Víctor Alberto Gonzales Almeyda

WV

**MORTALIDADE MATERNA:
ANÁLISE DAS CAUSAS MÚLTIPLAS NO CONTEXTO
DE SUA RESPONSABILIDADE E EVITABILIDADE,
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.**

**Tese apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade
de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Saúde Pública.**

**Orientador: Professor Associado
Antonio Fernandes Moron**

SÃO PAULO-BRASIL

1995

Dedicatória:

" ÀS MULHERES "

**CUJA "EQÜIDADE BIOLÓGICA" NA MATERNIDADE
SEJA AMPLIADA A UMA "EQÜIDADE SOCIAL E
SANITÁRIA" NO CUMPRIMENTO DE SUA FUNÇÃO
REPRODUTIVA NA PRESERVAÇÃO DA ESPÉCIE
PARA ALCANÇAR UM MUNDO NOVO COM:
JUSTIÇA SOCIAL E BEM-ESTAR"**

*A meu pai JULIÁN,
A minha mãe ROSA in memoriam,
que me trouxeram a este mundo e me deram
muito afeto.*

*A DORIS, minha esposa, pelo seu
amor, compreensão e apoio inesgotáveis.*

*A meus filhos
ALBERTO, GUSTAVO e GABRIELA,
pelo seu carinho e tolerância durante minha ausência.*

*A meu tio JUAN. Meus irmãos PEDRO, ROSA e HAYDDÉ, por sua
compreensão na convivência familiar.*

AGRADECIMENTOS

À população do município de São Paulo, e particularmente aos familiares e amigos das pacientes falecidas, que ofereceram generosamente os dados solicitados.

Aos Diretores e Diretores Clínicos dos hospitais e outros estabelecimentos de saúde visitados, por sua gentileza e decisão gerencial para a revisão dos prontuários das pacientes falecidas.

À Equipe Técnica do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo-Prefeitura do Município de São Paulo (PRO-AIM), que permitiram a revisão de todos os atestados de óbito no período da pesquisa e forneceram outros dados.

Ao Diretor, Vice-diretor e pessoal do Instituto de Medicina Legal do São Paulo (IML), que permitiram a revisão dos laudos de necropsia das mulheres em idade reprodutiva.

Ao Diretor e pessoal do Serviço de Verificação de Óbito da Universidade de São Paulo (SVO/USP), que permitiram a revisão dos laudos de necropsia das mulheres em idade reprodutiva.

Ao Diretor e pessoal do Serviço de Verificação de Óbito da Escola Paulista de Medicina (SVO/EPM), que permitiram a revisão dos laudos de necropsia das mulheres em idade reprodutiva.

Ao Diretor e pessoal do Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças-Ministério da Saúde Universidade de São Paulo-Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), pelas facilidades e apoio técnico na codificação e orientações especiais.

Ao Prof. Titular Dr. Ruy Laurenti, por sua alta qualidade humana e de professor pesquisador, que apesar de suas múltiplas responsabilidades universitárias quando reitor da Universidade, prestigiou-me com seu tempo e suas valiosas opiniões técnicas e científicas, com as quais pude iniciar e completar o presente trabalho.

À Prof. Associada Dra. Ana Cristina D'Andretta Tanaka, Chefe do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela análise do projeto de pesquisa e suas valiosas sugestões.

Aos professores do Departamento de Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Saúde Pública da USP, pela sua amizade, aberta e ampla ajuda técnica e científica durante o curso.

Ao Prof. Associado Dr. Augusto Hasiak Santo, por sua alta qualidade humana e de professor pesquisador, e seu apoio técnico e científico permanente, desde o início da pesquisa.

À Dra. Sonia Antonini B. funcionária do Centro de Orientação e Assistência a Saúde (COAS)-Saúde da Mulher, do município de São Paulo, pela sua ampla colaboração na realização desta pesquisa.

Aos Coordenadores de Saúde da Mulher das Áreas Regionais de Saúde do município de São Paulo, pelo apoio na realização desta pesquisa.

À Dra. Patricia Helen de Carvalho Rondó, pelo apoio prestado na revisão do summary.

À Sra. Angela Cuenca e Maria Lucia, pelo trabalho da revisão bibliográfica. A Carminha, Eidi e Suely por sua tolerância e ajuda nos levantamentos bibliográficos e obtenção dos artigos. A Dirce e Antonia pelo seu apoio.

Às entrevistadoras domiciliares.

A Elba, Iara, Sônia e Meirezilda do Departamento de Saúde Materno-Infantil, por seu apoio permanente durante todo o curso da pós-graduação.

Ao Dr. Ricardo Schwarcz, Diretor do Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP/OPAS-OMS), que nas várias entrevistas colocou-me a

situação da saúde da mulher e materna na América Latina e no Caribe e as novas perspectivas de trabalho na área materno-infantil para a região..

Ao Dr. Samuel Karchmer, Diretor do Instituto de Perinatologia do México, que narrou-me sua experiência nas investigações em mortalidade materna e explicou-me os problemas da falta de integração das atividades clínicas e de saúde pública na região.

Ao Dr. German Mora, Consultor Regional de Saúde Materna e Planejamento Familiar OPAS/OMS, Washington D.C. EUA, que muito gentil e competentemente coordenou meu estágio na OPAS/OMS, Washington D.C. EUA, UNICEF Nova Iorque, UNFPA Nova Iorque, e outros organismos não governamentais, além de transmitir sua experiência e inquietudes sobre a saúde da mulher e materna na região das Américas, permitindo-me ter uma visão regional do problema.

À Dra. Marisela Padron Quero, "Chief Latin America and Caribbean Division. United Nations Population Fund" UNFPA, Nova Iorque, EUA., pela gentil e ampla receptividade, diálogo acerca das atividades para a região e entrega de documentos importantes para a pesquisa.

Ao Dr. Roberto Badía, Especialista, Unidade de Saúde Pública do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), pela sua amigável recepção, ampla e paciente informação sobre as atividades do BID na Saúde Pública da região.

À Sra. Anne Tinker, "Senior Health Specialist Population, Health and Nutrition Human Resources Development & Operations Policy", do Banco Mundial, Washington D.C. EUA., pela gentil recepção e entrega de documentos sobre maternidade segura, muito útil para a pesquisa e a visão de sua instituição para região das Américas.

Ao Dr. Mark Belsey, "Programme Manager Maternal and Child Health and Family Planning Division of Family Health" OMS, Genebra, Suíça, pela gentil recepção, coordenação do estágio na OMS, e informação sobre aspectos da saúde da mulher e materna, na visão mundial.

Ao Dr. Agostino Borra, "Maternal Health and Safe Motherhood Programme", da Divisão da Família da OMS, Genebra, Suíça, pela amigável recepção, ampla abordagem e discussão sobre maternidade segura a nível mundial, suas coordenações regionais e nacionais. Perspectivas em pesquisas operacionais e científicas multicentricas.

À Dra. Myriam Gersenovic, Consultora da Divisão de Vigilância Epidemiológica e Serviços Estatísticos, OMS, Genebra, Suíça, pela sua amável atenção, orientação e fornecimento dos documentos acerca das causas múltiplas de morte.

Ao Dr. Robert A. DeVries, "Program Director; Director/International Study Grants and Exchanges. F. W. KELLOGG FOUNDATION", pela sua alta compreensão na viabilização de meu estágio internacional.

Ao Dr. Marcos Kissil, "Program Director; Coordinator/Latin American Programs. F. K. KELLOGG FOUNDATION", pela orientação no desenvolvimento da pesquisa e seu decisivo apoio na obtenção da bolsa da fundação e a realização do estágio nacional e internacional.

Aos funcionários do Ministério da Saúde do Perú e aos funcionários da Sub-Região de Saúde de Huancavelica, Diretor do Hospital de Apoio de Huancavelica, que facilitaram minha permanência, para terminar o curso.

A meus familiares na cidade de Huancavelica-Perú, pelo seu grandioso e imensurável apoio.

E finalmente quero deixar meu reconhecimento e agradecimento sinceros ao Ministério da Saúde do Perú, à Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), à F. K. Kellogg Foundation e à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, por permitir minha preparação técnica e científica, para poder enfrentar, da melhor maneira, os desafios da saúde da mulher, e particularmente, da saúde materna, onde e por onde tiver que desenvolver minhas atividades de Saúde Pública.

Ao Prof. Associado Dr. ANTONIO FERNANDES MORON, meu orientador, pela sua amizade, alta qualidade profissional, sensibilidade humana e acertada orientação, que permitiram decisivamente concluir o curso de pós-graduação.

Ao Prof. Titular Dr. ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA, Diretor da Faculdade de Saúde Pública/USP, que me recebeu no Departamento de Saúde Materno-Infantil, pela sua amizade, orientação, incentivo e apoio durante todo o processo da pós-graduação, sobretudo na realização do estágio nacional (Brasília e Curitiba) e internacional (México, Washington, Nova Iorque e Genebra), que me permitiu conhecer in situ os organismos nacionais de saúde da mulher e materna, assim como o eixo regional e mundial dos mesmos e de outros organismos não governamentais que trabalham com a saúde da mulher e materna.

Esta pesquisa foi realizada no Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-Brasil, com o apoio financeiro do :

- . Ministério da Saúde da República do Perú;**
- . Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS (Representação do Perú);**
- . "W. K. Kellogg Foundation".**

GLOSSÁRIO

Ab = aborto
AO = atestado original
AR = atestado feito
CID = Classificação Internacional de Doenças
CID-9 = Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças , Lesões e causa de de óbito. Nona Revisão.
CID-10 = Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão.
CMM = Comitê de morte materna
mmd = morte materna declarada
DIU = dispositivo intra-uterino
FIGO = Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.
FSP/USP = Faculdade De Saúde Pública/Universidade de São Paulo.
H = hemorragia
IML = Instituto Médico Legal
I= infecções
nd = não declarada
N. de Dx = número de diagnósticos
NV = nascidos vivos
NNUU = Nações Unidas
MM = morte materna
MMO = morte materna obstétrica
MMOD = morte materna obstétrica direta
MMOI = morte materna obstétrica indireta
MMNO = morte materna não obstétrica ou não relacionada
MMT = morte materna tardia
OMS = Organização Mundial da Saúde
OPAS = Organização Panamericana da Saúde
PROAIM = Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo S.P.-Brasil
RN=recém-nascido
SIDA = Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SOE = sem outra especificação
SVEMM = Sistema de Vigilância Epidemiológica da Morte Materna
SVO/USP = Serviço de Verificação de Óbito/Universidade de São Paulo
SVO/EPM = Serviço de Verificação de Óbito/Escola Paulista de Medicina
Tdx = total de diagnósticos
TH= transtornos hipertensivos
UNFPA = Fondo das Nações Unidas para População
UNICEF=Fondo das Nações Unidas para a Infância
UTI=Unidade de Terapia Intensiva.

RESUMO

As informações sobre mortalidade materna constituem uma importante fonte de dados para estudos epidemiológicos, demográficos e para o planejamento, gerência, vigilância e avaliação das múltiplas intervenções intersetoriais, desde os níveis mais simples até os mais complexos, na perspectiva de reivindicar os direitos das mulheres à vida no mundo e entre elas o direito à maternidade segura.

O presente trabalho discute as causas múltiplas de morte materna, isto é, as causas básicas segundo a 9ª Rev. e 10ª Rev. da Classificação Internacional de Doenças (CID) e as causas associadas, verificando o número de diagnósticos, sua tabulação e associações de causas, segundo a 10ª Rev., nos atestados de óbito refeitos baseados em informações obtidas prospectivamente de quatro fontes: - atestado de óbito obtido no Programa de Aprimoramento das Informações em Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM), - entrevistas domiciliares, - prontuários hospitalares e - laudos de necropsia dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e Instituto de Medicina Legal (IML), quando disponíveis. Assim, mostram-se as características epidemiológicas e analisam-se os fatores de responsabilidade e evitabilidade das mortes de mães residentes e ocorridas no Município de São Paulo-Brasil, no período de 01 de dezembro de 1993 até 31 de maio de 1994.

De 31.224 atestados de óbito revisados, foram registrados 2.286 casos de óbitos de mulheres de 10-49 anos e 37 casos de morte materna, registrados pelo PRO-AIM/9ª Rev.-CID. Encontramos, após o estudo, 52 casos de morte materna/9ª Rev., e 69 casos/10ª Rev., portanto ocorrendo uma morte materna a cada 3,5 dias/ 9ª Rev.-CID e a cada 2,6 dias/10ª Rev.-CID. Resultando em um coeficiente de morte materna de 48,04 x 100.000 nascidos vivos.

Das causas básicas em ambas Revisões-CID, verificaram-se: 60,9 % mortes maternas obstétricas diretas (MMOD), das quais: 1)- abortos 23,8 %; destes 60,0 % provocados; 2)- hemorragias 21,4 %; destas, 55,5 % hemorragias pós-parto; 3)- outras causas diretas 21,4 %; compreenderam embolias, complicações anestésicas e cirúrgicas; 4)- transtornos hipertensivos 19,0 %; destes 50,0 % foram eclâmpsias e 5)- infecções 14,3 %; predominaram as infecções puerperais. As mortes maternas obstétricas indiretas (MMOI), 14,5 %, predominaram as cardiovasculares. Com a 10ª Rev., nas mortes maternas não obstétricas (MMNO), 13,0 %, predominaram os acidentes de

trânsito 66,7 %, seguidos por homicídios e suicídio. As mortes maternas tardias (MTT), 11,4 %, com predomínio da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) 75,0 %, seguida de Diabetes mellitus e Coriocarcinoma.

A concordância foi de 42,3 % das causas básicas das mortes maternas obstétricas (MMO), entre atestados originais(AO) e atestados refeitos (AR) pela 9ª Rev. (três algarismos) e de 36,4 % pela 10ª Rev. (três caracteres). Esta diferença é explicada pelo incremento de caracteres no Cap. XI/10ª Rev. e a concordância do total de mortes maternas (MM)/10ª Rev. é 36,2 %. A média de diagnósticos nos atestados originais (AO) foi 2,9, verificando-se diminuição em relação à dos anos anteriores e 6,8 por atestado refeito (AR). Discute-se a necessidade de se incrementar uma linha adicional (d) na I Parte do atestado de óbito.

Para as mortes maternas (MM), foram encontradas as causas associadas: 1-Causas terminais: 1a- Cap. X-Doenças do Aparelho Respiratório 47,8 %; 1b- Cap. XVIII-Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em Outra Parte 17,4 %; 1c- Cap. XIX-Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas 14,5 %. 2- Causas conseqüenciais intermediárias: encontrou-se 2a-Cap. XIX-Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas 78,3 %; 2b- Cap. III-Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários 56,5 %; 2c- Cap. XVIII-Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em Outra Parte 40,6 %. 3- Causas contribuintes: 3a-Cap.XV-Gravidez, Parto e Puerpério 43,5 %; 3b- Cap IX-Doenças do Aparelho Circulatório 26,1 %. 3c- Cap.III- Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários 23,2 %.

Das mortes maternas (MM), 53,6 % foram declaradas e 46,4 % não foram declaradas. Do total de mortes, ocorreram: 81,2 % nos hospitais, 11,6 % na via pública e 7,2 % nos domicílios.

Das características das falecidas: as mortes maternas (MM) corresponderam a mulheres procedentes de outros estados, com menor grau de escolaridade, do lar, com salários muito baixos. A maioria com mais de quatro gestações e intervalo de gestações menor que dois anos. A maioria teve controle pré-natal (CPN) e mais de quatro CPN. A via de parto: 63,2 % cesarianas, 34,2 vaginal e 2,6 % forceps. A maioria de recém-nascidos (RN) nasceu viva e com peso acima de 2500 gramas.

As mortes maternas ocorreram em 42,0 % no puerpério; 40,5 % na gravidez; 11,6 % entre 43 dias-até um ano após termo da gestação e 5,8 % no intraparto. Usaram anticoncepcionais os 33,3% de casos. Em 13,0 % houve dificuldades no transporte aos hospitais; 41,1 % procuraram mais de um hospital para obter atenção e a maioria morreu em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A opinião dos familiares acerca do atendimento, em sua grande maioria - acharam que a paciente não foi bem atendida e responsabilizaram o médico.

Quanto à responsabilidade das mortes maternas (MM), verificamos: 65,2 % fatores de ordem profissional; 56,5 % hospitalar; 24,6 % da paciente e 24,6 % não determinados.

Verificamos quanto à evitabilidade das mortes maternas: 69,6 % mortes evitáveis, sendo das hospitalares 76,8 %; e destas, 92,1 % de mortes maternas obstétricas diretas (MMOD).

A análise das causas múltiplas das mortes maternas, melhora a avaliação dos fatores de responsabilidade e evitabilidade, permitindo direcionar as medidas preventivas. Recomenda-se seu uso no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Morte Materna(SVEMM) e nas atividades dos Comitês de Morte Materna.

SUMMARY

The information on maternal mortality is an important source of data for epidemiological and demographic studies; planning, policy and evaluation of multiple interventions that guarantee to all women a safe motherhood.

The present research carried out between 1st Dez. 1993 - 31st May 1994, discusses in details the multiple causes of maternal mortality in São Paulo city, according to the underlying causes of death in the 9th and 10th Revisions of the International Classification of Diseases (ICD), verifying the number of diagnostics, tabulations and associations of causes in the 10th Rev. of ICD.

It utilizes prospectively 4 sources of data: the original death certificate obtained from the Programme for Vital Registration and Statistics deaths in São Paulo city (PRO-AIM), home interviews, hospital records, necropsy exams (when available), showing the epidemiological characteristics of the maternal deaths and analysing the factors responsible for the deaths, and wich of them could be avoided.

From the 31224 revised death certificates there were 2286 causes of death of women from 10-49 years of age, and 37 cases of maternal death registered at PRO-AIM/ICD-9.

We found 52 cases of maternal death in ICD-9 and 69 cases of death in ICD-10, resulting in a maternal mortality rate of 48.04 per 100.000 live births.

According to ICD-9 there was one maternal death every 3.5 days and according to ICD-10 there was one maternal death every 2.6 days.

The underlying causes of deaths in ICD-9 and ICD-10 were: 1- Direct maternal death- 60.9 % ,1a- abortion -23.8 % (60.0 % unsafe abortion), 1b- haemorrhage -21.4 % (55.5 % post-partum haemorrhage), 1c- embolism, anesthetic, surgical complications, etc. 1d- hypertensive disorders -19.0 % (50.0% eclampsia), 1e- infections -14.3 % (predominance of puerperal infections). 2- Indirect maternal deaths -14,5 % (most of the causes were cardiovascular disorders).

The underlying causes of death in ICD-10 were: 1- Non-obstetrical causes of death -13.0 %, 1a- traffic accidents -66.7 %, followed by suicide and homicides. 2- Late maternal mortality -11.4 %, 2a- AIDS -75.0 %, followed by Diabetes mellitus and Coriocarcinoma.

There was an agreement of 42.3 % in ICD-9 and 36.4 % in ICD-10, in relation to the direct and indirect underlying causes of death, comparing the original deaths certificates obtained from PRO-AIM, and the revised deaths certificates obtained from PRO-AIM, home interviews, hospital records and necropsy exams. This difference can be explained by the number of characters in Chapter XI/CID-10. The agreement for total maternal mortality in ICD-10 is 36.2 %.

