

PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

COAS - SMS

Coordenador: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Equipe Técnica: Dra. Sonia Antonini Barbosa
Dr. Krikor Boyacian
Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega
Dr. Luis Carlos Pazero

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

RELATÓRIO SOBRE O ANO DE 1995

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

Presidente: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Secretário : Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega
Membros : Prof^a. Dr^a. Ana Cristina D'Andretta Tanaka
Prof. Dr. Ruy Laurenti
Dr. Otávio Madi
Dr^a. Margareth Maceira Imai
Dr. Luis Leite Cardoso
Denise Mathias
Dr. Pedro Paulo Roque Monteleone
Dr. Cristiano Fernando Rosas
Dr. Horácio Veríssimo Romão
Dr^a. Janete Amorim Cesar Alves
Dorcelina Martins da Rocha
Ana Maria Carvalho Oliveira

Introdução

A determinação do Coeficiente de Mortalidade Materna vem se tornando de extrema importância para a avaliação das condições de saúde de uma determinada população e o estudo dos casos de morte materna possibilita verificar onde estão ocorrendo falhas no processo de assistência do sistema de saúde. A Organização Mundial de Saúde preconiza como aceitável um Coeficiente de Mortalidade Materna entre 10 a 20/100000 NV. Países desenvolvidos possuem Coeficientes abaixo de 10/100000 NV, como é o caso do Canadá (4) e Estados Unidos (9). Os países menos favorecidos possuem coeficientes alarmantes, como a Bolívia (480), Peru (303) e o Paraguai (270). O Brasil ostenta um Coeficiente médio em torno de 114 óbitos maternos por 100.000 Nascidos Vivos, com tendência à queda.

É de competência do Comitê de Mortalidade Materna a determinação do Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, assim como apontar as falhas, para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda do mesmo.

Metodologia

O Comitê de Mortalidade Materna é composto por 10 Comitês Regionais, um em cada Administração Regional de Saúde (ARS), e um Comitê Central, que distribui os casos para pesquisa, recebe-os de volta, coordena os trabalhos, consolida e analisa as informações obtidas.

O trabalho consiste em investigar os óbitos ocorridos no Município, excluídos os casos de não-residentes. São utilizadas as Declarações de Óbito, laudos de necrópsia, prontuários médicos e um questionário padrão.

Em continuidade ao processo iniciado em 1.991 e que vem sendo desenvolvido de forma ininterrupta desde abril de 1.993, todas as Declarações de Óbito (65.692) ocorridas no ano de 1995, oriundas do PRO-AIM (PROgrama de Aprimoramento de Informações sobre Mortalidade), foram separadas manualmente tendo-se por crivo mulheres entre 10 e 49 anos que possuíam no campo “CAUSA DA MORTE” uma informação que indicasse, direta ou indiretamente, envolvimento com o ciclo grávido-puerperal. Foram identificadas 281 Declarações de Óbito passíveis de investigação e, segundo o endereço de procedência do caso, foram encaminhadas aos Comitês Regionais de Mortalidade Materna das 10 Administrações Regionais de Saúde (ARS), acompanhadas dos laudos de necropsia, quando existiam, oriundos do Serviço de Verificação de Óbitos da Capital ou do Instituto Médico-Legal.

Os Comitês Regionais de Mortalidade Materna investigam os casos a partir da notificação dos mesmos pelo Comitê Central. Consiste em uma “busca ativa” do prontuário no hospital de ocorrência do óbito e visita ao domicílio de residência do caso, onde é aplicado um questionário padrão. Os dados são analisados pelo Comitê Regional que, baseado nas normas técnicas do Programa define se o caso é ou não de óbito materno.

Os resultados obtidos são enviados para o Comitê Central, responsável pelo processamento e análise no âmbito municipal.

Resultados

Dos 281 casos encaminhados para investigação pelas 10 Regionais obteve-se 106 casos negativos e 124 casos positivos para morte materna. Destes, 7 (5,7%) foram relacionados à morte violenta (acidentes e homicídios) e conseqüentemente eliminados da pesquisa, resultando em um efetivo de 117 casos positivos para morte materna. Temos ainda 51 casos (18,15 %) dos quais, até a presente data, não obtivemos retorno da investigação. Este percentual vem se mantendo no decorrer dos últimos 3 anos de pesquisa, o que nos dá um índice de cobertura de investigação de mais de 80 % dos casos.

