



**Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde**

DISSERTAÇÃO

**Mestranda: Maria José Magalhães de Assunção
Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Silvana Granado N. da Gama
Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha**

**Rio de Janeiro / RJ
2005**

MARIA JOSÉ MAGALHÃES DE ASSUNÇÃO

**MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE BELÉM / PARÁ
NO ANO DE 2004**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública - Vigilância em Saúde sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Silvana Granado N. da Gama e Co-Orientação da Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha.

*À memória de minha mãe Olivarina,
sempre lembrada com muita saudade.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter permitido que eu chegasse até aqui.

À minha família, pela compreensão diante dos muitos momentos de ausência, em especial ao meu pai, ao Sérgio, meu grande companheiro e Fabrício meu filho, que contribuíram para tornar essa caminhada menos árdua.

À Dra Silvana Granado Nogueira da Gama e Dra. Mariza Miranda Theme Filha, minhas orientadoras, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À Dra. Valéria, Dr Marcus e Dr. Fernando pelas contribuições dadas a este trabalho durante a fase de qualificação.

À Dra. Rosa e Dr. Antônio Sérgio pela contribuição dada ao trabalho.

Aos familiares dos casos que mesmo diante da dor causada pela perda de entes queridos não se negaram a prestar os esclarecimentos solicitados.

Ao Sr. Lourival e equipe do Departamento de Informações da Secretaria Municipal de Saúde de Belém pela disponibilização dos dados utilizados e pela atenção com que sempre nos atendeu.

A Santana e Helena, grandes amigas e companheiras nesses longos períodos que passamos longe de nossos lares.

A Iracina, Cândida, Ângela, Ingrid, Nonato e Lenize, pela ajuda durante o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas da SVS e a todos que direta ou indiretamente me ajudaram a tornar este trabalho uma realidade.

A felicidade é realizável, basta que, desde já, você inicie a marcha para ela. O primeiro passo é a conquista da paz íntima.

Lourival Lopes (Sementes de Felicidade)

SUMÁRIO:

1 – LISTA DE SIGLAS	9
2 – INTRODUÇÃO	10
—	
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	13
-	
4 – JUSTIFICATIVA	23
5 – OBJETIVOS	24
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
7 - ARTIGO: PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARA, NO ANO DE 2004.	
7.1 - INTRODUÇÃO	31
7.2 - MATERIAL E MÉTODO	34
7.3 – RESULTADOS	36
7.4 – DISCUSSÃO	39
7.5 – LISTA DE TABELAS.....	44
7.6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
7.7 – ANEXOS	50
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	72

RESUMO

A mortalidade materna é um dos principais indicadores de saúde das mulheres em idade fértil, refletindo a qualidade do sistema de saúde e do acesso da população aos seus serviços.

Mesmo com ampliação de investimentos visando reduzir essa mortalidade, seus níveis continuam elevados, especialmente nos países em desenvolvimento. As complicações da doença hipertensiva da gravidez, do aborto, as hemorragias e a infecção puerperal ainda predominam como causas de óbitos maternos e, na maioria das vezes, decorrem da inadequada assistência recebida pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

A mortalidade materna ainda é um grave problema a ser enfrentado no Brasil, entretanto pouco se conhece sobre a sua real magnitude. Em alguns locais o óbito materno é mascarado na declaração de óbito (DO) por causas que só serão conhecidas através da investigação. Isso mostra a necessidade de se investigar os óbitos de mulheres em idade fértil utilizando outras fontes além da DO, como prontuários hospitalares, prontuários de pré-natal, laudos de necropsias, informações obtidas dos familiares e de profissionais que prestaram atendimento à paciente.

Sendo o óbito materno um evento com alto grau de evitabilidade é preciso identificar suas causas e os fatores que possam estar contribuindo para a sua ocorrência, para assim conhecer a magnitude da mortalidade materna o que possibilitará o estabelecimento de estratégias para sua prevenção.

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil da mortalidade materna no Município de Belém/PA no ano de 2004.

O trabalho é apresentado sob a forma de artigo. Teve como fontes de dados o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, referentes ao ano de 2004, prontuários hospitalares, prontuários de pré-natal, laudos do Instituto Médico Legal e entrevistas com familiares da paciente.

Os resultados encontrados mostram que a Razão de Mortalidade Materna no Município de Belém é elevada e que maioria das mortes maternas ocorridas no ano de 2004 foi considerada evitável por meio de assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério.

ABSTRACT

Maternal mortality is one of the main health indicators for women in childbearing age, thus reflecting the quality of the health care system and the access the populations has to its services.

Even with growing investments aimed to reduce such mortality, the rates continue high, especially in developing countries. The complications of hypertension in pregnancy, of abortion, the hemorrhages and puerperal infection still prevail as causes of maternal deaths and, most of the times, result from inadequate care the woman receives during the puerperal pregnancy cycle.

Maternal mortality is still a serious problem to be faced in Brazil. However, very little is known about its real magnitude. In some places, maternal death is disguised in the Death Certificate (DC) with causes that can only be known through investigation. This shows the need to investigate the deaths of women in childbearing age by means of sources other than the DC such as hospital records, prenatal records, necropsy reports, information gathered from family members and from those professionals who assisted the patient.

Since maternal death is such an event with a high degree of avoidability, it is necessary to identify its causes and the factors that might be contributing to its occurrence so that the magnitude of maternal death can be known, thus allowing for prevention-oriented strategies to be established.

This study aimed to describe the profile of maternal mortality in the city of Belém, Pará State, in 2004.

The work is presented as an article and its data sources were the Mortality Information System, the Information System on Live Births, referring to 2004 data, hospital and prenatal records, reports by the Medico-Legal Institute (IML), and interviews with the patients' family members.

The results found show that the Maternal Mortality Ratio in Belém is high and that most of the maternal deaths in 2004 were considered as avoidable by means of adequate care during prenatal, parturition and puerperium.

1. LISTA DE SIGLAS

BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento

CID-10: Classificação Internacional de Doenças-10ª Revisão

DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DO: Declaração de Óbito

FUNUAP: Fundo das Nações Unidas para Atividades em Assuntos de Populações

GPP: Gravidez, parto e puerpério

Hb: Hemoglobina

Ht: Hematócrito

IG: Idade gestacional

IML: Instituto Médico Legal

MS: Ministério da Saúde

NV: Nascidos Vivos

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

RMM: Razão de Mortalidade Materna

RAMOS: Reproductive Age Mortality Survey

SE: Secretaria Executiva

SESPA: Secretaria Estadual de Saúde do Pará

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

2. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um dos principais indicadores de saúde das mulheres em idade fértil e, de certa forma, da população em geral. Este indicador reflete a qualidade de vida de uma população, o seu acesso aos serviços, a qualidade da atenção básica, da educação em saúde e da assistência hospitalar. Sua importância é inquestionável, visto suas danosas conseqüências (Viggiano et al., 2004).

Os níveis desta mortalidade são estimadores de desigualdades socioeconômicas, revelando grandes disparidades quando se comparam regiões de diferentes graus de desenvolvimento (Laurenti et al., 2000).

A magnitude da mortalidade materna é expressa por uma razão mundialmente conhecida como razão de mortalidade materna (RMM), a qual correlaciona o número de óbitos maternos em determinado tempo e lugar e o número de nascidos vivos (NV) na mesma área e período. Essa razão estima o risco ao qual a mulher se expõe cada vez que ela engravida (WHO, 1999).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), quase 600.000 óbitos maternos ocorrem anualmente no mundo. Cerca de 99% desses óbitos concentram-se na África, Ásia e América Latina. Para o ano 2000 a estimativa pela OMS da RMM para Serra Leoa era de 2.000 óbitos maternos/100.000 NV, enquanto em países como a Austrália, essa razão foi de 11,7/óbitos maternos/100.000 NV (King et al., 2004). Para a OMS, uma RMM considerada tolerável ou aceitável ficaria entre 10 e 20 óbitos maternos/ 100.000 NV, sendo classificada como de baixa mortalidade (Costa et al., 2002).

No Brasil, a mortalidade materna ainda é um grave problema de saúde pública, revelando altas RMM nas regiões menos desenvolvidas, ainda com subnotificação desses óbitos (MS, 2004a).

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA, 2004), a estimativa da RMM para o estado, no período de 1999 a 2001, foi de 76,9; 57,8 e 54,2/100.000 NV e para o Município de Belém, foi de 51,1; 25,5 e 23,5/100.000 NV, respectivamente.

Vários investimentos têm sido feitos com o objetivo de reduzir a mortalidade materna. O Governo Brasileiro, através de acordos internacionais, assinados em encontros como a Conferência de Nairobi, realizada no Quênia em 1987, a XXIII e a XXVI Conferências Sanitárias Pan-Americanas, realizadas em Washington nos anos de 1990 e 2002, respectivamente, assumiu como compromisso investir na redução do óbito materno (Laurenti et al., 2000a) considerando o problema uma prioridade de governo (MS, 2004a).

Diversas ações foram desencadeadas pelo Ministério da Saúde (MS), destacando-se entre estas, a publicação da *Resolução nº 256 do Conselho Nacional de Saúde* (Diário Oficial da União 1998, 12 de fevereiro) e da *Portaria nº 653 do MS* (Diário Oficial da União 2003, 30 de maio), as quais definem o óbito materno como evento de notificação compulsória, em que deve ser realizada a investigação dos fatores determinantes e das possíveis causas, para que sejam adotadas as medidas de prevenção.

Em continuidade a essas ações foi instituído, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, que prevê a articulação entre as diferentes esferas de governo e a sociedade civil organizada, na execução de ações para garantir acesso ao planejamento familiar, às ações educativas e aos métodos contraceptivos, além de expandir a oferta de exames laboratoriais no pré-natal e garantir o atendimento de qualidade ao parto, adequando a oferta de serviços. Mais recentemente, tem-se como meta implantar e operacionalizar a vigilância do óbito materno e infantil, assim como priorizar a capacitação dos profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal (MS, 2004b).

A evolução científica e tecnológica da medicina tornou possível prevenir diversas doenças e, conseqüentemente, muitas mortes. Com o conhecimento e recursos disponíveis, poder-se-ia prevenir a maioria das complicações da gravidez, do parto e do puerpério, reduzindo-se mais de 90% dos óbitos maternos (Tanaka, 2001). Assim sendo, é inadmissível que um processo natural como a reprodução humana ainda custe a vida de tantas mulheres (MS, 1991).

A ocorrência do óbito materno está bastante relacionada com a assistência recebida pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Estudos têm demonstrado que a maioria dessas mortes poderia ser prevenida caso as mulheres tivessem acesso adequado a cuidados básicos e de emergência durante a gravidez, parto e puerpério (Farro et al., 2003).

Conhecer apenas o número de óbitos maternos é insuficiente para dimensionar a real magnitude da mortalidade materna, é preciso também conhecer em que circunstâncias esses óbitos ocorreram. Além das informações existentes na declaração de óbito (DO), é necessário conhecer outras variáveis, tais como, paridade, acesso às consultas de pré-natal, hábitos de fumar e beber, agravos pré-existentes, que não são disponíveis na DO (Laurenti, 1988). Para tanto, é indicada a investigação dos óbitos, oportunidade em que se pode confirmar as causas e os fatores relacionados com sua ocorrência. Sabe-se que, em algumas vezes, o óbito é mascarado na DO por outras causas, que só serão confirmadas como relacionadas à gravidez, parto e puerpério (GPP) quando investigadas (MS, 2004a).

A investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil com base em prontuários hospitalares, prontuários de pré-natal, laudos do Instituto Médico Legal (IML) e entrevistas

com familiares e profissionais que prestaram atendimento à falecida, permite que se conheçam mais profundamente os problemas que possam ter contribuído para o óbito (MS, 2002).

Nesse sentido, a realização de estudos que permitam conhecer melhor a significação social da mortalidade materna e que possibilitem traçar estratégias de intervenção para a redução desses óbitos, é necessária e urgente (Silva et al., 1999).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

MORTE MATERNA – CONCEITOS

O conceito de morte materna está ligado às complicações da gravidez, parto e puerpério correspondendo aos óbitos codificados na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53, M83.0 (OMS, 2003).

Segundo a definição da OMS (2003), Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a provocada por fatores acidentais ou incidentais.

As causas de mortes maternas são reunidas em dois grupos:

Morte Materna Obstétrica Direta - é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID-10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53, M83.0.

Morte Materna Obstétrica Indireta - é resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID-10 como O10.0 a O10.9, O24.0 a O24.3, O24.9 a O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação, buscando encontrar relação direta ou indireta com a gravidez)

Os óbitos codificados como O.95 são relacionados à parte como morte obstétrica não especificada.

Morte Materna Não Obstétrica - ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal e é resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores como Morte Materna Não Relacionada.

O conceito de **Morte Materna Tardia** foi introduzido pela OMS na CID-10 como a morte de uma mulher, devida a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O96).

É considerada **Morte Materna Declarada** aquela cujas informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

A **Morte Materna Não Declarada** é aquela cujas informações registradas na D0 não permitem classificar o óbito como materno, descobrindo-se tratar-se de morte materna apenas com os dados obtidos na investigação.