The mean number of diagnostics in the original death certificate is 2.9 and in the revised death certificate is 6.8.

We propose the addition of another item in the first part of the death certificate (d line).

The associated causes of maternal mortality were: 1- Terminal, 1a- Chap. X-Diseases of the respiratory system -47.8 %; 1b- Chap. XVIII-Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified -17.4 %; 1c- Chap. XIX-Injury , poisoning and certain other consequences of external causes -14.5 %. 2- Intermediary causes of maternal mortality, 2a-Chap. XIX-Injury, poisoning and certain other consequences of external causes -78.3 %; 2b- Chap. III-Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism -56.5 %; 2c- Chap. XVIII-Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding, not elsewhere classified -40.6 %. 3- Contributory causes of maternal mortality, 3a- Chap. XV-Pregnancy, childbirth and the puerperium -43.5 %; 3b- Chap. IX-Diseases of the circulatory system -26.1 %, 3c- Chap III-Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism -23.2 %.

Fifty three point six percent (53.6%) of the maternal deaths were registered in the original death certificate, about 46.4 % were not registered. From all of these deaths: 81.2 % were in hospital, 11.6 % in the street, 7.2 % at home.

The characteristics of the maternal deaths were: women coming from other States of the Federation; low maternal education; women not working outside home; low income; more than 4 gestations; less than 2 years interval of gestations and more than 4 antenatal care visits. According to the type of delivery, 63.2 % of the women delivered by cesarean, 34.2 % had normal deliveries and 2.6 % had forceps. Thirteen percent (13.0 %) of the women did not get transport to go to a hospital; 33.3 % utilized contraceptives; 41.0 %

went to more than one hospital to get medical attention; 42.0 % of the women died during the puerperium; 40.5 % of the women died during pregnancy; 11.6% of the women died in the period between 43-365 days of after pregnancy and 5.8 % of the women died during labor.

The majority of the babies were born with a weight higher than 2.5 Kg.

The relatives of the women that died, did not appreciate the quality of the attendance of the medical doctors.

We conclude that among the factors responsible for the maternal mortality in São Paulo city: 65.2 % are related to professional factors, 56.5 % hospital factors, 24.6 % patients factors and 24.6 % undetermined factors.

Sixty nine point six percent (69.6 %) of the deaths could be avoided, 76.8 % of the deaths were at hospital level and 92.1 % of these hospital deaths were direct causes of deaths.

The analysis of the multiple causes of maternal death improve the evaluation of the factors of responsibility and preventability allowing the implementation of preventive measures.

We recommend its utilization in the Epidemiological System of Vigilance of Maternal Mortality (SVEMM) and in the activities of the Maternal Mortality Study Committee.

ÍNDICE

	Página
Dedicatória	I
Agradecimentos	II
Apoio financeiro	III
Glossário	IV
RESUMO	V
SUMMARY	VI
1 - INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	1
1.1 - Importância dos usos de dados de mortalidade	2
1.2 - Classificação internacional de doenças	6
1.3 - Definições e medidas das mortes maternas	11
1.4 - O atestado de óbito e as definições das causas de morte	16
1.5 - A precisão nas declarações de causa de morte	20
1.6 - Estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas	21
1.7 - Situação da morte materna: mundial, regional, Brasil e município de São Paulo	27
1.8 - A OMS, OPAS, Governo, Comunidade e a Mortalidade materna	34
1.9 - Causas médicas das mortes maternas	38
1.10 - Sistema de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna	40
1.11 - Comitês de Morte Materna	44
1.12 - Responsabilidade pelas mortes maternas	46
1.13 - Evitabilidade das mortes maternas	49
1.14 - Justificativa	52
2 - OBJETIVOS	54
3 - MATERIAL E MÉTODOS	56
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1 - Número de casos segundo a CID-9 e CID-10	67
4.2 - Características dos óbitos maternos:	71
4.2.1 - Ocorrência no período de estudo	71

4.2.2 - Ocorrência durante a semana	71
4.2.3 - Ocorrência durante período diurno/noturno	73
4.2.4 - Local de ocorrência	75
4.2.5 - Características demográficas e sócio-econômicas:	76
4.2.5.1 - Idade	76
4.2.5.2 - Estado conjugal	79
4.2.5.3 - Naturalidade	79
4.2.5.4 - Escolaridade	81
4.2.5.5 - Ocupação(falecida e esposo/companheiro)	84
4.2.5.6 - Salário	87
4.2.6 - Características dos antecedentes das falecidas:	87
4.2.6.1 - Hábito de fumar e beber	87
4.2.6.2 - História gestacional da falecida	90
4.2.6.3 - Intervalo entre o último parto e o início da gestação atual	90
4.2.6.4 - Assistência pré-natal	93
4.2.6.5 - Tipo de via de parto	96
4.2.6.6 - Recém-nascidos	96
4.2.6.7 - Época de óbito no ciclo gravídico-puerperal e de 43 dias até um ano	100
4.2.6.8 - Anticoncepcionais usados	101
4.2.7 - Atenção hospitalar:	105
4.2.7.1 - Hora de admissão ao hospital	105
4.2.7.2 - Unidade de ingresso, tempo entre o ingresso e o atendimento, conduta e avaliação por especialidades	108
4.2.7.3 - Unidades hospitalares onde ocorreram os óbitos maternos	110
4.2.8 - Qualidade da assistência médica, do ponto de vista do familiar	112
4.3 - Diagnósticos declarados e não declarados, segundo a CID-10	117
4.4 - Causas básicas:	124
4.4.1 - Concordância da causa básica, segundo a CID-9 e a CID-10, nos atestados originais e refeitos	132
4.4.1.1 - Concordância segundo a CID-9	133
4.4.1.2 - Concordância segundo a CID-10	136

4.5 - Causas associadas:	145
4.5.1 - Número de diagnósticos, nos atestados originais e refeitos/CID-10	145
4.5.2 - Causas terminais	152
4.5.3 - Causas consequenciais intermediárias	158
4.5.4 - Causas contribuintes	164
4.6 - Fatores de responsabilidade	169
4.7 - Fatores de evitabilidade	176
5 - CONCLUSÕES	187
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	204
8 - ANEXOS	

1 - INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1 IMPORTÂNCIA DO USO DOS DADOS DE MORTALIDADE

De uma forma geral, o uso de estatísticas de mortalidade é de grande importância em todos os níveis de avaliação, planejamento e decisão: local, regional, nacional e mesmo internacional. Isto é válido não apenas em relação à área de saúde, mas igualmente para as mais diversas esferas da administração pública^{7,49,84,92,99,112,128,139,145}.

Os dados e estatísticas de mortalidade são usados principalmente para: vigilância epidemiológica, avaliação e análise de situação de saúde, além dos usos em estudos epidemiológicos e populacionais⁷.

A vigilância epidemiológica, deve ser entendida como um conjunto de atividades voltadas, de forma contínua, para o acompanhamento de um determinado problema de saúde (doença, agravo), bem como de seus fatores determinantes ou de risco, a fim de permitir, em tempo oportuno, a recomendação, a decisão e a execução de ações de controle, assim como a avaliação de seus resultados.

A mortalidade é um dos dados fundamentais para a vigilância epidemiológica de um grande número de doenças e agravos à saúde. Deve-se dizer, desde logo, que este é um uso tipicamente imediato, próprio dos níveis locais e periféricos do sistema de saúde, o que significa que não se deve aguardar a consolidação e a elaboração completa de estatísticas e publicações para a análise e a tomada de decisões. Os dados de mortalidade também são usados em outros níveis.

No processo de avaliação, os dados de mortalidade são um importantíssimo instrumento, tanto de cobertura, qualidade e resolubilidade de serviços, quanto de programas, de ações específicas, ou ainda de tecnologias. Assim, um dos indicadores mais sensíveis e importantes da qualidade dos serviços de atenção materno-infantil é a mortalidade materna. Sua redução depende muito da capacidade dos serviços de saúde em promover o acompanhamento pré-natal, com a identificação de gravidez de risco, da atenção adequada ao parto e ao puerpério, além de fatores como condições de saúde e nutrição pré-existente.

Além de permitir a avaliação qualitativa dos serviços, o coeficiente de mortalidade materna retrata a cobertura de serviços, em especial quando associada ao indicador de proporção de partos atendidos institucionalmente e/ou por pessoal capacitado. Outro exemplo de indicador de qualidade de

serviços é dado pela mortalidade hospitalar que mede a ocorrência dos óbitos chamados institucionais. Ressalte-se que essa comparação deve ser realizada em hospitais semelhantes.

A avaliação de programas de saúde, por meio da vigilância epidemiológica, encontra nos dados de mortalidade um instrumento relevante, quando se analisa a tendência de uma determinada causa de morte ou grupos de causas de morte e, dependendo do tipo de doença ou agravo e do grupo populacional considerado, o impacto dos programas na redução da mortalidade pode ser substancial.

No que se refere à avaliação de ações específicas e tecnologias, os dados de mortalidade podem contribuir muito para o estudo da eficácia, por exemplo, de determinadas formas de terapêutica de doenças graves, por meio de um indicador especial -a letalidade- ou seja, a proporção dos eventos (doenças) que evoluem para a morte.

Outra forma de uso dos dados de mortalidade, nesse campo, é a análise da sobrevivência de doentes submetidos a diferentes tipos de tratamento para uma mesma doença.

Através dos dados de mortalidade, pode ser possível decidir sobre a necessidade de investimentos em capacitação de recursos humanos, tecnologia, especialização e cobertura de serviços, direcionando-os para as áreas que deles mais tenham necessidade.

Na análise de situação de saúde, a construção de indicadores de saúde é uma das mais clássicas e tradicionais utilizações das estatísticas de mortalidade.

Constituem-se os indicadores de saúde, ainda hoje, numa das formas mais seguras e abrangentes de se medir situação de saúde, mesmo que de forma indireta.

Ao utilizar a mortalidade para descrever a situação da saúde, e sobretudo para descrever as diferenças de condições de vida e saúde, deve-se considerar que a morte não só é um fato tardio ou terminal nos processos saúde/doença, mas também um acontecimento único e inexorável na vida de cada pessoa. Em consequência, as relações entre as condições de vida e a mortalidade estão afetadas por um grande número de processos intermediários de caráter biológico, ecológico, cultural e econômico, os quais afetam a frequência dos processos de risco, a morbidade, a precocidade e o tipo de atenção curativa¹⁰⁰.

A dificuldade de colocar em prática o conceito de saúde como "um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças" (OMS), e principalmente em mensurá-la, justifica o fato de os principais indicadores de saúde disponíveis buscarem aproximações indiretas da saúde, inclusive através da sua ausência absoluta, ou seja, a morte.

Conhecendo-se quando, onde, como e de que morrem os indivíduos, é possível deduzir-se, de forma bastante aproximada, quanto e como vivem os mesmos e, a partir daí, qual a sua situação de saúde.

A análise da situação de saúde feita através dos indicadores de mortalidade constitui a base, em conjunto com outros indicadores, para a definição de políticas sociais, de saúde em especial, determinação de investimentos prioritários, organização de serviços, formulação e execução de programas de: promoção, prevenção e recuperação da saúde. Entretanto, para a elaboração de análises mais completas e abrangentes, devem necessariamente ser incluídos outros indicadores, como morbidade, alimentação e nutrição, escolaridade e educação, condições de trabalho, emprego e salário, capacidade de consumo e lazer, condições de saneamento e moradia, segurança social e liberdade, dentre outros.

Mesmo assim, os dados de mortalidade oferecem uma variada gama de opções para a construção de indicadores. Alguns dos mais conhecidos e importantes indicadores de saúde são: coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida, razão de mortalidade proporcional (indicador de Swaroop e Uemura), coeficiente de mortalidade por grupos de idade, coeficiente de mortalidade por grupos de causas, coeficiente de mortalidade materna e, com destaque, o conhecido universalmente coeficiente de mortalidade infantil.

A idéia clássica de que o coeficiente de mortalidade infantil é um indicador "completo", "extremamente sensível", "indicador social", necessita, talvez, ser atualizada e ajustada.

Os riscos de morrer de um grupo determinado podem ser modificados significativamente mediante intervenções seletivas, sem que necessariamente sejam melhoradas as condições de vida do dito grupo^{100,139}

A análise da mortalidade materna deve buscar também a identificação e detalhamento de causas, cuja redução traduza melhor a qualidade dos serviços de saúde e a melhora das condições socio-econômicas. A mortalidade materna é menos vulnerável só a ações simplificadas, comparando, por exemplo, com a mortalidade infantil que, com ações como

terapia de hidratação oral, tratamento de infecções agudas e vacinação, produzem uma redução de grande impacto, porém os casos de septicemia, deficiências nutricionais, afecções originadas no período perinatal, na maioria das vezes, não apresentam reduções tão rápidas, mantendo-se quase estáveis.

O caso da mortalidade materna guarda concordância com o mencionado no último parágrafo. As coberturas altas de pré-natal, não concordam com os altos coeficientes de mortalidade materna, o que traduz, na maioria das vezes, a má qualidade do atendimento. Por outro lado o limitado acesso aos serviços de saúde, para o atendimento dos partos e suas complicações, ainda agrava este quadro com a falta de informação das pacientes e familiares, sobre o uso dos serviços.

Os problemas obstétricos, diferentes da maioria dos demais aspectos de saúde pública, somente podem ser abordados de maneira eficaz mediante intervenções médicas contínuas e ativas. Os serviços de saúde devem estar em condições de utilizar fármacos adequadamente, efetuar transfusões de sangue, realizar cirurgia obstétrica de urgência e eletiva e tratar as complicações que põem em perigo a vida das pacientes.

É preciso ressaltar que as complicações obstétricas são freqüentemente IMPREVISÍVEIS, e os serviços de saúde materna devem ser de fácil e rápido acesso, além de ter boa qualidade no atendimento¹³⁹.

LAURENTI(*) considera que a mortalidade materna, da mesma maneira que a mortalidade de crianças menores de um ano, é um excelente indicador do nível de saúde de uma população, bem como traduz muito bem a disponibilidade e a qualidade dos recursos de saúde existentes.

Outros consideram e utilizam os coeficientes de morte materna como indicadores de desenvolvimento humano - não obstante seu maior sub-registro nos países não desenvolvidos - o que marca as diferenças mais claramente entre os países industrializados e os países em desenvolvimento; diferenças que são consideravelmente mais marcantes, do que aquelas que definem a mortalidade infantil. Estas diferenças observam-se também entre e dentro dos países^{101,132,139}.

A determinação da incidência e prevalência de doenças, invalidez e

(*) LAURENTI, R. A SAÚDE MATERNA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS. (Elaborado para o "Plano de Ação Regional Para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas". Resolução XVII, Oitava Sessão Plenária, XXIII Conferência Sanitária Panamericana, Washington, D.C. 1990).

lesões traumáticas, por meio de estatísticas de morbidade, seria a forma mais adequada para o conhecimento de saúde e de doenças de populações⁶⁵. Entretanto, a limitada disponibilidade destes indicadores determina o uso de dados de mortalidade, já que estes são obtidos mais facilmente⁶⁷.

São bem conhecidas as limitações quantitativas e qualitativas das estatísticas de mortalidade. A primeira, QUANTITATIVA, se deve ao sub-registro de óbito e a deficiência no fluxo da declaração entre o Cartório de Registro Civil e a repartição estatística que a processa na Unidade da Federação (Brasil).

A segunda limitação, QUALITATIVA, diz respeito à precisão dos dados inscritos na declaração de óbito, principalmente aqueles sobre as causas de morte³⁴. Este fato basicamente é dependente da boa preparação dos profissionais médicos que fornecem as declarações de óbito.

Não obstante estas considerações, o uso dos dados de mortalidade continuam sendo mais confiáveis e de maior cobertura na maioria das populações.

1.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID)

O inglês JOHN GRAUNT -século XVI- é considerado o primeiro estudioso, de doenças, quando da análise da mortalidade por causa⁶⁹. Na sua listagem original de mortalidade foi considerada a morte materna, como: 1- "abortive and stillborn" e 47- "mother".

A necessidade de comparar causas de morte, segundo áreas ou regiões de um país e principalmente entre países, fez crescer o interesse para se usar uma mesma classificação internacional, que foi estudada a partir da segunda metade do século XIX.

WILLIAM FARR (1855) foi o primeiro médico estatístico do "General Register Office of England and Wales", o verdadeiro iniciador das estatísticas de saúde, particularmente das análises de estatísticas de mortalidade, a propor uma classificação com propósitos estatísticos e hierarquizada, que se reconhece como a base estrutural da atual classificação de doenças⁹⁰.

Foram realizados muitos eventos internacionais para o estudo das estatísticas de mortalidade no século XIX.

Em 1893 foi adotada a Classificação de Bertillon pelo Instituto Internacional de Estatística, recomendado o seu uso internacional e adotado por vários países. Esta é considerada a primeira classificação internacional de causa de morte. Nesta classificação os aspectos relacionados às mães são considerados no capítulo VII-Estado Puerperal.

No ano de 1898, a Associação Americana de Saúde Pública recomendou a adoção dessa classificação pelos oficiais de registro do Canadá, Estados Unidos e México, bem como sugeriu sua revisão a cada dez anos.

No Brasil, não foi ainda recuperada a informação quanto ao início de seu uso. No estado de São Paulo, o órgão que elaborava as estatísticas de mortalidade usava a Classificação de Bertillon na primeira década do século XX.

As revisões da Lista Internacional de Causas de Morte, da primeira (1900) a quinta (1938), foram convocadas pelo Governo francês, e eram aprovadas nas chamadas "Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon" ou "Classificação Internacional de Causas de Morte".

A partir da Sexta Revisão (1948) e posta em uso em 1950, a responsabilidade pelos trabalhos de revisão, publicação e divulgação da Classificação Internacional de Doenças, passou a ser da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sendo o princípio de uma nova era no campo internacional das estatísticas vitais e sanitárias.

O Quadro 1 mostra as diferentes revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Durante o tempo transcorrido houve revisões e mudanças de objetivo da CID. Desde 1948 se chamou "Classificação de Doenças, Lesões e de Causas de Morte da OMS", incluindo-se motivos de consulta que não por doenças presentes no momento da consulta. Pela solicitação dos países para seu uso em morbidade.

O que ocorreu é que a CID começou como um instrumento estatístico para enumerar e analisar as causas de morte, sem incluir portanto, as doenças não letais. Ainda hoje essa é uma de suas principais funções e seu único uso em numerosos países. O fato de ter uma só classificação, tanto para morbidade quanto para mortalidade apresenta algumas dificuldades.

No ano de 1989 foi aprovada a Décima Revisão (CID-10), chama-se:

Quadro 1
REVISÕES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, SEGUNDO O ANO QUE FOI ADOTADA, ANOS DE USO E NÚMERO DE CATEGORIAS.