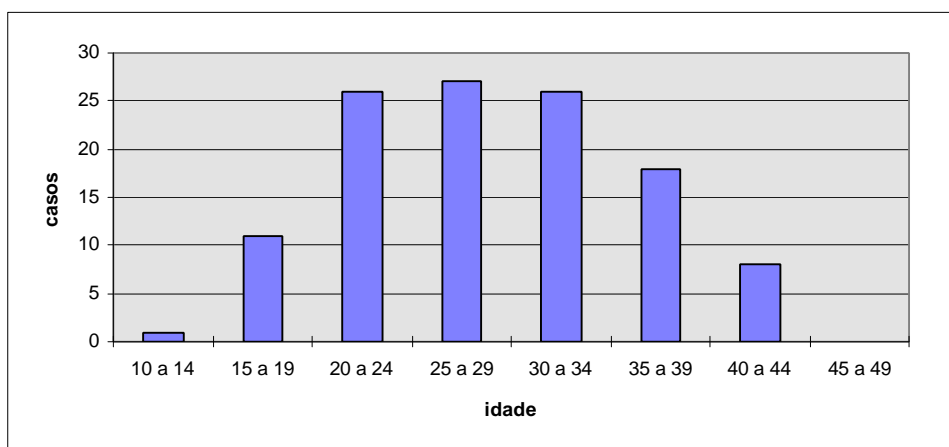
Os 117 casos positivos foram então analisados e distribuídos segundo a faixa etária onde ocorreu o óbito (Tabela 1/ Gráfico 1), concentrando a maioria dos casos na faixa dos 20 aos 34 anos.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual dos casos positivos para morte materna segundo a faixa etária, no Município de São Paulo, durante o ano de 1995.

FAIXA ETÁRIA (anos)	Nº. DE ÓBITOS	%
10 a 14	01	0,9
15 a 19	11	9,4
20 a 24	26	22,2
25 a 29	27	23,1
30 a 34	26	22,2
35 a 39	18	15,4
40 a 44	08	6,8
45 a 49	00	0,0
TOTAL	117	100,0

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

Gráfico 1. Distribuição dos casos positivos para morte materna segundo a faixa etária, no Município de São Paulo, durante o ano de 1995.



Ao distribuímos os casos por grupos de patologia e faixa etária (Tabela 2), observamos que das 16 mortes devidas à complicações de aborto (13,68% do total de casos) a maior prevalência ocorreu na faixa dos 20 aos 39 anos, sendo que 8 foram causadas por abortamento infectado, 4 por gestação ectópica, 2 por abortamento retido (1 septicemia e 1 embolia gasosa), 1 por hemorragia pós curetagem e 1 por coriocarcinoma.

Agrupando as causas infecciosas de aborto (9), que correspondem a 56,25 % dos abortamentos, em 3 (33,33%) não tivemos a morte materna declarada no Atestado de Óbito.

Quando relacionamos os casos de acordo com a patologia (Tabela 3) verificamos que dentre as causas de óbitos maternos diretos, as hemorragias do período pré e pós-parto encabeçam a lista, seguida pelas complicações de aborto e pelos quadros de eclâmpsia. Porém se considerarmos as doenças hipertensivas no geral, estas passam a representar 17,95% de todos os casos, superando as hemorragias e as complicações de aborto.

Tabela 2. Distribuição dos casos por patologia e faixa etária. Agrupamento por CID baseado na 9º Revisão. Município de São Paulo, 1995.

idade\cid	639	641	642(1)	642(2)	666	668	670	673	647	648	estudo
10 a 14							1				
15 a 19			2	1			2		3	2	1
20 a 24	3		1	1	3		1	1	9	6	1
25 a 29	4	2	3	2	2		4	2	4	3	1
30 a 34	4	2	5	2	1	1	1	2	2	4	2
35 a 39	4	2	1	2	2		1	1	1	4	
40 a 44	1	2		1	1					3	
45 a 49											
TOTAL	16	8	12	9	9	1	10	6	19	22	5

(1) Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

(2) Hipertensão Arterial Crônica

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

Tabela 3. Agrupamento dos casos positivos para morte materna segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID 9º Revisão). Município de São Paulo, 1995

Causas declaradas e/ou confirmadas após investigação	N	Total	%	Total %
Óbitos Maternos Diretos		62		53,00
Hemorragia	17		14,53	
Complicações de aborto	16		13,68	
Eclâmpsia	12		10,26	
Infecção	10		8,55	
Embolia Pulmonar	6		5,13	
Choque Anafilático	1		0,85	
Óbitos Maternos Indiretos		39		33,33
Cardiopatias	13		11,11	
Hipertensão Arterial Crônica	9		7,69	
Broncopneumonia	7		5,98	
A.V.C.	3		2,56	
Endocardite Infecçiosa	2		1,71	
Esteatose Hepática Maligna	1		0,85	
D.P.O.C.	1		0,85	
Tuberculose	1		0,85	
Diabetes	1		0,85	
Bronquite	1		0,85	
Indeterminados	5	5		4,27
Não Relacionados		11		9,40
A.I.D.S./S.I.D.A	6			
Meningite	2			
Leucemia	2			
Apendicite	1			
TOTAL		117		100,00

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

Cabe ainda salientar, apesar de não ser considerado para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna, que houve aumento no número de casos de complicações por AIDS/SIDA: não observamos nenhum caso em 1993, 1 caso em 1994 e 6 casos em 1995.