Morte Materna Presumível ou Mascarada é aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, foi omitida na D.O. por falha no preenchimento. É declarado como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que veio por último na cadeia de eventos que levou à morte. A causa básica fica oculta e o óbito materno não é identificado. As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de **máscaras** e devem ser consideradas na busca ativa dos óbitos maternos. São elas: acidente vascular cerebral; broncopneumonia; causa desconhecida; choque, choque anafilático, choque hipovolêmico, choque endotóxico, choque neurogênico, choque séptico; coagulação intravascular disseminada; crise convulsiva; edema agudo de pulmão; embolia pulmonar; endometrite; epilepsia; falência miocárdica; hemorragia; hipertensão arterial; hipertensão intracraniana aguda; infarto agudo do miocárdio; insuficiência cardíaca congestiva; insuficiência cardíaca por estenose mitral; insuficiência hepática aguda; insuficiência renal aguda; miocardiopatia; morte sem assistência médica; peritonite; pneumonia; septicemia; tromboembolismo; parada cardíaca; pelvipерitonite.

FATORES DE RISCO

A gestação é um período fisiológico na vida da mulher que, na maioria das vezes, não apresenta complicações. Entretanto, algumas gestantes apresentam fatores de risco para o desenvolvimento da gestação com maior probabilidade de evoluir desfavoravelmente (MS, 2001).

A inserção da mulher num meio onde as relações de gênero são pautadas pelas desigualdades, coloca-a numa posição de menor valor social e com menor poder de decisão, criando uma condição de subalternidade da mulher, que somada aos fatores econômicos, interfere no processo saúde e doença, configurando um padrão de adoecimento e morte específicos. Assim é preciso avaliar as gestantes no contexto de suas vidas, identificando os riscos a que estão expostas. Essas gestantes apresentam necessidades diferenciadas de atenção à saúde e requerem assistência especializada. Os fatores de risco à gravidez são classificados como: orgânicos, sociais e assistenciais (MS, 2001).

Dentre os fatores orgânicos destacam-se os relacionados à idade materna em suas faixas extremas, à paridade, aos abortamentos prévios, às características antropométricas, como a baixa estatura, desnutrição, características raciais e à via de parto (Tanaka, 2001).

A idade em seus extremos é um fator de risco de morte, principalmente quando associado às síndromes hipertensivas e hemorrágicas. Adolescentes de até 14 anos e mulheres com mais de 34 anos em primeira gestação tem maior predisposição de desenvolverem a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) do que as gestantes entre 15 e 34 anos (Tanaka, 2001).

As grandes múltiparas costumam ter um pior prognóstico obstétrico comparadas às demais, contribuindo para aumentar a chance de mortalidade materna, especialmente naquelas com idade superior a 34 anos, mais propensas às síndromes hemorrágicas. Gestações sucessivas com intervalo interpartal menor que dois anos aumentam o risco de morte, pois o intervalo de tempo não é suficiente para que o organismo materno se recupere do esforço físico extra, imposto pela gravidez e lactação. Também a baixa estatura da mulher é relevante, pois há relação entre altura e tamanho pélvico, sendo as mulheres de baixa estatura mais susceptíveis a dificuldades no trabalho de parto (Tanaka, 2001).

A discriminação sexual é, muitas vezes, ocultada pela pobreza. Em alguns países em desenvolvimento, a mulher já é preterida antes de nascer, existindo uma tendência em se preferir um filho. Esta discriminação se mantém ao longo da vida, quando a mulher é preterida até na partição dos alimentos disponíveis no domicílio. A desnutrição pode acarretar crescimento deficiente, que pode levar a distócias no parto e a anemia ferropriva, que pode contribuir para as hemorragias que implicarão um risco de morte (OMS, 1991).

A característica racial é uma variável que passou a ser considerada mais recentemente. Tem-se observado maior prevalência de óbito materno em mulheres pretas e pardas. Esse indicador aponta para maior desvantagem observada nesse grupo, em relação ao acesso aos serviços de saúde, maior frequência de doenças na gestação, tais como, hipertensão arterial e sífilis. Sabe-se que uma parte dessa associação se deve às desigualdades socioeconômicas, mas não se pode descartar o efeito negativo do racismo nos desfechos de saúde (Leal et al., 2005).

A via de parto também pode contribuir como fator de risco para a gravidez. Evidências demonstram que o parto cesáreo expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte. Essas complicações variam desde um episódio de febre ou uma perda maior de volume de sangue, até eventos maiores, como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos (Dias, 2004).

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando uma das mais elevadas taxas de cesáreas do mundo. Dados do SINASC para 2002, (DATASUS/MS, 2005) demonstram que no Brasil mais de um terço de partos foram operatórios (38,8%), enquanto a OMS preconiza taxas de cesariana entre 10 e 15% (OPAS, 2002). Muitos fatores estão relacionados a esse

fato, como o aprimoramento das técnicas cirúrgica e anestésica, a maior oferta de recursos propedêuticos que indicam riscos para o feto, as complicações existentes nas gestações de alto risco que demandam a interrupção prematura da gestação, além de fatores socioculturais relacionados à maior praticidade do parto programado. É evidente que, como qualquer procedimento cirúrgico, a operação cesariana apresenta riscos inerentes ao próprio ato (Nomura et al., 2004).

Não existem dúvidas sobre a importância da cesárea como uma técnica apropriada para o manejo de situações obstétricas específicas, mas esse recurso ainda não é acessível a uma grande parcela da população feminina das regiões menos desenvolvidas. Além disso, existem evidências que permitem dizer que não ocorreu diminuição sistemática e contínua da morbi-mortalidade perinatal com o aumento das taxas de cesáreas (Silva et al., 2005). O que se tem observado é que a cesariana passou a ser a via de parto de opção da classe média, e não apenas realizada nos casos com indicação clínica. Em maternidades privadas do Rio de Janeiro encontrou-se quase 90% de partos cesáreos em um determinado período de tempo (Leal et al., 2004).

Deve ser ressaltado que a morbidade pós-operatória em obstetria é influenciada pelas circunstâncias em que os procedimentos são realizados. A cesárea de emergência ou a indicada durante o trabalho de parto envolve condições nem sempre adequadas para o procedimento cirúrgico, podendo então surgir um maior número de complicações que não ocorreriam na cirurgia eletiva (Nomura et al., 2004).

A pesquisa feita por Tanaka e Mitsuiki (1999) nos estados do Mato Grosso, Pará e Rio Grande do Norte mostrou que em 15 municípios desses estados a RMM por cesariana foi 3,7 vezes maior do que a RMM por parto normal.

Como fatores de risco sociais, destacam-se o nível de concentração de renda, o desenvolvimento de políticas sociais e a percepção da mulher de sua própria saúde e do acesso aos serviços de saúde de boa qualidade (Silva et al., 1999).

A baixa condição socioeconômica limita o acesso à educação básica e à cultura, reduzindo a capacidade de escolha no que diz respeito à própria saúde. Muitas mulheres, devido a práticas culturais ou por falta de poder de decisão, ficam sem acesso a serviços obstétricos essenciais, seja para participar de programas de planejamento familiar, seja para receber assistência no ciclo gravídico-puerperal. Esse fato amplia a chance de gestações repetidas, muitas vezes indesejadas, e contribui para elevar a mortalidade materna nesses grupos (Boyaciyan, 2000).

Diversos estudos demonstram que mulheres com baixa escolaridade estão menos aptas a questionarem seus direitos, ainda que sofram injustiças ou maus tratos, aceitando esta situação como normal, tendo pouco controle sob sua reprodutividade (OMS, 1991).

A falta de atenção pré-natal, a baixa qualidade desta assistência quando presente e a falta de um sistema de referência e contra-referência, garantindo uma boa atenção ao parto e evitando a peregrinação em busca de atendimento, são considerados fatores de risco assistenciais que contribuem significativamente para a mortalidade materna. O despreparo dos profissionais de saúde, a falta de humanização no pré-natal e parto e serviços com condições precárias também devem ser considerados (Oba, 2001).

EVITABILIDADE

A **morte evitável** é um indicador da efetividade dos serviços de saúde, sendo definida como a morte devida a causas cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica. Esta concepção sugere que determinados óbitos não deveriam ocorrer, por ser possível a prevenção e o tratamento do agravo ou condição que determina a morte (Parpinelli et al., 2000). Sua ocorrência pode ser vista como um evento sentinela, indicativo da má qualidade dos cuidados prestados à população (Silva et al., 1999).

A morte de uma mãe tem grandes conotações para a estrutura familiar. Ao se deparar com os filhos órfãos, o cônjuge sente mais dificuldade para criá-los e, muitas vezes, os entrega a outros familiares ou mesmo a instituições para adoção. Esta situação pode ocasionar traumas com grande impacto na vida emocional dessas crianças, o que, sem dúvida, traz más repercussões sociais (Farro et al., 2003).

A morte materna, em especial, é considerada uma tragédia para as famílias e para as comunidades, pois as mulheres são os estais das famílias, as principais educadoras das crianças e as responsáveis pelo seu cuidado, sendo, muitas das vezes, a única fonte de sustento delas. Assim sendo, a morte de uma mulher durante a gravidez e o parto não é só um problema de saúde. É, também, uma questão de injustiça social (WHO, 1999).

CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS QUANTO A EVITABILIDADE

Na análise dos óbitos maternos, deve-se identificar o perfil socioeconômico da mulher, a assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal para se avaliar os aspectos da prevenção dessa morte e assim definir a evitabilidade ou não do óbito materno.

O Ministério da Saúde (MS, 2002) classifica os óbitos maternos quanto a evitabilidade em:

- **Inevitáveis:** quando, independente de atendimento adequado ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, os óbitos não podem ser evitados.
- **Evitáveis:** são os óbitos que não deveriam ocorrer, por se dispor de conhecimento médico e tecnológico para sua prevenção.

CRITÉRIOS DE EVITABILIDADE

”O objetivo da investigação do óbito materno é prevenir a morte por causas similares no futuro, por isso devem ser definidos os critérios que serão utilizados para estabelecer a evitabilidade de cada óbito materno, esses critérios não devem se limitar à análise das medidas terapêuticas adotadas, mas que levem em conta os seguintes fatores” (MS, 2002):

- da comunidade e da mulher - questões culturais e religiosas que levam à falta de reconhecimento sobre a importância do problema, e fazem com que haja recusa na procura de assistência necessária, ou em seguir as orientações do profissional de saúde;
- profissionais - a falta de capacitação adequada aos profissionais de saúde que prestam assistência à gestante pode levar à não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos;
- institucionais - problemas político-administrativos contribuindo para a ocorrência do óbito, como a falta de captação precoce e busca ativa da gestante, carência de leitos obstétricos, falta de sangue, hemoderivados ou medicamentos e inexistência de um sistema de referência e contra-referência para o atendimento à gestante;
- sociais - as condições socioeconômicas desfavoráveis da mulher que contribuem para o óbito, tais como: dificuldade de acesso, desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade;
- intersetoriais - a falta de equipamentos sociais como: disponibilidade limitada de meios de transporte, a inexistência de estradas, a segurança pública ineficiente e a falta de saneamento básico.

A magnitude da mortalidade materna pode expressar a qualidade de vida de um povo. Ao se avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, fica evidente que a desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevivência das mulheres (MS, 2004b). Pessoas com nível socioeconômico e cultural mais elevado dispõem de serviços de saúde com melhor infra-estrutura, enquanto as menos

favorecidas, na maioria das vezes, têm dificuldade de acesso, sendo obrigadas a peregrinar em busca de atendimento (Tanaka, 1995).

De acordo com o grau de desenvolvimento de uma região, observa-se que predominam certas causas de mortes maternas. Nas regiões com menor grau de desenvolvimento é maior o número de óbitos maternos devidos a causas evitáveis como as toxemias, as hemorragias e as infecções puerperais. À medida que o nível de desenvolvimento das regiões melhora há tendência de redução das causas consideradas evitáveis, com predomínio de outras, como as complicações anestésicas e as doenças intercorrentes da gestação (Netto et al., 1989).

Nos países em desenvolvimento, o nível de mortalidade materna situa-se em 1 óbito para cada 15 a 70 mulheres em idade fértil, enquanto que, nos países desenvolvidos, esse valor está em 1 para 3.000 a 10.000 mulheres em idade fértil (Laurenti et al., 2000a).

Nas regiões das Américas e do Caribe existem enormes diferenças entre os países com relação à mortalidade materna, variando de 4/100.000 NV no Canadá a 523/100.000 NV no Haiti (Donoso, 2004). Um dos maiores desafios para os países em desenvolvimento é reduzir consideravelmente essa mortalidade (Ramos et al., 2003).

Mesmo sendo um problema emergente a ser enfrentado, no Brasil a real dimensão da mortalidade materna no país, não é bem conhecida e a subnotificação dos óbitos ainda é elevada em muitos locais. Ainda assim, os resultados apresentados apontam riscos na gravidez, no parto e no puerpério, assim como nas condições de saúde vivenciada pelas mulheres (MS, 2004a).

Nas capitais brasileiras ocorrem aproximadamente 74 óbitos maternos/100.000 NV, sendo as principais causas a toxemia gravídica, as hemorragias, as infecções e as conseqüências do aborto, causas estas evitáveis, na grande maioria das vezes, por atendimento adequado. Esse indicador resume as condições de vida e saúde das mulheres, demonstrando a deficiência na assistência médica e hospitalar (Trindade, 2003).

O uso inadequado de métodos anticoncepcionais e a insuficiência de serviços para atendimento da mulher vítima de violência aumentam a ocorrência de gestações indesejadas, levando a realização de abortos clandestinos e a recorrência de gravidez de alto risco em mulheres que não deveriam engravidar e, com isso, predispondo-as ao óbito materno (Rezende, 2000).

