MORTALIDADE MATERNA, EM FLORIANÓPOLIS
SANTA CATARINA, 1975 a 1979 - OBITUÁ-
RIO HOSPITALAR.

MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Tese de doutoramento apresentada à Facul-
dade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo, Departamento de Saúde Materno
Infantil, para obtenção do título de Dou-
tor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Augusto Mar-
condes de Almeida.

SÃO PAULO

- 1 982 -

Este trabalho foi financiado parcialmente pelo Plano Institucional de Capapacitação de Docentes da Universidade Federal de Santa Catarina(PICD-UFSC-CAPES), sob a orientação do Professor Dr. Pedro Augusto Marcondes de Almeida - do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

À Maria Augusta, minha mãe, representante típica da Amazônia, que conseguiu sobreviver a onze gestações .

À memória daqueles que, com sua morte, deram
- me lições de vida.

Jorge Simplicio de Souza - *meu irmão*

Amaury Martins Júnior - *companheiro de sonhos e
vãos*

Antônio Simplicio de Souza - *meu pai*

Maria Marlene Bernardes de Medeiros - *amiga e de
fensora dos mesmos ideais*

Dr Cyro Ciari Junior - *meu mestre de grandes descobertas*

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que cederam-me espaço em suas vidas, investindo no meu aprendizado, registro meus agradecimentos .

Ao Professor Dr Pedro Augusto Marcondes de Almeida, por ter demonstrado na prática ser possível desmonopolizar o saber, dando-me encorajadora e segura orientação e respeitando minha individualidade.

Ao Professor Assistente Doutor Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, com quem pude esclarecer dúvidas e trocar idéias.

Ao Professor Titular Ruy Laurenti, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, e sua equipe do Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, pela valiosa colaboração na análise dos atestados de ôbito.

A Professora Assistente Doutora Sabina Lã Davidson Gotlieb, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, com quem discuti a metodologia estatística.

Ao Professor MSc João Carlos Caetano, do Departamento de Saúde Pública da UFSC, pela universalidade da presença em todos os momentos decisivos deste trabalho.

Ao Professor Dr Rogério Henrique Hildebrand da Silva, do Curso de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, pela revisão inicial dos manuscritos, que obrigou a organização das idéias .

Ao Professor Assistente Dr Oswaldo Campos, do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo incansável apoio com valiosas sugestões e revisão do resumo em inglês.

À Professora Clair Castilho Coelho, do Departamento de Saúde Pública da UFSC, pela troca de idéias que enriqueceram este trabalho.

Ao Professor Hamilton Savi, Prô-Reitor de Assuntos Estudantis da UFSC, pela concessão de bolsistas para coleta de dados.

Aos Diretores Clínicos e Administrativos e aos Chefes de SAME das Maternidades e Hospitais onde os dados foram coletados, por permitirem o acesso às informações.

Ao Professor Dr Manoel Américo de Barros Filho, Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina por facilitar o acesso aos atestados de óbitos.

À Professora MSc Mercedes Trentini, do Departamento de Enfermagem da UFSC, pela participação na coleta de dados.

À Dayse Pires de Noronha e Maria Cecília Gonzaga Ferreira, pela revisão bibliográfica.

À Dinorah dos Santos, pelo apoio que nunca faltou.

Aos bolsistas do Departamento de Saúde Pública da UFSC que, apesar do salário simbólico, submeteram-se ao trabalho árduo de coleta e apuração de dados e, ainda, auxiliaram na revisão dos textos.

A Rosangela Leonor Barbosa, pela datilografia das minutas .

Ao Sr Walmor, Senhoras Aurene e Nina, pela disponibilidade em auxiliar.

Í N D I C E

Pág.

RESUMO

SUMMARY viii

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	32
3. MATERIAL E MÉTODO	33
3.1 - Processo de seleção do instrumental metodológico adotado e estudado	33
3.2 - Variáveis selecionadas para o estudo.....	36
3.3 - Coleta de dados	38
3.3.1 - Nascidos vivos.....	38
3.3.2 - Mortes Maternas	39
3.3.2.1 - Nos Hospitais Gerais.....	39
3.3.2.2 - Nas Maternidade.....	39
3.3.2.3 - Na Secretaria da Saúde.....	40
3.4 - População de estudo.....	40
3.5 - Quantificação dos resultados.....	41
3.5.1 - Dados de Mortes Maternas.....	41
3.5.2 - Dados dos Nascidos vivos.....	42
3.6 - Forma de Apresentação dos resultados.....	42
4. RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	44
4.1 - Coeficiente de Mortalidade Materna geral e por tipo de óbito.....	44
4.2 - Mortes Maternas segundo o tipo de óbito.....	56
4.3 - Óbitos obstétricos diretos segundo as variáveis estudadas.....	60
4.3.1 - Número, percentagem e Coeficiente de Mor talidade Materna por 10.000NV segundo a causa básica.....	81

4.4 - Número, percentagem e Coeficiente de Mortalidade Materna por 10.000 NV dos <u>ô</u> bitos obstétricos indiretos segundo causa básica e <u>variáveis</u> estudadas.....	93
4.5 - Número, percentagem e Coeficiente de Mortalidade Materna por 10.000 NV dos <u>ô</u> bitos de causas não relacionadas e não classificadas, segundo causa básica e <u>variáveis</u> estudadas.....	99
4.6 - Coeficiente de Mortalidade Materna por 10.000 NV segundo o tipo de <u>ô</u> bito e <u>variáveis</u> estudadas.....	103
5. CONCLUSÕES	119
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124
ANEXOS 1, 2 e 3	

RESUMO

SUMMARY

A partir de informações existentes e registradas em Maternidades e Hospitais Gerais de Florianópolis (S.C.) e na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, realizou-se estudo retrospectivo compreendendo o período de 1º de janeiro de 1975 a 31 de dezembro de 1979. Determinou-se coeficientes de mortalidade materna numa série histórica de cinco anos, segundo o tipo de óbitos e causas básicas. Verificou-se ainda a relação entre mortalidade materna e as variáveis idade, paridade, tipo de parto e local de residência. Os resultados obtidos mostraram que o coeficiente de mortalidade materna foi elevado e atingiu nível maior do que os resultados de registros oficiais. Em 18,2% dos óbitos houve preenchimento inadequado dos atestados, o que teria proporcionado perda destes casos como óbito materno. A maior proporção das mor

tes maternas foi devida aos óbitos obstétricos diretos, com um percentual de 75,0%. Os óbitos obstétricos diretos foram constituídos em 54,5% de infecção, 30,3% de hemorragia e 15,2% de toxemia. O coeficiente específico por infecção foi de 4,15/10.000 nascidos vivos (N.V.) tendo como principal causa básica o aborto. O grupo de hemorragia teve coeficiente de 2,31/10.000 N.V. e as causas básicas que contribuíram na quase totalidade dos óbitos foram rotura de útero sem outras especificações (SOE), laceração de colo de útero e parto a vácuo extrator. A toxemia apresentou coeficiente de 1,15/10.000 N.V. tendo como causa básica mais incidente, a eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial pré-existente. Conclui-se, ainda, que houve relação entre mortalidade materna e as variáveis idade, paridade e, em especial, com tipo de parto e local de residência.

Based on data collected at Maternities and General Hospitals in Florianópolis (S.C.) and at the State of Santa Catarina Secretary of Health a retrospective study on Maternal Mortality in the period January 1st, 1975 december 31.th, 1979 was performed. The Maternal Mortality rate was determined by means of a historical series of 5 years, according to the type and main basic cause of death. The relation between Maternal Mortality and variables like chronological age, parity, type of delivery and place of residence was also studied. The results of the investigation indicated that the Maternal Mortality rate was high, being even higher than that officially presented. In 18.2% of the cases there was an incorrect filling of the death certificates what could cause their exclusion as maternal deaths. The highest proportion of maternity deaths was caused by direct obstetric causes with a percentage of

75.0%. The direct obstetric deaths were due to infection (54.5%), haemorrhagy (30.3%) and toxemy (15.2%). The specific rate for infections was 4.15/10,000 live borns (L.B.) being abortion its main basic cause. The specific rate for haemorrhagy was 2.3/10,000 L.B. being its basic cause, which contributed to almost the totality of deaths, rupture of the uterus not otherwise specified (NOS), laceration of the uterus walls and delivery by vacuum extractor . The specific rate for toxemy was 1.15/10,000 L.B. being its basic cause eclampsy associated to pre-existent hypertension. It was concluded that there was a relation between maternal mortality and the variables chronological age parity and , in some special causes with the type of delivery and place of residence.

1. INTRODUÇÃO

A morte tem sido uma das maiores interrogações na história da humanidade e nenhum ser humano , de nenhuma raça, de nenhum país, de nenhum tempo, tem deixado de pensar acerca deste fenômeno vital. Matizada com as mais diversas cores, enfocada desde o mais sombrio tom científico, até o iridescente jogo de símbolos e palavras de uma poesia, a morte está ligada à vida. Tão ligada à vida que, segundo IMBASSAHY³⁷ "na época quaternária, no chamado período paleolítico, a preocupação com a morte não era tão marcante como nos dias de hoje, sendo o viver que dimensiona o morrer e suas preocupações" . Para CÂMARA¹³, "os poetas contemplam a morte tocada de beleza, enquanto para os santos, a morte é o começo da verdadeira vida" . FOUCAULT³¹ enfatiza que " a introdução da morte no saber vem de muito longe: o final do século XVIII atualiza o tema que desde o Renascimento, tinha permanecido oculto...

Mas, a percepção da morte na vida não tem, no século XIX, a mesma função que no Renascimento. Ela possuía, então, significações redutoras; a diferença de destino, da fortuna, de condições se apagava por seu gesto universal; atraía irrevogavelmente cada um para todos; as danças dos esqueletos figuravam, ao contrário da vida, espécies de saturnais igualitários; a morte compensava infalivelmente a sorte. Agora ela é, ao contrário, constitutiva de singularidade; é nela que o indivíduo se encontra, escapando às vidas monótonas e a seu nivelamento; na lenta aproximação meio subterrânea mas já visível da morte, a secreta vida comum torna-se, finalmente, individualidade; um traço preto a isola e lhe dá o estilo de sua verdade. Daí a importância do Mórvido. O macabro implicava uma percepção homogênea da morte, uma vez ultrapassado seu limiar. O Mórvido autoriza uma sutil percepção do modo como a vida encontra na morte sua mais diferenciada figura"³¹.

ALVAREZ-BRAVO e colaboradores⁴ se manifestam dizendo que a morte é o inimigo natural da humanidade. Obedecendo princípios instintivos todo ser humano, qualquer que seja a índole de suas convicções sociais, filosóficas e culturais, a repudia e em diversos graus a teme. Linha de percepção equivalente se observa na expressão de BECKER⁸, quando afirma que, "o medo da morte é natural e está presente em todos, pois trata-se do medo básico que influi em todos os demais. Um medo ao qual ninguém está imune, por mais disfarçado que possa estar. Em tempos normais, agimos sem realmente acreditar em nossa própria morte, como se acreditássemos piamente em nossa imortalidade física".

BROWN¹¹, diz que "se a dualidade de instintos é Vida e Morte, nossa revisão da ontologia de Freud acarreta a hipótese de que Vida e Morte coexistem numa união indiferenciada no nível animal e que podem ser reunificados numa harmonia mais elevada no homem. Contudo, em toda a ideologia humana e nas experiências de todo indivíduo humano, a morte é o grande adversário"; enquanto IMBASSA-HY³⁷ refere que, "se toda definição é perigosa, no que respeita à morte, onde se nos afiguraria difícilima, é de uma simplicidade admirável: A morte é a extinção da vida ... Se quisermos torná-la mais séria, poderemos dizer: é o desaparecimento dos processos vitais, ou o desaparecimento definitivo dos processos químicos. E se preferirmos o estilo filosófico: é a alteração dos elos da cadeia infinita . Não poderemos afirmar que a morte seja a parada das funções orgânicas, porque é comum o arresto sem que a vida cesse ; é o caso de morte aparente, que tem levado tanta gente à sepultura antes do tempo"

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza uma definição de morte como sendo o desaparecimento permanente de toda manifestação de vida em qualquer momento depois de ocorrido o nascimento (cessação pós natal das funções vitais sem possibilidades de ressuscitação) (KARCHMER e colaboradores³⁸).

Observa-se no conceito da OMS, referido por KARCHMER e colaboradores³⁸, uma abordagem essencialmente biológica; porém considera-se que o conceito e evento morte não são privativos da Biologia. em especial se se

ceitar que a morte é parte de um fenômeno sócio-econômico cultural que altera de certa forma as relações existentes na sociedade, onde o primeiro impacto que recebe está em função da quantidade e da força com que a mortalidade ataca a população em geral e a seus indivíduos. Das primeiras considerações apresentadas, poder-se-á apreender uma explicação da morte como um perigo, como algo que se teme, como perda, como antívida. Esta projeção parece bastante relacionada ao que é observado no campo de prática, em que, quando ocorre o óbito, cessam as ações dos profissionais de saúde. Tanto é que, segundo LAURENTI & MELLO JORGE⁴¹, "as estatísticas de mortalidade constituem instrumentos de grande valor em epidemiologia, demografia e administração sanitária. Todavia, é sempre citado o fato de que elas nem sempre são fidedígnas, principalmente no que diz respeito à causa de morte" .

Outro modo de ver o evento em questão é o de CANGUILHEM¹⁴, de que "*Michel Foucault mostrou como Bichat fez o olhar médico girar sobre si mesmo para pedir, à morte, explicação da vida*" .

O conceito de morte parece fundamental para as demais considerações. É a partir dele que se pode estudar vida num contexto mais amplo.

Considera-se que a morte deva ser estudada par e passo com a vida, pelos profissionais de saúde,

pois na morte poderão ser interpretados enigmas da própria ciência, onde as limitações do saber se fazem muito presentes. Especialmente porque, como fenômeno sócio-econômico, a morte só deveria ocorrer quando o indivíduo estivesse em idade bastante avançada. Entretanto, a história da humanidade tem demonstrado que nem sempre isto ocorre.

Geralmente, quanto mais desfavoráveis forem ao ser humano as condições sócio-econômicas, mais precocemente a morte incide. A relação do óbito com a faixa etária do indivíduo é demonstrada por BERQUÔ e colaboradores⁹, quando referem e orientam a utilização da Curva de Nelson de Moraes e o coeficiente de mortalidade proporcional como indicadores de saúde, em que se observam maiores índices de mortalidade nas faixas etárias mais baixas nos países em desenvolvimento.

Por meio das considerações feitas, procurou-se demonstrar a amplitude do evento morte e ao mesmo tempo conduzir o raciocínio para o tema central deste estudo da mortalidade materna.

Falar da morte é, obrigatoriamente, falar da vida. Assim, mortalidade materna é assunto paralelo a gestação, pois com ela tem relação direta.

O conceito de gestação baseia-se em norma, cultural; classe sócio-econômica, no grupo étnico e estrutura política do Estado. Como acentua SINGER⁷², a "reprodução humana está sujeita a leis de caráter biológico",

mas é ocasionada por leis de caráter social" .

Em algumas sociedades, a gestação é considerada um processo normal da vida, pelo qual passa a maioria das mulheres, ou ainda, como uma situação normal, uma espécie de ritual que a maioria das mulheres obedece em determinado tempo. Em outras, segundo REEDER e colaboradores⁵⁸, a gestação é vista como uma doença da qual a mulher deve curar-se tão logo seja possível. Para CIARI Jr. & SIQUEIRA¹⁸, " a gravidez produz na mulher uma série de modificações que, embora não a levem a um estado patológico, a condicionam a um desvio de tal ordem que não pode ser comparado ao estado não gravídico". Consideram, ainda, que a gravidez "é um encadeamento de sucessivos fatos ao longo de sua vida, caracterizando um processo onde o período de gravidez seria um evento, dentro de uma cadeia de ocorrências ligadas entre si, direta ou indiretamente" . O estado grávido-puerperal, segundo ALVAREZ-BRAVO e colaboradores⁴, se destaca como um processo fisiológico que, não obstante, produz modificações no organismo materno, cuja natureza o coloca a um passo do patológico e se abandonado, cai, facilmente, na doença ou complicações e, às vezes, na morte.

Na evolução da humanidade, a procriação e seus resultados tem se apresentado como um evento sócio-econômico-biológico de maior significado, quer como contributiva da manutenção da espécie ou como geradora de força de trabalho. Isto pode ser exemplificado no Brasil, quando, em 1819, José Bonifácio propôs à Assembléia Constituinte, segundo ROCHA⁶⁴, a seguinte ementa: "A escrava duran-

te a prenhez e passado o terceiro mês não será forçada a trabalhos violentos e aturados. No oitavo mês será ocupada somente da casa, depois do parto terá um mês de convalescença e, passado, este, durante um ano não trabalhará longe da cria" .

Pode-se também aplicar como exemplo, a citação de TRÜGER ⁷⁷ quando descreve a "Declaração Universal dos Direitos do Homem, em seu XXV artigo e 2º parágrafo: A Maternidade e a infância tem direito a cuidados e assistência especiais ..." .

Mesmo reconhecida a gestação como unida de importante na reprodução humana, não se pode esquecer que a mesma sofre influência de vários fatores, não apenas biológicos, mas, em especial, de ordem social. Segundo REEDER e colaboradores ⁵⁸, a vida daqueles que sofrem influência de fatores sócio-econômico culturais desfavoráveis, é uma situação de crise constante em que as necessidades relativas à saúde são somente uma das muitas crises as quais enfrentam, controlam ou simplesmente vivem com elas. As atitudes relacionadas com a saúde tem equivalência com a maternidade, especialmente porque a maioria dos serviços é organizada para o atendimento de grupos populacionais mais privilegiados, daí porque o tipo de serviços de saúde é outro dos fatores que também pode interferir na terminação da gravidez. Teoricamente, o esperado como término da gravidez é a contribuição para a sociedade de mais um elemento da espécie e o retorno da mulher às suas atividades

e não a perda pelo óbito, do binômio mãe e filho.

A morte, portanto, tem sido também abordada do ponto de vista de sua evitabilidade, no sentido de que, sendo proporcionadas ao homem melhores condições de vida, haverá aumento da esperança de vida e, no caso da gestação, maior equilíbrio sem agravos para a mãe e o filho. Esta última preocupação é vista na V Conferência Nacional de Saúde, onde emerge o conceito de assistência materno - infantil como sendo a assistência contínua e periódica da mulher durante o período de gravidez, parto e puerpério, com o diagnóstico e tratamento de intercorrências para dar ao conceito condições físicas, psíquicas e sociais para crescer e se desenvolver⁵⁵. Mas, apesar da prioridade para a maternidade e infância, a morbimortalidade entre nós ainda é alta, ainda que, a Constituição Brasileira assegure direitos especiais a estes grupos.

Este mesmo fenômeno, aliás, é observado em outros países, onde a redução dos índices de mortalidade por causas evitáveis, foi considerável nos últimos 30 anos, fato não verificado quanto aos óbitos de causa obstétrica.

Grandes diferenças na frequência da mortalidade materna (M.M.) podem ser observadas de um país a outro, conforme será adiante demonstrado, mesmo considerando a variabilidade sócio-econômica interna ou externa, as facilidades de atendimento médico, o estado de saúde da população, o sistema de obtenção e registro de dados, a quan-

tidade e qualidade dos profissionais que trabalham na área materno-infantil, a forma de Governo, o papel social atribuído à mulher e os conceitos de morte e vida. Entretanto, para se abordar a frequência da M.M. é fundamental, primeiramente, conceituá-la, pois a visão diversificada que se pode apreender no conceito de morte é perfeitamente aplicável à interpretação conceitual de M.M. e sua forma de apresentação para análise.

Com referência ao conceito, observam-se pontos de discordância, uma vez que alguns autores não incluem óbitos por aborto, outros consideram somente os óbitos por doenças do aparelho genital feminino e, ainda outros, estabelecem um período de tempo pós-parto em que ocorre o óbito para considerá-lo materno, a exemplo dos que delimitam ao período de puerpério, entendido este como o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré gravídicas, sem quantificação de dias e aqueles que o quantificam em 42 dias, ou como citado por GOLETERNEK³⁴ de que na Califórnia ele é de 90 dias, na Filadélfia 2 meses, na Carolina do Norte 6 meses e no Franklin County, Ohio, 12 meses.

Outro fator que influi consideravelmente na análise deste fenômeno vital é o da sua apresentação, que novamente tem divergências, não só numéricas mas também da referência a tomar. Numericamente, o fenômeno é expresso em relação por 100 por 1.000, 10.000 e 100.000 referindo-se a nascimentos vivos, nascimentos vivos e mor

tos, partos, habitantes, crianças menores de 1 ano .

Para melhor objetivação do que acima é relatado, transcreve-se a seguir, na íntegra, os conceitos de mortalidade materna referidos na literatura estudada.

Em Genebra, no ano de 1948, na 6^a. Revisão do Manual of International Statistical Classification of Diseases and Injuries and Causes of Death⁴⁵, a OMS estabelece que morte materna inclui a de uma mulher com um feto viável ou não que morra durante a gestação, parto e puerpério, de causas diretamente relacionadas com o estado grávido.

Esta conceituação tem variantes na sua forma de expressão e MUXI e colaboradores⁴⁸ mencionam a opinião de diversos autores e datas de emissão :

ROSENVASER (1964) - a morte de uma mulher no período grávido puerperal, desde o começo da gestação até o final do período puerperal .