Revisões	Ano da conferência que a adotou	Anos de uso	Categorias			TOTAL
			Doenças	Causas Externas	Motivos Assistência Saúde	
Primeira	1900	1900-1909	157	22	-	179
Segunda	1909	1910-1920	157	32	-	189
Terceira	1920	1921-1929	166	39	-	205
Quarta	1929	1930-1938	164	36	-	200
Quinta	1938	1939-1948	164	36	-	200
Sexta	1948	1949-1957	769	153	88	1,010
Sétima	1955	1958-1967	800	153	88	1,041
Oitava	1965	1968-1978	858	182	48	1,088
Nona	1975	1979-1992	909	192	77	1,178
Décima	1989	1993-2002(?)	1,575	373	82	2,032

Fonte: LAURENTI⁶⁹.

"A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde"¹⁵⁷. Esta atual CID foi recomendada para ter sua implementação em 1993, todavia no Brasil, como na maioria dos países ainda não foi implementada, pela presença de dificuldades como nos outros países; sua implementação está prevista para 1996⁸². Ampliou-se enormemente o número de categorias e particularmente subcategorias, em relação à Nona Revisão (CID-9)⁹⁰, visando satisfazer plenamente aos usuários em morbidade.

1- LISTA BÁSICA PARA TABULAÇÃO:

38 Aborto	630-639
380 Aborto espontâneo	634
381 Aborto induzido por indicações admitidas legalmente	635
382 Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente	636
39 Causas obstétricas diretas	640-646, 651-676
390 Hemorragia na gravidez e no parto	640-641-666
391 Toxemia gravídica	642.4-642.9-643
392 Infecções do trato geniturinário na gravidez	646.6
393 Trabalho de parto obstruído	660
394 Complicações do puerpério	670-676
40 Causas obstétricas indiretas	647-648

Para garantir um mínimo de comparabilidade internacional quaisquer listas de tabulações utilizadas com estas finalidades devem conter as 50 rubricas das listas de Mortalidade e Morbidade.

2- LISTA DE 50 CAUSAS PARA MORTALIDADE:

38 Aborto:	630-639
------------	---------

39 Causas obstétricas diretas:

640-646, 651-676

3- LISTA DE CATEGORIAS DE TRÊS ALGARISMOS:

Capítulo XI: COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO

(630-676):

(630-639) Gravidez terminada em aborto.

(640-648) Complicações relacionadas com a gravidez.

(650-659) Parto normal e outras indicações de assistência na gravidez, no trabalho de parto e no parto.

(660-669) Complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto.

(670-676) Complicações do puerpério.

4- LISTA TABULAR DE INCLUSÕES E SUBCATEGORIAS DE QUATRO ALGARISMOS:

Sobre as mesmas dos três algarismos, se coloca em forma variada o número de subcategorias de quatro algarismos, considerando todas as causas [para ver maiores detalhes, ver referência⁹⁰].

Na **CID-10**, a classificação básica é uma lista de códigos de categorias de três caracteres, cada uma das quais pode ser dividida em até dez subcategorias de quatro caracteres. Em lugar do sistema puramente numérico das revisões previas, a Décima Revisão usa um código alfanumérico com uma letra na primeira posição e um número na segunda, terceira e quarta posições.

A **CID-10**, assim mesmo considera as Listas especiais de tabulação, que são usadas devido ao fato de a lista completa de quatro caracteres e mesmo a lista de três caracteres, serem muito longas. Para apresentação em tabelas estatísticas rotineiras usa-se uma lista de tabulação que enfatiza algumas afecções isoladamente, e agrupam-se outras. Em relação à morte materna consideram-se:

1- LISTAS ESPECIAIS DE TABULAÇÃO DE MORTALIDADE:

LISTA 1-MORTALIDADE GERAL-lista condensada(103causas):

1-087	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
1-088	Gravidez que termina em aborto	O00-O07
1-089	Outras mortes obstétricas diretas	O10-O92
1-090	Mortes obstétricas indiretas	O98-O99
1-091	Restante de gravidez, parto e puerpério	O95-O97

LISTA 2-MORTALIDADE GERAL-lista selecionada (80 causas):

2-066	Gravidez que termina em aborto	O00-O07
2-067	Outras mortes obstétricas diretas	O10-O92
2-068	Mortes obstétricas indiretas	O98-O99

2- LISTA DE CATEGORIAS DE TRÊS CARACTERES:

Capítulo XV: GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO O00-O99

(O00-O08) Gravidez que termina em aborto.

(O10-O16) Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério.

- (O20-O29) Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez.
- (O30-O48) Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativas ao parto.
- (O60-O75) Complicações do trabalho de parto e do parto.
- (O80-O84) Parto.
- (O85-O92) Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério.
- (O95-O99) Outras afeções obstétricas não classificadas em outra parte.

3- LISTA TABULAR DE INCLUSÕES E SUBCATEGORIAS DE QUATRO

CARACTERES (inclui todas as causas; para conferi-las ver referência¹⁵⁷.

A CID-10 é apresentada em três volumes, sendo que o I volume contém a chamada Lista tabular de categorias de três caracteres (uma letra e dois numeros) e de subcategorias com um quarto caracter¹⁵⁷. O II volume contém toda a parte referente ao atestado médico da causa de morte, as regras internacionais para codificar mortalidade, as regras de morbidade, as definições, recomendações e regulamento, assim como as listas especiais para tabulação¹⁵⁸. O volume III é o índice alfabético¹⁵⁹.

A CID-9, tem 17 capítulos e duas classificações suplementares(E e V); a CID-10 tem 21 capítulos. Em relação à gravidez, ao parto e puerpério, na CID-9 está compreendido o capítulo XI-Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério, com 46 categorias ocupadas e quatro livres. A CID-10 tem 75 categorias ocupadas e 25 livres, evidenciando-se aumento de categorias.

A CID-10 se expandiu tanto que em sua maior parte é desnecessária ao uso em mortalidade o que dificulta seu uso nesta área. Por outro lado, em morbidade nem todos os usuários estão satisfeitos.

Partiu-se, portanto, da necessidade de obtenção de informações sobre mortalidade por causas e se chegou atualmente à possibilidade de se obter informações para todos os níveis de assistência à saúde e à doença. É preciso notar, porém, que as classificações componentes desta "família" não contemplam a inclusão de variáveis sociais, as quais ainda que importantíssimas para uma perfeita caracterização do quadro saúde-doença da população, devem ser obtidas por outros métodos e "cruzadas" com as categorias que se desejar em qualquer uma daquelas classificações.

1.3 DEFINIÇÃO DE MORTE MATERNA

Ao longo da história, a mortalidade materna teve interpretações conceituais diversas, apresentando variações com relação à inclusão ou não dos casos de aborto, das causas acidentais ou incidentais chamadas também morte materna não relacionada à gestação (morte materna não obstétrica) e ao tempo de puerpério^{61,77,121,123,125,134}.

No mundo, através do tempo, o conceito de morte materna foi modificando-se, assim por exemplo GOLETERNEK (1962)⁴⁰, ao se referir ao período pós-parto, dentro do qual um óbito pode ser considerado como morte materna, afirma que na Califórnia este período é de 90 dias, na Filadélfia é de dois meses, na Carolina do Norte é de seis meses e no Condado de Franklin, Ohio, é de 12 meses. Outras diferenças também são mostradas no "Technical papers" do INTERNATIONAL INSTITUTE FOR VITAL REGISTRATION AND STATISTICS (1993)⁴⁹.

As atuais definições relacionadas com a mortalidade materna foram aprovadas em setembro de 1989 na Décima Revisão da CID¹⁵⁷.

MORTE MATERNA (MM)

Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

MORTE MATERNA TARDIA (MMT)

Morte materna tardia é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO

Morte relacionada à gestação é a morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte.

As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos:

MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS (MMOD)

Aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a

uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS (MMOI)

Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelo efeitos fisiológicos da gravidez.

As definições da CID-10 consideram a definição da CID-9⁹⁰ que só considerava as mortes maternas diretas e indiretas, ademais incorporou a definição da FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FIGO)⁴⁸, em relação as mortes maternas não obstétricas, sempre que aconteçam desde o início da gravidez até os 42 dias do puerpério. Assim mesmo, incrementou a condição de morte materna tardia.

As definições da CID-10, para sua distinção, têm relação com o tempo da morte e com a causa da morte. Em relação ao tempo da morte, historicamente, a mortalidade materna foi definida para as mortes ocorridas durante a gravidez ou entre as primeiras seis semanas, depois de terminada a gravidez. Estes tempos foram também sancionadas por uma variedade de práticas, sejam culturais (sociedade indonesa), onde as seis semanas tiveram significado conjuntural para a colocação do nome; ou religiosas (na igreja anglicana, tempo para a reincorporação das mulheres, pós-parto, à igreja).

A moderna medicina prolonga a agonia, e a vida; assim, ocorrem mortes maternas, depois de 42 dias do término da gravidez. Por exemplo, mulheres que morrem logo após quatro meses do parto, por insuficiência renal como seqüela da eclâmpsia, estariam incluídas nas mortes tardias.

A definição da CID-10 resolve as diversas controvérsias sobre as definições de morte materna após o parto, considerada agora, até um ano depois do término da gestação. Porém existem outras, ainda por resolver-se, como por exemplo os casos de coriocarcinoma, até agora incluídos no capítulo de neoplasias, que seriam de mortes maternas. Existem portadoras de coriocarcinoma que morrem depois de um ano, não estão consideradas como mortes maternas, do mesmo modo não são consideradas as mortes de pacientes com miocardiopatia periparto.

Quanto as causas de morte, historicamente as causas não relacionadas, ou não obstétricas, foram excluídas da mortalidade materna. Embora já

consideradas como tal, há ainda dificuldades na distinção com as indiretas que a distinção entre mortes diretas e indiretas³⁶.

Morte depois de dois meses pós-parto por câncer de mama é possível ser considerada uma morte obstétrica indireta, porque a gravidez faz mais rápido o progresso do câncer de mama. Porém isto também pode ser discutido como uma causa incidental, em relação à gravidez, ou ser classificada como uma morte materna tardia.

Morte durante a gravidez, por melanoma é uma morte incidental porque não há evidência de que a gravidez acelere esta doença.

Algumas mortes de causa externa podem estar relacionadas só à gravidez. Como exemplos citamos: o caso de uma jovem que foi assassinada pelo seu companheiro, como medida drástica em razão de uma gravidez prévia ao matrimônio; muitos homicídios e suicídios de mulheres grávidas, ou recentemente grávidas, são atribuíveis, em alguns casos, à gravidez; do mesmo modo os acidentes também podem ser considerados pois a fadiga, associada à gravidez avançada, diminui a mobilidade, habilidade e até mesmo os reflexos para evitar acidentes. Todas estas são questões de difícil resposta porque não é fácil determinar-la, nestas condições a verdadeira causa de morte. Novamente, estas questões são freqüentemente impossíveis de resposta e arguição em favor de incluir todas as mortes de mulheres durante a gravidez ou depois de terminar a gravidez, indiferente da causa, em uma medida de morte materna. A CID-10 modifica para chamar estes "mortes relacionadas à gravidez", porém isto não implica que a relação seja necessariamente direta.

A importância da abordagem do conceito de morte materna adequado obedece à necessidade de que a comunidade, profissionais médicos, especialmente os obstetras, enfermeiras obstétricas, auxiliares de enfermagem, epidemiologistas, demógrafos, estatísticos, planejadores, programadores, administradores da saúde, governantes municipais, estaduais e federais, organizações nacionais e internacionais, das Nações Unidas e as não governamentais, conheçam ou dominem, segundo o caso, para seu uso pertinente, o conceito da morte materna.

1.3.1 MEDIÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna pode ser medida por:

- 1- Número de mortes maternas
- 2- Razão (ratio) de mortes maternas
- 3- Taxa (rate) de mortes maternas
- 4- Transcurso de risco de morte em recém-nascidos

O número de mortes maternas é uma patente medida que dá indicação do impacto da morte materna na Saúde Pública, porém esta medida nem sempre é usada para comparações entre países. Em algumas circunstâncias números puros podem eloqüentemente descrever a situação, por exemplo, 21,600 mortes ocorridas cada ano em Bangladesh, comparadas com as 500 mortes ao ano nos Estados Unidos de América (com uma população quase próxima a 2 1/2 do tamanho de Bangladesh).

O coeficiente (taxa) de mortalidade materna por convenção internacional foi definido da seguinte maneira⁹²

número de mortes por causas maternas num ano x 10.000 ou 100.000
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> número de nascidos vivos no mesmo ano

O problema que surge é que nem sempre existe fidedignidade na informação sobre número de nascidos vivos, sobretudo nos países subdesenvolvidos.

Por outro lado, esta proposta de cálculo do coeficiente de morte materna é bastante criticável, porque no sentido estrito, esta medida de coeficiente (taxa) não se trata de um coeficiente (rate), mas sim de uma razão (ratio), porque para ser coeficiente (rate), isto é para expressar o verdadeiro risco deve ser elaborado: a) colocando-se no denominador não apenas os nascidos vivos, mas sim todas as mulheres que engravidaram no período, o que poderia ser estimado pelo número de nascidos vivos mais os nascidos mortos (fetais); este último dado, pode-se dizer, impossível de se obter; b) outra maneira de se conhecer o risco (rate), seria colocando no denominador o número de mulheres em idade fértil, o que indica o risco de mulheres em idade fértil virem a morrer por causas maternas⁶⁷.

Porém se preferiu utilizar o denominador de nascidos vivos, porque é muito difícil obter informação fidedigna e de qualidade semelhantes entre os países, sobre o número de gestações que terminam em abortos ou em nascidos mortos.

BOERMA (1987)¹³ e TINNKER (1994)¹³⁹ discutem as duas maneiras de calcular os coeficientes de mortalidade materna. Por um lado utilizando no

denominador apenas os recém-nascidos vivos, que mede o risco de morrer a que estão expostas as mulheres durante a gravidez, é dizer o risco obstétrico e por outro lado, colocando no denominador o número de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos de idade), esta expressaria o coeficiente de mortalidade materna e a taxa de fecundidade (quantidade de nascimentos por cada 1000 mulheres em idade fértil) incide nela a probabilidade de gravidez e risco obstétrico.

Em relação à medição da morte materna a CID-10¹⁵⁸ recomenda, em primeiro lugar, que para propósitos da notificação internacional de mortalidade materna, só as mortes maternas que ocorrem antes do fim do período de referência de 42 dias devem ser incluídas no cálculo das várias razões e taxas, embora o registro das mortes maternas seja útil para propósitos analíticos nacionais. Quanto às taxas de mortalidade materna publicadas devem sempre especificar o numerador (número de óbitos maternos registrados) que, podem ser como:

- o número de mortes maternas obstétricas diretas registrados ou
- o número de mortes maternas obstétricas registradas (diretos mais indiretos).

Salientando que as mortes maternas por doenças pelo Vírus da imunodeficiência humana-HIV (B20-B24) e o Tétano obstétrico (A34), refere que deve-se tomar cuidado para incluir tais casos na razão de mortalidade materna.

Quanto aos denominadores da mortalidade materna, o denominador usado para calculá-la deve ser especificado quer como o número de nascimentos vivos, quer como o número de nascimentos totais (nascidos vivos mais mortes fetais). Quando ambos os denominadores forem disponíveis, deve-se fazer um cálculo para cada um.

Quanto às razões e taxas, recomenda-se que os resultados devem ser expressos como uma razão do numerador em relação ao denominador multiplicada por k (onde k pode ser 1.000, 10.000 ou 100.000), conforme preferido e indicado pelo país. As razões e as taxas de mortalidade materna podem então ser expressas como se segue:

$\text{Taxa de mortalidade materna}^{(1)} = \frac{\text{Óbitos maternos(diretos e indiretos)}}{\text{Nascimentos vivos}} \times k$
--

Razão de mortalidade materna obstétrica direta	=	Óbitos obstétricos diretos ----- Nascimentos vivos	x k
Razão de mortalidade obstétrica indireta:	=	Óbitos obstétricos indiretos ----- Nascimentos vivos	x k
Razão de mortalidade relacionada com a gravidez ⁽²⁾ :	=	Óbitos relacionados com a gravidez ----- Nascimentos vivos	x k

Apresentam a seguinte aclaração:

- (1) O uso do termo "taxa", embora inexato em seu contexto, é conservado para fins de continuidade. A rigor esse indicador é uma razão, e não uma taxa.
- (2) O numerador inclui mortes maternas obstétricas diretas e indiretas mais aquelas devidas a qualquer outras causas (não obstétricas).

O fato de ter estes critérios para efeito de medir a mortalidade materna, praticamente complica a situação, resultando obviamente em que não se tenha uniformidade no cálculo.

O ideal seria optar por uma medida unifroem, que expressasse a situação da morte materna, conforme a definição da CID-10, que considera todos os tipos de morte ,materna e não apenas aquelas obstétricas. Pelo exposto, parece que o progresso da definição de morte materna não acompanhou o processo de medição dessas mortes.

1.4 O ATESTADO DE ÓBITO E A DEFINIÇÃO DA CAUSA DE MORTE

Dentro do processo de estudo da morte de uma pessoa é imprescindível o conhecimento do documento que, sob o ponto de vista médico e jurídico legitima o fato.

Nesse sentido, é importante mencionar que o dicionário brasileiro³² registra para os termos: **atestado**: *documento que contém atestação; certidão; prova; demonstração*, **declaração**: *ato ou efeito de declarar; aquilo que se declara; prova escrita; documento*, **certidão**: *documento passado por funcionário que tem fé pública e no qual se produzem peças processuais, escritos constantes em suas notas ou se certificam atos e fatos que eles conheçam em razão de ofício*.

Apesar do Ministério da Saúde reservar ao documento a ser passado pelo médico a denominação declaração e considerar o atestado somente o

referido na parte IV da declaração, para efeito do presente trabalho, ambas expressões são usadas como sinônimas e, portanto, usadas indistintamente.

Históricamente, até fins do século passado, poucos países tinham um formulário, para atestado de óbito, sendo que, a partir do final da segunda década e início de terceira do presente século, praticamente, todos os países passaram a ter um formulário próprio para a declaração da causa de morte ²⁴.

O fato de cada país se utilizar de um modelo diferente de atestado de óbito fez com que a "Conferência Internacional de Revisão de Classificação" ao aprovar, em 1948, a Sexta Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças, adotou o "Modelo Internacional de Atestado de Óbito"¹⁵⁵, que passou a ser utilizado a partir de 1950, praticamente por todos os países do mundo.

Esse modelo, usado até hoje, consta de duas partes: PARTE I, com três linhas (a, b e c) onde deve estar declarada, em último lugar, a causa básica; PARTE II, onde devem ser informadas outras condições significantes que interferiram no curso do processo mórbido, as assim chamadas causas contribuintes ou contributórias.

A implantação do **"Modelo Internacional do Atestado"** no Brasil ocorreu também em 1950, em todo o território nacional.

