

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

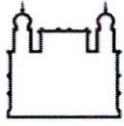


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 1960 A 1990

KÁTIA SILVEIRA DA SILVA

*Rio de Janeiro, RJ
Setembro de 1994*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Pós-Graduação da Escola Nacional Saúde Pública

EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 1960 A 1990

Kátia Silveira da Silva

*Dissertação apresentada Comissão de
à Pós-Graduação da Escola Nacional
Saúde Pública, Fundação Oswaldo
Cruz como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública (Epidemiologia)*

Orientadora Karen Mary Giffin

Co-orientadora: Milena Piraccini Duchide

*Rio de Janeiro, RJ
Setembro de 1994*

Silva, Katia Silveira da

A evolução da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro de 1960-1990, Katia Silveira da Silva. Rio de Janeiro, 1994. 117 f.;il.;tab.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública),
Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 1994.

Orientadora: Karen Giffin,

Co-orientadora: Milena Piraccini Duchide

Bibliografia: f.103-111

1.Mortalidade materna. 2.Tendência. 3.Complicações da gravidez. 4.Fecundidade. 5.Saúde reprodutiva.

Dedicatória

Dedico este estudo, a todos os funcionários que já trabalharam no setor que hoje corresponde ao Departamento de Dados Vitais da Coordenadoria de Informação, da Secretaria de Estado de Saúde. Principalmente, aos que no momento estão em atividade, pois apesar das condições mais adversas de trabalho e de salário, mantiveram a seriedade, o empenho e o desejo de aprimoramento na coleta de informações, o que contribuiu decisivamente para viabilizar a realização deste trabalho

"A morte materna é uma tragédia ignorada e é assim porque suas vítimas são pessoas ignoradas, aquelas que menos podem influenciar na forma como vão ser aplicados os recursos nacionais; são os pobres, os camponeses e camponeses e, sobretudo, as mulheres"

H. Malher, 1987 (OMS)

Agradecimentos,

- Ao Chico, meu companheiro, por tudo. Esta página não seria suficiente para descrever este tudo, que só nós sabemos de sua dimensão.

- Aos meus filhos, Júlia e Théo, cuja existência já representa um estímulo para a realização deste trabalho.

- A Milena, especialmente, pela contribuição, tolerância, carinho e confiança.

- As minhas amigas Carminha, Iara, Mércia, Rê e Solange, pelo apoio e disponibilidade, em todos os momentos.

- à Cristiane, Franklin, Marcia e Soninha pela participação em diferentes etapas deste trabalho e à Angela, Lait, Vânia e Virgínia, por todo incentivo dado.

- Agradeço, também, à Coordenadoria de Informação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e o Instituto Fernandes Figueira, por viabilizarem minha dedicação integral a este estudo.

- Agradeço a todos aqueles, que de alguma forma contribuíram para este trabalho.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi analisar a tendência e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro e nas suas áreas de planejamento no período de 1960 a 1990 e subsidiar o planejamento de ações de assistência a saúde reprodutiva feminina. As fontes de dados foram as publicações e listagens da Secretaria de Estado de Saúde no período de 1960-1978 e o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério de Saúde, de 1979 em diante. Os dados sobre nascidos vivos procedem dos Anuários estatísticos e das estatísticas do Registro Civil do IBGE. As análises foram realizadas agrupando-se os dados em períodos quinquenais. Resultado Destaca-se a queda de 70% da mortalidade materna que passou de 180,14 para 52,41 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos(nv), considerando todo o período de 30 anos. Nossas taxas de mortalidade mesmo sem correção da subnotificação e do subregistro, encontram-se em patamares semelhantes aos dos países desenvolvidos na década de 50/60. Observou-se também uma mudança no perfil de causas. No início da década de 60, as hemorragias que ocupavam o primeiro lugar, hoje correspondem a terceira causa mais frequente. Atualmente, a principal causa de morte materna é a toxemia, seguida das complicações puerperais. Ao desagregarmos as taxas do município por áreas de residência, a Área de Planejamento 2 (AP2), de maior poder aquisitivo, apresentou a menor taxa média do período, 60,34 óbitos maternos por 100.000 nv. A maior taxa foi registrada na AP1, que reúne as regiões administrativas do Centro e área Portuária e deve-se provavelmente a invasão de óbitos de outras regiões e municípios. Notou-se ainda uma maior mortalidade nas faixas etárias extremas. Discutiu-se também o impacto da queda da fecundidade na mortalidade materna.

Palavra-Chave-Mortalidade materna,tendência,complicações da gravidez, fecundidade, saúde reprodutiva

Abstrat

The objective of this study was to analyze trends and epidemiological profile of maternal mortality in the municipality of Rio de Janeiro and sub-areas in the period 1960-1990 and contribute to planning the assistance to women's reproductive health. Data sources were the publications and list of the Secretary of State for Health in the period 1960-1978 and the Mortality Data System of the Ministry of Health, from 1979 onwards. Live births data were from the Annual Report of Statistics and Civil records of IBGE. Analyses were performed by grouping the data into five-year periods. Results The study highlights the decline of 70% of maternal mortality, which increased from 180.14 to 52.41 deaths per 100,000 live births (lb), considering the whole period of 30 years. Our mortality rates, even without correction of underreporting, are similar to developed countries in the decade of 50/60. We also noticed a change in the profile of causes. In the early 60's, hemorrhage that occupied the first cause, now represent the third most frequent cause. Currently, the leading cause of maternal death is toxemia, followed by puerperal complications. When we analyzed rates by area of residence, Planning Area 2 (AP2), that had the highest social- economic level, had the lowest mean mortality rate for the period, 60.34 deaths per 100,000 live births. The highest rate was observed in AP1, corresponding to the administrative regions of Central and Harbour area and is happened probably due to invasion of deaths from other regions and municipalities. It was noted a higher mortality even in extreme ages. It was also discussed the fertility impact in maternal mortality reduction.

Key words Maternal mortality,trends, pregnancy complications, fertility, Reproductive health

SUMARIO

CAPÍTULO I: 1. Introdução	1
2. Objetivos	4
CAPÍTULO II: Revisão Bibliográfica	6
➤ O conceito de Mortalidade Materna	6
➤ O indicador de Mortalidade Materna	9
➤ Determinantes da Mortalidade Materna	16
➤ Aspectos da Mortalidade Materna no Brasil	27
➤ Situação Internacional da Mortalidade Materna	39
CAPÍTULO III: Metodologia	47
CAPÍTULO IV: Resultados e Discussão	57
CAPÍTULO V: Considerações Finais e Recomendações	98
Bibliografia	114
Anexos	112

CAPÍTULO I

I.1. - INTRODUÇÃO

O óbito de uma mulher, devido a uma causa relacionada à maternidade, é hoje um fato considerado inaceitável, principalmente se levarmos em conta que este óbito, na maioria das vezes, poderia ter sido evitado. A sua ocorrência representa o final da linha de uma rede complexa de eventos, que abrangem desde determinantes mais gerais como o nível de concentração de renda e o desenvolvimento de políticas sociais de cada época e região, até aspectos mais proximais como a percepção por parte da mulher, de sua própria saúde, e o acesso à serviços de assistência médica de qualidade, tanto para as grávidas e puérperas, quanto para aquelas mulheres que desejam o controle da sua fecundidade.

A morte materna é um evento de grande impacto social, pois a perda da vida desta mulher desencadeia uma desestruturação familiar, ameaçando a sobrevivência do recém-nascido e dos seus irmãos, pela ausência desta mãe. Numa determinada área rural de Bangladesh, foi constatado que apenas 5% das crianças nascidas de mães cuja causa de morte foi materna, sobrevivem após um ano de idade (Chen, 1974 citado por Winnikoff & Sullivan, 1987).

Durante muito tempo, pouca atenção foi dada a este acontecimento, talvez porque pensando em termos de números absolutos, torna-se difícil dimensionar a extensão do problema. Mas, a partir do momento em que se realizaram estudos sobre a epidemiologia da Mortalidade Materna e as suas repercussões sociais foi possível reconhecer a existência de uma situação dramática, até então silenciosa.

A “Década da Mulher”, promovida pela Organização Mundial de Saúde, entre 1976 e 1985, possibilitou o incentivo a várias investigações sobre o tema, reconhecendo a gravidade dos problemas ligados à maternidade e a urgência das suas soluções. (Armstrong, 1989).

A Conferência Mundial sobre “Maternidade sem Risco”, ocorrida em Nairobi, 1987, teve como objetivo “centrar a atenção de todos na mortalidade materna e também mobilizar uma ação imediata e concentrada nos planos nacional e internacional, para impedir que se prossiga esta tragédia de meio milhão de mortes por ano” (Starrs, 1987).

Nestes encontros foram apresentadas estimativas da taxa de mortalidade materna por região do mundo, evidenciando que os níveis de mortalidade dos países em desenvolvimento são cerca de 15 vezes maiores que dos desenvolvidos, acompanhando de maneira inversa a distribuição da riqueza, como se evidencia na discussão sobre estratégias de desenvolvimento econômico e saúde da mulher e da criança (Uyanga, 1990). (Figura 1)



Estas diferenças colocam explícito o caráter evitável daquelas mortes, na medida que exista a disponibilidade do conhecimento e tecnologia apropriados de atenção à saúde e um bom padrão sócio-econômico da população.

Poderia se dizer que a realização destas conferências e investigações coincidiram ou foram resultados do aparecimento em alguns países do movimento de mulheres organizadas por um tratamento social mais justo. Esta participação também foi decisiva para a incorporação do conceito de Assistência Integral à Saúde da Mulher e na reivindicação da Saúde Reprodutiva enquanto um Direito e não uma estratégia para o controle do crescimento populacional. Estes aspectos são fundamentais para qualquer iniciativa que vise reduzir a mortalidade materna.

Dentro deste ponto de vista, o Conselho Nacional de Direito da Mulher respondendo à Campanha de Prevenção da Morbimortalidade Materna de 1988/1989, promoveu o

Encontro Nacional de Saúde da Mulher. Explicitou-se o caráter político da questão, e a sua dependência de transformações sociais mais amplas, que “acabem com a miséria, a desnutrição e a subordinação da mulher, dando-lhes condições concretas de decidir se quer ter filhos e, no caso de o desejar, não ter de pagar com a vida a concretização deste desejo” (Barroso, 1989). Além da Mortalidade materna, foram abordados temas de extrema relevância como assistência ao parto e a questão dos partos cesáreos, o aborto e a contracepção no Brasil.

Nesta época, realizaram-se também seminários regionais, promovidos pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a mortalidade materna e incentivar a criação dos Comitês de Prevenção entre os profissionais de saúde ligados a esta área. O principal saldo desta mobilização nacional foi certamente o surgimento dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna em São Paulo (1988), no Rio de Janeiro (1988), Paraná (1989), no Ceará (1992) e Distrito Federal (1993). A partir daí, os outros estados tem debatido a possibilidade de num período breve organizarem os seus comitês.

Apenas nos estados do Paraná e principalmente em São Paulo vêm se realizando trabalhos regulares, trazendo importantes subsídios para uma avaliação local e para sugestão de adequadas medidas para redução do problema.

Em relação ao Rio de Janeiro, este processo se encontra bastante atrasado, pois as tentativas de organização do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna esbarram constantemente na permanente crise política do estado, em particular, na do setor público de saúde, prejudicando a continuidade dos trabalhos.

Além disso, embora haja pouca informação sobre o quadro da Mortalidade Materna no estado, as estimativas apontam para uma taxa de 5,6 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos (1988), considerada elevada, principalmente se levarmos em conta que se tratam de dados oficiais. Observou-se que o risco de uma mulher vir a morrer por uma causa associada ao ciclo gravido na capital era 1,5 vezes menor do que nos demais municípios do estado (Silva, 1992). Neste trabalho foram analisadas as

taxas de mortalidade do estado e do município do Rio de Janeiro, durante 10 anos (1977-1987).

Diante deste quadro, tivemos despertada a curiosidade de conhecer como este indicador se comportaria se o estendêssemos para o passado e até o presente o período de análise, buscando identificar alguma mudança no padrão da Mortalidade Materna e sugerir a que fatores tais transformações poderiam estar relacionadas. Suscitou também o interesse de trabalhar com áreas geográficas menores, procurando captar suas especificidades, para possibilitar uma intervenção mais concreta.

Este trabalho vem se somar ao esforço da Secretaria Estadual de Saúde, através do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, para se retomar o funcionamento do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, que se encontra totalmente desarticulado.

Junta-se também à Coordenadoria de Informação, cujo Departamento de Dados Vitais vem sistematicamente divulgando dados sobre indicadores de mortalidade. Existe uma expectativa de que as análises realizadas pelos municípios venham retroalimentar o sistema, melhorando a qualidade das informações produzidas.

Recentemente, no município do Rio de Janeiro, os profissionais responsáveis pelo Programa de Saúde da Mulher vêm se preparando para desenvolver uma investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, com destaque para aqueles que possivelmente se associam às causas maternas.

O conhecimento da distribuição espacial das causas de óbitos por complicação da gravidez, do parto e do puerpério e da sua evolução no período de 1960 à 1990, no município do Rio de Janeiro, visa corresponder a uma necessidade urgente de planejar a assistência à saúde da mulher nesta cidade, servindo como uma referência para todo o estado. O comportamento da Taxa de Mortalidade Materna nas áreas de Planejamento pode subsidiar a definição de áreas prioritárias para alocação de recursos, e para monitoramento da qualidade da assistência médica prestada.

I.2. – OBJETIVOS

- OBJETIVO GERAL:

Analisar o perfil epidemiológico da Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro e nas suas áreas de planejamento no período de 1960 à 1990.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever a evolução da taxa de Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro e nas suas áreas de planejamento no período selecionado.

Identificar as principais causas de Mortalidade Materna no período.

Determinar os grupos etários com maior risco de morrer por causa associada ao ciclo reprodutivo.

Estabelecer as áreas de planejamento com maior Mortalidade Materna.

Discutir o papel de fatores sócio-econômicos como nível de renda e escolaridade na distribuição espacial dos óbitos maternos.

Identificar fatores que possam estar relacionados ao perfil epidemiológico existente.

CAPÍTULO II: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

II.1. – CONCEITO DE MORTALIDADE MATERNA: CONTROVÉRSIAS

O processo de reprodução, embora sendo fisiológico, traz consigo algum nível de risco para a saúde e para a vida da mulher, risco este que muitas vezes não pode ser eliminado, nem previsto. Mas esta parcela é pequena, pois grande parte das complicações passíveis de surgir durante a evolução da gravidez, do parto e do puerpério, desde que detectadas precocemente e tratadas apropriadamente, previnem o óbito materno. (OMS, 1985)

O conceito de óbito materno adotado aqui é o recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que considera como Morte Materna “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, porém não devido a causas acidentais ou incidentais”.

Correspondem as afecções descritas no Capítulo XI da Classificação Internacional de Doenças (9ª Revisão): Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério. (OMS, 1978)

A Mortalidade Materna pode ser classificada em dois grupos:

- A Morte Obstétrica direta: aquela resultante de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devido a uma cadeia de eventos resultante de qualquer das causas acima mencionadas.

- A Morte Obstétrica indireta: “aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos”. (OMS, 1975)

Esta definição de Morte Materna vem sendo criticada, pois não contribui para o conhecimento de todos os óbitos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, principalmente ao restringir o período pós-parto a 42 dias e ao não incluir as causas maternas não-obstétricas.

Entende-se por causas não-obstétricas, as causas acidentais ou incidentais relacionadas com patologias, que até o momento supõe-se que tenham o seu agravamento independente do processo de gestação. (OMS, 1975)

Existem algumas definições alternativas. Assim, por exemplo, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia define como óbito materno toda morte feminina ocorrida entre a gravidez e o puerpério, portanto um conceito mais amplo que o definido anteriormente. Esta informação pode ser importante para países que foram bem sucedidos na redução das causas diretas e indiretas.

Basicamente, apenas as investigações de óbitos permitem identificar a presença de gravidez recente em mulheres, que morreram por causas diferentes da materna. Na França e nos Estados Unidos, cerca de 10% dos óbitos com história de gravidez estão neste grupo. (Bouvier-Colle, 1991; Rochat, 1988)

Em relação ao período pós-parto, um trabalho pioneiro em nosso país, realizado em São Paulo, em 1986, a partir de investigações domiciliares e Hospitalares, verificou que 11% das mortes por causa materna ocorreram no período posterior aos 42 dias após o parto e antes de um ano (Laurenti, 1988).

Nos últimos anos, os recursos do tratamento intensivo estenderam o tempo de sobrevivência da mulher nos casos maternos graves. Prevendo estes casos, a Décima Revisão, da Classificação Internacional de Doenças, já aprovada em reunião internacional e que deverá ser implantada no próximo ano, incorporou duas novas categorias:

- Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre entre 42 dias e 1 ano, após o parto.
- Seqüelas de causas obstétricas diretas, morte por qualquer causa obstétrica direta que ocorra um ano ou mais, após o parto. (OMS, 1992)

Apesar de considerarmos pertinentes a ampliação do conceito, não será possível incorporá-la no nosso trabalho, pois tais informações não estão disponíveis nas atuais Declarações de óbitos, fonte primária na qual baseamos nosso estudo.

II.2. – O INDICADOR DA MORTALIDADE MATERNA

O indicador mais usual nos estudos sobre o tema é a Taxa de Mortalidade Materna. Enquanto um indicador de saúde, possibilita avaliar a qualidade da assistência médica prestada às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. Porém, o estudo do seu comportamento em diferentes períodos e lugares, permite afirmar que ele ultrapassa os limites de um simples indicador de saúde, tornando-se em uma medida indireta das condições sócio-econômicas.

Quando as mortes maternas são analisadas, questões relacionadas ao conjunto da saúde reprodutiva feminina devem ser necessariamente abordadas, dentre elas citamos o problema do aborto e do uso de métodos contraceptivos e dos seus riscos correlatos.

A taxa de Mortalidade Materna constitui, portanto, importante instrumento para avaliar a saúde reprodutiva, apesar de restringir-se ao risco obstétrico.

O indicador de Mortalidade Materna vem sendo referido por inúmeros autores como Razão de Mortalidade Materna. (Atrash, 1990; Koenig, 1988; Dorfman, 1990) De fato define-se uma Razão, quando o numerador e denominador se referem a objetivos diferentes, e um não está incluído no outro. Já o conceito de taxa está associado à mudança de uma situação, em um determinado tempo e lugar, e equivale a uma medida de velocidade de um processo. (Elandt-Johnson, 1975)

Nossa medida se enquadra mais adequadamente nesta definição de Razão porque, enquanto no numerador são computados todos os óbitos maternos ocorridos num determinado período, no denominador não estará o conjunto da população de risco (todas as mulheres grávidas ou puerpéras dentro deste mesmo período) e sim o total de nascidos vivos. Considerando implicitamente que cada recém-nascido corresponderia uma mãe. Para calcularmos a população, seria necessário ter acesso a

um dado fidedigno sobre os abortos e natimortos, informação esta não é registrada na maioria dos países.

Por isso, convencionou-se considerar apenas os nascidos vivos como uma “proxy” (variável substituta) daquela população em risco num determinado momento e a partir daí, definir o indicador enquanto uma taxa.

Assim, escreve-se:

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA* = $\frac{\text{nº de óbitos maternos}}{\text{nº de nascidos vivos}} \times 100.000$

*(para um dado período e região geográfica)

Fortney (1987) também critica esta definição e sugere que a verdadeira taxa de Mortalidade Materna deveria contemplar o risco de uma mulher em idade fértil vir a morrer por uma causa materna e, para isto, propõe que no denominador estejam todas as mulheres na faixa etária de 15-49 anos, o que corresponde a taxa específica de mortalidade por causa materna para o grupo de mulheres em idade fértil. (TMECM) Este indicador seria uma medida-resumo da prevalência da gravidez – taxa de Fecundidade Geral – e do risco de morrer como resultado desta gravidez (Taxa de Mortalidade Materna – TMM), como também sugere Trussel (1984):

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR CAUSA MATERNA (TMECM) = $\frac{\text{número de óbitos maternos}}{\text{mulheres em idade fértil}} \times 10^5$
--

Dividindo-se o numerador e o denominador pelo mesmo número, no caso pelo número de nascidos vivos, teremos:

TMECM = $\frac{\text{Nº de óbitos maternos} / \text{Nº de nascidos vivos}}{\text{mulheres em idade fértil} / \text{número de nascidos vivos}} \times 10^5$

TMECM = $\frac{\text{número de óbitos maternos}}{\text{número de nascidos vivos}} \times \frac{\text{número de nascidos vivos}}{\text{mulheres em idade fértil}}$
--

Portanto, o primeiro fator representa a Taxa de Mortalidade Materna e o segundo fator corresponde a Taxa de fecundidade Geral (nº de nascidos vivos / mulheres em idade fértil), para um dado período e região, temos então a relação entre Taxa de Mortalidade Específica por causa Materna e a Taxa (Razão) de Mortalidade Materna.

TMECM = TAXA DE MORTALIDADE MATERNA x TAXA DE FECUNDIDADE

Ao sintetizar estes dois aspectos em um único indicador (TMECM), fica-se limitado na interpretação dos resultados, quando se compara diferentes áreas, pois se ganhamos em conhecer o risco na população feminina como um todo, perdemos em identificar a que aspecto atribuir um determinado nível de mortalidade específica por causa materna. Apesar de muitos dos fatores intermediários da fecundidade serem comuns ao da mortalidade materna, existe um aspecto – a Assistência Obstétrica - , exclusivo da Mortalidade Materna, que define a sua magnitude. Isto é, uma situação onde a taxa de Mortalidade Específica por Causa Materna é elevada, poderia ser resultado de uma taxa de Mortalidade Materna alta e uma taxa de fecundidade baixa ou vice-versa. Qual fator seria preponderante: a alta fecundidade ou a alta Mortalidade Materna? Que medida seria mais eficiente: o planejamento familiar ou a assistência obstétrica?

Para o Brasil, consideramos necessário manter o indicador tradicional de Mortalidade Materna; torna-se porém urgente começar a trabalhar com indicadores que meçam outros tipos de risco reprodutivo.

II.2.1. O SUBREGISTRO

Para um estudo comparativo, os dados de mortalidade materna devem ser olhados criticamente, e ser considerada a qualidade dos sistemas de informação onde foram gerados. Na maioria dos países, as taxas se encontram subestimadas, e acredita-se que quanto mais grave a situação, maior o nível de notificação. Mas não se deve pensar entretanto que este problema seja exclusivo dos países periféricos.

Num estudo sobre o subregistro de óbitos maternos na França, constatou-se que dos 54 casos ocorridos de dezembro/1988 a março/ 1989, apenas 24 eram do conhecimento do Registro Nacional de Causa de Morte, correspondendo a um desconhecimento de 56% do total ocorrido (Bouvier-Colle, 1991).

Em Nova Iorque, apesar de já funcionar desde 1983/1984, um sistema de rotina para identificação do óbito materno através de um campo específico da Declaração de Óbito (D. O.), a partir de outros métodos como revisão da D. O. E de prontuários médicos, foi possível detectar 14% de óbitos maternos a mais (Allen, 1991).

No Brasil, estimou-se em 1980 que, se todos os municípios informassem regularmente suas estatísticas de mortalidade, a taxa de mortalidade materna corresponderia a 154,3 óbitos para 100.000 nascidos vivos. Segundo os dados oficiais, esta taxa não ultrapassou 70 óbitos por 100.000 (Siqueira, 1980).

Em relação aos estados, investigações revelaram cerca de metade dos óbitos maternos no município de São Paulo e no Paraná não chegavam ao conhecimento das autoridades sanitárias (Laurenti, 1990; Braga, 1992).

No Rio de Janeiro, a informação sobre os óbitos maternos de 8 maternidades públicas, obtidas através do formulário denominado História Clínica Perinatal, foi comparada com uma listagem de óbitos maternos da área metropolitana com base nas Declarações de Óbitos, sendo evidenciado um subregistro de 68% dos óbitos (Russomano, 1989).

Como este resultado se refere apenas aos anos de 1987 e 1988, não podemos extrapolá-lo para toda a série estudada, sobretudo para os anos mais distantes, serve porém de alerta na medida em que provavelmente a tendência seja redução e não de aumento do subregistro com o tempo.

Sabe-se que, desde 1988, vem se desenvolvendo um trabalho sobre Mortalidade Materna no Departamento de Dados Vitais – SES, que repercutiu na equipe responsável pela classificação e codificação dos óbitos, fazendo com que fossem valorizadas todas as informações contidas nas Declarações de Óbito, identificando um número maior de causas maternas e, conseqüentemente, reduzindo o subregistro.

De qualquer modo, é provável que a situação real seja ainda: mais dramática do que será apresentada aqui, pois nos limitamos aos dados oficiais obtidos das Declarações de Óbitos.

De uma maneira geral, as causas de subregistro são:

- erro de seleção da causa básica pelos codificadores;
- preenchimento incorreto da Declaração de Óbito pelos médicos obstetras e clínicos que atendem a mulher com aborto, a gestante ou a puerpéra em casos de emergência ou agravamento do quadro de saúde;
- existência de regiões que informam irregularmente os óbitos ocorridos ao sistema de mortalidade.

No Brasil, o Sub-Sistema de Informação da Mortalidade apresenta cobertura insuficiente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. No Rio de Janeiro, pode-se atribuir o subregistro aos dois primeiros ítems, já que a cobertura dos municípios chega a 100%.

Estes fatores determinam que vários casos de abortos, hipertensão, hemorragias e infecção associados à gravidez, ao parto e ao puerpério permaneçam ignorados, sendo classificados em outros capítulos da Classificação Internacional de Doenças. Por isto,

alguns autores, como Laurenti (1988) e Allen (1991), sugerem uma lista de “Causas Maternas Presumíveis” definida como um conjunto de causas básicas de óbito em mulheres em idade fértil que poderiam indicar seqüelas diretas de causas maternas não declaradas¹. Em função da nossa experiência na codificação e investigação de Declaração de Óbito, destacaríamos as seguintes causas como freqüentemente associadas à complicações de gravidez, do parto e do puerpério enquanto causas terminais:

Septicemia, Pelviperitonite, Hemorragia Aguda, Coagulação Vascular Disseminada, Cardiomiopatia, Hemorragia Cerebral, Embolia Pulmonar, Choque Anestésico, Edema Agudo de Pulmão e Insuficiência Cardiorespiratória.

Estas afecções quando declaradas como única causa são classificadas no Capítulo I (Doenças Infecciosas e Parasitárias) e no Capítulo XVI (Sintomas, Sinais e Afecções mal definidas).

As investigações dos óbitos de mulheres em idade fértil realizadas pelos Comitês de Prevenção da Morte Materna constituem um passo importante para a redução do subregistro.

¹ Lembramos que a Declaração de Óbito reserva três linhas para determinação da causa morte, podendo-se descrever a causa direta da morte, a causa antecedente intercorrente e, por último, a causa antecedente básica. A Organização Mundial de Saúde define como causa básica, “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram à morte”. (OMS, 1975)

Para algumas, a investigação poderia se tornar viável caso se restringissem às causas maternas presumíveis, o que embora limitado traria uma importante contribuição para a qualidade da informação sobre a morte materna.

Acreditamos que a implantação do novo modelo de Declaração de Óbito, no qual o Ministério da Saúde atende a solicitação de diversos profissionais ligados a este tema e incorpora um campo específico – onde se indaga no caso de óbito feminino em idade fértil se a mulher estava grávida na hora da morte ou nos últimos 12 meses – poderá contribuir para melhor identificação do óbito materno. Cabe ressaltar que para isso deverá haver treinamentos, principalmente para os médicos dos Serviços de Obstetrícia e Emergência.

