

PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

COAS - SMS

Coordenador: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Equipe Técnica: Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega
Dr. Luis Carlos Pazero

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

RELATÓRIO SOBRE O ANO DE 1998

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

Presidente: Dr. Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Secretário : Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega
Membros : Prof^a. Dr^a. Ana Cristina D'Andretta Tanaka
Prof. Dr. Ruy Laurenti
Dr. Paulo Fernando Constâncio de Souza
Dr. Luis Carlos Pazero
Dr. Luis Cláudio Ferreira Espíndola
Dr. Antonio Roberto J. Torquato Alves
Dr^a. Regina Ribeiro Parizi de Carvalho
Dr. Cristiano Fernando Rosas
Dr. Horácio Veríssimo Romão
Francisco Alberto Melo
Ana Maria Carvalho Oliveira
Ana Lucia Pereira
Maria Dirce Gomes Pinho

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

Introdução

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

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

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

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

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável um Coeficiente de Mortalidade Materna em torno de 10 e até no máximo 20 Mortes Maternas/100000 Nascidos Vivos. O último dado oficial fornecido pelo Ministério da Saúde em 1995, estima o Coeficiente de Morte Materna do Brasil ao redor de 134,7/100000 Nascidos Vivos⁽¹⁾, já efetuada a devida correção. Dados não oficiais apontam um Coeficiente de Mortalidade Materna para o Brasil da ordem de 98/100000 NV.

É da responsabilidade do Comitê de Mortalidade Materna a determinação real do Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, fazer um diagnóstico das principais causas encontradas, apontar falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentar sugestões para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda deste Coeficiente.

Metodologia

A pesquisa é realizada por intermédio do Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Rede Hospitalar Municipal, Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - CEPI, Conselho Municipal de Saúde e da Área Jurídica), Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselho Regional de Medicina e Movimento de Mulheres em conjunto com 10 Comitês Regionais de Mortalidade Materna de composição semelhante, excluindo-se a representação do Conselho Regional de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Durante o ano de 1998 ocorreram 62895 óbitos no Município de São Paulo, sendo 26318 mulheres. Destas, 4347 (6,91%) se encontravam na faixa de idade entre 10 e 49 anos. Foram vistas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separados para estudo 741 casos onde a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia sido relatado no campo "CAUSA DA MORTE". Foram excluídas desta análise as mulheres com 9 anos ou menos e com 50 anos ou mais, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente. Cabe aqui esclarecer que os casos suspeitos englobam todos os processos infecciosos, doenças agudas ou crônicas que potencialmente possam ter influência sobre o ciclo grávido-puerperal e que porventura tenham contribuído para o

êxito letal. Nossa base de dados foi o PRO-AIM (PROgrama de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade), órgão onde estão concentradas todas as Declarações de Óbito da cidade sendo este vinculado à Secretaria de Saúde do Município. A partir do ano de 1996⁽⁴⁾ estamos procedendo a investigação de mortes maternas que ocorreram desde o 43º. dia até 1 ano após o parto, obedecendo a nova orientação da Organização Mundial de Saúde (Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia). Os casos foram complementados com investigações no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo e em outros serviços onde houve realização de exame necroscópico, pelos membros do Comitê de Mortalidade Materna através dos representantes do Programa de Atenção à Saúde da Mulher de COAS/SMS. Os 741 casos selecionados foram então separados por Administração Regional de Saúde, e enviados para pesquisa tendo por base o endereço de residência da falecida.

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

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

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

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

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

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

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

Cabe aqui a ressalva de que este ano estaremos procedendo ao cálculo de quatro coeficientes distintos, sendo os três primeiros preconizados pela CID-10 e o último apenas a título informativo. São eles:

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

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

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

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

Resultados

Dos 741 casos encaminhados aos 10 Comitês Regionais para investigação obtivemos 552 casos (74,49%) negativos, 172 positivos (23,21%) para morte materna e 17 casos (2,30 %) onde até a presente data não obtivemos confirmação sobre a presença ou não de gestação ou de qualquer

patologia relacionada. Dentre os casos positivos para morte materna, 24 casos (13,95%) ocorreram entre 43 dias até 1 ano após o parto, sendo 9 casos (5,23%) não relacionados e 15 casos (8,72%) relacionados à morte materna sendo estes utilizados para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia; detectamos ainda, 21 casos (12,21%) de morte materna não relacionada que ocorreram até 42 dias de puerpério. O percentual de casos cujo retorno da investigação ainda não aconteceu vem decaindo no decorrer dos últimos 5 anos de pesquisa, o que nos dá um índice de cobertura atual de investigação de mais de 97% dos casos encaminhados.

Os casos positivos para morte materna encontrados na pesquisa do ano de 1998 foram agrupados na Tabela 1, segundo a classificação preconizada pela CID-10.

Tabela 1. Distribuição dos 172 casos positivos para morte materna segundo a classificação preconizada pela CID-10, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.

Causas declaradas e/ou confirmadas	Total	Total %
Óbitos Maternos Diretos	71	41,28
Óbitos Maternos Indiretos	56	32,56
Óbitos Maternos Não Relacionados	21	12,21
Morte Materna Tardia Relacionada	15	8,72
Morte Materna Tardia Não Relacionada	9	5,23
TOTAL	172	100,00

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

Conforme objeto de nosso estudo, para que possamos determinar o Coeficiente de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo e avaliarmos os diversos aspectos que podem ocasionar o óbito materno, procedemos então à análise do total de 127 casos positivos para morte materna direta ou indireta segundo os dados oriundos da Declaração de Óbito e o que pudemos apurar da necrópsia e da visita hospitalar e/ou domiciliar. Os casos tardios serão analisados posteriormente e os não relacionados comentados apenas a título de informação.

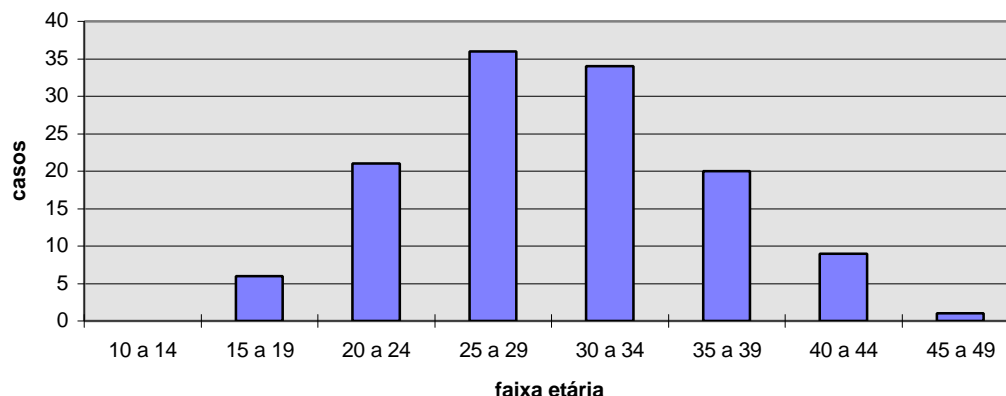
Apresentamos na Tabela 2/Gráfico 1 o total de 127 casos distribuídos segundo a faixa etária onde ocorreu o óbito.

Tabela 2. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.