Em 1976, o Ministério da Saúde, visando à implementação do Sistema Nacional de Informações para o setor de Saúde, no "Subsistema de Informações sobre Mortalidade", adotou uma "Declaração de Óbito", padronizada para todo o país. Esta, mantendo o modelo internacional do atestado médico, uniformizava a maneira de registrar todos os demais tipos de informações. A finalidade daquele Subsistema foi compatibilizar os dados e permitir sua comparabilidade, consolidando-os em nível nacional, permitindo, então, maior racionalização das atividades baseadas nas informações.

O Ministério da Saúde elaborou também um "Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito" 1976, reeditado em 1985⁷⁹, que foi distribuído para as Secretarias de Saúde dos estados, as quais se encarregaram de distribuí-lo a todos os médicos.

Paralelamente, a Divisão Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, bem como do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, passaram a resolver os problemas de implementação do modelo, visitando as Capitais dos estados, e promovendo atividades educativas para o setor médico tanto público quanto privado⁶⁴.

O modelo da Declaração de Óbito implantado em 1976 está no anexo I.

Recentemente, no mês de abril de 1994, durante o Forum Nacional de Mortalidade Materna do Brasil, realizado em Curitiba (Paraná), o Ministério de Saúde apresentou o novo modelo de declaração de óbito para o Brasil, em que amplia-se o registro de informações, assim relacionados com a mortalidade materna (ver item Nº 37, do atestado de óbito) no anexo II. Esta modificação colocamos para maior objetivação:

37 ÓBITO FEMININO EM IDADE FÉRTIL ?		
a) ESTAVA GRÁVIDA NO MOMENTO DA MORTE?	[]	1- SIM 2- NÃO
b) ESTEVE GRÁVIDA NOS DOZE MESES ANTERIORES À MORTE?	[]	3-IGNORADO

Esta modificação muito oportuna e importante para a melhor informação das mortes maternas é concordante com a recomendação feita no ano de 1990, na Quadragésima Terceira Assembléia Mundial da Saúde: segundo a qual se deve considerar *a inclusão nos atestados de óbito, de questões sobre gravidez atual e sobre a gravidez no período de um ano precedente à morte*. Assim mesmo esta Assembléia recomendou aos países: onde for necessário, os países devem considerar a possibilidade de uma linha adicional, (d), na Parte I do atestado¹⁵⁸. A esse respeito não se tem informação por parte do Ministério da Saúde do Brasil.

Do ponto de vista jurídico, a certidão de óbito outorgada pelo Cartório de Registro Civil constitui-se na prova cabal e incontestável do desaparecimento do indivíduo, assegurando, assim, a realidade da morte, satisfazendo exigências da determinação da sua causa jurídica e esclarecendo questões de ordem sanitária.

A lei prevê o registro obrigatório do óbito (Lei Federal 6015 de 31.12.73), sendo documento indispensável, para que qualquer sepultamento seja feito⁶⁴.

É importante ressaltar que o médico, se houver no lugar, ou duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte, são os responsáveis por todas as informações constantes desse documento e não apenas ao que se refere à causa do óbito (Parte IV da Declaração de Óbito - "Atestado Médico").

Em relação à **definição da causa de morte**, a OMS (1948) definiu do seguinte modo: *"as causas de morte, a serem registradas no atestado médico, são todas aquelas doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a*

morte, ou que contribuíram para ela, ou as circunstâncias do acidente ou da violência que produziram essas lesões"¹⁵⁵.

Quanto à designação das causas de morte, na primeira metade deste século as causas de morte apresentadas nas tabulações de mortalidade recebiam designações diferentes nos vários países⁶³, entre outras: "causa primária de morte", "causa principal de morte", "causa fundamental de morte" e "causa de morte". Na Sexta Revisão se adotou a designação "causa básica de morte".

Considerou-se que, do ponto de vista de prevenção de morte, seria importante cortar a cadeia de eventos ou instituir a cura em algum ponto e também o objetivo mais eficaz da Saúde Pública é prevenir a causa precipitante para que ela não atue. Para estes propósitos, a tabulação estatística mais simples é aquela relativa à **CAUSA BÁSICA DE MORTE**, definida como: " (a) *doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente á morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal*"¹⁵⁵.

Assim, na declaração de óbito anterior, no correspondente ao item Nº 35 (anexo I), e mais importante na nova declaração de óbito no correspondente ao item Nº 38 (anexo II), a causa básica deve o médico registrar, no último lugar da Parte I ou seja na (linha c).

A causa básica dá origem a uma sucessão de afecções que são chamadas **CAUSAS CONSEQÜENCIAIS**, que devem ser registradas nas linhas acima (b e a), a última causa conseqüencial, registrada na linha (a), é chamada **causa direta, terminal ou imediata**.

Na Parte II, devem ser informadas outras condições significantes que interfiram no curso do processo mórbido, causas que não entram na cadeia iniciada pela básica, as assim chamadas **CAUSAS CONTRIBUINTES ou CONTRIBUTÓRIAS**.

As afecções conseqüenciais e as contributórias constituem o que se chama de **CAUSAS ASSOCIADAS**.

As estatísticas de mortalidade por **CAUSAS MÚLTIPLAS** são aquelas obtidas pela classificação de todas as **CAUSAS BÁSICAS E ASSOCIADAS** existentes nos atestados de óbito⁶³.

No Brasil, a designação de "causas conseqüenciais", as doenças registradas nas linhas (a e b), encerram uma contradição: se conseqüenciais, não podem ser causas.

1.5 A PRECISÃO NAS DECLARAÇÕES DE CAUSAS DE ÓBITO

JAMES e col. (1955)⁵⁵ publicaram os resultados de um estudo onde compararam os atestados de óbito originais com os dados obtidos em relatórios de autópsias em Nova Iorque, estudo que evidenciou falta de precisão na declaração da causa de morte. Assim, os dados de autópsia mudaram certas causas de morte: a tuberculose, que deveria ser declarada 16,7 % a mais, a doença reumática crônica do coração, 22,0 % e as má-formações congênitas, 14,5 %. Várias doenças, que deveriam ser declaradas como causa básica, não foram citadas.

O que fica muito claro é que este fato - o erro na declaração da causa básica - é devido, principalmente, a não ter havido, em muitos locais, suficientes programas de esclarecimento, junto aos médicos, sobre o preenchimento correto do atestado de óbito. O mesmo pode ser dito quanto ao ensino deste assunto nas escolas médicas

Vários outros trabalhos sobre a precisão quanto ao preenchimento do atestado de óbito têm sido realizados, entre eles, MORIYAMA e col. 1958⁸⁹.

O relatório sobre os problemas de certificação, feito em 1958 pelo "COMITTEE ON MEDICAL CERTIFICATION OF CAUSE OF DEATH", dos Estados Unidos²⁰, expôs também importantes aspectos do problema e, citando extensa bibliografia, fez referência à falta de exatidão dos atestados. Os autores atribuem à maneira inadequada de seu preenchimento, acentuando, porém, que seria possível obter significativa melhoria desse ponto de vista, desde que os médicos tivessem perfeito conhecimento do que é pedido na declaração das causas de morte, assim como um senso de maior responsabilidade ao preencher os atestados. A mesma publicação estimou em 20-25 % o número de atestados em que não ficava clara a opinião do médico sobre a causa básica de morte.

MILANESI & LAURENTI (1964)⁷⁸ estudaram uma amostra de atestados de óbitos do Distrito de São Paulo. Entre outros aspectos, analisaram qual é a proporção daqueles considerados corretos, sendo que "correto" foi definido como atestado de óbito que mencionasse a causa básica, mesmo tendo sido escrita fora do lugar apropriado, inclusive na Parte II. A causa básica era conhecida através de informações adicionais, tais como entrevistas aos médicos que cuidaram do falecido, consulta ao prontuário dos hospitais, laudos de autópsia e outros. Os autores verificaram que apenas 67,6 % dos atestados foram preenchidos corretamente, sendo que grande parte daqueles

considerados incorretos deveu-se ao fato de que os médicos não os souberam preencher.

FONSECA & LAURENTI (1974)³⁴, aproximadamente depois de dez anos, fizeram estudo semelhante para óbitos ocorridos na mesma área, tendo verificado que os mesmos erros continuavam a existir.

LAURENTI e col (1988⁶⁷-1990⁶⁸, verificaram que as mortes de mulheres por causas maternas, são as mais mal-declaradas nos atestados de óbito, encontrando uma alta subinformação (55,5 %). Igualmente, SANTO* (1993) comentou que, provavelmente, um dos capítulos da Classificação Internacional de Doenças que apresenta preenchimento com muita deficiência é o Capítulo XI-Complicações da gravidez, parto e puerpério/CID-9.

1.6 ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE, SEGUNDO CAUSAS MÚLTIPLAS

O uso das estatísticas de mortalidade, segundo as causas múltiplas, não é novo assim, na Inglaterra, segundo a referência histórica, a análise das causas múltiplas foi feito inicialmente por FARR (1856)⁴, que analisou e deu muita importância aos registros das "doenças secundárias".

Logo um código de causas secundarias foi iniciado em 1911⁵, com algumas análises, o qual foi continuado por muitos anos, de uma forma ou de outra. A DECENAL SUPPLEMENT foi publicada sobre causas múltiplas de morte para os períodos de 1921-1931¹¹⁴, e 1936-1937¹¹⁵.

Posteriormente à II Guerra Mundial, os estudos sobre causas múltiplas em 1951¹¹⁶ e depois no ano de 1955¹¹⁷, tiveram continuidade. Nestes estudos foram utilizadas técnicas de tarjeta, e em 1966 introduziu-se o uso do computador digital. A análise das causas múltiplas em 1966-1967 foi realizada usando a CID-7¹¹⁸. No período de 1968-1969, os estudos tiveram pouco sucesso, devido a problemas em comparações da CID-8 com CID-7.

Durante 1970-1971, a codificação foi restrita para somente uma área geográfica em cada ano. Isto teve mais sucesso e estabeleceu que uma amostra pode estar codificada por causas múltiplas, junto à rotina de procedimentos de codificação das causas básicas. De 1972 até 1975, técnicas

* SANTO, A., H.: (Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português-MS/USP/OPAS/OMS). Comunicação pessoal.

instrutivas e amostras grandes foram desenvolvidas e no de 1976 todas as mortes foram codificados por causas múltiplas.

No ano de 1978, foi mudado o estudo e codificação de doenças para a CID-9 e a codificação de causas múltiplas foi temporariamente abandonada. Nos anos de 1979-1981, voltaram a utilizá-la para mortes neonatais, em um estudo longitudinal. O uso das causas múltiplas foi reintroduzido em 1985-1986, para todas as mortes. De 1987-1992 elaboraram-se códigos para as causas múltiplas; no entanto com o re-desenvolvimento do processamento de dados de morte, usou-se o software americano de código de causas e todas as mortes mencionadas foram avaliadas (1993)¹⁰.

Nos Estados Unidos da América, PUFFER (1989)¹¹² menciona que ISRAEL e col. (1982⁵²-1986⁵³) resumiram sobre a utilização de causas múltiplas de morte, mostrando que há uma longa história iniciada em 1917. Entretanto, a preparação e publicação sistemática de trabalhos sobre causas múltiplas de morte iniciaram-se com um informe baseado em dados de 1978, que apareceu em 1984⁷³. Iniciou-se a distribuição de fitas de computador com dados sobre causas múltiplas de morte correspondentes aos anos de 1968 a 1983.

Para este processamento de informações médicas utilizaram e utilizam ainda um processo de informatização denominado Classificação Automatizada de Entidades Médicas (ACME -Automated Classification of Medical Entities), estes procedimentos foram descritos por ISRAEL e col. (1982)⁵².

No Estado de São Paulo, desde 1983 implantou-se o Sistema de Classificação Automática de Causas de Morte na FUNDAÇÃO SEADE 1994³⁸. Trata-se, na verdade, de uma adaptação às condições brasileiras de mortalidade do Sistema ACME, desenvolvido originalmente pelo "National Center for Health Statistics" (NCHS) dos Estados Unidos. Este sistema seleciona automaticamente a causa básica de morte, eliminando, assim, possíveis falhas humanas dos codificadores e uniformizando critérios de seleção. Permite, outrossim, armazenar, para cada registro de óbito, todas as causas mencionadas no respectivo atestado médico e possibilita, desta maneira, a análise por causas múltiplas de morte. Atualmente existe um projeto na Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados-SEADE/São Paulo, cuja meta primordial é criar condições para a utilização sistemática e contínua das causas múltiplas de morte, a partir da construção de um sistema que permita transpor os dados do computador de grande porte para bancos de dados de rápido e fácil acesso em microcomputador.

Atualmente utilizam-se em alguns segmentos populacionais (infantil e idosos) com apenas algumas variáveis da declaração de óbito.

As estatísticas de causas múltiplas de morte aparecem tendo-se em vista os erros que podem existir nas estatísticas de mortalidade que; levam em conta somente uma causa e, principalmente, o fato de que nem sempre uma morte depende de uma só causa. Há anos vem sendo sentida a necessidade de se obter estatísticas de mortalidade por causas múltiplas.

A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE¹⁰⁵ publicou o documento Nº 1846J, da Organização Mundial da Saúde (OMS), resultado da reunião de Uppsala/Suécia (7-13 Junho 1988), onde discutiram a metodologia das causas múltiplas, colocando as seguintes considerações: **Causa básica de morte**: doença ou lesão que iniciou a série de acontecimentos patológicos que levou diretamente à morte; **Causas intervenientes**, aquelas condições precipitadas pela causa básica; **Causas condicionantes**, aquelas condições que iniciaram a cadeia de eventos que levaram à morte, quando a causa originadora não se seleciona como básica; **Causas contribuintes**, aquelas condições que não tomam parte na cadeia de eventos principais que levam à morte, porém que com ela contribuíram e, finalmente, **Causas associadas**, outras condições distintas das anteriores. Esta forma de abordagem das causas múltiplas ainda está em processo de revisão, porém já existem publicações, como por exemplo BUSTAMANTE-MONTES e col. (1990)¹⁵, que relataram um trabalho realizado no Distrito Federal do México, com atestados de óbito de abril e maio de 1985, concluindo que o estudo das causas múltiplas de morte permite observar doenças de baixa freqüência como básicas, porém muito freqüentes como concorrentes no momento da morte.

Embora a causa básica seja conceitualmente mais fácil de entender e melhor aceita para medir a mortalidade, freqüentemente não comunica a complexidade das condições médicas no momento da morte. A maioria das mortes é o resultado de mais de uma entidade nosológica e a causa básica exclui muita informação sobre condições de intervenção, contribuintes ou concorrentes⁴¹.

O desconhecimento, por grande parte de médicos, sobre a maneira correta de preencher o atestado faz com que eles assinalem, muitas vezes, a causa básica de maneira incorreta, de tal forma que, mesmo aplicando as regras de seleção ela não será codificada. A codificação de todas as causas mencionadas no atestado fará com que elas apareçam sempre, não se perdendo, desta maneira, nenhuma informação.

As regras de seleção conferem a algumas doenças uma "menor prioridade", fazendo com que elas, mesmo informadas corretamente como básicas, sejam descartadas em favor de outras mencionadas. É o que ocorre com a doença hipertensiva que freqüentemente é causa básica de afeções vasculares do sistema nervoso central e afeções cardíacas, e é informada, desta maneira, nos atestados.

A codificação de causas múltiplas traria o benefício de evidenciá-las sempre que mencionadas.

Além das regras de seleção da causa básica deformarem a magnitude de algumas doenças, podem afetar artificialmente a tendência de outras.

Segundo DORN (1966)²⁵ as mudanças acentuadas na tendência de mortalidade por uma doença podem ser devidas a mudanças das regras de seleção (com a introdução de uma nova revisão) e não a mudanças de comportamento da doença propriamente dita.

Tem sido observado que um mesmo lote de atestados de óbito, codificado por pessoas diferentes apresenta algumas discordâncias quanto à seleção da causa básica. Desta maneira, variações de mortalidade por algumas causas poderão ser atribuídas a este fator. Isso não ocorre quando todos os diagnósticos são codificados no atestado de óbito.

ERHARDT (1958)²⁹ destacou o problema que surge quando existem várias condições que causam a morte, sendo que uma só deve ser selecionada, questionando o conceito tradicional de uma só causa, o que conduz sempre a amplas e serias discussões.

TREOLAR (1956)¹⁴⁰ publicou interessante trabalho intitulado "O enigma da Causa de Morte", onde discute o aspecto de se atribuir a morte uma só causa. Para o autor, a causalidade de uma determinada morte é sempre múltipla, de tal maneira que a necessidade vigente de se optar por uma só, para efeitos de tabulação, transforma-se num difícil problema.

Diz textualmente, "*.....É uma proposição falsa que cada morte seja devida a uma única causa; disto estamos bem conscientes. Admiti-se uma causalidade múltipla para cada morte, está tácito no próprio atestado....*"

Como resultado, a seleção de uma só causa, para finalidade de tabulações, tornou-se um grande problema, levando-se muitas vezes a um jogo de palavra as regras e instruções, para aflição, não só dos médicos, como também de estatísticos. O esforço desenvolvido nos últimos anos para resolver

questões de tabulação e interpretação das causas múltiplas representa um ataque ao problema básico e indica que a causalidade de morte não pode ser considerada singular".

As tabulações que apresentam a mortalidade por causas múltiplas fornecem, principalmente, dois tipos importantes de informações: frequência total das causas existentes na população falecida e associações de causas.

O total de vezes que uma causa aparece, e não somente quando ela é básica, pode ser considerada como a primeira grande utilidade das causas múltiplas.

DORN (1966)²⁵ discutindo as causas múltiplas, expõe a importância de se apresentar tabulações que contenham, além da causa básica, o total de vezes que um diagnóstico é mencionado. Isto permitiria:

- a. representar de maneira completa a frequência total com que cada diagnóstico aparece;
- b. dar uma base mais racional para conhecer a importância relativa de várias doenças como causa de morte;
- c. aumentar a utilidade das estatísticas de mortalidade para estudos epidemiológicos;
- d. melhorar a confiabilidade nas comparações internacionais sobre causa de morte;
- e. fornecer elementos para julgar os efeitos das regras na eleição de causa básica e
- f. fornecer uma medida sobre o efeitos das mudanças das regras de seleção da causa básica na tendência dos coeficientes de mortalidade por causas específicas.

NASHOLD 1983⁷⁴ mencionado por SANTO¹²⁸, tecendo considerações sobre a utilidade das causas múltiplas de morte, lista sete razões, que entende superpostas de alguma forma, quatro das quais teriam grande impacto sobre pesquisas de mortalidade e três que estariam voltadas para a melhoria da informação. O uso de causas múltiplas de morte se justifica, pois:

1. reflete o fato biológico relacionado a causas competitivas ou sinérgicas;
2. fornecem um quadro mais completo de mortalidade com vistas às pesquisas epidemiológicas;
3. permitem análises de padrões de causa de morte, a saber a análise de causas combinadas de morte;
4. expandem dados de mortalidade a ponto de sanar parcialmente as falhas dos dados de morbidade;
5. utilizam em maior grau informações já disponíveis;
6. podem, em última análise, aprimorar a credibilidade dos dados sobre mortalidade e
7. podem oferecer sugestões para as revisões de Classificação Internacional de Doenças.