II.3. DETERMINANTES DA MORTALIDADE MATERNA

Baseados nos modelos propostos para o estudo da fertilidade e de sobrevivência de crianças menores de 5 anos, McCarthy & Maine sugerem uma estrutura de análise dos Determinantes da Morbimortalidade Materna para os países subdesenvolvidos. (vide Quadro1)

Este modelo visa resumir a discussão existente sobre o tema, organizando as causas da Mortalidade Materna em 3 níveis:

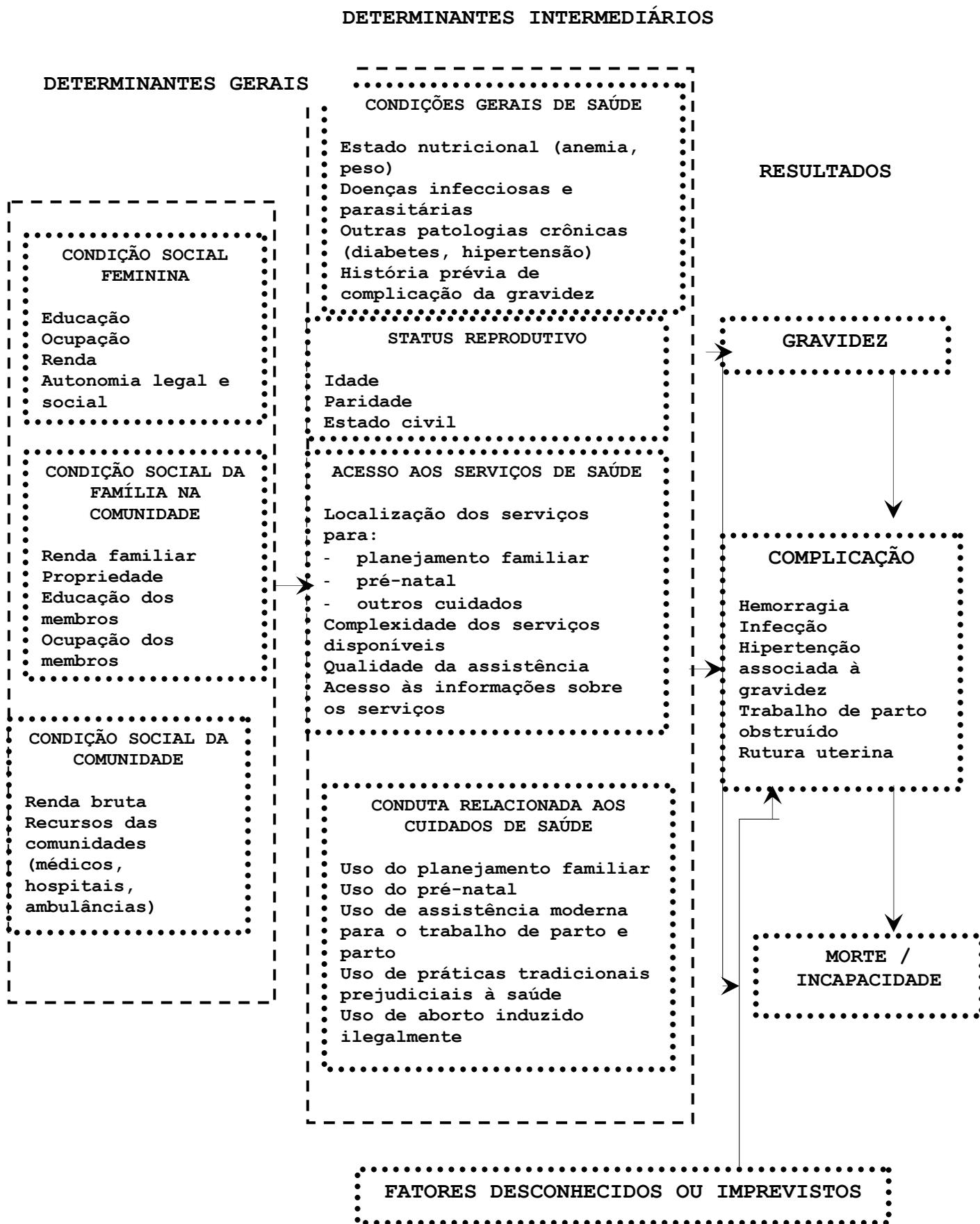
- A. **DETERMINANTES GERAIS**, onde estão situados os fatores culturais e sócio-econômicos.

- B. **DETERMINANTES INTERMEDIÁRIOS**, que correspondem aos aspectos relacionados à saúde geral da mulher, suas características reprodutivas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

- C. **“RESULTADOS”** (Outcomes), que seriam o produto da combinação dos dois níveis anteriores. Este nível corresponde à gravidez propriamente dita, sua complicação e a morte / seqüela grave.

QUADRO 1

ESTRUTURA DE ANÁLISE DOS DETERMINANTES DA MORTALIDADE / MORBIDADE MATERNA



FONTE: McCarthy J. & Maine, D. "A Framework for Analysing the Determinants of Maternal Mortality", Studies in Family Planning, 1992, 23 (1), 23-33.

II.3.A. DETERMINANTES GERAIS :

Ao nosso ver, as condições que definem o patamar de risco esperado para as mulheres no ciclo gravídico puerperal se localizam principalmente no nível de Determinação Geral.

Entre estas condições, destacam-se o nível de renda da população e a forma como esta renda é distribuída entre as diferentes camadas sociais. Além disso, são importantes os investimentos de recursos nas áreas sociais (educação, saúde, habitação) e o “status” da mulher na sociedade.

Diversos autores nacionais e internacionais já ressaltaram a relação existente entre pobreza e altas taxas de mortalidade, proporcionando grandes diferenciais entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Ozumba, 1988; Royston & Armstrong, 1991; Starrs, 1987; Pinto & Ribeiro, 1991).

Alguns indicadores selecionados a partir do Relatório sobre Desenvolvimento Mundial, de 1992, demonstram que apesar do impacto que o nível de renda exerce sobre a saúde feminina, observam-se grandes variações entre países de uma mesma faixa de renda (baixa, média, alta). Esta classificação baseia-se no Produto Nacional Bruto per-capita dos países. (tabela 1)

TABELA 1

Relação entre PNB "per capita" de diferentes países e alguns indicadores de saúde - anos 80

Renda US \$	País	Taxa de Fec.Total 1990	Hab./med 1984	% partos assist 1985	Taxa M.M. 1980
Menor 610 (baixa)	Nigéria	6.0	6.410	...	1.500
	Índia	4.0	2.520	33	500
	China	4.8	1.010	...	44
610 - 2.499 (média baixa)	Romênia	2.2	570	99	180
	Argentina	2.8	370	...	85
	Costa Rica	3.1	960	93	26
2.500 - 7.620 (média alta)	México	3.3	92
	Brasil	3.2	1.080	73	150
Maior 7.620 (alta)	Canadá	1.7	390	99	2
	Kuwait	3.4	640	99	18

Hab/med: nº de habitantes por médico

% partos assist.: Percentual de partos que recebem assistência médica

Taxa M.M.: Taxa de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos

Fonte: Relatório sobre o desenvolvimento mundial, Banco Mundial, 1992.

Vale comentar o caso da Costa Rica, que apesar de situar-se numa faixa de renda média baixa, apresenta uma taxa de Mortalidade Materna de 26 óbitos para cada 100.000 crianças nascidas vivas, uma das menores taxas da América Latina. Brasil e México, que possuem um padrão de renda mais elevados apresentam, respectivamente, taxas de Mortalidade Materna cerca de seis e quatro vezes maiores que a de Costa Rica.

Outros fatores repercutem sobre a relação entre pobreza e mortalidade. No exemplo da Costa Rica, destaca-se o papel dos investimentos realizados pelo governo em políticas sociais. No contexto latino americano, Costa Rica é o país que dedica maior proporção da despesa do governo central à Saúde (32%), enquanto que o Brasil reserva apenas 6,7% e o México 1,9%, na década de 80. Deve-se atentar que não estão sendo informados aqui os investimentos dos governos estaduais e municipais (Banco Mundial, 1993).

Porém, ainda são raros os trabalhos que analisam as variáveis sócio-econômicas e suas respectivas influências sobre a Mortalidade Materna, dentro de uma mesma população (Volocho, 1992; Dorfman, 1990).

Dorfman (1990) identifica uma taxa de mortalidade materna 4 vezes maior na população negra de Nova Iorque (1981 – 1983) em relação à população branca. Ele sugere que as minorias raciais não recebem assistência médica adequada e não desfrutam de boa saúde, concluindo que “o poder aquisitivo e a educação ditam a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde oferecidos e isto é mais decisivo do que a cor da pele”.

Volochko(1992) observa uma diferença de perfil de classe social entre as mortes diretas e indiretas ocorridas em 1988, na região SUS4 de São Paulo. Existe uma maior proporção de mulheres da pequena burguesia² falecendo de causas indiretas do que de causas diretas.

Ainda dentro dos determinantes gerais, e agravando a situação do baixo desenvolvimento sócio-econômico, existem as questões relacionadas ao nível educacional e à discriminação social sofrida pelas mulheres, que as colocam em termos de saúde numa situação desprivilegiada.

Quanto ao nível educacional, é reconhecido o seu impacto sobre a mortalidade materna. A educação age prevenindo o óbito através de diversos mecanismos e sendo que sua influência sobre a utilização dos serviços de saúde, um dos mais importantes. Num inquérito realizado na Etiópia, em 1983, destacou-se que a assistência pré-natal era 2,5 vezes mais freqüente em mulheres alfabetizadas do que analfabetas (Kwast, 1988).

Analisando fatores de risco para os óbitos associados a causas maternas ocorridos na Nigéria (1989-1991), verificou-se que o risco de morte para mulheres com instrução primária ou secundária equivalia aproximadamente a um terço do risco de mulheres analfabetas (Okonofua, 1992). Na Jamaica, a frequência de morte por hemorragia e toxemia era 4 vezes maior para mulheres com instrução primária em relação àsquelas de nível secundário (Golding, 1988).

Adetoro (1987) refere que numa revisão de óbitos maternos em um Hospital Universitário da Nigéria, dos 87 casos de rutura uterina em admissões de emergência, 72 casos correspondiam a mulheres analfabetas.

Quanto à discriminação da mulher, pode-se evidenciá-la quando os padrões femininos educacionais, de renda salarial, de atividade profissional e de autonomia social e legal são comparados com os padrões masculinos.

Segundo a publicação “Mulheres Latino Americanas em Dados”(Flacso, 1993), comparando com outros países da America Latina, no Brasil se encontra uma maior diferença salarial entre os sexos. Em 1988, a média salarial do conjunto do país para os homens representava mais que o dobro da média feminina.

Nos últimos anos, embora as mulheres tenham elevado seu nível educacional, elas permanecem discriminadas de forma generalizada no mercado de trabalho. Mas, certamente aquelas das faixas de renda inferiores, sentem mais intensamente os prejuízos deste tipo de discriminação sobre a sua saúde. Os nossos elevados índices de mortalidade materna corroboram esta afirmação.

Embora faça parte do referido modelo, optamos por não discutirmos aqui o componente familiar dos determinantes gerais, pois atribuímos a ele um papel secundário, quando comparado com os outros dois componentes: renda e recursos da comunidade e condição social das mulheres. Porém, destacamos que no Brasil, uma importante parcela (18%) das famílias são chefiadas por mulheres e que mais da metade (61%) deste grupo tinha renda menor que um salário mínimo. (FIOCRUZ, 1986)

II.3.B. DETERMINANTES INTERMEDIÁRIOS

Estes determinantes estão relacionados com a morte e a complicação da gravidez de uma forma mais direta. Correspondem às expressões e particularidades dos determinantes anteriores no nível geral.

Os determinantes intermediários foram classificados em seis grupos

II.3.C. CONDIÇÕES GERAIS DA SAÚDE DA MULHER

Patologias pré-existentes podem induzir a uma situação de gravidez de alto risco. As cardiopatias, as doenças infecciosas, anemias e desnutrição so as patologias que, com maior frequência, complicam a evolução da gestação.

Destacamos a doença cardíaca, porque é descrita como sendo o principal grupo de enfermidade associado às causas obstétricas indiretas. Um estudo sobre doença cardíaca na gravidez numa maternidade paulista, referência para o Estado de São Paulo e para o país, detectou que do total de 16.423 pacientes grávidas, internadas no período de 1979 a 1989, 694 tiveram o diagnóstico de gravidez associada a cardiopatia. Metade destas cardiopatias tinham etiologia reumática, enquanto 20% era de origem chagásicas, correspondendo a uma letalidade de 1,7% (12/694). Nesta casuística, a cardiopatia constituiu a Segunda causa de morte materna. (Feitosa, 1991)

Sem dúvida, esta proporção ultrapassou o que se encontra na população geral, pois trata-se de uma instituição que atrai maior número de pacientes “de risco” nesta área. Por outro lado, estas gestantes cardiopatas têm acesso a uma assistência de melhor qualidade, o que contribui para a redução do risco de morte.

II.3.B.2. STATUS REPRODUTIVO

Talvez as condições reprodutivas sejam aquelas cuja a associação com a mortalidade materna esteja melhor estabelecida. Vários trabalhos descrevem o aumento da

Mortalidade Materna tanto nas mulheres primíparas quanto nas de alta paridade. Também é bastante conhecida a relação existente entre a ocorrência do maior número de óbitos em idades extremas. (OPS, 1985; Trussel & Plebey, 1984)

Em Bangladesh, a análise do efeito da paridade sobre a saúde materna permitiu identificar um maior risco para as primíparas (720 óbitos por 100.000 n.v.), independentemente da idade; para as mulheres com 2-3 gestações, este risco caiu à metade. (Chen, 1974 citado por Trussel & Plebey, 1984)

O risco mais elevado se concentra em primeiro lugar na faixa etária acima de 35 anos, e em segundo lugar entre as mulheres mais jovens, abaixo de 20 anos. De modo geral, este resultado se repete para diferentes países e períodos (OPS, 1988) (Tabela 2).

TABELA 2

Taxa de mortalidade materna específica por idade em diferentes países e períodos

País e Ano	Idade da mulher					
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	Maior 40
México						
1961-1963	204.2	128.4	127.7	196.3	280.2	384.3
1970-1972	136.0	85.9	100.7	142.6	232.0	246.2
EUA						
1951-1953	51.7	34.5	45.0	78.0	137.8	269.5
1970-1972	13.7	9.2	13.5	25.1	55.2	85.2

Fonte: Publicação Científica n° 488, OPS, 1985.

Na população americana, a mortalidade materna em negras e brancas também seguem esta tendência geral: maiores taxas nas faixas extremas. Todavia, na medida que aumenta a idade, crescem os diferenciais entre os dois grupos, com a taxa entre negras de 20-24 anos aproximando da taxa de mortalidade de brancas de 35-39 anos (Atrash, 1990).

Gestações em idades extremas e a alta paridade estão fortemente associadas ao padrão sócio-econômico, o que dificulta determinar o efeito isolado de cada fator.

II.3.B.3. – O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

O conhecimento médico necessário para prevenir o óbito materno já se encontra disponível e desenvolvido: antibióticos para controle de infecção, transfusão sangüínea para o controle das hemorragias, técnicas cirúrgicas seguras para a cesariana, terapia intensiva no tratamento de choque e métodos contraceptivos para aquelas mulheres que não desejam ou não podem engravidar.

A alocação de serviços de saúde favorece em geral as áreas que concentram mais recursos econômicos. Nesta distribuição desigual, as mulheres de menor poder aquisitivo, que geralmente apresentam maior risco, têm menos acesso à assistência médica. Este fato ocorre em vários níveis, inclusive nos níveis menos complexos, como pré-natal. Todavia, torna-se mais grave quando a gestação se complica e se faz necessário um atendimento no nível secundário ou terciário.

A qualidade da assistência oferecida é fundamental, pois quando inadequada, pode não ser capaz de evitar o óbito nos casos de complicação do processo reprodutivo e, pior do que isso, pode transformar situações de baixo risco, em óbito.

Em relação à contracepção, existe um pequeno número de serviços de planejamento familiar no Brasil, oferecendo com regularidade os diferentes métodos. Além disso, há casos de mulheres que fazem uso inadequado de métodos contraceptivos. (Costa, 1989) Em consequência destas limitações, mulheres que engravidam e não desejam ter filhos tendem a recorrer ao aborto clandestino realizado em clínicas ou por curiosos, e à ingestão de drogas com efeito abortivo, o misoprostol conhecido comercialmente como “Citotec” (Costa, 1993). Ambas opções podem causar sérios danos a sua saúde.

II.3.B.4. – UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E QUESTÕES CULTURAIS RELACIONADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O uso de serviços de saúde associa-se fortemente à sua capacidade de atender às necessidades da população. Quando um serviço pré-natal está associado a uma maternidade e oferece garantia de um leito no momento do parto, este serviço tende a ter uma maior produtividade e efetividade em função da maior demanda e da sua resolutividade.

Os aspectos culturais influenciam também a utilização dos serviços. Em determinadas regiões, do mundo e mesmo em algumas regiões brasileiras o trabalho das parteiras desfruta de maior prestígio do que o de profissionais formalmente treinados, e determinados conceitos estabelecem barreiras para a procura de assistência. Em áreas rurais do Nordeste brasileiro ainda continua grande o número de nascimentos assistidos por parteiras, correspondendo a dois terços dos partos (Bailey, 1991). Porém, nas grandes e médias cidades, o papel da parteira vem perdendo relevância social.

II.3.B.5. – FATORES DESCONHECIDOS OU IMPREVISTOS

Existem situações onde, embora sejam oferecidos todos os cuidados, ocorre a evolução da gravidez para o óbito, sem que algo possa ser feito para conter o processo. Sua causa fica desconhecida, apontando para a necessidade de identificar novos fatores, abrindo possibilidade de investigação de aspectos de ordem mais subjetiva. As limitações do conhecimento médico atual, entretanto, ainda nos obrigam a conviver com este tipo de óbito, mesmo em países desenvolvidos.

II.4. – ASPECTOS DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Num trabalho pioneiro sobre a Mortalidade Materna no Brasil, Arkader (1969) obteve através de questionários enviados a maternidades do país, informações sobre o número e as causas de Mortes Maternas ocorridas entre 1965-1966. Com 50,8% de respostas, seus resultados constituem numa importante referência para o conhecimento do perfil epidemiológico da Mortalidade Materna no país, assim como da sua evolução, pois não se encontram disponíveis informações sobre causas específicas para a década de 1960.

Como o autor trabalha com um indicador cujo numerador é o número de óbitos maternos, e o denominador se compões pelo número total de partos, a taxa de 18,6 por 10.000 partos para o Brasil, é substancialmente menor que aquela taxa cujo denominador se limita aos nativos, uma vez que o total de partos incluídos abortos e natimortos.

Do seu relato, destacamos as seguintes conclusões:

- A região Norte apresentou a maior taxa de Mortalidade Materna do país (Tabela 3).
- A primeira causa de morte materna no país e nas regiões geográficas correspondeu às hemorragias, com um percentual variado de 35% (Região Sudeste) a 43,5% (Região Norte). Dois terços destes óbitos ocorreram em mulheres acima de 30 anos.
- O segundo lugar foi ocupado pelas Toxemias com uma freqüência de 16%, também mais comum na Região Norte e menos freqüente na Região Sul. Dentre os grupos de causas estudados, a Toxemia apresentou a menor média de idade, 27 anos.
- Em terceiro lugar, correspondendo a um percentual de 14%, apareceram as Infecções, também mais freqüentes em mulheres jovens e constituindo a Segunda causa na região Nordeste.

Dentre as considerações gerais, Arkader ressalta a relação existente entre a diferenciação sócio-econômica e a Mortalidade Materna, demonstrada através da comparação com os índices regionais de renda “per-capita” das diferentes regiões. (Tabela 3)

Além disso, destaca que a “assistência obstétrica permanece estagnada numas regiões, enquanto que em outras está em evidente progresso”.

Tabela 3

Taxa de óbitos maternos por parto e Renda “per-capita”*, nas regiões brasileiras em 1965-1966.

Região	Taxa de óbito materno (x 100.000 partos)	Renda “per-capita”
Norte	333.3	311.54
Nordeste	269.0	232.87
Sudeste	110.0	753.71
Sul	115.0	545.21
Centro-Oeste	-	361.66

Fonte: Adaptado a partir dos dados obtidos por Arkader (1969) valores nominais em NCr\$ (1966)

Obs.: Na região Centro-Oeste a informação remetida não foi considerada válida.

Torna-se difícil estabelecer comparações entre os dois trabalhos no que diz respeito à magnitude das taxas, na medida que avaliam dimensões diferentes da mortalidade materna.

Destacamos, porém, a relevância da discussão sobre a distribuição das causas maternas. A partir de 1980, nota-se a importante alteração: a hipertensão associada à gravidez, parto e puerpério, correspondente ao grupo das toxemias, ocupava o segundo maior número de mortes maternas no conjunto do país. Mas, se analisarmos estas causas por grupo etário, identificaremos uma concordância com os achados de Arkader, a hipertensão e a infecção predominando no grupo mais jovem (menos de 20 anos), enquanto a hemorragia continua atingindo as mulheres mais velhas, acima de 30 anos.

Uma série histórica da mortalidade nas capitais brasileiras, de 1930 até 1980, publicada no RADIS (1984), possibilitou perceber que a mortalidade proporcional por causa materna vem diminuindo ao longo do tempo, exceto na década de 80. Este fato foi justificado por Paula (1991), como conseqüência da expansão da assistência

médica da década de 70, trazendo melhor qualidade à informação, e por consequência diminuindo o subregistro. Acreditamos que a implantação do Sistema de Informação de Mortalidade, nesta década também tenha tido um papel decisivo, melhorando a informação. (Tabela 5)

Também Siqueira (1984), quase 20 anos depois, ao analisar a situação da Mortalidade Materna no Brasil, observou grandes diferenciais entre as regiões do país, persistindo porém, em todas elas, uma elevada taxa de Mortalidade Materna, apesar do subregistro de cerca de 50% nas estatísticas oficiais. O autor considera que seria possível reduzir estes óbitos através da plena utilização das técnicas e recursos, já disponíveis em nosso meio.

A menor taxa encontra-se na região Sul, onde estima-se a ocorrência de 92,3 óbitos para cada 100.000 crianças que nascem vivas (n. v.); a maior permanece na região Norte, representando um risco de Mortalidade Materna aproximadamente 4 vezes maior do que na Sul. Se fôsse considerado o subregistro, estes valores provavelmente duplicariam (Tabela 4).

Tabela 4

Mortalidade Materna no Brasil e nas suas regiões - 1980		
Regiões	Taxa de Mortalidade Materna	
	Oficial	Estimada*
Norte	143.0	337.7
Nordeste	55.0	228.5
Sudeste	72.0	83.2
Sul	72.0	92.3
Centro-Oeste	69.0	144.2

Fonte: Siqueira, 1984

* considerando os subregistro específicos de cada região

Tabela 5

Mortalidade proporcional* por Complicações da Gravidez do Parto e do Puerpério - Brasil e Rio de Janeiro - 1930 - 1980						
	1930**	1940	1950	1960**	1970	1980
Brasil	1.0	0.95	0.66	0.60	0.30	0.32
RJ	1.2	0.97	0.83	0.60	0.21	0.20

* Calculada como o percentual de mortes maternas em relação ao total de óbitos.

Fonte: Paula, 1991

**RADIS, 1984

Pinto & Ribeiro (1991) referiram uma queda de 25,6% na taxa de mortalidade materna do Brasil, no período entre 1979 e 1985, embora ressaltem que estas taxas ainda permanecem elevadas. Chamam também atenção para evitabilidade da maioria destes óbitos.

Vários autores já haviam apontado para o caráter evitável da Mortalidade Materna (Taucher, 1982; Darney, 1988). Uma comissão de trabalho da Comunidade Européia vem discutindo as variações geográficas de um conjunto de patologias consideradas evitáveis, incluindo as causas maternas neste conjunto (Paul, 1989).

Um dos primeiros estudos sobre a evitabilidade dos óbitos maternos foi realizado pela Academia de Medicina de Nova Iorque, por um comitê de obstetras, em 1930-1932. Ao analisar a qualidade da assistência médica, a comissão explorou também aspectos sociais com grande sensibilidade, demonstrando que desnecessárias perdas de vida estavam ocorrendo. Como resultado, concluiu que 36% dos óbitos ocorridos não eram preveníveis de acordo com a tecnologia disponível naquele momento, 17% eram preveníveis por causas atribuídas à própria paciente e 47% eram evitáveis por ações atribuídas aos médicos ou parteiras. Ao responsabilizar as pacientes, os especialistas reconheciam que geralmente estas mulheres eram vítimas da pobreza e da ausência de educação, questões basicamente sociais (Donabedian, 1982).

Posteriormente, outros países reproduziram esta experiência, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna. No Brasil, os comitês de Mortabilidade Materna têm aplicado metodologia semelhante, ao investigar os óbitos relacionados às complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Discute a possibilidade deste óbito ser evitado e atribuindo inclusive responsabilidades.

O Comitê de Morte Materna do Paraná considerou que dos 171 óbitos maternos ocorridos em 1991, 85,38% eram evitáveis. Destes óbitos, 67% não teriam ocorrido se medidas médicas ou administrativas fossem tomadas no momento oportuno. Enquanto que 25,38% seriam prevenidas por medidas de caráter social (Braga, 1992). Note-se que o percentual de óbitos evitáveis em 1991 deveria ser menor e não maior que

aquele demonstrado no EUA de 60 anos atrás, uma vez que se esperaria que ocorressem apenas os óbitos “inevitáveis” de acordo com o conhecimento disponível.

Quando se analisa a mortalidade materna no Brasil, é importante levar em conta as condições sócio-econômicas e as características da assistência médica, por isto destacaremos a seguir alguns aspectos, sem a pretensão de nos aprofundarmos no tema.

O processo de desenvolvimento sócio-econômico, entre 1960 e 1990, apresentou períodos de crises, que provocaram a desaceleração do crescimento do Produto Interno Bruto e a perda do poder aquisitivo dos assalariados.

No Brasil, no início da década de 70, ocorreu o “milagre econômico” sem contudo, haver uma redistribuição de renda ou mesmo um maior investimento em políticas públicas. Ao contrário, acentuou-se a desigualdade social no país.

A partir da década de 80, o país vem vivendo uma crise econômica acentuada. Os diferentes planos econômicos de ajuste estrutural, que foram elaborados como objetivo de restaurar o equilíbrio na economia, controlar o processo inflacionário e recuperar a confiança no sistema financeiro internacional para com o país, tiveram como contrapartida a redução dos gastos sociais do governo. O gasto com a saúde reduziu-se significativamente (Flacso, 1993).

-Características da Assistência à Saúde Reprodutiva Feminina e o Programa de Assistência à Saúde da Mulher.

Quando falamos de saúde reprodutiva, levamos em conta o conceito da Organização Mundial de Saúde: (1988)

“Saúde Reprodutiva é um estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todas questões relacionadas ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Saúde Reprodutiva implica, portanto,

que as pessoas estejam aptas a Ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade para se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência. Implícitos nesta última condição, estão o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso a serviços apropriados de saúde que permitam às mulheres, gravidez e partos seguros e forneçam aos casais a melhor chance de terem um filho saudável”.

Portanto os aspectos relacionados saúde reprodutiva, em termos dos serviços de saúde, dizem respeito à concepção, ao diagnóstico e tratamento precoce do câncer ginecológico e das doenças sexualmente transmitidas, e ao planejamento familiar.

Esta abrangência foi resultado de uma mudança do conceito oficial que inicialmente restringia a saúde reprodutiva à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 1983), que contou com a colaboração de grupos feministas organizados nos debates institucionais, refletiu esta mudança.

O relatório sobre Saúde Reprodutiva da Mulher, do Banco Mundial, aponta no Brasil para uma grave limitação na escolha e na informação de produtos anticoncepcionais, elevados índices de aborto de alto risco, índice de cesárea entre os maiores do mundo, grande número de mulheres virtualmente sem pré-natal, a crescente ameaça das doenças transmitidas sexualmente e a alta frequência do câncer de cólo de útero. Os quatro primeiros pontos deste diagnóstico estão direta ou indiretamente associados à questão da Mortalidade Materna.

O período de 1960 a 1990 apresenta características específicas em relação ao controle do processo reprodutivo. Como afirma Simões & Oliveira (1988) ”o acesso ao meios e conhecimento do controle do processo reprodutivo limitava-se até o final da década de 1960 aos estratos sociais mais esclarecidos e privilegiados.” Contudo, após a década de 70, a continuidade da queda da fecundidade foi atribuída a incorporação da camadas mais pobres e das regiões menos desenvolvidas.

