4,1	4	2,3	11	3,2
Outras	31	18,1	26	15,0	68	19,7
Nascidos Vivos	171546		173829		345375	
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>59,5</b>	<b>75</b>	<b>43,1</b>	<b>177</b>	<b>51,2</b>

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP / Fundação SEADE

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

**Tabela 8.** Distribuição dos 177 casos de morte materna por procedimento realizado segundo as causas determinantes da mortalidade materna – Município de São Paulo – 2007/2008.

PROCEDIMENTO	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	4	9,3	6	30,0	0	0,0	2	14,3	6	46,2	15	22,1	33	18,6
Cesárea	26	60,5	13	65,0	0	0,0	5	35,7	7	53,8	30	44,1	81	45,8
Pós-morte	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	4	5,9	6	3,4
Não realizado	11	25,6	1	5,0	6	31,6	6	42,9	0	0,0	14	20,6	38	21,5
Aborto	1	2,3	0	0,0	13	68,4	0	0,0	0	0,0	5	7,4	19	10,7
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>177</b>	<b>100,0</b>

(1) – Hipertensão arterial

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

(3) – Complicações de aborto

(4) – Cardiopatias

(5) – Infecção puerperal

(6) – Demais causas de morte materna

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna – PMSP

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

**Tabela 9.** Distribuição dos 177 casos de morte materna segundo o agrupamento sindrômico – Município de São Paulo – 2007/2008.

SÍNDROMES	Nº	%
<b>Síndromes Hipertensivas</b>	<b>43</b>	<b>24,3</b>
Hipertensão Arterial Crônica	21	
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	22	
<b>Síndromes Infeciosas</b>	<b>53</b>	<b>29,9</b>
Bacterianas puerperais	13	
Bacterianas – complicação de aborto	11	
Bacterianas – outras	29	
<b>Síndromes Hemorrágicas</b>	<b>19</b>	<b>10,7</b>
Hemorragia Puerperal	14	
Descolamento Prematuro de Placenta	4	
Placenta Prévia	0	
Outras patologias hemorrágicas	1	
<b>Síndromes Tromboembólicas</b>	<b>3</b>	<b>1,7</b>
Embolia Pulmonar não Obstétrica	0	
Embolia de Origem Obstétrica	3	
<b>Outras patologias</b>	<b>59</b>	<b>33,3</b>
Cardiopatias	14	
Diversas	45	
Indeterminadas	0	
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

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

A Tabela 10 disponibiliza os 177 casos de mortalidade materna ocorridos no ano de 2007/2008, o número de nascidos vivos e a respectiva RMM segundo os 96 Distritos Administrativos do município de São Paulo.

**Tabela 10.** Distribuição dos 177 casos de morte materna, o número de nascidos vivos (NV) e a respectiva Razão de Mortalidade Materna (RMM) segundo os 96 Distritos Administrativos (apenas as ocorrências presentes) – Município de São Paulo – 2007/2008.

DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	2007			2008			2007-2008		
	N	NV	RMM	N	NV	RMM	N	NV	RMM
ÁGUA RASA	1	1070	93,5	0	1052	0,0	1	2122	47,1
ARICANDUVA	4	1174	340,7	0	1199	0,0	4	2373	168,6
BRAS	1	707	141,4	0	669	0,0	1	1376	72,7
BRASILÂNDIA	3	5206	57,6	0	5273	0,0	3	10479	28,6
CACHOEIRINHA	1	2571	38,9	1	2675	37,4	2	5246	38,1
CAMBUCI	1	547	182,8	0	521	0,0	1	1068	93,6
CAMPO LIMPO	1	3358	29,8	4	3487	114,7	5	6845	73,0
CANGAIBA	1	2026	49,4	4	2203	181,6	5	4229	118,2
CAPAO REDONDO	1	4724	21,2	0	4769	0,0	1	9493	10,5
CASA VERDE	1	1374	72,8	1	1241	80,6	2	2615	76,5
CIDADE ADEMAR	6	4532	132,4	0	4716	0,0	6	9248	64,9
CIDADE DUTRA	2	3144	63,6	3	3243	92,5	5	6387	78,3
CIDADE LIDER	0	1986	0,0	1	1991	50,2	1	3977	25,1
CIDADE TIRADENTES	4	3528	113,4	2	3596	55,6	6	7124	84,2
CURSINO	5	1382	361,8	0	1381	0,0	5	2763	181,0
ERMELINO MATARAZZO	1	1882	53,1	0	1870	0,0	1	3752	26,7
FREGUESIA DO Ó	1	2032	49,2	1	2078	48,1	2	4110	48,7
GRAJAÚ	2	6932	28,9	3	6945	43,2	5	13877	36,0
GUAIANAZES	3	1757	170,7	1	1845	54,2	4	3602	111,0
IGUATEMI	2	2162	92,5	1	2401	41,6	3	4563	65,7
IPIRANGA	2	1371	145,9	1	1426	70,1	3	2797	107,3
ITAIM PAULISTA	7	3806	183,9	5	3978	125,7	12	7784	154,2
ITAQUERA	1	3460	28,9	3	3467	86,5	4	6927	57,7
JABAQUARA	3	3373	88,9	2	3448	58,0	5	6821	73,3
JAÇANÃ	2	1280	156,3	0	1346	0,0	2	2626	76,2
JARAGUÁ	3	3158	95,0	2	3281	61,0	5	6439	77,7
JARDIM ÂNGELA	4	5474	73,1	4	5534	72,3	8	11008	72,7
JARDIM HELENA	1	2541	39,4	2	2446	81,8	3	4987	60,2
JARDIM PAULISTA	1	824	121,4	0	850	0,0	1	1674	59,7
JARDIM SÃO LUIS	1	4537	22,0	0	4581	0,0	1	9118	11,0
LAJEADO	1	2959	33,8	1	2929	34,1	2	5888	34,0
LAPA	1	740	135,1	1	744	134,4	2	1484	134,8
LIMÃO	0	1342	0,0	1	1325	75,5	1	2667	37,5
MANDAQUI	1	1450	69,0	0	1517	0,0	1	2967	33,7
MOEMA	1	866	115,5	0	862	0,0	1	1728	57,9
PARELHEIROS	2	2479	80,7	0	2481	0,0	2	4960	40,3
PARI	1	349	286,5	0	323	0,0	1	672	148,8
PEDREIRA	1	2350	42,6	1	2150	46,5	2	4500	44,4
PERUS	0	1515	0,0	1	1600	62,5	1	3115	32,1