O estudo das causas múltiplas torna possível também outro tipo de análise, que poderíamos considerar sua segunda grande utilidade. Referimo-nos às associações de causas que podem ser vistas de duas maneiras. Uma delas é a evidência para cada causa básica e quais as conseqüências ou complicações mais freqüentes. Pensando em termos de

prevenção de morte, não somente a nível primário, isso representaria uma grande contribuição.

Em um dos últimos eventos da OMS (1994)³⁹, em relação ao estudo das causas múltiplas, salienta-se a importância, que em nenhum momento pode-se colocar em questão a validade das causas básicas como o eixo fundamental de análise para tabulações primárias de estatísticas de mortalidade. Simplesmente está propondo-se um método suplementar de abordar o panorama. Não se intenta substituir o conceito das causas básicas, pois o julgamento da reunião é imutável¹⁶⁰.

Na atualidade, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, se apresentam mudanças em seus perfis populacionais e epidemiológicos. O aumento das doenças crônicas por um lado e o aparecimento de novos problemas de saúde como a SIDA por outro, bem como outras enfermidades de transmissão sexual, farmacodependência, colocam a importância das investigações e as análises das causas múltiplas de morte, para permitir utilizar da melhor forma os dados, a fim de subsidiar ações na comunidade para a solução dos problemas maiores da Saúde Pública, como é a morte materna entre outros.

Atualmente parece não restar mais dúvida sobre a importância do emprego de causas múltiplas para estatísticas de mortalidade. Entretanto, algumas dificuldades são apontadas limitando seu uso. Assim o grande volume de dados a ser trabalhado tem sido citado como o principal óbice. A OPAS recomenda que se realizem estudos de causa múltiplas, quando a média de causas por atestado de óbito for igual ou maior que 2,6¹⁵. O número de causas por atestado sofreu modificações ao longo do tempo; as razões são principalmente o incremento de causas crônicas e a conscientização dos médicos no sentido de que é útil o registro de todas as causas que rodeiam a morte dos indivíduos^{39,111}.

O reconhecimento de maior trabalho, faria com que as recomendações para estudos de causas múltiplas fossem tímidas: "em razão dos problemas de custos envolvidos na produção de tabelas por causas múltiplas, as mesmas não deveriam ser feitas como atividades de rotina ou sem forte razão, compreendendo que as tabulações de causas múltiplas seriam demoradas e difíceis. Estas deveriam ser restritas, na prática, a alguns grupos específicos de doenças de interesse particular¹²⁸, como é nosso interesse em relação ao estudo de causas múltiplas das mortes maternas no município de São Paulo. Recomenda-se realizar esses estudos a cada cinco anos, no entanto, com os

avanços da tecnologia e a produção de sistemas de codificação, provavelmente seja implementando na forma rotineira, além da necessidade de conhecer melhor o estado das doenças e realizar intervenções pertinentes.

Sendo assim, o estudo das causas múltiplas vem, há tempo, sendo motivo de interesse, pela reconhecida necessidade de se obter um melhor e mais completo conhecimento sobre a "síndrome complexa da morte" visto que sempre se deu ênfase somente a causa básica.

1.7 SITUAÇÃO DA MORTE MATERNA: MUNDIAL, REGIONAL, BRASIL E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Ninguém sabe exatamente quantas mulheres morrem todos os anos, como consequência das complicações da gravidez, do parto e puerpério no mundo. A maioria dos dados sobre mortalidade materna são fragmentados e indiretos, muitas vezes incompletos e, às vezes, inclusive de duvidosa legitimidade e seguridade. O acontecimento mais surpreendente acerca da saúde materna é hoje a diferença extraordinária nas taxas de morte materna entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, considerando-se este indicador, não obstante seu sub-registro, como o que marca mais claramente a maior diferença de todas as estatísticas de Saúde Pública e do desenvolvimento humano^{1,7,8,18,68,85,100,101,102,103,124,132,139,144,146,154}, conforme pode-se observar no Quadro 2.

Assim por outro lado, sem considerarmos os dados publicados pelo "Demographic Year Book" (1992)¹⁴⁶, e os dados apresentados pela UNICEF (1993)¹⁴⁴, Banco Mundial (1993)¹⁵⁴, OMS (1994)¹⁴¹, observamos diferenças marcantes dos dados globais e taxas dos países em desenvolvimento, que traduzem a carência de dados fidedignos, inclusive a nível de organismos das Nações Unidas, e outros que têm muita participação no desenvolvimento dos países, como é o Banco Mundial. Precisamos optar por uma ordem de trabalho normalizado e hierarquizado a este nível, no estudo da mortalidade materna, e somar esforços para ter estatísticas, no mínimo semelhantes, no melhor dos casos, para gerenciar estatísticas únicas deste problema da humanidade. Isto permitiria otimizar e adequar as múltiplas intervenções na perspectiva de redução da mortalidade materna que, na maioria das vezes, são unilaterais.

Observamos, pelos dados disponíveis da OMS 1994¹⁴¹, que das 150 milhões de gestações cada ano, menos de um quarto desenvolvem serias

Quadro 2

MORTALIDADE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS (1980-1990) E PORCENTAGEM DE NASCIMENTOS ASSISTIDOS POR PESSOAL DE SAÚDE TREINADO (1983-1991), POR REGIÕES E PAÍSES SELECIONADOS, DO MUNDO.

REGIÕES/PAÍS	% NASCIMENTOS ASSISTIDOS POR PESSOAL DE SAÚDE TREINADO	TAXA DE MORTE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS
ÁFRICA		
MALI	32	2000
SOMÁLIA	2	1100
GANÁ	55	1000
PAPUA NOVA GUINÉ	20	900
NIGÉRIA	37	800
GUINÉ-BISSAU	27	700
ÁFRICA DO SUL	...	84
ÁSIA		
NEPAL	6	830
AFEGANISTÃO	9	640
ÍNDIA	31	460
CHINA	94	95
JAPÃO	100	11
EUROPA		
IRLANDA	...	2
BÉLGICA	100	3
DINAMARCA	100	3
ITÁLIA	...	4
SUÉCIA	100	5
REINO UNIDO	100	8
FRANÇA	94	9
PORTUGAL	90	10
AMÉRICA		
ESTADOS UNIDOS	99	8
CANADÁ	99	5
HAITI	20	340
HONDURAS	90	220
MÉXICO	77	110
CUBA	90	39
COSTA RICA	93	36
BOLÍVIA	54	600
PERÚ	52	300
PARAGUAI	66	300
BRASIL	95	200
COLÔMBIA	94	200
ARGENTINA	87	140
CHILE	98	67
RESUMO POR REGIÃO		
PAÍSES MENOS DESENVOLVIDOS	27	590
PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	55	340
PAÍSES DESENVOLVIDOS	98	15

Fonte: UNICEF (1993)¹⁴⁴
(...) dados não disponíveis

complicações tais como: hemorragia pós-parto, transtornos hipertensivos, eclâmpsia e sepsis puerperal. Destas complicações resultam 500 mil mortes maternas, e 431 mil segundo o Banco Mundial (1993)¹⁵⁴, das quais 99,0 %

ocorrem nos países menos desenvolvidos. Estes dados da OMS e do Banco Mundial sintetizam-se nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3

INCIDÊNCIA, NÚMERO DE CASOS DE COMPLICAÇÕES, NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS RELACIONADOS À MATERNIDADE NO MUNDO OMS. 1993.

CAUSAS	Incidência %	Nº de casos (000s)	Número de óbitos (000s)	% total de óbitos maternos
Hemorragia	10	14.000	127	25
Sepsis	8	11.500	76	5
Eclâmpsia	1	1.000	61	12
Parto obstruído	5	7.000	40	8
Aborto inseguro	*	20.000	70	13
Outras causas diretas	3	4.500	40	8
Causas indiretas	9	13.000	96	19
TOTAL		71.500**	510	100

FONTE: WHO Maternal and Safe Motherhood Programme, unpublished estimates, (1993)¹⁴¹.

(Nota: isto é uma estimativa global e pode variar em diferentes lugares)

*Estimado é equivalente ao 10 % de todas gestações. ** Estimado Nº de eventos, não de mulheres.

Quadro 4

ÓBITOS POR CAUSAS DERIVADAS DA MATERNIDADE NO MUNDO, BANCO MUNDIAL. 1990.

CAUSAS	N	%
-Hemorragias	130,000	30,2
-Septicemia	79,000	18,3
-Aborto	61,000	14,2
-Eclâmpsia	45,000	10,4
-Outros	44,000	10,2
-Parto obstruído	40,000	9,3
-Hipertensão	32,000	7,4
-TOTAL	431,000	100,0

FONTE: Banco Mundial (1993)¹⁵⁴.

Em consequência destes dados é muito difícil delinear um quadro de tendências das taxas de morte materna, pela qualidade das informações, entretanto Royston & Armstrong (1991)¹²⁴ referem uma tendência de redução, em quase todos os países nas últimas décadas. Nos últimos cinco anos, o risco de morte materna diminuiu apenas 5,0 %⁹¹. Na América Latina, a tendência da mortalidade materna precisa de uma cautelosa interpretação pela base de informação de dados muito deficiente, no período de 1970-1988 que mostrou uma tendência a diminuir em muitos países e aumento em outros (Perú, Nicarágua, Jamaica, Salvador, Guyana). A partir de 1988, o ritmo da

redução das mortes maternas mostrou estabilização em alguns países e retrocesso em outros. A OPAS¹⁰⁰ afirma que apesar da diminuição da fecundidade na maioria dos países, em alguns, o número absoluto de óbitos maternos tem aumentado, e o dito aumento associa-se à exacerbação da crise social e econômica da metade da década de 80, que aumentou as desigualdades entre países e grupos de população, entre elas as diferenças relacionadas com o acesso aos serviços de saúde.

Só recentemente, a partir do Decênio das Nações Unidas para a Mulher (1976-1985), o problema da mortalidade materna tem merecido a atenção dos governos e organismos internacionais para o desenvolvimento, por fazer-se notar através de pesquisas epidemiológicas⁹⁹, que coincidem com os movimentos organizados de mulheres que lutam por um tratamento social mais justo⁹⁶.

O fato de não se ter o número real de mortes maternas é um reflexo da relativa baixa prioridade que continua recebendo este tema. Os países membros das Nações Unidas mantêm seguimento da mortalidade infantil, mas não têm a mesma preocupação no que diz respeito à mortalidade materna⁵⁴.

Até muito pouco tempo a morte materna foi considerada como um problema de relativa importância para a Saúde Pública na maioria dos países da América Latina e Caribe. Os dados referentes a estes são mais problemáticos; assim, a disponibilidade, acessibilidade da informação para análise e utilização não são consideradas ideais¹⁸.

No ano de 1990 a população estimada de mulheres em idade reprodutiva de 15-49 anos nas Américas foi de 186 milhões; destas mulheres em torno de 15 milhões haviam parturido³³.

A morte de uma mulher por causas derivadas da gravidez ou parto é sempre uma desgraça, e se converte em uma verdadeira tragédia, quando essa morte poderia ter sido evitada. Esta situação ocorre com frequência na Região das Américas, onde cada ano morrem, pelo menos 28 mil grávidas^{2,97}.

Na América Latina, segundo dados disponíveis da OPAS, o número de óbitos maternos, no final dos anos 80, foi de um para cada 360 mulheres (sem reajuste de sub-registro e péssima classificação), que estariam expostas a morrer durante sua vida reprodutiva por complicações da gravidez, parto ou puerpério. Na Europa Setentrional essa cifra é de um para cada 10 mil mulheres⁸⁵.

No Quadro 2 observa-se, para América as diferenças entre os países da mesma região. Assim, os contrastes não são menos evidentes na mesma Região. Na Bolívia uma de cada 50 mulheres está em risco e no Canadá uma de cada 13 mil¹⁰⁰.

Em termos de contribuição ao total de óbitos, as complicações associadas com a gravidez, o parto e ou puerpério, continuam constituindo uma das cinco primeiras causas de óbitos de mulheres de 15-49 anos, em 12 países da América Latina e o Caribe, é uma das dez primeiras causas na maioria dos países restantes¹⁰⁰.

Atualmente não se dispõe de uma análise que nos permita conhecer o quanto explicam o nível de mortalidade materna nos países, cada uma das diferentes variáveis socio-econômicas, culturais e de serviços de saúde^{106,113}.

LAURENTI* estabeleceu correlações negativas entre a taxa de mortalidade materna, uso de anticoncepcionais e a atenção profissional ao parto.

A porcentagem de mortes de mulheres por causas maternas e o total de mortes de mulheres em idade reprodutiva, nos Estados Unidos da América e Canadá é de 0,5 %; no Paraguai 20,2 %; no Brasil 4,4 %, havendo uma relação de 40,4 e 8,8 vezes maiores, respectivamente⁹⁹.

Em geral, da análise da informação disponível, a maioria dos países da América Latina e Caribe apresenta tendências a diminuir a mortalidade materna, mas, considerando as diferenças nos dados, realmente é difícil fazer afirmações precisas.

Além das estatísticas de péssima qualidade e com muita sub-informação e sub-registro, a mortalidade materna nas Américas, tem duas características fundamentais:

- A)- É evitável em grande número de casos. Calcula-se que entre 50-95% destas mortes sejam evitáveis com os conhecimentos e tecnologia de que se dispõe atualmente.
- B)- As mulheres mais afetadas são aquelas que pertencem as camadas sócio-econômicas mais baixas e as que vivem em zonas rurais distantes de centros hospitalares ou que por outras razões, vêem reduzida a acessibilidade aos serviços de saúde, e em outros casos à falta de boa qualidade dos serviços de saúde^{89,97}.

A OPAS 1993⁹⁹, em seu Boletim Epidemiológico, coloca que os países da América Latina e o Caribe encontram-se a uma distância de 35 a 90 anos, dos países com taxas de morte maternas baixas.

* LAURENTI, R. A SAÚDE MATERNA NA REGIÃO DAS AMÉRICAS (Elaborado para o "Plano de Ação Regional Para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas". Resolução XVII, Oitava Sessão Plenária, XXIII Conferência Sanitária Panamericana, Washington, D.C. 1990).

O Brasil, pelas suas dimensões e pela diversidade de desenvolvimento econômico, apresenta realidades de saúde diferentes, dependendo da região geográfica. O Quadro 5 apresenta dados relacionados à morte materna no Brasil.

Quadro 5

TAXA DE MORTES MATERNAS POR 100.000 NASCIDOS VIVOS DAS REGIÕES E DO BRASIL (1940, 1950, 1960, 1965, 1970, 1980 e 1989)

REGIÕES	1940	1950	1960	1965	1970	1980*	1989**
NORTE	...	520,0	525,0	332,0	65,0	143,0	417,4
NORDESTE	...	604,0	398,0	264,0	148,0	55,0	155,6
SUDESTE	...	...	110,0	110,0	101,0	72,0	70,5
SUL	...	...	120,0	115,0	186,0	72,0	59,1
CENTRO-OESTE	...	...	60,0	60,0	130,0	69,0	121,9
BRASIL	760,0	370,0	200,0	110,0	110,0	70,0	72,0

FONTE: Neme⁷⁵, * Siqueira e col.¹³², **Tanaka, A. d' C. e col.¹³⁶.

Estes dados, comparados com outros países, são muito maiores, assim, a taxa de mortalidade materna é 17 vezes maior que a do Canadá para o ano de 1989. Por outro lado, a mortalidade materna encontra-se entre as cinco primeiras causas de morte feminina, enquanto nos países desenvolvidos, encontra-se depois das dez primeiras causas de morte¹³⁶.

O Gráfico 1 mostra que a tendência da mortalidade materna no Brasil desde 1940 até 1980; e na última década se observa uma queda, não alcançando as taxas consideradas aceitáveis, pela OMS que é de 10-20 mortes por 100.000 nascidos vivos¹⁹.

Particularmente no município de São Paulo, caracterizou-se o sub-registro que foi evidenciado pela investigação de PUFFER & GRIFFITH (1968)¹¹⁰, em 1962-1964, que a mortalidade real por aborto e demais causas maternas era respectivamente de 70,0 % e 53,0 % maior que as registradas nos atestados, alterando-se a taxa de 57,0 para 87,0 por 100.000 nascidos vivos.

Em 1974-1975, GUIMARÃES e col.⁴³ apontaram subnumeração de 57,0%, elevando-se os 67,3 oficiais para 156 por 100.000 nascidos vivos.

LAURENTI e col. (1990)⁶⁸ evidenciaram a elevada subnumeração no município de São Paulo, sendo 2,24 vezes maior que a mortalidade oficial, ou seja, de 44,5 por 100.000 nascidos vivos passou para 96,6 por 100.000 nascidos vivos.

O Gráfico 2 apresenta a mortalidade materna no município de São Paulo, de 1979 a 1990.

A taxa de redução de morte materna no município de São Paulo, para os anos de 1980-1985, foi de 8,84 %, enquanto nos Estados Unidos a mesma redução foi de 17,0 %⁶⁸.

O COMITÊ DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (1992)¹²⁹, durante nove meses de pesquisa, levantou 91 casos, encontrando uma morte materna a cada três dias.

Gráfico 1

TAXAS DE MORTES MATERNAS POR 100.000 NASCIDOS VIVOS DO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E CUBA (1940, 1950, 1960, 1970, 1980 E 1989)

FONTE: WORLD HEALTH STATISTIC 1987
SIQUEIRA e col.¹³², TANAKA, A d' C. e col.¹³⁶.

Gráfico 2

TAXAS DE MORTE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-BRASIL. (1979-1990).

FONTE: Anuário estatístico do estado de São Paulo 1980-1991.

1.8 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS), OUTROS ORGANISMOS INTERNACIONAIS, OS GOVERNOS DOS PAÍSES, A COMUNIDADE E A MORTALIDADE MATERNA.

Na saúde da mulher, os aspectos da maternidade, refletem-se nas diferenças extraordinárias das taxas de morte materna entre regiões dentro de um país, entre países dentro de um continente e entre continentes, desenvolvidos e em desenvolvimento, já mencionadas, considerando-se estas taxas como as de maior diferença de todas as estatísticas de Saúde Pública.

A mortalidade materna é preocupação da comunidade, dos governos, dos organismos internacionais, em termos de sua redução nas últimas décadas, enfatizando a partir da Conferência de Nairobi 10-13 fevereiro

1987⁵⁰ convocada pelo Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), que declaram:

".....a morte e doença maternas que resultam das complicações na gravidez e parto, são sintomas preocupantes da pobreza e desvantagem.... Estas diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, ao mesmo tempo escandalizantes e esperançosos mostram claramente que sem termos o conhecimento para fazer o parto com segurança, mas o que se necessita agora é o compromisso para fazê-lo seguro para todas as mulheres em vez de fazê-lo para uma proporção relativamente pequena.

A desvantagem das mulheres a respeito da sua saúde na maior parte do mundo é dolorosamente evidente.... Não podemos deixar sem atender por mais tempo a necessidade desta atenção obstétrica essencial. Compreendemos que as razões pelas quais as mulheres morrem não se limitam à carência de atenção da saúde, mas também estão arraigadas em uma fecundidade descontrolada e em privações sociais, educativas e econômicas. Embora desta complexidade, muito se poderia fazer em matéria de atenção à saúde e planejamento da família que agora não se está fazendo.