FAIXA ETÁRIA (anos)	Nº. DE ÓBITOS	%
10 a 14	0	0,00
15 a 19	6	4,72
20 a 24	21	16,54
25 a 29	36	28,35
30 a 34	34	26,77
35 a 39	20	15,75
40 a 44	9	7,09
45 a 49	1	0,79
50 anos ou +	0	0,00
Ignorado	0	0,00
TOTAL	127	100,00

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

Gráfico 1. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.



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

Os demais aspectos apurados estão listados a seguir:

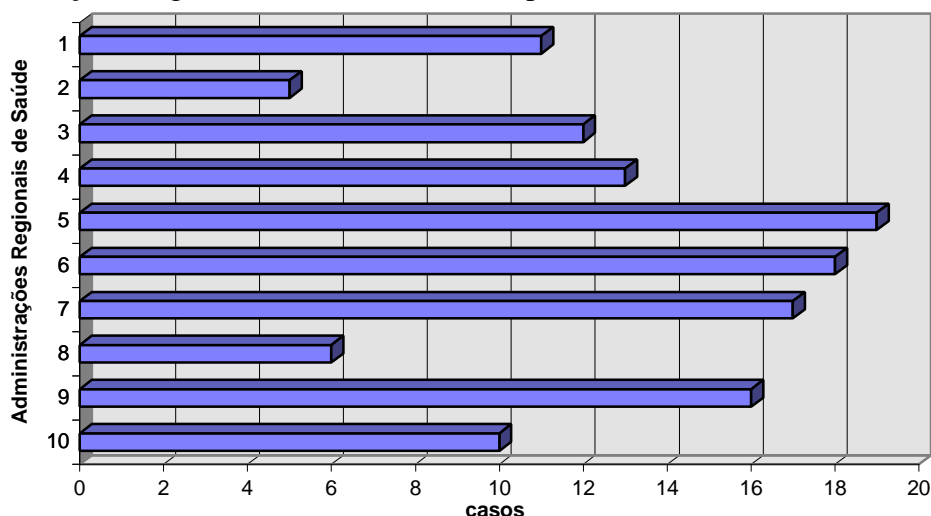
Estado Civil:- Encontramos em nosso estudo 67 solteiras (52,76%), 46 casadas (36,22%), 6 unidas consensualmente (4,72%), 3 separadas judicialmente (2,36%), 1 viúva (0,79%) e em 4 casos (3,15%) não obtivemos referência no campo.

Escolaridade:- 54 delas cursaram o primeiro grau (42,52%), 13 tinham o segundo grau (10,24%), 4 tinham curso superior (3,15%) e 3 eram analfabetas (2,36%). O campo sobre escolaridade não foi preenchido ou era desconhecido em 53 Declarações analisadas (41,73%)

Cor:- Verificamos na Declaração de Óbito e nos laudos de necropsia que 66 mulheres eram brancas (51,97%), 35 pardas (27,56%), 11 pretas (8,66%), 1 amarela (0,79%) e em 14 não obtivemos dados relativos ao item (11,02%).

Local do óbito:- Em 123 casos (96,85%) o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. Os 4 óbitos domiciliares (3,15%) foram devidos a causas variadas, sendo 1 choque medicamentoso na tentativa de provocar aborto, 1 crise epiléptica, 1 acidente vascular cerebral hemorrágico e 1 quadro de hepatopatia crônica. Os 127 casos positivos para morte materna direta ou indireta foram separados segundo o local de residência e distribuídos pelas Administrações Regionais de Saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos 127 casos positivos para morte materna direta ou indireta, segundo as Administrações Regionais de Saúde do Município de São Paulo no ano de 1998.



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

Exame necroscópico:- Foram submetidas a exame necroscópico 64 mulheres no Serviço de Verificação de Óbitos, no Instituto Médico Legal ou em outros serviços (50,39%). Em 41 mulheres não foi realizada necropsia (32,28%) e nas 22 restantes (17,32%) não encontramos referência ao tóxico.

Tipo de atendimento prestado até a vigência do óbito materno:- A cesárea foi realizada em 64 casos (50,39%), o parto normal em 24 (18,90%) e em 25 casos (19,69%) o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo 10 no terceiro, 9 no segundo e 3 no primeiro trimestre). Cabe aqui a ressalva de que neste grupo verificamos a realização de 3 cesáreas post-mortem, sem sucesso na reanimação fetal. Detectamos ainda 7 casos que evoluíram para abortamento (5,51%) e nos 7 casos restantes (5,51%) não conseguimos determinar o tipo de atendimento (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta segundo o procedimento realizado até a vigência do óbito materno, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.

PROCEDIMENTO	CASOS	%
Cesárea	64	50,39
Não houve procedimento*	25	19,69
Normal	24	18,90
Aborto	7	5,51
Ignorado	7	5,51
TOTAL	127	100,00

* 3 cesáreas pós-mortem

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

Em 59 casos (46,46%) o óbito ocorreu em um Hospital localizado em uma Administração Regional de Saúde diferente da área de abrangência do endereço da falecida. Relacionamos na Tabela 4 os 127 casos de morte materna distribuídos segundo o local onde ocorreu o óbito (dentro de um ambiente Hospitalar segundo o tipo de atendimento prestado (Conveniado/Privado, Público Estadual ou Público Municipal), domicílio e outros locais).

Tabela 4. Distribuição dos 127 casos positivos para morte materna no Município de São Paulo em 1998, segundo o local em que ocorreu o óbito.

LOCAL	ÓBITO	%
Hospital Privado/Conveniado	57	44,88
Hospital Público Municipal	31	24,41
Hospital Público Estadual	31	24,41
Domicílio	0	0,00
Outros	4	3,15
Evasão	4	3,15
TOTAL	127	100,00

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

Declaração do Estado Gravídico :- A morte materna foi explicitada no campo “Causa da Morte” em 80 casos (62,99%).

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

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

Neste ano notamos 56 casos (44,09%) resultantes de doença preexistente ou que se desenvolveu durante a gravidez, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma (morte materna indireta), este número reflete um grupo de patologias diversas agrupadas (cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, AVC, broncopneumonias, DPOC, hepatopatias, etc.).

Ao analisarmos as mortes maternas diretas (responsáveis por 55,91% das ocorrências) percebemos que:

Nos 24 casos de Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia a morte materna foi referida na Declaração de Óbito em 19 deles (79,17%) e o campo referente a pesquisa de gravidez ou puerpério foi respondido em 11 casos (45,08%). No estudo individual dos casos verificamos que ocorreram 20 cesáreas (1 pós-morte) (83,33%), sendo que em 19 delas (95,00%) conseguimos correlacionar o referido ato à gravidade do caso. A necropsia foi realizada em 12 casos (50,00%).

Dentre as 9 complicações decorrentes de aborto, houve referência explícita à morte materna em 2 casos (22,22%) e em 6 casos (66,67%) não houve preenchimento do campo sobre gravidez e puerpério. As complicações decorrentes de tentativas para provocar um aborto estiveram presentes em 4 casos (44,44%), sendo os 3 por septicemia e 1 por intoxicação exógena. Nos casos restantes encontramos 2 ectópicas (22,22%), sendo 1 abdominal e 1 cervical, 1 degeneração molar (11,11%), 1 quadro de septicemia (11,11%) sem referência a ter provocado o aborto e 1 caso (11,11%) de aborto incompleto sem investigação por tratar-se de caso de evasão.