*continua*

DISTRITOS ADMINISTRATIVOS	<i>continuação</i>								
	2007			2008			2007-2008		
	N	NV	RMM	N	NV	RMM	N	NV	RMM
PARELHEIROS	2	2479	80,7	0	2481	0,0	2	4960	40,3
PARI	1	349	286,5	0	323	0,0	1	672	148,8
PEDREIRA	1	2350	42,6	1	2150	46,5	2	4500	44,4
PERUS	0	1515	0,0	1	1600	62,5	1	3115	32,1
PINHEIROS	0	703	0,0	0	651	0,0	0	1354	0,0
PIRITUBA	1	2487	40,2	2	2492	80,3	3	4979	60,3
PONTE RASA	1	1302	76,8	0	1308	0,0	1	2610	38,3
RAPOSO TAVARES	1	1979	50,5	0	2023	0,0	1	4002	25,0
REPÚBLICA	0	744	0,0	3	840	357,1	3	1584	189,4
RIO PEQUENO	1	2191	45,6	0	2273	0,0	1	4464	22,4
SACOMÃ	3	3629	82,7	3	3529	85,0	6	7158	83,8
SANTANA	1	1351	74,0	0	1432	0,0	1	2783	35,9
SÃO DOMINGOS	0	1286	0,0	1	1227	81,5	1	2513	39,8
SÃO LUCAS	0	1881	0,0	1	1772	56,4	1	3653	27,4
SÃO MATEUS	2	2530	79,1	2	2462	81,2	4	4992	80,1
SÃO MIGUEL	1	1821	54,9	1	1730	57,8	2	3551	56,3
SÃO RAFAEL	1	2242	44,6	2	2329	85,9	3	4571	65,6
SAPOPEMBA	2	4490	44,5	4	4582	87,3	6	9072	66,1
SAÚDE	0	1439	0,0	1	1388	72,0	1	2827	35,4
TREMEMBÉ	3	3173	94,5	3	3208	93,5	6	6381	94,0
VILA ANDRADE	2	1838	108,8	1	1867	53,6	3	3705	81,0
VILA CURUÇÁ	4	2265	176,6	0	2346	0,0	4	4611	86,7
VILA JACUÍ	0	1936	0,0	1	1974	50,7	1	3910	25,6
VILA MARIA	1	1847	54,1	0	1926	0,0	1	3773	26,5
VILA MARIANA	0	1183	0,0	1	1232	81,2	1	2415	41,4
VILA MEDEIROS	2	1913	104,5	2	1954	102,4	4	3867	103,4
VILA PRUDENTE	1	1172	85,3	1	1271	78,7	2	2443	81,9
VILA SONIA	1	1594	62,7	0	1677	0,0	1	3271	30,6
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>142964</b>	<b>71,3</b>	<b>75</b>	<b>144936</b>	<b>51,7</b>	<b>177</b>	<b>287900</b>	<b>61,5</b>

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

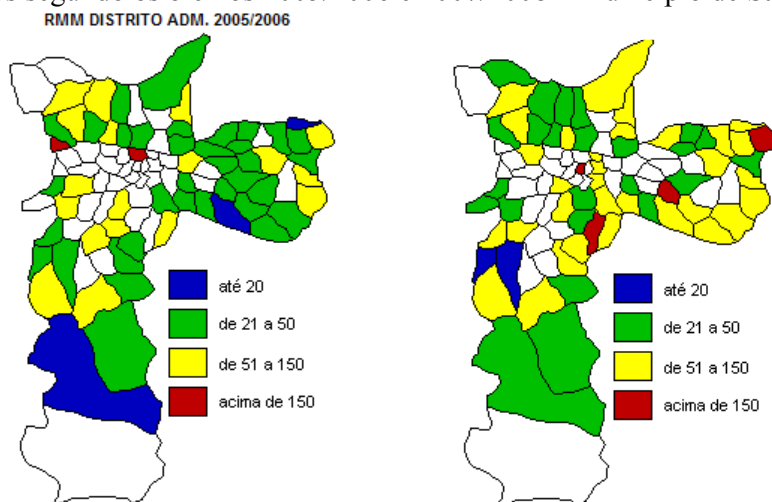
Outra forma de se avaliar a evolução da mortalidade materna é estabelecer uma comparação geográfico-administrativa entre dois biênios consecutivos.