Nas estatísticas de morte materna as complicações do aborto despontam entre as principais causas de morte, apontando falhas no planejamento familiar, um direito constitucional. A criminalidade do procedimento contribui para o agravamento da situação, uma vez que a interrupção da gravidez ocorre na clandestinidade, sob condições precárias

de assistência (Tanaka, 2001). A ocorrência de mortes secundárias a estas complicações mostra a necessidade de instituição de medidas político-sociais para controle destas mortes evitáveis (Parpinelli et al, 2000).

O Quadro 1 expõe a RMM oficial no Brasil e em suas regiões no período de 1996 a 2002. As desigualdades ficam pouco perceptíveis neste quadro, muito provavelmente devido à subnotificação nas regiões menos favorecidas (MS, 2004b).

Quadro 1. Razão de Mortalidade Materna* por Regiões. Brasil, 1996-2002.

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	BRASIL
1996	47,5	58,0	52,4	52,8	32,5	51,9
1997	53,1	55,2	64,7	71,5	53,3	61,2
1998	57,1	56,2	70,1	76,2	54,9	64,9
1999	63,1	56,3	54,7	61,9	57,2	57,1
2000	63,0	57,4	46,7	53,1	39,1	51,6
2001	50,1	59,2	43,6	52,2	54,1	56,2
2002	53,2	60,8	45,9	56,6	60,3	53,6

Fonte: SIM e SINASC - SVS/MS, 1996 a 2002.

* Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos

As causas obstétricas diretas predominaram em todo o período e em todas as regiões, representando mais da metade das causas maternas. Dentre as causas indiretas, destacam-se as classificadas no código O99 que agrupam as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório, as anemias e os defeitos da coagulação, dentre outras, evidenciando falhas na assistência no período gravídico-puerperal, indicando baixa eficácia dos programas implantados no Brasil (MS, 2004a).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

A questão vida/morte durante o ciclo gravídico-puerperal encerra não apenas os temas relativos à evitabilidade da morte do ponto de vista biológico, como remete à necessidade de salvaguardar a vida da mulher na perspectiva de estar evitando que famílias se desestrutem com a orfandade decorrente das mortes maternas (Carraro, 1998).

Diante de evidências da evitabilidade da maioria dos óbitos maternos, é importante que se conheçam as causas dessas mortes e os fatores envolvidos na sua ocorrência, para o planejamento de estratégias que levem à redução da mortalidade materna (Tanaka, 2001).

A identificação das causas dos óbitos maternos tem relevância na sua prevenção, indicando prioridades de assistência de saúde. O predomínio de mortes maternas causadas pelas síndromes hipertensivas denota que a assistência pré-natal oferecida à população não

é adequada (Almeida, 1992) enquanto que a ocorrência de óbitos maternos decorrentes de causas hemorrágicas está diretamente relacionada à qualidade da assistência ao parto, sendo a intervenção precoce fator decisivo no desfecho. A falta de disponibilidade de sangue nos hospitais, por exemplo, faz, por vezes, com que a assistência se retarde e o agravo à saúde da mulher se torne irreversível (Tanaka, 1995).

Uma das atividades de maior importância na prevenção do óbito materno é a assistência pré-natal, sendo fundamental a precocidade do seu início para identificar o risco gravídico, possibilitando dessa maneira o encaminhamento da gestante ao programa mais adequado ao seu perfil (Almeida, 1992).

Segundo Trindade (2003) a assistência prestada no pré-natal não atende ao que é preconizado pelo MS, sobretudo no sistema público e conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em virtude da necessidade de atenção específica à gestante, ao recém nascido e à puérpera, o Ministério da Saúde, instituiu através da *Portaria nº 569 do MS* (Diário Oficial da União 2000, 01 de junho), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (MS, 2002a). Este programa preconiza como adequado o acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, aqueles que realizam as seguintes atividades: o mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; a realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; a realização de exames laboratoriais como tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, urina, glicemia de jejum, Hb/Ht, oferta de testagem anti-HIV; a aplicação de vacina antitetânica, de acordo com o esquema vacinal da gestante; a realização de atividades educativas; e, a classificação de risco gestacional com garantia de acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (MS, 2002a).

Quanto às atividades relacionadas ao parto, é fundamental garantir à gestante a assistência hospitalar com pessoal habilitado e bem qualificado que proporcione atendimento seguro ao parto propriamente dito e às suas intercorrências. A boa assistência ao parto permite indicação precisa de cesárea, o que reduz a morbi-mortalidade materna e perinatal (MS, 2000).

Assim sendo, as intervenções para a redução das mortes maternas devem contemplar quatro níveis de ações: a) o conhecimento da magnitude da mortalidade materna com identificação dos fatores que aumentam os riscos dessas mortes, criação dos comitês de mortalidade materna e investigação dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva; b) a melhoria da cobertura e da qualidade da assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal; c)

a prevenção da gravidez em mulheres com alto risco de morte materna, proporcionando o diagnóstico precoce e tratamento adequado de patologias que aumentam o risco dessas mortes; d) intervenções para reduzir o risco de morte pós-aborto (Faundes, 1989).

Considerando o pouco conhecimento sobre a mortalidade materna no país, o MS publicou a *Portaria nº 653 do MS* (Diário Oficial da União 2003, 30 de maio), que estabelece o óbito materno como um evento de notificação compulsória e define como obrigatória a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, por parte de todos os municípios do país. Entretanto grande parte dos municípios ainda não implantou esta atividade em sua rotina, principalmente pela pouca estrutura das secretarias municipais de saúde e por não dispor de profissionais suficientes para desenvolvimento dessas atividades. Assim sendo, a implantação dos Comitês Interinstitucionais de Investigação do Óbito Materno se torna pouco viável. Para tal, os municípios de pequeno porte deveriam receber o apoio das capitais ou constituir consórcios com municípios vizinhos que compartilham da mesma dificuldade.

Os comitês são relevantes na investigação do óbito materno, por contribuírem para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e por identificar os óbitos maternos, ao investigar os óbitos de mulheres em idade fértil. São identificadas as mortes maternas não declaradas, e os fatores de evitabilidade desses óbitos e analisadas as circunstâncias de sua ocorrência, visando propor medidas de intervenção que possam levar à redução da mortalidade materna (MS, 2002).

4. JUSTIFICATIVA

O pouco conhecimento da real razão de mortalidade materna é uma realidade em muitos municípios do país, tal como no Município de Belém, no estado do Pará.

Por ser o óbito materno um evento com alto grau de evitabilidade é preciso conhecer as causas desses óbitos e identificar fatores que possam estar contribuindo para a ocorrência dessas mortes. Assim o conhecimento da magnitude da mortalidade materna possibilitará o estabelecimento de estratégias para sua prevenção.

A identificação dos óbitos maternos, a partir de informações obtidas na DO é relevante, mas muitas vezes não é suficiente, pois é comum encontrar óbitos maternos mascarados por causas que só serão identificadas após investigação.

A investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil determinada pela *Portaria nº 653 do MS* (Diário Oficial da União 2003, 30 de maio) permitirá que se conheça a realidade sobre a mortalidade materna no país.

No Município de Belém esta ação ainda não está implantada na rotina de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, nem tampouco foi implantado o comitê de mortalidade materna. A maioria das informações disponíveis são obtidas por meio de estimativas.

A realização deste estudo possibilitará o conhecimento do perfil dos óbitos maternos e dos fatores envolvidos na ocorrência destes óbitos, podendo subsidiar as autoridades sanitárias do município no estabelecimento de políticas mais eficazes de assistência à mulher, em relação ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, que possam levar a redução dos óbitos maternos.

Além disso, poderá contribuir como estímulo para que a SMS de Belém implante a notificação e a investigação do óbito de mulher em idade fértil, além de servir com incentivo para a implantação do Comitê de Investigação e Prevenção do Óbito Materno no município.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GERAL

- Identificar o perfil dos óbitos maternos de residentes no Município de Belém.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a causa básica dos óbitos maternos;
- Descrever os óbitos maternos segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas;
- Classificar os óbitos segundo causas obstétricas diretas ou indiretas;

- Classificar os óbitos maternos segundo critérios de evitabilidade;
- Comparar a classificação dos óbitos segundo a evitabilidade feita por avaliadores independentes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida PAM (1992) Assistência pré-natal e o parto no contexto da mortalidade materna: situação atual e aspectos preventivos. Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. p 41-50 (Série Investigação em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência, 2).
- Boyaciyan K. A mortalidade materna no Brasil.[on line] Obgyn.net Latina 2000 [capturado 7 out2004] Disponível em URL: <http://www.obgyn.net/portugues/articles/mortalidade.htm>
- Carraro TE. Mortes maternas por infecções puerperais: os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
- Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na Cidade do Recife. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2002; 24 (7):455-62.
- Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2004; 20 (1):109-16.
- Donoso E, Oyarzun E. Analisis comparativo de la mortalidad materna em Chile y Estados Unidos de NorteAmerica. Chile, 2000. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (1): 14-18.
- Farro A, Pacheco J. Mortalidad materna: experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Robagliati Martins, EsSalud 1958-2002 Rev Ginecol Obstet (Peru) 2003; 49 (1):18-30.
- Faundes A, Cecatti JG, Pinto e Silva JLC, Pinotti JA. O problema da mortalidade materna. Femina 1987; 15:25-31.
- King JF; Slaytor EK; Sullivan EA. Maternal deaths in Australia, 1997-1999. Medical Journal American 2004; 181 (8): 413-4.
- Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Rev Saúde Pública 1988; 22 (6):507-12.
- Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad Saúde Pública 2000; 16(1): 23-30.
- Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência no pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev Saúde Pública 2005; fev 39 (1):100-7.
- Leal MC, Gama SNG, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LC, Brasil CLP, Szwarcwald CL. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública 2004;20 supl:1p.20-33.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004-Uma análise da situação de saúde. Evolução da mortalidade materna no Brasil. Ministério da Saúde. 2004a; p. 85-133.

Ministério da Saúde. Informe da atenção básica. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal; mai/jun. 2004b.

Ministério da Saúde. Informações de Saúde. [on line] [capturado 10 de nov. 2005]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/datasus>

Netto HC, Peixoto MAP, Montenegro CAB. Intervenções para prevenir a morte em mulheres grávidas com alto risco de óbito. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1989; 99 (10): 419-23.

Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2004; 38 (1):9-15.

Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do Município de Ribeirão Preto-SP, 1991-1995. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2001; 9 (3):70-6.

Organização Mundial da Saúde. As mais pobres dos pobres: como o baixo nível afeta a mortalidade materna. *Rev Ginecol Obstet* 2 (1):49-50, jan. 1991.

Organização Pan-Americana de la Salud/Organizacion Mundial de la Saúde. XXVI Conferência Sanitária Pan-Americana; 2002 set 23-27, Washington-EUA:OPS/OMS. 19p

Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. 9 ed. rev. São Paulo: Edit da USP, 2003. v 1.

Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FGC, Pereira BG, Júnior RP, Amaral E. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. *Rev Bras de Ginecol e Obstet* out 2000; 22 (9):579-84.

Ramos JGL, Costa SM, Stuezyński JV, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul. Brasil-um estudo de 20 anos. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2003; jan.jul. 25 (6):431-6.

Rezende CHA, Moreli D, Rezende IMAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev Saúde Pública 2000; 34 (4):323-8.

Silva KS, D'Orsi E, Lowndes CM, Reis ACCV. A Mortalidade Materna no Brasil no Período 1980-1993. In: Giffin K, Costa SH org.. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fio Cruz 1999; Cap 12 p. 205-25.

Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco ante parto para a ocorrência de cesárea. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2005; 27 (4):189-96.

Tanaka AC. Maternidade: Dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC; 1995.

Tanaka AC, Mitsuiki L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo 1999. 70 p.

Tanaka AC org., Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiê mortalidade materna. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos–Rede Saúde. São Paulo; 2001.

Trindade CG. Mortalidade materna: fórum enfatiza urgência de dados sobre morte materna. In: Radis/Dados 2003;12:17.

Viggiano MB, Viggiano MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2004; 26 (4):317-23.

World Health Organization Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. World Health Organization. Geneva; 1999.

Esta dissertação está sendo apresentada sob a forma de artigo, segundo as normas regimentais da Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

7. ARTIGO: Perfil da Mortalidade Materna no Município de Belém, Pará, no ano de 2004.

Perfil da Mortalidade Materna no Município de Belém, Pará, no ano de 2004.

Resumo: Este estudo teve como objetivo traçar o perfil da mortalidade materna no Município de Belém, Pará, Brasil, no ano de 2004. Foram investigados todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos de idade ocorridos nesse ano, com intuito de identificar os óbitos maternos. As informações foram obtidas a partir das declarações de óbito contidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade, complementadas com consultas aos prontuários médicos hospitalares, prontuários de pré-natal, laudos do Instituto Médico Legal e entrevistas com familiares. Dos 563 óbitos ocorridos, foram analisados 507, dos quais 14 foram classificados como óbitos maternos, correspondendo a 2,8% dos óbitos de mulheres em idade fértil. A Razão de Mortalidade Materna foi de 45,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos. As principais causas de morte foram devidas à hipertensão (28,6%), ao aborto (21,5%) e à infecção puerperal (21,5%). Quase 80,0% das mortes foram consideradas evitáveis por meio de assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério. Conclui-se que a mortalidade materna no Município de Belém permanece elevada, bem acima dos níveis considerados aceitáveis pela OMS, sendo premente a implementação de ações com vista à melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Cuidado pré-natal; Complicação na gravidez; Pará; Brasil

Maria José Magalhães de **Assunção**¹, Silvana Granado Nogueira da Gama², Mariza Miranda Theme Filha³

(1): Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

(2): Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

(3): Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

Profile of Maternal Mortality in the City of Belém, Pará State, in 2004.