Duas décadas depois, pesquisas sobre uso de método contraceptivos demonstram que no Brasil (1986), um grande número de mulheres com o relacionamento conjugal controlam sua fecundidade, correspondendo a um percentual de 60% das mulheres em idade fértil (Costa & Pinto, 1989).

Porém, ainda permanece elevado o percentual de mulheres que estão em risco de uma gravidez não desejada. Para o ano de 1986, esta proporção de mulheres que não querem Ter mais filhos ou ter um filho em breve, foi estimada em 21,6% das mulheres brasileiras de 15 a 44 anos. Neste grupo, se incluiu aquelas com algum tipo de união conjugal que não usam método ou cujos métodos utilizados são a tabela ou coito interrompido e ainda uma parcela das mulheres grávidas (Instituto Alan Guttmacher, 1993)

Se somamos a este grupo, aquelas que usam inadequadamente os outros métodos eficazes, poderíamos explicar a alta incidência do aborto induzido ilegalmente, comprometendo a saúde da mulher.

Comparando, os dados referentes ao Nordeste, das Pesquisas realizadas pela BENFAM, observamos que está ocorrendo uma maior prevalência de uso dos métodos anticoncepcionais.

Este fato pode ser positivo desde que esteja sendo acompanhado de adequada assistência médica. Todavia, o aumento desta prevalência se deve basicamente ao aumento de 50% da já acentuada “preferência” pela esterilização feminina, enquanto método contraceptivo. Diante deste quadro, poderíamos questionar a qualidade da atenção médica recebida por estas mulheres (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de uso de método anticoncepcional
Nordeste - 1986 a 1991

Método	1986	1991
Não usa	47%	41%
Esterilização feminina	25%	38%
Pílula Tradicionais	17%	13%
Outros	9%	5%
	2%	3%

Fonte: PNSMIPF - 1986, BENFAM
PSFNe - 1991, BENFAM

Em relação ao atendimento no momento do parto, existe uma questão que convém destacar: o crescimento do percentual de cesarianas realizadas nas duas últimas décadas. Este processo vem ocorrendo inclusive em nível internacional (Costa, 1991).

No Brasil, vários fatores ligados à mercantilização da medicina e à educação médica, contribuíram para que o índice de cesareana aumentasse de 14,6% em 1970 para 31,0% em 1980, além da distorção provocada pelo INAMPS, de pagamento diferenciado entre parto normal e cesareana, corrigida em 1980. Contudo, se mantém até hoje o pagamento exclusivo de analgesia epidural apenas para o parto cesáreo (Faúndes & Cecatti, 1992). Além disso, o INAMPS não paga a esterilização, sendo porém considerado um procedimento ilegal e por isso realizado clandestinamente. A cesareana passa então a se constituir em meio de acesso à ligadura tubária (Faúndes & Cecatti). Segundo a PNAD-86, cerca de 23% das esterilizações foram financiadas pelo INAMPS, através de serviços próprios ou conveniados.

Poderíamos também pensar num aumento das gestações de alto risco, justificando a cirurgia cesareana. Entretanto, estudo em Pelotas (1982), constatou uma maior incidência em mulheres de maior renda e de baixo risco, evidenciando fatores de outra natureza. (Barros, 1986)

Alguns profissionais médicos seguem as seguintes regras para indicação de parto cesáreo:

- ➡ Sendo o primeiro parto cesáreo, os demais deverão ser também cesárea.
- ➡ Após a terceira cesárea, deve ser realizada a ligação tubária.

Por outro lado, em termos de programa de saúde está em vigor a Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representa um avanço em relação a abrangência restritiva do programa anterior – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), que limitava a atenção ao ciclo gravídico-puerperal e às doenças ginecológicas.

Segundo Giffin (1992), “foram incluídos pela primeira vez, serviços públicos de contracepção (...) e a incorporação da mulher como sujeito ativo no cuidado à sua saúde, considerando todas as etapas da vida.”

O programa atual, cujas concepções estão definidas desde 1984, tem como objetivos:

“ – oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para aprimoramento do controle do pré-natal, do parto e do puerpério;

- abordar os problemas existentes desde a adolescência até a 3ª idade;

- controlar as doenças transmitidas sexualmente;

- controle do câncer mamário e cérvico-uterino;

- oferecer a assistência para concepção e contracepção.”

O documento de “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (MS, 1984) já apresentava uma visão bastante realista das dificuldades para sua concretização, que se fundamentava na regionalização e hierarquização da assistência com adequada utilização do sistema de referência e de contra-referência.

Mesmo documento, já alertava para as dificuldades do sistema de saúde, com a existência de 2 grandes subsetores bastante distintos:

“ o subsetor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, enfrentando questões como baixa resolutividade dos serviços e dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este setor está formado por um conjunto de instituições concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismos de ações, superposição da clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos (...). O subsetor privado empresarialmente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte por credenciamento governamental. Estas características da prestação de assistência à saúde originam distorções graves, tendo em vista as regras do mercado inaplicáveis aos setores sociais...”

Passados mais de oito anos desta proposta, poderíamos dizer que de uma maneira geral seus objetivos ainda estão muito distantes de ser alcançados. E, em alguns aspectos, as condições para sua realização se tornaram menos adequadas. No Rio de Janeiro, neste período, alguns serviços de obstetrícia tiveram seus leitos fechados “temporariamente” devido à falta de recursos humanos e materiais (Hospital dos Servidores, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Estadual Getúlio Vargas).

Apesar de ser considerado um programa bem elaborado, a sua execução é lenta, e ainda não foi possível detectar seu impacto sobre a saúde feminina.

- Aspectos da Assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Particularizando a área de assistência materno infantil segundo a proposta do “Plano de Regionalização da Atenção Pré-natal e Perinatal para o município do Rio de Janeiro”, elaborada em 1987, expõe o seguinte diagnóstico:

“um exame mais cuidadoso da nossa realidade revela, entretanto que a disponibilidade de recursos em termos globais está aquém do necessário. Além disso, nos serviços existentes, sabe-se que a situação das instalações e dos equipamentos é precária de uma maneira geral; os recursos humanos so insuficientes em número e freqüentemente não foram objeto de treinamento adequado. Também a produtividade dos recursos não é satisfatória em vários casos. O acesso da população aos serviços, especialmente aqueles de maior complexidade, está longe do ideal” (Comissão Perinatal, 1987).

Na análise específica da Atenção Pré-Natal, a Comissão Perinatal evidenciou uma distribuição desigual da oferta de consultórios de obstetras (Tabela 7).

Tabela 7
Número de consultórios e obstetras existentes e necessários segundo Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro - 1986

	Consultórios		Obstetras	
	Existentes	Necessários	Existentes	Necessários
AP1	23	10	49	80
AP2	37	16	38,5	60
AP3	55	71	92	110
AP4	8	10	12	20
AP5	25	37	27	67,5

O n° de consultórios foi calculado baseando-se numa concentração média de 6.7 consultas por gestante e o n° de obstetras foi estimado para utilização plena dos consultórios existentes.

Fonte: Comissão Perinatal, 1989.

Portanto, em relação à assistência ambulatorial, convive-se com a situação de áreas com consultórios excedentes (AP1 e AP2) e áreas com deficit de consultórios (AP3, AP4 e AP5). Segundo a Comissão Perinatal, haveria uma necessidade de aumento de 50% do número de consultórios para o Pré-Natal e de 40% de médicos para atendimento das gestantes.

Além disso, observou-se um perfil bastante diferenciado dos procedimentos disponíveis em cada instituição. A deficiência de recursos humanos e materiais faz com que o funcionamento dos serviços seja precário, mesmo nos níveis menos complexos. Constatou-se também um “desperdício” dos recursos através de uma baixa produtividade³ dos profissionais, principalmente nos Centros de Saúde e nas áreas de Planejamento 1 e 2.

O município do Rio de Janeiro possui 19 hospitais públicos que prestam assistência ao parto com um total de 1.000 leitos obstétricos, porém apenas 8 so maternidades. A rede privada contratada oferecida 500 leitos. Dentro da estimativa da Comissão Perinatal, em 1987 havia um deficit de 400 leitos na área obstétrica. (Tabela 8)

Tabela 8
Maternidades e Hospitais Públicos e Leitos Obstétricos do
Município do Rio de Janeiro - 1986

Maternidades e Hospitais	Número de leitos	Área
Maternidade Praça XV	93	AP1
I. M. Fernando Magalhães	88	AP1
H. Servidores do Estado	31	AP1
I. Fernandes Figueira	55	AP2
Maternidade Escola UFRJ	49	AP2
H. M. Miguel Couto	48	AP2
H. U. Pedro Ernesto	27	AP2
H. U. Grafrée Guinle	25	AP2
Maternidade Carmela Dutra	119	AP3
Maternidade A. Fleming	60	AP3
Maternidade M. H. Pinheiro	42	AP3
H. U. Gama Filho	22	AP3
H. G. De Bonssucesso	80	AP3
H. E. Getúlio Vargas	24	AP3
H. M. Paulino Werneck	20	AP3
H. Rafael de P. Souza (Maternidade Leila Diniz)	39	AP4
H. E. Rocha Faria	62	AP5
H. E. Pedro II	62	AP5
H. E. Alb. Schweitzer	92	AP5
TOTAL	1038	

Fontes: Comissão Perinatal, 1987; SUS, 1988.

Analisando a distribuição geográfica destes recursos, considerando em conjunto o setor público e o privado, ficou constatado que em 1986, a AP3 e AP5 apresentavam um déficit de 365 e 168 leitos obstétricos, respectivamente. Estas duas regiões concentram o maior contingente populacional e uma maior proporção de pessoas de baixa renda. Já a AP2, área mais rica e de menor fecundidade, onde se localiza o maior número de Hospitais, teria 200 leitos excedentes (Comissão Perinatal, 1987).

³ Parâmetros utilizados para o cálculo da produtividade foram carga horária de 16 horas e consultas de 20 minutos.

Surpreende o estado de estagnação dos leitos obstétricos disponíveis, pois apesar da variação da população de nascidos, desde 1966 praticamente não houve ampliação da oferta de leitos. Pelo contrário, a oferta de leitos não tem sido regular, com freqüentes greves interrompendo o atendimento na década de 1980 (Tabela 9).

Tabela 9
Número de leitos gineco-obstétricos em anos selecionados
Município do Rio de Janeiro

Ano	Leitos	Nascidos vivos estimados
1960	1.996	87.453
1966	2.857	85.773
1970	2.816	89.038
1976	2.853	114.186
1980	3.016	120.948
1986	2.998	110.224

Fontes: leitos - Estatística de Saúde, Assistência Médico-Sanitária, IBGE
 Nascidos vivos - Anuário Estatístico do Brasil, IBGE, 1962, 1968, 1972 e Estatísticas do Registro Civil, IBGE, 1976, 1980, 1986.

Segundo a Comissão Perinatal, estima-se que 3% do total de gestantes necessitam de um assistência mais complexa, de nível terciário. Entretanto foi considerado com estrutura plena para prestar este nível de assistência.

Nos últimos anos, o Estado do Rio de Janeiro assiste à deterioração dos seus hospitais públicos, principalmente os estaduais e federais, resultante de uma política de abandono, que coloca inúmeros obstáculos para implantação do Sistema único de Saúde.

II.5.A. SITUAÇÃO INTERNACIONAL DA MORTALIDADE MATERNA

II.5.1. HISTÓRIA

As principais patologias que causam a morte materna vêm se modificando ao longo do tempo. Estas mudanças podem ser melhor detectadas nos países que desde o século passado apresentavam uma preocupação com seus registros estatísticos, destacadamente a Inglaterra e a Suécia.

Da metade do século XIX até metade do século XX, a taxa de Mortalidade Materna na Inglaterra se manteve praticamente constante, em torno de 4,5 óbitos para cada 1.000 crianças nascidas vivas, apesar da introdução dos anestésicos (1847), da antisepsia (1880) e da cirurgia de cesareana (1890-1900).

A infecção puerperal teve um importante papel enquanto “causa mortis” no período de 1847 a 1940, contribuindo com um percentual de 30% a 50% do total de óbitos maternos ocorridos; vindo em segundo lugar as hemorragias antenatal e pós-parto (Tabela 10).

Tabela 10
Mortalidade Materna em períodos selecionados entre 1847-1980 na Inglaterra e Países de Gales

Período de 5 anos	Taxa de mortalidade anual (x 100.000)		
	Sepsis puerperal	Acidentes do nascimento*	Total
1847-50	190	390	580
1866-70	150	310	460
1876-80	170	220	390
1886-90	240	210	450
1906-10	160	220	380
1926-30	180	220	400
1936-40	77	247	324
1956-60	6	37	43
1976-80			12

Originalmente a Taxa de mortalidade foi apresentada por 1.000 n. v.

* representa todas as causas maternas, exceto as Sepsis purperais.

Fonte: Loundon, 1986.

Também eram freqüentes as mortes ocorridas devido ao aborto provocado, mas não eram tão comuns quanto na Suécia e Alemanha, onde o aborto se destacava como primeira causa, na metade do século XIX.

A alta incidência de infecções associadas ao parto ocasionava elevadas taxas de Mortalidade Materna e neonatal em toda Europa e isto provavelmente fez com que se desencadeasse uma série de investigações, em busca dos seus determinantes causais.

Uma das hipóteses era o despreparo das parteiras, cuja atividade não eram bem vista pelos médicos que atendiam aos partos.

Era necessário para eles ter essa atividade sob controle.

Segundo um inquérito realizado por Farr (1866) e apoiado pela “obstetrical Society of Loundon”, cerca de metade a três quartos dos partos da Inglaterra e País de Gales recebiam atendimento de parteiras, sem qualquer tipo de treinamentos. Mais de um século depois, Marques (1982) sugere que se tratava de uma “pesquisa autoritária, para referendar uma verdade previamente estabelecida,... traduzida num tipo de interesse em jogo: só um saber é legítimo, o cientificamente fundamentado e o seu monopólio deveria ser reservado à Medicina”. A partir daí, foram instituídos treinamentos, exames e certificados, regulamentados por entidades médicas, que estabeleciam a qualificação das parteiras.

Entretanto, outros trabalhos desenvolvidos sobre assistência ao parto apontavam para:

- maiores riscos de mortalidade materna em regiões cuja população ara composta pela classe média e classe alta. Este risco era o dobro de outras cidades mais pobres.
- taxas mais altas e maior incidência da “febre puerperal” nos partos realizados por médicos e índices menores nos partos feitos por parteiras.

É interessante observar os mecanismos que determinam o predomínio da causa infecciosa na Inglaterra e País de Gales, pois eles foram bastante diferenciados daqueles que comumente são considerados enquanto mais prováveis, quando se discute a relação entre condição social e mortalidade materna nos nossos dias (Loundon, 1986).

Estes fatos pareciam inexplicáveis para profissionais das sociedades médicas inglesas, que se consideravam bem preparados tecnicamente e apesar disso tinham sua prática associada a uma maior mortalidade. Porém, diante desta constatação, tornou-se necessário fazer uma revisão da assistência obstétrica oferecida. Concluiu-se que os obstetras e clínicos que acompanhavam o trabalho de parto, devido à preocupação em absorver os avanços da Medicina, partiram para uma prática com um grande grau de intervenção, através do uso abusivo do clorofórmio para amenizar a dor, e do fórceps e da cirurgia para “auxiliar” o nascimento. Além disso, muitos não reconheciam o valor da prevenção da infecção puerperal(Loundon, 1986).

A combinação destes fatores foi responsável pela manutenção dos elevados níveis de Mortalidade materna e pela alta incidência da infecção. Num dos primeiros exemplos históricos, o avanço do conhecimento médico, devido à maneira como foi aplicado, acabou por ter um papel iatrogênico.

Paralelo a esse movimento, em Viena, Semmelweis (1818-1865) através de um detalhado estudo epidemiológico, observou uma maior Mortalidade Materna na enfermaria atendida por médicos e estudantes de medicina do que na assistida por parteiras. Sua hipótese era de transmissão de material contaminado de autópsias realizadas antes da visita aos leitos obstétricos pelos médicos e estagiários. Em 1848, ele conseguiu reduzir a mortalidade materna na clínica onde era assistente, com medidas antissépticas elementares, utilizando o cloro. Todavia não recebeu em vida o reconhecimento dos seus achados (Lillienfeld, 1980; OPS, 1988).

A melhoria do padrão do ensino e da assistência obstétrica, a introdução do controle da infecção e da antibioticoterapia, assim como da transfusão sanguínea fizeram com que,

em apenas 10 anos (1940-1950), houvesse na Inglaterra uma redução de $\frac{3}{4}$ da taxa de mortalidade (3,2 para 0,7 óbitos maternos a cada 1.000 crianças nascidas vivas) e sendo somente 15% causados por infecção puerperal. Além disso, a relação entre o nível da mortalidade materna e condição social foi invertida, voltando a se comportar dentro do esperado, isto é, maiores riscos entre as mais pobres.

Os maiores riscos associados à pobreza se reproduzem hoje nas diferentes sociedades; isto pode ser atribuído ao fato de que, apesar do desenvolvimento das novas tecnologias, estas tiveram sua incorporação determinada pelo poder aquisitivo. Portanto, os segmentos mais pobres da população de países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, por falta de acesso a estes avanços do conhecimento, se igualam em termos do risco de morrer às condições do século passado. Além disso, é provável que o perfil de causas destes grupos seja semelhante entre si, apesar das suas diferenças geográficas e de nível de desenvolvimento.

Embora tenham se passado 150 anos, fica da história a importância da qualidade da atenção médica, dentre os determinantes intermediários aquele com maior repercussão sobre o nível de mortalidade materna.

Ainda nos nossos dias, se convive com a trágica situação de milhares de mulheres que perdem a vida por causas evitáveis – hipertensão arterial, hemorragia, infecção e aborto – causas que, de acordo com o país, alternam entre si o primeiro lugar nas estatísticas de morte materna.

II. 5. B. QUADRO ATUAL DA MORTALIDADE MATERNA INTERNACIONAL

O atual quadro internacional da Mortalidade Materna evidencia realidades bastantes diversificadas, tanto em relação à qualidade da informação quanto ao perfil epidemiológico. As deficiências constatadas nos registros estatísticos dos óbitos maternos afetam todos os países, porém so mais presentes naqueles onde a taxa de Mortalidade materna é mais elevada.

Nos países desenvolvidos, o principal momento de declínio das taxas de Mortalidade materna se deu há cerca de 30 a 50 anos, com significativa redução daquelas causas passíveis de prevenção. Arkader (1969) refere alguns trabalhos que possibilitam ratificar esta afirmação. Nos Países Baixos, desde 1935, vem se observando um descenso importante nesta taxa, que na época estava próxima de 200-250/100.000 n. v., passando em 1946-1956 para 67-140/100.000 n. v. e limitando-se em 1965, a 20/100.000 n. v., um declínio de 10 vezes em 30 anos. Nos Estados Unidos, em 1951 o risco de morte materna ainda se mantinha na ordem de 180 por 100.000 n. v.; já em 1960 correspondia a 37 óbitos por 100.000 n.v., uma redução de quase 6 vezes em 10 anos.

Na Suécia, importante inflexão ocorreu ainda na Segunda metade do século XIX concorrente à implantação de medidas sanitárias e à emergência da medicina moderna (Ho'gberg & Wall, 1986). Hoje, seu nível de mortalidade materna se encontra entre os menores do mundo: 6 óbitos em cada 100.000 nascidos vivos.

Atualmente, predominam nos países da Europa e da América do Norte causas como embolia pulmonar (Bouvier-Colle, 1991; Sachs, 1986), embora ainda sejam freqüentes, com menor importância, a hipertensão arterial associada ao ciclo-gravídico puerperal, além da gestação ectópica (Tabela 11).

Tabela 11

Taxas de Mortalidade Materna e causas principais de óbitos em países e anos selecionados da década de 80

País	Ano	Taxa*	1ª causa	Fonte
China	1984	48.8	hemorragia obstétrica	Hui, 1988
E. U. A.	1980 / 1985	10.0	embolia pulmonar	Sachs, 1988
Canadá	1985	4.0	complicação puerperal	OPAS, 1993
França	1989	18.0	embolia obstétrica	Bouvier-Coll, 1991
Brasil	1985	140.0	toxemia	OPAS, 1993

* Taxa por 100.000 n. v.

Baseando-nos na experiência dos países desenvolvidos, poderíamos dizer que, ao longo do tempo, se produz uma transformação do padrão epidemiológico da Mortalidade Materna no processo de evolução para índices menores. As hemorragias, as infecções e as toxemias, coincidentes com altas taxas de mortalidade, dão lugar às embolias puerperais como principais causas e ganham peso também as causas obstétricas indiretas e as não obstétricas, como foi observado nos Estados Unidos (Rochat, 1988).

Chama também atenção o surgimento recente nos Estados Unidos de mortes maternas associadas à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. (Rochat, 1988)

Em relação à distribuição geográfica, quase a totalidade dos óbitos maternos ocorre nos países do Terceiro Mundo. Apenas 1% dos óbitos ocorre nos países desenvolvidos e cerca de 60% das mortes se concentram na Ásia. Mas, é na África onde se encontram as maiores taxas de Mortalidade Materna, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, para os anos próximos a 1983(Starrs, 1987) (Tabela 12).

Tabela 12

Estimativas da mortalidade materna segundo região - anos 80

Região	Taxa de Mortalidade (x 100.000 n. v.)
África	640
Ásia	420
América Latina	270
Oceânia	100
Países desenvolvidos	30

Fonte: OMS, Informe da Conferência Internacional sobre Mortalidade sem Risco, 1987.

Quando verificamos as patologias incidentes nos países do continente africano e asiático, identificamos que as hemorragias lideram as causas de morte alcançando percentuais de 60%, com destaques especial para hemorragia pós-parto (Faveau, 1988; Lingmei & Hui, 1988; Chukudebelu & Ozumba, 1988; Fortney, 1988; Adetoro, 1987).

Em Menoufia, no Egito, em 1981-1983, as mortes associadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são a Segunda causa de morte em mulheres em idade fértil (15-49 anos) com uma taxa de 190 óbitos/100.000 n. v.. As hemorragias correspondem a cerca de 50% dos óbitos. (El Kady, 1989)

Na América Latina e Caribe, os maiores índices são da Bolívia e Paraguai com aproximadamente 1 óbito em cada 300 nativos, sendo a hemorragia a primeira causa de morte. Enquanto que, Cuba e Costa Rica, devido à prioridade dedicada à área da saúde apresentam níveis de mortalidade por causa associada à gravidez, ao parto e ao puerpério próximo aos dos países desenvolvidos, 26 óbitos maternos para 100.000 nv.. Cuba tem nas causas obstétricas indiretas a maior taxa de mortalidade relacionada a causa materna. (OPS, 1993)

A observação das principais causas de Mortalidade Materna nos países da América permite dizer que pouca mudança houve na última década. A magnitude do indicador e a discrepância encontrada entre as diferentes regiões e países, permite classificar esta situação como um problema social e de saúde e considerá-la como “a expressão da desigualdade e iniquidade que caracteriza o processo reprodutivo de uma proporção importante da população feminina”. (OPS, 1993)

A evitabilidade destas mortes fica demonstrada quando países como o Canadá, Estados Unidos e Suíça em consequência do seu desenvolvimento político e sócio-econômico, alcançaram níveis próximos a 10 mortes maternas para 100.000 crianças que nascem vivas.

Em 20 anos, de 1961 a 1981, a Itália reduziu continuamente sua taxa de Mortalidade Materna de 105,8 para 13,1/100.000 n. v.. Em 1978, houve a legalização do aborto, porém esta medida não teve repercussão importante sobre a tendência. O sul da Itália, região mais pobre, apresentou ao longo do período, taxas 30% maiores que as áreas industrializadas do norte. (Parazzini, 1992)

Estes estudos temporais evidenciam de uma maneira generalizada uma tendência de declínio para todos os países, porém na Romênia ocorreu uma elevação do número de óbitos maternos, entre os anos de 1960 e 1990. Este resultado foi provavelmente consequência de uma política natalista, que proibia o uso de métodos contraceptivos e do aborto. A partir de mudanças políticas (1989), o novo governo iniciou uma série de ações, dentre elas a legalização do aborto, que repercutiram beneficemente sobre a saúde reprodutiva feminina. O número de óbitos por parto, que segundo estimativas correspondia a 87% dos óbitos maternos, foi bastante reduzido. A taxa de mortalidade materna caiu à metade do ano de 1989 para 1990. (Hord, 1991)

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Nosso trabalho consta de um estudo descritivo da taxa de Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro, de 1960 a 1990.

III. 1. DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro foi a capital do país até 1960. Com a transferência do Distrito Federal para Brasília foi criado o Estado da Guanabara.

No ano de 1974, através de lei complementar, foi determinada a fusão do antigo Estado do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara. Neste momento, a região correspondente ao Estado da Guanabara passou a constituir o município do Rio de Janeiro, capital do novo estado do mesmo nome. Este município é a Segunda cidade brasileira mais importante, depois de So Paulo.

O passado de capital federal contribuiu decisivamente para o desenvolvimento da cidade através dos investimentos públicos em bens e serviços. Nela foi instalada a maior rede de serviços públicos do país, inclusive a de serviços de saúde.

Segundo descreve Maurício de A. Abreu, no seu livro “Evolução Urbana do Rio de Janeiro”, o modelo de ocupação do espaço no Rio de Janeiro “tende a ser o de uma metrópole com um núcleo hipertrofiado, concentrador da maioria da renda e dos recursos urbanísticos disponíveis, cercado de estratos periféricos urbanos cada vez mais carentes de serviços e de infra-estrutura, à medida que se afasta do centro. Este núcleo serve de moradia e de local de exercício para algumas outras atividades à população de baixa renda. Esta distribuição reflete a estratificação inerente ao atual sistema político-econômico brasileiro”.

De acordo com os dados preliminares do Censo Demográfico de 1991, a população do município do Rio de Janeiro é de 5.473.909 habitantes e corresponde a 45% da população do Estado. Durante o período de 1960 a 1990, as regiões centrais (AP1 e

AP2) tiveram proporcionalmente uma redução de sua população, enquanto que as regiões mais periféricas experimentaram um grande crescimento populacional (Tabela 13).

Tabela 13

População do Município do Rio de Janeiro segundo áreas de Planejamento em anos censitários - 1960-1991.

Áreas	1960		1970		1980		1991	
	POPULAÇÃO	%	POPULAÇÃO	%	POPULAÇÃO	%	POPULAÇÃO	%
AP1	380.324	11.5	365.665	8.6	352.828	6.9	302.574	5.5
AP2	856.555	25.9	1.020.460	24.0	1.095.897	21.5	1.033.421	18.9
AP3	1.471.688	44.5	1.926.110	45.3	2.249.857	44.2	2.382.361	43.5
AP4	142.208	4.3	242.359	5.7	376.655	7.4	525.781	9.6
AP5	439.853	13.3	679.315	16.4	1.015.463	19.9	1.229.772	22.5

Fonte: censo de 1960, 70 e 80 e Resultados preliminares do Censo 91.

Conhecer como a população carioca ocupa o seu espaço, permite entendimento maior da distribuição da renda e dos bens e serviços no Estado, que certamente interferem na definição do perfil da mortalidade materna.

III. 2. FONTES DE DADOS

As informações sobre o número de óbitos para os anos de 1960 a 1978 foram obtidas a partir da publicação "Óbitos do antigo estado da Guanabara 1957/1974" da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Além disso, utilizou-se 2 tipos de listagens construídas com dados sobre a causa básica da morte em 4 dígitos (CID) correspondente ao período de 1965 a 1978. Nestas listagens, que estão disponíveis no Departamento de Dados Vitais (DDV), os cruzamentos foram feitos com a distribuição etária e com a RA de residência da falecida, separadamente. Nas informações comuns, onde havia discordância dos dados entre as duas fontes, privilegiou-se a informação da publicação.