Em referência ao Campo 36 da nova Declaração de Óbito (instituída a partir de 1995), temos de relatar algumas dificuldades encontradas na análise dos casos. Este campo só deve ser preenchido se o óbito feminino ocorreu em idade fértil. Em caso afirmativo, é perguntado se havia o estado gravídico no momento da morte ou se houve gravidez nos últimos 12 meses que antecederam o óbito. No ano de 1995, das 281 Declarações pesquisadas, 262 possuíam o referido campo mas apenas 88(31,32%) foram preenchidas. Destas, 29 (32,95%) foram preenchidas corretamente, 26 (29,55%) incorretamente e 33 (37,50%) que apesar de preenchidas, não obtivemos o retorno do caso para confirmar a qualidade do preenchimento. Vale ressaltar que nos casos onde o campo foi incorretamente preenchido obtivemos algumas declarações onde era afirmada a presença da gravidez e, após a pesquisa do caso, o fato foi descartado.

Dos 124 casos confirmados de morte materna (incluindo-se os 7 casos de morte violenta), 46 (37,1 %) não possuíam nenhuma referência ao estado gravídico na Declaração de Óbito, fato que vem nos preocupando nos últimos 3 anos pois este valor era de 19,2 % em 1993 e 20,6 % em 1994.

Quanto ao local de óbito, a maioria ocorreu dentro de um ambiente hospitalar (Tabela 4), salientando-se que o maior número de partos na Capital ocorre normalmente na rede privada/conveniada.

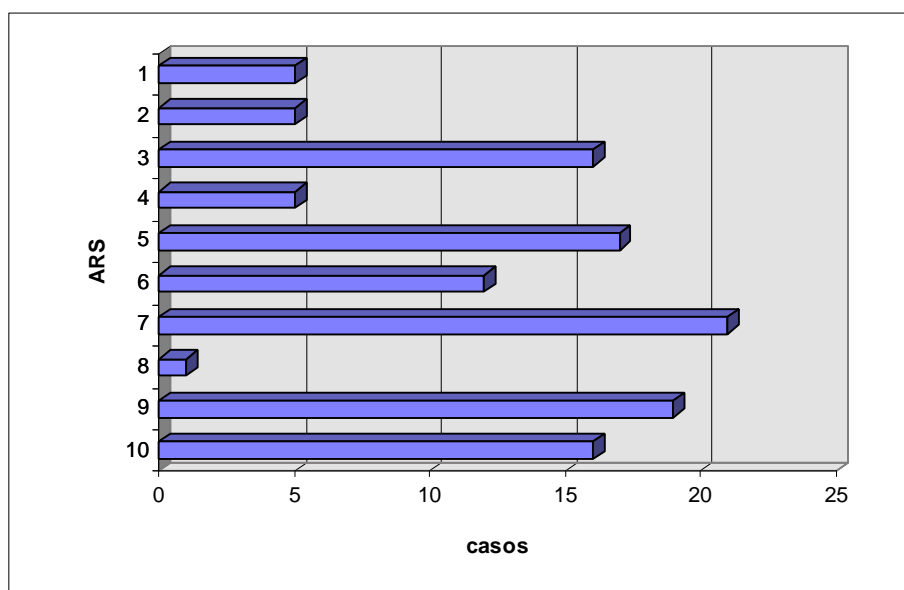
Tabela 4. Distribuição dos casos positivos para morte materna quanto ao local de ocorrência do óbito. Município de São Paulo, 1995

LOCAL	ÓBITO	%
Hospital Privado/Conveniado	46	39,32
Hospital Municipal	31	26,50
Hospital Estadual	35	29,91
Domicilio	4	3,42
Outro	1	0,85
TOTAL	117	100,00

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

Quanto ao local de residência, os casos foram assim distribuídos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos casos positivos para morte materna segundo o local de residência, distribuído pelas 10 Administrações Regionais de Saúde do Município de São Paulo em 1995.



Fazendo-se uma divisão grosseira da Capital em regiões Norte, Sul, Leste e Centro-Oeste, tomando-se por base as Administrações Regionais (compostas pelos Distritos Administrativos) e tentando correlacioná-las com os Distritos de Paz, obtivemos para a Região Norte (ARS 7 e 8) um Coeficiente de 55,74/100000 NV; para a Região Sul (ARS 9

e 10) o Coeficiente de 77,89/100000 NV; para a Região Leste (ARS 3, 4, 5 e 6) 55,37/100000 NV e para a Região Centro-Oeste (ARS 1 e 2) o Coeficiente de 38,94 por 100000 nascidos vivos.