O Mapa 1 apresenta uma comparação da distribuição da Razão de Mortalidade Materna segundo os 96 Distritos Administrativos que compõe a área administrativa do Município de São Paulo com os dados apurados no biênio anterior (2005/2006).<sup>(8)</sup>

Como dito anteriormente, os Distritos Administrativos se agrupam para formar as Unidades Operacionais da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, as chamadas Supervisões Técnicas de Saúde. Estas também se agrupam para formar as cinco Coordenadorias de Saúde, que respondem pelo todo do Município de São Paulo.

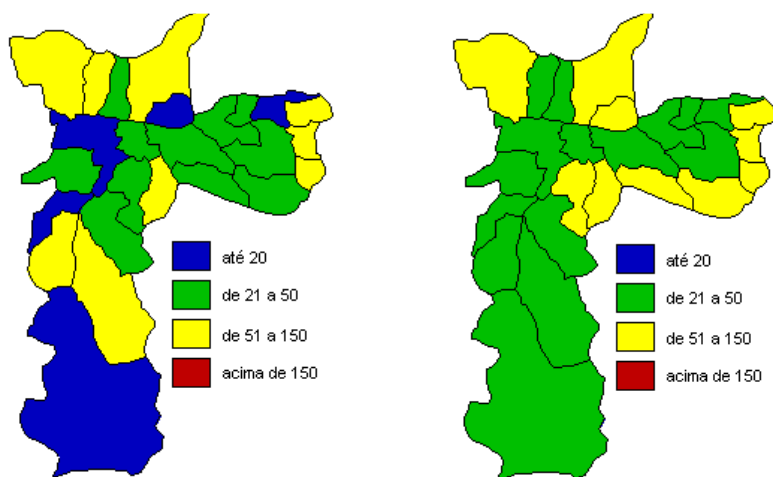
Os Mapas 2 e 3 efetuam, respectivamente, a comparação do comportamento da mortalidade materna das Supervisões Técnicas de Saúde e das Coordenadorias de Saúde entre os biênios 2005/2006 e 2007/2008.

**Mapa 1.** Comparação entre as Razões de Mortalidade Materna dos 96 Distritos Administrativos segundo os biênios 2005/2006 e 2007/2008 – Município de São Paulo



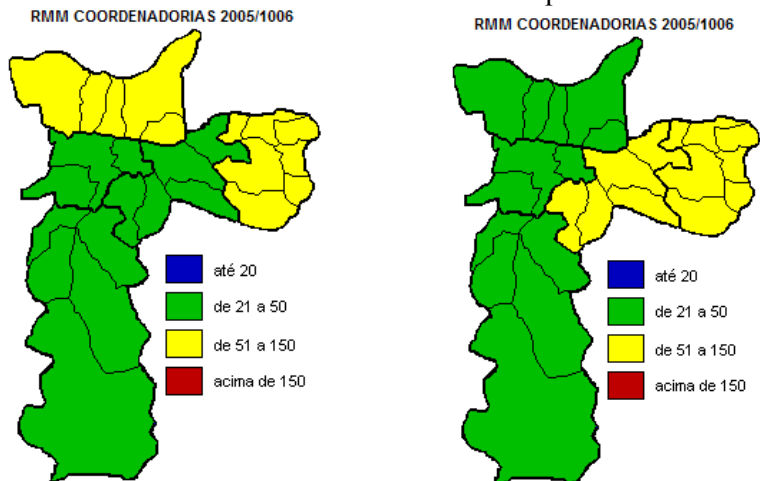
Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

**Mapa 2.** Comparação entre as Razões de Mortalidade Materna das 25 Supervisões Técnicas de Saúde segundo os biênios 2005/2006 e 2007/2008 – Município de São Paulo



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

**Mapa 3.** Comparação entre as Razões de Mortalidade Materna das cinco Coordenadorias de Saúde segundo os biênios 2005/2006 e 2007/2008 – Município de São Paulo



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo



## **CRUZAMENTO DOS BANCOS DE DADOS SIM / SINASC**

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

O cruzamento dos referidos bancos identificou a presença de 35 (11,4%) casos além dos captados pelo Método de Máscaras, sendo três casos de morte materna indireta (dois por neoplasia e um por broncopneumonia), 10 casos classificados como morte materna obstétrica tardia e, dentre os casos classificados como morte materna não obstétrica verificamos a presença de um caso até 42 dias de puerpério e 21 casos entre 43 dias e um ano após o parto ou aborto.

## **MORTE MATERNA OBSTÉTRICA TARDIA**

Os 51 casos de morte materna tardia (mortes maternas obstétricas que ocorreram entre 43 dias e um ano após o parto ou aborto) foram relacionados em separado, de acordo com a doença básica que originou o óbito (Tabela 11).

Dos 51 casos de morte materna obstétrica tardia, em nove (17,6%) houve referência explícita na Declaração de Óbito à presença do estado gestacional (Morte Materna Declarada), gerando uma subnotificação de 366,7%. Em nenhum (0,0%) caso de morte materna tardia foi informado no Campo 43 da Declaração de Óbito que a falecida estava gestante. Entretanto, em oito (15,7%) casos o Campo 44, que questiona a existência do puerpério tardio, foi taxado como negativo. Ambos os campos foram preenchidos de forma correta em doze (23,5%) casos. Em 47 (92,2%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. A necropsia foi realizada em 25 (49,0%) casos e em nove (51,1%) desses a morte materna foi declarada.

A Razão de Mortalidade Materna Tardia para o biênio 2007/2008 foi de 14,8/100000 NV.

**Tabela 11.** Distribuição dos 51 casos de morte materna obstétrica tardia segundo as causas de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2007/2008.