Os dados referentes ao período 1979 a 1989 foram obtidos através do Sistema Nacional de Mortalidade – MS, que nos permitiu ter acesso a informações sobre todas as variáveis contidas na Declaração de óbito. Para o ano de 1990 e 1991, estas informações foram fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde, através do DDV.

As causas básicas de mortes são referentes a três diferentes revisões da Classificação Internacional de Doenças (VII, VIII e IX), aplicadas no período de estudo.

Os grupos etários dos óbitos estão organizados em faixas de idade diferentes:

- de 5 em 5 anos a partir dos 10 anos – de 1960 a 1963 e de 1975 a 1978;
- de 10 em 10 anos a partir de 14 anos – de 1964 a 1974;
- idade individual de cada óbito materno – a partir de 1979.

No número de óbitos por grupo etário foram computados o total de óbitos ocorridos no município do Rio de Janeiro, não sendo possível excluir os não-residentes.

A apresentação dos dados referentes à distribuição geográfica por RA, na década de 60 e 70, sugerem um registro segundo área de residência porque há uma informação destacada dos não-residentes na “Guanabara” (atual município do Rio de Janeiro). Por exemplo, para o ano de 1965, ocorreram 124 óbitos maternos, dos quais 13 eram de não residentes na Guanabara, 7 eram ignorados a procedência e 104 óbitos de residentes.

III. 2. B. OS NASCIDOS VIVOS

Os nascidos vivos compõem o denominador da Taxa de Mortalidade materna, e sua estimativa é bastante controversa, apresentando várias dificuldades.

O número anual de nascidos vivos entre 1960 a 1972 para o município de Rio de Janeiro foi estimado pelo Serviço de Bioestatística da Secretaria de Saúde e publicado no Anuário Estatístico do Estado da Guanabara, em 1971. Não foi explicitado o método utilizado para estas estimativas.

Não há registro do número de nascidos vivos nos anos de 1962, 1963 e 1964; devido a isto foi feita uma estimativa considerando um crescimento geométrico dos nascidos vivos entre os anos de 1961 e 1965, acompanhando a evolução da população total. Esta técnica foi utilizada para calcular os nascimentos ocorridos entre 1972 e 1975. Para os anos seguintes, aplicamos o modelo proposto por Beltrão & Duchiate, que leva em consideração o número de crianças registradas no ano em estudo e em anos posteriores, a partir das Estatísticas do Registro Civil.

A distribuição proporcional da população segundo Região Administrativa (RA) publicada pelos Censos de 1960, 1970 e 1980, e foi usada como referência para a distribuição dos nascidos vivos, apesar de reconhecermos que este método apresenta problemas, pois as distribuições não são homogêneas quando se trata de regiões com níveis sócio-econômicos diferentes devido às variações da fecundidade. Estes percentuais foram então aplicados ao total de nascidos vivos correspondente a todo município do Rio de Janeiro para cada ano. A partir do momento que se dispunha do número de nascidos vivos por RA, foi viável estimar o total de nascimentos segundo as Áreas de Planejamento (AP), definidas pelo IPLANRIO como se descreve abaixo:

- AP1: RA1, RA2, RA3, RA7, RA21, RA23;
- AP2: RA4, RA5, RA6, RA8, RA9;
- AP3: RA10, RA11, RA12, RA13, RA14, RA15, RA20, RA22;
- AP4: RA16, RA24;
- AP5: RA17, RA18, RA19. (anexo 1)

Para a década de 80, utilizou-se uma distribuição baseada na interpolação entre 1980 e 1991, com base nos dados do Censo. (Duchiate, 1991; Aragão, 1994) Sabemos que estas estimativas estão sujeitas a erros, devido às limitações das fontes disponíveis. A outra opção seria desistir de trabalhar este indicador em sub-áreas (Aps) do município. Optamos por nos arriscar a utilizá-los, cientes de que era a única alternativa para se trabalhar estes dados.

III. 3. COMENTÁRIOS SOBRE AS REVISÕES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

Para possibilitar o estudo das principais causas de morte associadas à gravidez, ao parto e ao puerpério nos últimos 30 anos foi necessário compartilhar as 3 diferentes revisões da Classificação Internacional de Doenças, utilizadas neste período:

- 7ª Revisão – 1958 a 1967
- 8ª Revisão – 1968 a 1978
- 9ª Revisão – 1979 a 1994

O ajuste destas revisões foi feita através das propostas de correspondência entre a 7ª e a 8ª revisão e entre a 8ª e 9ª revisão elaboradas pela Organização Mundial de Saúde, que é responsável pela revisão, publicação e divulgação do Manual de Classificação.

Em relação às causas maternas (XI Cap.) não houve inclusão ou exclusão de patologia de outros capítulos durante este período. As mudanças ocorridas se dirigem para um refinamento das causas já existentes, conduzindo para uma melhor precisão dos códigos selecionados, visando principalmente a morbidade. Se por um lado, houve diminuição do número de categorias de código em 3 dígitos (7ª Revisão – 49 códigos a 9ª revisão – 46 códigos), por outro detalhamento em relação ao 4º dígito aumentou consideravelmente o número de subcategorias, passando de 30 para 300 subcategorias.

Na 7ªrevisão apenas 6 afecções foram especificadas a nível do 4º dígito, já na 9ª revisão ocorrida o contrário, somente 6 afecções: - mola hidatiforme (630), outros produtos anormais da concepção (631), aborto retido (632), parto normal (650), infecção puerperal (670) e hipertermia puerperal (674), permaneceram codificadas com apenas 3 dígitos. Não estão sendo computados aqui os códigos referentes ao método do parto (espontâneo, forceps, cesareana).

Após a compatibilização dos códigos das causas maternas, utilizou-se a Lista Básica para Tabulação aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde (1976), que define os seguintes grupos de causas, com seus respectivos códigos:

-38 = Aborto (CID 630-639)

-39 = Causas obstétricas diretas:

390 = Hemorragias na gravidez e no parto (CID 640,641,666)

391 = Toxemia gravídica (CID 642.4 – 642.9)

392 = Infecções do trato urinário (CID 646.6)

393 = Trabalho de parto obstruído (CID 660)

-40 = Causas obstétricas indiretas (CID 647, 648)

-41 = Parto normal (CID 650)

Devido a sua pouca freqüência enquanto causa de mortalidade, os diagnósticos referentes aos códigos 39.2, 39.3, 41 da Tabulação foram definidos como pertencentes a uma única categoria, subgrupo das causas obstétricas diretas.

Visando uma melhor compreensão do perfil das causas maternas, considerou-se importante detalhar em alguns anos de série estudada a estrutura destes grupos mais gerais: Aborto, Hemorragias, Toxemias e Complicações Puerperais. (Tabela 14)

Dentre as causas classificadas como Aborto destacam-se o Mola Hidatiforme (630), a Gravidez Ectópica (633), Aborto espontâneo (634), induzido (635) e não especificado (637) e as Complicações (639). Os diagnósticos de Hemorragia do início da gravidez (640), Deslocamento de Placenta e Placenta Prévia (641) e Hemorragia pós-parto (666) são as principais causas do grupo de Hemorragia. A Eclâmpsia (642.6), a Pré-eclâmpsia (642.4 e 642.5) e a Hiperêmese Gravídica (643) são consideradas Toxemias. Nas Complicações puerperais, as causas mais freqüentes são as Infecções (670) e nas Embolias (673).

Nas 3 últimas revisões, o XI Capítulo do Manual de Classificação Internacional de Doenças descreve os eventos relacionados com as complicações da gravidez, do parto e do puerpério, porém só na última revisão houve uma preocupação de especificar

patologias pré-existentes em categorias definidas (CID 647 e 648), o que possibilitou a identificação das causas indiretas de morte materna.

Tabela 14

Tabela de Conversão das Causas de Morte do XI Capítulo do Código Internacional de Doenças.

CAUSAS	7 ^a Revisão	8 ^a Revisão	9 ^a Revisão
Causas Maternas	XI partos e comp. grav. parto e puerpério 640-689	e XI comp. grav. parto puerpério 630 - 678	XI comp. grav. parto puerp. 630 - 676
Aborto	645.0 - 645.1 648.1 650.0 - 652.3	634.2 634.6 631 640.0 - 645.0	630.0 - 639.9
Hemorragia	643.0 - 644.1 648.0 670 - 672	632.0 - 632.9 651 - 653	640 641 666
Toxemias	642.0 - 642.5 685 - 686	636 - 639	642.4 642.5 642.6 - 642.9 643
Complicações Puerpério	681 - 684 687 - 689	670 - 678	670 676
Outras causas Diretas	640 - 641 646 - 647 648.2 - 648.3 660 673 - 680	630 633 - 635 654 - 662 650 634.9 634.1 634.5	642.0 - 642.3 644 - 646 651 - 665 667 - 669 650
Causas Indiretas			647 - 648

Fonte: CID - 7^a, 8^a e 9^a Revisão

III. 3. A QUALIDADE DOS DADOS

É bastante discutida a qualidade das informações relacionadas tanto aos óbitos maternos quanto aos nascidos vivos. Daí decorrendo a preocupação de que os resultados possam estar distorcidos por algum viés, comprometendo conseqüentemente a validade dos resultados do estudo.

Em relação aos óbitos, temos conhecimento do subregistro dos óbitos maternos; porém desconhecemos que tenham ocorrido até o ano de 1988, modificações no registro e na classificação que trouxessem repercussões sobre o número total de óbitos maternos, fazendo com que este subregistro tenha sido diferenciado em alguns anos. Sabe-se que, para as causas específicas de morte materna, existe um maior subregistro para os casos de aborto e de causas obstétricas indiretas, evidenciadas pelas investigações dos óbitos femininos. Porém a partir de 1988, vem sendo desenvolvido um trabalho no Departamento de Dados Vitais – S. E. S. – que visa melhorar a informação dos óbitos maternos, recuperando mortes maternas que estavam classificadas em outros capítulos da CID, reduzindo o subregistro do óbito materno.

III. 4. A análise dos dados

A partir destas informações foram estimadas as taxas de Mortalidade Materna para o município e para as Áreas de Planejamento. A morte materna é considerada um evento raro e devido a isto a sua taxa fica sujeita a grandes oscilações. Com o objetivo de atenuar esta instabilidade do indicador, optamos por calcular também a média móvel de 5 anos, somando os óbitos maternos de 2 anos anteriores com os do ano de interesse e os de 2 anos posteriores e dividindo pela soma dos seus respectivos nascidos vivos.

Pelo mesmo motivo, agrupamos as variáveis analisadas no estudo em quinquênios: 1958 a 1962, 1963 a 1967, 1968 a 1972, 1973 a 1977, 1978 a 1982, 1983 a 1987, com exceção do período de 1988 a 1991. Para algumas variáveis como idade e causa,

não dispomos de informações no anos anteriores a 1965, o que nos obriga a considerar para o primeiro período apenas os anos de 1965, 1966 e 1967.

As taxas de mortalidade materna apresentadas em tabelas e gráficos serão sempre referentes a 100.000 nascidos vivos.

As alterações existentes entre os períodos foram avaliadas através de suas variações percentuais tanto para o município do Rio de Janeiro, quanto para as áreas de Planejamento.

Os principais aspectos analisados são:

- A evolução da taxa de mortalidade materna no município do Rio de Janeiro durante o período de 1960 a 1990;
- comportamento das causas específicas de morte materna no período de 1965 a 1990.

Foi calculada a taxa de mortalidade específica para os 4 principais grupos de causa obstétrica direta e também a sua distribuição proporcional para cada período.

$$\text{Taxa de Mortalidade Materna Específica} = \frac{\text{No de óbitos por causa específicas}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

- A evolução da mortalidade materna nas 5 áreas de Planejamento no período de 1965 a 1990;

Também foi analisada a distribuição proporcional dos óbitos maternos segundo AP.

- A análise da distribuição etária dos óbitos maternos nos períodos, através das taxas específicas por idade e distribuição proporcional.
- A tendência da mortalidade materna e a queda da fecundidade.

Com o objetivo de discutir o “impacto” da queda da fecundidade na redução da Taxa de Mortalidade Específica por causa Materna, considerou-se o que ocorreria em relação ao número de óbitos maternos se ainda experimentássemos hoje a mesma taxa de fecundidade de 1960. Estimou-se uma nova taxa de mortalidade específica, o que possibilitou o cálculo do Risco Atribuível a uma taxa de fecundidade referente ao ano de 1960.

$$\text{Risco Atribuível} = \text{Incidência esperada} - \text{Incidência observada}$$

O primeiro e o terceiro apontam para questões situadas num nível mais geral de Determinação da Mortalidade Materna, relacionadas a situação política e sócio-econômica. O Censo de 1980 foi a principal fonte de informação para os dados sócio-econômicos das Áreas de Planejamento.

A análise das causas específicas, da distribuição etária e da queda da fecundidade remetem a questões relacionados ao sistema de saúde e especificamente a assistência à saúde reprodutiva feminina.

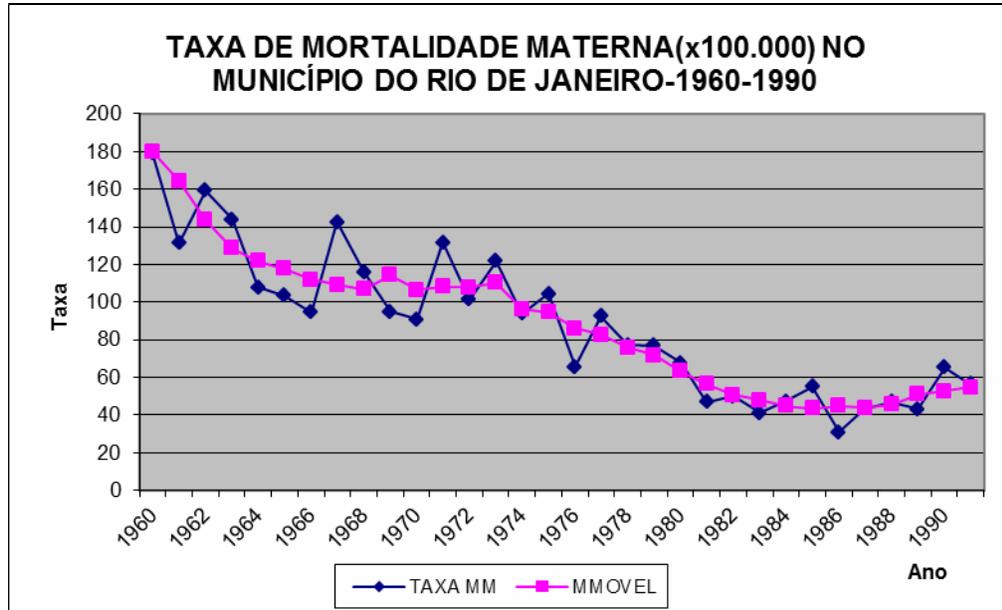
CAPÍTULO IV: RESULTADOS E DISCUSSÃO

IV. 1. A EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO

A análise de curva de Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro, no período de 1960 a 1990, revela uma tendência de declínio importante das causas de morte relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Em 1960, a taxa de Mortalidade Materna era de aproximadamente 180,14 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos(n.v.) e tendo sido reduzida para 52,76 óbitos maternos/100.000 n.v., em 1990, significando uma queda 3.5 vezes em 30 anos. ANEXO 2

O declínio da taxa de mortalidade materna não se deu de forma linear ao longo dos 30 anos e quase a totalidade (88%) deste descenso ocorreu no período entre 1960 e 1980 (Gráfico 1).

Gráfico 1



Embora isto represente uma redução de 70,76% da mortalidade, a taxa ainda se mantém em níveis elevados, considerando o desenvolvimento do conhecimento médico e da tecnologia disponíveis no momento. Com este desempenho, somos obrigados a admitir que temos uma Mortalidade Materna equivalente aquela apresentada pela Inglaterra, EUA e Espanha (Madri) há 30 anos atrás (Tabela 15).

Tabela 15

Mortalidade Materna do Rio de Janeiro e países selecionados 1950/60 e 1980

País	Taxa de Mortalidade Materna (x 100.000)	
	1950 - 1960	1980
Espanha	50	10
Hong. Kong	45	4
França	-	13
Suécia	58.5	4
Massachussets (EUA)	50	10
Rio de Janeiro (mun.)	180	68

Fonte: Para os dados de 1980 = Banco Mundial, 1992

Para os dados de 1950 - 1960 = Cortes-Majo, 1990; Duthie, 1989;
Sachs, 1988; Hogberg & Wall, 1986.

Para melhor compreensão da tendência, a série temporal foi dividida em 7 períodos de 5 anos, calculando-se as taxas médias de Mortalidade materna, para cada período. A partir daí, foram comparadas e analisadas as variações percentuais entre eles. (Tabela 16)

Como podemos observar, existe uma queda mais acelerada entre os dois primeiros anos (1960 e 1965), referentes aos períodos de 1957/62 e 1963/67, correspondendo a uma redução de 34.59%. Nesta época, houve uma importante expansão da rede de assistência médica, cujo número de leitos gineco-obstétricos aumentou de 1.996 (1960) para 2.857 leitos (1966). (IBGE, 1962; IBGE, 1968)

Tabela 16

Mortalidade Materna* no Município do Rio de Janeiro em 7 períodos entre 1960 e 1990 (taxas médias dos períodos) e as suas variações relativas

Períodos	Taxa Média	Variação % Relativa ao Período precedente	Variação Relativa a 1990
1960 (1958 - 62)	180.14		343.7
1965 (1963 - 67)	117.83	- 34.59	224.8
1970 (1968 - 72)	106.82	- 9.34	203.8
1975 (1973 - 77)	94.43	- 11.59	180.2
1980 (1978 - 82)	63.44	- 32.81	121.0
1985 (1983 - 87)	43.61	- 31.25	83.2
1990 (1988 - 91)	52.41	+ 20.17	100.0
VARIAÇÃO TOTAL		- 70.90	

* Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos

Fonte: Estatística de Mortalidade, MS Departamento de Dados Vitais. SES-RJ

A falta de acesso aos novos avanços tecnológicos é apontada para justificar os níveis altos de mortalidade materna (Armstrong & Royston, 1989). Porém, outros autores

analisando a assistência à maternidade, apontam também para o uso inadequado desta tecnologia, como fator que pode contribuir para manter este quadro, através dos seguintes mecanismos: desvio dos limitados recursos para procedimentos de alto custo e indicados em condições muito específicas, em detrimento de necessários investimentos em procedimentos menos complexos e de maior cobertura; introdução de técnicas sofisticadas, sem treinamento apropriado dos profissionais, para o seu uso e interpretação dos dados fornecidos; a dependência desta tecnologia, conduz ao abandono de outros procedimentos mais simples e seguros. (Faundes, 1988)

Na fase seguinte, há 2 quinquênios expressos pelos anos de 1970 e 1975, que experimentaram quedas bastantes reduzidas e conjuntamente representam uma variação de 20,93%. Foi neste momento que se deu o “milagre econômico” brasileiro, porém este crescimento econômico não contribuiu para manter a mesma velocidade de declínio da Mortalidade Materna verificada anteriormente.

Segue-se, então, os períodos referentes a 1980 e 1985, ambos se caracterizando por uma queda da Mortalidade Materna próxima à 30%. Estes anos coincidem com ampliação do acesso da população à rede própria previdenciária e a rede privada em casos de urgência e incorporação das domésticas e autônomos como beneficiários.

Em relação à assistência além do aumento da oferta de serviços, devemos apontar também para os benefícios trazidos pelo desenvolvimento do conhecimento médico geral, assim como o específico na área de obstetrícia, nos últimos 30 anos.

Chama atenção que na última etapa da série, relacionada ao período mais recente, ocorreu uma mudança da tendência, que até então era de declínio. Houve de aumento de 20,4% do indicador, quando se comparou os níveis de 1990 com o de 1985. É importante ressaltar que estamos vivendo uma crise econômica associada à crise no setor público da saúde. Assim, observamos que cada período apresenta certas características de variação da Mortalidade Materna, para as quais sugerimos algumas razões explicativas, que deverão contudo ser corroboradas em futuros estudos sobre sua natureza causal.

Além dos fatores ligados aos aspectos político-econômicos e à assistência médica, discute-se também a influência do nível educacional na prevenção do óbito materno. O nível educacional tem uma estreita ligação com as condições sociais e de saúde da mulher, conforme discutido no Capítulo de Determinantes. Num estudo, onde se analisa a taxa de mortalidade materna segundo escolaridade, em províncias cubanas para o ano de 1979, identificou-se um risco de mortalidade 2 a 4 vezes maior para mulheres de nível primário em relação às de nível superior (Moreno, 1985).

No Rio de Janeiro, assim como para todo o país, as mulheres vem atingindo, a partir das duas últimas décadas uma situação educacional semelhante a dos homens em todos os estratos (Flacso, 1993) (Tabela 17).

Tabela 17

**Nível educacional da população maior de 10 anos por sexo
Brasil - 1988**

Anos de Estudo	Mulheres (%)	Homens (%)
s/estudo ou menos de 1 ano	19.0	19.0
1 a 3	24.4	23.1
4 a 8	40.0	40.1
9 a 11	10.8	12.3
12 e mais	5.7	5.3
Ignorado	0.1	0.2

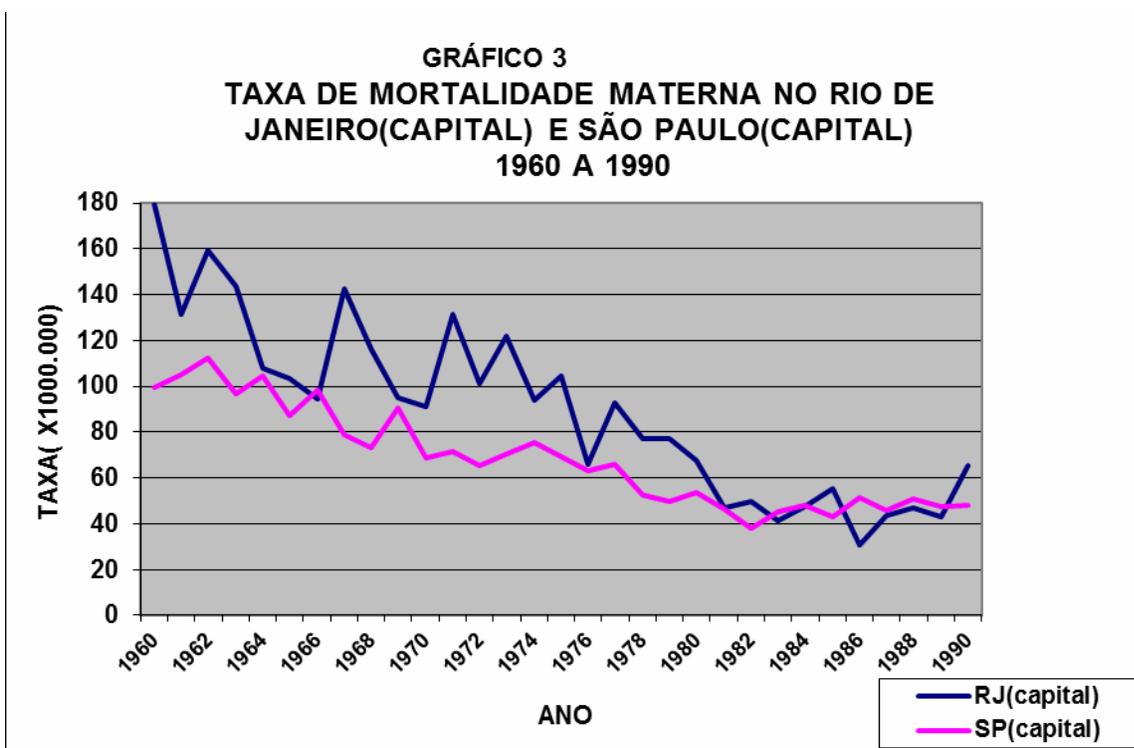
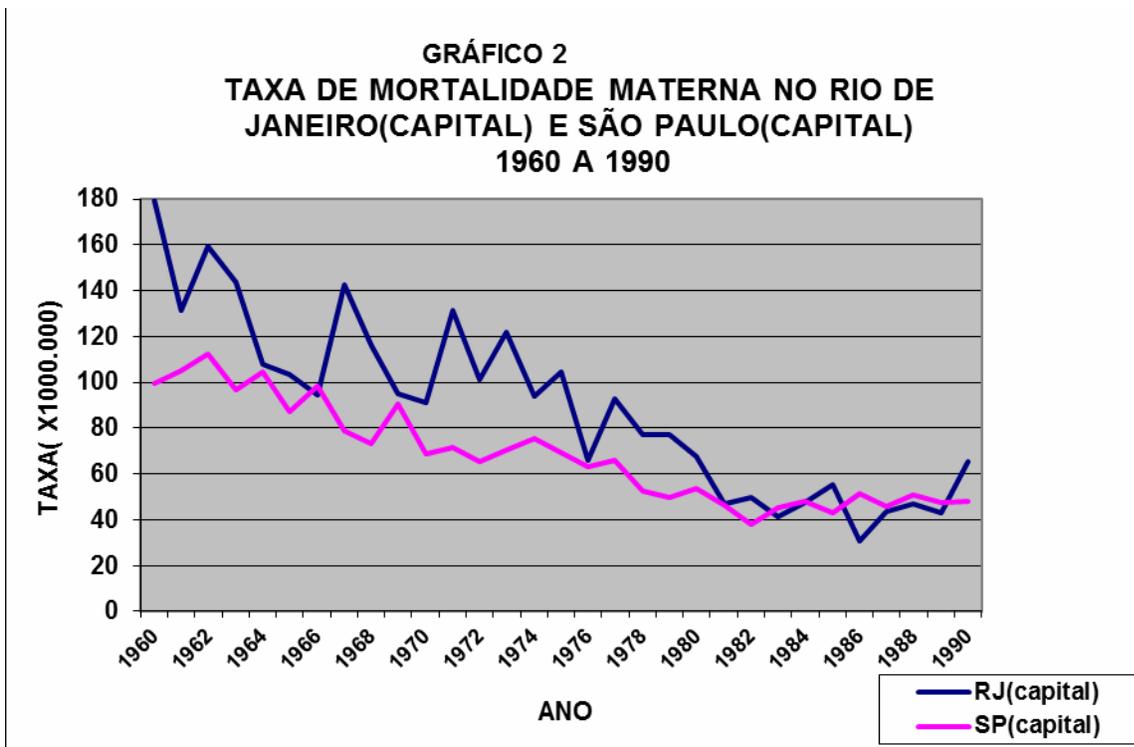
Fonte: PNAD, 1988.

Para uma discussão da evolução da Mortalidade Materno no Rio de Janeiro, é bastante pertinente uma comparação com o estado de São Paulo, que dispõe um maior número de estudos desenvolvidos sobre o assunto no país e provavelmente o melhor sistema de informação e de análise dos óbitos maternos através de investigações dos Comitês de Mortalidade Materna.

Na capital de São Paulo, durante o período de 1960 a 1990, a taxa de Mortalidade Materna teve um declínio de 53,7% , passando de 99,3 óbitos maternos/100.000 n. v. para 48,0 óbitos maternos/100.000 n. v.. Para o interior do estado, o declínio foi de 73,4% tendo como ponto de partida uma taxa de Mortalidade Materna de 172.6/100.000 n. v.. (Laurenti, 1993) Ao compararmos com a tendência da Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro percebe-se uma equivalência com o interior de São Paulo, que embora tenha áreas ricas (Campinas, Ribeirão Preto) possui também

áreas de extrema pobreza (Vale da Ribeira). Esta realidade é inaceitável para o segundo município mais importante do país.

Se considerarmos apenas os últimos 10 anos, veremos uma estagnação do indicador em torno de 50 óbitos maternos por 100.000 n. v. nas duas áreas paulistas e também no Rio de Janeiro (Gráfico 2 e Gráfico 3).



Esta tendência já havia sido apontada por Silva (1992) para o período entre 1983 e 1988 e percebe-se a sua continuidade e até mesmo um pequeno aumento da Mortalidade materna nos anos de 1990 e 1991, fenômeno observado também em São Paulo. A redução do subregistro e a queda da qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal foram hipóteses levantadas para justificar este quadro no Rio de Janeiro.