O Coeficiente de Mortalidade Materna para o ano de 1995, no Município de São Paulo situa em 51,32/100000 NV, o que mostra uma elevação se comparado com os Coeficientes anteriores (50,45 em 1993 e 46,33 em 1994). Cabe salientar que este coeficiente é provisório, sujeito a revisão, dado ao fato de que o número de nascidos vivos para o ano de 1995 utilizado no estudo, ainda é uma estimativa e está sendo calculado em torno de 208500 pela Fundação SEADE .

Discussão

O aumento do percentual dos casos sem referência ao estado gravídico na Declaração de Óbito se deve basicamente a dois fatores combinados, a saber:

1 - O preenchimento inadequado das Declarações de Óbito com termos médicos empregados incorretamente ou inexistentes além da omissão no preenchimento de alguns campos, contribuíram para um aumento significativo da sub-notificação (37,1%);

2 - A investigação dos casos, foi aprimorada com a contribuição do Serviço de Verificação de Óbitos da Capital através do encaminhamento dos laudos de necropsia onde era constatada a presença do estado gravídico, além da abertura do Instituto Médico-Legal para a pesquisa, apesar deste órgão não estar vinculado à Secretaria da Saúde, tal fato possibilitou a melhora da qualidade do processo de investigação.

Constatamos que a maioria das mulheres foram a óbito dentro de um ambiente hospitalar, no entanto não podemos afirmar que estas mulheres receberam o atendimento adequado ao seu caso.

Um fator importante, observado pela aplicação do questionário padrão, é a peregrinação que muitas gestantes fazem antes de serem acolhidas por um serviço de saúde, contribuindo para o agravamento do caso, dado constatado pelo estudo da Dr.^a. Ana Cristina Tanaka.

Pela investigação observamos que os Hospitais Públicos recebem muitos casos com complicações graves, que geralmente vêm transferidos da rede privada/conveniada. Chamamos a atenção à deficiência de recursos materiais e humanos que assola a maioria dos hospitais investigados.

É de competência da 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.

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

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

É atribuição dos Hospitais a realização de reuniões Anátomo-Clínicas com o intuito de aprimorar o “staff”, bem como prevenir que um mesmo erro não se repita, devendo ainda

dar apoio às Comissões de Ética Médica, propiciando 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 de dados de forma mais ágil.

Continuamos com um índice elevado de mortes maternas não declaradas no Atestado de Óbito, o que nos alerta para a qualidade da formação dos profissionais médicos pelas Escolas de Medicina, que pecam pela falta de ensino de noções básicas sobre o preenchimento dos Prontuários Médicos, dos relatórios e da própria Declaração de Óbito, bem como da sua importância como fonte de informação.

Salientamos a relevância da atuação das equipes multiprofissionais nos diversos estágios da vida de uma mulher, como no Planejamento Familiar, escolhendo o melhor momento para uma gravidez, diminuindo portanto os casos de gestação indesejada e conseqüente queda dos casos de morte materna por abortamento provocado, bem como suporte ao Pré-Natal precoce, dando condições para uma melhor aderência à consulta e facilitando a realização de exames complementares de forma mais ágil e eficiente contribuindo assim para a diminuição de patologias intercorrentes no ciclo gravídico- puerperal

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

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

Outra dificuldade encontrada na nossa pesquisa foi a de individualizar o Coeficiente de Mortalidade Materna para uma determinada região ou local de São Paulo. Tal se deve ao

fato do registro dos nascidos vivos ser feito por Distrito de Paz, que em geral não coincide com os limites geográficos dos Distritos Administrativos.

A Região Sul apresenta o maior Coeficiente de Mortalidade Materna, tal constatação se atribui ao fato de ser a região mais carente de recursos médico-hospitalares, forçando as gestantes e puérperas a procederem a uma verdadeira peregrinação em direção ao centro, onde se concentram estes recursos. Cabe ainda salientar que 75 % dos óbitos domiciliares ocorreram nesta região, o que vem reforçar nossa posição.

Queremos salientar, a nosso ver, a relevante importância do trabalho desenvolvido pelo Comitê de Mortalidade Materna, que em si não tem caráter punitivo e sim atua com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas à população feminina, tentando humanizar o atendimento à mulher, reduzindo desta forma a desagregação familiar que a morte de uma gestante ou puérpera ocasiona.

Temos esperança de que os dados preocupantes que foram acima apresentados, nossas conclusões e sugestões possam sensibilizar as autoridades responsáveis, para que medidas necessárias possam ser tomadas com o intuito de melhorar a saúde da nossa população.