Morte Materna Obstétrica Tardia	n	N	%
Causas Diretas		11	21,6
Complicações de Aborto	3		
Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	0		
Hemorragias do 2º/3º trimestres e Puerpério	1		
Infecção Puerperal	1		
Outras causas Diretas	6		
Causas Indiretas		40	78,4
Hipertensão Arterial Crônica	11		
Cardiopatias	11		
Outras causas Clínicas Indiretas	13		
Broncopneumonias	2		
Outras Causas Infeciosas Indiretas	3		
<b>TOTAL</b>		<b>51</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

## **MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA**

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

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

Seguindo a tendência mundial, passamos a classificar os casos de Neoplasia, AIDS/SIDA e outros semelhantes, ocorridos até 42 dias de puerpério, como morte materna obstétrica indireta. Entretanto, nos casos ocorridos após esse período, o Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo analisa cada caso em separado, procurando correlação entre a presença do ciclo gravídico-puerperal e a causa determinante do óbito materno.

Sendo assim, se a presença da gravidez não influenciou a causa básica determinante do óbito, independente do momento do óbito, esse caso é classificado como sendo uma morte materna não obstétrica ou não relacionada ao ciclo gravídico-puerperal.

Como esses óbitos geralmente não são explicitados na Declaração de Óbito, é comum encontrarmos casos de puerperas entre 43 dias e um ano após o parto ou aborto que faleceram por causas que não sofreram influência do período gestacional. Teoricamente, esses casos seriam naturalmente excluídos do estudo. Entretanto, optamos por apresentá-los de forma separada para termos uma avaliação completa de todos os casos identificados.

Encontramos 78 casos de morte materna não obstétrica, sendo 16 (20,5%) casos até 42 dias de puerpério e 62 (79,5%) casos com óbito entre 43 dias até um ano de puerpério.

A Tabela 12 disponibiliza os 78 casos de morte materna não obstétrica identificados durante a pesquisa.

**Tabela 12.** Distribuição dos 78 casos de morte materna não obstétrica segundo causas de óbito (CID-10) – Município de São Paulo – 2007/2008.

Morte Materna Não Obstétrica	n	N	%
<b>ATÉ 42 DIAS DE PUERPÉRIO</b>		16	20,5
Acidentes / Suicídios / Violência / Overdose	15		
Neoplasias	1		
AIDS / SIDA	0		
Outras causas	0		
<b>DE 43 DIAS ATÉ UM ANO DE PUERPÉRIO</b>		62	79,5
Acidentes / Suicídios / Violência / Overdose	14		
Neoplasias	4		
AIDS / SIDA	8		
Outras causas	36		
<b>TOTAL</b>		78	100,0

*Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP*

A morte materna não foi declarada em nenhum caso, sendo fruto exclusivo do trabalho investigativo dos 25 Comitês Locais de Mortalidade Materna do Município de São Paulo.

### **RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA**

Apresentamos na Tabela 13 as quatro Razões apuradas nesta pesquisa, assim como os respectivos números de casos de morte materna. Em 63 (80,0%) casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar.

**Tabela 13.** Número de casos e Razões de Mortalidade Materna (por 100000 NV) segundo a atual definição da OMS (CID-10) – Município de São Paulo – 2007/2008.

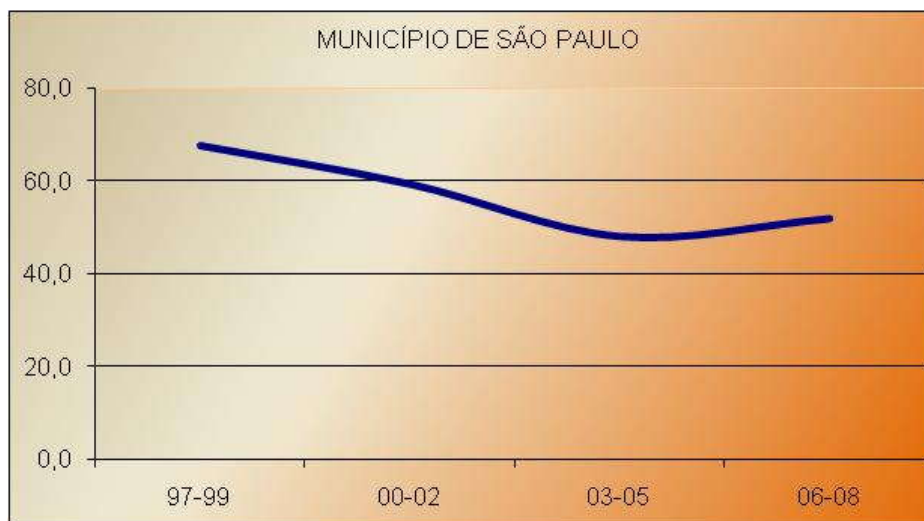
INDICADORES	2007		2008		2007/2008	
	N	RMM	N	RMM	N	RMM
RMM	102	59,5	75	43,1	177	51,2
RMM Tardia	28	16,3	23	13,2	51	14,8
RMM Relacionada à Gestação	108	63,0	85	48,9	193	55,9
RMM Relacionada à Gestação até 1 Ano	167	97,3	139	80,0	306	88,6
Nascidos Vivos	171546		173829		345375	

Fontes: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP / Fundação SEADE

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

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

**Gráfico 3.** Comportamento trienal da Razão de Mortalidade Materna – Município de São Paulo – 1997/2008.



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna - PMSP

## **DISCUSSÃO**

A exemplo do último Relatório de Mortalidade Materna (2005/2006)<sup>(8)</sup> daremos prosseguimento à confecção de Relatórios bienais para apresentação dos dados coletados. Este Relatório abrange o 15º e o 16º anos de pesquisa ininterrupta do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. O Município de São Paulo computou durante o biênio 2007-2008 um total 7448 óbitos de mulheres em idade fértil (não considerando os óbitos de residentes em outros municípios que faleceram na Capital). Desde o início de sua existência oficial até o ano de 2008 o Comitê aplicou o Método de Máscaras para selecionar prováveis ocorrências de morte materna em 69571 casos, resultando em um total de 2391 eventos onde o ciclo gravídico-puerperal esteve presente até um ano antes do óbito (2357 residentes na cidade de São Paulo).