EASTMAN (1966) - como o número de mortes maternas por 10.000 nascidos vivos e que se produz como consequência direta do processo de reprodução .

STALWORTHY (1966) - expressa o número de mortes por 1.000 nascidos (vivos e mortos). (Quando a cifra

é muito baixa se expressará em relação a 10.000 nascimentos). Salvo que se diga o contrário, a mortalidade materna inclui a morte por aborto e gestação ectópica .

HUTTER (1970) - todos aqueles casos de morte por doenças do aparelho genital feminino, que apareçam durante a gestação, parto e puerpério.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION - A.M.A . (1957), é a que se produz em qualquer mulher que esteja em estado grávido, ou que se produza dentro de 90 dias da terminação da gestação, independente do tempo de duração da mesma, de seu tempo de terminação, ou do método empregado para terminá-la.

Estes conceitos referidos por MUXI e colaboradores⁴⁸ não são únicos e isto se comprova com as demais citações, a exemplo de HARDY e colaboradores³⁶, que publicam a terminologia e classificação da Associação Médica Americana modificada por KLEIN, segundo a qual morte materna é a morte de uma mulher em qualquer época a partir da data da concepção até 90 dias após o término da gestação.

De maneira geral, os autores consultados, que utilizaram em seus estudos a conceituação da Associação Médica Americana, o fizeram sem modificações, entre os quais SCHAFFNER e colaboradores⁷⁰, MARMOL e colaboradores⁴⁶, KLEIN & KARTEN³⁹, KRUPP e colaboradores⁴⁰.

REEDER e colaboradores⁵⁸ registram que a mortalidade materna se refere às mortes que ocorrem como resultado direto da gestação; em outras palavras, as causas que resultam em morte materna se derivam de complicações de gestação, parto e puerpério.

Em seu Congresso Mundial realizado em setembro de 1967, na Austrália, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) aprovou os conceitos preconizados pelo Comitê Internacional de Mortalidade Materna que estabelece:

Morte materna - é a morte de uma mulher devida a qualquer causa durante a gravidez, parto ou puerpério, ou dentro dos 42 dias que seguem o final da gravidez, independente da duração e local da mesma. Identifica-se ainda, a classificação de mortes maternas em:

Morte Materna Obstétrica- é a da mulher cujo ôbito foi causado direta ou indiretamente pela gestação, parto ou puerpério.

Morte Materna Obstétrica Direta - é a devida a complicações obstétricas da gravidez, parto ou puerpério, por intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma série de eventos resultantes de qualquer um dos anteriores.

Morte Materna Obstétrica Indireta - é a resultante de uma doença pré-existente que se desenvolve ou se agrava durante a gravidez e não se deve a causas obstétricas diretas, porém que foi agravada pelos efeitos ginecológicos da gravidez.

Morte não Obstétrica - é a morte resultante de causas acidentais ou incidentais não relacionadas com a gravidez e seu manuseio.

Estas conceituações são adotadas pelos autores que seguem as recomendações da FIGO ou que tem Comitês de Investigação de Mortalidade Materna, e foram compiladas de REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷, ALVAREZ-BRAVO³ e TREJO RAMIREZ⁷⁶.

A OMS, na 9ª. Revisão do Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito⁴⁴, praticamente mostra uma aprovação dos conceitos da FIGO, pois os apresentados são equivalentes, com exceção da exclusão de morte materna não obstétrica. Portanto, segundo a OMS, morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. A mortalidade materna pode ser dividida em dois grupos :

(1) Mortes obstétricas diretas: aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devida a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas;

(2) Mortes obstétricas indiretas: aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolvem durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Os conceitos apresentados permitem verificar que, dependendo do conceito adotado, o fenômeno pode ser visualizado com maior ou menor abrangência caracterizada pela ocorrência que permite verificar como se comporta a M.M. em determinada população.

MUXI e colaboradores⁴⁸, apresentam uma visão histórica da frequência da M.M. em que no ano de 1664 no Hotel Dieu de Paris, alcançava 30,0% N.V.; em Londres, no período de 1660 e 1680, em torno de 44,2% N.V.; em 1900, na Inglaterra era de 4/1.000 N.V; nos Estados Unidos da América, em 1915, foram registrados 110/10.000 N.V. na raça negra e 60/10.000 N.V. entre os brancos. Na década de 40, referem os autores que a M.M. teve significativa redução em todo o mundo e citam, como exemplo, os Estados Unidos da América que apresentava na década anterior uma M.M. de 6,7/1.000 N.V. e, ao final da mesma, já se encontrava em 3,8/1.000 N.V. Relatam, ainda, que a frequência do fenômeno no Canadá em 1925 era de 64/10.000 N.V.;, passando a 50/10.000 N.V. e 10/10.000 N.V. nos anos de 1935 e 1950, respectivamente. Na República Democrática da Alemanha a mortalidade variou entre 20,57 a 9,81/10.000 N.V. no período de 1950 a 1960, enquanto na República Federal da Alemanha foi

de 18,2 a 9,74/10.000 NV. no período de 1952 a 1961. Regis
tram, também, a M.M. por 100.000 N.V. em 20 países, no perío-
do de 1957 a 1961, onde a Suécia apresentou 29,7 e o Japão
144,7, como nível mínimo e máximo observado e referiram, pa
ra estes mesmos países, 21,0 e 110,0 no ano de 1962 .

Segundo ALVAREZ-BRAVO e colaboradores⁴,
a M.M. em países como a Noruega, Inglaterra, Estados Unidos
da América e Suécia é de menos de 5 por 10.000 N.V., enquan-
to que na Índia é de 43, no Irã é de 87 e no México oscila
entre 15 a 20 por 10.000 N.V.

ALVAREZ-BRAVO³ relata que na Europa e
América do Norte é inferior a 8/10.000N.V. e em alguns paí-
ses da Ásia (Índia, Irã) e da África (Chad, Mauritânia, Re
pública da África Central) é muito elevada e no resto do
mundo intermediária, mas considerável.

COPPES & MESSER²² , em estudo de M.M.
nos Estados Unidos, área da Califórnia, relatam taxas de mor-
talidade por 100.000 N.V. variando de 275,2 no ano de 1940, a
15,8 para 1971.

OJO & SAVAGE⁵² , descrevem uma M.M. em
um Hospital Universitário de Ibadan-Nigéria de 8,2/1.000N.V. ,
no período de janeiro de 1962 a dezembro de 1971, enquanto
FIANU²⁹ , identificou para a Suécia, no período de 1955 a
1974, uma M.M. por 100.000 partos de 19,3 a 7,5 . O autor
chama atenção ao fato de que, nesse país no mesmo período ,

99,0% das mulheres deram à luz em hospital e que cerca de 94,0% dos óbitos estudados foram analisados com dados obtidos em necrópsia.

TREJO RAMIREZ⁷⁶, em investigação hospitalar realizada no México, descreve uma taxa de 50,91 a 18,68/10.000 N.V., no período de 1969 a 1973. Ainda sobre a realidade mexicana, o estudo equivalente de REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷ demonstra taxas de M.M. variando de 10,75 a 72,0/10.000 N.V.

Na América Latina, AGUERO e colaboradores⁷, encontraram numa maternidade venezuelana, no período de 1964 a 1972, uma variação de 14,3 a 8,3/10.000 N.V. e referem, comparativamente, 14,6 para o México no período de 1961 a 1971, em Lima 24,3 no período de 1955 a 1968 e 27,6 para Bogotá em 1964 a 1966; para Cali (Colômbia), PUFFER & GRIFFITH⁵⁶, identificaram 21,8, durante a Investigação Interamericana de Mortalidade.

ALVAREZ-BRAVO³ refere coeficiente de M.M. por 10.000 N.V. para a América Latina, no período de 1960 - 1961, onde o Paraguai apresenta 34,0, Argentina 29,4, Uruguai 13,0, Chile 32,4, Colômbia 23,5.

No Chile, RODRIGUEZ e colaboradores⁶⁶ descrevem a M.M. por 10.000 N.V. no período de 1960 a 1969, entre 29,90% a 18,15%. Para a mesma realidade, em estudo na Maternidade do Hospital Felix Bulnes, LIZANA e colaboradores⁴³ registram uma mortalidade de 8,60/10.000 partos, no período de agosto de 1961 a 31 de dezembro de 1969.

Contribuindo para a verificação da variabilidade da ocorrência de óbitos num mesmo país, registra-se os dados de SCHAFFNER e colaboradores ⁷⁰, que variam de 5,0/10.000 N.V. a 1,5 no Estado de Michigan no período de 1950 a 1971. Estes autores, citam o coeficiente de 56,9/10.000 NV. para Nova York no ano de 1932.

Para o Brasil, identificou-se na literatura estudos em que CIARI Jr. & ALMEIDA ¹⁷ mencionam coeficiente de M.M. por 1.000 N.V. variando de 0,73 a 1,69 no período de 1965 a 1970, no Estado de São Paulo; CARVALHEIRO ¹⁵ obteve, para Ribeirão Preto, no mesmo estado, 7,5/10.000 N. V. no período de 1970 a 1974.

Vale ainda considerar a afirmação de MONETTI & CARVALHO ⁴⁷, de que "no Brasil não se dispõe de Coeficiente de Mortalidade Materna referente às capitais brasileiras. Somente é possível apreciar a M.M. (por complicações da gravidez do parto e do estado puerperal), relacionando-a com o número de óbitos por 100.000 habitantes". Em contrapartida, estes mesmos autores publicam dados do IBGE, onde no ano de 1950, os níveis mais altos foram identificados em São Luiz e João Pessoa (9,9), Teresina (11,1) e o mais baixo em Florianópolis, com 0,9/1.000 N.V. Para 1960, Florianópolis manteve seu coeficiente e sua condição de menor nível, sendo que os mais altos (6,9) e (6,4) foram atribuídos a São Luiz e Goiânia. Nos anos de 1970 e 1971, os coeficientes foram apresentados por 1.000 menores de 1 ano e, ainda, Florianópolis manteve-se em condição "impar" de menor M.M., com 0,2, enquanto que Cuiabá, Maceió, e Teresina foram os de maior nível, com

2,6, 3,2 e 2,1, respectivamente.

Pelos dados apresentados pode-se perceber a evolução do fenômeno M.M., em termos de força com que incidiu em maior grau nos diversos núcleos humanos a apresentados. Existem, ainda, inúmeros estudos, que mostram esta força de ocorrência e que a relacionam com o rompimento das relações grupais e da estrutura social. Um dos estudos que pareceu de grande importância para aqui relatar é o de KARCHMER e colaboradores ³⁸, que afirmam que se as causas de morte são similares em torno do mundo, os condicionantes sócio-econômicos são diferentes no espaço e no tempo e que, num mesmo tempo cronológico, podem existir diferentes tempos sócio-culturais que correspondem a grupos humanos e existentes, que estruturam sua mortalidade em forma heterogênea e apresentam atitudes polifacéticas frente à morte. Um outro enfoque destes autores é que se apresenta insólito, é o fato de considerarem que 15 mortes para 10.000 mulheres grávidas não constituem um problema de saúde pública num país, sob o ponto de vista de magnitude do dano que ocasionam à estrutura populacional. Tampouco, economicamente, se lhes pode dar importância, se se considerar que somente 15% das mulheres em idade reprodutiva desempenham alguma atividade remunerada. Muitas das que morrem por complicações da gravidez, parto e puerpério, devem pertencer a grupos de atividades ligados com a agricultura e a serviços pessoais, dedicando-se a maior parte a atividades domésticas e sua morte ão afeta a economia do país.

Segundo ALVAREZ-BRAVO e colaboradores ⁴, a mortalidade materna (desvio de um estado fisiológico de duração sabida, que requer ser abandonado para que ocorra a morte, cujas complicações possíveis são conhecidas e previsíveis e que só é possível em um gênero de população bem definido e identificável) presta-se por si só, a servir como medida do nível de desenvolvimento de uma comunidade em aspectos científicos, culturais, sociais e econômicos.

Outro aspecto a considerar, com o mesmo sentido de interpretação, é o de BERRY ¹⁰, que refere a mortalidade materna, como um indicador do sucesso de programas de saúde materna, como um correlato dos estágios de transição de diferenciais de sexo na mortalidade. Registra ainda, este autor, que baixas taxas de mortalidade materna são característicos dos últimos estágios de transição demográfica.

Observa-se ainda na literatura, preocupação não só com a frequência mas também com a estrutura da M.M. que melhor ainda, pode caracterizar as condições sócio-econômicas da população e a qualidade da assistência que lhe é prestada. A consideração da estrutura também se apresenta bastante diversificada, muito provavelmente em decorrência do próprio conceito de M.M. . Assim é que MUXI e colaboradores ⁴⁸ apresentam uma compilação de autores bastante ampla que, pela riqueza de informações, é transcrita a baixo. Segundo estes autores, admitem-se três grupos de classificações de causas de mortalidade materna. Em 1964, ROSENVASER classifica da seguinte forma:

1º Grupo - causas diretas ou determinantes e causas indiretas ou predisponentes ;

2º Grupo - causas evitáveis e causas inevitáveis ;

3º Grupo - causas obstétricas e não obstétricas .

CAUSAS OBSTÉTRICAS

TAYLOR (1968) apresenta os seguintes grandes grupos mais importantes de M.M. nos Estados Unidos (1961) ;

1. Infecção - perfaz 25% das mortes maternas durante a gestação, 10,5% no parto e puerpério e 14,5% em aborto séptico .

2. Hemorragia - totaliza 22,5% das mortes maternas durante a gestação, 17,0% no parto e puerpério, 5,5% em aborto

3. Toxemia - 18,0% das M.M.

4. Anestesia - 8,0% das M.M.

5. Gestação ectópica - 5,5% das M.M.

6. Cardiopatias - 4,0% das M.M.

HUTTER (1967) descreve os três grandes grupos de causa obstétrica de M.M. na Alemanha :

1. A mortalidade por hemorragia tem melhorado nos últimos 10 anos, porém ainda alcança 35% dos casos e é evitável em 90 a 94 dos mesmos;

2. A mortalidade por infecção alcança a 25% e é evitável em 82,3% ;

3. A mortalidade por anestesia tem aumentado 10 vezes mais nos últimos tempos e alcança 16% de todos os casos de M.M.

STALWORTHY (1966) apresenta um trabalho de Acheson e colaboradores (1964) em que as quatro grandes causas de M.M., obtidas na pesquisa destes autores na Inglaterra, foram a toxemia, he morragia, aborto e embolia pulmonar.

Segundo ALLEMANG (1963), a baixa incidência de mortes por hemorragia, na Inglaterra, é decorrente dos autores ingleses sõ incluírem como tais, as produzidas por placenta prêvia, descolamento prematuro de placenta e por hemorragia pós parto.

MERGER, na França (1964), apresenta seis grandes grupos de causas, que se classificam como segue:

1. Síndromes vâsculo-renais (eclâmpsia e apoplexias útero placentárias) em 23,0% das M.M.
2. Hemorragia em 17,0% (placenta prêvia, he morragia na dequitação e ruptura do útero) ;
3. Trombose, 10,0% das M.M. ;
4. Infecções, 9,0% das M.M. ;
5. Choque, 8,0% e destes, 2/3 decorrentes de ce sáreas;
6. Anestesia, 6,0% das M.M.

RUPPERSBERG (1965), utilizando a classificação internacional empregada pelo Departamento de Saúde dos E.E.U.U. refere cinco grandes grupos de causas diretamente obstétricas :

1. Sepsis ;
2. Toxemia ;
3. Hemorragia ;
4. Gestação ectópica ;
5. Abortos.

EASTMAN (1966) apresenta observação feita nos E.E.U.U., onde as hemorragias foram responsáveis por 33,4% dos casos , infecção 28,3% (21,3% por aborto e 7% de outras causas), toxemias 16,3% e, por outras causas, 22,0% dos óbitos maternos.

HARRIS & DALZIAL (1963) agrupam as causas diretas de M.M. ocorridas em Ontário -Canadá, em 1925 e 1961 e para cada causa apresentam os percentuais relativos a estas datas : hemorragia 25,0% e 31,0% ; toxemia 21,0 e 8,0%, sepsis 27,0 e 1,0% aborto 12,0 e 20,0% outras causas 15,0 e 40,0% .

Segundo a OHIO STATE MEDICAL ASSOCIATION - O.S.M.A. (1967), o conjunto de hemorragia, infecção e toxemia fez um percentual de 57,5% das mortes maternas. A hemorragia causou 26,9% dos casos de M.M., onde a rotura uterina foi que mais contribuiu para este percentual. A toxemia contribuiu com 11,0% dos casos.

CHOJECTA (1968), analisando a mortalidade materna na Polônia desde 1964 a 1966, identificou que a hemorragia foi a causa mais importante, contribuindo com 35,0% dos casos, a infecção com 24,0% e a toxemia com 15,0% de todos os casos .

AGUERO e colaboradores (1966) registram que 66,8% da M.M. global é decorrente da somatória dos casos de hemorragia,

infecção e toxemia, em estudo realizado na Venezuela .

CAUSAS NÃO OBSTÉTRICAS

Estas causas tem sido classificadas por HUTTER (1967) como mortes consecutivas a presença de doenças coincidentes , porém agravadas pela gestação. Entre elas figuram as cardiopatias , com uma incidência de 8/100.000 N.V., pneumopatias com 5/100.000 N.V., as doenças vasculares com 3/100.000 N.V. e outras, que perfazem cerca de 20,0 a 30,0% de todas as mortes maternas na Alemanha .

Nos trabalhos de EASTMAN (1966) e TAYLOR (... 1966), todas essas causas não obstétricas são englobadas na denominação de outras causas ou causas diversas de mortalidade materna . Segundo o último autor, as cardiopatias influíram em 4,0% dos casos, as anestésias em 8%, hemorragia cerebral, câncer e os acidentes, em conjunto com causas não obstétricas, influíram em 29,0% dos casos de M.M.

Na França, MERGER (1964) encontra 27,0% dos casos, cuja morte foi decorrente a doenças coincidentes e que se repartem como segue: cardiopatias 10,0%, afecções cirúrgicas 6,0%, câncer 4,0% e outras causas, entre elas diabetes e a tuberculose e que influíram em 76,0% dos casos.

Afirmam STALWORTHY & BOURNE (1966) que é muito difícil poder assegurar quando uma morte materna é consequente a causas obstétricas ou quando se trata de uma morte associada, por exemplo, uma cardiopata que morra durante uma cesárea. Estes autores definem a

morte associada como a devida a doenças, violências ou acidentes que produzem a morte de uma gestante, porém que não foram consecutivas à gestação, parto e puerpério.

CAUSAS INDIRETAS OU PREDISPONENTES

Este tipo de causas quase sempre se deriva do nível sócio-econômico dos pacientes. Entre as causas mais importantes destacam-se: ambiente familiar que produz conflitos econômicos; falta de trabalho; malária ou ancilostomose; hipoalimentação; ilegitimidade que ocasiona, com frequência, abortos criminosos; ausência ou de ficiência dos cuidados ou higiene da gravidez; o ambiente onde se assiste o parto, pessoal que assiste o parto.

Existem também, segundo ROSENVASER (1964), causas predisponentes, puramente obstétricas, entre as quais incluem-se :

1. Gestação:

a) primiparidade, pelo maior prolongamento do parto e maior número de intervenções que proporciona e que predispõe à hemorragia e infecções;

b) multiparidade, sobretudo a grande multipara, pois apresenta, com certa frequência, doenças coincidentes (hipertensão, nefropatia, diabetes, etc) e pela existência frequente de atonias uterinas, que predispõe à hemorragias e à prática de intervenções obstétricas ;

c) idade avançada, que vai unida a transtornos como miomas e afecções cardiorespiratórias ;

d) gigantismo fetal, que produz um evidente perigo de rotura de útero ;

e) infecções prē-existentes ;

f) além das causas anteriores, EASTMAN cita a cor, a raça, a qualidade dos cuidados médicos (a igual qualidade não existe diferença social), diferenças sociais, fatores econômicos, alimentação. Para este último autor, a M.M. aumenta com a idade e paridade, fatores estes que seguem sempre associados.

2. Parto :

a) apresentação de ombro, nãdegas e face ;

b) estreitamento pēlvico, pela desproporção cefalopēlvica, intervenções que exige e suas consequências ;

c) rotura prematura ou precoce das membranas, que leva em geral à maior frequência de infecções .

3. Dequitação :

Somente a retenção da placenta, que obriga a uma extração manual com o conseguinte perigo anestésico e de infecção, seria um fator predisponente .

4. Puerpērio.

a) não seguir as técnicas de mobilização e levantamento precoce que, fazem a profilaxia das trombozes;

b) esquecer o tratamento oportuno de possíveis complicações anêmicas;

c) não administrar uma terapêutica preventiva, nos casos necessários.

CAUSAS EVITÁVEIS

STALWORTHY & BOURNE (1966) definem o fator evitável como a existência de uma divergência entre a melhor prática clínica corrente e o que se antepõe ou se tem praticado antes de uma morte materna, porém que não é necessariamente responsável pela mesma. Agrupam os fatores evitáveis em quatro grupos: atitude negativa da paciente, a existência de inadequados cuidados obstétricos pré-natais, confusão de responsabilidade e inadequados cuidados intra e pós-parto .