Dos 24 casos de hemorragia envolvendo desde o terceiro trimestre até o pós-parto imediato obtivemos confirmação na Declaração de Óbito em 21 deles (87,50%). O campo sobre gravidez e puerpério foi preenchido em 9 casos (37,50%). Dos casos apurados, 2 (8,33%) foram devidos a complicações oriundas de placenta prévia, 6 (25,00%) por descolamento prematuro de placenta e 16 casos (66,67%) ocorreram após o parto (atonias, acretismos e hemorragias puerperais). A cesárea ocorreu em 17 casos (70,83%), 4 evoluíram para parto normal (16,67%), em 1 caso (4,17%) o óbito materno ocorreu com feto intra-útero e em 2 casos (8,33%) não obtivemos dados sobre a via de parto.

Quanto aos 8 casos onde a infecção puerperal estava presente, em 3 (37,50%) houve referência à morte materna na Declaração de Óbito e a necropsia foi realizada em 3 casos (37,50%). O parto normal foi realizado em 3 casos (37,50%), a cesárea em 5 (62,50%).

Detectamos 4 casos de embolia de origem obstétrica, sendo 1 caso de embolia amniótica e 3 casos de tromboembolismo determinados por complicações obstétricas (pós-aborto, corioamnionite e trombose de plexo venoso uterino). A necropsia foi realizada em 1 caso e a cesárea em 2 casos.

Obtivemos ainda 2 casos (1,57%) de morte materna de causa direta onde, até o momento, não conseguimos definir o motivo do óbito materno.

Dentre as 56 mortes maternas de causa indireta, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 19 óbitos (33,93%). No estudo destes, em 13 casos (68,42%) a morte materna foi relatada na Declaração de Óbito. A necropsia foi realizada em 10 casos (52,63%) e o questionamento sobre gravidez e puerpério respondido em 8 casos (42,11%).

Dos 37 casos restantes (66,07%) onde havia uma patologia associada que contribuiu para o óbito mas não relacionada diretamente à gestação, houve menção à gestação no campo “causa da morte” em 16 deles (43,24%) e o preenchimento dos dados sobre gravidez e puerpério ocorreu em 18 casos (48,65%). A necropsia se deu em 20 destes óbitos (54,05%). Nos 13 casos (35,14%) em que a cardiopatia esteve presente, a insuficiência cardíaca congestiva e o infarto agudo do miocárdio foram responsáveis por 8 e 4 óbitos respectivamente.

A necropsia foi realizada em 3 (75,00%) dos 4 casos de morte materna por Hipertensão Arterial Crônica e também em 3 a gestação foi mencionada no campo “Causa da Morte”.

Tabela 5. Agrupamento dos 127 casos detectados de morte materna direta ou indireta do Município de São Paulo no ano de 1998, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

Causas declaradas e/ou confirmadas	sub-N	N	Total	%	Total %
Óbitos Maternos Diretos			71		55,91
Eclâmpsia - Pré-Eclampsia		24		18,90	
Hemorragias		24		18,90	
Hemorragia Pós-Parto	16				
Descolamento Prematuro de Placenta	6				
Placenta Prévia	2				
Complicações de Aborto		9		7,09	
Aborto Provocado	4				
Septicemia	2				
Prenhez Ectópica	1				
Mola Hidatiforme	1				
Patologia Mal-definida	1				
Infecção Puerperal		8		6,30	
Embolia Obstétrica Não-Amniótica		3		2,36	
Embolia Amniótica		1		0,79	
Patologias Mal-definidas		2		1,57	
Óbitos Maternos Indiretos			56		44,09
Causas Infeciosas		19			
Broncopneumonia	10			7,87	
Hepatite	2			1,57	
Pielonefrite	2			1,57	
Septicemia	2			1,57	
Pericardite/Endocardite	1			0,79	
Colangite	1			0,79	
Tuberculose	1			0,79	
Causas Não-Infeciosas					
Cardiovasculares		17		13,39	
Miocardiopatia	5				
Infarto Agudo do Miocárdio	4				
Hipertensão Arterial Crônica	4				
Valvulopatia (Cong+Adquirida)	3				
Aneurisma de Aorta	1				
Outras		20			
AVC	5			3,94	
Hepatopatia	2			1,57	
Anemia Falciforme	2			1,57	
Epilepsia	2			1,57	
Insuficiência Respiratória	2			1,57	
Embolia Pulmonar	1			0,79	
Hemorragia Digestiva Alta	1			0,79	
Lupus Eritematoso Sistêmico	1			0,79	
Diabetes	1			0,79	
Retocolite Ulcerativa	1			0,79	
Patologias Mal-Definidas	2			1,57	
TOTAL			127		100,00

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

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

Tabela 6. Classificação por faixa etária segundo patologia apresentada, dos 127 casos de morte materna direta ou indireta, do Município de São Paulo durante o ano de 1998. Baseado na CID-10.

CID \ IDADE (anos)	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia		2	8	5	3	3	3		24
PP-DPP-Atonias e Acretismos			1	4	10	5	4		24
Complic.de Aborto/Grav.Ectópica e Molar			1	5	2		1		9
Infecção Puerperal			2	3	3				8
Embolia de Origem Obstétrica				1	1	1	1		4
Complicações Anestésicas									1
Casos Diretos Inconclusivos				1	1				1
Hipertensão Arterial Crônica				1		3			4
Outras Doenças (não infecciosas)		1	6	11	9	5		1	33
Outras Doenças (infecciosas)		3	3	5	5	3			19
TOTAL	0	6	21	36	34	20	9	1	127

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

Ao agruparmos os 127 casos de morte materna tomando-se por referência as grandes síndromes (Tabela 7), notamos uma prevalência das infecções como causa básica da morte, seguida pela hipertensão arterial e pelas hemorragias.

Tabela 7. Agrupamento sindrômico dos 127 casos de morte materna direta ou indireta, no Município de São Paulo no ano de 1998.

Síndromes	N	Total	%	Total %
Síndromes Infecciosas		34		26,77
Bacterianas puerperais	9		7,09	
Bacterianas - complicação de aborto	5		3,94	
Bacterianas - outras	18		14,17	
Virais	2		1,57	
Síndromes Hipertensivas		28		22,05
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	24		18,90	
Hipertensão Arterial Crônica	4		3,15	
Síndromes Hemorrágicas		28		22,05
Hemorragia Pós-Parto	16		12,60	
Descolamento Prematuro de Placenta	6		4,72	
Placenta Prévia	2		1,57	
Complicações de aborto	2		1,57	
Hemorragia Digestiva Alta	1		0,79	
Aneurisma de Aorta	1		0,79	
Síndromes Tromboembólicas		6		4,72
Anemia Falciforme	1		0,79	
Embolia de Origem Obstétrica	3		2,36	
Embolia Pulmonar não Obstétrica	2		1,57	
Outras patologias		27		21,26
Cardiopatias	12		9,45	
Diversas	15		11,81	
Indeterminadas		4		3,15
TOTAL		127		100,00

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

Conforme dito anteriormente, desde o ano de 1996⁽⁴⁾ estamos contabilizando os casos de morte materna tardia (mortes maternas que ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto ou

aborto). Os casos foram relacionados em separado, de acordo com a patologia básica que originou o óbito (Tabela 8). À frente de cada caso foi colocado o tempo em meses e/ou dias que transcorreu entre o procedimento obstétrico (parto, curetagem ou cirurgia) e o óbito.