Abstract: This paper aimed to outline the profile of maternal mortality in the city of Belém, Pará State, in 2004. All the deaths of women aged 10 to 49 in that year were investigated so as to identify the maternal deaths. Information was collected from the death certificates included in the Mortality Information System and complemented with surveys to hospital and prenatal records, reports by the Medico-Legal Institute and interviews with family members. The deaths of 507 women aged 10 to 49 were analyzed. 14 of these were classified as maternal deaths, corresponding to 2.8% of the deaths of women of childbearing age. The Maternal Mortality ratio was 45.1 deaths per 100 thousand live births. The main causes of death were due to hypertension (28.6%), abortion (21.5%) and puerperal infection (21.5%). Almost 80.0% of the deaths were considered as avoidable by means of adequate care to prenatal, parturition and puerperium. As a conclusion, maternal mortality in Belém remains high, well above the levels considered acceptable by WHO, and implementation of actions to improve the quality of the medical care provided to women in the puerperal pregnancy cycle.

Key words: Maternal mortality; Prenatal care; Pregnancy complications; Pará; Brazil

7.1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um indicador fundamental da saúde da população feminina e permite avaliar a qualidade dos serviços oferecidos, refletindo o risco a que as mulheres estão expostas no ciclo gravídico-puerperal (Mahbouli et al., 2003).

Ainda hoje a mortalidade materna representa um grave problema nos países em desenvolvimento. Taxas elevadas evidenciam desigualdades sociais e refletem, de forma direta ou indireta, más condições socioeconômicas. A progressiva redução dessas taxas constitui um desafio renovado para os profissionais e gestores da saúde (OPAS, 2002).

A magnitude da morte materna é obtida pelo coeficiente de mortalidade materna, que relaciona os óbitos devidos às causas ligadas à gravidez, parto e puerpério e o número de nascidos vivos (NV). A rigor, essa relação é uma razão, uma vez que o denominador não contempla todas as mulheres que engravidaram, mas apenas as que deram a luz a nascidos vivos, desconsiderando os óbitos fetais e abortos, que complementaríamos a população exposta ao risco de morrer devido às causas maternas (Laurenti et al., 2001). Isto se dá pela dificuldade de obtenção das informações sobre as perdas fetais e, especialmente, aos abortos, o que leva à Organização Mundial da Saúde (OMS) a manter o cálculo da taxa de mortalidade materna utilizando o número de nascidos vivos no denominador (Theme et al., 1999).

A OMS considera tolerável uma razão de mortalidade materna (RMM) entre 10 e 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (Marcus et al., 1995). Países como Chile e EUA apresentaram, no ano de 2000, RMM de 18,7 e 9,8 óbitos maternos/100.000 NV, respectivamente (Donoso, 2004). No Brasil, neste mesmo ano, a razão foi de 51,6/100.000 NV (MS, 2004a).

Dados da OMS de final dos anos 90, já apontavam que mais de 90% das mortes maternas eram consideradas evitáveis, sendo a previsibilidade e evitabilidade destas mortes ligadas diretamente à oportunidade e à qualidade da assistência recebida pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (Tanaka, 2001).

A mortalidade materna é um problema que tem preocupado as autoridades sanitárias mundiais, e vários encontros internacionais foram realizados visando à sua redução. Na Conferência Internacional sobre Maternidade Saudável, realizada em 1987 no Quênia, foi lançado pelo Banco Mundial, OMS e Fundo das Nações Unidas para Atividades em Assuntos de Populações (FUNUAP) a iniciativa Maternidade Segura (Kestler, 2000).

Ainda no final dos anos 80, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) elaborou o “Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna”, aprovado em 1990

pelos ministros da saúde dos países da Região das Américas, por ocasião da XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, cujas ações consistiam na melhoria da assistência à saúde reprodutiva por meio de programas e serviços de saúde, capacitação de recursos humanos, educação da população, vigilância e avaliação, investigação e financiamento (Laurenti et al., 2000).

Essa meta foi reafirmada em 1994 na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo e, novamente, em 1995 na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, na China. Na América Latina, esse pacto pela saúde se refletiu no estímulo à implantação de comitês de mortalidade materna a partir de 1990 e na definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher, com a implantação de um sistema de vigilância do óbito materno (MS, 2002; WHO, 1999).

Na XXVI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, em 2002, o Comitê Executivo, constituído por representantes da OPAS, UNICEF, FUNUAP, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, voltou a recomendar que os Estados assumissem o compromisso político e financeiro de garantir a assistência pré-natal, melhorando as condições para um parto seguro e saudável, de modo a alcançar a meta de redução de 75% na razão de mortalidade materna até o ano 2015, tendo como base os níveis apresentados em 1990 (OPAS, 2002).

No Brasil, instrumentos legais, como a *Resolução nº 256 do Conselho Nacional de Saúde* (Diário Oficial da União 1998, 12 de fevereiro), a *Portaria nº 653 do MS* (Diário Oficial da União 2003, 30 de maio), que tornam obrigatória a notificação do óbito materno e a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, além da *Portaria nº 2816 do MS* (Diário Oficial da União 1998, 29 de maio), que determina o controle sobre o pagamento de cesarianas, foram implementados objetivando reduzir a mortalidade materna.

Em 2004 foi instituído o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cujas principais ações visam garantir às gestantes o atendimento ao parto, adequando a oferta de serviços; expandir a oferta de exames laboratoriais no pré-natal; garantir acesso ao planejamento familiar, oferecendo ações educativas e métodos anticoncepcionais; implantar e operacionalizar a vigilância do óbito materno e infantil e priorizar capacitação e educação permanente aos profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal (MS, 2004b).

A má qualidade do preenchimento da declaração de óbito (DO), que muitas vezes não permite identificar o óbito materno, impede que se conheça o real perfil dessa mortalidade,

comprometendo a análise sobre as causas desses óbitos e dos fatores que possam estar contribuindo para a ocorrência das mortes maternas (MS, 2004a).

Nos EUA estudos evidenciam subnotificação de óbitos maternos em torno de 20 a 30% (Costa, 2002). No Brasil, pesquisa realizada em 2002 pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças identificou que, no país, cerca de 40% dos óbitos maternos são subnotificados (Laurenti, 2004).

Embora a informação disponível na DO tenha melhorado substancialmente nos últimos anos, é importante investigar os óbitos das mulheres em idade fértil, utilizando-se outros instrumentos, como prontuários hospitalares, prontuários de pré-natal, laudos de necrópsia, entrevistas com familiares e com profissionais que atenderam à falecida para identificar os óbitos maternos e conhecer os fatores que contribuíram para sua ocorrência (MS, 2002).

No Município de Belém, Pará, a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil ainda não é realizada rotineiramente pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme determina a lei. Em decorrência disso, não se conhece a razão de mortalidade materna no município.

O objetivo deste estudo, é apresentar o perfil dos óbitos maternos no Município de Belém e identificar a causa básica desses óbitos caracterizando-os segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas, que permitam conhecer os fatores que contribuíram para a ocorrência das mortes maternas e comparar a classificação dos óbitos segundo a evitabilidade feita por avaliadores independentes.

7.2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de base populacional, dos óbitos maternos ocorridos em 2004, identificados a partir da investigação das mortes de mulheres em idade fértil, residentes em Belém.

As informações foram obtidas a partir do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Cidade de Belém, gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde. Na cidade, o fluxo da DO segue a regulamentação do Ministério da Saúde, no qual a 1ª via do documento é destinada à SMS, a 2ª via ao Cartório de Registro Civil e a 3ª via permanece na Unidade de Saúde para arquivamento no prontuário do paciente.

Visando minimizar o sub-registro, foi realizada a busca ativa dos óbitos nos hospitais, no Instituto Médico Legal (IML), em cartórios, cemitérios, funerárias e consultado o relatório de mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde. A metodologia utilizada seguiu o preconizado no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, que orienta a busca das informações em várias fontes (MS, 2002). A investigação hospitalar e domiciliar, se deu utilizando-se a Ficha de Investigação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (Anexo 1) adaptada para este estudo. O instrumento de coleta de dados continha questões obtidas a partir da DO, do instrumento de notificação e investigação de óbito de mulheres de 10 a 49 anos do Comitê de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde e de informações complementares obtidas da Ficha Confidencial de Notificação de Óbitos de Mulheres em idade fértil, esta última validada por Valongueiro et al. (2003).

Após a investigação inicial, os óbitos foram classificados em: i) óbito relacionado com a gravidez, parto ou puerpério (GPP), quando confirmada a presença de gravidez no momento do óbito ou nos 12 meses anteriores; ii) óbito não relacionado ao ciclo gravídico-puerperal, quando foi afastada a possibilidade de gravidez recente ou nos 12 meses que antecederam o óbito; iii) óbito inconclusivo, aquele que, a despeito da busca exaustiva de informações, não se pôde classificá-lo em uma das duas categorias anteriores.

Concluída essa classificação, os óbitos relacionados com a GPP e até um ano após o término da gestação, foram investigados de forma mais detalhada, utilizando-se os instrumentos de investigação preconizados pelos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna (MS, 2002).

Com vista à classificação dos óbitos maternos foram aplicados os conceitos da Classificação Estatística Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10): Morte Materna (Obstétrica Direta e Obstétrica Indireta); Morte Materna Tardia e Morte Materna Não Obstétrica ou Não relacionada (OMS, 2003).

A causa básica de óbito foi determinada a partir da revisão de caso a caso. Foram utilizados para as mortes obstétricas diretas os códigos O 00 a O 08 e O 10 a O 92, para as mortes obstétricas indiretas os códigos O 98 a O 99 e para causa desconhecida o código O 95.

Para avaliar os óbitos maternos segundo critérios de evitabilidade, os mesmos foram analisados por avaliadores diferentes, sendo um médico integrante de Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna do Município do Rio de Janeiro (Avaliador A) e um médico obstetra atuante na rede municipal de saúde de Belém, sem experiência de participação em comitês (Avaliador B). O objetivo foi comparar a concordância interavaliadores, diferenciados pelo vínculo ou não a um comitê.

As variáveis quantitativas foram analisadas descritivamente calculando-se a média, a mediana e o desvio padrão. Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências absolutas.

A concordância interavaliadores foi comparada por meio de proporções, devido ao pequeno número de casos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ. Foi garantido o sigilo das fontes de informação, sem identificação dos sujeitos, profissionais e hospitais que atenderam as mulheres ou que preencheram a declaração de óbito.

7.3. RESULTADOS

Segundo estimativas do IBGE, a população do Município de Belém em 2004 era de 1.361.672 habitantes, sendo 714.918 do sexo feminino (52,5%). Entre as mulheres, 483.875 (67,7%), estavam na faixa etária de 10-49 anos, população alvo desse estudo.

Em 2004 foram registrados 7.463 óbitos, sendo 3.365 óbitos femininos (45,1%) e, destes, 563 se referiam a mulheres de 10-49 anos. Foram identificadas 24 DOs de mulheres dessa faixa etária que não estavam digitadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), embora estivessem registradas em cartório.

Dos 563 óbitos de mulheres em idade fértil, 56 foram identificados como residentes em outros municípios, sendo excluídos da análise. Dos 507 óbitos de residentes em Belém, 27 foram classificados como relacionados com a GPP, 465 como não relacionados com este período e 15 permaneceram inconclusivos, pelas informações disponíveis no prontuário e por não ter sido possível localizar o endereço de familiares para a entrevista domiciliar.

Dentre os 27 óbitos relacionados com a GPP, 14 foram confirmados como óbitos maternos obstétricos, 11 como óbitos maternos não obstétricos e 2 foram considerados indeterminados por falta de informação. Por fim, os 14 óbitos maternos corresponderam a 2,8% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

No mesmo ano em estudo foram registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de Belém, 24.432 nascidos vivos (NV), obtendo-se uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 45,0 óbitos / 100.000 NV.

Considerando a idade, dentre os 14 óbitos observa-se uma variação entre 14 e 39 anos, sendo a média de idade 24,8 anos e a mediana 22,5 anos, com desvio padrão de 7,9. A maior concentração de óbitos se deu na faixa etária de 20 a 24 anos, na qual ocorreram 35,7% dos nascimentos (Tabela 1).

Em relação à cor da pele, doze óbitos foram de mulheres de cor parda e duas de cor preta. Não foi observado óbito em mulher de cor branca (Tabela 1).

Dentre os 14 casos, nove viviam em famílias com renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos. Não se obteve informação sobre a renda familiar em três casos (Tabela 1).

Embora onze em quatorze casos tivessem em seus registros a informação de serem solteiras, a partir da entrevista com familiares, verificou-se que 7 entre 11 solteiras viviam com o companheiro.

Apenas duas gestantes dispunham de plano de saúde privado, e a grande maioria não tinha ocupação remunerada, nove delas declararam-se como “do lar” e quatro como estudante (Tabela 1).

Quanto à história obstétrica, cinco eram primigestas e quatro eram múltiparas com 3 ou mais gestações anteriores (Tabela 1).

Entre as oito mulheres que haviam engravidado anteriormente, duas tiveram o intervalo interpartal inferior a dois anos. Foi relatado problemas na gestação em três casos (Tabela 1).

Seis mulheres não haviam realizado qualquer consulta de pré-natal. Destas 3 casos foram de abortamento, 1 de gravidez tubária e em 2 a ausência do pré-natal se deveu a questões sociais. Das sete gestantes que fizeram pré-natal, 5 iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação e realizaram pelo menos seis consultas (Tabela 1).