Segundo RUPPERSBERG os fatores evitáveis são projetados em três grupos: existência de falha ou negligência da paciente, especialmente por aborto criminoso ; falha ou negligência por parte do pessoal médico assistente (o residente, o interno, a parteira ou qualquer pessoa) que, de algum modo, tenha atendido a paciente direta ou indiretamente; existência de falhas nas instalações físicas ou no equipamento hospitalar.

HUTTER (1967) so considera fatores evitáveis os incluídos nas duas categorias que se seguem: casos evitáveis por erros médicos, sobretudo os de diagnóstico tardio, os diagnósticos equivocados, os de tratamento tardio e os de tratamento incorreto; os casos evitáveis por erros da própria mulher, como procurar tardiamente o médico ou a prática do aborto criminoso ⁴⁸ .

TREJO RAMIREZ ⁷⁶ e AGUERO e colaboradores ⁷ chamam atenção para o baixo nível cultural e paupérrimo nível sócio-econômico da clientela sem proteção da Medicina Institucional, que podem determinar a estrutura da M.M.. Coloca-se assim a responsabilidade do Estado como fator de evitabilidade da M.M.

COPPES & MESSER ²² abordam outro aspecto de fator social de evitabilidade da M.M. quando referem que após a legalização do aborto terapêutico, os óbitos por aborto diminuíram e que ocorreram outras mudanças que auxiliaram na marcante redução do coeficiente de mortalidade materna. Consideram ainda que, dentre os fatores que determinam a estrutura de causas, está a assistência e que se a comunidade é o sustentador da assistência, ela deve estar atenta às falhas no fornecimento de serviços médicos para todos os grupos de pacientes, inclusive a formação do recurso humano que a assiste. A prevenção do óbito materno permanece como uma das principais metas dos que atuam direta ou indiretamente na área da saúde pública e da obstetrícia. Esta prevenção ou evitabilidade tem sido bastante discutida, em especial como uma forma de contribuir para uma redução das taxas gerais de mortalidade e sua distribuição por grupos de causas. Os fatores de evitabilidade tem sido apresentados com uma ampla abrangência onde, não são os fatores médicos biológicos tem merecido atenção, mas também os relativos às condições sócio-econômicas e políticas e à prática assistencial de saúde, segundo REBOLLEDO e colaboradores ⁵⁷, ALVAREZ-BRAVO ³, HARDY e colaboradores ³⁶,

AGUERO e colaboradores ⁷, REEDER e colaboradores ⁵⁸, CIARI Jr & ALMEIDA ¹⁷, KRUPP e colaboradores ⁴⁰, KLEIN & KARTEN ³⁹, OJO & SAVAGE ⁵².

SCHAFFNER e colaboradores ⁷⁰ expõem que o Comitê de Mortalidade Materna de Michigan concluiu que uma percentagem sempre crescente de óbitos maternos, naquele Estado, poderia ter sido prevenida. É esperado que este e futuros estudos se somem para a designação de medidas que farão do nascimento de um bebê, a renovação da vida, menos perigoso para a mãe. Isto deve figurar como uma das mais nobres metas da medicina e da sociedade. As decisões deste Comitê em relação à prevenção dos óbitos estudados foram necessariamente subjetivas, pois, várias mudanças gerais ocorreram na sociedade durante o período de estudo e em parte mudaram a ocorrência e distribuição do evento em pauta, a exemplo de melhoria de estradas, com a qual se pode contar para a transferência de pacientes em busca de condições obstétricas mais qualificadas.

ROLF ⁶⁷, em estudo realizado na Califórnia, no período de agosto de 1957 a dezembro de 1966, identificou que 22,0% dos óbitos revisados foram considerados inevitáveis. Os evitáveis alcançaram um percentual de 70,0%. Destes, 46,0% foram atribuídos a erros no julgamento profissional e 16,0% à assistência pré-natal inadequada, por culpa própria da paciente. Saliencia este autor que nos Estados Unidos nenhum outro óbito, que não seja o homicídio, é mais profundamente estudado do que o óbito de uma mulher grávida.

Considera ainda que a redução da mortalidade observada se deve, não apenas à melhoria da assistência obstétrica, mas também aos avanços da medicina, nutrição e saúde pública em geral. Contudo, até que hajam futuras melhorias em tais problemas ambientais e sociais, como moradia pobre, desnutrição, gravidez não planejada e assistência médica total inadequada, haverá mais óbitos maternos evitáveis do que os da Suécia ou Estado de Nova Inglaterra .

Como possibilidade de prevenção do óbito, o conhecimento e a definição dos fatores intervenientes são necessários , até mesmo para projeção da conduta assistencial. Dos óbitos obstétricos diretos e indiretos registrados por KLEIN & KARTEN ³⁹, 24,7% foram considerados como evitáveis por responsabilidade médica, estando relacionados à habilidade de diagnóstico, julgamento e administração do paciente pelo clínico. Revelam estes autores que tem havido um aumento nos óbitos devidos a responsabilidade do paciente, a exemplo da falta de procura de cuidados médicos, falta de cuidados pré-natais especiais e o não seguimento de conselho dos clínicos . Posteriormente, citam que a pobreza, com todas as suas complicações, contribui desproporcionalmente para a taxa de mortalidade elevada e que o declínio do óbito materno tem sido significativamente maior entre os grupos com salários mais altos do que entre as classes mais pobres. Enfatizam ainda, que tal situação é que gera a não procura de assistência ou que condiciona serem mais tardias as admissões em hospitais. Afirmam que um decréscimo substancial no coeficiente de mortalidade materna

não pode tornar-se uma realidade, a menos que uma séria con
sideração seja dada a esse problema sócio-econômico e cultu-
ral. Isto requer medidas multidisciplinares envolvendo edu-
cação pública, iniciando na escola básica e continuando em
todos os anos escolares em níveis crescentes de compreensão,
tão bem como educação comunitária... . Dentre as inúmeras
considerações apresentadas por estes autores, o que chama a
atenção é o detalhamento da análise dos casos observados , a
exemplo do que enfocam acerca de óbitos por rotura uterina que ,
com muito poucas exceções, são responsabilidade do médico .
Isto requer participação para sondar princípios obstétricos,
assim como pronto diagnóstico e tratamento definitivo imedia-
to.

A revisão de estudos sobre mortalidade ma-
terna foi realizada, não como simples exercício metodológico,
mas como um exercício de educação que buscava explicações pa-
ra questionamentos advindos do campo da prática. Assim é que,
partindo de estudos teóricos e da inexistência de pesquisas
empíricas sobre o assunto em Florianópolis, decidiu-se efetu-
ar estudo retrospectivo, de caráter exploratório, no qual pro-
curou-se conhecer a estrutura da mortalidade materna no perío-
do de 1975 a 1979, utilizando-se de levantamento de dados de
prontuários hospitalares. Para tanto, foram elaborados os ca-
pítulos relativos aos objetivos e à metodologia, partindo-se
do pressuposto de que os dados oficiais não refletem a reali-
dade, considerando todos os fatores intrínsecos no teor das
citações bibliográficas apresentadas.

2. OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Conhecer a estrutura da mortalidade materna hospitalar em Florianópolis, SC, no período de 1975 a 1979.

2.2 - Objetivos Específicos

- Determinar o coeficiente de mortalidade materna hospitalar em Florianópolis, SC no período de 1975 a 1979.
- Verificar a distribuição dos óbitos maternos hospitalares segundo o tipo, grupos de causas e causas básicas, no período de 1975 a 1979.
- Verificar a distribuição dos óbitos maternos hospitalares segundo as variáveis idade, paridade, tipo de parto e

local de residência, no período de 1975 a 1979.

- Determinar os coeficientes de mortalidade materna hospitalar segundo idade, paridade, tipo de parto e local de residência, nos anos de 1978 a 1979.
- Verificar a ocorrência de perda de casos de óbito materno hospitalar por preenchimento inadequado de atestados de óbito.

3.1 - PROCESSO DE SELEÇÃO DO INSTRUMENTAL METODOLÓGICO ADOTADO NO ESTUDO.

No estudo proposto, decidiu-se trabalhar com dados de nascimentos e óbitos ocorridos nas duas Maternidades existentes em Florianópolis e em funcionamento durante o período estabelecido para a coleta de dados janeiro a dezembro de 1980. Inicialmente, testaram-se metodologias que seriam utilizadas para obtenção de dados, a exemplo de estudos realizados, com entrevista com médicos e familiares de pacientes e estudos retrospectivos, utilizando dados existentes e registrados em Cartórios e/ou Secretaria da Saúde.

3. MATERIAL E MÉTODO

Procederem-se a quantificação e localização dos Cartórios do Município de Florianópolis verificando-se a existência de 12 (doze), dos quais 4 (quatro) destinavam-se ao registro de nascimentos e óbitos ocorridos no Distrito Sede da Capital e 8 (oito) nos distritos do interior da ilha. Procurando-se obter informações de óbitos de mulheres em idade fértil e de nascimentos, selecionaram-se aleatoriamente Cartórios localizados em Florianópolis, Ingleses, Rationes e Ribeirão da Ilha. Com relação aos nascimentos, os dados foram considerados inconsistentes porque, no período de 1975 a 1979, foram registradas pessoas cuja idade variava entre menores de 1 até 30 anos, além de inexistirem informações sobre a situação materna (idade, paridade e se o parto era domiciliar ou hospitalar). Para os dados relativos a óbito, este tipo de metodologia também se tornou inviável pois os registros não relacionavam dados com gestação, parto e puerpério. Além disso, o fato verificado no Cartório de Ingleses de que cerca de 60,0% de óbitos lá registrados não tinham diagnóstico da causa de morte, pois ocorreram sem assistência médica, exemplifica a situação encontrada.

Nas entrevistas realizadas com médicos, fatos novos foram acrescentados. As pacientes, cuja condição econômica não permitia a contratação de Médico Particular, eram atendidas, em geral, por Médicos Plantonistas do INAMPS e /ou Médicos Residentes. Sendo assim, o médico que assinava o atestado de óbito, quando este ocorria, nem sempre era o mesmo que acompanhava a evolução da paciente.

Por isso, ter-se-ia que entrevistar, para um só caso, mais de dois médicos, havendo o risco de não concluir o diagnóstico . Também, pesquisas desse tipo ainda são de difícil execução, na realidade florianopolitana. Portanto, esse tipo de estudo deveria ser complementado pela história familiar, que pudesse ser obtida por entrevista, abrangendo os antecedentes obstétricos, conduta anterior a internação hospitalar caso houvesse e a interpretação sócio-econômico-biológica do óbito materno. Para a localização da família seria necessário trabalhar com dados de Cartórios e/ou Hospitais e Secretaria de Saúde, pois o atestado de óbito e/ou prontuário médico trariam o endereço da paciente . O registro incompleto do endereço, bem como posteriores mudanças dos familiares, determinaram a exclusão desse tipo de metodologia.

Diante desses fatos decidiu-se adotar, de acordo com a natureza dos dados, metodologia equivalente a usada por CACERES ¹², CIARI Jr & ALMEIDA ¹⁷, COTTI ²⁵, EV-RARD & GOLD ²⁷, LIZANA e colaboradores ⁴³, TREJO RAMIREZ ⁷⁶, SANTO ⁶⁹, e OJO & SAVAGE ⁵², explicitada em seus trabalhos específicos.

A partir de informações existentes e registradas em Hospitais e Secretaria de Saúde, realizou-se estudo exploratório retrospectivo, compreendendo o período de 1º de janeiro de 1975 a 31 de dezembro de 1979. Foram determinados alguns procedimentos básicos que antecederam a fase de coleta de dados e que se constituíram em teste de viabili

dade da metodologia adotada.

Procederam-se entrevistas com os Diretores Administrativos e Clínicos das duas Maternidades, ocasião em que se apresentou o anteprojeto do trabalho. Obtiveram-se informações de que nem todas as pacientes faleciam nas maternidades, pois aquelas cujos casos requeriam tratamento intensivo eram transferidas para os Hospitais Gerais. Este fato motivou mudança na proposta inicial, pois as informações deveriam ser coletadas também nesses Hospitais. Em função disso, seriam trabalhadas as informações de óbitos maternos e nascimentos nas Maternidades e óbitos de mulheres de 13 a 50 anos, nos Hospitais Gerais. Tomada essa decisão, fazia-se necessário visitar os Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de cada Instituição. Porém, novamente, foi o anteprojeto alterado, pois, numa das Maternidades, na época destinada a coleta de dados, só estariam disponíveis os prontuários referentes aos anos de 1978 a 1979, pois o Setor se encontrava em fase de organização.

3.2. VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O ESTUDO

Idade Materna: representada pelo total de anos vividos pela mulher, do nascimento até a ocorrência do óbito. Para o agrupamento desta variável adotou-se a classificação de BERRY¹⁰, alterando para 40 a 50 anos o último grupo etário, por ele considerado, trabalhando-se assim, com os seguintes grupos, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a

34, 35 a 39 e 40 a 50 anos.

Tipo de parto: considerou-se, para o presente trabalho, as conceituações de REZENDE ⁶¹, tendo como expectativa parto normal, fórcepe, cesárea e vácuo extrator.

Paridade: representa o número de partos que precedem o atual. Classificou-se, conforme o fazem LIZANA e colaboradores ⁴³, em :primípara 0; multípara 1 a 4 ; grande multípara 5 e mais partos.

Local de residência: expressa o lugar referido como o de moradia permanente. Classificou-se em dois grupos, para maior facilidade operacional, Capital e outras localidades (incluindo outros municípios Catarinenses e outros Estados).

Tipo de morte

Morte materna: é a morte de uma mulher , devida a qualquer causa durante a gestação ou dentro de 42 dias após o término da gestação, independente da duração e local da mesma. Morte Materna Obstétrica Direta é a resultante de complicações obstétricas no estado grávido puerperal (gestação, parto e puerpério), por intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma série de eventos resultantes de qualquer dos anteriores . Morte Materna Obstétrica Indireta é a resultante de uma doença pré-existente que se desenvolve ou se agrava durante a gravidez e não se deve a causa obstétrica direta mas que foi agravada pelos efeitos ginecológicos da gravidez. Morte Materna não Obstétrica é a

decorrente de causa acidental ou incidental não relacionada com a gravidez e seu manuseio. Incluem-se aí como o próprio conceito indica, a causa não relacionada. Estes conceitos foram estabelecidos pela FIGO e referidos por ALVAREZ-BRAVO³.

Morte Materna não classificada: entende-se como aquela que ocorreu em uma mulher no estado grávido-puerperal, mas que pelas condições assistenciais ou pelo modo como o óbito ocorreu não foi possível definir sua causa.

Causa de Morte: adotou-se como causa básica de morte a definição aprovada pela Conferência Internacional da Revisão da Classificação, realizada em 1948 para tratar da 6ª. Revisão do Manual of International Statistical Classification of Diseases and Injuries and Causes of Death⁴⁵, que a expressa como: (a) doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou : (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal⁴⁵.

3.3. COLETA DE DADOS

3.3.1. Nascidos vivos

Procedeu-se o levantamento de dados dos nascidos vivos, cujos prontuários se encontravam no SAME, arquivados com os prontuários maternos, correspondentes ao

período de 1º de janeiro de 1975 a 31 de dezembro de 1979, para uma Maternidade e para a outra de 1º de janeiro de 1978 a 31 de dezembro de 1979. Coletaram-se informações de variáveis previamente selecionadas em Ficha Modelo (anexo nº 1). Outras variáveis da gestação, realização de pré-natal durante a gestação, escolaridade materna, renda familiar e número de consultas médicas durante a gestação foram abandonadas em função das características de registro no prontuário médico.

3.3.2. Mortes Maternas

3.3.2.1. Nos Hospitais Gerais

Para localização de todos os prontuários de pacientes do sexo feminino de 13 a 50 anos que morreram no período de estudo, utilizaram-se o livro de óbitos e o fichário.

Localizados os prontuários, foram coletados os dados existentes e registrados em Ficha Modelo (anexo nº 2). Durante a coleta de dados, procuravam-se os óbitos relacionados à gestação, parto e puerpério, transferidos das Maternidades ou admitidos diretamente nos Hospitais. Nos casos de transferência os dados passavam a representar a história complementar e, quando da admissão direta no Hospital, as informações coletadas.

3.3.2.2. Nas Maternidades

No livro de registro de óbitos identificavam-se o número de registro, nome da paciente e data do

ôbito. Posteriormente localizavam-se todos os prontuários existentes no SAME, dos quais transcreviam-se todas as informações disponíveis para uma folha de observações (anexo nº 2). Quando o prontuário apresentava registro de transferência, houvesse ou não menção de ôbito, procurava-se a Instituição para a qual tivesse sido encaminhada a paciente. Identificada a Instituição, procedia-se da mesma forma já citada para a localização do prontuário em Hospital e coletavam-se os dados da história complementar.

3.3.2.3. Na Secretaria de Saúde

No Setor de Informática identificaram-se os ôbitos de mulheres de 13 a 50 anos ocorridos em Hospital e/ou Maternidade de Florianópolis, independente de haver menção de causa de ôbito materno e extraia-se cópia xerox das declarações de ôbito dos casos selecionados. Para a localização das declarações de ôbito utilizou-se o auxílio da computação eletrônica para os anos de 1976 a 1978 e, para 1975 e 1979, efetuou-se o levantamento por processo manual.

3.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerou-se como população de estudo o total de mulheres internadas que faleceram no período de gestação, parto e puerpério nas Maternidades ou nos Hospitais Gerais, nos anos de 1975 a 1979. Assumiu-se desta for

ma, que a população é composta de pacientes que tiveram a cessão à assistência hospitalar antes de falecer em um total de 44 casos de M.M., para o período considerado. Os nascimentos vivos ocorridos nas duas Maternidades no período considerado constituíram a população secundária, perfazendo um total de 43.380 N.V. . Aplicou-se o conceito da OMS, de que nascido vivo " é o produto que, após expulso ou extraído do organismo materno, independente do tempo de gestação, respira ou mostra algum sinal de vida (batimentos cardíacos, pulsação dos vasos umbilicais ou movimento voluntário), tenha ou não sido seccionado o cordão ou desprendida a placenta". REZENDE & NAHOUM ⁶² .

3.5. QUANTIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

3.5.1. Dados de morte materna

Extraídas as cópias das declarações de ôbito e efetuado todo o levantamento de dados nas Maternidades e Hospitais Gerais, realizou-se a comparação entre estes dados para verificar se as informações de ôbitos hospitalares eram coincidentes com os da Secretaria de Saúde. Em caso de falta de histórico hospitalar ou atestado de ôbito, retornava-se à Secretaria de Saúde e/ou Hospitais para completar o histórico e/ou localizar o atestado de ôbito. Procedida a coleta de dados, o atestado de ôbito era feito no Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. O novo atestado de ôbito, preenchido e classificado com o aval de médicos especialistas em codificação de causas de ôbitos e de um obstetra , era recodificado com

base na 9^a. Revisão de Classificação Estatística Internacional de Doenças ⁴⁴. Em caso do histórico não ser suficiente para refazer o atestado de óbito, aceitava-se o especificado no atestado original como causa básica. Refeitos os a testados de óbitos, os mesmos eram também classificados se gundo o tipo de morte materna anteriormente especificado nas variáveis selecionadas para o estudo.

3.5.2. Dados dos nascidos vivos

Os prontuários eram identificados nos li vros de registros e com ficha localizadora no próprio arqui vo. Para a Maternidade que contava com informações disponí veis nos cinco anos, foram encontrados 20.470 prontuários . Na outra Maternidade foram encontrados 10.159 prontuários de nascidos vivos, correspondentes aos anos de 1978 e 1979 e obtidas informações no SAME de que nasceram vivas 12.751 crianças, no período compreendido entre 1975 a 1977, totalizando 22.910 crianças. O total de nascidos vivos, cujos prontuários foram examinados pelo autor, foram classifica dos manualmente segundo a Instituição, ano a ano e por va riáveis selecionadas para estudo, numa tabela mestra, pre viamente projetada (anexo nº 3).

3.6. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos por meio de apuração manual serão apresentados em tabelas e quadros, com frequênça

cia absoluta e relativa e coeficientes de mortalidade materna. Entendendo-se como coeficiente de mortalidade , o número de mortes por causas maternas que ocorreram em determinada área e ano por 10.000 N.V. na mesma área e ano .

Nos anos de 1975 a 1979, nas maternidades do Município de Florianópolis, nasceram vivas 43.380 crianças. No mesmo período ocorreram 44 óbitos maternos, dos quais 18 (40,9%) foram em Hospitais Gerais. Destes, 61,1% foram de pacientes transferidas das maternidades da Capital e 27,8 % de hospitais do interior do Estado. Verificou-se, também , que 18,2% dos atestados correspondentes aos 44 óbitos não foram preenchidos de maneira a identificá-los como óbito materno.

Como se pode observar, um número elevado de óbitos maternos (18) ocorreu em Hospitais Gerais, 88,9% dos quais referem-se a pacientes transferidas, quer de maternida

des da Capital, quer de Hospitais do interior do Estado . Isto pode ser explicado pelo fato das maternidades da Capital e Hospitais do interior não contarem, na maioria das vezes, com recursos para atender casos mais complexos.