Na Região da América e no Caribe, através da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), depois de ir trabalhando para sua diminuição um tanto não priorizada como programa específico, ao longo de sua existência⁹⁶, seus corpos diretivos, instaram aos países para fixar metas nacionais e reduzir a mortalidade materna para o ano 2000 em 50,0 % das taxas predominantes. Para tanto, apresentaram o **Plano de Ação para a Redução da Mortalidade Materna na América** na 105ª Reunião do Comitê Executivo, sendo aceito pela totalidade de seus membros, e aprovado na XXIII Conferência Sanitária (julho 1990)¹⁸. Este plano colocou a situação da saúde reprodutiva da mulher na Região, objetivos e metas, estratégias de intervenção, linhas e políticas de ação, planos regionais, sub-regionais e participação internacional, assim como o financiamento e a avaliação do plano⁹⁸.

Por outro lado a preocupação dos governos dos países do mundo, em torno da mortalidade materna, observa-se na **Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança**, realizada na cidade de Nova Iorque em setembro 1990⁽¹⁴³⁾, onde pela primeira vez se reuniram os chefes de governo do mundo a favor da criança. Esta, considerada a mais ampla assembléia de chefes de estado de toda a história, assumiu o compromisso de trabalhar, entre outras coisas, na redução da mortalidade materna em 50,0 % para o ano 2000.

Do mesmo modo ocorreu no último evento internacional das Nações Unidas na **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD-94)**, no Cairo/Egito, realizada no mês de setembro 1994⁴⁷. No

CAPÍTULO VIII, SAÚDE MORBIDADE E MORTALIDADE, PARTE C, "SAÚDE

DA MULHER E MATERNIDADE SEGURA", colocaram objetivos e recomendações para a ação na perspectiva de reduzir as taxas de mortalidade materna no mundo, inclusive já introduziram metas para o ano 2015.

O Brasil como país subscritor destes acordos já iniciou, a nível do país, as atividades relacionadas à mortalidade materna, sendo que no mês de **abril 1994 o Ministério de Saúde** realizou o **FORUM NACIONAL DE DEBATES SOBRE A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**, na cidade de Curitiba/Estado de Paraná, com os seguintes objetivos:

- 1 - Elaborar diretrizes básicas de um Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna, para ser oferecido ao ministério e secretarias de saúde;
- 2 - Viabilização em todos os estados, dos Comitês de Morte Materna;
- 3 - Instituir o Dia Nacional de Luta contra a Mortalidade Materna e.
- 4 - Obter apoio para o Pacto da Maternidade Segura.

No evento foi apresentada a portaria Nº 663 do Ministério da Saúde de 22 de março de 1994⁸¹; entre outros, declaram a mortalidade materna como um dos problemas prioritários de saúde pública do Brasil e institui o dia **28 de maio** como o **DIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**, com o objeto de que neste dia se realizem avaliações a todos os níveis do Sistema Único de Saúde(SUS), dos programas da saúde materna.

No mesmo evento apresentaram o **MANUAL DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA do Ministério de Saúde do Brasil** (Secretaria de Assistência à Saúde-Departamento de Programas de Saúde-Coordenação de Saúde Materno-Infantil/Brasília), colocando como a mais importante chave estratégica para a redução da mortalidade materna a nível do país⁸⁰. Nessa ocasião, foi apresentado o atestado de óbito reformado, com as modificações mencionadas linhas acima (ver anexo II).

No município de São Paulo, em outubro de 1989, foi criado, através de Decreto o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade-**PROAIM** com o objetivo de melhorar a qualidade das informações de mortalidade e estimular o seu uso pelos serviços de saúde e outras instituições com dados atualizados, dando subsídios à elaboração e condução de políticas sociais nos níveis descentralizados. O PRO-AIM constitui-se como um polo dinamizador para o uso das estatísticas de mortalidade, no Município de São Paulo¹⁷.

No início de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através da Assessoria de Saúde da Mulher (COAS), iniciou o processo de discussão sobre importantes problemas da assistência à saúde da mulher, fazendo necessária a criação de comitês de prevenção da mortalidade

materna, e que estes atendessem a regionalização da rede de saúde, conhecendo, medindo, analisando e propondo ações concretas para reduzir as altas taxas de mortalidade materna existentes no município.

Desta forma, iniciou-se um processo de consulta a vários órgãos, como Secretaria de Negócios Jurídicos, Procuradoria Geral do Município, Conselho Regional de Medicina-SP e outros, no sentido de dar fundamentação à proposta do Comitê. Numa segunda fase, foi promovido um seminário aberto de lançamento do Comitê, com representantes da rede de saúde municipal, movimento de mulheres, movimento de saúde, profissionais da saúde e da área jurídica. Nesse movimento de mulheres estavam também presentes várias representantes do movimento de mulheres da América Latina, que ressaltaram a importância de uma iniciativa desses moldes numa metrópole como São Paulo.

No 21 de dezembro de 1992 se aprovou a Lei Municipal Nº 11.373, pela criação do Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna e dá outras providências.

Este Comitê de acordo com o artigo 2 tem por finalidade:

- I. Conhecer os índices reais de mortalidade materna do Município de São Paulo;
- II. Caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices referidos no inciso I;
- III. Pesquisar as principais causas de mortalidade materna;
- IV. Assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna.

Este Comitê, de acordo com artigos 3 e 4, foi criado com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria e esta constituído por:

I- COMITÊ CENTRAL DE MORTALIDADE MATERNA, instalado no Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, com função precípua normativa e composto de oito membros titulares e respectivos suplentes, designados pelo Secretário de Saúde, mediante indicação das instituições ou setores da sociedade civil, da seguinte forma:

- I. Um representante da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;
- II. Um representante do Conselho Regional de Medicina-CRM;
- III. Um representante do Movimento de Mulheres;
- IV. Um representante da Rede Hospitalar Municipal;
- V. Um representante do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal de Saúde-CEPI;
- VI. Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde;

- VII. Um representante do Conselho Municipal de Saúde;
- VIII. Um representante da área jurídica.

II- COMITÊS REGIONAIS DE MORTALIDADE MATERNA, trabalharam basicamente junto aos Serviços Ambulatoriais, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica, Hospitais Municipais e Conveniados e estão compostos por seis membros titulares e respectivos suplentes, designados pelo Secretário de Saúde, mediante indicação das unidades administrativas e setores da sociedade civil:

- I. Um médico obstetra do Hospital Municipal;
- II. Um representante da área de informação do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação-NEPI;
- III. Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Administração Regional de Saúde ou de Distrito de Saúde;
- IV. Um representante do Movimento de Mulheres;
- V. Um representante do Movimento da Saúde;
- VI. Um representante da área jurídica.

A lei municipal em menção contém outras disposições complementares referentes à metodologia de pesquisa e administrativas.

1.9 CAUSAS DAS MORTES MATERNAS

A análise dos problemas de saúde, no que se inclui a saúde materna, nos últimos anos esteve, condicionada por uma visão histórica, política e social, associada a fatores econômicos. Nessa perspectiva, os problemas de saúde são visualizados segundo dois contextos:

1. O macro ambiente ou ambiente mediato, onde se descrevem as condições econômicas, políticas e sociais que incidem sobre todas as áreas de política pública, inclusive a saúde.
2. O micro ambiente ou ambiente imediato, onde se descrevem as condições de saúde da população e que são as que afetam mais diretamente a formulação de políticas para o setor^{95,119}.

Podemos dizer que estas condições sociais, econômicas e políticas, na qual está inserido o processo reprodutivo, se caracterizam pela persistência da subordinação e da inferioridade econômica, educativa, legal, política e familiar de uma grande maioria de mulheres nos países do terceiro mundo; por isso está exposta a maiores riscos de adoecer e morrer, entre outras, por essas condições adversas.

Entre os diferentes modelos existentes, na literatura, se destacam três grupos de variáveis por seu maior peso em relação à mortalidade materna, do ponto de vista de sua redução:

1. **O estado de saúde prévio da mulher** - aqui se incluem problemas relacionados com o

ambiente insalubre: malária, parasitose, tuberculose, desnutrição, anemia, doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a SIDA, doenças prévias como hipertensão, e história obstétrica desfavorável, que condicionam o estado prévio de saúde da mulher e os diferentes níveis de risco durante a gravidez e o parto.

2. **Conduta reprodutiva** - corresponde ao conjunto de variáveis que, por sua vez, contribuem em grande parte com o risco durante seu período fértil, especialmente durante a gravidez. É o produto das opções, como a idade para ter o primeiro parto, o número de gestações, o espaço de tempo entre os mesmos e o desejo de novas gestações, assim como a percepção da mulher de sua própria saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

Os fatores culturais e a interpretação pelas mulheres de suas necessidades e risco de sua gravidez são, às vezes, determinantes do uso dos serviços de saúde. Assim, em alguns grupos sociais é considerada como uma ocorrência normal e freqüente de sua vida cotidiana e que não precisa de uma atenção especial. Isto impede à mulher a busca e a utilização do controle pré-natal e da oportunidade de atenção ao parto⁸³.

3. **Acesso e a qualidade dos serviços** - estas variáveis estão relacionadas com a qualidade e acesso à tecnologia médica para a atenção da saúde materna. São as variáveis que têm maior influência na saúde materna.

A avaliação das condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil, realizada entre 1985-1989 em 15 países da Região, mostrou que tanto os serviços de atenção materna ambulatorial, como os de atenção obstétrica hospitalar foram deficientes, observando-se que só 39,0 % e 8,0 % respectivamente, tinham condições aceitáveis para cumprir seus objetivos⁸⁹.

Em relação às causas médicas de morte materna⁹⁴, nos países desenvolvidos, além do coeficiente baixo, as causas diretas são proporcionalmente menores e de apresentação de doenças raras, como embolia pulmonar e amniótica, gestações ectópicas, cardiopatia peri-parto, que passam a ser importantes^{16, 60}.

As causas diretas, junto com a anemia, são responsáveis em mais de 80,0 % das mortes das mães no terceiro mundo^{124,156}.

Na América Latina e no Caribe, à exceção dos EUA e Canadá, predominam as toxemias, hemorragias e infecções^{94,97}, e sobre elas predominam os abortos, que são a primeira causa de morte materna nas Américas¹⁰⁰.

Dentre as causas médicas de morte materna no Brasil, predominam a hipertensão arterial 32,5 %, hemorragias 17,2 %, infecção puerperal 9,3 %, embolia pulmonar 8,8 %, gravidez ectópica 1,6 %¹⁰⁸.

No município de São Paulo, LAURENTI e col. 1990⁶⁸, em pesquisa realizada com dados de 1986 verificaram, segundo CID-9, que as "Complicações relacionadas à gravidez" (categorias 640-648) foram as mais importantes com 64,0 %, seguindo-se as "Complicações do Puerpério"

(categorias 670-679), com 17,8 %; vindo em terceiro lugar o grupo "Gravidez terminada em aborto"(categorias 630-639), com 10,7 %.

A especificações das causas, dentre esses agrupamentos, mostra que a hipertensão complicando a gravidez (categoria 642), incluindo desde a pré-existente até as pré-eclâmpsia e eclâmpsia foram responsáveis por 14,3 % do total das mortes maternas. Segue-se a ela, em ordem de importância, com iguais valores relativos 7,1 % do total das mortes maternas o aborto provocado (categoria 636) e as "outras complicações do puerpério (674), constituem um conjunto bastante heterogêneo de complicações que ocorrem no puerpério".

LAURENTI e col. 1986⁶⁶, ao pesquisar causas associadas em atestados de óbito de mulheres de 15 a 49 anos, atribuídas a causas maternas em quatro municípios do estado de São Paulo em 1983, verificaram que na maioria das vezes eram causas obstétricas.

1.10 SISTEMA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA MORTE MATERNA (SVEMM)

A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS) E OS CENTROS PARA O CONTROLE DAS ENFERMIDADES (CDC) (1992)¹⁰², publicaram a Guia para a vigilância epidemiológica da morte materna. Consideram o SVEMM como um processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e difusão de dados relacionados com a identificação, notificação, medição, determinação de causa e prevenção de mortes maternas, com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas. O sistema de vigilância é um componente do sistema de informação de saúde.

Estes dados convertidos em informação são essenciais para o planejamento, execução e avaliação dos programas dirigidos à prevenção da morte materna.

O SVEMM, tem como objetivo central a contribuição ao melhor conhecimento dos fatores médico-sociais que determinam as mortes maternas e prover informação para o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da saúde da mulher; está dirigido à promoção da mudança para uma ação mais efetiva no controle da "epidemia silenciosa das mortes maternas".

Na América Latina vem-se tentando implementar, desde o fim dos anos 70 e início dos 80, com base nas experiências iniciadas nos anos 30, pelos países anglo-saxônicos.

No Brasil, o SVMM é considerado no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna⁸⁰ resalientando que é passível de ser aplicado e operacionalizado, desde que fechem os três elos da cadeia : **informação-decisão-controle**. Recomenda-se que os Comitês de Mortalidade Materna utilizem o SVMM, para não apenas ficar na auditoria de morte materna, mas sirva para implementar medidas capazes de evitá-la e/ou preveni-la.

O SVEMM, deve incluir a morte de toda mulher em idade reprodutiva (10-49 anos)⁶⁷.

O SVEMM, atualmente, já pode utilizar a CID-10, em que foi revisada a definição de morte materna, com a qual deve-se incentivar o trabalho de vigilância epidemiológica, porem existem opiniões no sentido de que a vigilância epidemiológica com a CID-10 não é apropriada⁴⁶.

Os objetivos principais do SVEMM, são guiar ações, interpretar dados, informar achados e avaliar o mesmo sistema; na maioria dos casos compreende:

- a) Criar consciência entre fazedores de políticas, os responsáveis da toma de decisões, o pessoal de saúde e a comunidade sobre a mortalidade materna em sua gravidade, os efeitos sociais e de saúde e as probabilidades de prevenção;
- b) Incrementar o conhecimento sobre as causa da mortalidade materna e os fatores de risco associados:
 - . Realizar investigações epidemiológicas onde e quando seja indicado;
 - . Avaliar o efeito das intervenções sobre morbidade e mortalidade maternas o qualidade de atenção;
 - . Determinar a relação entre as condições de vida e os riscos de mortalidade materna;
- c) Recomendar e promover as ações adequadas quanto à legislação, distribuição de recursos, entrega de serviços e participação comunitária;
- d) Garantir a comparabilidade das estatísticas de mortalidade materna, nos níveis nacional, regional e local, fortalecendo e/ou adequando os sistemas estatísticos disponíveis, para examinar as tendências da mortalidade e identificar os subgrupos de população em risco maior de efeitos maternos adversos;
- e) Incorporar no sistema nacional de informação de saúde o modelo de recoleção e análise de dados sobre mortalidade materna.

Quanto ao desenvolvimento da **estrutura do SVEMM**, deverá ser flexível, tanto a nível nacional, regional e local, de acordo com a realidade de cada um deles, deve-se considerar a participação multiprofissional e multi-agencial.

A **fonte de dados do SVEMM** - devem ser utilizadas diferentes fontes, com o objeto de estudar o maior numero de casos e a combinação de fatores associados.

Quanto a **organização e apresentação dos dados do SVEMM** - devem ser definidos os critérios de classificação: tempo, lugar, pessoa(grupos de idade) e variáveis pertinentes: causa básica de óbito, evitabilidade, responsabilidade, medidas preventivas; atenção de saúde pré-natal (número e inicio de consultas), local de atenção de parto. O Manual dos Comitês de Morte Materna do Brasil coloca que devem ser consideradas a análise das causas múltiplas.

Quanto à **análise e interpretação dos dados do SVEMM** - os objetivos do SVEMM servem para determinar o enfoque analítico. O primeiro aspecto a examinar é se a informação necessária está disponível. Os dados devem-se organizar de maneira que descrevam as populações mais afetadas pela morbidade e mortalidade maternas, o lugar onde ocorre com mais frequência e o tempo envolvido.

Ao interpretar os dados, devem-se explicar as similitudes e as diferenças nos níveis de morbidade e mortalidade, comparando as tendências, com outras regiões geográficas e populacionais. Comparar a análise atual de vigilância com análises prévias, análises distritais e/ou estaduais e/ou regionais, ou análises nacionais.

Utilizar os dados provenientes de fontes nacionais, estaduais e locais, estudos demográficos, sobre o ambiente, sobre agentes etiológicos específicos. Comparar os dados de populações diferentes: idade, raça, paridade, lugar de nascimento, causa de morte.

É importante a seleção dos fatores contribuintes da mortalidade materna, como os relacionados com os serviços de saúde: nível de atenção, adestramento do provedor, recursos, detecção de condições médicas subjacentes, métodos de terminação da gravidez e lugar do parto.

Fatores relacionados com a paciente: idade, espaçamento de gestações, uso de anticonceptivos, fatores de risco (uso de drogas, abuso de álcool), multiparidade, diabetes e oportunidade na solicitude de atenção.

Fatores socio-culturais: nível de educação, situação econômica e práticas tradicionais.

Quanto à **preparação e disseminação da informação do SVEMM**, a apresentação dos resultados finais devem ser de maneira que incite à ação

imediatamente. Os provedores de saúde devem saber os problemas importantes que existem na sua região, assim como causas médicas de morte materna que se possam prevenir. Os responsáveis pela tomada de decisões devem saber onde ocorre a maior parte de óbitos, para redistribuir recursos de maneira a satisfazer mais eficazmente as necessidades de saúde. A comunicação deve informar quais são as causas mais freqüentes de mortalidade materna, para alertar a comunidade sobre as medidas de prevenção que devem tomar para ter uma gestação e parto sem riscos.

Para a apresentação da informação também devem ser selecionadas as mensagens mais importantes para a comunicação: dados novos, população afetada o que é mais eficaz para prevenir e controlar o problema, etc. Apresentar os achados em forma bem relatada, de fácil compreensão e com gráficos ilustrativos. A confidencialidade da informação deverá-se apresentar sem identificar cada caso, a fim de evitar problemas de ordem legal. Assim os resultados das investigações se apresentarão em compilações de conjunto.

É pertinente definir a audiência para a apresentação da informação, selecionando-se o melhor canal de distribuição: publicações médicas, de saúde, revistas e boletins, publicações oficiais, boletins e informes de vigilância epidemiológica, meios de comunicação em geral, reuniões e conferências.

Uma recomendação para a ação é imprescindível propor a níveis: político, administrativo e técnico, com base na produção do SVEMM, objetivos bem definidos e mensuráveis para a redução dos problemas detectados. As medidas recomendadas para a obtenção dos objetivos referem-se, principalmente, às intervenções nos serviços de saúde, educação das famílias e da comunidade e a indução de mudanças na política relacionada à saúde e ao bem-estar da mulher.

O SVEMM, deverá estar desenhado para contribuir na avaliação das intervenções, com critérios e indicadores capazes de medir sua eficiência, efetividade e impacto.