A RMM foi elevada em todas as faixas etárias, com destaque para as faixas extremas, sendo de 543,5/100.000 NV no grupo de 10 a 14 anos e 246,1/100.000 NV entre as mulheres de 35 a 39 anos (Tabela 2).

A análise da escolaridade mostrou que mais da metade das falecidas não tinha completado o 1º grau, sendo a RMM neste grupo a mais elevada (82,2 /100.000NV) do que nas de maior escolaridade (Tabela 2).

Apenas um óbito ocorreu fora do ambiente hospitalar (óbito em domicílio). Neste caso específico foi realizado a investigação no IML e na residência, além da busca de informações no hospital no qual a família referiu que a paciente havia sido atendida, entretanto nenhum registro foi encontrado. Duas visitas domiciliares não foram realizadas em virtude de recusa da família em fornecer informações.

Segundo informações do prontuário médico, nove gestantes já foram internadas com quadro clínico bastante grave. Destas, cinco não obtiveram assistência no primeiro hospital procurado.

Dez gestações terminaram em parto, sendo oito cesarianas. A indicação para o procedimento cirúrgico foi o sofrimento fetal (4 casos), eclâmpsia (2 casos), iteratividade e óbito fetal (1 caso cada). Nas quatro demais a gestação terminou em abortamento (3) e rotura de gravidez tubária (1).

A idade gestacional (IG) variou de 4 a 41 semanas. No momento do parto, três delas estavam entre 28-36 semanas gestacionais (pré-termo) e sete entre 37 e 41 semanas (termo). Os três recém-nascidos prematuros faleceram. Nos 3 casos de abortamento a IG era de cerca de 12 semanas e na gravidez tubária era de aproximadamente 4 semanas.

As causas obstétricas diretas foram predominantes (13). Um óbito ocorreu durante a gestação, dez ocorreram até 42 dias do término da gestação e três ocorreram após 42 dias do final da gestação, um deles devido à causa obstétrica indireta. A doença hipertensiva foi a

causa mais importante de óbito materno, tendo ocorrido quatro óbitos por esta causa (RMM 16,4/100.000NV), seguida de três óbitos por aborto e três óbitos por infecção puerperal, (RMM 12,3/100.000NV cada), os demais óbitos foram devido a atonia uterina (1), prenhez tubária rota (1), complicação de cirurgia obstétrica (1) e doença auto imune complicando gravidez (1) sendo a RMM 4,1/100.000NV cada) Tabela 3.

Quanto à classificação de evitabilidade do óbito feita pelos avaliadores, observou-se uma grande discordância entre os mesmos. Enquanto o avaliador A classificou como evitável quase a totalidade dos óbitos, o avaliador B não classificou desta forma nenhum óbito, concentrando sua avaliação nas categorias provavelmente evitável e inevitável (Tabela 4).

Em relação aos fatores de evitabilidade observa-se que a maioria (nove) teve o fator profissional envolvido na sua ocorrência (Tabela 5).

7.4. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que a RMM do Município de Belém é elevada, segundo os parâmetros estabelecidos como toleráveis pela OMS (WHO/UNICEF, 1996). Dados do DATASUS/MS (2005), mostram para o período de 2000 a 2002 uma RMM de respectivamente, 25.5, 23.5 e 50.5/100.000 NV. A comparação da RMM no período mostra um comportamento irregular nas razões, o que poderia estar relacionado à qualidade da informação. No ano de 2002 essa razão é duas vezes mais elevada que nos dois anos anteriores, coincidindo com o período de investigação dos óbitos realizados por pesquisa do Ministério da Saúde (Laurenti, 2004).

Em relação à situação conjugal, um maior número de óbitos entre as que viviam com companheiro, se assemelha ao encontrado por Martins (2000). A presença do companheiro é reconhecidamente um fator de proteção para a gestante, tanto pelo apoio emocional, quanto pela possibilidade de incremento na renda familiar. Estudo realizado com puérperas no Município do Rio de Janeiro mostrou que gestantes que se sentiram apoiadas por seus companheiros durante a gestação tiveram ampliadas as chances de realizar um pré-natal mais adequado e, conseqüentemente, reduzir os desfechos negativos ao nascimento (Leal et al., 2004). Estes resultados podem estar relacionados ao pequeno número de óbitos analisados nesta investigação.

A baixa cobertura por plano de saúde privado é uma característica da população de Belém. Segundo dados do DATASUS/MS (2005), esta cobertura encontra-se na faixa de 20%, isto é, a grande maioria da população utiliza o Sistema Único de Saúde.

Em relação à história obstétrica os resultados são coerentes com o que a literatura revela sobre a primiparidade e a multiparidade como fatores de risco para a morte materna (MS, 2001). O mesmo se observa em relação ao intervalo interpartal inferior a dois anos, também considerado fator de risco para a ocorrência de mortes maternas, especialmente em mulheres com gestações sucessivas (Tanaka, 2001).

Quanto ao pré-natal, entre os casos apenas a metade recebeu este tipo de assistência. Dentre as que receberam, cinco delas fizeram 6 ou mais consultas, resultado semelhante ao encontrado por Rezende et al (2000) e Tanaka e Mitsui (1999). Apesar da pouca informação, os resultados encontrados chamam a atenção, pois a maioria das gestantes que realizou o pré-natal recebeu o número de consultas preconizado pelo MS e iniciou precocemente a assistência, o que leva a questionar a qualidade deste atendimento. A

investigação nas unidades de saúde mostrou que as anotações no prontuário continham poucas informações sobre o cuidado prestado.

Dados do SINASC mostram que a cobertura de pré-natal no Município de Belém é alta, 91% das gestantes receberam pelo menos uma consulta e 55% mais de seis consultas, número considerado adequado pelo MS. É sabido que um pré-natal de boa qualidade tem papel relevante na identificação de agravos surgidos na gestação, aumentando a possibilidade de prevenção das complicações (Oba, 2001).

Valores elevados de RMM nas faixas etárias extremas também foram demonstrados por Theme et al. (1999), corroborando os dados da literatura, que aponta os extremos de idade materna (<15 e >35 anos) como fatores de risco na gravidez.

Os resultados encontrados mostram predomínio da baixa escolaridade e da baixa renda familiar entre os casos analisados. Leal et al (2004) encontrou que as mulheres com pior nível de escolaridade são mais expostas a complicações na gestação e no parto, assim como Martins (2000) encontrou maior concentração de mulheres de baixo nível de escolaridade e renda entre as que morreram devido a causas diretamente ligadas a GPP.

Embora a maioria dos óbitos tenha ocorrido em unidades de saúde, o fenômeno da peregrinação por várias instituições até ser acolhida, indubitavelmente, contribuiu para o agravamento do caso.

O predomínio dos óbitos obstétricos diretos em Belém vem sendo verificado desde 2000, revelando um padrão típico dos países em desenvolvimento (Mahboui et al., 2003; Costa et al., 2002). Ao observarmos as causas de morte, constatamos que maioria delas foi decorrente de complicações da doença hipertensiva na gestação. Grande parte desses óbitos ocorre em mulheres com mais de trinta anos, múltiparas e hipertensas crônicas, sendo também uma das principais causas de mortes maternas em primíparas, principalmente adolescentes (Donoso, 2003; Ramos et al., 2003).

Os fatores de risco para a ocorrência de mortes maternas, como primiparidade, multiparidade, idade materna em faixas extremas e doenças como a hipertensão são passíveis de identificação no pré-natal, e o acompanhamento adequado de cada caso, com referenciamento oportuno dos mais graves, são essenciais para minimizar as complicações advindas dessas situações, com grande potencial de prevenir parcela considerável de mortes (Viggiano et al., 2004). A redução da mortalidade materna por hipertensão arterial é dependente da cobertura e qualidade do pré-natal e do controle da fecundidade nos grupos de alto risco hipertensivo que são as mulheres muito jovens ou de idade reprodutiva mais elevada (Donoso, 2004).

O planejamento familiar é um fator relevante para a prevenção do óbito materno. O aconselhamento das gestantes, com orientação de evitar nova gestação nos casos de complicações na gestação anterior, é tarefa dos serviços de saúde, que devem estar atentos e preparados para este tipo de intervenção.

Os percentuais de cesariana no Município de Belém vêm se mantendo muito elevados, 49,1% em 2004 (SINASC, 2004), considerando que a OMS aceita como taxa máxima 15%. Dados da literatura têm demonstrado que esse procedimento constitui-se importante fator de risco para a ocorrência de óbitos maternos, especialmente em populações de baixa condição socioeconômica. Atualmente está bem definida a associação de maior frequência de infecção com a realização de operação cesariana (Cabral et al., 2003). A RMM para o parto cesariano foi três vezes maior (25,0/100.00 NV) do que para o parto vaginal (8,0/100.000 NV). Os óbitos foram devidos à infecção puerperal em dois casos e um devido a provável acidente anestésico.

As taxas atuais de cesariana encontram-se muito elevadas e deve-se buscar reduzi-las a níveis mais aceitáveis, sem prejudicar, com essa conduta, a qualidade do atendimento às gestantes e aos recém-nascidos. O estabelecimento de critérios para a indicação de cesárea e a utilização do partograma permitem diagnosticar alterações do trabalho de parto e tomar condutas adequadas, contribuindo para evitar a realização de cesáreas desnecessárias (Silva et al., 2005).

Costa et al. (2002) também descreveram taxa elevada de aborto, como nesse estudo. Em muitas situações os óbitos maternos devidos à complicação de aborto são subnotificados devido a criminalização que envolve essa prática. A gravidez não desejada é a maior responsável pelo aborto provocado e suas complicações (Sabroza et al., 2004). A interrupção da gravidez é feita de forma clandestina sob condições precárias de assistência e os óbitos são declarados com outros diagnósticos, o que oculta o óbito materno na DO (Tanaka, 2001).

As possíveis estratégias para a redução de gravidez indesejada são a oferta ampla e de fácil acesso ao planejamento familiar e métodos contraceptivos, o apoio aos programas de adoção de crianças não desejadas, além de educação para a saúde, especialmente em parceria com escolas, onde se concentram futuras gestantes adolescentes (Donoso, 2003; Sabroza et al., 2004).

A falta de concordância na avaliação da evitabilidade mostrou a complexidade desta análise, profissionais com menos experiência na análise de óbitos maternos podem ser levados a fazer interpretações inadequadas, pois nessa classificação vários fatores são considerados e não somente a questão assistencial (Rezende, 2000). A classificação dos

casos pelo avaliador B levou em conta este critério particularmente no que diz respeito às condições de internação da paciente.

Este resultado chama a atenção para a urgência da composição do Comitê de Mortalidade Materna em nível municipal e estadual, como instância interinstitucional, multiprofissional e confidencial. Seu objetivo é resgatar dados subinformados e discutir cada caso com equipe multiprofissional, no sentido de conhecer e identificar as causas do óbito, contribuindo para a prevenção de novas mortes (MS, 2004a).

O predomínio das causas obstétricas diretas e de óbitos evitáveis, com a maioria destes tendo o fator profissional envolvido na sua ocorrência, mostra a gravidade da mortalidade materna no Município de Belém, evidenciando a inadequada assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (MS, 2002). Para redução das mortes maternas é fundamental garantir atenção integral e de qualidade à mulher, incluindo o planejamento familiar, com orientação segura sobre o uso correto dos vários métodos anticoncepcionais e principalmente a disponibilização destes métodos à população de baixa renda, a mais vulnerável à morte materna, além da assistência adequada no pré-natal, garantia de referência das gestantes de risco, vinculação e acompanhamento da qualidade do parto e do puerpério com tratamento das emergências obstétricas (Almeida, 1992). A capacitação dos profissionais de saúde da rede básica de atenção pré-natal para o reconhecimento precoce dos fatores de risco e encaminhamento oportuno das gestantes, antes que apresentem as formas graves de enfermidades, também é necessária para redução da mortalidade materna (Ramos et al., 2003).

A atenção adequada à saúde feminina não deve focalizar apenas os aspectos biológicos, mas se organizar a partir das necessidades e circunstâncias sociais e ambientais das mulheres, já que a mortalidade materna está fortemente associada aos fatores socioeconômicos desfavoráveis, como a baixa escolaridade e renda familiar. Garantir o acesso aos serviços de saúde com tecnologia apropriada no pré-natal e parto é fundamental, mas por si só não garante um resultado satisfatório. Estudos têm demonstrado que a ocorrência da morte materna está, muitas vezes, associada à precariedade da assistência. Prover um pré-natal com qualidade é um passo significativo para a humanização do parto e do nascimento (MS, 2000).

O conceito de humanização da assistência pressupõe a relação de respeito que deve ser estabelecido entre os profissionais de saúde e as gestantes. Este respeito é indispensável para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. É necessário que exista uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, com a organização da instituição, de modo que seja criado um ambiente acolhedor para a mulher e seus familiares,

como preconiza o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, assegurando dessa forma a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania (MS, 2002a).

Para atuar de forma efetiva na redução das mortes maternas devidas a causas potencialmente evitáveis, é preciso que a mortalidade materna seja considerada como um problema de direitos humanos e de justiça social e que a saúde feminina seja promovida como um investimento econômico e social altamente relevante (Ramos et al., 2003).

Tabela 1. Distribuição dos óbitos maternos, segundo características socioeconômico-demográficas e obstétricas, Belém/PA, 2004.