Dos 15 casos contabilizados, em 3 houve referência explícita à presença do estado gestacional (1 gravidez ectópica, 1 choque anestésico e 1 miocardiopatia puerperal). Em 7 casos (46,67%), o campo que questiona puerpério tardio foi preenchido. Em todos os casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar. A necropsia foi realizada em 6 casos (40,00%) e em todos estes a morte materna não foi declarada.

Tabela 8. Agrupamento dos 15 casos detectados de morte materna tardia relacionada no Município de São Paulo no ano de 1998, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

Causas declaradas e/ou confirmadas	sub-N	N	Total	%	Total %
Óbitos Maternos Diretos			5		33,33
Complicações de Aborto		2		13,33	
Cardiopatia (55d)*	1				
Prenhez Ectópica (5m)*	1				
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia (4m)*		1		6,67	
Choque Anestésico (50d)*		1		6,67	
Septicemia (4m20d)*		1		6,67	
Óbitos Maternos Indiretos			10		66,67
Cardiopatias		7		46,67	
Miocardiopatia (3m)*	1				
Miocardiopatia (4m20d)*	1				
Valvulopatia (2m)*	1				
Valvulopatia (2m20d)*	1				
Valvulopatia (Ignorada)*	1				
Valvulopatia (55d)*	1				
Infarto Agudo do Miocárdio (3m)*	1				
Aplasia de Medula (2m)*		1		6,67	
Anorexia Nervosa (4m)*		1		6,67	
Lupus Eritematoso Sistêmico (4m)*		1		6,67	
TOTAL			15		100,00

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

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

Discussão

Na análise das 127 Declarações de Óbito constatamos um preenchimento inadequado da maioria dos campos nela contidos, principalmente no que se refere à escolaridade (em 41,73% das Declarações de Óbito o grau de instrução era ignorado) e no questionamento sobre gravidez e puerpério (campo 36 ou 37 conforme a Declaração), onde o campo não foi preenchido em 72 casos (56,69%) do total de Declarações envolvendo a morte materna e que possuíam o referido item. Fato mais relevante foi que dentre as 80 Declarações de Óbito onde a morte materna estava explicitada no campo "CAUSA DA MORTE" (morte materna declarada) o campo 36/37 só foi preenchido corretamente em 29 casos (36,25%).

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

Quanto à raça, em apenas 14 casos (11,02%) não foi possível determinar a cor da falecida. Cabe aqui a ressalva de que nesta apuração foram obtidas informações das Declarações de Óbito, Laudos de Necropsia, visitas hospitalares e domiciliares.

Estas dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e já foram objeto de consideração em pesquisas anteriores⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Quanto ao local de óbito, notamos um atendimento hospitalar presente em 93,85% dos 127 casos positivos para morte materna, porém não temos dados para opinar sobre a qualidade deste atendimento. Este percentual é um pouco menor ao registrado no ano de 1997⁽⁹⁾, que foi de 99,25%.

Quando separamos os casos de acordo com o local onde foi realizada a necropsia e se a morte materna foi declarada ou não (Tabela 9), encontramos uma omissão ao estado grávido-puerperal na Declaração de Óbito em 37,01% dentre os 127 casos positivos para morte materna analisados. Este valor vem se mantendo estável em comparação aos dois anos anteriores⁽⁴⁾⁽⁹⁾, o que resulta em uma subnotificação de 58,75% para este ano. No total, 64 casos foram submetidos à necropsia porém, em 38 destes não houve relato da morte materna quando foi preenchida a Declaração de Óbito. Esta subnotificação (1000,00% no Instituto Médico Legal, 41,67% no Serviço de Verificação de Óbitos da Capital e 50,00% em outros serviços de necropsia) não deveria ocorrer, pois o diagnóstico do estado gravídico foi evidenciado morfológicamente na realização do exame necroscópico, devendo portanto ser ao menos mencionado quando a Declaração de Óbito foi preenchida.

Tabela 9. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta segundo a declaração do estado gravídico por local de realização de exame necroscópico, cálculo da omissão ao estado gravídico e da subnotificação em mortalidade materna, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.

LOCAL\TIPO	DECLARADA	NÃO DECL.	TOTAL	OMISSÃO(%)	SUB-NOTIF.(%)
IML*	0	10	10	100,00	1000,00
SVOSP**	36	15	51	29,41	41,67
OUTRO	2	1	3	33,33	50,00
IGNORADO	14	8	22	36,36	57,14
NÃO REALIZADO	28	13	41	31,71	46,43
TOTAL	80	47	127	37,01	58,75

* Instituto Médico Legal

** Serviço de Verificação de Óbitos da Capital

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

Quanto a via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 67 cesarianas (52,76%) - 64 em vida e 3 pós-morte, valor elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%). Na análise dos casos, entretanto, devemos considerar que a maior parte deles estava relacionado a um quadro clínico de alta gravidade e que por si explicaria o procedimento realizado. Conseguimos detectar uma justificativa plausível para a execução de 58 das 67 cesáreas realizadas (86,57%). A gravidade dos casos estudados é corroborada pela presença de 25 casos (19,69%) onde o óbito materno ocorreu antes da realização de qualquer procedimento obstétrico (morte materna com feto intra-útero). A maior incidência de cesáreas ocorreu nos 8 casos de hemorragia ante-parto (placenta prévia e descolamento prematuro de placenta), presente em 100,00% dos procedimentos realizados. Nos 16 casos de hemorragia pós-parto, a cesárea foi realizada em 71,43% dos procedimentos obstétricos. Nos 24 casos de eclâmpsia e pré-eclâmpsia a cesárea aconteceu em 86,96% das situações onde houve resolatividade obstétrica.

Notamos ainda que em 59 casos (46,46%), o óbito ocorreu em serviços localizados em outras Administrações Regionais de Saúde, mostrando que o atendimento regionalizado precisa ser aprimorado, evitando que a gestante/puérpera tenha que proceder a grandes deslocamentos para obter cuidados médicos. Esta taxa vem oscilando pouco nos últimos anos⁽⁴⁾⁽⁹⁾.

Gostaríamos de salientar que detectamos 4 gestantes portadoras de HIV no grupo dos 127 casos, sendo 2 de causa direta (1 DPP e 1 Infecção Puerperal) e 2 de causa indireta (1 broncopneumonia com tuberculose associada e 1 tromboembolismo pulmonar). Optamos por

colocar estes casos de HIV positivo neste grupo tendo em vista a patologia básica que originou o óbito e não o fato de serem portadoras de AIDS/SIDA.

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

As síndromes hipertensivas aparecem em segundo lugar, apontando falhas no acompanhamento pré-natal, sejam estas devidas a não realização do mesmo (por falta de acesso ou informação), ao pré-natal desatento às transformações gravídicas, à dificuldade de realização de exames mais sofisticados ou até mesmo quanto ao fornecimento de medicação pertinente ao controle da hipertensão. Ressaltamos ainda que para uma boa evolução dos casos de hipertensão é muito importante um atendimento hospitalar coerente com a gravidade destes quadros, com uma infra-estrutura médico-hospitalar atualizada e bem equipada. Dentre os quadros hipertensivos, constatamos que 50,00% vieram à óbito em uma Administração Regional diferente da sua residência, apontando a peregrinação como um dos possíveis fatores que levaram ao êxito letal.