Quanto a **avaliação do SVEMM**, ter presente as características da informação do SVEMM: *exatidão*, *integridade* e *prontidão* - o atraso na obtenção dos dados podem afetar as medidas de saúde pública; *singularidade* e *flexibilidade* - podem ajustar-se às novas demandas, assim agregar dados da SIDA e outros dados de relevância; *aceitabilidade* - da parte médica e do público em geral; *sensibilidade* - quanto maior é a proporção de mortes

maternas detectadas pelo sistema maior é sua sensibilidade; *valor preditivo positivo* - quanto mais elevada a proporção da morte materna identificada realmente como morte materna, maior é o valor preditivo positivo; *representatividade* - julgada pela eficácia dos dados em descrever as características da população em estudo, as práticas médicas prevalentes e a consonância com outras informações.

A avaliação do grau de disseminação da informação deve incluir indicadores e critérios para medir o grau de disseminação e utilização da informação, tanto no sistema de saúde, como no de formação de recursos humanos, nos grupos organizados de mulheres e na comunidade em geral. Especial atenção deve-se dar aos representantes políticos (comissões de saúde do congresso e escritórios de planejamento do ministério da saúde) e as organizações de classe (sociedades médicas, de enfermeiras, de hospitais e associações de faculdades de medicina e enfermagem).

E finalmente, na avaliação do SVEMM refere-se ao impacto logrado nas políticas, programas e ações de prevenção e redução da mortalidade materna, através de um modelo de avaliação, que permita medir as modificações. após implementação das medidas.

Atualmente não se pode falar do SVEMM, sem se falar dos **recursos** que sustentam e dão continuidade ao sistema. Nesse sentido, a estimativa de custos deve avaliar os benefícios que se derivam da prevenção das mortes maternas como montantes de recursos financeiros necessários para operar o sistema.

1.11 COMITÊS DE MORTE MATERNA (CMM)

A consciência de que a mortalidade materna é um fenômeno evitável e que a responsabilidade por sua ocorrência cabe primordialmente aos serviços de saúde e especialmente aos médicos, já é uma realidade há algumas décadas nos países desenvolvidos.

A partir dessa constatação, instalaram-se comitês de mortalidade materna na Europa e nos Estados Unidos, que buscam identificar a rede de fatores causais e intervenientes de cada morte para apresentar melhor a natureza e o mecanismo do processo, consignando o grau de evitabilidade e responsabilidade em cada caso.

O primeiro Comitê de Morte Materna americano surgiu na Filadélfia, presidido por WILLIAMS (1930) e demonstrou que *"muita obstetrícia mal feita estava sendo praticada"*. Durante sua gestão, foram adotadas medidas para evitar intervenções obstétricas desnecessárias, uso impróprio de drogas e decisões inadequadas tomadas por médicos insuficientemente qualificados, alterar os regulamentos das maternidades, direitos e deveres da equipe obstétrica. Nesse período a mortalidade caiu de 680 por 100.000 nascidos vivos (1931) para 230(1940)⁷⁷.

Os Comitês de Mortalidade Materna foram estudados por muitos autores, entre outros ALVAREZ-BRAVO (1970)³, KARCHMER (1975)⁵⁶ e instituições como OPAS/OMS¹⁸. A OPAS/OMS, coloca junto ao plano de redução da mortalidade materna, o seguinte a respeito dos Comitês de Morte Materna: **quanto a sua definição**-define como um organismo técnico não punitivo e confidencial, que têm por objetivo realizar auditoria das causas de morte de mulheres em idade reprodutiva para identificar a mortalidade materna, suas causas, sua evitabilidade e sua responsabilidade.

Quanto a sua constituição, a OPAS/OMS recomenda, que os CMM, podem atuar a três níveis:

A **nível nacional ou central**, deve estar constituído por: - o diretor do programa nacional de saúde materno-infantil quem preside; um grupo de peritos constituídos por dois médicos ginecologistas-obstetras e dois médicos patologistas, sendo conveniente a participação de um representante da associação médica ou colégio médico e o chefe da unidade de estatística.

A **nível regional**, deve estar constituído por: - o responsável do programa materno-infantil que o presidirá; um grupo de peritos obstetras e patologistas, a representação da associação ou colégio médico e o chefe da unidade obstétrica.

A **nível de hospitais**, deve estar constituído por: diretor do hospital que o presidirá; o chefe do departamento ou serviço de obstetrícia e ginecologia; um médico do departamento ou serviço de patologia e o chefe de estatística do hospital.

Quanto a suas funções, se recomenda: **-de auditoria**, de todas as mortes maternas através do exame do registros, os informes, as declarações de óbito, as histórias clínicas, as entrevistas a familiares, os exames de patologistas; **-normativas**, propor registro único de fatores materno-perinatais, unificar terminologia, definições, classificações e procedimentos técnicos, promover o adequado preenchimento dos atestados de óbito e precisar a causa básica, causas intermediárias e causa terminal, classificar as mortes em preveníveis e não preveníveis; **-educativas**, estimular a educação continuada e em serviço, estimular a educação formal e informal; **-de investigação**, promover a investigação em morbidade e mortalidade da mulher.; **-de assessoria**, assessorar as autoridades de saúde na dotação de recursos, de

acordo com os resultados da avaliação dos casos de mortalidade materna; **-informativa**, elaborar informes confidenciais sobre as mortes maternas para sua difusão aos distintos níveis.

Visando contribuir para a redução da morbi-mortalidade materna os organismos das Nações Unidas (OMS, OPAS/OMS, UNFPA, UNICEF) e organismos não governamentais, vêm desenvolvendo programas especiais para incentivar a investigação sobre a mortalidade materna e estimular a organização de comitês de estudo e prevenção destas mortes, principalmente nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Materno-Infantil, depois da realização do Fórum Nacional de Mortalidade Materna/ Curitiba-Paraná, no mes de Abril de 1994, publicou o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, colocando-se como uma chave estratégica para a redução da mortalidade materna⁸⁰.

A nível do estado de São Paulo, os primeiros comitês foram instalados a partir de 1988, através da Resolução SS19 de 04.02.88, não tendo o desenvolvimento esperado.

A nível do município de São Paulo, por Decreto Municipal 31-553 de 15.05.92, se instituiu o Programa de Prevenção da Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna e outras providências, apresentando muitas dificuldades para um funcionamento regular sobretudo os comitês regionais e hospitalares.

Salienta-se que a implementação e manutenção operativa dos CMM em todos os níveis, são consideradas como estratégia especifica para a melhoria dos serviços, dentro do plano de redução da mortalidade materna nas Américas¹⁸.

1.12 RESPONSABILIDADE PELA MORTE MATERNA

O conhecimento dos níveis de responsabilidade da mortalidade materna, é indispensável para o planejamento, implantação de ações de intervenção seletivas, que resultem na prevenção destas mortes.

Os fatores de responsabilidade, apresentados por CRAWFORD e col. (1956)²², consideram que a responsabilidade deveria ser determinada sempre que fosse possível e assinalar como apropriado para a atenção médica,

observou a falta de medicamentos apropriados para o tratamento das infecções.

Estudos feitos na Jamaica entre 1981-1984¹⁵⁰ concluíram que havia um ou mais fatores evitáveis em 68,0 % das mortes, sendo 58,0 % dos casos de responsabilidade exclusiva do pessoal de saúde. KARCHMER e col. 1974⁵⁶ mencionaram em uma revisão de 151 mortes maternas, que do ponto de vista de responsabilidade, 60,4 % destas mortes foram assinadas como de responsabilidade profissional, podendo-se prevení-las através do ingresso ao hospital em dois de cada três casos; 35,6 % do total de mortes representam aqueles casos nos quais a paciente foi a responsável pela sua morte; 10,0 % da responsabilidade foram devidos a falhas na assistência médica (profissional e hospitalar) e todas essas mortes foram preveníveis no ingresso ao hospital. Atribuídos à relação profissional-paciente ocorreu em 8,0 % dos casos, e em três de cada cinco mortes foram preveníveis no ingresso ao hospital. O hospital foi diretamente responsável em 2,0 % dos casos de infecção hospitalar e só em 1,0 % a interação dos três fatores teve: como resultado a morte da paciente.

BARROS e col. (1990)⁶, em uma pesquisa no período de 1986-1988, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, encontraram do ponto de vista de responsabilidade: 21 casos (56,7 %) por responsabilidade médica; 12 (32,4 %) por responsabilidade da própria paciente, 19 (51,3 %) por responsabilidade hospitalar e 9 (24,3 %) por causas sociais.

VOLOCHKO (1992)¹⁴⁸, nas mortes maternas diretas, do ponto de vista da responsabilidade, indica a equipe obstétrica com 70,6 %, administração hospitalar com 58,8 %, Estado com 41,2 %, pré-natal com 29,4 %, equipe médica com 23,4 %, paciente com 11,7 %, família com 5,90 % e sem responsabilidade 5,9 %. Nas mortes maternas indiretas, encontrou: equipe médica com 69,2 %, administração hospitalar com 61,5 %, marido com 61,5 %, família com 46,1 %, paciente com 46,1 %, Estado com 38,5 %, pré-natal com 30,8 %, equipe obstétrica com 15,4 % e não determinado com 7,7 %.

BRAGA e col. (1991)¹⁴, no Relatório do Comitê de Morte Materna do Paraná, mencionaram que a responsabilidade pelos óbitos maternos, na maior parte (43,6 %), foi dos profissionais de saúde. Outros 11,4 % dos óbitos ocorreram por falhas administrativas do hospital (falta de hemoderivados, de remédios, de normas de atendimento adequadas). Apenas 22,7 % dos óbitos foram imputados como responsabilidade da própria paciente (por não aceitar ou seguir corretamente as orientações médicas ou procurar tardiamente os

serviços de saúde), e 9,1 % às condições sócias que impediram a paciente de ter acesso aos serviços.

BOBADILLA e col. (1991)¹¹, em pesquisa realizada no período de 1986-1989, sobre 240 mortes maternas no Distrito Federal do México, observaram que 70,0 % das mortes, eram de responsabilidade da qualidade da assistência médica e institucional; também mencionaram que 22,0 % eram de responsabilidade da paciente ou familiar.

VALLECILLO (1988)¹⁴⁷, durante dois anos em Tegucigalpa-Honduras, analisando 25 mortes maternas, encontrou 28,0 % de responsabilidade médica ou hospitalar e 72,0 % de responsabilidade da paciente.

1.13 EVITABILIDADE DA MORTE MATERNA

O conhecimento do grau de evitabilidade da mortalidade materna, também é indispensável para o planejamento, implantação de ações de intervenção seletivas, que resultem na prevenção destas mortes.

A maioria das causas obstétricas de morte é sensível às ações médicas e obstétricas durante o pré-natal, o parto ou puerpério, sendo portanto evitáveis^{1,83,84,93,97,99,100,122,124,139}.

TAUCHER (1975)¹³⁸, quando fala sobre alguns fatores relacionados às mudanças da mortalidade, faz uma classificação das causas de morte, com a finalidade de explicar as mudanças dos níveis de mortalidade através de alguns fatores contribuintes, permitindo ao mesmo tempo descrever a situação atual enquanto possíveis ações corretivas no futuro. Assim divide as causas de morte em evitáveis e não evitáveis.

Mortes evitáveis: por sua vez agrupam-se em quatro categorias segundo as ações que poderiam ter maior influência em sua redução ou supressão: a) vacinas ou tratamento preventivo; b) diagnóstico e tratamento precoce; c) melhoria das condições de saneamento ambiental e d) ações mistas.

Mortes não evitáveis: a) dificilmente evitáveis no estado atual do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico; b) mortes por causas mal definidas e c) outras.

Segundo esta classificação, as mortes maternas são consideradas no grupo das **mortes evitáveis por ações mistas**. A maior redução relativa ocorre nas taxas por causas evitáveis por medidas preventivas. A diminuição mais importante de óbitos em termos absolutos, se registra nas causas evitáveis por medidas mistas. Segundo o autor ora citado, o ideal seria: "*que se estimulasse pesquisas no campo da atenção médica para descobrir as*

razões porque as causas teoricamente evitáveis por diagnóstico e tratamento oportuno não mostram evoluções mais favoráveis"

A FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA-FIGO, (1967)⁴⁸, através de seu Comitê Internacional de Morte Materna, apresentou a seguinte classificação para se evitar a morte materna:

1- MORTE EVITÁVEL:

- a- Morte devida à atenção deficiente na unidade obstétrica;
- b- Morte devida à atenção deficiente em outros serviços antes da admissão na unidade obstétrica;
- c- Morte devida a condições adversas na comunidade, tais como transporte inadequado e outras;
- d- Mortes devida a não ter procurado ou aceito conselhos ou tratamentos.

2- MORTES PROVAVELMENTE NÃO EVITÁVEIS:

Aquelas em consequência de nefrite crônica avançada, doença cardíaca grave e outras.

3- MORTES INEXPLICÁVEIS:

A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE-OPAS/OMS, (1986)⁹³, do ponto de vista da prevenção da morte materna, propôs a administração de recursos, melhoria da atenção e tomada de decisões para garantir uma oferta adequada de serviços à população, particularmente nas áreas de atenção perinatal e planejamento familiar, colocando a seguinte classificação:

-Mortes evitáveis: aquelas preveníveis por ações desenvolvidas pelos serviços de saúde (controle pré-natal, adequada atenção ao parto e planejamento familiar).

-Mortes provavelmente não evitáveis: são as que ocorreram mesmo feitas as ações corretas e oportunas.

-Mortes desconhecidas: aquelas de causas ignoradas não compreendidas nas categorias anteriores, mas relacionadas com a gravidez, parto e puerpério.

KARCHMER e col. (1974)⁵⁶ mencionaram em uma revisão de 151 mortes maternas, das quais 66,2 % foram evitáveis. No Brasil, BARROS e col.1990⁶, em estudo feito em 56 mortes maternas, durante 1986-1988 no Hospital das Clínicas-USP, encontraram 66,1 % como evitáveis. VOLOCHKO 1988¹⁴⁸, em seu trabalho feito no Sistema Único de Saúde-SUS-4/São Paulo, em 30 óbitos maternos observou 76,9 % como evitáveis. SALGADO (1992)¹²⁶ na pesquisa feita em três municípios de São Paulo: Bauru, Marília e Presidente Prudente (1989-1990), registrou 69,2 % de óbitos evitáveis dentre 26 mortes maternas.

BRAGA e col. (1991)¹⁴, no Relatório do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná 1991⁽¹⁴⁾, sobre 171 mortes maternas e 18 mortes maternas não relacionadas, consideraram 85,3 % destas mortes como evitáveis, sendo que 67,0 % destas mortes poderiam ter sido prevenidas com medidas obstétricas e administrativas mais adequadas, e apenas 25,8 % seriam prevenidas por medidas de cunho social.

BOBADILLA e col. (1991)¹¹, estudando a magnitude e causas de mortalidade materna no Distrito Federal do México (1988-1989), sobre 240 mortes maternas, encontraram que 85,0 % destas mortes foram potencialmente evitáveis.

PONCE (1990)¹⁰⁹, em Honduras (1982-1989), avaliando 25 mortes maternas, verificou 60,0 % de evitáveis. VALECILLO (1988)¹⁴⁷, em sua revisão de 25 mortes maternas, encontrou 48,0 % de mortes evitáveis.

1.14 JUSTIFICATIVA

Considerando o que foi apresentado anteriormente, podemos dizer que a mortalidade materna não é um problema novo para a Saúde Pública. As estatísticas da mortalidade materna, atualmente são utilizadas como um dos indicadores que reflete o desenvolvimento humano, não obstante seu maior sub-registro, sobretudo nos países em desenvolvimento, pois as estatísticas de mortalidade materna marcam a diferença maior entre todos os indicadores do desenvolvimento humano. Assim se traduz a diferença marcada entre os países industrializados e os em desenvolvimento assim mesmo entre e dentro de um mesmo país.

Como expressão da magnitude de um dos problemas da e na humanidade, a necessidade da comunidade de reduzir estas diferenças vergonhas faz que os organismos internacionais das Nações Unidas (NU), e as não governamentais, governos dos países e governos locais, tenham a preocupação e obrigação, pelos acordos subscritos previamente há uma década, de implementar estratégias gerais e seletivas de intervenção para sua real redução.

Assim desde os eventos mundiais: Conferência de Nairobi (1987); Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança em Nova Iorque (1990); e a última Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo/Egito (1994); e a nível da região das Américas, a XXIII Conferência Sanitária da Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS (1990) que estabeleceu o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna. Dos mencionados eventos o Governo Brasileiro é subscritor, e a nível do Brasil do Fórum Nacional de Debates sobre a Redução da Mortalidade Materna, Curitiba/Paraná-1994.

Por outro lado, na mesma perspectiva, as pesquisas em relação à mortalidade materna estão priorizando os aspectos de informação para a melhor gerência e planejamento dos programas da saúde da mulher. Assim têm-se pesquisas sob causas básicas de morte, conhecendo-se as estruturas diferenciadas nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento.

Neste estudo, pretendemos analisar as causas múltiplas (básicas e associadas) de morte materna no município de São Paulo, e conhecer as chamadas causa principal e secundárias, para determinar com cabalidade sua responsabilidade e evitabilidade, como uma contribuição ao conhecimento das mortes maternas.

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Estudar os óbitos maternos através das revisões das declarações de óbito, entrevistas domiciliares, prontuários hospitalares, informações médicas e laudos de necropsia, quando disponíveis, em residentes no município de São Paulo, S.P.-Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analisar as causas múltiplas da morte nos seguintes aspectos:
 - 1.1 Aspectos relacionados às causas básicas, verificando a concordância e os erros existentes quanto à declaração da causa básica nos atestados originais, após terem sido refeitos.
 - 1.2 Aspectos relacionados às causas associadas salientando:
 - 1.2.1 O número de diagnósticos.
 - 1.2.2 A tabulação das causas associadas.
 - 1.2.3 Associações de causas.
2. Características dos óbitos maternos.
3. Analisar os fatores responsáveis pelas mortes maternas.
4. Analisar os fatores de evitabilidade das mortes maternas.

3 - MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo se desenvolveu no município de São Paulo, que apresenta entre outras as seguintes características: foi emancipado no ano de 1558, tem uma área geográfica de 1.509 Km², altitude de 860 metros acima do nível do mar, encontra-se na latitude S 23°32'52" e W 46°38'47". A taxa de urbanização é de 97,6 %, a densidade demográfica é de 6.379,65 hab./Km², a taxa geométrica de crescimento anual da população é de 1,15 %. O município de São Paulo é um dos municípios mais desenvolvidos do Brasil e da América do Sul.

Apresenta os seguintes dados populacionais, de acordo com o 10º recenseamento nacional, realizado no ano de 1991³⁷.

Quadro 6

POPULAÇÃO TOTAL E DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (10-49 ANOS DE IDADE), DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-BRASIL. 1991.

POPULAÇÃO	HABITANTES	%
Total	9.646.185	100,0
Total de mulheres	4.992.977	51,8
Total de mulheres em idade reprodutiva(10-49 anos)	3.255.250	33,7
Total de mulheres (10-19 anos)	903.088	9,4
Total de mulheres (20-34 anos)	1.399.844	14,5
Total de mulheres (35-49 anos)	955.318	9,9

FONTE: Fundação IBGE. 1992.