Variáveis	Idade (anos)	Cor	Escolaridade (anos de estudo)	Ocupação	Renda familiar (SM)	Sistema de saúde utilizado	Vivia com companheiro	Nº de gestações anteriores	Intervalo interpartal (anos)	Problema na gestação anterior	Início pré-natal	Nº de consultas pré-natal	Tipo de parto	Causa do óbito (CID-10)
Caso 1	14	Preta	4-7	Estudante	1	SUS	Não	0	NSA	NSA	12s	4	cesáreo	O 15.0
Caso 2	16	Parda	8-11	Estudante	5	SUS	Não	0	NSA	NSA	NR	NR	NSA	O 001
Caso 3	19	Parda	4-7	Estudante	1	SUS	Não	1	1	Sim	NR	NR	NSA	O 05.5
Caso 4	19	Parda	8-11	Do lar	2	SUS	Sim	2	2	Não	NR	NR	NSA	O 05.5
Caso 5	20	Parda	12 e+	Estudante	IGN	Plano privado	Não	IGN	IGN	IGN	NR	NR	NSA	O 05.5
Caso 6	22	Parda	8-11	Do lar	3	SUS	Sim	0	NSA	NSA	10s	08	cesáreo	O 85
Caso 7	22	Preta	12 e+	Do lar	7	SUS	Sim	0	NSA	NSA	10s	08	cesáreo	O 75.4
Caso 8	22	Parda	4-7	Do lar	1	SUS	Sim	3	3	Sim	19s	06	vaginal	O 62.2
Caso 9	25	Parda	4-7	Do lar	1	SUS	Sim	2	5	Não	10s	07	vaginal	O 85
Caso 10	26	Parda	4-7	Do lar	IGN	SUS	Sim	3	3	Não	NR	NR	cesáreo	O 85
Caso 11	29	Parda	4-7	Do lar	IGN	SUS	Sim	1	4	IGN	12s	4	cesáreo	O 99.8
Caso 12	35	Parda	12 e+	Agente de saúde	2	Plano privado	Sim	0	NSA	NSA	04s	IGN	cesáreo	O 14.1
Caso 13	38	Parda	1-3	Do lar	3	SUS	Sim	5	1	Sim	19s	7	cesáreo	O 11
Caso 14	39	Parda	4-7	Do lar	2	SUS	Sim	8	9	Não	NR	NR	cesáreo	O 14.1

SM: salários mínimos

NSA: não se aplica

NR: não realizado

Tabela 2. Razão de Mortalidade Materna*, segundo faixa etária e escolaridade
Belém/PA ,2004.

Variáveis		N	RMM
Faixa etária (anos)	10-14	01	543,5
	15-19	03	53,9
	20-24	04	45,8
	25-29	03	54,9
	30-34	-	-
	35-39	03	246,1
Escolaridade (anos de estudo)	<8	08	82,2
	8 e mais	06	40,8

* óbitos /100.000 NV

Tabela 3. Distribuição dos óbitos maternos segundo tipo e causa. Belém-PA, 2004.

Variáveis		N
Tipo de óbito	Obstétrico direto	13*
	Obstétrico indireto	01
Causas	Doença hipertensiva	04
	Aborto	03
	Infecção puerperal	03
	Atonia uterina	01
	Prenhez tubária rota	01
	Complicação de cirurgia obstétrica	01
	Doença auto imune** complicando gravidez	01

* 2 mortes maternas tardias

**Lupus eritematoso sistêmico (LES)

Tabela 4. Concordância na classificação dos óbitos maternos, segundo critérios de evitabilidade analisados por dois avaliadores independentes. Belém/PA, 2004.

	Investigador A		Investigador B	
	n	%	n	%
Evitável	11	78,6	-	-
Provavelmente evitável	01	7,1	04	28,6
Inevitável	02	14,3	10	71,4
Total	14	100,0	14	100,0

Tabela 5. Distribuição dos óbitos maternos, segundo fatores de evitabilidade. Belém/PA , 2004.

Fatores de evitabilidade	N
Profissionais	6
Comunidade/Família/Gestante	2
Profissionais e Institucionais	2
Comunidade/Família/Gestante e Institucionais	1
Comunidade/Família/Gestante, Profissionais e Institucionais	1

7.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida PAM (1992) Assistência pré-natal e o parto no contexto da mortalidade materna: situação atual e aspectos preventivos. Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo. p 41-50 (Série Investigação em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência, 2).

Cabral SALCS, Costa CFF; Cabral Junior SF. Correlação entre a idade materna, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura permanente de membranas e a indicação de parto cesáreo. Rev Bras de Ginecol e Obstet. 2003; 25 (10):739-744

Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na Cidade do Recife. Rev. Bras de Ginecol e Obstet. 2002; 24 (7):455-62.

Donoso E. Plan de accion regional para la reduccion de la mortalidad materna en las Americas: resultados de Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 2003; 68 (1):13-15.

Donoso E, Oyarzun E. Analisis comparativo de la mortalidad materna em Chile y Estados Unidos de NorteAmerica. Chile, 2000. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (1):14-18.

Kestler E, Ramirez L. Pregnancy-related mortality in Guatemala, 1993-1996. Rev Panam Salud Publica 2000 Jan; 7 (1):41-6.

Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos. Projeto “Gravidez, Parto e Puerpério”. São Paulo: 2001. [Elaborado por solicitação do Ministério da Saúde].

Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes Maternas no Brasil: Análise do Preenchimento de Variável da Declaração de Óbito. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9 (1):43-50.

Laurenti R. Mortalidade materna: Desafios para sua redução e a questão da mensuração e coleta de dados. [Apresentação feita na EUROLAC CONFERENCE; abr.16 2004; Recife, Brasil].

Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência no pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev. Saúde Pública 2005; fev 39 (1):100-107.

Mahbouli S, Basli M, Messaoudi F, Messaoudi I, Chibani M, Rachdi R. La mortalité maternelle: épidémiologie, facteurs de risque et évitabilité. À propôs de dix cas. Gynecologie Obstétrique e Fertilité 2003; 31:1018-1023.

Marcus PAF, Veja CEP, Boyaciyani K, Barbosa AS. Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1955. Rev Bras Ginecol Obstet 1996; 18 (9):731-6.

Martins AL; Tanaka ACA. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná. Brasil de 1993 a 1998. Rev bras crescimento desenv hum 2000; 10 (1):27-38.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004-Uma Análise da Situação de Saúde. Evolução da Mortalidade Materna no Brasil. Ministério da Saúde. 2004a; p. 85-133.

Ministério da Saúde. Informe da atenção básica. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; mai/jun. 2004b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Informações de Saúde. [on line] [capturado 03 de out. 2005]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/datasus>

Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do Município de Ribeirão Preto-SP, 1991-1995. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2001; 9 (3):70-6.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Informações de Saúde. [on line] [capturado 20 de jul. 2005]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/datasus>

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

Organización Pan-Americana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. XXVI Conferencia Sanitaria Pan-Americana; 2002 set 23-27; Washington-EUA: OPS/OMS. 19p.

Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. 9 ed. rev São Paulo: Edit da USP, 2003 v 1

Ramos JGL, Costa SM, Stuezyński JV, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul. Brasil - um estudo de 20 anos. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2003; jan.jul. 25 (6): 431-436

Rezende CHA, Moreli D, Rezende IMAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev de Saúde Pública 2000; 34 (4):323-8.

Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003;jan.fev.19 (1):183-9.

Sabroza AR, Leal MC, Souza Junior PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública 2004;20 supl:1p.130-137.

Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco ante parto para a ocorrência de cesárea. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2005: 27 (4):189-196.

Theme-Filha MM, Silva RI Noronha CP. Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro, 1993-1996. Cad. Saúde Pública 1999; 15: 397-403.

Tanaka AC, Mitsui L. Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999. 70 p.

Tanaka AC org., Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: Dossiê Mortalidade Materna. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde. São Paulo; 2001.

Valongueiro S, Ludermir AB, Cominho LAF. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. Cad. Saúde Pública 2003; 19 sup: 2.

Viggiano MB, Viggiano MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. Rev Bras de Ginecol e Obstet 2004; 26 (4):317-323.

World Health Organization/United Nations Children's Fund. Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM/96.11 april 1996 ; Geneva: WHO/UNICEF.

World Health Organization Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. World Health Organization. Geneva; 1999.

ANEXO I

Portaria nº 653 do MS, de 30 de maio de 2003

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, considerando que:

- O Governo Brasileiro é significativo de acordos e resoluções internacionais mediante os quais comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna, tais como aqueles oriundos da Conferência sobre Maternidade sem Risco, realizada em 1987, no Kenya; a Resolução XVII da XXIII Conferência Sanitária, realizada em 1990; a Cúpula Mundial em Favor da Criança, realizada em 1991;
- Estudos realizados no País demonstram que a mortalidade materna é um problema de alta relevância;
- A Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos, estabelece que nenhum sepultamento será feito sem certidão oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito,

em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas, que tiverem presenciado ou verificado a morte;

- A declaração de óbito (D.O.) é o documento oficial que atesta a morte de um indivíduo;
- O dimensionamento real da morte materna no Brasil é dificultado por dois fatores, quais sejam: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito;
- A identificação dos principais fatores de risco associados à morte materna possibilita a definição de estratégias de intervenção;
- A Resolução nº 256, de 1º de outubro de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, recomenda a adoção da morte materna como evento de notificação compulsória;
- A redução da morte materna é uma prioridade deste Ministério, para o que vêm sendo implementadas uma série de medidas;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas.

§ 1º É considerado óbito materno aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

§ 2º O instrumento para notificação compulsória de que trata este artigo, é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido nos arts. 10, 11, 12, e 13, da Seção III, da Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000, da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2º Definir como obrigatória a investigação, por parte de todos os Municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno.

§ 1º A referida investigação deverá ser iniciada, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito.

§ 2º Em caso de óbito cujas informações registradas na DO não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou-se tratar de óbito desta natureza, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM.

Art. 3º Determinar que o Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI, da Fundação Nacional de Saúde, em conjunto com a Área Técnica Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde, definam os mecanismos para a operacionalização do disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. A definição dessas diretrizes deverá ocorrer no prazo de até 60 dias.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor a partir de sua publicação.

ANEXO II - FICHA A

Ficha Confidencial de Notificação e Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil (MIF)

Informações obtidas da Declaração de Óbito (DO), prontuário hospitalar e, se necessário, em visita domiciliar.

Nº da Investigação

Dados do Caso

01 - Nome:

02 - Data de Nascimento: / /

03- Idade:

04- Endereço de Residência:

Rua:

Nº:

Fone:

Bairro:

Ponto de Referência:

Distrito:

Município:

UF:

05- Escolaridade (em anos de estudo) :..... do ensino fundamental.

.....do ensino médio

.....do ensino superior

Nenhuma

De 8 a 11 anos

De 1 a 3 anos
De 4 a 7 anos

Mais de 11 anos
Sem informação

06- Situação Conjugal

Solteira
Casada
Viúva
Separada
União consensual
Outra
Sem informação

07- Ocupação habitual:

08- Chefe de domicílio: Sim: Não: Sem informação:

09- Raça/Cor

Branca	Indígena
Negra	Amarela
Parada/Morena	Sem informação

Dados do Óbito

10 – Número da DO

11 – Data do óbito:

12 – Hora:

13 – Local de ocorrência:

Hospital Nome: Código:

Município: UF:

Número do prontuário:

Outro estabelecimento de saúde Qual:

Domicílio

Transporte/Via Pública

Outro Qual:

Sem informação

14- Momento do Óbito

Gravidez

Puerpério (de 43 dias a menos de 1 ano)

Aborto/Pós-aborto

Não ocorreu durante estes períodos

Parto

Sem informação

Puerpério (até 42 dias)

15- Causas da Morte na DO

Parte I:

a).....

b).....
 c).....
 d).....
 Parte II:.....
 CID:

16- Classificação pela DO

Óbito ocorrido durante a GPP* e até 1 ano após a gestação
 Óbito não relacionado com o ciclo gravídico-puerperal
 Óbito Inconclusivo pela análise da DO

História da Internação

17-Tipo de Seguro Saúde

SUS

Plano de Saúde

Qual:.....

Pagamento Direto (Particular)

Outra modalidade

Qual:.....

18- Data da Internação: / /

19- Procedência

Domicílio no mesmo município

Domicílio em outro município

Transferida de outro hospital no mesmo município

Transferida de hospital em outro município

Encaminhada de outro hospital no mesmo município

Encaminhada de hospital em outro município

Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial no mesmo município

Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município

Sem informação

20- Motivo da internação (copie ou faça um resumo do motivo da internação) :

21- Hipótese diagnóstica registrada no prontuário :

22- Condições de internação :

Boa

Sem vida

Regular

Sem informação no prontuário

Grave

Outro

Agonizante

.....

23 – Evolução e tratamento médico (registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades relatadas, falta de medicamentos, intervalo entre a internação e o primeiro atendimento, etc.)

24- Anotações de enfermagem

25- Anotações do anestesista

26- Causa (s) da morte escrita (s) no prontuário

27- Classificação Pós Investigação Hospitalar Preliminar

- Óbito ocorrido durante a GPP* e até 1 ano após a gestação, pós investigação hospitalar preliminar
- Óbito não relacionado com o ciclo gravídico-puerperal, pós investigação hospitalar preliminar
- Óbito Inconclusivo, pós investigação hospitalar preliminar

28- Fontes consultadas

DO

Hospital

SVO

IML

Domicílio

Outro Qual:.....

29 - Observações

30 – Investigador.....

OBS: Os óbitos classificados como **Óbito ocorrido durante GPP* e até 1 ano após a gestação, pós investigação hospitalar preliminar e Óbito Inconclusivo, pós investigação hospitalar preliminar**, serão investigados através das Fichas Específicas de Investigação Hospitalar e Domiciliar.