Na avaliação do tipo de Hospital onde ocorreu o óbito (Privado/Conveniado, Público Municipal ou Público Estadual), notamos um predomínio de casos no setor Privado/Conveniado. Tal se justifica pela maior oferta de leitos de maternidade disponíveis neste segmento. O Serviço Público Municipal (ARS e Módulos do PAS) realizou aproximadamente 45.000 partos durante o ano de 1998, correspondendo a 20,46% do total de partos de nosso município. Detectamos uma ocorrência de 24,41% dos óbitos maternos diretos ou indiretos neste setor. Acreditamos que esta diferença entre as taxas de partos e óbitos maternos seja devida aos casos transferidos de outros segmentos, principalmente do setor Privado/Conveniado, tendo em vista o alto custo gerado por estas patologias e suas complicações.

Notamos um aumento gradativo do número de partos ocorridos no Município de São Paulo desde o ano de 1995 até a presente data. Segundo dados da Fundação SEADE a taxa de evasão ou seja, casos residentes no Município e que vão dar à luz fora do mesmo se encontra em 8,07%.

A Tabela 10 correlaciona os 127 casos de morte materna de 1998, o número de nascidos vivos em 1998, distribuídos por faixa etária e efetua o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

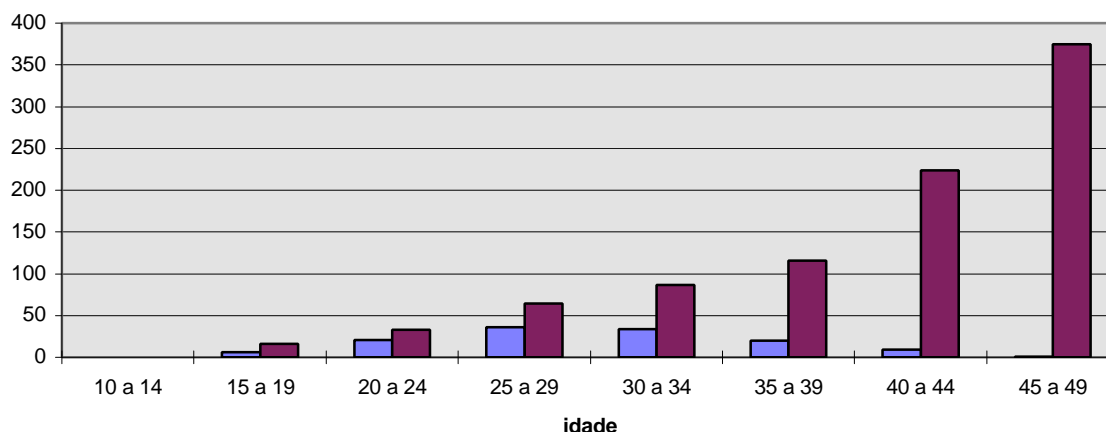
Tabela 10. Distribuição dos 127 casos de morte materna diretos ou indiretos, número de nascidos vivos e cálculo do Coeficiente de Morte Materna por faixa etária do Município de São Paulo, no ano de 1998.

idade\CID	Casos	Nasc.Vivos	CMM
10 a 14	0	955	0,00
15 a 19	6	36820	16,30
20 a 24	21	63157	33,25
25 a 29	36	56217	64,04
30 a 34	34	39327	86,45
35 a 39	20	17338	115,35
40 a 44	9	4022	223,77
45 a 49	1	267	374,53
50 anos ou +	0	13	0,00
Ignorado	0	1291	0,00
TOTAL	127	219407	57,88

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

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

Gráfico 4. Comparação entre os 127 casos de morte materna direta ou indireta e o respectivo Coeficiente de Mortalidade Materna, de acordo com a faixa etária, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.

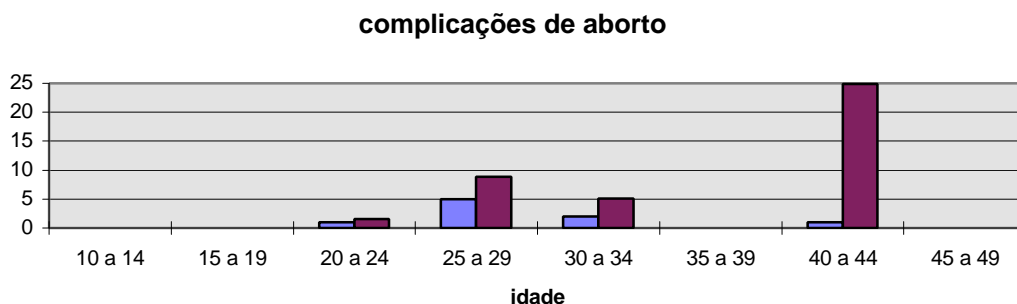


Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.

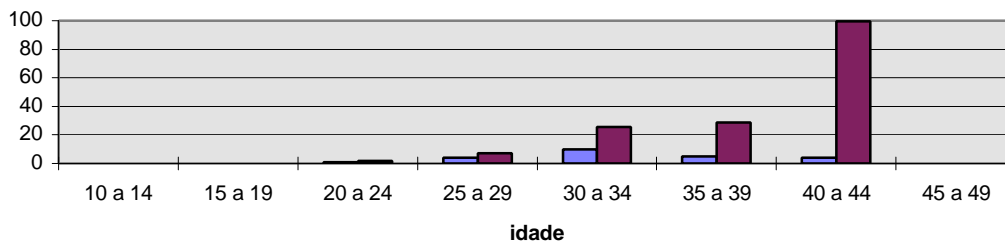
Como era de se esperar, o aumento progressivo do Coeficiente de Mortalidade Materna de acordo com a faixa etária denota que quanto maior for a idade, maior é o risco de óbito materno. Gostaríamos de ressaltar a nossa preocupação quanto ao fato de termos constatado a ocorrência de 13 partos na faixa etária acima dos 50 anos. Estes casos só foram relacionados na pesquisa no número de nascidos vivos, sendo excluídos do estudo para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna pela própria definição da OMS (mulheres entre 10 e 49 anos). Apesar deste número estar em queda nos últimos anos, segundo dados da Fundação SEADE, este grupo de gestantes merece uma atenção especial pois, se fizermos uma projeção do Coeficiente de Mortalidade Materna para mulheres acima de 50 anos encontraremos um valor extremamente elevado, o que justifica a nossa preocupação.

Para termos uma noção mais precisa do comportamento das patologias mais frequentes frente ao Coeficiente de Mortalidade Materna, efetuamos uma mescla de dados da Tabela 6 com a Tabela 10, obtendo o Coeficiente Específico de Mortalidade Materna para as principais patologias, de acordo com a faixa etária (Gráfico 5).

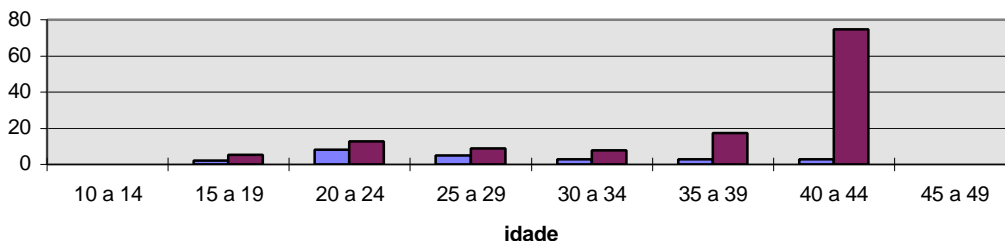
Gráfico 5. Comparação do número de casos de morte materna das principais patologias e do respectivo Coeficiente Específico de Mortalidade Materna, de acordo com a faixa etária, no Município de São Paulo durante o ano de 1998.