A semelhança no comportamento da curva de mortalidade materna destes dois estados sugerem portanto a influência de aspectos mais gerais comuns ao país. Além assistência médica e melhoria da informação, caberia também investigar o efeito das condições de vida da população brasileira e das mudanças no comportamento reprodutivo feminino dos últimos 30 anos.

A partir de 1988, as discussões realizadas a nível nacional e estadual sobre a Prevenção da Mortalidade Materna e a necessidade de se aprimorar o registro da informação do óbito materno associadas às investigações podem ter contribuído para maior conscientização dos profissionais que preenchem a Declaração de Óbito. Esta maior preocupação em identificar a morte relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério pode ter conduzido parcialmente para este aumento “artificial” da taxa de mortalidade, observando no Rio de Janeiro e em São Paulo.

No entanto, fica muito difícil avaliar o impacto efetivo deste aspecto no aumento da taxa de Mortalidade Materna.

Em São Paulo, durante o período 1960 a 1990, foram realizados 3 estudos de Investigação de Mortalidade Materna que identificaram problemas na qualidade da informação da Declaração de Óbito. O primeiro estudo (1962-1964) revelou uma taxa abaixo da oficial, porque os dados de óbito eram computados segundo local de ocorrência. Os estudos seguintes (1974 e 1986) demonstram um subregistro da ordem de 50% (Laurenti, 1993).

Para a área Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1987-1988, ficou evidenciado um subregistro de 68%, a partir do cruzamento das informações de 8 maternidades com as Declarações de Óbito (Russomano, 1990).

É interessante situarmos esta tendência da Mortalidade Materna do município do Rio de Janeiro dentro de uma perspectiva dos países das Américas. Na análise da informação disponível desta região, percebe-se uma heterogeneidade entre as taxas de Mortalidade Materna dos países e também dos seus respectivos descensos percentuais por ano para o período entre 1960 e 1980 (Tabela 18).

Tabela 18

Mortalidade materna em países selecionados da região das Américas e no Município do Rio de Janeiro, 1960 e 1980.

País	1960	1980	Descenso percentual * 1960 - 1980
Argentina	108.0	70.0	2.1
Canadá	45.0	8.0	8.3
Chile	229.0	73.0	6.8
México	193.0	87.0	3.7
Rep. Dominicana	101.0	72.0	3.4
Rio de Janeiro (1)	180.0	63.0	5.1

Fonte: Boletim Epidemiológico, OPS, 1993.

(1) Nosso estudo

• Descenso geométrico anual expresso em percentagem.

Obs.: No artigo, as taxas foram originalmente calculadas por 10.000 n. v. e estão apresentadas para 100.000 n. v.

De modo geral, os países experimentaram uma pequena redução da taxa ao longo do tempo. A maior tendência de queda fica com o Canadá, que apesar da sua pequena taxa de Mortalidade Materna, ainda persiste com o objetivo de reduzi-la, contrariando uma opinião do senso comum que é mais fácil diminuir taxas elevadas. Isto se constitui, em verdade, se nestes países com altas taxas existe um esforço concentrado para se intervir nos fatores responsáveis pelos índices elevados.

Devido a este quadro, as mortes maternas se situam entre as dez mais importantes causas de óbito de mulheres em idade fértil nas Américas, representando no Paraguai(1986) 20% destes óbitos femininos em contraposição a 4,4% no Brasil em 1986 e 0,5% no Canadá em 1988(OPS, 1993).

No Rio de Janeiro, em 1977, 3,5% dos óbitos de mulheres em idade fértil foram atribuídos a causas associadas ao ciclo gravídico-puerperal. Conseguiu-se, em dez anos, diminuir este percentual a 1,5%(Silva, 1992).

Se o Rio de Janeiro tivesse mantido este mesmo descenso (5,1%), durante a década de 1980, hoje teríamos uma taxa de Mortalidade materna de 37,72 por 100.000 n. v. ao invés de 52,41 por 100.000, o que representaria um risco de morte 40% menor do que o atual. E certamente seu percentual em relação ao total de óbitos femininos seria ainda menor.

A Organização Pan-americana de Saúde aponta que “a deficiente cobertura e escassa qualidade da assistência materna não conseguem dar conta das necessidades de saúde da população em questão”. Quando é discutida a avaliação de qualidade dos serviços, um estudo realizado em “15 países da Região revelou que apenas 39% dos serviços ambulatoriais e 8% dos de assistência obstétrica hospitalar apresentavam condições aceitáveis para cumprir seus objetivos”. Além disso, afirma também que esta situação é resultado das restrições financeiras do setor público, que acompanharam as políticas de ajuste estrutural da economia” (OPS, 1993) .

A comparação com os padrões vigentes dos países desenvolvidos traz à tona uma pergunta: até quando mulheres morrerão, desnecessariamente, por causas maternas? Esta conquista de melhores resultados, permitindo que a história da gravidez esteja desvinculada da história de morte, não foi obtidas ao acaso. Certamente houve investimentos nos mais diversos aspectos relacionados à prevenção do óbito materno, apresentados na discussão dos Determinantes da Mortalidade Materna.

Em Hong Kong, constatou-se entre os anos de 1961 e 1985, uma tendência acelerada de redução do risco de morte materna: a taxa em 1961 era de 45 óbitos/100.000 e em 1985 foi de 5 óbitos/100.000. Foram destacadas algumas questões que poderiam explicar esta grande variação num tempo relativamente pequeno. O Produto Interno Bruto (PIB) aumentou 14 vezes entre 1966 e 1985, sabendo-se que a população de Hong Kong é basicamente urbana e tem acesso a meios de transportes e comunicação

bem desenvolvidos. Os avanços técnicos e científicos estão disponíveis às pacientes obstétricas, que realizam seus partos em hospitais, assistidas por profissionais qualificados. Houve também um aumento de 50% do número de leitos por habitantes, além do aumento do número de abortos legais realizados e queda da fecundidade(Duthie, 1989).

Em Cuba, o sucesso do Programa Materno Infantil possibilitou uma diminuição de 50% da taxa de Mortalidade materna, entre os anos de 1970-1979. As medidas implementadas foram “um aumento qualitativo e quantitativo da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, propiciado pelo aumento crescente da proporção dos partos institucionais, com uma taxa de 98,0 e 98,7”. Além disso o número de consultas pré-natal aumentou para 11 consultas por gestante, com uma média de 0.5 leitos obstétricos para cada 1.000 habitantes(Steeegers, 1983).

Para aprofundarmos a análise da tendência da mortalidade, iremos detalhar o comportamento das causas maternas específicas (Aborto, Hemorragias, Toxemias, Complicações Puerperais) a distribuição etária dos óbitos maternos, assim como a distribuição espacial segundo Área de Planejamento.

IV. 2. A TENDÊNCIA DA MORTALIDADE MATERNA EM RELAÇÃO ÀS DIFERENTES CAUSAS MATERNAS ESPECÍFICAS .

Durante o período de estudo, oficialmente, foram identificadas 2.751 mortes maternas. No entanto, os dados sobre as causas maternas específicas só estão disponíveis para as 2.083 mulheres que morreram a partir de 1965.

As causas maternas foram classificadas em dois grandes grupos, as obstétricas diretas e as indiretas, que estão

assim distribuídas:

a) Obstétricas diretas – 2.065 óbitos – 99,14%

Abortos	308 óbitos	14,79%
Toxemias	634 óbitos	30,44%
Hemorragias	418 óbitos	20,07%
Compl. do puerpério	374 óbitos	17,95%
Outras diretas	331 óbitos	15,89%

b) Obstétricas indiretas – 178 óbitos – 0,86%

Quase a totalidade dos óbitos deve-se às causas obstétricas diretas, em sua maioria consideradas causas evitáveis através de medidas pouco complexas, relacionadas à assistência médica prestada às diversas etapas do desenvolvimento da gestação(OPS, 1986).

As causas obstétricas indiretas constituem aquelas onde a mulher apresenta a gravidez associada a patologias pré-existentes ou a patologias não-exclusivas da gravidez, exigindo por conta disto um cuidado mais especializado durante o pré-natal e o parto. Em alguns casos, a prevenção deste óbito depende de ações de planejamento familiar, uma vez que a gravidez estaria totalmente contra-indicada, ao colocar em risco tanto a vida da mãe quanto a do concepto.

É comum que estas mortes por causas indiretas sejam registradas em outros capítulos correspondentes às doenças primárias. O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, em 1991, tinha em seus registros 3 óbitos classificados como causas indiretas; após investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, foram identificados mais 25 óbitos. Dentre as diferentes causas maternas, esta foi a que apresentou maior subregistro, superando inclusive o subregistro do aborto (MS, 1992).

Diferente perfil de mortalidade foi encontrado nos Estados Unidos, quando foram analisadas 19 áreas, nos anos de 1980-1985. Utilizando o conceito de Mortalidade Materna de Saúde, observou-se uma taxa de mortalidade materna de 14,1 óbitos por 100.000 n. v. e uma freqüência maior das seguintes causas:

Embolia	20.11%
---------	--------

Doença Hipertensiva	14.59%
Gravidez ectópica	11.83%
Hemorragia	10.84%
Acidente Cérebro Vascular	10.06%

Quando estes resultados foram comparados com outro estudo de 1974-1978, foi possível perceber a redução de todas as causas, exceto as relacionadas à anestesia, ao acidente cérebro vascular e às causas indiretas. Também se identificou que 45,5% dos óbitos estavam associados a cirurgia cesariana. Este estudo aponta ainda para o aumento das taxas de cesariana, que em 1970 correspondia a 5.5% dos partos e em 1985 já tinham aumentado para 22.7% (Rochat, 1988).

Neste trabalho nos deteremos ao estudo das causas obstétricas diretas, pois se constituem a maioria dos óbitos maternos. Serão discutidas aquelas causas mais freqüentes, que juntas correspondem a 83% de todas as causas obstétricas diretas do período: Gravidez terminada em Aborto (CID 630-639), as Hemorragias (CID 641, 642, 666), as Toxemias (CID 642.2 a 642.9, 643) e as Complicações do Puerpério (CID 670-676). Conforme discutido em outro item, foram compatibilizadas as diferentes revisões para viabilizar esta análise.

Hoje, as toxemias correspondem à mais frequente causa de morte materna. No município do Rio de Janeiro, porém houve durante o período de estudo uma importante mudança: as Hemorragias que se constituíam como a principal causa de morte, cedem o lugar às Toxemias (Gráfico 4;Tabela 19).

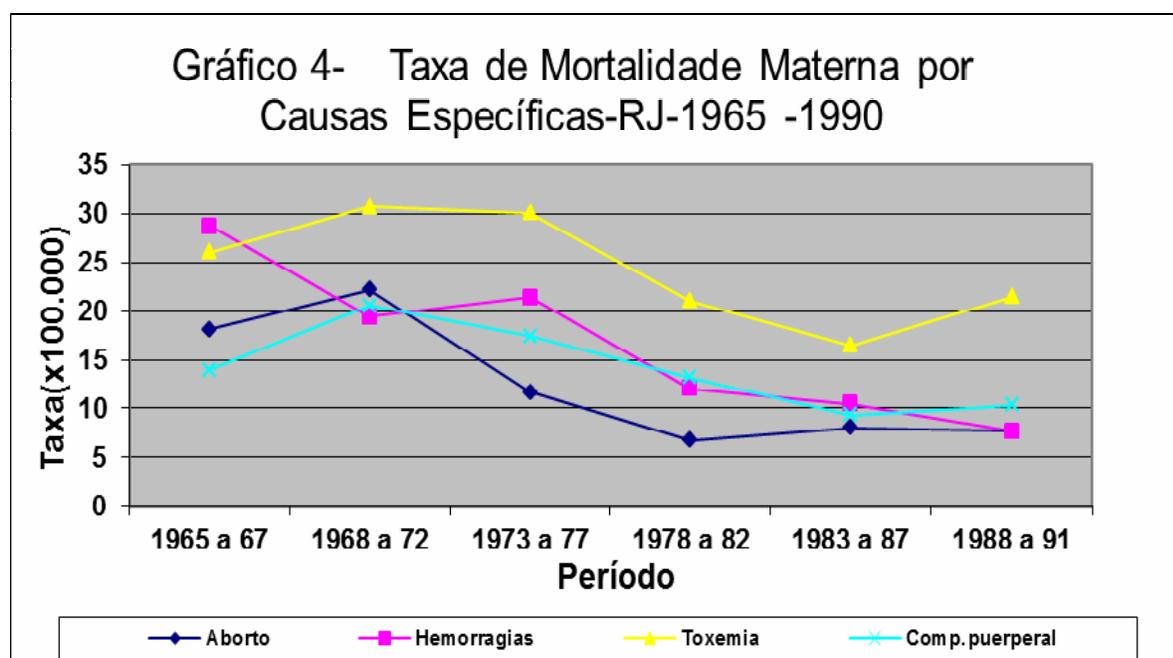


Tabela 19

Distribuição proporcional e número de óbitos segundo tipo de causa materna Município do Rio de Janeiro - 1965 a 1990.

Período	Aborto		Hemorragias		Toxemia		Complicação puerperal		Outras causas diretas		indiretas	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1965-67	48	16.16	76	25.59	69	23.23	37	12.46	67	22.56		
1968-72	96	20.78	84	18.18	133	28.79	89	19.26	60	12.99		
1973-77	61	12.37	112	22.72	157	31.85	91	18.46	72	14.60		
1978-82	41	10.62	73	18.91	128	33.16	80	20.73	60		4	1.00
1983-87	36	15.00	47	19.58	74	30.83	42	17.50	39	16.25	2	0.83
1988-91	26	12.68	26	12.68	73	35.61	35	17.07	33	16.10	12	5.85
TOTAL	308	14.79	418	20.07	634	30.40	374	17.95	331	15.89	18	0.86

Fonte: SES - RJ

Apesar de ambas pertencerem a um grupo de patologias consideradas evitáveis, ao nosso ver esta passagem representa uma pequena evolução para um padrão “mais moderno”. Como foi visto, na apresentação do quadro internacional, a alta frequência de causas hemorrágicas se associa às áreas rurais e países africanos.

Para análise do comportamento de taxa por causa específica, optamos por comparar o primeiro período (1965 – 1967) com o mais recente (1988 – 1991). Deve ser considerado que, apesar de identificarmos taxas menores no último período, nem sempre houve uma tendência contínua de queda ao longo dos períodos intermediários. Apesar desta limitação, consideramos pertinentes esta discussão (Tabela 20).

Tabela 20

Taxas mortalidade materna por causas específicas por períodos Município do Rio de Janeiro - 1965 a 1991

Período	Aborto	Hemorragia	Toxemia	Comppuerp	Out Diretas	Indiretas	total
1965 - 67	18.13	28.71	26.07	13.98	25.31	0.00	112.20
1968 - 72	22.17	19.40	30.71	20.55	13.85	0.00	106.68
1973 - 77	11.68	21.45	30.07	17.43	13.79	0.00	94.43
1978 - 82	6.74	12.00	21.04	13.15	9.86	0.66	63.44
1983 - 87	8.01	10.45	16.46	9.34	8.67	0.44	53.38
1988 - 91	7.66	7.66	21.51	10.31	9.72	3.54	60.41

Fonte: SES - RJ

Num panorama geral destes grupos de causas, observa-se que as taxas de mortalidade específicas, por Hemorragia e por Abortos, foram as que tiveram maior declínio nestes 30 anos.

No período de 1965 – 1967, estas taxas eram de 28,71 óbitos maternos e 18,13 óbitos maternos/100.000, respectivamente. Hoje, segundo os dados oficiais, o risco de morrer por Hemorragia é cerca de 4 vezes menor, do que em 1965. Em relação às causas relacionadas à gravidez, terminada em Aborto, existe o problema do subregistro dos abortos induzidos em condições que não são admitidas legalmente. Porém de acordo com dados disponíveis, atualmente o risco de morte materna por esta causa é aproximadamente um terço do risco de 1965.

Para as Toxemias e as Complicações Puerperais, entretanto, o quadro é alarmante, pois apesar das grandes variações existentes entre os anos, as taxas de Morte Materna por estas causas estão muito próximas daquelas de três décadas atrás. Naquela época, o risco de morrer por Toxemias era apenas 1,2 vezes maior (26,07/21,51) e por causas relacionadas ao puerpério era 1,3 vezes maior (1,98/10,31) do que nos anos próximos a 1990.

IV. 3. AS CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS SEGUNDO TIPOS ESPECÍFICOS DE PATOLOGIAS

IV. 3. 1. AS TOXEMIAS

Este grupo do Rio de Janeiro, as toxemias compõem as primeiras causas de morte materna desde 1967, apresentando uma taxa de 21,51 óbitos maternos/100.000 n. v. no último período(1988 – 1990). Na medida que ocorreu uma diminuição relativa das causas devido ao Aborto e às Hemorragias, as Toxemias tiveram sua participação percentual aumentada e hoje respondem por 35% dos óbitos maternos ocorridos(Tabela 21).

Tabela 21

Mortalidade Materna (M. M.) e proporcional por Toxemias
Município do Rio de Janeiro 1965 – 1990

Período	Taxa M. M. (x 100.000 n. v.)	Mortalidade Proporcional (%)
1965 - 67	26.07	23.23
1968 - 72	30.71	28.79
1973 - 77	30.07	31.85
1978 - 82	21.04	33.16
1983 - 87	16.46	30.83
1988 - 91	21.51	35.61

Fonte: SES - RJ

A limitada queda da taxa de mortalidade materna por esta causa, ao longo destes 30 anos, nos remete ao questionamento da qualidade e da cobertura da Assistência Pré-natal oferecida. Isto porque, acredita-se que grande parte destas mortes poderiam ser evitadas, basicamente com o controle da hipertensão arterial durante a gravidez, procedimento considerado de baixa complexidade e alta efetividade.

Embora tenha aumentado devido à expansão dos serviços de Saúde, sua cobertura ainda é relativamente baixa para mulheres de baixa renda. Segundo a PNAD-81, cerca de 45,5% das mulheres com até um salário mínimo de rendimentos não tiveram acesso a este tipo de assistência.

A Hipertensão se constitui numa das complicações mais comuns, com freqüência de 7 a 10% entre as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, não incluindo aí a hiperemese gravídica. (Rezende, 1991; Savitz & Zhang, 1992)

Analisando dados dos certificados de nascimentos da Carolina do Norte, onde foram inseridas informações sobre hipertensão associada à gravidez, observou-se um aumento da incidência em nulíparas, múltiparas e mulheres acima de 35 anos. Os autores referem-se à dificuldade de analisar resultados devido a ausência de uma terminologia comum e de precisão diagnóstica que possibilitasse separá-los dos casos de hipertensão crônica, tornando limitadas as comparações entre diferentes trabalhos. (Savitz, 1992)

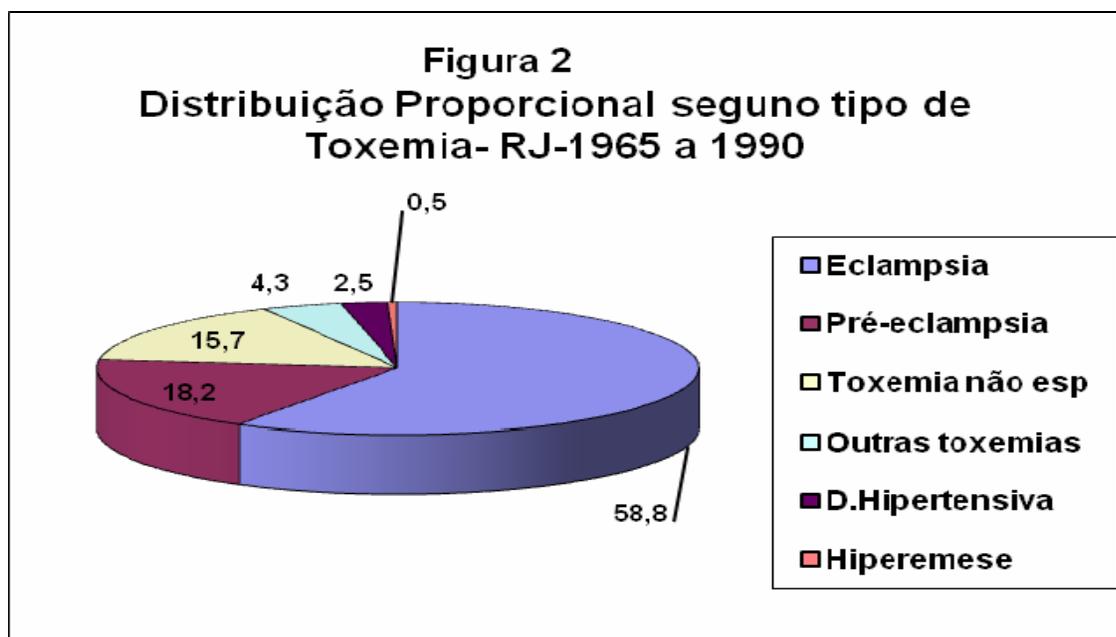
Em relação aos grupos de idade no período de 1979 a 199, no município do Rio de Janeiro, constatou-se que a Toxemia foi a mais importante causa de morte materna em todos os grupos etários (organizados com intervalos de 5 anos). Mas foi no grupo de 15-19 anos, onde se obteve a maior proporção desta causa (40,42%), o que coincide com os resultados de outros trabalhos. (Siqueira & Tanaka, 1986; Siqueira, 1984; Arkader, 1969)

Dentre as Toxemias, o quadro de eclâmpsia foi responsável por 58,8% dos óbitos maternos ocorridos no município do Rio de Janeiro, entre 1965 e 1990. Constitui-se num quadro grave, caracterizado por hipertensão arterial associada à gravidez e convulsão ou coma. Após instalada a crise convulsiva eclâmpica, sua letalidade pode chegar a 20%. Como complicação, podem surgir as hemorragias cerebrais e a insuficiência respiratória e renal.

Todavia, desde que corretamente acompanhadas durante o pré-natal, as gestantes hipertensas podem manter controlados seus níveis tencionais, evitando desencadeamento desta forma mais letal de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. (Barros, 1991)

Analisando os óbitos maternos do Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói, Arkader (1993) refere que a eclâmpsia esteve associada a 32% dos óbitos já ocorridos.

Devido provavelmente a sua maior letalidade, mais da metade dos óbitos maternos por Toxemias são conseqüentes à Eclâmpsia. (Anexo 3) (Fig. 2)



IV. 3. 2. AS HEMORRAGIAS

No período, de 1965-1967, as hemorragias foram as principais causas de óbito materno, com um percentual de 25,59% em relação ao total(Tabela 22).

Este grupo abrange patologias como o deslocamento prematuro de placenta prévia e a hemorragia anteparto e pós-parto.

Tabela 22
Mortalidade materna e proporcional por hemorragias, município do Rio de Janeiro - 1965 - 1990

Períodos selecionados	Taxa m. M. (x 100.000 n. V.)	Mortalidade proporcional (%)
1965 a 67	28.71	25.59
1968 a 72	19.40	18.18
1973 a 77	21.45	22.72
1978 a 82	12.00	18.91
1983 a 87	10.45	19.58
1988 a 91	7.66	12.68

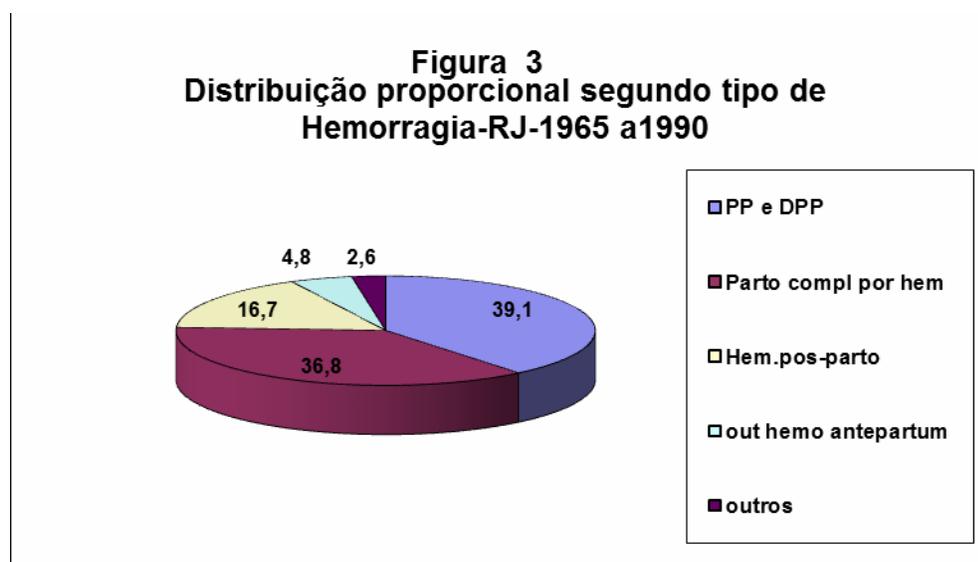
Fonte: S. E. S. - RJ

O risco de morrer devido a este grupo de causa depende do volume e da velocidade da perda sangüínea e também das condições gerais de saúde da mulher que sofre este problema. (Royston & Armstrong, 1991) o prognóstico se agrava quando a hemorragia se associa à anemia. Acredita-se que seja a alta prevalência de anemia entre nossas gestantes, pois numa investigação realizada em São Paulo (1977/1978), cerca de 75% das gestantes do estrato social baixo, apresentavam algum nível de carência de ferro. (Martins, 1987) a presença deste fator de risco pode estar contribuindo para persistência de taxas elevadas de óbito por causas hemorrágicas.

Em relação à assistência médica, alguns fatores contribuíram para redução das causas hemorrágicas, dentre eles a adoção de conduta expectante diante do diagnóstico de Placenta Prévia sem hemorragia, alargamento das indicações de cesáreas, melhores recursos anestésicos e as possibilidades de hemotransfusão. Difundiu-se também a conhecimento de que a ocorrência do toque vaginal inoportuno nos casos de Placenta Prévia fora do ambiente cirúrgico é um agravante para o prognóstico materno e fetal. (Resende, 1991)

Desta forma, com o desenvolvimento do conhecimento médico foi possível prevenir um maior número de óbitos deste grupo. A partir do segundo período (1968 – 1972), as Toxemias se tornaram então as primeiras causas de morte materna. Mesmo assim, suas taxas ainda so elevadas, correspondendo a um óbito por hemorragia para cada 13.000 partos e a 12% de todas as causas maternas. Nas mulheres mais jovens (menos de 25 anos) é a causa menos freqüente, sendo a Segunda causa no grupo de maior de idade (a partir de 35 anos).

É interessante observar que, no município do Rio de Janeiro, ao longo de todo período, grande parte (75%) destas complicações hemorrágicas decorrem do Deslocamento prematuro de placenta, da Placenta Prévia e da Hemorragia Anteparto. Todavia, considerando que praticamente todos os partos so realizados em ambiente hospitalar, era de se esperar que a frequência destas mortes fosse bastante reduzida. (Figura 3)



De fato, de maneira geral, os países com um percentual importante de hemorragias obstétricas convivem com um grande número de partos realizados em área rural e em ambiente domiciliar. Este é o caso da China, cuja taxa de mortalidade materna era de 48,8 por 100.000 nascidos vivos e onde 45% dos óbitos maternos devem-se a estas causas, sendo que a metade por Retenção de Placenta. Em relação ao local do parto, 50% acontecem em casa e muitos destes não recebem assistência de pessoal qualificado. Contudo, quando se trata restritamente da área urbana, a Hipertensão Gravídica torna-se a primeira causa de morte. (OPS, 1988).

Em Menoufia (Egito), entre os anos de 1981 – 1983, a Hemorragia Obstétrica foi a primeira causa (125 óbitos), principalmente devido à Hemorragia pós-parto que contribuiu para a ocorrência de 72 óbitos. Este quadro, freqüentemente severo, se instala rapidamente e exige um atendimento médico de emergência, difícil de ser conseguido. Basta ver que mais de 90% dos partos so atendidos por parteiras na própria residência da gestante (El Kady, 1989).