***GPP** = Gravidez, parto e puerpério

ANEXO III

FICHA B - FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR

PARTE B –INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DE ÓBITO MATERNO (DADOS EM DOMICÍLIO)
NOME:
NÚMERO DA D.O

9. DADOS PESSOAIS

9.1 IDADE (EM ANOS COMPLETOS)	ANOS	9.2 QUAL ERA A RAÇA /COR DELA?	
9.3 ELA VIVIA COM COMPANHEIRO?	BRANCA	01	AMARELA
	PRETA	02	VERMELHA (INDÍGENA)
1. SIM	2. NÃO	99. NÃO SABE	PARDA
			03
			NÃO SABE
			99
9.4 ELA FREQUENTOU A ESCOLA ATÉ QUE ANO?		9.5 QUAL ERA A RENDA TOTAL FAMILIAR NO MÊS EM QUE OCORREU A MORTE? (EM SALÁRIO MÍNIMO)	
NÃO FREQUENTOU	01	SEM RENDA	01
1º GRAU INCOMPLETO	02	MENOS DE 1 SALÁRIO	02
1º GRAU COMPLETO	03	DE 1 ATÉ 2 SALÁRIOS	03
2º GRAU INCOMPLETO	04	MAIS DE 2 A 3 SALÁRIOS.....	04
2º GRAU COMPLETO	05	DE 4 A 6 SALÁRIOS	05
3º GRAU INCOMPLETO	06	MAIS DE 6 SALÁRIOS	06
3º GRAU COMPLETO	07	NÃO SABE	99
NÃO SABE	99		
9.6 CALCULE A RENDA PER CAPITA DIVIDINDO A RENDA TOTAL PELO NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA.		9.7 A FALECIDA TINHA ALGUM CONVÊNIO PRIVADO DE SAÚDE?.	
		1. SIM	2. NÃO
			99. NÃO SABE

10. HISTÓRIA OBSTÉTRICA (EXCLUINDO A GESTAÇÃO ATUAL)
(CASO ALGUMA RESPOSTA NÃO SE APLIQUE MARQUE 88)

10.1 QUANTAS VEZES ELA ENGRAVIDOU?	
10.2 QUANTAS FORAM PARTOS VAGINAIS?	
10.3 QUANTAS FORAM CESARIANAS?	
10.4 QUANTAS TERMINARAM EM ABORTO?	
10.5 QUANTOS NASCERAM VIVOS?	
10.6 QUANTOS NASCERAM MORTOS?	
10.7 QUANDO FOI A ÚLTIMA GESTAÇÃO ANTERIOR A ESTA? (ANOTAR O TEMPO E ANOS COMPLETOS.)	
10.8 ELA TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE NAS GESTAÇÕES ANTERIORES?	
1. SIM	2. NÃO
	99. NÃO SABE
	88 NÃO SE APLICA

11. ANTECEDENTES PESSOAIS

11.1 ELA TINHA ALGUMA DOENÇA, ANTERIOR À GRAVIDEZ, CONHECIDA PELA FAMÍLIA?				11.1.1 EM CASO POSITIVO, QUAL? (ANOTAR TODAS QUE REFERIR)			
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE			
11.2 FAZIA ALGUM TRATAMENTO?				11.2.1 EM CASO POSITIVO, QUAL? (ANOTAR TODAS QUE REFERIR)			
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE			

12. GESTAÇÃO ATUAL

12.1 ELA FEZ PRÉ-NATAL? EM CASO DE NÃO OU NÃO SABE IR PARA A QUESTÃO 12.5				12.1.1 EM CASO POSITIVO, ANOTAR ENDEREÇO.			
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE			
12.1.2 TEM O CARTÃO DO PRÉ-NATAL?				12.1.3 SE NÃO TIVER SABE ME INFORMAR QUANTAS CONSULTAS ELA FEZ?			
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE		CONSULTAS	99. NÃO SABE

**SE O INFORMANTE TIVER O CARTÃO ANOTAR TODOS OS DADOS DO CARTÃO
NO QUADRO ABAIXO E
PASSAR PARA A PERGUNTA 12.2**

DATA	IG	PESO	PA	AU	BCF	EDE- MA	APRES.	INTERCOR- RÊNCIAS	TERAPÊU- TICA
12.1.4 SABE QUANTOS MESES TINHA DE GESTAÇÃO QUANDO COMEÇOU O PRÉ-NATAL ? ? (de 01 a 9. CASO NÃO sabe, COLOCAR 99)									
12.1.5 SABE COM QUANTOS MESES ELA ESTAVA QUANDO FEZ A ÚLTIMA CONSULTA? (de 01 a 09. CASO NÃO SABE, COLOCAR 99)									

12.2 SABE SE ELA DESENVOLVEU ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ?				12.2.1 EM CASO POSITIVO, ANOTAR ENDEREÇO.			
1. SIM				2. NÃO			
99. NÃO SABE							

12.3 ELA FOI CONSIDERADA GESTANTE DE RISCO E ENCAMINHADA A UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ALGUM PROBLEMA RELACIONADO À GESTAÇÃO DE RISCO?				12.3.1.ELA FOI ATENDIDA NESSA UNIDADE DE REFERÊNCIA?			
1. SIM				2. NÃO			
99. NÃO SABE							

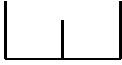
12.4.ELA FOI INTERNADA DURANTE A GESTAÇÃO?				12.4.1 EM CASO POSITIVO, QUANTAS VEZES FOI INTERNADA ?.			
1. SIM				2. NÃO			
99. NÃO SABE							

12.4.2 EM QUE LOCAIS?

12.4. PORQUE?

12.5 SE ELA NÃO FEZ O PRÉ-NATAL SABE O PORQUE?

13.1.MOMENTO DO ÓBITO	1 .DURANTE O ABORTO
	2. APÓS ABORTO
	3. NA GESTAÇÃO
	4. NO PARTO (ATÉ 1 HORA APÓS PARTO).
	5. NO PUERPÉRIO(ATÉ 42 DIAS DO TÉRMINO DA GESTAÇÃO)
	6. ENTRE O 43° DIA E ATÉ 1 ANO APÓS O TÉRMINO DA GESTAÇÃO
	99. NÃO SABE

 <p>13.2 ONDE ELA MORREU?</p>	1. NO HOSPITAL
	2. EM CASA
	3. NA VIA PÚBLICA
	4. NA CASA DA PARTEIRA
	5. OUTRO LUGAR(ESPECIFICAR)

13.3 EM CASO DE HOSPITAL:

13.3.1 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

13.3.2 QUAL FOI O SETOR HOSPITALAR EM QUE OCORREU O ÓBITO?	1. UTI
	2. ENFERMARIA
	3. CENTRO OBSTÉTRICO
	4. PRONTO ATENDIMENTO
	5. OUTROS
99. NÃO SABE	
13.4 ENDEREÇO DO LOCAL DO ÓBITO	
_ _	
14.1 LOCAL DO PARTO OU ABORTO	1. HOSPITAL
	2. DOMICÍLIO
	3. OUTRO
	99. NÃO SABE
14.1.1 EM CASO DE ABORTO / PARTO, EM QUE DATA OCORREU?	_ / _ / _
14.1.2 ELA RECEBEU ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO HOSPITAL QUE PROCUROU EM TRABALHO DE PARTO OU POR OCASIÃO DO ABORTO? EM CASO DE PARTO PASSAR PARA 14.2.1	1. SIM
	2. NÃO
	99. NÃO SABE
_ _	
14.1.3.O ABORTO FOI:	1. ESPONTÂNEO
	2. INDUZIDO
	3. PROVOCADO
	99. NÃO SABE
_ _	

14.1.4 APÓS O ABORTO A FALECIDA APRESENTOU ALGUM DESTES SINTOMAS?

|_|_|

01. NÃO APRESENTOU NDA	06. DIFICULDADE DE URINAR OU DEFECAR
02. FEBRE	07. FALTA DE APETITE / NÁUSEAS
03. SANGRAMENTO VAGINAL	08. TONTURA / DESMAIOS
04. SECREÇÃO VAGINAL COM MAL CHEIRO	09. TRISTEZA / DEPRESSÃO
05. DOR NA BARRIGA	10. OUTROS
99. NÃO SABE (PASSAR PARA O ITEM 14.3)	

14.2.1 QUAL FOI O TIPO DE PARTO? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. NÃO TEVE PARTO ELA MORREU COM O BEBÊ NA BARRIGA	
	2. PARTO VAGINAL	
	3. CESARIANA	
	99. NÃO SABE	
14.2.2 QUEM FEZ O PARTO? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. MÉDICO	
	2. ENFERMEIRA	
	3. PARTEIRA	
	4. OUTROS (ESPECIFICAR)	
99. NÃO SABE		
14.2.3 ELA TEVE PROBLEMA DURANTE OU DEPOIS DO PARTO? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM	
	2. NÃO	
	99. NÃO SABE.	
14.2.4 SE POSITIVO QUAL?		
14.3 EM ALGUM MOMENTO DA GRAVIDEZ, PARTO, ABORTO OU PUERPÉRIO ELA PRECISOU IR PARA A UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SIM	
	2.NÃO (IR PARA O ITEM 14.4.1)	
	99. NÃO SABE	
14. 3.1 SE POSITIVO, A UTTERA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. NO MESMO HOSPITAL	
	2. EM OUTRO (QUAL?)	
	3. NÃO SABE	
	4. NÃO CONSEGUIU VAGA	
14.3.2 ELA TEVE ALTA DEPOIS QUE ABORTOU OU PARIU? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM	
	2. NÃO (IR PARA O ITEM 15)	
	99. NÃO SABE	

14.3.3 SE POSITIVO, QUAL O PROBLEMA DE SAÚDE QUE ELA TEVE DEPOIS DO ABORTO/PARTO QUE LEVOU A MORTE ?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	-------------------------------

14.3.3 I ELA FOI INTERNADA NOVAMENTE? <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO (IR PARA O ITEM 15)
	99. NÃO SABE
14.3.4 SE SIM, AONDE?	_____

15 CONDIÇÕES DO NASCIMENTO (EM CASO DE PARTO DOMICILIAR)	_____

15.1 O BEBÊ NASCEU <input type="checkbox"/>	1. VIVO
	2. MORTO
	99. NÃO SABE

16. ALGUMA CRÍTICA EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO HOSPITALAR, OU A QUALQUER OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE , QUE ELA TENHA PROCURADO QUANDO PRECISOU RESOLVER O PROBLEMA QUE A LEVOU À MORTE? (PROBLEMAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS, DIFICULDADE DE OBTENÇÃO DE VAGAS, FALTA DE MEDICAMENTO, DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO COM RELAÇÃO À FAMÍLIA ENTRE OUTRAS)

NOME DO ENTREVISTADOR : _____

ANEXO IV

PARTE C - INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DE ÓBITO MATERNO (DADOS HOSPITALARES)

NOME DA FALECIDA: _____ NÚMERO DA D.O _____

TIPO DE SEGURO
SAÚDE: _____


17 – HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO

17.1.DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____

17.1.1 PROCEDÊNCIA	01. DOMICÍLIO NO MESMO MUNICÍPIO.....1
	02. DOMICÍLIO EM OUTRO MUNICÍPIO.....2
	03. TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL NO MESMO MUNICÍPIO
	04. TRANSFERIDA DE HOSPITAL EM OUTRO MUNICÍPIO
	05. ENCAMINHADA DE OUTRO HOSPITAL NO MESMO MUNICÍPIO
	06. ENCAMINHADA DE HOSPITAL EM OUTRO MUNICÍPIO
	07. ENCAMINHADA DE SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL DO MESMO MUNICÍPIO
	08. ENCAMINHADA DE SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL DE OUTRO MUNICÍPIO
	99. SEM INFORMAÇÃO
	<input type="checkbox"/>

17.1.2 MOTIVO DA INTERNAÇÃO: (COPIE OU FAÇA UM RESUMO DO MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

17.1.3HIPÓTESE DIAGNÓSTICA REGISTRADA NO PRONTUÁRIO:

17.1.4 CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO 	1. BOA
	2. REGULAR
	3. GRAVE
	4. AGONIZANTE
	5. SEM VIDA
	6. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO

17.2 EVOLUÇÃO

17.2.1 EVOLUÇÃO E TRATAMENTO MÉDICO (REGISTRAR OS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS, DIFICULDADES POR FALTA OU BAIXA QUALIDADE DE EQUIPAMENTO E FALTA DE MEDICAMENTOS OU OS DISPONÍVEIS ERAM INAPROPRIADOS, AVALIAR O INTERVALO ENTRE A INTERNAÇÃO E O PRIMEIRO ATENDIMENTO) SE NECESSÁRIO ANEXAR FOLHAS EM BRANCO