O preenchimento inadequado do atestado proporcionou um "sub registro" de 18,2%, o que parece muito elevado. Assim, quando se trabalha apenas com os atestados de óbito, corre-se o risco de perder os casos em que os médicos não mencionam a condição materna ou, ao preenchê-los, não referem qualquer dado que esclareça se a mulher estava grávida no momento do óbito ou se este ocorreu num período de 42 dias após o término da gravidez. O "sub registro" foi corrigido ao adotar-se, como fonte primária, os dados do prontuário hospitalar.

TABELA 1 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA (POR 10.000 N.V.)
FLORIANÓPOLIS, S.C. - 1975 a 1979 . OBITUÁRIO HOSPITALAR.

ANO	COEFICIENTE
1975	8,87
1976	7,41
1977	12,34
1978	7,86
1979	13,58
Coeficiente médio no período	10,14

Na tabela 1 apresenta-se o Coeficiente de Mortalidade Materna (C.M.M.) no período de 1975 a 1979, onde o menor valor é de 7,41 em 1976 e o maior de 13,58/10.000N.V. em 1979. Pode ser observado que o valor máximo, no ano de 1979, ultrapassou a média do período que foi de 10,14/10.000 N.V. e que se apresentou cerca de 70,0% mais elevado que o valor do ano anterior. Os valores, além de elevados, não tem uma variação uniforme de crescimento ou redução não se podendo, portanto, afirmar que a M.M. está sendo controlada ou não.

A comparação dos resultados demonstra que o coeficiente de óbitos verificados nessa pesquisa são mais elevados que a maioria dos estudos efetuados nos EE.UU.apresentados no Quadro 1, exceção feita a WARD & MARTINS⁸¹. Os resultados expressos na tabela 1, também se apresentam mais altos do que a maioria dos observados por TAYLOR e HUTTER, referidos por MUXI e colaboradores⁴⁸ e citados nos quadros 2 e 3. É interessante observar que TAYLOR, no período de 1957 a 1961, menciona dados da Finlândia, Irlanda, Luxemburgo, República Federal da Alemanha e Japão, cujos níveis de M.M. são equivalentes ao da presente pesquisa, o que em termos de Saúde Materna, situa os resultados obtidos com um retardo de quase 20 anos em relação àqueles países. Pelos dados de HUTTER, a Austria, Alemanha e Japão apresentam níveis equivalentes aos da tabela 1, entretanto, referem-se aos anos de 1961 a 1962. Nos informe de FIGO citados por MUXI e colaboradores⁴⁸ no ano de 1961, Itália e Portugal apresentam uma M.M. equivalente ao apontado na tabela 1. A maioria dos países apresentados nos quadros

2,3,4 tem M.M. inferior à do presente estudo, mesmo considerando que os dados se referem ao período de 1957 a 1962 e que não incluem a América Latina.

No quadro 1, os dados de autores da América Latina mostram que os resultados se equivalem, sendo a grande maioria referente aos anos 70. Destes, a menor M. M. é apresentada por CICIVIZZO e colaboradores¹⁹, com 5,6 e PASOLD⁵³, com 5,4/10.000 N.V. Atente-se ao fato deste último referir, para Santa Catarina, uma M.M. de 5,4/10.000 N. V. em 1975, quando neste mesmo ano, só em Florianópolis e com casuística hospitalar, obteve-se valores de 8,87/10.000 N.V. Os achados também são divergentes da citação de MONETTI & CARVALHO⁴⁷, onde a M.M. em Florianópolis no ano de 1970, era de 0,2/1.000 menores de 1 ano. Constata-se assim, na prática, as afirmações de LAURENTI & MELLO JORGE⁴¹, a respeito da fidedignidade de dados. Diversas considerações podem daí advir. Entretanto, como se verificou, a fidedignidade está comprometida, em especial dos dados de óbitos que envolvem complexas razões sociais, como é o caso do aborto, ou ainda perda por preenchimento inadequado dos atestados de óbitos, erros de diagnóstico e deficiências gerais no sistema de registro.

É interessante acrescentar que se evidencia, pelos dados da tabela 1, um aumento do C.M.M. de 53,1% de 1975 a 1979, o que, teoricamente, não deveria ser esperado, a não ser em situações especiais que interferissem na população como um todo e, em consequência, também na gestan

te. Este aumento contradiz o que relatam CICIVIZZO e colaboradores¹⁹, quando afirmam que "com os progressos assistenciais desenvolvidos ultimamente no Brasil, a incidência da mortalidade materna evidentemente tende a diminuir, dependendo, em grande parte não só dos serviços assistenciais hospitalares como também do preparo das equipes de médicos que atendem às parturientes" .

VIGGIANO e colaboradores⁸⁰ afirmam que "o estudo periódico da mortalidade materna em uma maternidade é de vital importância para avaliar as condições sócio-econômico-culturais da população assistida, bem como a eficácia da assistência pré-natal, natal e pós natal oferecidas ..." .

Estas considerações são equivalentes às de KLEIN & KARTEN³⁹, quando dizem que a disponibilidade de cuidados médicos não é o único fator contribuinte para o bem estar do paciente. Status sócio-econômico parece ser uma força mais potente, afetando tanto o intento da paciente como seu resultado.

As considerações até aqui apresentadas poderiam refletir a realidade na qual o estudo foi realizado. As maternidades de Florianópolis são sedes polarizadoras de recursos humanos e científicos, para onde afluí população de maior risco e/ou complicações decorrentes da assistência recebida no interior. Estes fatores podem explicar

os elevados coeficientes identificados, mas por sua vez geram questionamentos acerca da qualidade assistencial pois, se por um lado ocorrem pacientes com complicações e de maior risco, em contrapartida existem mais recursos, o que diminui a probabilidade de morte.

QUADRO 1 - Coeficiente de Mortalidade Materna por 10.000 N.V.
segundo autores, local e ano de referência.

A U T O R	L O C A L	COEFICIENTE 10.000 N.V.	A N O
WARD & MARTINS ⁸¹	Los Angeles EEUU	17,8	1945 - 1950
SCHAFFNER e col ⁷⁰	Michigan EE UU	1,5	1950 - 1971
COPPES & MESSER ²²	Wisconsin EE UU	1,58	1974
KLEIN & KARTEN ³⁹	New York EE UU	2,5	1958 - 1964
MARMOL e col ⁴⁶	Estados Unidos	3,3	1962 - 1971
ABEL e col ¹	Chicago EE UU	5,19	1966 - 1967
HARDY e col ³⁶	Atlanta Geórgia EEUU	10,8	1962 - 1971
ALVAREZ-BRAVO ³	Durango - México	7,57	1940 - 1967
RODRIGUEZ e col ⁶⁵	Chile	18,15	1969
AGUERO e col ⁶⁵	Maternidade Concepcion Palacio - Venezuela	12,5	1964 - 1972
TISNE e col ⁷⁵	Salvador - Chile	15,9 a 10,5	1954 - 1974
REZENDE & NAHOUM ⁶²	Rio Janeiro-Brasil	16,5	1967
	São Paulo - Brasil	7,8	1971
	Recife - Brasil	20,0	1970
	B.Horizonte-Brasil	11,0	1970
CIARI Jr. & ALMEIDA ¹⁷	Osasco - São Paulo	16,9 a	1967 - 1970
		12,0	
CICIVIZZO e col ¹⁹	S.Paulo-Brasil (numa Maternidade)	5,6	1960 - 1970
CARVALHEIRO ¹⁵	R.Preto-São Paulo	7,5	1970 - 1974
VIGGIANO & CASTRO ⁷⁹	Maternidade Escola em Goiania - Brasil	27,5	1970 - 1972
VIGGIANO e col ⁸⁰	Maternidade Escola em Goiania - Brasil "	17,01	1970 - 1978
GULIN e col ³⁵	Maternidade Escola em Curitiba - Brasil	25,6	1972
PASOLD ⁵³	Sta.Catarina - Brasil	5,4	1975

QUADRO 2 - MORTALIDADE MATERNA (POR 10.000 N.V) EM VÁRIOS
PAÍSES SEGUNDO TAYLOR, NO PERÍODO DE 1957 A
1961.

P A Í A	C O E F I C I E N T E
Suécia	2,97
Dinamarca	3,61
EE. UU.	3,80
Reino Unido	4,05
Noruega	4,27
Holanda	4,57
Austrália	5,10
Nova Zelândia	5,14
Canadá	5,16
Suiça	6,46
Finlândia	7,65
Irlanda	8,06
Luxemburgo	8,37
República Federal da Alemanha	11,07
Japão	14,47

FONTE: MUXI e colaboradores⁴⁸.

QUADRO 3 - MORTALIDADE MATERNA (POR 10.000 NV) EM VÁRIOS
PAÍSES, SEGUNDO HUTTER, 1961 A 1962.

P A Í S	C O E F I C I E N T E
Alemanha	8,7 (1962)
Japão	11,0 (1962)
Finlândia	5,90 (1962)
Suiça	5,80 (1962)
Austria	7,00 (1962)
França	6,10 (1962)
Holanda	3,80 (1962)
Inglaterra	3,90 (1962)
Dinamarca	2,10 (1961)
EE. UU.	3,80 (1962)
Suécia	2,10 (1961)

FONTE: MUXI e colaboradores⁴⁸.

QUADRO 4 - MORTALIDADE MATERNA (POR 10.000 N.V) EM VÁ-
RIOS PAÍSES, SEGUNDO INFORME DA FIGO 1961.

P A Í S	C O E F I C I E N T E
Espanha	7,3
Itália	10,6
Portugal	11,9
Polônia	3,8
Bélgica	3,5

FONTE: MUXI e colaboradores⁴⁸.

TABELA 2 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA (POR 10.000 N.V) SEGUNDO O TIPO DE ÓBITO, FLORIANÓPOLIS, SC 1975 a 1979, OBITUÁRIO HOSPITALAR.

ANO \ TIPO DE ÓBITO	OBSTÉTRICO DIRETO	OBSTÉTRICO INDIRETO	NÃO RELACIONADO	NÃO CLASSIFICADO	TOTAL
1975	8,87	-	-	-	8,87
1976	7,41	-	-	-	7,41
1977	7,86	2,24	-	2,24	12,34
1978	6,74	1,12	-	-	7,86
1979	7,31	4,18	2,09	-	13,58
COEFICIENTE MÉDIO NO PERÍODO	7,61	1,61	0,46	0,46	10,14

Na tabela 2 mostra-se o C. M. M. segundo o tipo de ôbito. Os ôbitos obstétricos diretos variaram de 8,87 em 1975 a 6,74/10.000 N.V. em 1978, sendo a média para o período de 7,61. Os ôbitos obstétricos indiretos somente foram identificados a partir do ano de 1977, tendo este coeficiente variado de 1,12 em 1978 a 4,18/10.000 N.V. em 1979. O C.M.M. por causas não relacionadas sô foi identificado em 1979, quando atingiu um nível de 2,09/10.000 N.V. Os ôbitos por causas não classificadas sô ocorreram no ano de 1977 com um coeficiente de 2,24/10.000 N.V.

O C.M.M., quando elaborado segundo o tipo de ôbito, favorece a identificação da M.M. segundo o conceito da FIGO. Desta forma se pode verificar, na tabela 2, que a M.M. por ôbitos obstétricos diretos apresenta tendência de uniformidade, o que não ocorre com os outros tipos de ôbitos, em especial os obstétricos indiretos. Pelo que se pode verificar na literatura estudada, os ôbitos obstétricos diretos são mais estudados criticamente do que os de outro tipo.

PHILLIPS e colaboradores⁵⁴ citam 12,0 para os ôbitos obstétricos diretos e 3,2/10.000 N.V. para os ôbitos obstétricos indiretos e não relacionados, enquanto HARDY e colaboradores³⁶ descrevem 5,56 para os ôbitos obstétricos diretos, 2,22 para os ôbitos obstétricos indiretos, 2,70 para os ôbitos de causas não relacionadas e 0,32/10.000 N.V. para causas indeterminadas.

Comparando os valores obtidos neste trabalho, os dados diferem daqueles dos autores citados, em especial do segundo sendo o C.M.M. por óbitos obstétricos diretos mais elevado, o mesmo não acontecendo, todavia com os óbitos de causas não relacionadas.

Alguns autores apresentados, entretanto, não calcularam os coeficientes específicos, mas apontaram os dados necessários para seu cálculo, os quais foram efetuados e resultaram no quadro nº 5 .

QUADRO 5 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA (POR 10.000 N.V.) SEGUNDO O TIPO DE ÓBITO, POR AUTORES COMPIRADOS, EM VÁRIOS PAÍSES E ANOS.

Tipos de óbi- tos Autôres	obstétrico direto	obstétrico indireto	não relacio nado	não classi ficado
AGUERO e col.(1964 - 1972) ⁷	9,30	0,91	2,13	-
CICIVIZZO e col(1969- 1970) ¹⁹	4,54	0,45	0,15	0,45
VIGGIANO e col (1970 1978) ⁸⁰	12,0	4,0	1,0	-
TREJO RAMIREZ(1974) ⁷⁶	16,19	2,49	-	-
VIGGIANO & CASTRO (1970-1972) ⁷⁹	20,7	6,9	-	-

No quadro 5 observa-se que somente um autor apresentou M.M. por óbito não classificado e que é equiva-

lente a média expressa na tabela 2. O C.M.M. por ôbitos obstétricos diretos obtidos foi menor que dos autores a cima citados, exceto o de CICIVIZZO e colaboradores ¹⁹. Quanto ao C.M.M. por ôbitos obstétricos indiretos, na distribuição dos anos de 1977 a 1979 apresentados na tabela 2, os valores se equivalem ao dos autores do quadro 5, exceto os de VIGGIANO & CASTRO ⁷⁹ cujo coeficiente foi mais elevado.

Não se identificou um padrão de referência para distribuição dos coeficientes específicos. Verificou-se (tabela 2) o aparecimento de ôbitos por outras causas que não as obstétricas diretas, a partir de 1977. Questiona-se : será que houve maior facilidade diagnôstica ou o fato está relacionado a outros fatores que fogem ao alcance dos objetivos deste trabalho ?

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DAS MORTES MATERNAS, SEGUNDO TIPO DE ÔBITO, FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Tipo de <u>ô</u> bito	Número	%
Obstétrico direto	33	75,0
Obstétrico indireto	7	16,0
Não relacionado	2	4,5
Não classificado	2	4,5
TOTAL	44	100,0

Na tabela 3 demonstra-se que, do total de 44 óbitos maternos estudados, 75,0% foram devidos a causas obstétricas diretas, 16,0% a causas obstétricas indiretas, 4,5% de causas não relacionadas e 4,5% (2 casos) cuja causa não se pode classificar. A não classificação dos dois casos decorre de que o primeiro óbito ocorreu no trajeto da Maternidade, quando a mulher procedia do interior da ilha, cerca de 30 Km do centro de Florianópolis. O médico constatou o óbito na Maternidade, atestando causa desconhecida. O outro foi identificado como de causa materna mal definida, sendo os dados da história clínica conflitantes e insuficientes.

A distribuição das M.M. apresentada na tabela 3 é de grande importância na medida em que favorece a interrelação com as condições sócio-econômicas da população, assim como com a assistência a ela prestada. Exemplo típico é o óbito que não foi classificado por ter ocorrido no trajeto da Maternidade, mesmo sabendo-se da distância em quilômetros do local de residência da gestante. Mas, o que realmente teria determinado esta ocorrência? O meio de transporte? A assistência prestada por "curiosa" que só recorreu à Maternidade quando houve agravamento do quadro? Por que as informações sobre este caso não foram tomadas para esclarecimento na Maternidade?

Os dados da tabela 3 são divergentes dos resultados compilados e apresentados no quadro 6. A divergência ocorreu tanto na distribuição percentual para

os tipos de ôbito quanto nos valores obtidos. A maioria dos autores apresentam a mesma distribuição encontrada na presente pesquisa, em que a maior proporção é de ôbitos obstétricos diretos, seguida dos obstétricos indiretos e não relacionados e somente um autor cita ôbitos não classificados.

Dos autores mencionados, FIANU²⁹, PHILIPS e colaboradores⁵⁴, OJO & SAVAGE⁵², REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷, VIGGIANO & CASTRO⁷⁹ e GULIN³⁵ não a apresentam percentual de casos não relacionados e quase to dos os autores não referem ôbitos do tipo não classificado. Entretanto, os dados identificados na literatura que mais divergem dos achados deste estudo são os de REZENDE e colaboradores⁶³, com 35,1% de ôbitos obstétricos diretos, 38,0% de ôbitos obstétricos indiretos e 26,9% de não obstétricos.

Pelo que se pode verificar na literatura estudada, quanto mais elevado for o percentual de ôbitos obstétricos diretos mais atenção deve ser dada na observação das condições de assistência pré-natal, natal e pós natal. Pela tabela 3 verifica-se que 75,0% dos ôbitos são obstétricos diretos, ou seja, estão relacionados à assistência prestada à paciente.

QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO DA M.M. POR TIPO DE ÓBITO, SE-
GUNDO AUTORES COMPLLADOS, EM DIFERENTES PAÍ-
SES E ANOS

AUTOR	OBSTÉTRICO . . . % . . .		NÃO . . . %	
	DIRETO	INDIRETO	RELACIO- NADO	CLASSI- FICADO
SCHAFFNER e col (1950-1971) ⁷⁰	61,0	24,0	12,0	3,0
AGUERO e col (1964-1972) ⁷	74,2	7,3	18,5	-
ROLF (1965-1967) ⁶⁷	48,2	25,4	26,4	-
FIANU (1955-1974) ²⁹	74,0	26,0	-	-
PHILLIPS e col (1936-1958) ⁵⁴	78,7	21,3*	-	-
KRUPP e col (1945-1965) ⁴⁰	61,0	21,9	17,1	-
KLEIN & KARTEN (1958-1967) ³⁹	70,2	18,1	11,7	-
HARDY e col (1962-1971) ³⁶	53,0	21,2	25,8	-
OJO & SAVAGE (1962-1971) ⁵²	82,5	17,5	-	-
TREJO RAMIREZ (1969-1973) ⁷⁶	78,6	7,1	14,3	-
REBOLLEDO e col(1964-1968) ⁵⁷	81,0	19,0	-	-
COTTI (1974-1978) ²⁵	61,1	22,2	16,7	-
VIGGIANO e col (1970-1978) ⁸⁰	70,58	23,52	5,88	-
VIGGIANO & CASTRO (1970-1972) ⁷⁹	75,0	25,0	-	-
GULIN e col (1972) ³⁵	66,0	34,0	-	-
REZENDE e col (1972) ⁶³	35,1	38,0	26,9	-

* este autor inclui neste percentual os óbitos não rela-
cionados.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS ÔBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS. FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979 . OBITUÁRIO HOSPITALAR.

GRUPO DE CAUSAS	Número	%
Infecção	18	54,5
Hemorragia	10	30,3
Toxemia	5	15,2
TOTAL	33	100,0

Os dados da tabela 4 mostram a distribuição dos óbitos obstétricos diretos por grupos de causas. O grupo de maior percentual, com 54,5%, é o de infecção . Segue-se o de hemorragia, com 30,3% e , por último, a toxemia com 15,2% . Esta distribuição evidencia a estrutura da M.M. por óbitos obstétricos diretos, permitindo avaliar indiretamente a assistência prestada à mulher no ciclo grávido-puerperal, assim como a condição sócio-econômica da mesma.

Comparando os dados obtidos pela pesquisa com os dos autores consultados e que estão relacionados no Quadro 6, verifica-se a não existência de resultados equivalentes. Entretanto, PHILLIPS e colaboradores⁵⁴, KLEIN & KARTEN³⁹, AGUERO e colaboradores⁷, REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷, REZENDE e colaboradores⁶³ e GULIN e

colaboradores³⁵ mostraram a mesma tendência dos dados da tabela 4, em que a infecção é a primeira causa de óbito obstétrico direto, seguida de hemorragia e de toxemia.

REZENDE & NAHOUM⁶² citam que "as infecções, as hemorragias e as toxemias gravídicas são tradicionalmente os grandes fatores de letalidade materna de tal modo importantes que representavam, não há grandes anos, a quase totalidade do obituário". Referem ainda que o decréscimo destas causas, "subordinam-se principalmente, à generalização das medidas de assepsia e de antissepsia, ao surgimento das sulfas e antibióticos, à multiplicação das hemotransfusões, à vulgarização da assistência pré-natal e seu aperfeiçoamento, à adoção de modernas normas de conduta de parto".

Os dados da tabela 4 demonstram que as considerações de REZENDE & NAHOUM⁶², tidas como fatos passados, são a realidade presente em hospitais de Florianópolis. COSLOVSKY e colaboradores²³ citam, como tendências mundiais da M.M., as toxemias em 2º lugar, as hemorragias em 3º e as infecções em 4º, o que discorda dos resultados apresentados na tabela 4.

Observa-se no quadro 7 que SNAEDAL⁷¹, se refere em 1º lugar à infecção, seguindo-se a toxemia e não a hemorragia, como nos resultados desta pesquisa.

Este quadro apresenta, ainda, outra distribuição diferente dos dados da tabela 4, como a de TREJO RAMIREZ ⁷⁶ e de CIARI Jr & ALMEIDA ¹⁷, nas quais o maior percentual é para toxemias, seguindo-se infecção e hemorragia, enquanto que nas demais citações a maior proporção foi para hemorragia.