A partir do ano de 2005 agregamos ao Método de Máscaras mais um fator de triagem de casos potencialmente positivos para morte materna. Consiste no cruzamento entre os bancos de dados do SIM e do SINASC, estendido até um ano após o parto ou aborto, procurando similaridades entre os dois bancos. Essa metodologia é empregada em vários países desenvolvidos<sup>(15)</sup> e se traduz de grande valia para a captação de casos. No nosso meio a utilizamos como metodologia complementar ao Método de Máscaras, pois, a nosso ver, o cruzamento desses bancos de dados é insuficiente por não abranger as mulheres que apresentaram abortamentos.

## **IDADE**

Em uma grande cidade como São Paulo, o perfil da maternidade é um pouco diferente das cidades de menor porte. A inserção no mercado de trabalho praticamente obriga a mulher a postergar para o futuro os planos de engravidar. Notamos, na atualidade, um aumento do número de gestações em faixas etárias maiores e uma estagnação nas idades mais precoces. Entretanto, tal comportamento não acarretou influência significativa na curva da Razão de Mortalidade Materna pelas diversas faixas etárias, que continua alta nos extremos da idade reprodutiva e mantém o mesmo comportamento observado nos anos anteriores.<sup>(8)</sup> 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.<sup>(18-20)</sup> Outros, ainda em desenvolvimento, estão estudando o tema com mais profundidade.<sup>(21,22)</sup>

Apesar da maior parte do contingente de nascidos vivos abranger as faixas de 20 a 24 e de 25 a 29 anos, verificamos, no biênio estudado, um predomínio de ocorrências de morte materna nas faixas etárias de 25 a 29 e de 35 a 39 anos. A maioria dos óbitos por hipertensão arterial (23,3%) e por complicações hemorrágicas de 2º-3º trimestres/puerpério (30,0%) aconteceram nas faixas etárias de 30 a 34 e 15 a 19 anos, respectivamente.

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

O que mais chama a atenção na análise dessas variáveis é o fato de a hipertensão arterial ser a responsável por 72,5% dos óbitos maternos nas mulheres de raça negra (pretas e pardas) enquanto que nas de cor brancas é responsável por apenas 15,4% das ocorrências.

Desnecessário comentar o péssimo preenchimento das informações referentes às variáveis sócio-demográficas, principalmente quanto à escolaridade, onde em 34,5% dos casos o campo não foi preenchido. Quanto ao endereço residencial, a duplicidade de ruas, bairros inexistentes e informações controversas dificultam o processo de pesquisa. Sem dúvida, a grande quantidade de municípios satélites ao redor da capital favorece a procura por atendimento diferenciado nos vários recursos de saúde que a cidade de São Paulo oferece, muitas vezes obrigando a paciente a fornecer um endereço fictício ou de algum conhecido residente na cidade para poder ser atendida.

As dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e foram objeto de consideração em outras pesquisas.<sup>(7,8)</sup>

## **NOTIFICAÇÃO DA MORTE MATERNA**

Desde 1997 a morte materna é considerada um evento de notificação compulsória. O legista, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, deveria estar atento à legislação vigente e proceder à notificação do óbito às autoridades competentes. No mínimo, deveria acrescentar informações na Declaração de Óbito que alertassem para a presença de uma morte materna. A grande dificuldade ainda reside no Instituto Médico Legal, detentor de taxa de subnotificação de 488,9%, que ainda possui uma estrutura de informação deficiente e carente de recursos de informática. Infelizmente, por ser órgão pertencente à Secretaria de Segurança Pública e não à área da Saúde, as tentativas de diminuir esse grau de subnotificação resultaram infrutíferas até o presente momento.

A mudança do perfil do médico legista/patologista é tarefa árdua, pois eles têm o hábito de relatar na Declaração de Óbito apenas fatos diretamente correlacionados com a causa do óbito,

esquecendo-se muitas vezes de que o estado gestacional ou puerperal pode agravar ou desencadear uma gama de complicações que culmina com o êxito letal. Porém, a responsabilidade não é só do legista, pois se assim fosse, deixaríamos de presenciar a ocorrência de 54,2% de subnotificação nos casos onde não foi efetuada a necropsia, mostrando que nem o médico que cuidou do caso se lembra de relatar que a falecida estava grávida ou puerpera ou correlacionar a gestação e suas mudanças fisiológicas como fator agravante de alguma situação pré-existente. Esse indicador é mais evidente nos casos indiretos (196,9%), pois parte das vezes, é outro médico que não o obstetra, que fornece a Declaração de Óbito. À exceção do biênio anterior, a subnotificação deste biênio voltou a apresentar valores elevados (113,3%), facilitando o processo de busca e investigação de casos. Entretanto, esse é um problema mundial e atinge também os países considerados desenvolvidos e com baixas Razões de Mortalidade Materna.<sup>(23,24)</sup>

## **ATENDIMENTO HOSPITALAR**

A quase totalidade dos casos (96,6%) veio a óbito dentro de um ambiente hospitalar, com realização de 58,2% de necropsias. Entretanto, não temos dados suficientes para opinar sobre a qualidade desse atendimento.