17.2.2 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

17.2.3 ANOTAÇÕES DO ANESTESISTA:



17.3 CAUSA(S) DA MORTE ESCRITA(S) NO PRONTUÁRIO:



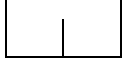

18 – GESTAÇÃO ATUAL


18.1 DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO ___/___/___

18.2 DATA PROVÁVEL DO PARTO ___/___/___

19 TERMINO DA GESTAÇÃO

19.1 A GESTAÇÃO TERMINOU EM 	NÃO HOUVE EXPULSÃO DO EMBRIÃO/FETO
	ABORTO ESPONTÂNEO
	ABORTO INDUZIDO PERMITIDO POR LEI
	ABORTO PROVOCADO
	ABORTO SEM MENÇÃO DE ESPONTÂNEO OU PROVOCADO
	EXPULSÃO DA MOLA HIDATIFORME
	COMPLICAÇÕES POR GRAVIDEZ ECTÓPICA
	PARTO VAGINAL
	PARTO FORCEPS
	CESARIANA
19.2 DATA DO TERMINO DA GESTAÇÃO _____/_____/_____	
19.3 IDADE GESTACIONAL	EM SEMANAS _____ SE NÃO HOUVER COLOCAR EM MESES _____.
19.4.1 EM CASO DE ABORTO PROVOCADO OU INDUZIDO.QUAL FOI O PROCEDIMENTO UTILIZADO PARA INDUÇÃO DO ABORTO? (NESTE ITEM PODE SER ASSINALADO MAIS DE UM PROCEDIMENTO) 	01.AMIU/ SUCÇÃO
	02. DROGAS QUAL? _____
	03. CURETAGEM
	04. SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS
	05. FÍSICOS (SONDAS,ETC)
	06. MICRO-CESÁREA
	07. CHÁS CASEIROS
	08. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
	99. NÃO SABE

<p>19.5.6 INTERCORRÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO .</p> 	<p>1.SEM COMPLICAÇÕES</p> <p>2.ECLÂMPSIA</p> <p>3.PRÉ-ECLÂMPSIA</p> <p>4.SANGRAMENTO</p> <p>5.TP PROLONGADO</p> <p>6.OBSTRUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO</p> <p>7.HIPERTONIA</p> <p>8.SOFRIMENTO FETAL</p> <p>9.CORIOAMNIONITE</p> <p>10.OUTRA (ESPECIFICAR)</p> <p>88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO</p> <p>99.NÃO SABE</p>
<p>19.5.7 INTERCORRÊNCIA NO PARTO</p> 	<p>1.SEM COMPLICAÇÕES</p> <p>2.ATONIA UTERINA</p> <p>3.RETENÇÃO PLACENTÁRIO</p> <p>4.LACERAÇÃO DE PARTES MOLES</p> <p>5.OUTRAS (ESPECIFICAR)</p> <p>6.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO</p> <p>7.NÃO SABE</p>
<p>19.5.8 INDICAÇÃO DA CESARIANA</p> 	<p>1.O PARTO FOI VAGINAL</p> <p>2.DUAS OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES</p> <p>3.CESÁREA EM MORTE MATERNA IMINENTE OU POST MORTEM</p> <p>4.SOFRIMENTO FETAL</p> <p>5.DESPROPORÇÃO CEFALO-PELVICA</p> <p>6.DISTOCIA FUNCIONAL</p> <p>7.DPP/FETO VIVO</p> <p>8.PROLAPSO DE CORDÃO</p> <p>9.IMINÊNCIA E/OU ROTURA UTERINA</p> <p>10.OUTRA (ESPECIFICAR)</p> <p>11.SEM INFORMAÇÃO</p>
<p>19.6 INFORMAÇÕES ADICIONAIS</p> <p>19.6.1 OUTROS PROCEDIMENTOS REALIZADOS ALÉM DO PARTO, DA CESÁREA OU ABORTO</p> 	<p>0.NÃO HOUVE NECESSIDADE DE REALIZAR OUTROS PROCEDIMENTOS</p> <p>1.HISTERECTOMIA</p> <p>2.LIGADURA DE ARTÉRIAS HIPOGASTRICAS</p> <p>3.OUTROS (ESPECIFICAR) _____</p> <p>99.SEM INFORMAÇÃO</p>

<p>19.7.1 ANESTESIA</p> 	<p>1.SIM</p> <p>2.NÃO(SE, NÃO IR PARA O ITEM 19.13)</p> <p>99.SEM INFORMAÇÃO</p>
---	--

19.7.2 TIPO DE ANESTESIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.LOCO REGIONAL
	2.PERIDURAL
	3.RAQUIDIANA
	4.GERAL
	5.SEM INFORMAÇÃO
19.7.3 QUEM REALIZOU? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. ANESTESISTA
	2. OUTRO (ESPECIFICAR)
	3. SEM INFORMAÇÃO
19.7.4 COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM
	NÃO
	SEM INFORMAÇÃO
19.7.5 SE SIM, QUAL?	
19.8.1 HOUVE NECESSIDADE DE SANGUE/HEMODERIVADOS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO.(SE NÃO, IR PARA O ITEM 20.1)
	99. NÃO SABE
19.8.2 ELA RECEBEU SANGUE/HEMODERIVADOS? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SIM
	2. NÃO
	99. SEM INFORMAÇÃO
19.8.3 DE QUE NATUREZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.PAPA DE HEMÁCIAS
	2.PLASMA FRESCO CONGELADO
	3.CRIOPRECIPITADO
	4.CONCENTRADO DE PLAQUETAS
	5.OUTROS
99.SEM INFORMAÇÃO	
19.9.4 QUAL FOI O INTERVALO DE TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRESCRIÇÃO E A ADMINISTRAÇÃO DO SANGUE OU HEMODERIVADOS?	_____
19.9.5 QUAL FOI A QUANTIDADE DE BOLSAS ADMINISTRADAS? _____	

20 CONDIÇÕES AO NASCER	
O RECÉM-NASCIDO NASCEU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. VIVO
	2. MORTO
20.2 SE MORTO, FOI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. ANTES DO PARTO
	2. INTRAPARTO
	99. NÃO SABE
20.3 PESO (EM GRAMAS)	_____ G
20.4 APGAR	1º MINUTO _____
	5º MINUTO _____

21. DADOS DO PUERPÉRIO

21.1. INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO ATÉ 2 HORAS PÓS-PARTO. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SEM INTERCORRÊNCIA
	2.SANGRAMENTO
	3.ATONIA UTERINA
	4.PLACENTA ACRETA
	5.OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99.SEM INFORMAÇÃO
21.2 INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO DE 2 HORAS PÓS-PARTO ATÉ A ALTA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SEM INTERCORRÊNCIA
	2.SANGRAMENTO
	3.INFEÇÃO PUERPERAL
	4.EMBOLIAS
	5.OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99.SEM INFORMAÇÃO
21.3 INTERCORRÊNCIAS DA ALTA ATÉ 42 DIAS PÓS TERMINO DA GESTAÇÃO. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SEM INTERCORRÊNCIAS
	2.SANGRAMENTO
	3.INFEÇÃO PUERPERAL
	4.TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
	5.EMBOLIAS
	6.DEPRESSÃO PUERPERAL
	7.OUTRA(S) (ESPECIFICAR)
	99.SEM INFORMAÇÃO
21.4 CONDIÇÕES DE ALTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.BOM ESTADO GERA
	2.ÓBITO
	3.TRANSFERÊNCIAS
	4.OUTRA(S) (ESPECIFICAR)

21.5 PROFISSIONAL QUE PRESTOU ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.OBSTETRA
	2.ENFERMEIRA
	3.CLÍNICO GERA
	4.PARTEIRA
	5.OUTRO (ESPECIFICAR)
	99.SEM INFORMAÇÃO

22 CUIDADOS INTENSIVOS

22.1 HOVE NECESSIDADE DE UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SIM
	3. NÃO (SE NÃO, IR PARA O ITEM 23)
	99. SEM INFORMAÇÃO
22.2 FOI ENCAMINHADA À UTI ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM
	2. NÃO
	99.SEM INFORMAÇÃO

22.3 EM CASO POSITIVO, QUAL FOI O TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A SOLICITAÇÃO E A TRANSFERÊNCIA? _____ HS.	
22.4 EM CASO NEGATIVO, POR QUE?	_____ _____
23 FOI SOLICITADA E REALIZADA A NECRÓPSIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.SIM
	2.NÃO
	99.NÃO SABE
	OBS:(EM CASO POSITIVO DEVE SER PREENCHIDO O FORMULÁRIO REFERENTE AOS DADOS DA NECRÓPSIA.)

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

ANEXO V

PARTE D – LAUDO DE NECRÓPSIA

NOME DA FALECIDA: _____

DATA DE FALECIMENTO ____/____/____

NÚMERO DA D.O .: _____

CAUSA MORTE: _____

DESCRIÇÃO DO LAUDO DE NECRÓPSIA:
(OU DE INFORMAÇÕES RELEVANTES DA GUIA POLICIAL)

EXAME MACROSCÓPICO (TRANSCREVER OS PRINCIPAIS ACHADOS)

EXAME MICROSCÓPICO E/OU TOXICOLÓGICO:

RESPONSÁVEL PELO
PREENCHIMENTO:.....

ANEXO VI

FICHA-RESUMO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DO ÓBITO MATERNO

(ESTA FICHA SOMENTE DEVERÁ SER ANEXADA QUANDO DA ANÁLISE FINAL DO CASO)

RESUMO DO CASO (DEVE CONTER :- INICIAIS DA FALECIDA, IDADE, GESTA, PARA, Nº PARTOS NORMAIS, ABORTOS E CESÁREAS, Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E INÍCIO DO MESMO, IDADE GESTACIONAL, MOMENTO DO ÓBITO- DURANTE A GESTAÇÃO, ABORTO, PARTO OU PUERPÉRIO), SUMÁRIO DA HISTÓRIA OU FATO QUE LEVOU AO ÓBITO.

FONTES DE DADO CONSULTADAS: () ENTREVISTA DOMICILIAR
 () REGISTROS AMBULATORIAIS
 () PRONTUÁRIOS HOSPITALARES
 () LAUDO DE NECRÓPSIA
 () ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CAUSA DE ÓBITO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ORIGINAL, SE HOVER.	PARTE I A)	CÓDIGO CID -10
	B)	
	C)	
	D)	
	PARTE II	
O CAMPO 43 E 44 DA DO FOI PREENCHIDO?	1. SIM 2. NÃO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CAUSA BÁSICA DE ÓBITO CORRIGIDA		CID-10
NA OPINIÃO DO COMITÊ A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL FOI ADEQUADA	1. SIM 2. NÃO 3. INCONCLUSIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SE NEGATIVO, QUAIS OS MOTIVOS?	
SE INCONCLUSIVO, POR QUE?	
NA OPINIÃO DO COMITÊ A ASSISTÊNCIA NO PARTO OU ABORTO FOI ADEQUADA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM 2. NÃO 3. INCONCLUSIVO
SE NEGATIVO, QUAIS OS MOTIVOS?	
SE INCONCLUSIVO, POR QUE?	
NA OPINIÃO DO COMITÊ A ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO FOI ADEQUADA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. SIM 2. NÃO 3. INCONCLUSIVO
SE NEGATIVO, QUAIS OS MOTIVOS?	 <hr/> <hr/>

SE INCONCLUSIVO, POR QUE?	
EVITABILIDADE	01.EVITÁVEL 02.PROVAVELMENTE EVITÁVEL 03.INEVITÁVEL
FATORES DE EVITABILIDADE	01.COMUNIDADE/FAMÍLIA/GESTANTE 02.PROFISSIONAL 03.INSTITUCIONAL 04.SOCIAIS 05.INTERSETORIAIS
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO	01. MATERNO (ATÉ 42 DIAS PÓS TERMINO DA GESTAÇÃO) 02.MATERNO TARDIO (DE 43 DIAS A MENOS DE 1 ano do término da gestação) 03 ANO NO TERMINO DA GESTAÇÃO) 04. NÃO OBSTÉTRICO 09 IGNORADO
ÓBITO MATERNO	01. OBSTÉTRICO DIRETO 02. OBSTÉTRICO INDIRETO 03. INCONCLUSIVO SE OBSTÉTRICO DIRETO OU INDIRETO 04.NÃO RELACIONADO À GRAVIDEZ
ÓBITO MATERNO	1. DECLARADO 2. NÃO DECLARADO

RECOMENDAÇÕES DO COMITÊ:

CORREÇÃO DA DO :

PARTE I

PARTE II

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

OUTRAS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a mortalidade materna de uma localidade possibilita que se avalie a situação de saúde deste local. Níveis elevados desta mortalidade demonstram que é baixo o grau de informação e escolaridade das pessoas, dinâmicas familiares em que a violência está presente além de, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A gravidade desse indicador é evidente, pois a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, e não doença, assim mortes devidas à causas maternas demonstram

atenção inadequada à mulher e apontam para a baixa capacidade de prevenção deste tipo de morte .

O estudo da mortalidade materna em Belém mostrou que esse indicador é elevado e que predominam as causas evitáveis, evidenciando que a atenção prestada a saúde feminina é inadequada, não só durante o ciclo gravídico-puerperal, mas em toda a vida da mulher.

Chama a atenção a qualidade do pré-natal, pois a maioria das mulheres do estudo que recebeu esta assistência, recebeu pelo menos seis consultas, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, além de ter iniciado precocemente esta assistência.

O estudo mostrou também que a maioria dos óbitos ocorreu no âmbito hospitalar e que a peregrinação de gestantes antes de receber atendimento resolutivo contribuiu para que houvesse agravamento do caso levando ao óbito.

Considerando os fatores de evitabilidade, dentre os óbitos maternos do estudo, a grande maioria foi relativa aos fatores profissionais, o que chama a atenção para a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher.

A falta de concordância na avaliação da evitabilidade mostrou a necessidade da composição do comitê de mortalidade materna para atuar no resgate de informações o que contribuirá para a melhoria do sistema de registro desses óbitos, além de melhorar também a análise dessas mortes, identificando-se os fatores de evitabilidade, permitindo a proposição de medidas de intervenção que possam levar à redução da mortalidade materna.

Diante dos resultados desse estudo, fica evidente a necessidade de se garantir atenção integral e de qualidade à mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência adequada ao pré-natal, referentes às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade do parto e puerpério e tratamento das emergências obstétricas.