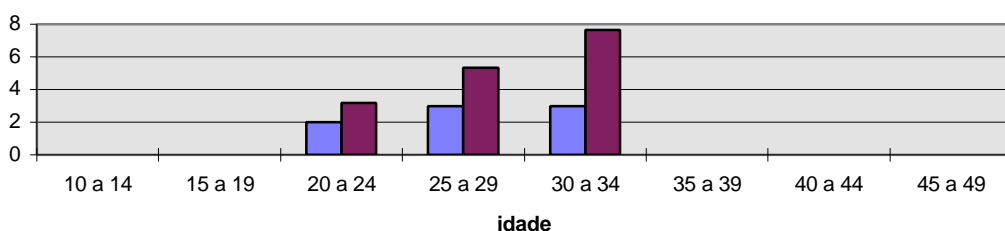
complicações hemorrágicas



eclâmpsia - pré-eclâmpsia



infecção puerperal



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

Obtivemos neste estudo um Coeficiente de Mortalidade Materna de 57,88/100000 NV para o Município de São Paulo no ano de 1998. Notamos uma queda quando comparado ao do ano de 1997 (61,07/100000 NV), já corrigidos pelos casos de evasão (mulheres residentes no município de São Paulo que vieram a óbito em outro município).

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

O Coeficiente de Mortalidade Materna específico também foi calculado segundo o endereço de residência e distribuído pelas Administrações Regionais de Saúde (Tabela 11). Cabe aqui a ressalva de que o bairro de Lajeado, que pertence à região de ARS-5 (Itaquera/Guaianases), recebe as ações de saúde desenvolvidas pela ARS-6 (Ermelino Matarazzo/São Miguel) por motivos meramente de localização geográfica. Após reunião conjunta entre o Comitê Central e os Comitês Regionais de Mortalidade Materna de ARS-5 e ARS-6, optamos por incluir os dados deste bairro (casos de morte materna e nascidos vivos) na ARS-6.

Tabela 11. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta e do número de nascidos vivos no Município de São Paulo no ano de 1998, segundo a Administração Regional de Saúde, com cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado por ARS.

ARS	CASOS	NV	CMM
1	11	14362	76,59
2	5	14912	33,53
3	12	25515	47,03
4	13	16856	77,12
5	19	25144	75,56
6	18	23973	75,08
7	17	32179	52,83
8	6	9952	60,29
9	16	26545	60,28
10	10	22990	43,50
Ignorado	0	6979	0,00
TOTAL	127	219407	57,88

*CMMR - Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado
Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.
Fundação SEADE

Com base no exposto acima, podemos verificar que apesar de em números absolutos, a ARS-5 (Itaquera/Guaianases) apresentar o maior número de casos, a ARS-4 (Penha/Tatuapé) detém o maior Coeficiente de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no ano de 1998 (77,12/100000 NV) e a ARS-2 (Administração Regional de Saúde da Lapa/Butantã) apresenta o menor (33,53/100000 NV).

Este largo hiato entre os dois Coeficientes reflete a realidade de uma grande metrópole, com problemas nas mais variadas esferas, que acabam por interferir na saúde da comunidade, contrapondo populações cujo Coeficiente se aproxima de valores de países desenvolvidos (até 20/100000 NV - segundo OMS) a outras cujo indicador está mais próximo de países em desenvolvimento.

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

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

Mortalidade Materna Tardia

Conforme relatado anteriormente, a partir do ano de 1996⁽⁴⁾ estamos divulgando o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardio, que se baseia na soma dos casos de morte materna direta ou indireta que ocorreram após 42 dias de puerpério.

Encontramos em nosso estudo a ocorrência de 24 óbitos de mulheres após o 42º. dia de puerpério. Destes, após análise dos prontuários e visita domiciliar, separamos 15 casos (Tabela 8) onde a morte ocorrida foi consequência de uma complicação obstétrica ou a gestação agravou uma patologia preexistente (morte materna direta ou indireta). O óbito materno ocorreu em média 3,2 meses após o término da gestação, sendo 5 de causa direta e 10 de causa indireta. A morte materna foi declarada em apenas 3 casos (1 gravidez ectópica, 1 choque anestésico e 1 valvulopatia), o que resulta em uma taxa de sub-notificação de 400,00%.

Tabela 12. Distribuição dos 127 casos de morte materna direta ou indireta do Município de São Paulo no ano de 1998, segundo o bairro e respectiva Administração Regional de Saúde, com cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Regionalizado por bairro.

BAIRROS	ARS	CASOS	CMM	BAIRROS	ARS	CASOS	CMM
BRÁS	1	2	272,85	TREMEMBÉ	7	2	66,53
SANTO AMARO	9	2	212,77	BRASILÂNDIA	7	4	64,69
LAJEADO	6	7	181,35	JARAGUÁ	8	2	63,19
PENHA	4	4	179,13	CASA VERDE	7	1	60,42
ITAIM BIBI	1	2	171,53	VILA SÔNIA	2	1	59,84
BOM RETIRO	1	1	163,93	MANDAQUI	7	1	57,08
PONTE RASA	4	3	160,34	JARDIM HELENA	6	2	56,15
FREGUESIA DO Ó	7	4	141,74	CURSINO	3	1	55,01
SÃO MATEUS	5	5	136,91	JAÇANÃ	7	1	50,53
IGUATEMI	5	3	133,69	CIDADE TIRADENTES	5	2	48,43
TUCURUVI	7	2	131,58	RAPOSO TAVARES	2	1	47,35
VILA FORMOSA	4	2	128,12	PEDREIRA	9	1	44,19
VILA ANDRADE	2	2	127,23	SÃO RAFAEL	5	1	44,13
ARICANDUVA	3	2	122,85	CIDADE LÍDER	5	1	43,22
IPIRANGA	3	2	121,29	JABAQUARA	3	2	42,78
PERUS	8	2	119,47	VILA MEDEIROS	7	1	39,56
VILA CURUÇÁ	6	4	116,75	PARELHEIROS	9	1	38,90
PINHEIROS	1	1	116,14	ERMELINO MATARAZZO	6	1	38,71
BELÉM	1	1	112,74	RIO PEQUENO	2	1	38,17
MOÓCA	4	1	107,76	GRAJAU	9	3	37,44
JARDIM PAULISTA	1	1	107,64	VILA JACUÍ	6	1	34,82
JOSÉ BONIFÁCIO	5	2	98,43	JARDIM SÃO LUIS	10	2	33,30
CIDADE ADEMAR	9	6	98,25	CAPÃO REDONDO	10	2	33,29
SANTA CECÍLIA	1	1	92,34	PIRITUBA	8	1	31,32
ARTUR ALVIM	4	2	89,69	JARDIM ÂNGELA	10	2	29,25
SÃO MIGUEL	6	2	81,27	CACHOEIRINHA	7	1	25,75
LIBERDADE	1	1	80,00	CAMPO LIMPO	10	1	24,17
CARRÃO	4	1	77,10	CIDADE DUTRA	9	1	23,75
GUAIANASES	5	2	72,33	ITAIM PAULISTA	6	1	19,20
ITAQUERA	5	3	71,77	SAPOEMBA	3	1	17,55
SACOMÃ	3	3	68,51	SEM ESPECIFICAÇÃO		6	
VILA MARIANA	1	1	67,43	OUTROS BAIRROS		0	0,00
CAMPO GRANDE	9	1	67,25	TOTAL		127	57,88

Fontes: Comitê Central de Mortalidade Materna
Fundação SEADE

A sub-notificação seria nestes casos, a maior dificuldade encontrada no que se refere à pesquisa envolvendo morte materna tardia. Os casos sub-notificados acabam sendo relacionados à morte materna somente na visita domiciliar, já que os relatos de prontuário sobre a existência de uma gestação pregressa são muito escassos. Conforme mencionado nas pesquisas anteriores realizadas por este Comitê⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾, chegar a um domicílio pode às vezes se tornar um trabalho insano, tendo em vista a falta de pontos de referência na Declaração de Óbito, a dificuldade de acesso ao local e quando lá chegamos não encontramos nenhum parente, tendo em vista a desagregação familiar que a morte materna gera. Seria prudente que o médico responsável pelo acompanhamento das complicações decorrentes da gestação, ficasse atento para a possibilidade da existência de uma gravidez pregressa.