Em alguns relatos de caso verificamos uma demora excessiva na tomada de decisão frente a um problema, quer por falta de estrutura física ou operacional da unidade de saúde, impossibilitando um atendimento adequado (falta de Unidade de Terapia Intensiva ou Semi-intensiva, banco de sangue deficitário, dificuldade de remoção para centros terciários, dentre outros), quer por problemas intrínsecos à formação, como equipes multiprofissionais despreparadas para lidar com quadros mais graves.

Nos 139 atendimentos prestados pelos hospitais subordinados à administração pública (direta ou indireta), notamos que mais da metade dos casos (69,8%) foi atendida em Supervisões Técnicas de Saúde diferentes da região de abrangência da residência da falecida, mostrando que o atendimento regionalizado precisa ser aprimorado. É importante evitar que a gestante ou puerpera efetue grandes deslocamentos para obter cuidados médicos.

Amplamente discutido por Tanaka,<sup>(25)</sup> 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 / Escolas e Fundações), notamos um predomínio de casos no setor público (139 casos – 78,5%). Tal fato se justifica pela maior oferta de leitos de maternidade disponíveis neste segmento e pela fatia populacional que se utiliza desse sistema. O setor público realizou 215.628 partos durante o biênio 2007/2008, correspondendo a 57,1% do total de partos de nosso município. Essa desproporção entre a percentagem de óbitos e de partos se justifica tanto pelos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do Setor Privado, tendo em vista o alto custo gerado no tratamento dessas doenças e suas complicações como pelo fato de a mortalidade materna acometer as populações mais carentes e desprovidas de recursos. Não devemos nos esquecer, no entanto, que parte dos hospitais públicos estão defasados em tecnologia, leitos de UTI e corpo clínico, o que gera uma sobrecarga na demanda e dificulta o atendimento adequado que alguns casos exigem.

Confirmando a tendência dos anos anteriores,<sup>(8)</sup> a hipertensão arterial (pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão crônica) continua a ocupar o primeiro lugar na lista com 24,3% dos casos e uma Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) de 12,5/100000 NV. Em segundo lugar encontramos os quadros hemorrágicos de 2º-3º trimestres e puerpério (placenta prévia – descolamento prematuro de placenta – rotura uterina – atonias e acretismos) – 11,3% dos casos, com uma RMME de 8,8/100000 NV. No decorrer dos últimos anos podemos verificar que o terceiro lugar vem se alternando entre as complicações de aborto e as cardiopatias. No biênio estudado, as complicações de aborto prevaleceram sobre as cardiopatias respondendo respectivamente a uma RMM de 5,5 e 4,1/100000 NV. A infecção puerperal voltou a apresentar

elevação em relação ao biênio anterior, com uma RMM de 3,8/100000 NV. O exercício da obstetrícia com atenção ao rigor técnico na execução dos procedimentos e na devida utilização de antibioticoterapia (profilática ou terapêutica), associado à presença ativa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar têm importância fundamental na busca pela redução dessas ocorrências.

### **TIPO DE PARTO**

Quanto à via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 87 (49,2%) cesarianas - 81 em vida e seis pós-morte, valor elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%), apesar de ser menor que o índice do biênio anterior (51,7%). Excetuando-se as cesáreas pós-morte, conseguimos identificar uma justificativa plausível para a execução do ato em 74 (91,4%) delas, quer por distócias e/ou iteratividade, quer por condições materno-fetais graves. A gravidade dessas ocorrências é corroborada pela presença de 38 (21,5%) casos onde o óbito materno ocorreu antes da realização de qualquer procedimento obstétrico (morte materna com feto intra-útero). Entretanto, a realização desse ato cirúrgico colaborou para a ocorrência do óbito em 24 (29,6%) casos.

### **ANÁLISE SINDRÔMICA**

Outra forma de abordarmos o problema da morte materna é a realização de um estudo onde os casos são agrupados de acordo com a síndrome determinante do óbito (Tabela 9). Verificamos que a hipertensão arterial é a causadora de 24,3% dos óbitos maternos, seguido dos quadros infecciosos e dos hemorrágicos, responsáveis por 29,9% e 10,7% das ocorrências, respectivamente.

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

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

Em números absolutos, a infecção esteve presente com maior frequência nas gestantes submetidas à cesariana (relacionadas à execução do procedimento ou não) do que nas que evoluíram para parto normal. Entretanto, é importante salientar que na análise da execução do procedimento como fator determinante do óbito materno essa situação se inverte. Verificamos que nos óbitos por complicações infecciosas onde o parto normal foi executado, o mesmo determinou ou apresentou influência direta na ocorrência do óbito em 41,7% das puérperas, contra 28,6% nas cesáreas. Dentre as causas mais frequentes encontramos os tocotraumatismos, a presença de restos placentários e as infecções de trajeto (abscessos e corpos estranhos).

Ainda na avaliação dos quadros infecciosos, verificamos a necessidade de um planejamento familiar mais ativo e com disponibilidade/variedade de métodos contraceptivos, visando à redução dos casos de aborto inseguro. Ressaltamos a necessidade de um trabalho mais intenso no grupo das adolescentes, principalmente na captação e na orientação adequada sobre a necessidade da utilização de um método contraceptivo seguro.