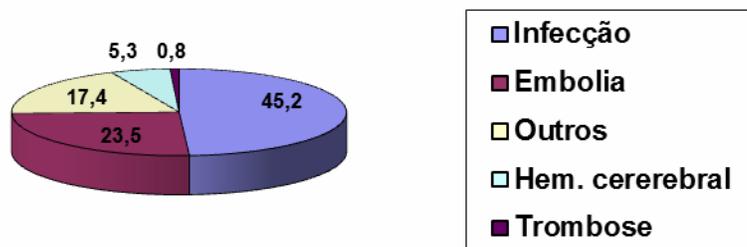
Este, entretanto não é o caso do Rio de Janeiro, onde há várias décadas, os partos acontecem, em sua maioria, nos hospitais e casas de saúde.

Portanto, a qualidade de assistência ao trabalho de parto e ao parto em si, além da existência de bancos de sangue nas maternidades, são fatores preponderantes para prevenção deste tipo de causa, e, certamente, não estão desempenhando o seu papel a contento, na nossa área.

IV. 3. 3. AS COMPLICAÇÕES PUERPERAIS

No nosso meio, a primeira causa de morte ligada às complicações puerperais ainda são as infecções, seguidas das embolias (Figura 4). Porém, cabendo a maior freqüência nos países desenvolvidos às embolias obstétricas. Nos Estados Unidos e no Canadá, as complicações puerperais constam como primeira causa (OPS, 1993).

Figura 4
Distribuição Proporcional segundo tipo de
Complicação Puerperal-
RJ- 1965 a 1990



No Rio de Janeiro, este grupo foi a Segunda causa de mortalidade materna entre os anos de 1998 e 1991 com um percentual de 17,07% e uma taxa de 10,31 óbitos/100.000 n. v. (Tabela 23)

Tabela 23

Mortalidade Materna e proporcional por Complicação puerperal no Município do Rio de Janeiro 1965 - 1990.

Períodos selecionados	Taxa M. M. (x 100.000)	Mortalidade Proporcional (%)
1965 a 67	13.98	12.46
1968 a 72	20.55	19.26
1973 a 77	17.43	18.46
1978 a 82	13.79	20.73
1983 a 87	9.34	17.50
1988 a 91	10.31	12.68

Fonte: S. E. S. - RJ

Considerando o período de 1979 a 1989, a distribuição proporcional dos óbitos por idade revela uma maior frequência de complicações puerperais nos grupos extremos, constituindo-se em Segunda causa de morte nas mulheres de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e de 40 a 45 anos.

Nos países desenvolvidos, as infecções puerperais correspondem ao grupo de causas que, nas últimas décadas, tiveram o maior declínio, devido principalmente à adoção de medidas de antisepsia e assepsia e ao surgimento das sulfas e dos antibióticos. Entre 1931 - 1935, as infecções eram a principal causa de mortalidade materna na Inglaterra com uma taxa de 160/100.000 n. v.; em 1961 - 1965 esta taxa se reduziu a 4/100.000 n. v. (London, 1986)

Porém, nos países subdesenvolvidos, este grupo de patologias se situa entre as três causas mais importantes de morte materna. No Rio de Janeiro, a alta frequência de infecção puerperal pode estar associada ao grande número de cesareanas realizadas, com um percentual de 30% dos partos ocorridos no município, em 1991. Em alguns hospitais, esta modalidade chega a constituir 75% dos partos (SES, 1992).

Caberia destacar, que ao mesmo tempo que a técnica da cirurgia cesareana representou uma redução do risco de mortalidade materna, para determinados casos de complicação da gravidez e do parto, a sua indicação desnecessária introduz outros riscos, como as infecções e as reações anestésicas.

Cecati e Faundes (1991) alertam sobre o risco maior de infecção puerperal após a cesárea, quando comparado com o parto normal, e sobre a importância das condições de assepsia e antissepsia durante o parto. Sabemos que a frequência de infecções Hospitalares continua alta no Brasil, em especial para atos cirúrgicos. (Ribeiro, 1989)

As patologias mais freqüentes ligadas a esta complicação puerperal são a infecção urinária, o abscesso pós-cesárea e pós-episiotomia (Rezende, 1991), mas o surgimento de uma grande variedade de antibióticos possibilita o tratamento destas afecções. Porém, se o diagnóstico não se realiza precocemente, ou se o tratamento não é seguido regularmente ou ainda se estão presentes bactérias resistentes aos antibióticos disponíveis, o quadro tende a agravar-se, evoluindo para o óbito por sepsis puerperal.

IV. 3. 4. GRAVIDEZ TERMINADA EM ABORTO

Neste grupo de causas estão incluídos a Gravidez Ectópica, a Mola Hidatiforme e todos os Abortos (espontâneos, induzidos e não-especificados). No último quinquênio (1988 – 1991), este grupo ocupava o terceiro lugar, enquanto causa de morte materna com um percentual de, aproximadamente, 13% e uma taxa de 7,66 óbitos maternos/100.000. (Tabela 24)

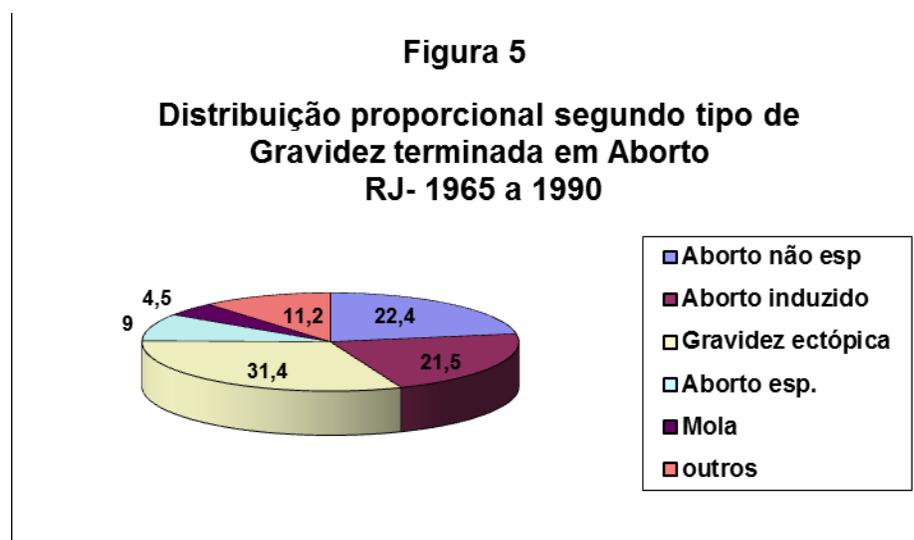
Tabela 24

Mortalidade Materna e proporcional por Gravidez terminada em Abortos no município do Rio de Janeiro 1965 - 1990.

Períodos selecionados	Taxa M. M. (x 100.000)	Mortalidade Proporcional (%)
1965 a 67	18.13	16.16
1968 a 72	22.17	20.78
1973 a 77	11.68	12.37
1978 a 82	6.74	10.62
1983 a 87	8.01	15.00
1988 a 91	7.66	12.68

Fonte: S. E. S. - RJ

Nos primeiros anos da série (1965 – 1967), a Gravidez Ectópica era a principal “causa mortis” deste grupo, estando relacionada com quase metade dos óbitos. A evolução das técnicas diagnósticas e cirúrgicas, assim como do tratamento das grandes perdas sangüíneas, foram importantes para a redução desta causa. (Figura 5)



Depois daquele período, o grupo de Abortos (abortos não-especificados e os induzidos) passou a ser a causa mais frequente de morte. Não existe, todavia, interesse por parte do governo e da Igreja na melhoria deste dado, pois sabe-se que o número de abortos realizados no Brasil está entre os maiores do mundo; as condições em que ocorrem, realizados por curiosos e/ou em clínicas clandestinas, põem em risco a vida de milhares de mulheres. O conhecimento do número fidedigno de óbitos certamente seria uma pressão para a descriminalização do aborto, e como consequência abriria a possibilidade de realizá-los nos serviços públicos. Um estudo publicado recentemente discute de modo mais detalhado estas questões. (Instituto Alan Guttmacher, 1994)

Quando analisamos os dados de 1991, obtidos através das Autorizações de Internação Hospitalar, constata-se que o número de curetagens pós-aborto realizadas corresponde a aproximadamente 16,5% do total de procedimentos obstétricos (partos + curetagem pós aborto). Se considerarmos apenas os hospitais municipais, a assistência ao aborto chega a ser metade das internações. Cabe lembrar que se encontram incluídos aí os abortos espontâneos e os provocados (SES, 1992) (Tabela 25).

Tabela 25

Procedimentos cirúrgicos obstétricos Rio de Janeiro - 1991		
Procedimento	Número	%
Parto normal	49 158	60.88
Parto cesáreo	18 301	22.66
Curetagem pós-parto	13 284	16.46
Total	80 743	100.00

Fonte: Coordenadoria de Informações - SES / RJ

Segundo Rezende, o abortamento espontâneo incide sobre 10% das gestações e um terço destes seriam inoperantes. Se levarmos em conta que dos dois terços restantes, todos teriam conduzido a internação e que o total de gestações se aproximaria do total de procedimentos obstétricos, obteríamos um total de 7.955 internações anuais devido a complicações de aborto provocado e conseqüentemente de mulheres que tem sua vida ameaçada, dado as condições em que se realizam.

Para o ano de 1991, teríamos:

Total de abortos espontâneos: $10\% \times 80\,743 = 8\,074$

Total de abortos espontâneos aparentes: $2/3 \times 8\,074 = 5\,329$

Total de internações por abortos: 13 284

Total de abortos induzidos estimados $13\,284 - 5\,329 = 7\,955$

A pequena oferta dos serviços de Planejamento Familiar e as condições da realização do aborto, aliadas ao desejo de constituir famílias menores, podem ser responsáveis

pela alta da frequência das internações por aborto, que vem sendo apontada por alguns estudos.

Uma revisão de prontuários de mulheres que morreram por causa associada ao ciclo gravídico-puerperal, entre 1978 – 1987, no Hospital Municipal Miguel Couto, revelou um aumento do peso do aborto enquanto causa de morte materna de 172% no período. (Languardia, 1990) Este estudo alerta sobre a qualidade das informações oficiais: na maioria dos dados baseados em informação hospitalar no Brasil, o aborto aparece como primeira causa de mortalidade materna, ao invés da hipertensão arterial.

Em um hospital de Santo André (SP), com base na informação de prontuários dos anos de 1978 a 1982, a razão média entre partos e abortos dobrou em 5 anos, atingindo em 1984 a razão de 1 aborto para 3,6 partos. (Schor, 1990)

Sabe-se hoje que o aborto feito em condições adequadas apresenta um risco de mortalidade igual ou menor que ao de um nascimento. Henshaw (1990) estimou uma taxa de mortalidade por aborto de 0,6 óbitos para 100.000 abortos realizados, através de levantamento de números confiáveis em 13 países.

No estudo da tendência da mortalidade materna de alguns países, o momento da legalização de aborto representa uma inflexão brusca no ritmo de declínio da taxa, principalmente quando o governo assume realizá-lo nos seus próprios serviços. (Steegers, 1983)

Por outro lado, na Romênia, com a proibição da realização do aborto em 1966, a taxa de mortalidade materna por aborto aumentou de 21 para 128 óbitos por 100.000 n. v. (Hord, 1991)

IV. 4. A MORTALIDADE MATERNA NAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Quando dividimos o Município do Rio de Janeiro em suas 5 áreas de planejamento, observamos um percentual maior de óbitos maternos (42,14%) na área de Planejamento 3, para todo o período entre 1965 – 1991. (Tabela 26)

Esta área abriga também o maior contingente populacional da cidade, representando 44% da população. A taxa média de mortalidade materna é a segunda do município, com um risco de 72,5 óbitos para cada 100.000 n.v.

Considerando todo o período de 25 anos, a área correspondente a AP2 (Zona Sul e Zona Norte) tem a menor taxa, 60,34 óbitos maternos/100.000 n. v., enquanto que a AP1 se constituiu na região de maior mortalidade materna, a qual talvez possa ser explicada pela extensão da sua rede hospitalar. As demais áreas, apresentam níveis de mortalidade relativamente próximos. (Tabela 25)

Tabela 25

Número de óbitos maternos, distribuição proporcional e taxa de mortalidade materna segundo Área de Planejamento / RJ 1965 – 1990.

AP' S	Número	Percentual (%)	Taxa de mortalidade materna
AP1	199	9.56	101.11
AP2	315	15.14	60.34
AP3	877	42.14	72.05
AP4	159	7.64	83.72
AP5	490	23.55	78.53
IGN	43	2.02	-
TOTAL	2083	100.00	

* Taxa de mortalidade por 100.000 n. v., correspondente à média do período.

Fonte: SES - RJ

Ao analisar o indicador ano a ano, percebe-se que a estratificação por área de planejamento do já reduzido número de morte maternas faz com que estes se tornem ainda menores, com suas taxas sujeitas a grandes variações. (Anexo 4)

Todas as áreas apresentaram uma tendência de declínio da taxa de mortalidade materna, quando comparados o primeiro (1965 – 1967) e o último períodos (1988 – 1991) (Tabela 27).

A Área de Planejamento 5 (AP5) obteve o melhor resultado com uma redução de 76,93% do seu indicador, estando portanto acima da queda geral do município do Rio de Janeiro (70%). Além disso, no período de 1988 – 1991, sua taxa de Mortalidade Materna foi a Segunda menor taxa do município. Estes resultados não seriam esperados, pois AP5 é uma área periférica de população de baixo poder aquisitivo. Seria necessário um estudo mais aprofundado, que poderia trazer informações, justificando este quadro.

Chama também a atenção que, na última década, a AP4 (Barra – Jacarepaguá) foi se tornando uma área de menor mortalidade, obtendo a terceira menor taxa do município. Sabe-se que esta região vem sendo ocupada por uma população de classe média alta e podemos supor que esta mudança do perfil tenha contribuído para estes resultados.

Cabe destacar que a AP1, correspondente à região do Centro da Cidade, apresentou durante a década de 70 uma instabilidade importante de sua taxa de mortes relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, fazendo com que a sua queda percentual tenha sido de apenas 36,47%. (Tabela 27)

Tabela 27

Taxa de Mortalidade* Materna por períodos segundo Área de Planejamento do Rio de Janeiro 1965 - 1991.

Taxas de Mortalidade Materna							
Períodos selecionados		AP1	AP2	AP3	AP4	AP5	
1965 a 1967		97.42	89.10	104.16	138.15	160.94	
1968 a 1972		97.41	84.42	98.09	174.09	148.06	
1973 a 1977		168.50	71.47	84.91	137.96	99.06	
1978 a 1982		99.95	51.39	54.99	51.94	64.15	
1983 a 1987		31.37	29.33	45.10	39.62	44.86	
1988 a 1991		62.09	30.43	48.11	42.65	37.12	
Variação relativa 1967/1991		-36.47	-65.84	-53.38	-69.12	-76.93	

Este fato talvez possa ser atribuído a uma concentração maior de leitos obstétricos, aumentando a proporção de óbitos nesta área. O registro ou o preenchimento incorreto do item residência do falecido destas Declarações de Óbitos podem induzir a um aumento artificial da taxa na AP1. Fenômeno parecido ocorre em relação aos óbitos perinatais⁴, com a invasão de óbitos de toda Região Metropolitana nas maternidades do centro do Rio de Janeiro (Duchiade, 1991; Aragão, 1994).

Além deste aspecto, é provável que os outros fatores que interferem na qualidade da informação, como por exemplo o subregistro, não exerçam uma influência significativamente diferenciada em função da distribuição espacial. Apesar de todas as limitações e dos pequenos diferenciais, é interessante observar que, analisados em seu conjunto, estes resultados se apresentam bastante coerentes quando relacionados aos indicadores sócio – econômicos, reforçando o efeito dos determinantes situados num nível mais geral sobre o comportamento da Mortalidade Materna(Tabela 28).

4 Óbitos Perinatais reúnem os óbitos fetais tardios e neonatais precoces (7 dias).

Tabela 28

Indicadores sócio-econômicos por sexo e taxa de mortalidade materna segundo Área de Planejamento - 1980.

	ESCOLARIDADE		RENDA		MORTALIDADE	
	NÍVEL SUPERIOR (%)		10 S. M. OU MAIS (%)		MATERNA 60 - 90	PERINATAL*
	HOMEM	MULHER	HOMEM	MULHER		
AP1	2.75	1.79	6.98	1.44	101.11	39.37
AP2	15.29	8.26	33.19	8.90	60.34	16.14
AP3	2.54	1.87	6.13	0.63	72.06	20.3
						1
AP4	5.97	3.55	10.88	1.54	83.72	21.34
AP5	1.27	0.98	2.35	0.19	78.54	27.62

Fonte: censo demográfico de 1980

Mortalidade perinatal (X 1.000 nascidos): Aragão, 1994.

*escolaridade nível superior: proporção da população maior de 10 anos que possui instrução igual ou acima do nível superior.

*renda: proporção da população economicamente ativa que tem renda igual ou acima de 10 salários mínimos.

A Área de Planejamento 2 possui um padrão de vida superior as demais áreas do município, constatado pela maior renda e escolaridade de sua população.

Coerentemente, esta região apresenta o menor risco de mortalidade materna e perinatal.

Contudo para outras áreas, estas relações não são tão lineares, até porque existem vários outros fatores intervindo, além destes aspectos apresentados.

Considerando as informações sobre local de ocorrência dos óbitos, disponíveis nas Declarações de Óbito de 1979 a 1989, constatamos que dos óbitos registrados no município do Rio de Janeiro, aproximadamente 60% (369 /623) são de mulheres que vem a falecer na sua própria área de residência. De uma maneira geral, embora estes dados refiram-se apenas aos óbitos, poderíamos pensar em uma desorganização dos serviços de saúde, obrigando às gestantes a se deslocarem para áreas, além de sua residência devido à dificuldade de acesso à assistência obstétrica, existente em todas as áreas. Nestes 10 anos, na Área de Planejamento 4, identificamos que do total de 48 óbitos maternos de mulheres residentes nesta área, apenas 8 deles (16.66%) foram assistidos na própria região de moradia, constituindo-se no exemplo mais gritante.

(Tabela 29)

Tabela 29

Percentual de óbitos segundo local de residência e ocorrência a 1989 - Município do Rio de Janeiro.

	Óbitos*		Óbitos**	
	Ocorrência / residência	Residência / ocorrência	Ocorrência / residência	Residência / ocorrência
	Número	%	Número	%
AP1	24/42	57.14	24/108	22.22
AP2	38/63	63.60	38/121	31.40
AP3	195/291	67.03	195/263	74.14
AP4	8/48	16.66	8/17	47.05
AP5	104/176	59.09	104/114	91.22

*Óbitos ocorrência/residência: (Número de óbitos maternos de mulheres que residem na AP"x" e que ocorrem na AP"x") X 100/total de óbitos de mulheres que residem na AP"x".

**Óbitos residência/ocorrência: (Número de óbitos maternos de mulheres que residem e que ocorrem na AP"x") X 100/total de óbitos de mulheres que ocorrem na AP"x".

Sabe-se que é frequente uma gestante percorrer vários serviços e conseqüentemente grandes distâncias até encontrar um leito para ter seu filho. A situação torna-se mais grave se houver necessidade de uma assistência especializada; mesmo, que a gestante tenha feito Pré-Natal regularmente, sendo indicado este tipo de assistência, não existe nenhum encaminhamento que o garanta, pois não há em funcionamento um sistema de referência e contra referência facilitando este acesso. Pode-se dizer, que esta realidade põe a perder todo o cuidado dispensado durante o período que antecedeu ao parto. E, ainda, em muitos casos pões em risco a vida do bebê, conforme foi constatado num estudo sobre mortalidade neonatal e qualidade da assistência médica na Região Metropolitana (Carvalho, 1993).

Para uma melhor avaliação desta qualidade da assistência, seria necessário conhecermos com precisão também o número de nascimentos correspondentes, pois desta forma poderíamos discutir mais profundamente o acesso e estimar os riscos de mortalidade dos óbitos ali ocorridos, conhecendo melhor o perfil de cada área.

IV. 5. – O COMPORTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO GRUPO ETÁRIO

Considerando o período de 1960 a 1990, ocorreram no município do Rio de Janeiro 3131 óbitos maternos. Cabe lembrar que a informação disponível para os grupos etários, inclui as mulheres não residentes no município, mas que vieram a falecer em

hospitais desta área. Ao analisar a frequência dos óbitos segundo faixa etária, obtivemos:

Total: 3 131 óbitos maternos

menor 15 anos: 9 óbitos

15 a 24 anos: 787 óbitos

25 a 34 anos: 1 436 óbitos

35 a 44 anos: 862 óbitos

45 a 54 anos: 26 óbitos

ignorados: 11 óbitos

A distribuição proporcional dos óbitos maternos por idade revela uma maior parcela dos óbitos na faixa de 25 a 34 anos. Portanto o maior número de mortes se dá em mulheres de baixo risco, provavelmente conseqüente da maior frequência da maternidade entre mulheres desta fase do ciclo reprodutivo. (Tabela 30)

Tabela 30

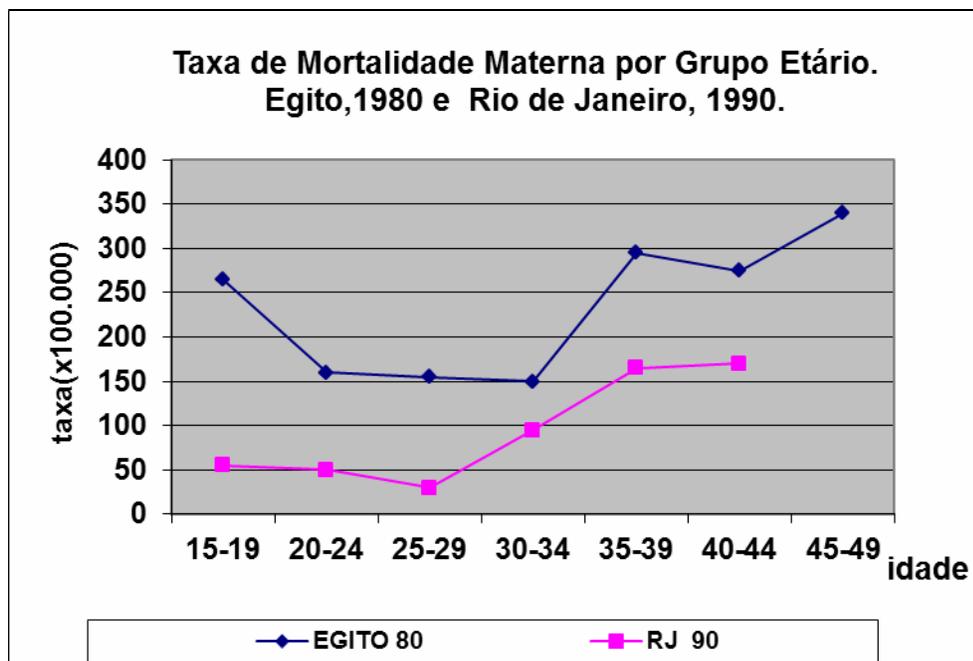
Distribuição Proporcional dos Óbitos Maternos									
Município do Rio de Janeiro 1960 - 1970 - 1980 - 1990									
	1960		1970		1980		1990		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
< 15 anos					1	1.22			
15 a 24	39	20.86	27	26.21	16	19.51	20	31.25	
25 a 34	80	42.78	39	37.86	40	48.78	25	39.06	
35 a 44	66	35.29	36	34.95	23	28.05	17	26.56	
45 a 49	2	1.07	1	0.97	2	2.44	2	3.13	
Ignorado						0.00			
Total	187	100.00	103	100.00	83	100.00	64	100.00	

A idade da mulher ao engravidar vem sendo apontada como um importante fator a ser considerado, quando quer se definir o risco materno. A maternidade representa um risco menor quando ocorre entre os 20 e 30 anos e o risco é máximo se a gravidez acontece após os 35 anos. As mães adolescentes também apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, principalmente quando a gestação ocorre antes dos 15 anos (Fecundidade Y Salud, 1990, OPS).

Estes riscos relacionados às várias faixas etárias são descritos por uma curva tipo “J” e são comuns às diversas áreas geográficas e épocas analisadas, apesar de

corresponderem a magnitudes bastantes diferenciadas. Porém, na medida que a mortalidade diminui, há uma menor inclinação da curva (Gráfico 5).

Gráfico 5



Para avaliarmos o efeito específico da idade seria necessário controlarmos outras variáveis que atuam como fatores de confundimento. Isto é difícil de realizar, pois geralmente o número absoluto de óbitos maternos é pequeno e não permite muitas estratificações.

A primeira destas variáveis a ser controlada seria a paridade, pois as faixas etárias extremas estão associadas a paridades reconhecidas como as mais vulneráveis (mesmo quando se trabalha com coeficientes de mortalidade materna ajustados por idade).

Por exemplo, dentre as adolescentes, grande parte está vivenciando pela primeira vez a experiência de ser mãe e a incidência de hipertensão gestacional é maior nas nulíparas, o que pode contribuir para elevação do risco (Savitz, 1992). Por outro lado, a multiparidade mais frequente em mulheres mais velhas predispõe a hemorragia, ruptura de útero e infecção (Royston & Armstrong, 1991).

Em relação ao óbito materno de mulheres adolescentes, foi evidenciado que, neste período de 30 anos, de acordo com os dados oficiais, 9 adolescentes (menores de 15 anos) faleceram devido a uma causa materna e destas mortes apenas uma ocorreu

antes de 1975. Não é possível definir se houve um melhor registro destes óbitos ou se houve um agravamento das condições de assistência obstétrica, que estaria sendo refletida neste grupo mais vulnerável.

Analisando especialmente a mortalidade no Brasil (1980), em adolescentes, Tanaka e Siqueira concluíram que a adolescência em si não representava um aumento do risco de morte materna, pois o risco atribuído a este grupo foi menor que o das gestantes como um todo.

Os autores concluem que a expressiva Mortalidade Materna associada a um conjunto de causas consideradas evitáveis (hipertensão, infecção, hemorragia e aborto) foi principalmente decorrente da má assistência pré-natal e ao parto. (Siqueira, 1986)

Apesar de considerarmos bastante importante a questão da qualidade da atenção à saúde, não descartamos a possibilidade da idade jovem interferir no risco. Como nas faixas etárias acima de 30 anos os riscos são muito maiores, eles contribuem para uma elevação da taxa média do total de gestantes, fazendo com que esta média fique acima do valor encontrado para as adolescentes. Quando foi efetivamente superior àquela faixa mais favorável à reprodução (20 – 29 anos).

Outro aspecto fundamental está relacionado às condições sócio-econômicas, pois de uma maneira geral a gestação é tanto mais frequente naqueles grupos etários de maior risco quanto menor a renda, a escolaridade e o desenvolvimento, trazendo em consequência disto condições mais precárias de saúde para estas mulheres; maiores limitações no reconhecimento da necessidade de uma assistência especializada e menor acesso à assistência médica, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Por isto estes grupos guardam um perfil bastante diferenciado daquela faixa intermediária e apresentam riscos adicionais que vão além do fator “idade”.

Isto ficou demonstrado num estudo que teve como objetivo entender melhor a epidemiologia e descrever as causas de morte materna nos Estados Unidos de 1979 a

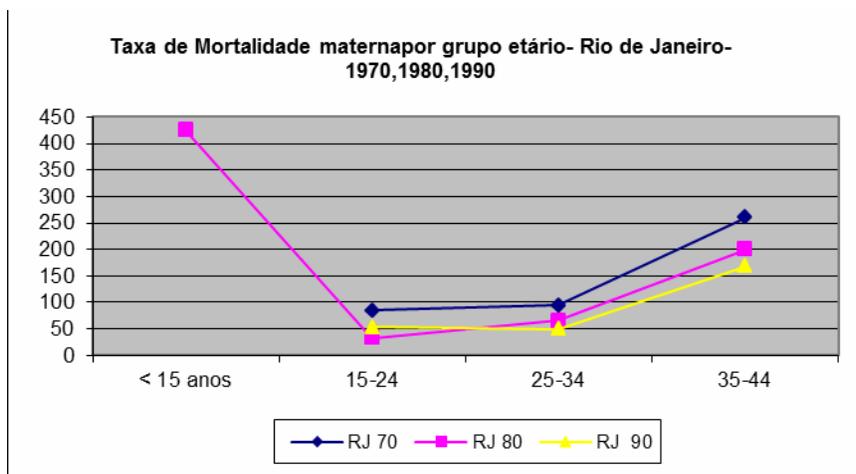
1986. Foram comparadas as taxas de mortalidade materna na população feminina branca e na população feminina negra e de outras minorias raciais nas diversas idades. Sabe-se que este segundo grupo desfruta de condições de vida menos privilegiadas. Observou-se que , a partir dos 25 anos, a mortalidade aumentava com a idade em todos os grupos, e que o risco de morte materna das mulheres brancas era semelhante ao de mulheres negras de 20 a 25 anos era próxima a de mulheres brancas de 30 a 35 anos (Atrash, 1990).