Encontramos portanto, um Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia de 6,84/100000 NV. Este Coeficiente vem aumentando nos últimos anos (4,13/100000 Nascidos Vivos em 1997⁽⁹⁾ e 3,77/100000 NV em 1996⁽⁴⁾). Acreditamos que o aumento deste Coeficiente se deve ainda a um aprimoramento na pesquisa envolvendo morte materna tardia, sendo ainda muito precoce a afirmação de que este crescimento seja devido a um aumento do número de casos deste grupo em detrimento dos outros.

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

Cabe aqui a ressalva que, para efeitos comparativos com outros municípios e para relatos mundiais, prevalece ainda o Coeficiente de Mortalidade Materna anteriormente utilizado, que computa os casos até 42 dias de puerpério.

Mortalidade Materna Não Relacionada e Mortalidade Materna Tardia Não Relacionada

Apenas a título informativo, diagnosticamos entre os 172 casos envolvendo morte materna detectados no ano de 1998 a ocorrência de 30 casos (17,44%) de morte materna não relacionada ou seja, a ocorrência do óbito em uma mulher grávida ou puérpera, sem que a patologia básica que desencadeou o mesmo tenha sofrido qualquer interferência do ciclo grávido-puerperal. Estes casos (21 até 42 dias de puerpério e 9 de 43 dias até 1 ano de puerpério) foram discriminados na Tabela 13.

Tabela 13. Relação dos 30 casos de morte materna não relacionada segundo os critérios estabelecidos pela CID-10, no Município de São Paulo, durante o ano de 1998.

Causas declaradas e/ou confirmadas	N	Total	%	Total %
Morte Materna Não Relacionada		21		70,00
Morte Violenta	6		20,00	
Neoplasias	5		16,67	
Septicemia	3		10,00	
Meningite	2		6,67	
AIDS/SIDA	1		3,33	
Cardiopatias	1		3,33	
AVC	1		3,33	
DPOC	1		3,33	
Patologia Mal-definida	1		3,33	
Morte Materna Tardia Não Relacionada		9		30,00
HAS	4		13,33	
Neoplasia	1		3,33	
DPOC	1		3,33	
Cardiopatia	1		3,33	
AVCH	1		3,33	
Broncopneumonia	1		3,33	
TOTAL		30		100,00

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

Coeficientes de Mortalidade Materna

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

Tabela 14. Apresentação dos quatro Coeficientes de Mortalidade Materna e o número de casos utilizados para o cálculo de cada Coeficiente, encontrados no Município de São Paulo durante o ano de 1998.

INDICADORES	NÚMERO	COEFICIENTE
Coef.de Mortalidade Materna	127	57,88
Coef.de Mortalidade Materna Tardia	15	6,84
Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestaçã	148	67,45
Coef.de Mortalidade Materna Relacionada à Gestaçã até 1 Ano	172	78,39

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna - P.M.S.P.
Nascidos Vivos no Município de São Paulo para 1998 - 219407 (Fundação SEADE)

Análise Comparativa

A tabela 15 mostra a evolução da pesquisa envolvendo morte materna realizada pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo no decorrer de 5 anos. Optamos pela exclusão do ano de 1993 pois o estudo deste ano foi iniciado no mês de Abril, podendo gerar falhas na análise comparativa.

Tabela 15. Comparação entre os casos de morte materna, o número de casos investigados, os casos negativos após a investigação e os respectivos Coeficientes Específicos de Mortalidade Materna Direta e Indireta dos anos de 1994 a 1998, no Município de São Paulo.

ANO EM ESTUDO	1994	1995	1996	1997	1998
Número de Casos Investigados	254	287	299	553	741
Número de Casos Negativos Após Investigaçã	150	109	153	345	552
Casos de Morte Materna Direta	63	69	70	61	71
Casos de Morte Materna Indireta	35	44	38	72	56
Casos de Morte Materna Indefinida	2	0	0	0	0
Total de Casos de Mortalidade Materna até 42 dias	100	113	108	133	127
Nascidos Vivos	209376	206394	212366	217781	219407
Coef.Mort.Materna Específico p/casos Diretos	30,09	33,43	32,96	28,01	32,36
Coef.Mort.Materna Específico p/casos Indiretos	16,72	21,32	17,90	33,06	25,52
Coeficiente de Mortalidade Materna	47,76	54,75	50,86	61,07	57,88

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

Na análise desta Tabela, constatamos que o Coeficiente de Mortalidade Materna Específico para casos Diretos vem sofrendo pequenas oscilações, com média em 31,37/100000 nascidos vivos. O Coeficiente de Mortalidade Materna Específico para casos Indiretos é que sofre maiores mudanças, com média em 22,90/100000 nascidos vivos. Atribuímos estas variações principalmente ao atendimento das patologias que são agravadas pela gestaçã e que são acompanhadas por outros especialistas que não os obstetras. Provavelmente falta um conhecimento mais aprofundado da influência que a gestaçã provoca nestas patologias, inclusive no aspecto do tratamento mais específico exigido em alguns casos. Um atendimento mais adequado às gestantes e o diagnóstico precoce destas patologias associadas, com encaminhamento aos ambulatórios de especialidades, resultaria com certeza, em uma diminuiçã da morbi-mortalidade. A figura do ambulatório de especialidades, com atendimento regionalizado e diferenciado é de suma importãncia para a reduçã da mortalidade materna.

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

Apesar de não ter o mesmo peso que o Coeficiente de Mortalidade Materna, estamos efetuando uma análise retrospectiva desde 1995 do número de óbitos diretos ou indiretos distribuídos de acordo com a classificação do hospital onde ocorreu o referido óbito (se Público Municipal, Público Estadual ou se Particular/Conveniado SUS). Utilizando-se um raciocínio semelhante ao cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna, realizamos a divisão do número de óbitos pelo número de partos ocorridos em cada esfera. A este cálculo denominamos Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar. Cabe aqui a ressalva de que o número de partos não significa o mesmo que o número de nascidos vivos e que o número de partos obtidos no Sistema SIH/SUS se reporta aos partos efetivamente pagos e não os que foram realizados (Tabela 16).