Na presente pesquisa, os óbitos obstétricos diretos apresentam infecção como primeira causa, seguida de hemorragia e toxemia. Isto pode ser verificado também, associando-se os dados das tabelas 4 e 5, pois as mesmas se complementam. Tanto que, com os dados da tabela 5 é confirmada esta tendência da distri-buição por grupos de causas. No período estudado, a infecção atingiu o maior percentual em todos os anos, enquanto que a hemorragia foi observada com frequência irregular. A toxemia tem percentuais equivalentes, exceto no ano de 1975, quando não foram diagnosticados casos neste grupo e no ano de 1978, que alcançou cerca do dobro do valor percentual que vinha sendo observado nos anos anteriores.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS ÓBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979 . OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Ano Grupo de causas	1975		1976		1977		1978		1979		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infecção	4	57,1	4	66,6	3	42,9	3	50,0	4	57,1	18	54,5
Hemorragia	3	43,2	1	16,7	3	42,9	1	16,7	2	28,6	10	30,3
Toxemia	-	-	1	16,7	1	14,2	2	33,3	1	14,3	5	15,2
TOTAL	7	100,0	6	100,0	7	100,0	6	100,0	7	100,0	33	100,0

QUADRO 7 - ÓBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGUNDO OS AUTORES COMPILADOS, EM VÁRIOS PAÍSES E VÁRIOS ANOS.

AUTOR	GRUPO DE CAUSAS		
	INFECÇÃO %	HEMORRAGIA %	TOXEMIA %
KRUPP e col (1945-1965) ⁴⁰	28,6	28,6	7,1
PHILLIPS e col (1936-1958) ⁵⁴	34,2	29,7	16,3
SNAEDAL (1911-1975) ⁷¹	34,6	21,8	24,9
HARDY e col (1962-1971) ³⁶	24,2	34,9	24,2
WARD & MARTINS (1966-1967) ⁸¹	20,5	35,5	20,5
SCHAFFNER e col (1950-1971) ⁷⁰	23,5	33,3	13,9
KLEIN & KARTEN (1958-1967) ³⁹	31,2	18,1	4,7
ALVAREZ-BRAVO e col (1972) ⁴	19,6	42,8	17,78
LIZANA e col (1961-1969) ⁴³	26,8	36,6	12,9
AGUERO e col (1964-1972) ⁷	54,3	20,1	18,1
TREJO RAMIREZ (1969-1973) ⁷⁶	31,0	20,9	44,5
FIANU (1955-1974) ²⁹	11,0	37,9	29,2
REBOLLEDO e col (1964-1968) ⁵⁷	37,0	32,1	30,9
ARKADER (1969) ⁵	14,2	41,8	16,7
CIARI Jr. & ALMEIDA (1967-1970) ¹⁷	12,5	37,5	50,0
COTTI (1974-1978) ²⁵	18,2	36,4	27,3
REZENDE e col (1972) ⁶³	53,8	38,5	7,6
CICIVIZZO e col (1960-1970) ¹⁹	10,8	21,6	27,6
VIGGIANO e col (1970-1978) ⁸⁰	16,66	54,17	29,17
GULIN e col (1972) ³⁵	50,0	25,0	11,0

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS ÓBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E GRUPO ETÁRIO, FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979 OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Grupo de causas Grupo Etário	Infecção		Hemorragia		Toxemia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 → 19	-	-	1	10,0	1	20,0	2	6,1
20 → 24	4	22,2	2	20,0	1	20,0	7	21,2
25 → 29	8	44,4	2	20,0	-	-	10	30,3
30 → 34	3	16,7	-	-	-	-	3	9,1
35 → 39	1	5,6	2	20,0	1	20,0	4	12,1
40 → 50	2	11,1	3	30,0	2	40,0	7	21,2
TOTAL	18	100,0	10	100,0	5	100,0	33	100,0

Na tabela 6 são apresentados os grupos de causa dos óbitos obstétricos diretos por grupos etários. Os percentuais mais elevados no grupo são para mulheres de 20 a 29 anos, que perfazem 66,6% de todos os casos deste grupo. Na hemorragia, o maior percentual obtido foi no grupo etário de 40 a 50 anos, assim como também no grupo de toxemia. No total destes óbitos obstétricos a idade média obtida foi de 31 anos.

HUTTER, citado por MUXI e colaboradores⁴⁸, e REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷ dizem que a idade é um dos fatores importantes nos óbitos obstétricos diretos. Este último cita que, quanto mais elevada for a idade maior risco de hemorragia, o que se verifica na tabela 6. A maior frequência de hemorragia em mulheres com idade mais elevada pode ser explicada pela maior probabilidade que tem essas mulheres de apresentarem complicações hemorrágicas do último trimestre da gestação, parto e puerpério.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS ÓBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E PARIDADE, FLORIANÓPOLIS-SC, 1975 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Grupo de Causas Paridade	Infecção		Hemorragia		Toxemia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	2	28,6	2	28,6	3	42,8	7	100,0
Multípara	12	70,6	4	23,5	1	5,9	17	100,0
Grande Multípara	4	44,4	4	44,4	1	11,2	9	100,0
TOTAL	18	54,5	10	30,3	5	15,2	33	100,0

A tabela 7 mostra a proporção do grupo de causas de óbitos obstétricos diretos por paridade.

Nas primíparas, o maior percentual foi o do grupo de toxemia com 42,8% seguido dos grupos de infecção e hemorragia, ambos com 28,6% . Nas multíparas, a maior parte dos ôbitos foi associado à infecção (70,6%), seguindo-se hemorragia (23,5%) e toxemia (5,9%), enquanto que nas grande multíparas as maiores percentagens foram observadas em infecção e hemorragia (44,4%), seguidas de toxemia (11,2%) .

Do total dos ôbitos obstétricos diretos, 51,5% ocorreram em multíparas, 27,2% em grande multíparas e 21,2% em primíparas.

A infecção apresenta maiores percentagens para multíparas e grande multíparas, a hemorragia em grande multíparas e primíparas e toxemia em primíparas e grande multíparas.

As multíparas, nesta pesquisa, têm o risco de morrer associado, principalmente, à infecção e as grandes multíparas à infecção e hemorragia. Tal fato poderia ter relação com a afirmativa de CIARI Jr & SIQUEIRA ¹⁸, de que a gestação é um processo e não um evento que acaba em si mesmo, e, vai ao encontro do que referem LIZANA e colaboradores ⁴³, quando dizem que há maior proporção de ôbitos por hemorragia e infecção em multíparas e grande multíparas.

As multíparas e grande multíparas têm maior susceptibilidade à infecção, pela diminuição de reg

sistência, possivelmente em decorrência de gestações sucessivas com curto intervalo intergestacional e, também, porque em geral a grande paridade se observa em mulheres de baixa condição econômica, o que leva à maior debilidade orgânica e maior deficiência nutricional. Como se isto não bastasse, o maior número de filhos é considerado como uma das causas determinantes da prática do aborto e, também, de maior probabilidade de síndromes hemorrágicas.

A toxemia gravídica, teoricamente, é de maior ocorrência em primíparas, o que pode ser observado na tabela 7 . Apesar dos autores estudados apresentarem a toxemia associada à primiparidade, não concluem acerca dos determinantes desta associação, a exemplo de NEME⁵⁰, que explica a etiopatogenia da toxemia por diversas teorias (aumento da pressão abdominal; isquemia renal ; hormonal; isquemia placentária), mas não justifica, com nenhuma delas, a razão da sua maior ocorrência em primíparas.

A maior proporção dos óbitos obstétricos diretos em multíparas e grande multíparas observada poderia ser atribuída ao fato de ocorrer maior número de partos nestes dois grupos. No entanto, como este estudo abrange um período de 5 anos, estas frequências podem ser consideradas como uma tendência da M.M. . Tanto é assim que a distribuição observada se assemelha aos resultados de LIZANA e colaboradores⁴³, em que eles apontam maior risco para multíparas em primeiro lu

gar, seguindo-se grande múltíparas e primíparas. No entanto, isto pode ser melhor compreendido ao relacionar-se estes dados e comentários, aos da tabela 13.

A paridade tem sido apresentada como uma variável de bastante peso na defesa do planejamento familiar. Assim, LESER⁴² diz que "o risco para a gestante é ligeiramente menor na primeira gestação do que na segunda ou terceira; a partir daí eleva-se a cada gravidez subsequente, aumentando sensivelmente, depois da quinta gestação a incidência da mortalidade materna", embora SOUZA e colaboradores⁷⁴ critiquem o fato de se atribuir a paridade de 5 ou mais filhos em risco estatístico, a exemplo do que faz o autor anteriormente citado.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS ÔBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E PARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979 . OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Grupo Etário \ Paridade	Primípara		Multípara		Grande Multípara		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 — 19	2	28,6	-	-	-	-	2	6,1
20 — 24	4	57,1	3	17,6	-	-	7	21,2
25 — 29	-	-	9	52,9	1	11,1	10	30,3
30 — 34	-	-	2	11,8	1	11,1	3	9,1
35 — 39	-	-	2	11,8	2	22,2	4	12,1
40 — 50	1	14,3	1	5,9	5	55,6	7	21,2
TOTAL	7	100,0	17	100,0	9	100,0	33	100,0

Na distribuição dos ôbitos obstétricos diretos segundo grupo etário e paridade, expressos na tabela 8, há maior percentual de ôbitos em primíparas no grupo de 20 a 24 anos, em multíparas no grupo de 25 a 29 anos e em grandes multíparas no grupo de 40 a 50 anos. Estes resultados referendam a expectativa teórica de que quanto mais elevada for a idade maior a probabilidade de ter mais filhos. Chama a atenção o fato de 70,5% das multíparas pertencerem ao grupo etário de 20 a 29 anos, o que poderia ser decorrente do espaçamento intergestacional pequeno e/ou de gravidez

em idade inferior aos 20 anos.

A média de idade para o grupo de primíparas foi de 24 anos, de multíparas 29 anos e grandes multíparas 40 anos. Estes resultados se equivalem aos de AGUERO e colaboradores ⁷, que apontam médias de 22 a nos para primíparas e 29 anos para multíparas e aos de LIZANA e colaboradores ⁴³, que encontraram 23 anos para primíparas, 30 anos para multíparas e 37 anos para grande multíparas.

As variáveis idade e paridade são mencionadas por HUTTER, referido por MUXI e colaboradores ⁴⁸, e por REBOLLEDO e colaboradores ⁵⁷ como de grande importância nas causas de ôbitos obstétricos diretos. Pelos resultados obtidos na presente pesquisa, isto pode também ser evidenciado se relacionadas as tabelas 6,7 e 8 .

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DE ÓBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E TIPO DE PARTO. FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Grupo de Causas Tipo de parto	Infecção		Hemorragia		Toxemia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	2	22,2	7	77,8	-	-	9	100,0
Cesárea	3	42,9	1	14,2	3	42,9	7	100,0
Vácuo extrator	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100,0
TOTAL	5	26,3	10	52,6	4	21,1	19	100,0

Na tabela 9 aparecem os 19 óbitos obstétricos diretos cujo término da gravidez foi em parto, o que corresponde a 57,6% do total estudado, pois, os restantes (14 óbitos) 42,4% estão relacionados com aborto. No grupo de parto normal, 7 (77,8%) óbitos foram associados com hemorragia; no de cesárea, 3 (42,9%) com infecção e, com igual percentual, à toxemia; no grupo de vácuo extrator, 2 (66,7%) dos óbitos foram associados à hemorragia.

Estes dados sugerem maior risco de morte por hemorragia nas mulheres que tiveram parto nor

mal ou à vácuo extração, ao passo que a cesárea apresenta maior probabilidade de morte associada à infecção e toxemia.

A ocorrência de óbitos associados à vácuo extração está muito relacionado às condições técnicas da intervenção. Embora sejam apenas 3 casos, representam 15,8% destes óbitos, percentagem que é expressiva. Acerca deste tipo de parto, REZENDE⁶¹ refere contra indicações, riscos e seqüelas materno-fetais que o levam a repudiar o vácuo extrator.

A tabela 9 também sugere associar os dados nela apresentados com as considerações de REZENDE⁶¹ a seguir, que afirma ter a cirurgia obstétrica peculiaridades próprias e que, por via de regra, são operações urgentes, enfatizando, todavia, que "a urgência não exime o tocólogo de planejar o ato cirúrgico e realizá-lo com o maior rigor técnico, cercando-se de todos os meios de segurança e de proteção. Entre eles e em primeiro lugar, a obediência estrita aos postulados de assepsia e de antisepsia consagrados pela experiência e modernizados constantemente pelas aquisições da Medicina. A geração atual de cirurgiões e de parteiros, cuja formação se deu fruindo os benefícios propiciados pelos antibióticos, começa a descuidar princípios básicos de assepsia e de antisepsia".

Dentre os autores consultados e que reafirmam as considerações ora apresentadas, COSTA²⁴ re

fere que "tem-se observado o aumento do índice de cesárea e, por outro lado, aumento da incidência de infecções, por vezes graves, pondo em perigo a vida da mãe... " .

A infecção associada a cesárea tem inúmeras circunstâncias que a envolvem e que poderiam ser explicadas, segundo DARZÉ ²⁶, pelos seguintes fatores : "idade, estado sócio-econômico, raça, paridade, urgência da operação, número de exames efetuados antes da cirurgia, ausência de assistência pré-natal, trabalho de parto, rotura das membranas, obesidade, cesárea prévia, monitorização interna, doença metabólica associada, anestesia, tipo de cesárea, hematócrito e contagem global de leucócitos". Pelas citações de MUXI e colaboradores ⁴⁸ poder-se-ia explícitar o obituário de cesárea por infecção, pelas condições próprias da mulher, pelo risco próprio da cesárea e, em especial, pelas condições técnicas e ambientais em que ela é realizada.

Parece, assim, que a infecção que determina óbitos em mulheres cesareadas é um indicador valioso para a avaliação da assistência prestada.

A associação dos óbitos relativos à cesárea com toxemia, que per fez 3 casos (42,9%) confirma a expectativa teórica pois, dependendo das condições em que se encontre a paciente com toxemia, passa a cesárea a representar um recurso terapêutico. Soma-se assim, o ris

co próprio da cesárea às condições da paciente o que, na maioria das vezes, já determinaria o óbito.

Pode-se referendar estas considerações na citação de RUDGE e colaboradores ⁶⁸, quando afirmam que "a cesárea é executada ao mínimo sinal de sofrimento fetal e, mesmo em sua ausência, quando pela repetição das crises convulsivas a vitalidade fetal é posta em risco" . NEME & MATHIAS ⁵¹ mencionam a cesárea como um recurso com vantagens terapêuticas no esvaziamento uterino precoce, importante na redução do obituário perinatal mas, por sua vez, não afirmam que a cesárea atenua o risco materno. Admitem que o esvaziamento rápido do útero, pela via abdominal, não agravou o obituário por eles estudado.

RUDGE e colaboradores ⁶⁸ acrescentam que "a toxemia gravídica permanece como um verdadeiro desafio à argúcia científica do parteiro" . Este enfoque reforça o posicionamento de que a toxemia deve ser prevenida a nível de pré-natal, uma vez que instalado seu quadro ele apresenta sérias conseqüências na morbimortalidade de materno-fetal.

Na tabela 9 observa-se, ainda, que o percentual de hemorragia é muito elevado como causa de óbito em parto normal, pois se espera que isto não ocorra.

Parece muito elevada ainda a percentagem de ôbitos em parto normal associados a infecção (22,2%), que representariam cerca de 11,0% do total de ôbitos apresentados nesta tabela .

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DE ÔBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS E LOCAL DE RESIDÊNCIA, FLORIANÓPOLIS, SC , 1975 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Grupo de Local Causas de residência	infecção		Hemorragia		Toxemia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capital	5	55,6	3	33,3	1	11,1	9	100,0
Outras localidades	13	54,2	7	29,2	4	16,6	24	100,0
TOTAL	18	54,5	10	30,3	5	15,2	33	100,0

Dos dados da tabela 10 permitem verificar que 27,3% dos ôbitos obstétricos diretos foram de mulheres residentes na Capital e 72,7% de mulheres residentes em outras localidades. Os ôbitos de mulheres residentes na Capital, 55,6% foram devido à infecção, 33,3% à hemorragia e 11,1% à toxemia . Dos residentes em outras localidades, 54,2% tiveram ôbito associado à infecção, 29,2%

ã hemorragia e 16,6% ã toxemia. Estes dados já demons -
tram uma diferenciação entre os tipos de ôbitos de mulhe
res residentes na Capital e as de outras localidades .
As não residentes em Florianópolis apresentaram maior
percentagem de ôbitos por toxemia em relação às aqui re
sidentes.

Estes dados vão ao encontro do comen -
tário que se fez da tabela 1, de que os recursos assis -
tenciais de Florianópolis são polos de atração da clien -
tela interiorana. Poder-se-ia, também, relacionar estes
dados aos que apresentam OJO & SAVAGE ⁵², quando dizem
que muitas mulheres com complicações, tais como hemorragia
a ante parto e pós parto, eclâmpsia e trabalho de parto
obstruído, viajam longas distâncias apenas para morrer
no hospital. Para AGUERO e colaboradores ⁷, os transla -
dos são aceitáveis e lógicos, mas os hospitais ou servi -
ços de maternidade deveriam ter todos os recursos neces -
sários para atender integralmente um caso obstétrico com
plicado.

A estrutura por grupo de causas prati -
camente apresenta percentuais equivalentes, a exceção
da toxemia, em que houve menor número de ôbitos por esta
causa em mulheres residentes na Capital. Isto porque os
serviços médicos-assistenciais localizam-se, predomina -
mente, nos centros urbanos, em decorrência da própria
estrutura dos serviços de saúde. É o que caracteriza ,
como demonstram COELHO ²⁰ e SOUZA ⁷³, a distorção estru -

tural, funcional e política da cobertura médico-assistencial prestada pelo setor saúde.

Embora se possa constatar na citação de PASOLD ⁵³, que "em 25 de agosto de 1935 é promulgada a Constituição do Estado de Santa Catarina, a qual responde aos ditames da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, e nela é delimitado compromisso do Estado e dos Municípios com a proteção da Maternidade e Infância", e se saiba que a prioridade ao grupo materno-infantil também é parte constitutiva da Declaração Universal dos Direitos do Homem, artigo XXV § 2º : " a Maternidade e Infância tem direito a cuidados e a assistência especiais..." (TRÜGER⁷⁷), bem como a mesma preocupação é observada na V Conferência Nacional de Saúde, onde emerge o conceito de assistência materno-infantil, como sendo assistência contínua e periódica da mulher durante o período de gravidez, parto e puerpério, com o diagnóstico e tratamento de intercorrências ... ⁵⁵, o presente estudo mostra que na realidade estes propósitos não estão sendo observados.

A necessidade da correção destas distorções é reforçada por VIGGIANO e colaboradores ⁸⁰, que identificaram menor número de óbitos por toxemia entre as mulheres que receberam assistência durante a gestação, inclusive afirmam que "a população deve ser estimulada a procurar assistência pré-natal, fator que, com certeza, diminuirá o índice de mortalidade materna atual" . NEME

& MATHIAS ⁵¹ conferem também grande importância à assistência pré-natal na profilaxia da eclâmpsia e citam que "apenas 5,4% das pacientes atendidas com crise convulsiva estavam matriculadas em nosso serviço pré-natal" .

CICIVIZZO e colaboradores ¹⁹ e CIARI Jr & ALMEIDA ¹⁷ também referem a importância do pré-natal na profilaxia e controle da toxemia.

Os achados não são diferentes desses acima referidos, pois se forem verificados por grupo de causa, os óbitos por infecção incidiram em 27,8% nas mulheres residentes na Capital e 72,2% nas residentes em outras localidades. No grupo de hemorragia, 30,0% ocorreram em mulheres residentes na Capital e 70,0% em residentes em outras localidades. A maior diferenciação, porém, ocorre no grupo de toxemia, em que 20,0% aconteceram em mulheres residentes na Capital e 80,0% em residentes em outras localidades.

Os dados acima mencionados mostram a grande relevância que a variável local de residência adquire, em especial por demonstrar um claro comprometimento da assistência, determinando a gravidade dos casos que ocorrem aos recursos da Capital. Esta última linha de raciocínio vai ao encontro do que referem CIARI Jr & ALMEIDA ¹⁷, VIGGIANO & CASTRO ⁷⁹, RUDGE e colaboradores ⁶⁸, CICIVIZZO e colaboradores ¹⁹ e ARKADER ⁵, de que a frequência de M.M. e suas causas refletem as condi

ções sócio-econômicas da clientela, mas também a assistência pré-natal, natal e pós-natal oferecidas.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO, PERCENTAGEM E COEFICIENTE DE M.M (POR 10.000 N.V) DOS ÓBITOS OBSTÉTRICOS DIRETOS, SEGUNDO A CAUSA BÁSICA, FLO-RIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Causas	Nº	Coeficiente	%
INFECÇÃO	18	4,15	54,5
* (667.0) Retenção placentária	1	0,23	5,6
(670.X) Infecção puerperal	1	0,23	5,6
(669,4) Complicação cesárea	1	0,23	5,6
(660.0) Apresentação cônica, obs- truindo parto.	1	0,23	5,6
(636.0) Aborto infectado	10	2,30	55,0
(636.2) Aborto provocado com com- plicação de órgãos internos	3	0,69	17,0
(669,8) Infecção intraparto	1	0,23	5,6
HEMORRAGIA	10	2,31	30,2
(666,1) Atonia Uterina	2	0,46	20,0
(666.3) Deficiência de coagulação pós-parto	2	0,46	20,0
(665,1) Rotura de útero - SOE**	3	0,69	30,0
(665,3) Laceração de colo de útero	1	0,23	10,0
(669.5) Parto a vácuo extrator	2	0,46	20,0
TOXEMIA	5	1,15	15,2
(642.7) Eclâmpsia sobreposta a Hiper- tensão pré-existente	2	0,46	40,0
(642.6) Eclâmpsia	1	0,23	20,0
(642.4) Pré-eclâmpsia SOE**	1	0,23	20,0
(646.7) Eclâmpsia com atrofia amare- la do fígado	1	0,23	20,0
TOTAL	33	7,61	100,0

(*) . Os números entre parenteses são os códigos das causas básicas se-
gundo o MANUAL⁴⁴.