Outra hipótese a ser pensada é a mudança do padrão de fecundidade nas últimas décadas, no Estado do Rio de Janeiro, que apesar de ainda manter elevadas taxas de fecundidade nas faixas extremas quando comparadas com países do Primeiro Mundo, conduziu a uma concentração da fecundidade nos grupos mais jovens e uma redução nos grupos de idade mais avançadas. Este fenômeno é observado no país e se repete em todas as regiões, o que seria um comportamento esperado para regiões que evoluem para baixos níveis de fecundidade. (Simões & Oliveira, 1988)

Na região Sudeste, onde está localizado o nosso município, observou-se que, no ano de 1970, do total de crianças nascidas 6,54% tinham mães jovens (entre 15 e 25 anos). Em 1980, este percentual era de 9,38% e, em 1984, já chegava a 10%, apesar de Ter sido observada uma queda da taxa de fecundidade geral para todos os grupos etários. (Simões & Oliveira, 1988)

Na descrição das taxas de Mortalidade Materna, segundo idade, no município do Rio de Janeiro, encontramos resultados que confirmam o que já foi discutido. De modo geral, as taxas de mortalidade foram maiores nos grupos extremos, sendo que nestes anos analisados, o maior risco de morte materna coube as mulheres entre 35 e 44 anos (Gráfico 6).

Gráfico 6



Num trabalho apresentado no I Seminário Nacional de Estudos de Mortalidade Materna, realizado em São Paulo, em 1984, pôde-se observar que em todas as regiões do país, a taxa de Mortalidade Materna, para o ano de 1980, se comportou conforme é descrito na literatura, menores riscos para faixa etária intermediária. Para as mulheres brasileiras, que foram mães entre 20 e 29 anos, esta taxa foi 47,7 para cada cem mil crianças nascidas vivas (n. v.). As adolescentes (15-19 anos) tiveram um risco 2 vezes maior de falecer por causa materna, quando comparadas com aquelas mulheres de 20 a 29 anos. Mas foi entre a idade de 40 e 49 anos, que a taxa alcançou o elevado índice de 167,3 por cem mil n. v., fazendo com que a gravidez representasse uma ameaça maior para estas mulheres (Siqueira, 1984).

IV. 6. A QUEDA DA FECUNDIDADE E A MORTALIDADE MATERNA

Vários autores apontam para a importância da queda da fecundidade na redução da Mortalidade Materna.

A análise do papel da fecundidade na redução da Mortalidade Materna durante o século XX, na Espanha, identificou uma tendência de declínio contínuo desta mortalidade, contudo mais acelerado no período pós antibioticoterapia (pós-1940). Na análise deste declínio, considerou-se fundamental a mudança dos padrões reprodutivos da população, a partir do progressivo controle por parte da mulher de sua capacidade reprodutiva. (Cortes-Majo, 1990)

Outros trabalhos analisam os efeitos da queda da fecundidade através da eliminação dos óbitos maternos ocorridos em categorias de alto risco, mulheres em faixas etárias extremas e de alta paridade. Trussel e Plebey (1984) constataram, ao utilizar os dados dos óbitos maternos de Bangladesh (Chen, 1974), uma queda de 21.1% da mortalidade relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério ao se excluir estes óbitos de alto risco, partindo da hipótese que não haveria nascimentos nestes grupos.

Winikoff e Sullivan (1987) concluíram ao rever a literatura existente sobre o impacto das mudanças da estrutura etária e da paridade no mortalidade materna que, apesar da importância do planejamento familiar, apenas metade a um terço dos óbitos de mulheres com alto risco seriam prevenidos. Chamam atenção para o seguinte fato: a maior parte dos óbitos ocorre dentro do grupo considerado de baixo risco. Portanto, sugerem que maior sucesso haveria se a mulher, além do planejamento familiar, tivesse acesso a serviços de aborto de forma a reduzir a gravidez indesejada. E ainda fossem estabelecidas estratégias para proteger a saúde durante o ciclo gravídico puerperal, oferecendo uma assistência médica apropriada.

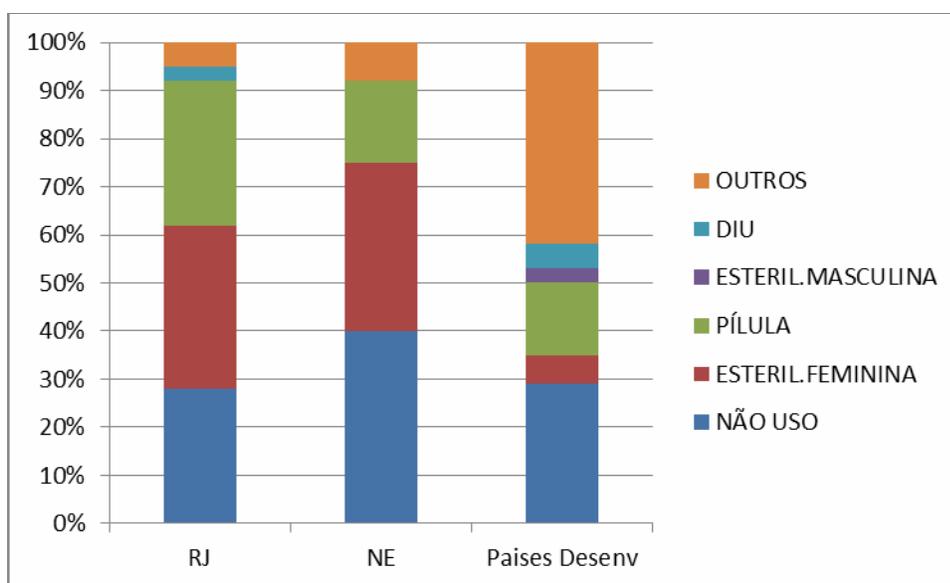
O Brasil experimentou uma modificação acentuada nos níveis de fecundidade, mesmo sem contar com programas de planejamento familiar oficiais. As primeiras normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde, dirigidas especificamente para esta área, foram publicadas em 1987 – Assistência ao Planejamento Familiar.

A redução da taxa de fecundidade começou nas décadas de 60 e acentuou-se na década 70, paralela ao período de crescimento econômico e a difusão de métodos contraceptivos eficazes, particularmente pílulas anticoncepcionais. Neste momento inicial, este fenômeno foi observado nos centros urbanos e considerou-se que segundo dados da PNAD-86, 43% das mulheres férteis brasileiras faziam uso de algum método anticoncepcional; se levarmos em conta apenas as mulheres com vida conjugal, esta parcela cresce para dois terços (Berquó, 1989). A velocidade com que se deu este processo de queda da fecundidade só foi alcançada nos países desenvolvidos, a partir de várias campanhas de incentivo ao planejamento familiar (Giffin, 1992). Este fato demonstra, portanto, a intensa motivação existente para o controle da fecundidade.

Este é um importante aspecto a ser considerado quando se analisa o perfil dos métodos utilizados no Brasil, que é bastante diferenciado daquele dos países desenvolvidos. Segundo as Nações Unidas, em 1987, os métodos mais utilizados correspondem a abstinência sexual periódica ou interrupção, ducha e condom. Nestes países, 40% das mulheres que desejam controlar sua fecundidade optam por estes métodos considerados por muitos como “ineficazes” (Gráfico 7).

Gráfico 7

Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres unidas-15-49



Fonte: Nações unidas, 1987

Ele poderia ser resultado da crescente incorporação de parcelas da população aos benefícios do desenvolvimento, como sugere o modelo de transição demográfica.

A rapidez com que se deu este declínio só foi possível porque a decisão de diminuir o número de filhos penetrou de uma maneira generalizada, inicialmente nas famílias ricas e posteriormente pobres, nas áreas urbanas e depois nas áreas rurais (Simões, 1988).

O crescimento econômico, na medida que se pautou pela desigualdade social, contribuiu para deterioração das condições de vida e para inserção da mulher no mercado de trabalho em busca de um aumento de recursos para o orçamento familiar. Todos estes aspectos conduziam à composição de uma família pequena.

Os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram os menores níveis de fecundidade ao longo do tempo: (Tabela 31)

Tabela 31

Taxa de fecundidade total - RJ e SP - anos selecionados.

Estados	Taxa de fecundidade total				
	1950	1970	1976	1980	1983 - 1986
Rio de Janeiro	4.4	4.3	3.9	2.9	2.6
So Paulo	4.5	4.0	3.2	3.2	2.9
Brasil	6.3	5.8	4.4	4.3	3.5

* N° médico de filhos por mulher no final do seu ciclo reprodutivo.

Fonte: BENFAM, PNSMIPF, 1986

No estado do Rio de Janeiro, por exemplo a pílula e a esterilização representam 87% dos métodos escolhidos pelas mulheres com vida conjugal (Berquó, 1989).

Embora esta escolha represente uma certa “imposição” das instituições que oferecem estes serviços, pois muitas vezes oferecem um número restrito de métodos, reflete também o interesse destas mulheres por mecanismos extremamente eficazes ou mesmo definitivos que, na ausência do aborto legal, são as únicas saídas para as gestações indesejadas (SEADE, 1994).

Parece bastante claro que, ao reduzir o número de gestações em mulheres em idade fértil, estaria diminuindo a probabilidade de que venham ocorrer óbitos por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao conjunto destas mulheres, embora o risco em relação à gravidez possa se manter o mesmo. O melhor indicador para avaliar este impacto é a taxa de Mortalidade específica por causa materna em mulheres em idade fértil:

$$\text{Taxa. de Mortalidade específica por causa materna} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos}}{\text{Mulheres em idade fértil}} \times 100.000$$

(T. M. E. C. M.)

Como já dissemos anteriormente, isto significa dizer que:

$$\text{TMECM} = \text{Taxa. de Fecundidade geral} \times \text{Taxa. de Mortalidade materna}$$

(T. F. G.) (T. M. M.)

A taxa de mortalidade materna mede o risco obstétrico, ou seja, a probabilidade de uma mulher morrer dado que ela esteja grávida; mesmo que este risco se mantenha inalterado, ao se reduzir a fecundidade, poderemos ter como consequência uma redução proporcional do número de óbitos, o que acarretaria numa menor taxa de mortalidade específica por causa materna, pois como:

$$\text{TMECM} = \text{TFG} \times \text{TMM},$$

se TMM é constante e a TFG se reduz, a TMECM também se reduz.

Utilizando estes conceitos e os dados do município do Rio de Janeiro, iremos estimar este impacto. Se no ano de 1991, a taxa de fecundidade fosse igual a de 1960, teríamos 148.891 nascidos vivos e o número de óbitos maternos seria então 82, caso se mantivesse numa situação hipotética a mesma taxa de mortalidade materna do ano de 1960. (Tabela 32).

Tabela 32

Taxa de mortalidade específica por causa materna, Taxa de Mortalidade Materna e taxa de fecundidade no Município do Rio de Janeiro em anos específicos entre 1960 e 1991.

	1960	1970	1980	1991
Óbitos maternos	157	81	82	54
Nº de nascidos vivos	87 453	89 038	120 948	98 166
Pop. Fem. 15-49 anos	921 108	1 207 418	1 475 024	1 568 265
TMECM (1)	17.04	6.7	5.55	3.44
TMM (2)	179.53	90.97	67.80	55.01
TFG (3)	94.94	73.74	81.99	62.59

(1) TMECM por 100.000 mulheres em idade fértil

(2) TMM por 100.000 nascidos vivos

(3) TFG por 100.000 mulheres em idade fértil

Fontes: IBGE, Censo de 1960, 1970, 1980, 1991.

IBGE, Est. Registro Civil, SES-RJ.

Além disso, estamos considerando que se todos os outros fatores que interferem na mortalidade materna permanecessem constantes e só a fecundidade tivesse se modificando, a taxa de mortalidade específica por causa materna aumentaria para 5,22 óbitos/1000 mulheres em idade fértil. Portanto, a queda da fecundidade contribuiu para que, em cada 100.000 mulheres em idade fértil, 2 óbitos maternos fossem evitados no ano de 1991. (Risco atribuível = 5,22 – 3,44 = 1,78)

Se podemos considerar este resultado um aspecto positivo sobre o número de mortes maternas, devemos levar em conta também que contraditoriamente, o desenvolvimento do processo de queda da fecundidade também foi acompanhado de efeitos negativos para saúde materna.

O uso de métodos anticoncepcionais teve muita importância no processo de declínio da fecundidade. Porém como afirma Giffin (1991) “embora a redução da fecundidade tenha sido uma estratégia de sobrevivência dos grupos pobres, os custos sobre saúde desta mulher que usa contraceptivo sem acompanhamento médico ou que tem recorrido ao aborto ilegal e barato são grandes. “

Portanto, a situação da Saúde Materna no Brasil assim se caracteriza: o Estado se omite cada vez mais em cumprir o seu papel em relação ao planejamento familiar; as mulheres tem opções restritas de métodos contraceptivos, fazendo escolhas de métodos inapropriados, e muitas vezes contra-indicados como revela uma pesquisa em população de baixa renda do Rio de Janeiro. (Costa, 1989) Diante disto, pode-se concluir que “o uso de contracepção moderna, nestas circunstâncias, estaria resultando num aumento do recurso ao aborto provocado.” (Giffin, 1992)

Além disso, é preciso refletir que o que é moderno, não necessariamente é melhor. Por exemplo, analisando o efeito do levonorgestrel, um contraceptivo de lenta liberação implantado em um grupo de mulheres, constatou-se a presença de vários efeitos colaterais: desordem menstrual, hipertensão, distúrbio do peso e hipertricose. (Koifman et al., 1987)

Segundo pesquisa sobre fecundidade realizada em São Paulo, do total de mulheres que fazem uso de algum método, apenas 37% fazem acompanhamento médico regular e 32% só procuram assistência em caso de problemas. (SEADE, 1994)

Esta queda da fecundidade trouxe também outros riscos, dentre eles os que surgem para atender a demanda de um grande número de ligações tubárias realizadas para uma esterilização definitiva. A esterilização feminina, ao Ter como via de acesso

preferencial o parto cesáreo, contribuiu para que um grande número de cirurgias fossem realizadas sem indicação obstétrica precisa. Este procedimento certamente contribuiu para a elevação do risco de morte materna, devido a causas como infecção, hemorragias e complicações anestésicas. Ao mesmo tempo, se convive com situações onde a realização desta cirurgia seria indicada, mas a escolha acaba recaindo sobre o parto normal. (Carvalho, 1993)

Numa investigação de óbitos femininos ocorridos em uma região paulista (1988), do total de 17 óbitos por causas obstétricas diretas, 5 foram atribuídos à escolha da esterilização como método contraceptivo:

- ☛ 2 mulheres com história de laqueadura tubária desenvolveram gravidez ectópica, o que foi considerado efeito tardio;
- ☛ 3 apresentaram complicações pós-operatórias imediata (Volochno, 1992).

Além disso, não se tem conhecimento do impacto do aborto sobre a fecundidade, porém sabe-se que no Brasil, segundo pesquisa realizada pelo Instituto Alann Guttmacher a partir dos dados do IBGE e DATASUS (através das Autorizações de Internações Hospitalares) cerca de 1,4 milhões de abortos anuais são realizados e 15% destes conduzem a hospitalizações devido a complicações. Este fato ilustra que a larga utilização desta prática para controle da fecundidade e a suas potenciais repercussões sobre a saúde feminina.

Diante deste quadro, um outro conceito foi sugerido por Beral (1979) para avaliar de uma maneira mais adequada a saúde reprodutiva feminina. Para os países desenvolvidos, a Mortalidade Materna vem se tornando um evento cada vez mais raro e, por outro lado, a prevalência da gravidez tem sido menor que a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais.

Esta nova medida – Mortalidade Reprodutiva – seria utilizada para “descrever os óbitos associados: a) ao aborto induzido e espontâneo; b) às complicações da gravidez, do parto e do puerpério; c) ao efeitos adversos da contracepção.” (Beral, 1979)

Como foi visto, existem inúmeros aspectos relevantes em relação à saúde reprodutiva feminina, que tornam pertinente a utilização deste indicador, não para substituir a mortalidade materna, e sim para complementar outra dimensão da Saúde Feminina.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O estudo da evolução da taxa de mortalidade materna no período de 1960 – 1990 revelou importante declínio deste indicador e uma significativa redução das causas hemorrágicas e por aborto, o que consideramos ser um provável resultado dos avanços do conhecimento médico geral e específico na área da Assistência Obstétrica e também da universalização da assistência médica. Além disso, a possibilidade da mulher exercer um maior controle da sua fecundidade nestas últimas décadas pode ter contribuído positivamente para reduzir a Mortalidade Materna. Ainda seria pertinente assinalar o aumento da escolaridade feminina, o que é enfatizado como um fator relevante para a escolha dos serviços de saúde de maior qualidade, assim como o reconhecimento dos seus próprios problemas de saúde.

Porém não podemos deixar de destacar, que nos últimos 5 anos houve um agravamento deste quadro, representado por aumento de 20% da taxa de Mortalidade materna neste período (1988 – 1991) quando comparadas com a do período anterior (1983 – 1987). Este resultado aparentemente revela um movimento contrário em relação ao declínio que vinha sendo observado, apesar de todas aquelas conquistas citadas.

Consideramos a possibilidade deste fato ser provocado por uma melhora no registro destes óbitos, porém o perfil da Mortalidade Materna, e principalmente esse aumento da taxa no último período, nos levam a pensar que seriam resultados da baixa qualidade da Assistência Médica oferecida às mulheres durante o ciclo reprodutivo.

Os estudos de mortalidade materna baseados em estatísticas oficiais são limitados por uma série de aspectos metodológicos e trazem uma importante questão: até que ponto é válida a utilização destas informações de qualidade discutível?

Em primeiro lugar, consideramos necessário romper com a situação paradoxal apontada por Graham & Campbell (1992) nos países subdesenvolvidos: “a coexistência

da falta de informação e da sub-utilização da informação disponível.” Essa discussão da validade só pode ser realizada a partir do momento que os dados forem trabalhados, e não enquanto eles se constituem em números “perdidos” em listagens e publicações. O aprimoramento da qualidade dos registros passa inicialmente por sua análise e de sua crítica.

Para análise da mortalidade materna, foi necessário sistematizar um conjunto de dados de óbitos e de nascidos vivos de diferentes fontes, o que pode Ter gerado diferentes tipos de distorções. Porém, estas distorções, de uma maneira geral, tendem a subestimar o número real de mortes maternas, o que torna de maior gravidade o quadro de saúde feminina.

Consideramos que a análise destes dados, após terem sido trabalhados, a partir da construção de indicadores para séries temporais e para diferentes áreas geográficas, tenham contribuído para revelar um diagnóstico de saúde consistente e sugerir medidas no sentido de melhorar o quadro de saúde da população.

Esta discussão também foi colocada por Goés (1991), no seu trabalho de análise da mortalidade desde a década de 30, no Brasil, onde afirma que “não deixa de haver uma certa ironia no fato de que dados reconhecidos como falsos, que não se nega serem precários, parecem expressar aquilo que a teoria julga ser verdade. Acabou-se de ver que esse conjunto de dados sobre mortalidade por causas, tratado em geral mais como fabulação do que como representação da realidade, resulta em descrições, aponta para comportamentos que não se afastam muito nem do que as teorias preconizam nem do que os dados bem elaborados, mais “confiáveis” indicam”.

As questões relacionadas à qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito tem grande destaque nas análises da Mortalidade Materna. O treinamento de profissionais de saúde, para o correto registro do Óbito Materno deve ser uma atividade permanente, principalmente nas maternidades e hospitais da Área de Planejamento¹, onde observamos as maiores distorções.

Contudo apesar destas limitações pode-se perceber, estes resultados das investigações de óbitos femininos so bastante semelhantes aos encontrados na nossa análise: a toxemia foi a causa responsável por 30,4% dos óbitos maternos do município do Rio de Janeiro no último período. Segundo Carvalho (1993), da área metropolitana do Rio de Janeiro num estudo realizado em 1986, cerca de 85% da população das mulheres do estudo realizaram o Pré-Natal. A combinação destas duas informações, sugere uma necessidade de se supervisionar as unidade que prestam este tipo de assistência, em busca de avaliar se estão sendo cumpridas as normas previstas pelo PAISM.

O mesmo deveria ser feito em relação à assistência obstétrica hospitalar, pois se considerarmos o que se acumulou de conhecimento e tecnologia nas últimas décadas, o óbito materno por toxemia, hemorragia e infecção situam-se na categoria de óbito evitáveis e inadmissíveis. O controle da Infecção Hospitalar, a redução das taxas de cesareanas, a disponibilidade de reposição sangüínea para as grandes perdas e também de leitos em Centro de Tratamento Intensivo, desde que corretamente aplicados, so medidas que certamente transformariam esta realidade.

Porém, a sua efetivação depende:

- ☞ da capacitação dos profissionais que atendem estas mulheres através de treinamentos;
- ☞ da estruturação das maternidades e serviços de saúde;
- ☞ da hierarquização dos diversos níveis de assistência.

Além disso, consideramos que embora a queda da fecundidade possa ter contribuído em algum nível para redução da mortalidade materna, a discussão sobre o perfil dos métodos escolhidos apontam para o surgimento de novos riscos.

Portanto, assinalamos a importância das mulheres em idade reprodutiva terem acesso aos diversos métodos contraceptivos com adequado acompanhamento médico, através do Programa de Planejamento Familiar. E acreditamos que deva ser discutida a

descriminalização do aborto, para que ele possa ser realizado com segurança, no caso de falha de outros métodos.

Concluimos, também, que apesar de uma relativa coerência dos resultados, enfatizamos a necessidade de realização de uma investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil residentes no Rio de Janeiro, para um conhecimento mais apurado da magnitude, da distribuição das causas específicas e dos fatores de risco da morte materna. Desta forma poderemos analisar mais profundamente o efeito de variáveis como renda, educação, paridade e tipo de parto na mortalidade materna. É de suma importância a reativação do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna do Rio de Janeiro, iniciativa que vem sendo tomada pela Secretaria Estadual de Saúde.

Destacáramos ainda que a Área de Planejamento 2, que concentra uma população de maior poder aquisitivo e grande número de serviços de Saúde, apresentou a menor taxa de mortalidade materna do município do Rio de Janeiro.

É urgente a ampliação dos recursos de saúde para as áreas periféricas de maior mortalidade, de forma que estas desigualdades sociais, não sejam ainda mais acentuadas.

Apesar de compreender a existência do óbito materno dentro de um contexto complexo, onde se interrelacionam fatores políticos econômicos, sociais, biológicos, ressaltamos que quando falamos deste óbito, nos referimos a um grupo específico de mulheres – o de baixa renda -, consideramos que a maioria destas mortes poderiam ter sido prevenidas basicamente com uma assistência adequada ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, como apontam os estudos onde a evitabilidade é analisada.

A análise das causas de morte materna expõem a problemática do conjunto da saúde reprodutiva feminina. Se por um lado a taxa de mortalidade materna abrange aparentemente apenas aspectos relacionados à gravidez, por outro lado este indicador também é sensível às distorções existentes com relação à contracepção. As

complicações por aborto e os efeitos adversos dos diversos métodos anticoncepcionais passam a Ter uma importância até então desconhecida.

Se a Declaração de Óbito tem baixa sensibilidade para a mortalidade materna, o seu valor preditivo positivo é praticamente 100%. Isto significa dizer que, daquelas mortes declaradas, quase todas eram efetivamente causas maternas. Grande parte delas estavam associadas as Toxemias, as Hemorragias, as Infecções e a Gravidez terminada em aborto, causas reconhecidamente evitáveis. Quando cada óbito é investigado, é comum a identificação de um conjunto de falhas que ocorrem nas diversas etapas da evolução da gravidez, que correspondem a diversas oportunidades que poderiam ter impedido esta fatalidade.

Evitar a morte materna é uma meta factível, como já o demonstraram países com menos recursos do que nós. Apesar da Constituição afirmar que “a Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, as autoridades sanitárias e a sociedade até hoje não tomaram a si, a responsabilidade de enfrentar este problema de modo decidido. Nossa esperança é que este trabalho possa contribuir, de alguma forma, para transformar esta situação.

BIBLIOGRAFIA

- Adetoro, O. O. Maternal Mortality, - a twelve-year survey at the University of Ilorin Teaching Hospital (U. I. T. H.), Ilorin, Nigéria. **Int. J. Gynaecol Obstet.**, 1987, 25:93-95.
- Alan Guttmacher Institute. **Aborto clandestino: uma realidade latino - americano.** New York: Autor, 1994.
- Allen, H. M., Chavkin, Wendy, Marinoff, Joani. Ascertainment of maternal deaths in New York city. **Am Journal Publ Health**, 8, 1 (3), 380-383, 1991.
- Aragão, Maria da Graça O. S. **Mortalidade Perinatal Na Região Metropolitana. Rio de Janeiro.** 1979-1989 (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro, 1994.
- Arkader, Jacob. **Considerações sobre a mortalidade materna no Brasil.** (Tese de concurso à Docência L de Clínica Obstétrica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, 1969.
- Arkader, Jacob. **Mortalidade Materna.** (Tese para concurso para Professor Titular de Obstetrícia da Faculdade de Medicina na Universidade Federal Fluminense). Niterói, 1993.
- Armstrong, S. & Royston, E. **Preventing Maternal Deaths.** Genebra: WHO, 1989.
- Atrash, H. K., Koonin, L. M., Lawson, H. W., Franks, A. L., Smith, Jack. Maternal mortality in the United States, 1979 - 1986. **Obstetric & Gynecology**, 1990, 76 (6), 1055-60.
- Bailey, Patrícia E., Dominik, Rosalie C., Janowitz, B. & Araújo, Lorena. Assistência Obstétrica e Mortalidade Perinatal em área rural do Nordeste Brasileiro. **Bol. Of Sanit. Panam.**, 1991, 111 (4), 306-317.
- Banco Mundial. **Brasil: Saúde Reprodutiva da Mulher**, Reporter nº 8215-BR, 1992.
- Barros, Fernando C., Vaughan, Patrick V. & Victora, César G. Why so many caesarea sectinos? The need for a futher policy change in Brazil. **Health policy and planning**, 1986, 1 (1), 19-29.
- Barroso, Carmen. Mortalidade materna: uma questão política. In. **Quando a paciente é mulher: Relatório do Encontro Nacional Saúde da Mulher. Um direito a ser conquistado.** Conselho

- Nacional Direito da Mulher (org.). Brasília: CNDM, 1989.
- Beltrão, Kaizô. I., Duchiate, Milena P. & Wulhynek, P. P. Comparação entre diferentes métodos de estimativas de nascidos vivos. **Relatório Técnico 06/90** ENCE. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.
- Beral, Valerie. Reproductive Mortality. **British Medical Journal**, 1979, 2, 632-634.
- Berquó, E. A esterilização feminina do Brasil hoje. In. **Quando a paciente é mulher: Relatório do Encontro Nacional Saúde da Mulher. Um direito a ser conquistado**. Conselho Nacional Direito da Mulher (org.). Brasília: CNDM, 1989.
- Bouvier-Colle, M. H., Varvoux, N., Cosces, P., Halton, F. Reasons for underreporting of maternal mortality in France as indicated by a survey of all deaths among woman of childbearing age. **Intern Journal Of Epidemiol**, 1991, 20 (3), 717-721.
- Braga, Luiz Fernando C. O., Nazareno, Eleusis R., Fanini, Maria Leonor, Soares, Vânia M. N., Hirata, Vera M. Relatório dos comitês de morte materna do Paraná - 1991. **Informe Epidemiológico dos SUS**, 1992, 17 (), 29-49.
- Braga, Luiz Fernando C. O. Aborto, anticoncepção e mortalidade materna. In. **Morte Materna: uma tragédia evitável**. Aníbal Faundes e José Guilherme Ceccati (org.). Campinas: Editora da Unicamp, 1991.
- Braga, José Carlos de Souza. **A Questão da Saúde no Brasil** (Dissertação de Mestrado) Campinas: Departamento de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 1978.
- Carvalho, Márcia L. **Mortalidade Neonatal e Aspectos da Qualidade da Atenção à Saúde Neonatal na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1986/1987** (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
- Chen, L. C., Melita C. Gesche, Shamsa Ahmed, Chowdhury, and Mosley. Maternal Mortality in Rural Bangladesh. **Studies Family Planning**, 1974, 5 (11), 334-341.
- Chukudebelu, W. O. & Ozumba, B. C. Maternal Mortality in Anambra State of Nigéria. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 1988, 27, 365-370.
- Comissão Perinatal. **Proposta de Plano de Regionalização e Hierarquização da Atenção Pré-Natal e Perinatal para o Município do Rio de Janeiro**. CIMS. Fevereiro, 1987.