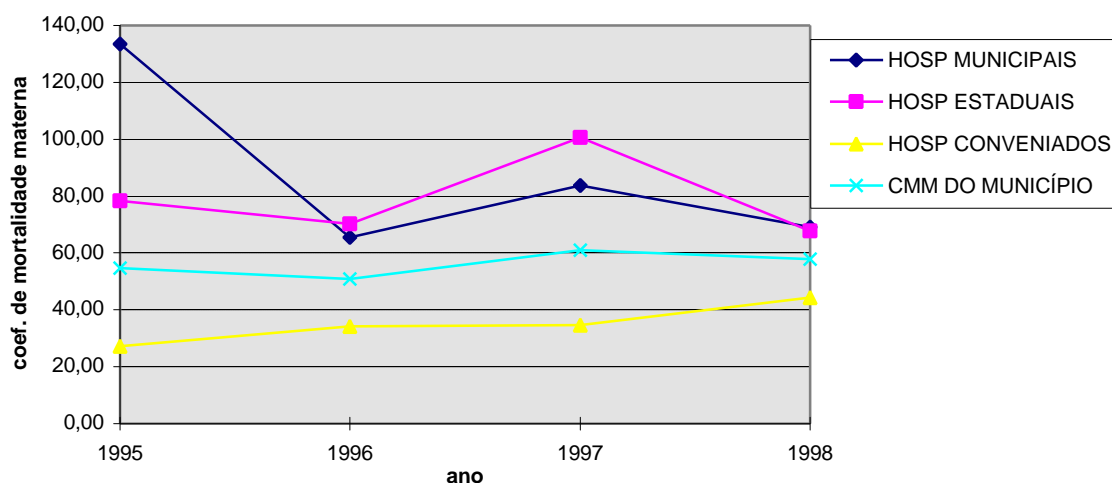
Tabela 16. Distribuição do número de partos e do número de óbitos maternos diretos ou indiretos segundo o tipo de Hospital de ocorrência do óbito e cálculo do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar, no Município de São Paulo entre os anos de 1995 a 1998.

ANO EM ESTUDO	1995	1996	1997	1998
PARTOS EM HOSP. PÚBLICOS MUNICIPAIS	23987	38153	50215	44888
PARTOS EM HOSP. PÚBLICOS ESTADUAIS	39529	42673	40755	45697
PARTOS EM HOSP. PARTICULARES/CONVENIADOS SUS	142878	131540	126811	128822
TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DO MUNICÍPIO	206394	212366	217781	219407
ÓBITOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS MUNICIPAIS	32	25	42	31
ÓBITOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS	31	30	41	31
ÓBITOS EM HOSP. PARTICULARES/CONVENIADOS SUS	39	45	44	57
TOTAL DE MORTES MATERNAS DO MUNICÍPIO	113	108	133	127
ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS HOSP. MUNICIPAIS	133,41	65,53	83,64	69,06
ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS HOSP. ESTADUAIS	78,42	70,30	100,60	67,84
ÍNDICE DE MORTE MATERNA NOS H.PART/CONV. SUS	27,30	34,21	34,70	44,25
COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA	54,75	50,86	61,07	57,88

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

O Gráfico 6 reflete o comportamento do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar e o Coeficiente de Mortalidade Materna durante os anos de 1995 a 1998.

Gráfico 6. Variação do Índice de Morte Materna por Esfera Hospitalar e do Coeficiente de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante os anos de 1995 a 1998.



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

Sugestões

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

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

Devemos lembrar que a morte materna é predominantemente um problema social, atingindo as classes menos favorecidas. Nas histórias familiares detectamos muitas vezes a falta de condição para a compra dos medicamentos básicos e até mesmo a falta de dinheiro para a condução quando necessita realizar um exame ou consulta longe da sua residência. Precisamos personalizar e facilitar o atendimento, principalmente nas gestações de alto risco, que necessitam de uma atenção maior tendo em vista serem alvo das complicações mais freqüentes. A criação de mais Ambulatórios de Especialidades, amparados por Centros de Referência distribuídos de maneira homogênea pelo Município seria de suma importância para o suporte às gestantes de alto risco.

Apesar de termos leitos suficientes no Município de São Paulo para o atendimento dos casos obstétricos, verificamos que grande parte está ociosa ou concentrada em regiões mais centrais. É imperiosa a reativação e uma melhor distribuição destes leitos de maternidade, evitando desta forma a tão temida peregrinação da gestante em busca de uma vaga hospitalar.

Não podemos nos esquecer de que esta gestante de alto-risco deverá dar à luz em uma rede hospitalar que possa corresponder com uma a infra-estrutura adequada às intercorrências obstétricas que porventura possam advir do atendimento ao caso mais complicado. Estes casos deveriam ser drenados desde o atendimento pré-natal, assegurando de antemão a vaga e o serviço de atendimento, evitando que um caso de risco se agrave desnecessariamente. Não deixamos de pensar que o recém-nascido destas gestantes pode apresentar riscos neo-natais pertinentes à patologia obstétrica, necessitando de atendimento especializado e dispondo de recursos adequados como leitos de UTI neo-natal. Em muitos casos, sabemos que é a vaga na UTI Neonatal que determina a internação da gestante neste ou naquele hospital.

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

É da competência dos Hospitais a realização de Reuniões Anátomo-Clínicas com a participação das mais variadas esferas (Comissões de Ética Médica, Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários Médicos e outros representantes da dinâmica hospitalar), com o intuito de aprimorar o “staff” bem como prevenir que o mesmo tipo de caso não se repita.

Deve ainda dar apoio às Comissões de Ética Médica e propiciar um intercâmbio mais amigável, além de facilitar o acesso dos integrantes dos Comitês Regionais de Morte Materna para que possam desempenhar o processo de levantamento dos dados de forma mais completa e integrada.

Continuamos com um índice elevado de mortes maternas não declaradas no Atestado de Óbito, o que nos alerta para a qualidade da formação dos profissionais médicos pelas Escolas de Medicina, que pecam pela falta de ensino de noções básicas sobre o preenchimento dos Prontuários Médicos, de relatórios e da própria Declaração de Óbito. Decidimos enviar às Comissões de Prontuário Médico recentemente criadas nos Hospitais por indicação do CRM, a constatação das falhas existentes nos prontuários e solicitar o seu preenchimento da forma a mais completa e adequada possível.

Reforçamos ainda o tempo de atuação das equipes multiprofissionais nos diversos estágios da vida de uma mulher. Um adequado Planejamento Familiar, escolhendo o melhor momento para uma gravidez, diminuindo portanto os casos de gestação indesejada e conseqüentemente os casos de morte materna por abortamento provocado, bem como suporte ao

Pré-Natal precoce, dando condições para uma melhor aderência à consulta e facilitando a realização de exames complementares de forma mais ágil e eficiente.

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

O Comitê de Mortalidade Materna, que em si não tem caráter punitivo, atua com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas à população feminina, tentando adequar e humanizar o atendimento à mulher, alertando os mais diversos níveis quanto aos problemas encontrados durante a gravidez, parto e puerpério, tentando reduzir desta forma a morte de uma gestante ou puérpera, diminuindo a conseqüente desagregação familiar.

Também é de nossa alçada a realização de eventos com o intuito de incentivar a criação de novos Comitês de Mortalidade Materna, bem como servir de referência na metodologia utilizada na pesquisa dos casos.

Temos esperança de que os dados preocupantes que foram acima apresentados, nossas conclusões e sugestões possam sensibilizar as autoridades responsáveis, para que medidas necessárias possam ser tomadas com o intuito de oferecer um número maior de serviços e de melhor qualidade para atender as mulheres durante o ciclo grávido-puerperal e contribuir assim na melhoria dos indicadores de avaliação e da saúde da nossa população.

Bibliografia

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