(**). Sem outra especificação.

Na tabela 11 aparecem as causas básicas dos óbitos obstétricos diretos e os C.M.M. específicos para estas causas.

O grupo de infecção per fez 54,5% de todos os óbitos obstétricos diretos, atingindo um C.M.M. de 4,15/10.000 N.V. . Neste grupo, as causas básicas que alcançaram maiores percentuais e maiores coeficientes foram aborto infectado, com 55,0% e 2,30/10.000 N.V. e aborto provocado com complicação de órgãos internos, com 17,0% e 0,67/10.000 N.V., seguindo-se retenção placentária, infecção puerperal, complicação de cesárea, apresentação cônica obstruindo parto e infecção intraparto, com 5,6% e 0,23/10.000 N.V., respectivamente.

O grupo de hemorragia abrangeu 30,3% de todos os óbitos obstétricos diretos, com um coeficiente de 2,31/10.000 N.V. . Neste grupo, a causa básica de maior percentual e coeficiente foi rotura de útero SOE, com 30,0% e 0,69/10.000 N.V. ; logo a seguir, atonia uterina, deficiência de coagulação pós-parto e parto a vácuo extrator , com 20,0% e 0,46/10.000 N.V.

O grupo de toxemia per fez 15,2% dos óbitos obstétricos diretos, com coeficiente de 1,15/10.000 N.V. Neste grupo, o maior percentual é de 40,0%, atribuído à eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial pré-existente, com coeficiente de 0,46/10.000 N.V. . Seguiram-se eclâmpsia, pré-eclâmpsia SOE, eclâmpsia com atrofia amarela do

fígado, com 20,0% e 0,23/10.000 N.V.

As causas relevantes de ôbito obstétrico direto tradicionalmente encontradas na literatura são infecção, hemorragia e toxemia. Entretanto, esta tríade possui, na verdade, determinantes bem característicos, que são as causas básicas. A identificação destas, neste estudo, foi viabilizada pela existência do Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, onde os atestados de ôbitos foram refeitos e classificados por grupo de causas e causa básica.

O grupo de infecção, apresentado na ta bela 11, está relacionado com aborto provocado na ordem de 72,0%, sendo 55,0% para aborto infectado e 17,0% para aborto provocado com complicações de ôrgãos internos. Ve rificou-se que, nos atestados de ôbito cuja causa básica era aborto, 23,1% foram preenchidos sem citação desta cau sa.

Nos casos de aborto infectado houve o missão desta causa em 10,0% dos atestados de ôbito e 66,7% nos casos de aborto provocado com complicações de ôrgãos internos. Assim, a metodologia adotada, na qual se refez o atestado de ôbito pela história clínica, permi tiu a correção deste percentual de perda considera do como muito elevado.

COPPES & MESSER ²² referem que o aborto participa em 15,3% dos ôbitos obstétricos diretos, enquanto neste estudo o percentual é de 39,4% entre todos os ôbitos obstétricos diretos e 29,5% entre todas as mortes maternas. Quanto à M.M. decorrente de infecção, KRUPP e colaboradores ⁴⁰ identificaram que 58,3% estão relacionados a aborto, enquanto que para WARD & MARTINS ⁸¹ este percentual foi de 74,5% e para MUXI e colaboradores ⁴⁸, 37,5% . VIGGIANO & CASTRO ⁷⁹ referem que 75,0% dos casos de infecção são devidos a aborto e REZENDE e colaboradores ⁶³ identificaram 28,6%.

Segundo REZENDE ⁵⁹, a "legislação brasileira acerca do aborto está obsoleta e não é necessário argúcia para vê-la desobedecida, todos os dias, no Rio de Janeiro e no país inteiro... . A motivação econômica não deve ser subestimada, assim no plano da família como no da sociedade ... No Brasil e nos demais países de legislação coercitiva, é o abortamento criminoso subordinado a causas mais fáceis de enumerar do que de combater" .

GALBINSKI ³³ considera a prática do aborto como um problema epidemiológico da mais alta importância. ARKADER e colaboradores ⁶ declaram que por suas alarmantes conseqüências médico-sociais, chama-se atenção para o abortamento provocado, principalmente nos países em que ele é ilegal. Os dados hospitalares apresentados permitem caracterizar a magnitude do problema. Além dos efeitos diretos que o abortamento tem sobre a saúde

das mulheres, fato evidenciável por sua alta morbidade, "... a mortalidade geral pelo abortamento provocado em escala mundial é da ordem de 5,0%. Constitui a principal causa de mortalidade materna, pois contribui com 30 a 50% da mesma." ⁶

Pode-se verificar ainda na tabela 11, que o C.M.M. específico por aborto é 2,99/10.000 N.V., coeficiente este muito elevado em relação ao dado de SCHAFFNER e colaboradores ⁷⁰, de 0,4/10.000 N.V.; HARDY e colaboradores ³⁶ indicam que no grupo por eles estudado o coeficiente por infecção é de 28,6, entre 1949 a 1961 e 20,6/100.000 N.V., entre 1962 a 1971 e, destes casos, 87,0 e 62,0% são associados com aborto.

Observa-se ainda na tabela 11, que os demais casos de infecção, que representam 28,0%, estiveram relacionados com infecção intra parto, retenção placentária, infecção puerperal, complicação de cesárea e apresentação cômica obstruindo parto. A exemplo de SCHAFFNER e colaboradores ⁷⁰, os óbitos associados à infecção apresentam uma redução de mais de 50,0% no C.M.M. quando excluídos os casos de aborto.

Isto pode ser verificado na tabela 11, quando observou-se um coeficiente específico de 4,15/10.000 N.V. por infecção com inclusão de abortos e 1,16/10.000 N.V., quando se tratava somente de outras causas de infecção. Este último dado é equivalente ao coeficiente

de 1,5/10.000 N.V. de infecção puerperal citado por PHILLIPS e colaboradores ⁵⁴. WARD & MARTINS ⁸¹ referem percentual de 25,5% que é equivalente ao grupo de causas de infecção não relacionadas a aborto. O grupo de infecção, no total das mortes maternas, perfaz 15,2%, ultrapassando os 10,5% referidos por MUXI e colaboradores ⁴⁸.

O obituário por infecção observado foi muito elevado, com grande participação do aborto. É provável que os princípios de assepsia e antisepsia tenham sido mal observados, demonstrando o papel limitado que o hospital tem.

Para REZENDE ⁶¹, "é segurança ilusória, a facultada exclusivamente pelos fármacos. Multiplicam-se as cepas microbianas resistentes a antibióticos; as infecções cruzadas avolumam-se "...

Pelo que descreve este autor e pelos resultados descritos, considera-se que os antibióticos por si só não constituem solução para este tipo de problema. Segundo COELHO ²¹, "os medicamentos tem papel relativo no controle de determinados processos mórvidos, pois o fator decisivo é o aumento da resistência dos indivíduos, relacionado com a melhoria do nível de vida. Os fatores que envolvem a questão do medicamento tanto podem ser de cunho social, econômico e político como de ordem pessoal, psicológica e cultural".

Observa-se, nos dados da tabela 11 , que o grupo de hemorragia obteve grande contribuição dos eventos de rotura e laceração de colo de útero, o que perf fez 40,0%. REZENDE ⁶¹ afirma que "os tocotraumatismos maternos assumem, por vezes, grave significação . Le sões extensas das vias genitais, de órgãos e tecidos circunjacentes, e até o arrancamento circular do colo (Spritzer, 1962) foram anotados", referindo-se assim à vácuo extração, o que leva a acrescentar, ao percentual anteriormente apresentado, mais 20,0% correspondente à vácuo extração identificados nesta pesquisa.

Na literatura consultada não identificou-se citação de óbito por hemorragia tendo como causa básica o parto a vácuo extrator. Somente MUXI e colaboradores ⁴⁸ relatam 1,96% de participação da vácuo extração nas mortes maternas. Nos achados deste estudo, o total de óbitos obstétricos diretos desta causa foi de 6,1% e no grupo de hemorragia foi de 20,0% .

Assim, as causas de hemorragia citadas acima abrangeram um percentual de 60,0%, o que é muito elevado, em especial quando comparado aos autores que se seguem.

REBOLLEDO e colaboradores ⁵⁷ citam 38,5%, enquanto que, para OJO & SAVAGE ⁵², o percentual de mortes por hemorragia decorrentes de rotura uterina não alcançou 5,0%. Para TREJO RAMIREZ ⁷⁶ e SNAEDAL ⁷¹ ,

este percentual situa-se em torno de 20,0%. MUXI e colaboradores⁴⁸ referem FERGUSON & REID (1958), que registram 5,9%, ERICHTON (1958), que identificou 16,6%; LAVERY (1958), com 18,3%, para a causa em discussão. Na realidade brasileira, GULIN e colaboradores³⁵ apresentam 22,0%; VIGGIANO e colaboradores⁸⁰ 15,4% e CICIVIZZO e colaboradores¹⁹ apresentam menor casuística com 12,5%. Mesmo admitindo que as condições sócio-econômicas da população contribuam em muito para a elevação do obituario materno, este percentual de 60,0% de tocotraumatismo parece estar muito relacionado com a assistência intra hospitalar..

A literatura consultada menciona a assistência intra hospitalar como fator contributório para a morte materna, a exemplo de VIGGIANO & CASTRO⁷⁹, quando afirmam: "para diminuir a mortalidade materna em qualquer cidade, é necessário treinar pessoal auxiliar na especialidade, melhorar a formação de clínica médica dos obstetras e manter atualização constante dos recursos humanos desta área".

No grupo de hemorragia, 20,0% foram decorrentes de deficiências de coagulação, observação esta que é equivalente a citação de KRUPP e colaboradores⁴⁰. Para AGUERO e colaboradores⁷, esta causa não alcançou 3,0%. No Brasil, REZENDE e colaboradores⁶³ relatam 20,0% para esta causa, CICIVIZZO e colaboradores¹⁹ 12,5%

e GULIN e colaboradores³⁵ 11,1% . Quanto à atonia uterina ; que neste estudo contribuiu em 20,0% dos óbitos obstétricos diretos por hemorragia, é referida por SNAEDAL⁷¹, com 6,7% de participação na M.M. num hospital da Irlanda , no período de 1949 a 1975 , e cerca de 16,7% dos óbitos associados à hemorragia. Esta causa, para REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷, foi de 11,5%, enquanto KRUPP e colaboradores⁴⁰ observaram 16,7% , CICIVIZZO e colaboradores¹⁹ 25,0 % e VIGGIANO e colaboradores⁸⁰ 30,8% .

PHILLIPS e colaboradores⁵⁴ registraram, para hemorragia, um coeficiente médio de 3,6/10.000 N.V. , enquanto na realidade deste estudo identificou-se, para o período, um coeficiente de 2,31/10.000 N.V.; COPPES & MESSE²² mencionaram o risco de morrer por hemorragia ter variado de 2,67 a 4,54/100.000 N.V.; HARDY e colaboradores³⁶ citam 19,9 , no período de 1949 a 1961 e 7,9/100.000 N.V., entre 1962 a 1971; SCHAFFNER e colaboradores⁷⁰ registraram que M.M. por hemorragia diminuiu de 1,8 em 1950 para 0,5/10.000 N.V. em 1971, no período de 1971 a 1975 ; SNAEDAL⁷¹ relatou 0,45/10.000 N.V.

No grupo de toxemia, a composição das causas básicas apresentada na tabela 11 foi equivalente ao que referem MUXI e colaboradores⁴⁸ para o quadro de toxemia, atrofia amarela do fígado, hipertensão crônica incluindo hemorragia cérebro vascular, eclâmpsia, pré-eclâmpsia e doença renal. Para WARD & MARTINS⁸¹, este grupo se compõe por pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hiperemese

gravídica e hepatite. PHILLIPS e colaboradores⁵⁴ indicaram um coeficiente de M.M. específico para esta causa de 2,0/10.000 N.V. ; SNAEDAL⁷¹ 0,45/10.000 N.V. ; SCHAFFNER e colaboradores⁷⁰ mencionaram 1,1 em 1950 e 0,1/10.000 N.V. em 1971 ; HARDY e colaboradores³⁶, entre 1949 e 1961, identificaram 19,9 e entre 1962 a 1971, 7,9/100.000 N.V., enquanto no período estudado identificou-se um coeficiente específico de M.M. por toxemia de 1,15/10.000 N.V. . No presente trabalho, o percentual de toxemia (15,2%) apresenta-se bastante inferior a 29,2% , identificado por VIGGIANO e colaboradores⁸⁰, que é equivalente ao mencionado por CICIVIZZO e colaboradores¹⁹, de 27,05%. Tais valores são, contudo, bastante elevados quando comparados aos achados de REZENDE e colaboradores⁶³, de 7,7% .

Para ZETINA e colaboradores⁸², a mortalidade materna por toxemia, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia tende a diminuir com as medidas terapêuticas e preventivas. Segundo estes autores, em Londres, a M.M. por eclâmpsia é igual a zero. Consideram também, como REZENDE⁶¹ que uma das maiores armas para reduzir esta mortalidade é o serviço pré-natal, onde se pode detectar a doença em fase funcional e que, ao adotar as medidas terapêuticas, se evita a passagem para a fase irreversível, com consequências graves e, em certas ocasiões, fatais.

Segundo CIARI Jr¹⁶, "a mortalidade materna tende a decrescer na medida que é maior a proporção

de partos hospitalares. Portanto, quando existem suficientes leitos de maternidade e o decréscimo é pequeno, parece razoável admitir-se que a mã assistência pré-natal esteja influenciando no processo". ADRIAZOLA e colaboradores ² referem que as altas taxas de mortalidade materna têm relação com os sistemas inadequados de organização de serviços de saúde e que os serviços de saúde que pres tam assistência pré-natal não concentram suficientes es forços nos maiores riscos da reprodução humana .

SOUZA ⁷³, ao pesquisar a assistência pré-natal em Florianópolis, demonstra que 67,4% da popula ção estudada freqüentou um serviço de pré-natal e que o fizeram nos primeiros meses do segundo trimestre da gesta ção, mas a concentração de consultas médicas não atingiu um nível satisfatório. Estes resultados podem ter relação com o que se identificou de M.M. por toxemias, uma vez que a deficiência de assistência pré-natal, dentre outros fato res, teoricamente, tem relação com a casuística de toxemia.

Inúmeros questionamentos podem advir dos dados anteriormente apresentados e discutidos que tra tam dos óbitos obstétricos diretos, em especial, os dados contidos na tabela 11 . Desta forma, parece-nos que a in terpretação dada por CIARI Jr e ALMEIDA ¹⁷, quando da anã lise da M.M. num Município de São Paulo, complementa as considerações já apresentadas: "Um dos aspectos importan tes da mortalidade materna é verificar a porcentagem com que participam as diferentes causas obstétricas. Na de

pendência dos Serviços de Assistência Materna oferecidos, varia a importância de cada uma delas . A oferta de anti
bióticos relegou a infecção, da mesma forma que o uso a
dequado do sangue permite controlar o ôbito por hemorragi
a. A toxemia, própria da gestação, por suas característica
s é controlada pelos serviços de pré-natal. Desta for
ma a maior incidência de uma destas causas está relacionada
ao tipo de atividade desenvolvida no programa de Saúde
Materna. Assim, as deficiências de serviço de pré-natal
colocam a toxemia em primeiro lugar, bem como as dificulda
des na assistência ao parto incrementam os ôbitos por
hemorragia e infecção " .

QUADRO 8 -DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO, PERCENTAGEM E COEFICIENTE DOS ÓBITOS OBSTÉTRICOS INDIRETOS,
SEGUNDO A CAUSA BÁSICA E VARIÁVEIS ESTUDADAS, FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979.
OBITUÁRIO HOSPITALAR

CAUSAS	Nº	%	COEFICIENTE/ 10.000 N.V.	IDADE/ ANOS	PARIDADE	TERMINAÇÃO DA GRAVIDEZ	LOCAL-RESIDÊNCIA
*(648.0) Diabetes Mellitus na gravidez	1	14,28	0,23	37	GM	aborto	outra localidade
(674.0) Isquemia cerebral	1	14,28	0,23	38	GM	parto normal	outra localidade
(648.9) Edema agudo de pulmão	1	14,28	0,23	31	M	cesareana	outra localidade
(647.6) Hepatite infecciosa na gravidez	1	14,28	0,23	19	P	parto normal	outra localidade
(646.6) Pielonefrite	1	14,28	0,23	37	M	-	capital
(648.9) Bronquiectasia	1	14,28	0,23	26	M	-	outra localidade
(646.4) Polirradiculoneurite	1	14,28	0,23	20	M	aborto	outra localidade
TOTAL	7	99,96	1,61	-	-	-	-

GM = grande múltipara

P = primípara

M = múltipara

(*) . Os números entre parenteses são os códigos das causas básicas segundo o MANUAL⁴⁴.

No Quadro 8 são apresentadas as causas básicas dos óbitos obstétricos indiretos, com percentagens e coeficientes específicos iguais a 14,28% e 0,23/10.000 N.V., bem como as causas básicas dos óbitos obstétricos indiretos, segundo idade, paridade, término da gravidez e local de residência.

Os dados apresentados no Quadro 8 não tem uma expectativa padrão, a exemplo da distribuição dos óbitos obstétricos diretos, que tem uma tendência esperada. Entretanto, pode-se perceber que algumas doenças são coincidentes nas casuísticas dos autores estudados e que representam, somente, um suporte para verificação.

Dentre os autores consultados e que identificaram diabetes como causa de óbito obstétrico indireto, surgem KRUPP e colaboradores⁴⁰, com percentual de 13,04%; TREJO RAMIREZ⁷⁶, com 30,0%; AGUERO e colaboradores⁷, com 5,9%; GULIN e colaboradores³⁵, com 16,7% e REZENDE e colaboradores⁶³, com 7,1%.

MUXI e colaboradores⁴⁸ citam o estudo de MERGER em 1964, onde há especificação de diabetes como causa destes óbitos, mas não há referência da proporção. GABBE e colaboradores³², em estudo específico de M.M. por diabetes, consideram que, antes do advento da insulina, a mortalidade por esta causa era de 6 a 45%. Posteriormente, nos últimos 50 anos, o percentual é de aproximadamente 0,5%, mas que assim mesmo é cerca de 20 ve

zes maior do que aquele da população obstétrica geral .
Ressaltam, ainda que, é evidente que as mudanças bioquímicas da gravidez, quando superpostas ao metabolismo já alterado da mulher diabética, produzem significantes morbidades e, ocasionalmente, mortalidade para a mãe e o feto . Estas alterações aumentam o risco de óbito intra uterino

Os dados registrados no prontuário da mulher cuja causa básica de óbito foi diabetes mellitus não eram conclusivos acerca do tipo de aborto, se espontâneo ou provocado. Entretanto, eram claros em afirmar que a paciente foi admitida com cetoacidose diabética e que morreu em coma diabético.

Pelos dados obtidos, há que se ponderar se a paciente se encontrava com sua diabete não compensada e ocorreu o óbito intra uterino, havendo o abortamento espontâneo ou ainda se a mulher provocou o aborto, complicando-se severamente em função de sua diabete. Entretanto, um fator que parece ser de grande importância no caso é o local de residência pois, morando a mulher em outra localidade que não a Capital, provavelmente recebeu assistência não compatível com a que o caso requeria.

Na literatura consultada não identificou-se menção de óbitos por isquemia cerebral , especificamente. HARDY e colaboradores ³⁶ apresentam um coeficien

te de 4,8/100.000 N.V., para as doenças vasculares, o que é superior ao demonstrado na tabela 12. MUXI e colaboradores ⁴⁸ apresentam a citação de TAYLOR (1966), que observou 8,0% de hemorragia cerebral, mas não especifica os fatores determinantes. FIANU ²⁹ cita um percentual de 23,4 de hemorragia cerebral sem também incluir detalhamento acerca dos casos. COTTI ²⁵ menciona caso de trombose cerebral associada a crise hipertensiva, numa paciente de 19 anos ; VIGGIANO e colaboradores ⁸⁰ relatam acidente vascular cerebral responsável por 12,5% dos óbitos obstétricos indiretos.

Na literatura consultada não identificou-se edema agudo de pulmão como causa básica de óbito. CICIVIZZO e colaboradores ¹⁹ o citam, mas associado à cardiopatia mitroaórtica e insuficiência cardíaca aguda por estenose mitral ; COTTI ²⁵ menciona edema agudo de pulmão associado a insuficiência congestiva numa mulher de 31 anos.