- Cortes-Majo, M., Garcia-Gil C., Solano-Pares, Ana Maria, Viciano-Fernandez, F. Analisis epidemiológico del papel de la fecundidade en el descenso la mortalidade materna en las comunidades autonomas espanolas a lo largo del siglo XX. **Revista San Hig Publ**, 1980, 64 (4), 425-438.
- Costa, Cícero F. F. Via de parto e Mortalidade Materna. In. **Morte Materna: uma tragédia evitável**. Anibal Faundes e José Guilherme Ceccati (org.). Campinas: Editora da Unicamp, 1991.
- Costa, Sara H. & Vessey, Martin P. Misoprostol and Illegal Abortion in Rio de Janeiro. **Lancet**, 1993, 341: 1258-1261.
- Costa, Sara H., Martins, Ignez R., Pinto, Cristiane S., freitas, Sylvia Regina da S. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Cadernos De Saúde Pública**, 1989, 5 (2), 187-206.
- Costa, Sara H. & Pinto, Cristiane P. Os efeitos demográficos da contracepção - a queda da fecundidade. In. **Quando a paciente é mulher. Relatório Do Encontro Nacional De Saúde Da Mulher. Um direito a ser conquistado**. Conselho Nacional de Direitos da Mulher, Brasília: CNDM, 1989.
- Cunha, Donald C., Nero, João S., Halbe, Hans W., Ottoboni, Wilson Roberto, Gotardo, Dorival. Comitês de Morte materna. In. **Morte materna: uma tragédia evitável**. Anibal Faundes & José Guilherme Ceccati (org.). Campinas: Editora da Unicamp, 1991.
- Darney, Philip D. Maternal deaths in the less developed word: preventable tragedies. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 1988, 26, 177-179.
- Donabedian, Avedis, **Explorations in quality assessment and monitoring and standards of quality**. Vol II: The criteria na standards of quality. Health Administation Press. Ann Arbor, Michigan, 1982.
- Dorfman, Sally F. Maternal Mortality in New York City, 1981 - 1983. **Obstetrics & Gynecology**, 1990, 76 (3), 317-323.
- Duchiade, Milena P. **Mortalidade Infantil Por Pneumonia Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de saúde Pública) Rio de Janeiro, 1991.
- Duthie, S. J. & Ghosh, H. K. Maternal Mortality. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology.**, 1989, 96 (1), 4-8.

- El Kady, Adel A., Saleh, Saneya, Gadalla, Saad, Fortney, J., & Bayoumi, Hussein. Obstetrics deaths in Menoufia governorate, Egypt. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 1989, 96 (1), 9-14.
- Elandt-Jonhson, Regina. Definition of Rates: Some Remarks on their Use and Misuse. **American Journal of Epidemiology**, 1975, 102 (4), 267-271.
- Faundes, A. & Cecati, Guilherme. A Operação Cesareana no Brasil. Incidência, Tendência, Causas, Consequências e Propostas de Ação. **Cadernos de Saúde Pública**, 1991, 7(2), 150-173.
- Faundes, A., Rosenfield, A. & Pinotti, J. A. Maternity care in developing countries: relevance of new technological advances. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 1988, 26, 349-354.
- Faveau, V., Koenig, Chakraborty, J. & Chowdhury, A. I. Causes of Maternal Mortality in Rural Bangladesh, 1976-1985. **Bulletin of the World Health Organization**, 1988, 66 (5), 643-651.
- Feitosa, Helvécio N., Moron, Antônio F., Born, Daniel & Almeida, Pedro Augusto M. Mortalidade materna por cardiopatia. **Rev. Saúde Públ.**, 1991, 25 (6), 443-451.
- FLACSO, Ministério de Assuntos Sociais e Instituto da Mulher da Espanha. **Mulheres Latinoamericanas em Dados. Brasil**. Santiago do Chile: Flacso (Chile) & Instituto da Mulher (Espanha), 1993.
- Fortney, Judith A. The importance of family planning in reducing Maternal Mortality. **Studies in Fam Planning**, 1987, 18 (2), 109-114.
- Fortney, J. A., Susanti, Gadalla, S. Saleh, Feldblum P. J. & Potts, M. Maternal Mortality in Indonesia e Egypt. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 1988, 26, 21-32.
- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Rio de Janeiro. A mulher brasileira: estatística de saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, 4 (10), 1986.
- Giffin, Karen Mary. A Modernidade perversa e Reprodução humana. In Maria do Carmo Leal, Paulo C. Sabroza, Rodolfo H. Rodriguez, B. Paulo Buss. **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento**. VOL. II. São Paulo - RJ: Hucitec - Abrasco, 1992.
- Giffin, Karen Mary. A mulher, a cidade e os programas sociais. In. **Mulher e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: IBAM-UNICEF, 1991.

- Giffin, Karen. Mulher e Saúde. (Editorial) **Cadernos de Saúde Pública**, 1991, 7(2), 133.
- Granham, Wendy J. & Campell, Oona M. R. Maternal Health and Measurement Trap. **Soc. Sci. Med.** 1992, 35 (8), 967-977.
- Heshaw, Stanley K. Induced Abortion: A world review, 1990. **International Family Planning Perspectives**, 1990, 16 (2), 59-65.
- Hogberg, U & Wall, S. Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980, **Bulletin of the World Health Organization**, 1986, 64 (1), 79-84.
- Hord, Charlotte, David, Henry P., Donnay, France, Wolf, Merrill. Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy. **Studies in Family Planning**, 1991, 22 (4), 231-239.
- Hui, D. & Lingmei, Z. Analysis of the causes of maternal death in China. **Bulletin of the World Health Organization**, 1988, 66 (3): 387-390.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil 1960**. Cons. Nac. Estatística Rio de Janeiro: IBGE, 1962.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil 1966**. Cons. Nac. Estatística Rio de Janeiro: IBGE, 1968.
- IBGE. **Censo Demográfico de 1960**. GUANABARA. VII Recenseamento Geral do Brasil. Série Regional, 1, Tomo XII. 1ª parte. Rio de Janeiro: FIBGE.
- IBGE. **Censo Demográfico de 1970**. GUANABARA. VIII Recenseamento Geral do Brasil. Série Regional, 1, Tomo XVII. Rio de Janeiro: IBGE, 1973.
- IBGE. **IX Recenseamento Geral do Brasil - 1980**. Série Regional, 1, Tomo 3 (16). Censo Demográfico - Dados Censitários do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIBGE, 1983.
- IPLANRIO. **Anuário Estatístico do Município do Rio de Janeiro, 1991**. Prefeitura da Cidade do Rio Janeiro, Instituto de Planejamento Municipal (IPLANRIO), 1992.
- Kwast, Bárbara E. & Liff, Jonathan M. Factors Associated with Maternal Mortality in Addis Ababa, Ethiopia. **International Journal of Epidemiology**, 1988, 17, 115-121.
- Koifman, Sérgio et al. Avaliação do Anticoncepcional Norplant no Município do Rio de Janeiro, RJ (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, 1987, 21 (6) 513-522.
- Languardina, Katherine D., Roltholz, Volf & Belfort, Paulo. A 10-year Review of Maternal Mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro: a Cause for Concern. **Obstet. Gynecol.**, 1990, 75 (1), 27-32.

- Laurenti, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista Saúde Pública. São Paulo**, 1988, 22 (6), 507-512.
- Laurenti, R., Buchalla, Cássia M., Lólio, Cecília A., Santos, Augusto H., Mello Jorge, Maria Helena P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil). II - mortes por causas maternas. **Revista Saúde Pública, São Paulo**, 1990, 24 (3) 468-472.
- Laurenti, Rui. Maternal Mortality in Latin American Urban Areas: The case of São Paulo, Brazil. **Bulletin of PAHO**, 1993, 27 (3), 205-214.
- Laurenti, R & Souza, M. L. **Mortalidade Materna: Conceitos e Aspectos Estatísticos**. Série divulgação (nº 3). São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em português.
- Lillienfeld, Abraham M. **Foundations of epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1980.
- Loudon, Irving. Obsteric care, social class, and maternal mortality. **British Medical Journal**. 293, 606-608, 1986.
- Marques, Marília B. Breve história das disputas entre comadres, parteiras e médicos. **Saúde em Debate**, 1982, 14, 16-20.
- Martins, Ignez R., Costa, Sarah H., Freitas, Sylvia R. S., Pinto, Cristiane S. Aborto induzido em mulheres de baixa renda - dimensão de um problema. **Cadernos de Saúde Pública**. 7 (2), 251-266, 1991.
- Mc Carthy, J. & Deborah, Maine. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. **Studies in Family Planning**, 23 (1), 23-33, 1992.
- Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação, 1984.
- Ministério da Saúde. **Estatística de Mortalidade: Brasil**, 1988. Brasília: MS, 1993.
- Moreno, Mercedes N., Triana, Octávio A. Aspectos sócio demográficos de la mortalidad materna en la provincia ciudad de la Havana, Holguin y Cienfuegos 1979-1982. **Rev. Cub Adm Salud**, 1985, 11 (1), 43-54.
- Okonofua, Friday E. Maternal Mortality in Ile-Ife, Nigéria: study of Risk Factors. **Studies in Family Planning**, 1992, 23 (5), 319-324.

- Organização Mundial de Saúde. **Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10)**. 10^a Revision. Vol. 1, Geneve: OMS, 1992.
- Organização Mundial de Saúde. **Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos**, 9^a Revisão, Vol.I São Paulo: OMS. 1978.
- Organização Mundial de Saúde. **Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos**, 8^a Revisão, Vol.I São Paulo: OMS. 1965.
- Organização Mundial de Saúde. **Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos**, 7^a Revisão, Vol.I São Paulo: OMS. 1955.
- Organização Mundial de Saúde. **Maternidade sin riesgo. Material Informativo**. OMS-OPS, 1987.
- Organização Panamericana de Saúde. Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. **Boletim Epidemiológico**, 1986, 7 (5/6), 1-6.
- Organização Panamericana de Saúde. **La mortalidad materna en las Américas**. Boletim Epidemiológico. 14 (1), 1-8.
- Organização Panamericana de Saúde. La Saude de la Mujer en las Americas. **Publicacion Científica N°488**. Washington, D. C., 1985.
- Organização Panamericana de Saúde. El Desafio de la Epidemiologia. Problemas e lecturas seleccionadas. **Publicacion Científica N° 505**. Washington, 1988.
- Organização Panamericana de Saúde. **Fecundidad e Salud. Experiencia Latinoamericana**. Washigton: OPS, 1985.
- Paul, Elizabeth. A , Evans, J., Bouvier-Colle, Carstain. V., Motta, L. C. da e cols. Variations geographiques de la mortalité due à des maladies justificiables d'une intervention médicale en Europe - Comission des Communantés Européenes: Atlas de décès évitables. **Rapp. Tim. Statist. Sanit. Mond.** 42, 1989, 42-49.
- Paula, Sérgio G. de. **Morrendo à Toa. Causas de Mortalidade no Brasil**. São Paulo: Ática, 1991.
- Parazzini, Fábio, La Vecchia, Carlos, Mezzanote, Guerrino. Maternal Mortality in Italy 1955 to 1984. **Am Journal Obstet. Ginecol.**, 1988, 159 (8), 421-422.
- Pinto, C. S. e Ribeiro, A. F. Mortalidade Materna - dimensões de uma perda evitável. In. Anibal Faundes & José Guilherme Cecatti (org.) **Morte**

- Materna: uma tragédia evitável.** Campinas: Editora da Unicamp, 1991.
- Puffer, Ruth R. Family Planning Issues Relating to Maternal and Infant Mortality in United States. **Bulletin of PAHO**, 1993, 27 (2), 120-134.
- Rezende, J. **Obstetrícia.** 6ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara - koogan, 1991.
- Ribeiro, Dora C. de S. **Infeção Hospitalar: Comparação de dois Métodos de Vigilância Epidemiológica.** (Dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro, 1989.
- Rochat, Roger W., Koonin, Lisa M., Atrash, Hani K., Jewett, Jonh F. & The Maternal Mortality Collaborative. Maternal Mortality in United States: report from the Maternal Mortality Collaborative. **Obstet. Ginecol.** 1988, 72 (1) 91-97.
- Russomano, F. B., Silva, L. K., Silva, K. S. O registro (e o subregistro) de Mortalidade Materna em 8 maternidades públicas da Cidade do Rio de Janeiro em 1987 e 1988. Rio de Janeiro. 1989 (mimeo).
- Sachs, B. P., Brown, D. A. J., Driscoll, S. G., Schulman, E., Acker, D., Ransil, B. J., Jewett, J. F. Hemorrhage, Infection, Toxemia and Cardiac Disease 1954-85: Causes for their declining role in Maternal Mortality. **Am Journal Publ Health**, 1988, 78 (6), 671-675.
- Savitz, David A. & Zhang, Jun. Pregnancy - Induced Hypertension in North Carolina, 1988 and 1989. **Am. J. Public Health**, 1992, 82 (5), 675-679.
- SES (Secretaria Estadual de Saúde, Coordenadoria de Informações) **Atendimento de Obstetrícia e Mortalidade de Mulheres.** Rio de Janeiro: SES, 1992.
- Schor, Néia, Lopes, Fanny A. Adolescência e Anticoncepção. 1. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev. Saúde Públ., São Paulo**, 1990, 24, 506-511.
- SEADE. A Fecundidade da Mulher Paulista. **Informe Demográfico** n° 25. São Paulo: SEADE, 1994.
- Silva, K. S. Avaliação da situação da mortalidade materna no Rio de Janeiro, no período de 1977 - 1987. **Cadernos de Saúde Pública**, 8 (4), 442-453, 1992.
- Simões, Celso C. S. & Oliveira, Luiz Antônio P. O. **Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil. A Situação de Fecundidade;**

Determinantes Gerais e Características da Transição Recente. Rio de Janeiro: IBGE, 1988.

- Silveira, Mário M. & Batista, Lúcia. **Mortalidade nas Capitais Brasileiras 1930-1980.** Dados-Radis, 1984, 7, 1-8.
- Siqueira A. A. F. de & Tanaka, A. C. d'A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980.
- Siqueira A. A. F. de & Tanaka, A. C. d'A, Santana, Renato M., Almeida, Pedro Augusto M. Mortalidade Materna no Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, 18, 448-65, 1984.
- Starrs, A. **La Prevención de la Tragédie de la Muertes Maternas, Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad Sin Riesgos.** Nairobi, Kenya, 1987.
- Steeegers, E. L. Mortalidade Materna en Cuba. Decenio 1970-1979. Instituto de Desarrollo de La salud. **Revista Cubana de Administración Salud.** 1983, 9 (4), 305-315.
- SUDS-RJ. Atlas Sanitário do Estado do Rio de Janeiro - Saúde, 1988. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, 1989.
- Taucher, Erica. **La Mortalidad en Chile desde 1955-1975: Tendências y Causas,** 1978, Série A, 162, 113-141.
- Trussel, James & Pebley, Anne R. The potencial impact of changes in fertitlity on infant and maternal mortality. **Studies in Family Planning.** 1984 15 96), 267-280, 1984.
- Volochko, Anna. **Mortalidade Materna SUS-4,** 1988 (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1992.
- Uyanga, Joseph. Economic development strategies: Maternal and child health. **SOC. SCI. MED,** 1990, 31 (6), 649-659.
- Winnikoff, Bervely & Sullivan, Maureen. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. **Stdies in Family Planning,** 1987, 18 (3), 129-142.

ANEXO 1

REGIÕES ADMINISTRATIVAS E SEUS RESPECTIVOS BAIROS

I RA	Portuária
II RA	Centro
III RA	Rio Comprido
IV RA	Botafogo
V RA	Copacabana
VI RA	Gávea
VII RA	São Cristóvão
VIII RA	Tijuca
IX RA	Vila Isabel
X RA	Ramos
XI RA	Penha
XII RA	Méier
XIII RA	Engenho Novo
XIV RA	Irajá
XV RA	Madureira
XVI RA	Jacarepaguá
XVII RA	Bangú
XVIII RA	Campo Grande
XIX RA	Santa Cruz
XX RA	Ilha do Governador
XXI RA	Paquetá
XXII RA	Anchieta
XXIII RA	Santa Tereza
XXIV RA	Barra da Tijuca

Fonte: SES - Planejamento / RJ

ANEXO 2

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA (1)
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
1960 A 1990

ANO	NASCIDOS VIVOS	ÓBITO	TAXA MORTALIDADE MATERNA	MÉDIA MÓVEL
1958	69597	159	228.46	
1959	71953	159	220.98	
1960	87453	157	179.53	180.14
1961	88982	117	131.49	164.52
1962	91702	146	159.21	143.68
1963	94506	136	143.91	128.55
1964	97395	105	107.81	121.77
1965	100373	104	103.61	117.83
1966	85773	81	94.44	111.93
1967	78553	112	142.58	109.34
1968	78373	91	116.11	106.82
1969	89543	85	94.93	114.45
1970	89038	81	90.97	106.68
1971	87373	115	131.62	108.16
1972	88762	90	101.39	107.71
1973	92783	113	121.79	110.21
1974	96986	91	93.83	96.14
1975	101379	106	104.56	94.43
1976	114186	75	65.68	86.13
1977	116764	108	92.49	82.84
1978	116393	90	77.32	76.02
1979	121042	93	76.83	71.88
1980	120948	82	67.80	63.44
1981	125822	59	46.89	56.54
1982	124284	62	49.89	50.70
1983	116362	48	41.25	48.01
1984	112152	53	47.26	44.96
1985	110809	61	55.05	43.61
1986	110224	34	30.85	44.79
1987	100776	44	43.66	43.96
1988	104163	49	47.04	45.62
1989	103997	45	43.27	50.93
1990	98166	64	65.20	52.76
1991	95510	54	56.54	54.76

Fonte para óbitos: Ministério da Saúde e SES-RJ
Fonte para nascidos vivos: Beltrão, Duchiade, Wulbynek, 1990 e Anuário Estatístico do Estado da Guanabara

* - Estimativa de Nascidos Vivos (N. V.) a partir de progressão geométrica.

(1) - Taxa Mortalidade Materna (X 100.000 N. V.)
Média Móvel de 5 anos

ANEXO 3.1

NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR GRUPO DE CAUSAS E POR PRINCIPAIS CAUSAS ESPECÍFICAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 1965 A 1978

	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
ABORTO	19	11	18	16	16	23	30	11	15	16	18	7	10	9
GRAVIDEZ ECT.	9	3	9	7	7	3	3	4	7	4	7	1	3	1
ABORTO PROV.	1	5	1	7	6	5	5		1	1			2	
MOLA					1	1		1			1	1		4
ABORTO IND.						13						1		
ABORTO NÃO ESP.							18	6	4	9	9	2	3	
ABORTO ESP.	5	1	6	1			1			1	1	1	2	2
OUTROS	4	2	2	1	2	1	3		2	1		1		2
HEMORRAGIAS	24	27	25	21	20	8	19	16	31	16	20	21	25	18
PP E DPP GRAV.				2	3		7	6	3	3	6	5	12	9
OUT HEMO ANTEP.				1	3	1		1	1		4	2	1	1
PARTO COMPL. HEMO	16	17	19	11	10	5	9	6	23	10	6	8	8	6
HEM. POS PARTO	8	10	6	5	4	1	1	2	4	1	3	5	4	1
OUTROS				2		1	2	1		2	1	1		1
TOXEMIAS	19	19	31	22	21	31	31	28	34	31	37	21	31	
ECLAMPSIA	15	14	25	16	9	16	18	16	14	20	17	11	13	
D. HIPERTENS.	1													
OUTRAS TOXEMIAS	3	4	5		2	1		1			1		2	
PRÉ-ECLAMPSIA			1	1	2	4	3	2	8	3	6	3	3	
HIPEREMESE		1												
TOXEMIA NÃO ESP.				5	8	10	10	9	12	8	13	7	13	
COMP. PUERP.	14	7	16	17	15	12	22	21	20	23	16	16	22	26
INFECÇÃO	8	5	12	3	5	6	7	7	6	8	8	8	9	15
TROMBOSE	1						2							
COAGULOPATIA				6	2	3	3	5		1	2	2	3	2
EMBOLIA		1	1	5	3	1	5	5	6	7	5	5	6	5
HEM. CEREBRAL				3	2	3	1	7	1				1	2
OUTROS	5	1	3	3	2		2	3	1	6	1	1	3	2
OUTRAS DIRETAS	28	17	22	13	13	8	13	12	18	5	15	15	19	11
DESPROPORÇÃO				4					1		1			
APRESENTAÇÃO ANORMAL				1									1	
PARTO COM OUTRAS COMPLICAÇÕES	13	6	11		8	5	4	4	6	3	8	12	6	4
TRAUM. ÓRGÃO PEVICO	6	3	4				2		2					3
ROTURA ÚTERO				3	2	2	5	6	1	2		3	3	
OUTROS	9	8	7	4	3	1	2	2	7		6		8	4
ANESTESIA													1	

ANEXO 3.2

NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR GRUPO DE CAUSAS E POR PRINCIPAIS CAUSAS ESPECÍFICAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 1979 A 1991

	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
ABORTO	9	7	7	9	7	8	13	4	4	4	3	10	9
GRAVIDEZ ECT.	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	1	4	1
ABORTO PROV.			3										
MOLA		2						1	1				1
ABORTO IND.		1		1	2	3	5				1	2	1
ABORTO NÃO ESP.	3	2	1	4	1		1	1	1			4	1
ABORTO ESP.			1	1			1			1			3
OUTROS	3			1	1	3	3				1		2
HEMORRAGIAS	20	15	10	10	10	13	10	7	7	1	7	9	9
PP E DPP GRAV.	16	13	9	9	10	11	9	7	7		5	7	5
OUT HEMO ANTEP.	2	1	1			1							
PARTO COMPL. HEMO													
HEM. POS PARTO	2	1		1		1	1			1	2	2	4
OUTROS													
TOXEMIAS	32	29	26	15	16	21	16	12	9	19	17	19	18
ECLAMPسيا	22	20	20	11	16	15	7	7	4	6	8	7	9
D. HIPERTENS.	3	2								3		4	2
OUTRAS TOXEMIAS		1	2								2	1	1
PRÉ-ECLAMPسيا	7	4	4	4		6	9	5	5	10	7	7	6
HIPEREMESE		2											
TOXEMIA NÃO ESP.													
COMP. PUERP.	16	14	9	14	6	2	12	7	15	10	8	4	10
INFECÇÃO	9	5	5	6			6	4	9	6	5		6
TROMBOSE													
COAGULOPATIA													
EMBOLIA	2	4	2	6	4	1	2		3	3	1	2	1
HEM. CEREBRAL													
OUTROS	4	4	2	2	2	1	4	2	3	1	2	2	3
OUTRAS DIRETAS	15	15	7	13	9	8	10	4	8	4	8	14	7
DESPROPORÇÃO													
APRESENTAÇÃO ANORMAL													
PARTO C/ OUTRAS COMP.	4	1	1	4	1		5	1		1	1		
TRAUM. ÓRGÃO PEVICO													
ROTURA ÚTERO	2	5	2	2		2		1			2	1	
OUTROS	12	9	4	7	8	6	5	2	8	3	5	13	7
ANESTESIA	1												
INDIRETAS	1	2		1		1	1		4		2	5	1
DIABETES		2											
D. CARDIO				1		1			1		2	4	
D. CARDIO CONG.									1				
ANEMIA									1				
OUTRAS	1								1			1	1

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA POR CAUSA ESPECÍFICA
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 1965 A 1990

ANO	Aborto	Hemorragia	Toxemia	Coppuerp.	Out. dir
1965	18.93	23.91	18.93	13.95	27.90
1966	12.82	31.48	22.15	8.16	19.82
1967	22.91	31.83	39.46	20.37	28.01
1968	20.42	26.79	28.07	24.24	16.59
1969	17.87	22.34	27.00	16.75	14.52
1970	25.83	8.98	25.00	13.48	7.86
1971	34.34	21.75	35.48	25.18	14.88
1972	12.39	18.03	31.55	23.66	15.77
1973	11.86	32.33	38.80	21.56	17.24
1974	16.50	16.50	31.96	23.71	5.16
1975	17.76	19.73	36.50	15.78	14.80
1976	5.25	18.39	18.39	9.63	14.01
1977	8.56	21.41	27.41	17.98	17.13
1978	7.73	15.46	22.34	23.20	8.59
1979	7.44	16.52	26.44	13.22	12.39
1980	5.79	12.40	23.98	11.58	12.40
1981	5.56	7.95	20.66	7.15	5.56
1982	7.24	8.05	12.07	11.26	10.46
1983	6.02	8.59	13.75	5.16	7.73
1984	7.13	11.59	18.72	1.78	7.13
1985	11.73	9.02	14.44	10.83	9.02
1986	3.63	6.35	10.89	6.35	3.63
1987	3.97	6.95	8.93	14.88	7.94
1988	3.84	0.96	18.24	9.60	3.84
1989	2.88	6.73	16.35	7.69	7.69
1990	9.17	9.17	18.34	10.19	7.13
1991	10.19	9.17	19.35	7.13	14.26

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO ÁREA DE PLANEJAMENTO					
- 1965 A 1990 - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO					
ANO	AP1	AP2	AP3	AP4	AP5
1965	94,48	72,64	109,50	45,83	170,88
1966	105,99	82,30	96,50	101,38	100,65
1967	97,93	91,29	153,45	129,90	237,05
1968	91,14	134,31	85,06	225,17	160,55
1969	97,11	73,53	79,24	186,13	141,36
1970	65,28	74,95	99,06	157,60	82,32
1971	150,59	68,18	133,91	140,55	209,36
1972	84,50	74,77	92,22	171,86	149,78
1973	146,01	59,33	105,15	159,02	219,11
1974	183,19	59,20	93,94	65,47	107,40
1975	38,73	71,83	109,84	182,10	126,96
1976	201,19	68,42	48,87	65,36	53,70
1977	263,15	98,28	74,72	211,00	34,88
1978	173,82	113,57	75,13	24,20	44,83
1979	120,13	49,87	51,82	87,84	65,89
1980	67,51	25,07	63,44	108,12	84,54
1981	91,85	29,04	45,18	20,46	55,50
1982	40,30	39,39	40,55	20,39	67,76
1983	43,53	21,14	47,60	21,44	45,45
1984	30,46	49,58	33,17	54,78	63,18
1985	31,19	16,81	57,08	87,38	56,49
1986	31,72	28,31	29,97	21,64	19,79
1987	17,55	31,12	59,01	11,66	39,19
1988	85,90	30,26	39,13	33,34	37,45
1989	69,64	18,28	44,15	54,83	40,41
1990	110,66	45,19	71,40	92,94	49,95