Na análise dos casos de correntes de hemorragia do 2º-3º trimestres e puerpério verificamos que 73,7% dos casos foram decorrentes de atonias e acretismos placentários.

Já é amplamente conhecida a associação entre acretismo placentário e antecedentes obstétricos, com um evidente aumento nos casos de cesárea prévia.<sup>(26,27)</sup> É de extrema importância a conscientização da classe médica para não realizar a primeira cesárea sem a existência de uma justificativa obstétrica plausível, favorecendo uma condição para se justificar a realização das cesáreas subsequentes.

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

## **RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA**

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

Encontramos neste estudo uma Razão de Mortalidade Materna de 51,2/100000 NV para o biênio 2007/2008. Este valor reflete um incremento de 24,6% em comparação com o biênio anterior (2005/2006) e uma redução de 3,9% em relação a 2003/2004.<sup>(8)</sup>

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

Podemos verificar na Tabela 10 a grande variação da RMM entre os 96 Distritos Administrativos da cidade de São Paulo, mostrando a realidade de uma grande metrópole, com problemas nas mais variadas esferas, que acabam por interferir na saúde da comunidade, contrapondo populações cuja Razão se aproxima de valores de países desenvolvidos (até 20/100000 NV) a outras cujo indicador reflete mais a situação de um país em desenvolvimento.

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

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

## **DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA**

Na análise da distribuição geográfica das Razões de Mortalidade Materna podemos verificar com mais detalhes quais os Distritos Administrativos responsáveis pela melhora ou pela piora do indicador tanto nas Supervisões Técnicas de Saúde como nas Coordenadorias de Saúde.

Esse estudo serve para apontar o local (Distrito Administrativo) mais precário do ponto de vista de qualidade de saúde e que deve receber uma atenção especial por parte dos gestores, tanto das Supervisões Técnicas de Saúde como das Coordenadorias, que conhecem mais a fundo a realidade de cada local e podem estabelecer políticas de saúde mais apropriadas e adequadas às necessidades da população.

O Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo fornece subsídio específico para cada local e pode efetuar estudos pormenorizados dos problemas determinantes da mortalidade materna, colaborando na elaboração do planejamento estratégico.

## **MORTE MATERNA TARDIA**

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

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 51 óbitos maternos obstétricos tardios. O óbito materno ocorreu em média cinco meses após o término da gestação, sendo quatro meses nos de causa direta e cinco nos de causa indireta. A morte materna foi declarada em cinco casos, resultando em uma subnotificação de 466,7%.

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

### **MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA**

Apenas a título informativo, diagnosticamos a ocorrência de 78 (25,5%) casos de morte materna não obstétrica entre o total de 306 casos identificados no biênio 2007/2008.

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 alguma intercorrência que, mesmo não relacionada ao estado gravídico-puerperal, possa determinar a sua morte.



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

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

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

3) A utilização de protocolos de atendimento deve ser incentivada e cobrada nas mais variadas instâncias, utilizando-se critérios de medicina baseada em evidências. Recentemente, a Área Técnica da Saúde da Mulher e a Rede de Proteção à Mãe Paulistana em conjunto com os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil instituíram a coleta rotineira de urocultura trimestral (havendo a possibilidade de novas coletas caso sejam necessárias) e a pesquisa do *Streptococo* do Grupo B entre 35 e 37 semanas de gestação para toda a rede pública, com vistas à redução dos quadros de prematuridade e de sepse perinatal;

4) A possibilidade de grandes deslocamentos dentro da cidade de São Paulo na busca por serviços de diagnose e terapia especializada deve ser minimizada. A usuária do sistema de saúde público deve obter acesso a praticamente todos os serviços de saúde dentro de um perímetro urbano aceitável. A regionalização dos serviços de atendimento à saúde deve ser priorizada, reduzindo a possibilidade de deslocamento a casos excepcionais. Todas as Supervisões Técnicas de Saúde devem dispor de pelo menos um Ambulatório de Atendimento à Gestação de Risco e um hospital de porte secundário/terciário de referência para casos complicados com equipe treinada para lidar com as eventuais complicações obstétricas;

5) Devemos lembrar que a morte materna é predominantemente um problema social, atingindo geralmente as classes menos favorecidas. Nas histórias familiares detectamos muitas vezes a falta de condição para a compra dos medicamentos básicos e até mesmo a falta de dinheiro para a sua locomoção quando necessita realizar um exame ou consulta longe da sua residência. A revisão sistemática dos medicamentos disponíveis na REMUME e a disponibilidade do bilhete eletrônico para o seu deslocamento pelo sistema viário na busca de consultas e/ou exames são medidas que deve ser implementadas e priorizadas;

6) Precisamos personalizar e facilitar o atendimento à gestante, principalmente a que apresenta risco de vida materno e/ou fetal. Esse grupo necessita de uma atenção maior tendo em vista ser alvo das complicações mais frequentes (no nosso estudo observamos que 57,3% dos casos de morte materna estavam envolvidos com fatores de risco gestacional). A gestante portadora de patologia de risco não deve ser atendida em lugar precário ou em Unidades Básicas despreparadas. Devemos capacitar essas Unidades Básicas, tanto do ponto de vista tecnológico como na qualificação da equipe multiprofissional que presta atendimento, para que esse olhar seja diferenciado e propicie um serviço de pré-natal de qualidade. Os casos mais graves ou de difícil manuseio devem ser encaminhados para Ambulatórios de Atendimento à Gestação de Risco, com recursos adequados para realização de exames em tempo hábil, atendidos por profissionais altamente capacitados, onde as medidas aplicadas possam surtir o efeito esperado. Entretanto, não podemos nos esquecer que mais de 40% dos óbitos aconteceu em mulheres sãs. O descuido e o descaso no atendimento à gestação, ao parto e ao puerpério deve ser minimizado;