As referências encontradas na literatura fizeram com que se questionasse o óbito por edema agudo de pulmão ocorrido na casuística do presente trabalho. Não estaria este caso associado, também, a uma cardiopatia não diagnosticada ? O fato da mulher não residir na Capital e, portanto, ter sido admitida com o quadro já instalado não teria prejudicado o diagnóstico conclusivo ?

Hepatite é uma causa que poderia ser considerada como de esperada ocorrência, uma vez que é uma patologia que pode incidir na população como um todo e especialmente na gestante. Assim, verifica-se citação de percentuais equivalentes aos da presente pesquisa nos estudos de KLEIN & KARTEN³⁹ com 12,8% e de KRUPP e colaboradores⁴⁰, com 13,0%.

Com frequências mais baixas identificam-se os resultados de REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷, com 5,3% e de HARDY e colaboradores³⁶, com 1,6/10.000 N.V.

Na literatura consultada somente REBOLLEDO e colaboradores⁵⁷ referem pielonefrite como causa de óbito, com percentual de 5,3%, inferior ao identificado na presente pesquisa. A pequena casuística dos óbitos obstétricos indiretos por esta causa se apresenta como fator limitante de uma maior discussão. O caso citado neste estudo chama atenção, no entanto, por ter sido a paciente admitida no 8º mês de gestação, com suspeita de morte fetal, falecendo seis dias após, sem que tivesse havido qualquer registro de extração fetal. A priori, poder-se-ia questionar a qualidade da assistência hospitalar prestada a este caso, pressupõe-se não ter sido efetuada extração fetal. No entanto, considerando-se a importância do fato, prefere-se questionar as ra

zões da falta de registro, no prontuário, de um dado desta relevância, particularmente admitindo-se que qualquer profissional da área da saúde deve reconhecer que um caso não se encerra com o óbito. A ocorrência do óbito é fator importante para a prevenção de situações equivalentes futuras, sendo esta uma das razões porque estudos de mortalidade são realizados desde o século XVIII.

A literatura estudada não registra bronquiectasia como causa de óbito e, assim, os resultados identificados nesta pesquisa são apenas descritos.

O caso de óbito por bronquiectasia foi o de uma mulher admitida no 8º mês de gestação, em cujo prontuário foram anotados os batimentos cardíaco-fetais (BCF). O que causa estranheza é o fato de que apesar das indicações de vida fetal, a paciente faleceu quatro dias após a internação, sem que no seu prontuário tivesse sido feita qualquer referência ao nascimento, como no caso anteriormente descrito.

Entre os estudos consultados não foram encontradas referências acerca da polirradiculoneurite como causa de morte obstétrica indireta, razão pela qual os dados identificados na presente pesquisa são apenas apresentados no quadro 8.

QUADRO 9 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO, PERCENTAGEM E COEFICIENTE DOS ÓBITOS MATERNOS DE CAUSAS NÃO RELACIONADAS E NÃO CLASSIFICADAS SEGUNDO A CAUSA BÁSICA E AS VARIÁVEIS ESTUDADAS, FLORIANÓPOLIS, SC, 1975 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

CAUSAS	Nº	%	COEF./10.000NV	IDADE EM ANOS	PARIDADE	TERMINAÇÃO DA GRAVIDEZ	LOCAL/RESIDÊNCIA
ÓBITOS DE CAUSA NÃO RELACIONADA							
* (320.1) Meningite pneumocócica	1	50,0	0,23	30	M	-	capital
(647.8) Septicemia por stafilo coccus aureus	1	50,0	0,23	25	P	cesárea	capital
TOTAL	2	100,0	0,46	-	-	-	-
<u>Óbitos de causa não classificada</u>							
(646.9) Causa materna mal defi- da	1	50,0	0,23	28	M	-	Outra localidade
(669.9) Causa materna desconhe- cida	1	50,0	0,23	36	M	Morte mater no fetal/s/ intervenção	Capital
TOTAL	2	100,0	0,46	-	-	-	-

P = primípara

M = múltípara

(*). Os números entre parenteses são os códigos das causas básicas segundo o MANUAL⁴⁴.

Os dados do quadro 9 apresentam a ca
suística dos óbitos maternos de causas não relacionadas
e causas não classificadas. Foram verificados 2 óbitos
por causas não relacionadas, sendo um de meningite pneu-
mocócica e outro de septicemia por Stafilococcus aureus,
ambos alcançando percentuais de 50,0% e coeficientes es-
pecíficos de 0,23/10.000 N.V. . O primeiro ocorreu em
mulher de 30 anos de idade, primípara, residente na Capi-
tal, que permaneceu 6 dias hospitalizada, com prontuário
sem registro do término da gravidez. O outro foi diag-
nóstico em mulher de 25 anos, primípara, residente na
Capital, submetida a cesárea com feto vivo, cujo proces-
so septicêmico não iniciou-se com a cesárea.

Foram observados 2 óbitos maternos de
causa não classificada, sendo um de causa materna mal
definida e o outro de causa materna desconhecida, ambos
perfazendo percentuais de 50,0% e coeficientes específi-
cos de 0,23/10.000 N.V. O primeiro foi de uma mulher de
28 anos, multípara, residente em outra localidade, admi-
tida com batimentos cardíaco-fetais (BCF) presentes, que foi
a óbito após quatro dias e em cujo prontuário não houve
registro de parto ou extração fetal. O outro acometeu a
mulher de 36 anos, multípara, residente na Capital e que
chegou à maternidade após a morte materna e fetal ocorri-
da no trajeto .

O quadro 9 mostra, ainda, a descrição
dos casos, segundo as variáveis selecionadas, onde obser-

va-se que 75,0% das mulheres eram múltíparas e 75,0% residiam na Capital. Bastante expressivo é verificar - se que, em 50,0% dos casos, não houve registro do término da gravidez e do que ocorreu com o produto conceptual.

Os casos de morte materna por causas não relacionadas e por causas não classificadas identificados neste estudo são típicos de perda da informação como óbito materno. Não havendo informação anotada no atestado de óbito sobre a condição de gravidez por ocasião do evento ou se este ocorreu até 42 dias após o término ou interrupção da gravidez, o codificador dificilmente os classificará como óbito materno.

Entre os autores consultados, somente KRUPP e colaboradores⁴⁰ referem-se a meningite como causa de óbito materno, porém do tipo meningitis mucormycosis, com percentual de 5,5%.

Na revisão bibliográfica realizada não identificou-se referência de óbito por septicemia estafilocócica que independesse de intercorrência ou intervenção na gravidez.

Os resultados relativos a óbitos por causas não classificadas são equivalentes aos encontrados por HARDY e colaboradores³⁶, que relatam 2 casos, KRUPP e colaboradores⁴⁰, que referem 2 casos e CICIVIZZO e colaboradores¹⁹, que citam 3 casos.

O que foi apresentado acerca dos quatro casos, praticamente, complementa a visão crítica que se pode ter da assistência materna que as pacientes receberam, quer em Florianópolis ou em outras localidades, a nível prê-natal, natal e pós-natal e, bem provavelmente, relacionada com a condição sócio-econômica das mulheres incluídas neste estudo.

Como estudos deste tipo visam, de alguma forma, contribuir para a diminuição do obituário , acredita-se que seja válida a inclusão de causas não relacionadas e causas não classificadas em pesquisas de mortalidade materna, em especial quando houver informações que comprovem que o óbito ocorreu em período de gestação, parto ou puerpério ou interrupção da gestação.

TABELA 12 - COEFICIENTE DE M.M.(POR 10.000 N.V.), SEGUNDO O TIPO DE ÔBITO E GRUPO ETÁRIO, FLORIANÓPOLIS, S.C., 1978 e 1979, OBITUÁRIO HOSPITALAR.

ANO		1978			1979				Coeficiente médio de período			
Grupo Etário	Tipo Ôbito	Obstétrico		Total	Obstétrico		Ôbitos não relacionados	Total	Obstétrico		Ôbitos não relacionados	Total
		Direto	Indireto		Direto	Indireto			Direto	Indireto		
15 — 19		7,91	-	7,91	-	7,50	-	7,50	3,85	3,85	-	7,70
20 — 24		6,64	-	6,64	6,34	-	-	6,34	6,49	-	-	6,49
25 — 29		11,86	-	11,86	-	3,66	3,66	7,32	5,70	1,90	1,90	9,50
30 — 34		-	-	-	6,73	6,73	6,73	20,19	3,63	3,63	3,63	10,89
35 — 39		-	17,09	17,09	48,31	16,10	-	64,41	24,88	16,58	-	41,46
40 — 50		-	-	-	40,98	-	-	40,98	20,49	-	-	20,49
TOTAL		6,74	1,12	7,86	7,31	4,18	2,09	13,58	7,03	2,71	1,08	10,82

Na tabela 12 mostra-se o C.M.M. específico, segundo o grupo etário e tipo de ôbito .

No ano de 1978, foi observado que os ôbitos obstétricos diretos se apresentaram com maior risco para as mulheres do grupo etário de 25 a 29 anos, enquanto que no ano de 1979, o maior risco ficou para as mulheres de idade mais elevada, ou seja, aquelas com idade compreendida entre 35 a 39 anos, seguido das de 40 a 50 anos. Como média para o período , o C.M.M. revela , também, maior risco para as mulheres com idade compreendida entre 35 a 39 anos e, a seguir, para as de 40 a 50 anos. Chama a atenção o fato de que, no ano de 1978, o coeficiente por ôbito obstétrico direto foi mais elevado na idade considerada ideal para a concepção.

BERRY¹⁰ dá a fundamentação que considera-se básica para o início da discussão destes dados . Este autor afirma que a história do impacto das tecnologias médicas sobre a mortalidade materna tem sido razoavelmente documentada. O impacto de mudança histórica nos padrões de idade e paridade sobre a mortalidade não tem sido adequadamente avaliado. Entretanto, como se pode observar, os coeficientes do presente estudo foram obtidos somente em dois anos de observação o que, apesar de possibilitar uma caracterização do risco por idade, é considerado um período pequeno. O que parece não invalidar o estudo é o fato de que os autores consultados, na grande maioria, comentam que a idade interfere na mortalidade

materna e, no entanto, não apresentam os coeficientes es
pecíficos .

A tabela 14 mostra que as mulheres com maior risco de morrer foram as que apresentavam idade mais elevada.

MUXI e colaboradores⁴⁸ apresentam a citação de ROSENVASER de que as mulheres de idade avançada tem maior probabilidade de morrer por transtornos so
brepostos, como miomas, afecções cardio-respiratórias e outros.

Os resultados desta pesquisa coincidem parcialmente com a afirmação de COSLOVSKY e colaboradores²³, quando dizem que "as menores cifras são as das idades abaixo dos 30 anos, após o que as taxas ascendem . As cifras são mais elevadas no grupo compreendido entre os 45 e os 49 anos, em geral . Nesse último grupo, a re
dução é menor ... a mortalidade materna no grupo etário mais avançado apresenta os mais elevados índices. Este fato oferece duas explicações diferentes : 1) o risco obs
tétrico nesta faixa de idade é sempre mais elevado; 2) pe
sam sobre este grupo os onus das doenças próprias da idade" .

O aumento do risco por idade também é referido por HARDY e colaboradores³⁶, quando descrevem um coeficiente de mortalidade materna de 40,4/100.000 N.V.

para mulheres com idade igual ou inferior a 16 anos, 82,3 para o grupo etário de 17 a 28 anos e 188,5 para as mulheres com 29 anos e mais. Na literatura consultada identificou-se que SCHAFFNER e colaboradores⁷⁰ agruparam as idades de modo equivalente ao adotado nesta pesquisa, mas os resultados por eles encontrados são muito menos elevados. Enquanto identificou-se para o grupo etário de 15 a 19 anos um coeficiente de 7,70/10.000 N.V., eles demonstram um valor de 1,2 para mulheres brancas e 4,9 para não brancas; no grupo de 20 a 24 anos, enquanto identificou-se 6,49 eles descrevem 1,3 para mulheres brancas e 5,4 para não brancas; nas de 25 a 29 anos identificou-se 9,50 e eles 1,8 para brancas e 10,0 para não brancas.

Estes autores classificaram as mulheres em brancas e não brancas para indicar as condições sócio-econômicas diferenciadas. Os resultados do presente estudo se aproximam dos relativos a mulheres não brancas .

LESER⁴² diz que "o risco para a gestante é tanto maior quanto mais a sua idade se afasta dos 30 anos para mais ou de 20 anos para menos ; a mortalidade materna é maior entre mães jovens ou com mais de 35 anos, ..., mostrando assim, que o período de procriação ótimo situa-se entre os 20 e os 30 anos de idade".

No entanto, segundo ROLF⁶⁷, as mulheres com idade acima de 35 anos são consideradas de alto risco,

porém a variável idade deve ser associada a outras de ordem sócio-econômica e de prioridade nos serviços de saúde.

A idade, portanto, não pode ser avaliada por si só na mensuração do risco de M.M., uma vez que caminha par e passo com outros fatores que se somam a esta variável na determinação do risco, a exemplo do que verificou-se nesta pesquisa, quando o C.M.M. por óbito obstétrico direto foi mais elevado num grupo etário em que parte dele é tido como ideal para conceber .

TABELA 13 - COEFICIENTE DE M.M. (POR 10.000 N.V.), SEGUNDO O TIPO DE ÓBITO E PARIDADE, FLORIANÓPOLIS, SC, 1978 e 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Pari- dade	Ano Tipo Óbi- to	1978			1979				Coeficiente médio do período			
		Obstétrico		Total	Obstétrico		Óbitos não rela- cionados	Total	Obstétrico		Óbitos não re- lacio- nados	Total
		Direto	Indireto		Direto	Indireto			Direto	Indireto		
	Primípara	5,78	-	5,78	3,14	3,14	3,14	9,42	4,52	1,51	1,51	7,54
	Multípara	8,98	-	8,98	11,08	5,54	1,85	18,47	10,13	3,04	1,02	14,19
	Grande multi- para	-	10,05	10,05	-	-	-	-	-	5,08	-	5,08
	TOTAL	6,74	1,12	7,86	7,31	4,18	2,09	13,58	7,03	2,71	1,08	10,82

Observa-se, na tabela 13, que os C.M. M. apresentam tendência a elevação com o aumento da paridade, em especial no ano de 1978. Entretanto, a literatura leva a uma expectativa teórica de que a sequência, em termos de risco, seria dos níveis mais altos para as grandes multíparas, seguindo-se multíparas e primíparas, a qual os resultados identificados não correspondem, no ano de 1979 e na média para o período.

KLEIN & KARTEN ³⁹ consideram a multiparidade como um risco materno muito sério e que tem que ser considerado, antes mesmo de uma história de gravidez desfavorável. ROLF ⁶⁷ considera que as mulheres com alta paridade (4 ou mais filhos) constituem grupos de alto risco, mas não se refere àquelas com paridade inferior a este número. VAN COEVERDEN DE GROOT ⁷⁸ refere a grande multiparidade como o fator mais associado com a mortalidade materna na Cidade do Cabo. FAUNDES e colaboradores ²⁸ referem a grande multiparidade como risco materno de grande relevância, em especial para os óbitos obstétricos diretos em associação com hemorragia .

As observações de LESER ⁴² , já citadas neste capítulo, não coincidem como o que se observa na tabela 13, em que houve, no período, menor risco para a grande multípara e primípara do que para a multípara .

SCHAFFNER e colaboradores ⁷⁰ afirmam que a paridade crescente não apresenta efeito independente

te discernível sobre o risco materno. HARDY e colaboradores ³⁶ afirmam que a mortalidade materna aumenta para mulheres com cinco ou mais filhos. OJO & SAVAGE ⁵² observaram, em seus estudos, que as mulheres com baixa paridade se apresentam com maior risco do que as de alta paridade.

ROSENVASER, citado por MUXI e colaboradores ⁴⁸, refere como causa predisponente do ôbito materno a paridade, pois segundo este autor, "a primiparidade, pelo maior prolongamento do parto e do maior número de intervenções que dá lugar, predispõe às hemorragias e infecções; a multiparidade, sobretudo na grande multípara, já que apresenta, com certa frequência, doenças coincidentes ..." . A grande multiparidade com doenças coincidentes pode ser observada no ano de 1978, em que se obteve um C.M.M. por ôbito obstétrico indireto de 10,05/10.000 N.V.

LIZANA e colaboradores ⁴³ referem C. M.M. para primíparas e múltíparas menores do que os verificados neste estudo, enquanto que o coeficiente para grande múltíparas por eles identificado foi maior do que o desta pesquisa.

A literatura consultada mostra que os autores entram em controvérsia no que diz respeito ao risco de morte materna relacionado ao aumento da paridade . Alguns autores consideram a baixa paridade como maior ris

co e outros a multiparidade, enquanto que outros ainda , não atribuem efeitos que, por si sō, expliquem o aumento do risco da morte materna pelo aumento da paridade. Os resultados desta pesquisa concordam com estes últimos

TABELA 14 - COEFICIENTE DE M.M. (POR 10.000 N.V.), SEGUNDO O TIPO DE ÓBITO E LOCAL DE RESIDÊNCIA, FLORIANÓPOLIS, S.C., 1978 e 1979 . OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Ano		1978			1979				Coeficiente médio do período			
Local Residência	Tipo Óbito	Obstétrico		Total	Obstétrico		Óbito não re- lacio- nado	Total	Obstétrico		Óbito não re- laciona- do	Total
		Direto	Indireto		Direto	Indireto			Direto	Indireto		
Capital		4,31	-	4,31	-	2,01	4,02	6,03	2,08	1,04	2,08	5,20
Outras locali- dades		9,38	2,35	11,73	15,24	6,53	-	21,77	12,42	4,52	-	18,07
TOTAL		6,74	1,12	7,86	7,31	4,18	2,09	13,58	7,03	2,71	1,08	10,82

Na tabela 14 mostra-se o C.M.M. segundo o tipo de ôbito e local de residência. Todos os tipos de ôbito, a exceção dos não relacionados, favorecem um coeficiente específico mais elevado em mulheres residentes em outras localidades. No ano de 1978, o C.M.M. de residentes em outras localidades é cerca de três vezes maior que o das mulheres residentes na Capital e, na média do período, é maior cerca de três vezes e meia

Os resultados apresentados nesta tabela são superiores aos identificados na literatura consultada, mas favorecem considerações equivalentes às que seguem.

NAGI & STOCKWELL ⁴⁹ estabeleceram, num estudo de mortalidade, diferenciais sócio-econômicos segundo locais de residência e afirmam que a mortalidade comportou-se diferentemente por área de estudo e que local de residência pode ser considerado como indicador sôcio-econômico. ROLF ⁶⁷ considera que, em determinadas circunstâncias, a mulher não procura assistência pelas condições que tenha no local onde reside ...

SCHAFFNER e colaboradores ⁷⁰ identificaram maior mortalidade materna por causas obstétricas diretas nos residentes em áreas rurais, com 3,7 e, os outros, 2,5/10.000 N.V. . Este resultado é muito baixo quando comparado aos desta pesquisa, pois, tanto os obstétricos diretos quanto os indiretos, são cerca de 3 ve-

zes maiores ao C.M.M. da Capital, exceto nos casos de ôbitos por causas não relacionadas, que foram observados somente na Capital.

LESER ⁴², considera que "o risco, para a gestante e para o feto, é maior quando presentes certas condições obstétricas ou entidades mórbridas, variando de uma para outra a magnitude do risco e as possibilidades de controlá-lo mediante cuidados médicos especiais ". Esta afirmativa conduz ao raciocínio de que mulheres residentes fora da capital tem condições desfavoráveis para assistência especial.

Os comentários efetuados acerca dos dados da tabela 10, devem ser associados aos da tabela ora em pauta.

Visando complementar os dados da tabela 14, retomaram-se as informações originais e verificou-se que, dos ôbitos obstétricos diretos 29,2% foram transferidos do interior e chegaram com ôbito iminente. Dos ôbitos obstétricos indiretos de mulheres residentes em outras localidades, 33,3% tiveram assistência médica prévia em instituições do interior. Assim, acredita-se que o local de residência pode representar as condições de vida destas mulheres e, em especial, a assistência obstétrica disponível .

TABELA 15 - COEFICIENTE DE M.M. (POR 10.000 N.V.)*, SEGUNDO O TIPO DE ÔBITO E TIPO DE PARTO, FLORIANÓPOLIS, S.C., 1978 a 1979. OBITUÁRIO HOSPITALAR.

Ano		1978			1979				Coeficiente médio do período			
Tipo Parto	Tipo Ôbito	Obstétrico		Total	Obstétrico		Ôbito não relacionado	Total	Obstétrico		Ôbito não relacionado	Total
		Direto	Indireto		Direto	Indireto			Direto	Indireto		
Normal		1,58	1,58	3,16	3,07	1,53	-	4,6	2,34	1,56	-	3,90
Cesárea		8,12	-	8,12	3,42	3,42	3,42	10,26	5,57	1,86	1,86	9,29
Total		3,36	1,12	4,48	3,13	2,09	3,42	6,27	3,25	1,62	0,54	5,41

* Excluídos os óbitos relacionados com aborto e não extração fetal

Na tabela 15 mostra-se o C.M.M. por tipo de ôbito e parto e verifica-se que, nos anos de 1978 e 1979 os coeficientes específicos por cesárea são mais elevados cerca de três vezes ao relacionado a parto normal. No ano de 1978 verifica-se maior coeficiente para cesárea, mesmo identificando ôbito obstétrico indireto somente no grupo de parto normal. Nos ôbitos obstétricos diretos o coeficiente é cerca de cinco vezes maior para cesárea. No ano de 1979 se equivalem os ôbitos obstétricos diretos em cesárea e parto normal ; nos obstétricos indiretos cesárea abrange o dobro dos relativos a parto normal e observam-se ôbitos não relacionados em parto cesáreo, o que não ocorre no parto normal.

Estes dados, a priori, podem representar maior risco de ôbito associado a cesárea, assunto este bastante controvertido. Entretanto, este risco apresenta-se ainda maior ao observar-se que o coeficiente específico por parto normal nesta pesquisa é elevado .

Segundo REZENDE ⁶¹, "a cesárea abdominal atingiu as culminâncias de seu aperfeiçoamento técnico. Os riscos da intervenção se amenizam dia a dia, manifestados em resultados insuperáveis, que a fazem igualar, e ultrapassar, em segurança, qualquer operação de cirurgia maior. Ato de urgência, quase sempre, de urgência extremada... ". Acrescenta ainda que "antes de considerar adequada ou muito alta a incidência de cesareana ,

há de saber-se a natureza do serviço hospitalar de onde provém" . Refere, ainda, envolver a cesárea riscos superiores aos havidos numa parturição eutócica .

EVARD & GOLD ²⁷ questionam se é o risco de óbito inerente à cesareana, ou ele é mais provavelmente devido a complicação obstétrica associada para a qual a cesareana foi realizada .

FRIGOLLETO e colaboradores ³⁰ afirmam ser necessário considerar que as mulheres que se submetem a cesareana tem fatores independentes de risco que contribuem ou causam óbito. Acrescentam, ainda, que a perícia médica e a origem da população devem ser levadas em conta, assim como as modalidades de tratamento e os recursos institucionais.

Para STALLWORTHY e BOURNE, citados por MUXI e colaboradores ⁴⁸, a redução da M.M. associada a cesárea pode ser obtida pela preparação pré-operatória que deve iniciar-se no pré-natal e que em muitos casos é mais importante do que a própria técnica cirúrgica .

AGUERO e colaboradores ⁷ consideram que a participação das cesáreas em mortes por sepsis tem alcançado, nos últimos anos, periculosidade equivalente ao aborto.

Nesta pesquisa verificou-se que, em 1978, o risco da cesárea sobre o parto normal foi de 2,56

e no ano de 1979 de 2,23 . Estes achados parecem muito elevados, principalmente porque o risco de morte verificado no C.M.M. específico por parto normal foi alto.

Estes resultados podem ser comparados aos de EVRARD & GOLD²⁷, que calcularam ser o risco de óbito por cesareana 26 vezes maior do que por parto normal e que aos de FRIGOLLETO e colaboradores³⁰, que referem variar este risco de 3 a 30 vezes e que estes dados não devem ser analisados isoladamente.

Pelo que se pode observar vários fatores devem ter interferido nos dados da tabela 15, conforme foram comentados no discorrer deste trabalho, uma vez que os resultados expressam risco muito elevado, tanto para o parto normal como para cesareana.

Antes de concluir este capítulo vale lembrar as dificuldades devidas a insuficiência qualitativa e quantitativa de registro, que limitaram as opções metodológicas.

Apesar dessa restrição, deve-se ter em mente que a indicação dos elevados coeficientes de M.M. e a demonstração da perda de dados de óbito materno no sistema de informações de dados vitais, representam uma contribuição para uma tentativa de superação de tais inconvenientes, permitindo, ademais, uma tomada de consciência por parte dos órgãos assistenciais , de ensino, de pesquisa, da necessidade melhoria da assistência à maternidade na área estudada.

5. CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa referem-se a casuística hospitalar e, para esta realidade, permitem concluir que:

O coeficiente de mortalidade materna verificado em Florianópolis, SC, no período de 1975 a 1979, variou entre o valor mínimo de 7,14/10.000 N.V. em 1976 e o máximo de 13,58/10.000 N.V. em 1979, com o coeficiente médio de 10,14/10.000 N.V., não tendo sido constatada tendência definida para sua redução.

O coeficiente de mortalidade materna por óbitos obstétricos diretos apresentou-se com valores muito próximos entre si, nos 5 anos, com um valor médio de 7,61/10.000 N.V. para o período, característica não observada nos coeficientes por outros tipos de óbito.

As mortes maternas, em sua maior proporção (75,0%), foram determinadas por óbitos obstétricos diretos, seguindo-se dos obstétricos indiretos e, por último, dos de causas não relacionadas e de não classificadas.

No período de estudo, os óbitos obstétricos diretos foram devidos à infecção (54,5%), hemorragia (30,7%) e toxemia (15,2%). No primeiro grupo a principal causa foi o aborto, no segundo os tocotraumatismos, e, no terceiro a eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial pré-existente.

A distribuição relativa das mortes maternas, segundo a paridade, mostrou que a maioria dos óbitos obstétricos diretos e indiretos ocorreu em multíparas, seguida de grandes multíparas e primíparas; quanto aos óbitos de causa não relacionada, verificou-se a mesma frequência absoluta para primíparas e multíparas e, no caso de óbitos de causas não classificadas, só foram observadas mortes em multíparas. Nos anos de 1978 e 1979, os coeficientes de mortalidade materna apresentaram-se diferentes, pois no primeiro ano houve maior risco de morrer em grande multíparas, seguindo-se multíparas e primíparas e, no ano de 1979,

são ocorreram óbitos em multíparas e primíparas, tendo tido a primeira um risco duas vezes maior que a última .

No período de 1975 a 1979, a distribuição percentual indicou maior frequência no caso de óbitos obstétricos diretos, para partos normais (47,4%), seguida de cesárea (36,8) e, por último, de vâculo extrator (15,8%). Dos óbitos obstétricos indiretos, 66,7% ocorreram em partos normais e 33,3% em cesáreas. Nos anos de 1978 e 1979 evidenciou-se maior risco de morrer de parto cesáreo do que de parto normal .

Do total de óbitos estudados no período de 1975 a 1979, 13 eram de mulheres que residiam na Capital e 31 em outras localidades. Dos óbitos obstétricos diretos, o número de mulheres residentes em outras localidades (24) foi maior que o das que residiam na Capital (9), fato este também verificado, de maneira mais pronunciada, no caso de óbitos obstétricos indiretos . Os óbitos maternos de causas não relacionadas somente ocorreram em residentes na Capital e os de causas não classificadas aconteceram tanto em moradoras da Capital como de outras localidades. O coeficiente de mortalidade materna em 1978 e 1979 apontou maior risco de morrer para mulheres residentes em outras localidades, comparativamente à Capital.

O coeficiente de mortalidade materna por grupos etários evidenciou maior risco de morte pa-

ra as mulheres dos grupos mais velhos (35 a 39 anos e 40 a 50 anos), seguido de grupos mais jovens (15 a 19 anos). Em 1978 e 1979 o grupo de 35 a 39 anos mostrou os coeficientes de óbito mais elevados, indicando, portanto, ser este grupo o de maior risco.

O coeficiente de mortalidade materna identificado atingiu nível mais elevado do que os resultados de registros oficiais. Foi, também, constatado um percentual de 18,2% de preenchimento inadequado dos atestados de óbito.

A guisa de conclusão final, o que se evidenciou neste estudo foi uma limitação no processo de interpretação dos dados obtidos, pela já mencionada ausência de estudos teóricos e empíricos que permitissem, ao lado da descrição dos fatos, sua explicação. Considerando a complexidade que envolve estudos nesta área, que im

plica no desenvolvimento de linhas de pesquisa neste campo, enriquecendo a área de saúde materna e que se coloca o presente trabalho. Ele consiste no limiar de um processo de investigação que deve ser acompanhado das pesquisas em profundidade que busquem no lado da descrição a explicação dos fenômenos observados.

6. REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEL,S. et al . Maternal mortality in Chicago .
Illinois med.J., 137 : 163-7, 1970 .
2. ADRIAZOLA,D.G. et al. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal .
Bol. Ofic. sanit. panamer., 83: 413-23, 1977.
3. ALVAREZ-BRAVO,A. Mortalidad materna. Gac. méd. Méx.,
100: 555-63, 1970.
4. ALVAREZ-BRAVO,A. et al. Mortalidad materna. Gac. méd. Méx., 104: 25-40, 1972.
5. ARKADER,J. Considerações sobre a mortalidade materna no Brasil. Rio de Janeiro, 1969. (Tese de Livre Docência- Faculdade de Medicina da UFRJ) .
6. ARKADER , J. et al. Profilaxia do abortamento provocado: meta de saúde pública. J.bras. ginec. , 75 :
131-48, 1972 .
7. AGUERO,O.et al. Mortalidad materna. Ginec. Obstet. Mex., 35: 509-21, 1974 .
8. BECKER,E. A negação da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.
9. BERQUÕ,E.S. et al. Estatística vital. 9ª. ed. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP,1972. (mimeografado).

10. BERRY, L.B. Age and parity influences on maternal mortality : United States, 1919-1969. Demography , 14 : 297-310, 1977.
11. BROWN, N.O. Vida contra morte: o sentido psicanalítico da história. Petrópolis, Vozes, 1972 .
12. CACERES, S.A. Morbimortalidad materno fetal en el parto pélvico. Ginec. Obstet. Méx., 35: 83-92 , 1974.
13. CAMARA, H.D. Um olhar sobre a cidade. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1977 .
14. CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978 .
15. CARVALHEIRO, C.D. G. Padrões de mortalidade da população feminina do município de Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil), de 1970 a 1974. Rev. Saúde Públ., S. Paulo, 11: 65-72, 1977.
16. CIARI Jr., C. Nível de instrução e frequência a serviços de pré-natal. Rev. Ginecol. Obstet., 130 : 3-9, 1973..
17. CIARI Jr., C. & ALMEIDA, P.A.M. de . Análise do coeficiente de mortalidade materna no município de O sasco, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6 : 237-44, 1972.

18. CIARI Jr., C. & SIQUEIRA, A.A.F. de. Problemas de saúde materno-infantil no Brasil. In: PARETA, J.M.M. et al. Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social. São Paulo, Mc.Graw-Hill do Brasil, 1976, 203-23.
19. CICIVIZZO, E. et al. Contribuição para a mortalidade materna. J. bras. Ginec., 75: 297-308, 1972.
20. COELHO, A.R. Contribuição para o estudo dos serviços estaduais de saúde pública do Estado de Santa Catarina (1973-1979). São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
21. COELHO; C.C. Contribuição para uma política nacional de medicamentos. São Paulo, 1980 (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
22. COPPES, J.B. & MESSER, R.T. Maternal deaths in California from 1967 to 1971, Amer. J. Obstet. Gynec., 125: 393-401, 1976.
23. COSLOVSKY, S. et al. Mortalidade materna: tendências mundiais. J. Bras. Ginec., 73: 323-26, 1972.
24. COSTA, P.L. Aspectos atuais da operação cesariana. Femina, 9: 61-65, 1981.

25. COTTI, C.A.Q.F.C. Estudo do obituário de cinco anos: 1974-1978 Maternidade Condessa Filomena Matarazzo. Rev. bras. med., 5 : 246-8, 1980 .
26. DARZÉ, E. Cesárea (erros de técnica, seqüelas). Femina, 7 : 445-456, 1979.
27. EVRARD, J.R. & GOLD, E. M. Cesarean Section and maternal mortality in Rhode Island. Incidence and risk factors, 1965-1975. Obstet and Gynec., 50: 594-7, 1977.
28. FAUNDES, A. et al. Influência de la edad y de la paridad sobre algunos parametros de morbilidad materna y sobre la morbimortalidad fetal. Rev. Chil. Obstet Gynec.; 37 : 6-14, 1972.
29. FIANU, S. Maternal mortality in Sweden 1955-1974. Acta obstet. Gynec. scand., 57 : 129-31, 1978 .
30. FRIGOLETTO, F. et al. Maternal mortality rate associate with cesarean section. An appraisal Amer. J. Obstet. Gynec.; 136: 969-70, 1980 .
31. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiiro, Forense Universitária, 1977.
32. GABBE, S.G. et al. Maternal mortality in diabets mellitus. Obstet. Gynec., 48 : 549-51, 1976 .

33. GALBINSKI, A. Contribuição ao estudo da epidemiologia do aborto provocado. J. bras. Gynec., 71: 201-8, 1971.
34. GOLETERNEK, D. The function and operation of a district maternal mortality. Amer. J. Obstet. Gynec., 83: 1501-4, 1962 .
35. GULIN, L.A. et al. Mortalidade materna no ciclo grávido-puerperal. J. bras. Gynec., 74: 365-74, 1972.
36. HARDY, W.E. et al. A ten-year review of maternal mortality. Obstet. Gynec., 45: 65-72, 1974.
37. IMBASSAHY, C. O que é a morte. 2ª. ed. São Paulo; Edicel, 1978. p. 13-51.
38. KARCHMER, S. et al. Estudios de mortalidad materna en México: consideraciones médico sociales . Gaceta med. Méx., 109: 63-83, 1975 .
39. KLEIN, M.F. & KARTEN, I. Maternal deaths : a health and socioeconomic challenge. Amer. J. Obstet. Gynec., 100 : 298-303, 1971.
40. KRUPP, P.J. et al. Maternal mortality. Obstet Gynec., 35: 323-9, 1970.

41. LAURENTI, R. & MELLO JORGE, M.H.P. de . O atestado de óbito. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1979. (mimeo - grafado).

42. LESER, W.S.P. Planejamento familiar baseia-se em razões de saúde pretendendo afastar os riscos ligados às gestações. Saúde, S. Paulo, 1 : 1-3, 1977.

43. LIZANA, F.L. et al. Mortalidadad materna en la maternidad del Hospital Felix Bulnes de Santiago de Chile. Rev. chil. Obstet. Gynec., 36: 122 - 6, 1971.

44. MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões, e causas de óbito. 9ª. Revisão. São Paulo, Centro da OMS para classificação de Doenças em Português, 1978.

45. MANUAL of the international statistical classification of diseases injuries and causes of death . 6th revision. Geneve, World Health Organization, 1948.

46. MARMOL, J.G. et al. History of the maternal mortality study committees in the United States. Obstet. Gynec., 34: 123-38, 1969 .

47. MONETTI,V. & CARVALHO,P.R. Mortalidade materna e na infância no Estado de São Paulo de 1960 a 1970. São Paulo, Instituto de Saúde, 1975 .
(Instituto de Saúde- Publicação, nº 24 Série D-Divisão de Saúde Materna e da Criança, nº 8).
48. MUXI,M. et al. La mortalidad materna. Acta Obstet. Gynec. Hisp. Lus., (supl. nº 2) : 1-85, 1971.
49. NAGI,M.H. & STOCKWELL,E.G. Socioeconomic differentials in mortality by cause of death. Hlth. Serv. Rep., 88: 449-56, 1973.
50. NEME,B. Toxemias tardias da prenhez. Pré-eclâmpsia. In: REZENDE,J. de . Obstetrícia, 3ª. ed Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 1974 p. 471-503 .
51. NEME,B. & MATHIAS,L. Eclâmpsia: prognóstico materno imediato; experiência de 20 anos. Mat. Infanc., 29 : 135-68, 1970 .
52. OJO,O.A. & SAVAGE,N.Y. A ten-year review of maternal mortality rates in the University College Hospital, Ibadan, Nigéria. Amer. J. Obstet.Gynec., 118 : 517-22, 1974 .

53. PASOLD, C.L. Estudo evolutivo da legislação sanitária catarinense e suas repercussões na estrutura dos serviços de saúde pública do Estado de Santa Catarina: período Republicano (até março de 1975). São Paulo, 1978. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

54. PHILLIPS, O. et al. Factores in obstetric mortality. Amer.J. Obstet. Gynec., 87: 71-6, 1963.

55. PROGRAMA nacional de saúde materno-infantil. In : CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p.49-107.

56. PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G. W. Características de la mortalidad urbana. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1968.p. 191-205 OPAS-P^Ub1. Cient, 151).

57. REBOLLEDO, M.C. et al. Mortalidad materna en el Hospital de Gineco. Obstetricia n^o 3 del Centro Médico "La Raza" . Ginec. Obstet. Méx., 29: 51-63, 1971.

58. REEDER, S. et al. Enfermeria materno-infantil . Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1978.

59. REZENDE, J. de . Abortamento legal. J. bras.Ginec., 71: 1-34, 1971.

60. REZENDE, J. de. Assistência à gestante no Brasil (conclusões finais do XI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia), J. bras. Ginec., 81: 1-4 , 1976.
61. REZENDE, J. de. Tocurgia. Introdução ao seu estudo. Generalidades. As indicações da cirurgia no ciclo gestativo. In: REZENDE J. de Obstetrícia. 3ª. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. p.883-1024.
62. REZENDE, J. de. & NAHOUM, J.C. Mortalidade materna e perinatal. In: REZENDE, J. de Obstetrícia , 3ª. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974 p. 1025-1031.
63. REZENDE, T. de et al. Estudo da mortalidade materna na 33ª. Enfermaria (Maternidade) da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. J. bras. Ginec., 73 : 123-45, 1972 .
64. ROCHA, D.N. A enfermagem e a criança. Rev. bras. Enferm., D.F. , 32 : 245-50, 1979.
65. RODRIGUEZ, F. et al. Mortalidad materna en Chile . Rev. chil. obstet. Ginec., 35: 229-40, 1970 .
66. RODRIGUEZ, F. et al. Mortalidad materna en Chile . Rev. chil. Obstet. Ginec., 98: 858-63, 1970 .

67. ROLF,B.B. Maternal mortality in California. Calif. Med., 116 : 4-8, 1972 .
68. RUDGE,W de. S. et al. Redução da mortalidade materna na eclâmpsia. J. bras. Ginec., 75: 285 - 96, 1972.
69. SANTO,A.H. Estudo crítico das estatísticas de causa de morte em doentes portadores de transtornos mentais. São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
70. SCHAFFNER,W. et al. Maternal mortality in Michigan: An epidemiologic analysis, 1950-1971, Amer. J. publ. Hlth., 67: 821-9, 1977.
71. SNAEDAL,G. Maternal deaths in Iceland 1911-1977 . Acta obstet. gynec. scand., 56: 319-21, 1977 .
72. SINGER,P.I. Dinâmica populacional e desenvolvimento. São Paulo, CEBRAP, 1970 .
73. SOUZA,M. de L. de. Alguns aspectos básicos da assistência pré-natal em Florianópolis, Santa Catarina. São Paulo, 1978. (Dissertação de Mestrado Faculdade de Saúde Pública da USP).
74. SOUZA,M.de L. de. Análise do programa de controle da gestação de alto risco. (Apresentado às disciplinas de Medicina Comunitária e Sociologia da Saúde- IV PROAHSA, São Paulo, 1978).

75. TISNE, B. L. et al. Extension del programa de atención integral de la mujer en el area Oriente de Santiago y descenso de la morbimortalidad materna y perinatal. Relacion con algunos indicadores socioeconômicos de Chile. Rev. chil. Obstet. Ginec., 40 : 246-77, 1975.

76. TREJO RAMIREZ, C. A. Mortalidad materna en el hospital de la mujer, 1969-1973. Gynec. Obstet. Méx., 36: 301-26, 1974.

77. TRÜGER, A.L.M. A saúde da gestante. Rev. bras. Enferm., D.F., 32 : 255-8, 1979 .

78. VAN COEVERDEN DE GROOT, H.A. Trends in maternal mortality in Cape Town, 1953-1977, S. Afr. med. J. , 56: 547-52, 1979 .

79. VIGGIANO, M.G.C. & CASTRO, M.A. de. Mortalidade materna: estudo de 12 casos. J. bras. Ginec., 75: 123-130, 1972.

80. VIGGIANO, M.G.C. et al. Mortalidade materna na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes: incidência, causas e responsabilidades. J. bras. Ginec., 87 : 137-41, 1979.

81. WARD, G.H. & MARTINS, S.M. A six-year survey of maternal mortality in the City of Los Angeles, California.

nia (1945-1950). Amer. J. Obstet. Gynec., 70:
308-11, 1975.

82. ZETINA, F.G.T. et al. Mortalidad materna en toxemia. Ginec. Obstet. Méx., 30: 101-7, 1971.

Anexo nº 1

Nº REGISTRO	NOME PACIENTE	DATA INTERNAÇÃO	IDADE EM ANOS	CAUSA MORTIS	RESIDÊNCIA HABITUAL	TRANSFERÊNCIA - NOME DA INSTITUIÇÃO	OBS

Anexo: nº. 2

REGISTRO:

NOME:

IDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

DATA INTERNAÇÃO:

DATA DO ÓBITO:

PARIDADE:

LOCAL DE RESIDÊNCIA:

TRANSFERÊNCIA:

ATESTADO DE ÓBITO NO PRONTUÁRIO: SIM

NÃO

COPIAR CAUSA DA MORTE REGISTRADA NO PRONTUÁRIO

HISTÓRICO. (descreva todas as anotações do prontuário de mo
so sequencial, desde a admissão ao óbito)

Anexo nº 3

TIPO PARTO	GRUPO ETÁRIO							
	PA RIDADE	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 50	TOTAL
NORMAL	P							
	M							
	GM							
CESÁREA	P							
	M							
	GM							
FORCEP	P							
	M							
	GM							
VÁCUO	P							
	M							
	GM							

P - primípara

M - múltípara

GM - grande múltípara