7) É de extrema importância a conscientização da população quanto à necessidade de realização do acompanhamento pré-natal. Como visto nos dados apresentados, 24,9% dos casos apurados não fizeram acompanhamento pré-natal;

8) A prevenção, a identificação precoce e o tratamento adequado de um caso de pré-eclâmpsia é fundamental para um desfecho bem sucedido. A Rede de Proteção à Mãe Paulistana em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Mulher, subordinada a Coordenação da Atenção Básica, preconiza que toda a gestante tenha uma suplementação adequada de cálcio; naquelas que possuam

fatores de risco para o desenvolvimento da doença ou níveis pressóricos acima do esperado recomenda a utilização de Ácido Acetil Salicílico em baixas doses; estimula a gestante a procurar semanalmente a Unidade Básica de Saúde entre a 28<sup>a</sup> e a 32<sup>a</sup> semanas de gestação para verificação dos seus níveis pressóricos e realiza pesquisa de proteinúria em fita;

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

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

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

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

13) O estudo de um caso de morte materna é de uma riqueza ímpar e não pode ser menosprezado. É da competência dos Hospitais envolvidos com essa fatalidade a realização de Reuniões Anátomo-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, identificar falhas, averiguar eventuais responsabilidades, bem como prevenir que o mesmo tipo de caso não se repita. Deve ainda dar apoio às Comissões de Ética Médica e propiciar um intercâmbio mais amigável, além de facilitar o acesso dos integrantes dos Comitês Locais de Morte Materna para que possam desempenhar o processo de levantamento dos dados de forma mais completa e integrada;

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

15) Um Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva adequado e eficaz, onde se possa escolher o melhor momento para a vigência de uma gravidez é fundamental, diminuindo portanto os

casos de gestação indesejada e conseqüentemente os casos de morte materna por abortamento inseguro;

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

17) O incentivo ao início precoce do pré-natal, dando condições a uma melhor aderência à consulta, implementando e facilitando a realização de exames complementares de forma ágil e eficiente é medida de fácil execução. Acreditamos que as diretrizes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana ajam como agente catalisador desse processo, melhorando a qualidade do pré-natal;

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

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

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

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

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

## **Bibliografia**

1. Câmara Municipal do Município de São Paulo. Lei Municipal 11.313. 1992 [cited 2011; Available from: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=5778](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5778)
2. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.
3. Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Rev Saúde Pública. 1988;22(6):507-12.
4. Coordenação Materno-Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Ministério da Saúde; 1994.
5. WHO. Safe motherhood fact sheet. Safe Motherhood Initiative. 2004 [cited 2004 02/01/2004]; Available from: <http://www.safemotherhood.org>
6. Braga LFO, Soares VMN. Implantação dos Comitês de Morte Materna no Paraná. Femina. 1990;18:432-6.
7. Barbosa SA, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K. Dificuldades encontradas no estudo de casos de mortalidade materna na cidade de São Paulo durante os anos de 1993 a 1995. Rev Bras Ginecol Obstet. 1997;19:179-82.
8. Vega CEP. Relatórios de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. 2011 [cited 2011; Available from: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=5778](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5778)
9. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2009. Brasília; 2009.
10. 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(4):449-60.
11. Laurenti R, Jorge MHPdM, Gotlieb SLD. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna - Relatório Final. Relatório Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 1994.
13. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2002.
14. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2007.
15. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. Obstet Gynecol. 1995 Oct;86(4 Pt 2):700-5.
16. Centre for Maternal And Child Enquiries, Lewis G. Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer 2006-2008. BJOG. 2011 mar;118(Supplement S1):1-203.
17. WHO. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão; 1993.
18. Loudon I. Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. Am J Clin Nutr. 2000 Jul;72(1 Suppl):241S-6S.
19. Nour NM. An introduction to maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2008;1(2):77-81.
20. Prata N, Sreenivas A, Vahidnia F, Potts M. Saving maternal lives in resource-poor settings: Facing reality. Health Policy. 2008.
21. Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. Contraception and abortion in Argentina: perspective of obstetricians and gynaecologists. Salud Publica Mex. 2008;50(1):32-9.
22. Laurenti R, Jorge MHPdM, Vega CEP. Morbidade Materna em Adolescentes. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSPUSP; 2009.

23. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *Int J Epidemiol.* 1991 Sep;20(3):717-21.
24. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008; 2010.
25. Tanaka ACdA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec - ABRASCO; 1995.
26. Lira Plascencia J, Ibarguengoitia Ochoa F, Argueta Zúñiga M, Karchmer K. S. Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex.* 1995 AGO;63(8):337-40.
27. Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo. *Rev bras ginecol obstet.* 2001 ago;23(7):417-22.



## ANEXO A

### INVESTIGAÇÃO DE CASO DE MORTALIDADE MATERNA – DADOS HOSPITALARES

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

#### Classificação final do caso:

Até 42 dias de Puerpério: DIRETA \_\_\_ INDIRETA \_\_\_ NÃO OBSTÉTRICA \_\_\_

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

Causa Básica do Óbito: \_\_\_\_\_

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

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

(USE O VERSO OU FOLHAS AVULSAS SE NECESSÁRIO)