No Quadro 6 destaca-se que as mulheres em idade reprodutiva (10-49a) correspondem a 65,2 % da população total de mulheres e 33,7 % da população total do município, ou seja, 1/3 da população total, e é precisamente esta faixa que têm relação com os assuntos da maternidade e suas implicações. Quanto ao número de recém-nascidos vivos e mortos o SEADE forneceu para o período da pesquisa os seguintes dados: 108.252 nascidos vivos e 904 nascidos mortos.

A gestão e responsabilidade da saúde do município dependem da Prefeitura de São Paulo, através da Secretaria Municipal de Saúde. A saúde da mulher e materna, está a cargo do Centro de Orientação e Assistência à Saúde-Seção da Mulher. Para a administração do setor saúde, está dividido em dez Áreas Regionais de Saúde (ARS).

Foram estudados os óbitos maternos, segundo as definições da CID-9⁹⁰ e CID-10¹⁵⁷, em residentes no município de São Paulo, do estado de São Paulo, da República Federativa do Brasil, no período de 01 de dezembro 1993 a 31 de maio de 1994.

O desenho do estudo foi descritivo, com coleta prospectiva de dados, tendo como instrumentos básicos: declaração de óbito, entrevista familiar, prontuário hospitalar e informações médicas e laudos de necropsia quando disponíveis.

A pesquisa foi realizada nas seguintes fases:

FASE 1. OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES:

1.1 DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO :

Estas declarações de óbitos, foram obtidas no **Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PRO-AIM)**, que recebe as declarações de óbito dentro das 24 horas após ocorrência da morte¹⁷.

Para obter as declarações de óbitos maternos, foram selecionadas manualmente do conjunto de atestados, dia a dia durante o período da pesquisa (para o que assistimos ao PRO-AIM duas a três vezes por semana), obtendo-se uma cópia dos atestados de mortes maternas declaradas ou presumíveis, além de cópia dos casos detectados nos SVO, IML e do Programa Saúde da Mulher da Secretaria da Saúde do Município.

Foram consideradas declarações de óbito, de **mortes maternas declaradas** (aquelas onde se achava diagnóstico especificado correspondente ao ciclo gravídico puerperal, independentemente do lugar colocado no atestado de óbito) e declarações de óbito das **mortes maternas presumíveis** (aquelas declarações de óbito de mulheres em idade reprodutiva - 10 a 49 anos de idade - que apresentavam diagnósticos tais como: broncopneumonia, choque anestésico, choque hemorrágico, choque toxêmico (ou tóxico), embolia pulmonar (SOE), edema agudo de pulmão, endometrite, endometriose, falência miocárdica, hemorragia (SOE), insuficiência cardio-respiratória, insuficiência respiratória, parada cardíaca, peritonite, pelviperitonite, septicemia, toxemia)⁶⁶, agregando-se o SIDA (Síndrome de imunodeficiência adquirida).

Revisaram-se 31.224 atestados de óbito, correspondentes a todos os óbitos; destes foram 2.286 correspondentes aos óbitos de mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos) e entre eles encontraram-se 37 atestados de óbito de causas maternas. Segundo estes dados do PRO-AIM, estão ocorrendo por dia, aproximadamente 172 óbitos em geral, 13 óbitos de

mulheres em idade reprodutiva e 1 óbito materno a cada 5.5 dias, no município. O número de mulheres em idade reprodutiva representa 7,3 % do total de óbitos. O número de óbitos maternos representa 1,6 % do total de óbitos de mulheres em idade reprodutiva, ocupando o décimo lugar que é o último das diferentes causas de morte nas mulheres de idade reprodutiva. Deve-se enfatizar que atualmente esta instituição utiliza a CID-9 para a codificação e suas estatísticas.

Selecionaram-se para o presente estudo **52 casos segundo a CID-9 e 69 casos segundo a CID-10**, como material da presente pesquisa.

Esta etapa da pesquisa foi realizada pelo pesquisador.

1.2 DAS ENTREVISTAS DOMICILIARES :

A entrevista domiciliar foi realizada, paralela ou após, os outros levantamentos, a partir das declarações de óbito obtidas no PRO-AIM, onde se localizava o endereço do domicílio da falecida, e em alguns casos foram ampliados com os dados dos prontuários hospitalares e/ou dos informes de necropsia dos SVO e IML.

Na entrevista domiciliar, buscou-se identificar todas as instituições que dispensaram assistência médica, tendo em vista que, às vezes, o hospital onde ocorreu o óbito foi somente o local do período terminal.

Obtiveram-se também, dados relativos aos aspectos sócio-econômicos, identificando fases iniciais do processo mórbido não registrado nos prontuários, esclarecendo o curso dos eventos que culminaram com o óbito, bem como a opinião da família sobre os cuidados dispensados à falecida.

Esta etapa da pesquisa foi executada por duas pessoas do lugar e do sexo feminino, experientes neste tipo de entrevistas, que apresentavam-se ao domicílio da falecida e/ou dos familiares, com uma carta dirigida ao familiar, solicitando sua colaboração e explicando o propósito da pesquisa. Nesta colocaram-se nomes e telefones de contato tanto do pesquisador e de seu orientador, na eventualidade de alguma dúvida. Além desta carta, as entrevistadoras apresentavam uma credencial, ambos os documentos foram assinados pela Chefia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública(FSP/USP).

O questionário da entrevista domiciliar consistiu de uma adaptação dos utilizados por LAURENTI e col. 1990⁶⁸ e SIQUEIRA e col. 1991¹³³.

Dos 69 casos de morte materna selecionados segundo a CID-10, foram realizadas 59 entrevistas (85,5 %) e em 10 casos não foi possível realizá-las (14,5 %).

Na Tabela 1 aprecia-se que nas entrevistas domiciliares, os informantes que predominaram eram esposos, mães e irmãs aproximadamente 50,0 %, sendo o restante outros familiares, vizinhos, patroa e amigas.

Tabela 1

DISTRIBUIÇÃO DAS ENTREVISTAS DOMICILIARES, SEGUNDO INFORMANTES DOS ÓBITOS MATERNOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

INFORMANTE	N	%
Esposo	14	23,7
Mãe	10	16,9
Irmã	8	13,5
Amiga	5	8,5
Prima	4	6,8
Sogra	4	6,8
Vizinha	3	5,1
Cunhada	3	5,1
Patroa	3	5,1
Filho	1	1,7
Pai	1	1,7
Sobrinha	1	1,7
Tia	1	1,7
Enteada	1	1,7
TOTAL	59	100,0

Dos casos nos quais não foi possível fazer as entrevistas domiciliares, mostra-se na Tabela 2 o número e as razões.

Tabela 2

NÚMERO DE ENTREVISTAS DOMICILIARES NÃO REALIZADAS SEGUNDO RAZÕES, DOS ÓBITOS MATERNOS. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

RAZÕES	N	%
Recusa	3	30,0
Mudança de endereço	3	30,0
Não encontrado	4	40,0
TOTAL	10	100,0

O grupo de mudanças de endereço é devido a que um número significativo de mães era procedente de outros estados, e que os familiares logo após acontecido o óbito retornam imediatamente a seus lugares de

origem ou mudam-se de domicílio na procura de proteção dos órfãos, por parte de outros familiares ou conhecidos. O grupo dos não encontrados trata-se de casos que, quase em sua totalidade, são de caráter legal: abortos provocados, óbitos na via pública e homicídios.

1.3 DOS PRONTÁRIOS HOSPITALARES E INFORMAÇÕES MÉDICAS:

A localização dos hospitais de ocorrência das mortes maternas, e/ou médico que prestou assistência por ocasião do óbito, foi obtida a partir das declarações de óbito selecionadas no PRO-AIM.

Após verificação do hospital, solicitava-se, por telefone uma entrevista com o Diretor Geral ou Diretor Clínico, para a apresentação de um ofício do Chefe de Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O ofício explicava tratar-se de um trabalho acadêmico, enfatizando o sigilo sobre o conjunto de informações e apresentando o pesquisador para o levantamento de dados dos prontuários hospitalares.

Em geral obteve-se, desde o início do contato com as instituições hospitalares, boa receptividade e atenção. Geralmente marcava-se uma data posterior de entrevista com o Diretor e/o Diretor clínico, a quem explicava-se os objetivos da pesquisa, e que logo gentilmente autorizava as unidades pertinentes (arquivo médico, estatística, etc) para ceder os prontuários hospitalares. Em alguns hospitais a autorização do Diretor ou Diretor Clínico, dependia da aprovação do Corpo Clínico, Comissão de Ética Médica, ou Chefia do Departamento de Obstetrícia. Estas instâncias são as que mais atrasam os trâmites; assim aconteceu em um hospital onde a resposta de aceitação atrasou ao redor de 50 dias. Em um outro hospital precisou-se cadastrar como pesquisador, juntando carta de apresentação da Universidade e cópia de projeto de pesquisa.

À parte estes fatos, não houve nenhuma recusa pelas autoridades hospitalares, na revisão de todos os prontuários hospitalares.

Destes coletaram-se informações desde a admissão da paciente até o óbito, considerando seus antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos e sociais, a doença atual, os diagnósticos, a evolução do quadro clínico, assistência recebida e as circunstâncias da morte, conforme o instrumento de coleta de dados proposta no anexo III.

1.4 DAS INFORMAÇÕES DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML), DOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO (SVO) E SERVIÇOS DE DE ANATOMIA PATOLÓGICA DOS HOSPITAIS :

Nestas instituições, os dados foram obtidos relativos a todas as mortes maternas declaradas e presumíveis das declarações de óbito do PRO-AIM, baseadas no instrumento proposto no anexo IV. Revisaram-se os laudos de necropsia de todas as mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos de idade), no período.

Durante os trâmites deste trabalho, a Chefia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública/USP, e as diretorias correspondentes, nos deram acolhida e tivemos também apoio dos funcionários das respectivas instituições.

Quanto às fontes de informação dos óbitos maternos para o presente estudo, apresentam-se os dados correspondentes na Tabela 3.

Tabela 3

FONTES DE INFORMAÇÕES DOS ÓBITOS MATERNOS DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

FONTES DE INFORMAÇÃO	N	%
DO, PH e ED ^(c)	18	26,1
DO, PH, ED e SVO/USP	14	20,2
DO, PH, ED e IML	11	15,9
DO, PH, ED e SVO/EPM ^(f)	6	8,7
DO, PH e SVO/USP	4	5,8
DO, PH, ED e AP(utero)	3	4,3
DO ^(b) e PH ^(c)	2	2,9
DO, e IML ^(d)	2	2,9
DO, ED e IML	2	2,9
DO, e SVO/USP ^(g)	2	2,9
DO, PH e AP ^(a) (utero)	1	1,4
DO, PH, ED e necropsia hospitalar	1	1,4
DO, PH e SVO/EPM	1	1,4
DO, PH, ED, IML e AP(utero)	1	1,4
DO, ED e SVO/USP	1	1,4
TOTAL	69	100,0

(a) AP = Anatomia patológica

(b) DO = Declaração de óbito

(c) ED = Entrevista domiciliar

(d) IML= Instituto Médico Legal

(e) PH=Prontuario hospitalar

(f) SVO/EPM= Serviço de Verificação de Óbito/Escola Paulista de Medicina

(g) SVO/USP= Serviço de Verificação de Óbito/Universidade de São Paulo

FASE 2. REVISÃO DOS DADOS COLETADOS:

A revisão dos dados coletados de cada óbito estudado foi realizada, na medida em que as declarações de óbito, entrevistas domiciliares, informações dos prontuários hospitalares e/ou informações médicas e laudos do IML, SVO/USP e SVO/EPM e Serviço de Anatomia Patológica/hospitalar, foram recolhidas.

Todos os questionários, foram revisados pelo pesquisador e seu orientador, que decidiram juntos, sobre quais esclarecimentos deveriam ser feitos.

FASE 3. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO.

Após a obtenção dos dados das declarações de óbitos, prontuários hospitalares e/ou informações médicas, entrevistas domiciliares e laudos de necropsia procederam-se a codificação e digitação das seguintes variáveis:

- I) VARIÁVEIS RELATIVAS AO ÓBITO: hora, dia e mês de ocorrência, local de ocorrência. Para **refazer** as declarações de óbito foram codificadas as causas múltiplas, segundo critérios de LAURENTI 1973⁶³, ou seja:

O primeiro, atestado médico da causa de morte (cópia exata, no modelo internacional do atestado de óbito com suas partes I e II, onde se transcrevem os diagnósticos como estavam nos atestados originais.

O segundo consta de uma parte I (seqüência principal) com as linhas "a", "b" e "c", como no modelo internacional do atestado de óbito; além destas existiam três outras abaixo que serviram para escrever outras causas que entram na seqüência principal adicional.

A parte II (causas contributórias) consta de seis linhas, onde serão informadas as causas que, existindo no momento da morte, não havia na seqüência formada a partir da causa básica parte I (anexo V).

Tendo todas as informações, se preencheu o **novo atestado de óbito**, escrevendo na linha "c" da parte I a causa que, pelo julgamento do pesquisador e orientador foi considerada básica e, nas linhas "b" e "a" as afeções consequenciais. Quando houve mais de

duas afecções consecutivas, estas foram apontadas nas linhas abaixo, porém ainda pertencente à parte I. Outras causas existentes no momento da morte foram consideradas contributórias e inscritas na parte II.

A codificação dos diagnósticos **das causas básicas**, foram realizadas segundo a CID-9 e a CID-10, e **das causas associadas** segundo a CID-10. Essa codificação foi feita pelo pesquisador e seu orientador e foram discutidas com a equipe do "Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português" (Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças-MS/USP/OPAS-OMS), para sua análise posterior.

- II) VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÔMICAS: idade, estado conjugal, naturalidade, escolaridade, ocupação e salário.
- III) VARIÁVEIS EM RELAÇÃO AOS ANTECEDENTES DA FALECIDA: hábitos de fumar e de beber licor.
- IV) VARIÁVEIS REFERENTES À HISTÓRIA GESTACIONAL POR OCASIÃO DO ÓBITO: número de gestações anteriores, intervalo entre último parto e o início da gestação atual, assistência pré-natal, tipo de parto, condição do recém-nascido, época do óbito no ciclo gravídico puerperal e de 43 dias até um ano. Anticoncepcionais usados.
- V) VARIÁVEIS REFERENTES À ATENÇÃO HOSPITALAR: hora da admissão na unidade de ingresso, tempo entre o ingresso e a atenção, conduta e avaliação por especialidades, unidades hospitalares onde ocorreram os óbitos, diagnósticos realizados, evolução, tratamento médico-cirúrgico recebido, transferência, tempo de hospitalização.
- VI) VARIÁVEL REFERENTE À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA: do ponto de vista familiar, se houve indícios de má-qualidade da assistência médica ou evento que levou ao óbito.
- VII) VARIÁVEIS RELATIVAS À RESPONSABILIDADE DAS MORTES MATERNAS: segundo os critérios, apresentados por CRAWFORD e col. (1956)²², relacionados aos fatores de responsabilidade profissional, hospitalar, paciente, não determinados e combinação dos fatores descritos.
- VIII) VARIÁVEIS RELATIVAS À EVITABILIDADE, DAS MORTES

MATERNAS estabelecidos pela FEDERAÇÃO INTERNATIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (1967)⁽⁴⁸⁾ e relacionados à: morte evitável, morte provavelmente não evitável e morte inexplicável.

FASE 4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi direcionada para conhecer o padrão das causas múltiplas de mortes maternas no município de São Paulo, a partir dos atestados de óbitos, entrevistas domiciliares, prontuários hospitalares e informações médicas, e laudos de necropsia, refazendo os atestados de óbito, para posterior comparação, apresentando um padrão mais real das causas de morte das mães.

Além disso analisou-se as características demográficas, socio-econômicas, e de assistência médica e obstétrica da população em estudo, para conjugar com os fatores de responsabilidade e evitabilidade, cujo conhecimento é imprescindível para o planejamento e gerenciamento da saúde materna, viabilizando a redução da mortalidade materna mais precocemente.

A análise dos dados foi feita através de microcomputador, utilizando-se programas de banco de dados e programas estatísticos Epi-info, complementado-se com análise manual. Também foi feita a elaboração de gráficos, e usada análise estatística para verificar sua distribuição por tipos de mortes maternas de acordo a CID-10.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os métodos de avaliação dos programas de saúde materna, mencionados por BOBADILLA (1992)¹², são: - experimentais; - prova aleatória comunitária; - quase experimentais; - estudos de observação; - investigações confidenciais de mortes maternas.

As investigações confidenciais de mortes maternas são apresentadas com as seguintes características: 1) provêm informação sobre aspectos específicos do processo que foi impróprio e contribuinte para a morte e até aqui propõem claras recomendações para a mudança, nos diferentes níveis da organização de serviços; 2) são comparativamente mais econômicas; 3) requerem comitê multidisciplinar, ampla participação no processo, para a legitimação dos resultados e melhora a aceitação das recomendações que daí emergem. O principal problema é que requerem um número grande de nascidos e, portanto, não são convenientes para programas pequenos. A segunda limitação é que requerem profissionais competentes, incluindo especialistas em Obstetria, Medicina interna e Patologia, nem sempre disponíveis em pequenas comunidades ou em hospitais rurais.

Circunscrevemos nosso estudo dentro das confidenciais, e sendo realizada na cidade de São Paulo, a maior metrópole de América do Sul, a maior cidade do Brasil em termos de desenvolvimento e densidade populacional, pois conta com os requisitos que o método exige, seja pela presença de profissionais especialistas seja pelo número significativo de nascidos vivos.

Por outro lado, o município de São Paulo conta com o Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade (PRO-AIM), desde 1989¹⁷.

Para nosso estudo, iniciamos a seleção dos casos a partir dos atestados de óbito do PRO-AIM (que tem a vantagem de receber os atestados de óbito dentro das 24 horas após ocorrida a morte), que facilitaram o processo de seleção, e os outros levantamentos, com a vantagem de realizá-los em tempo muito curto da ocorrência da morte materna, possibilitando diminuir perdas de prontuários hospitalares. Assim recebemos informações recentes dos familiares, que depois de muito tempo esquecem muitos dados; e localizamos a maior quantidade de familiares, que também mudam de residência depois de passado muito tempo. O acesso rápido aos laudos de Serviços de Verificação de Óbito e Instituto Médico Legal, em tempo hábil, foi de grande valia para a agilidade do nosso trabalho.

Uma das características marcantes de nosso estudo é o fato de haver realizado os diferentes levantamentos de dados, quase imediatamente após a ocorrência da morte materna, evitando a perda de informações.

Com estas considerações, vamos apresentar sistematicamente os diferentes resultados e sua discussão.

4.1 NÚMERO DE CASOS DE MORTE MATERNA, SEGUNDO A CID-9 E A CID-10

Na Tabela 4 encontramos 52 casos correspondentes a mortes maternas CID-9/Capítulo XI-Complicações da gravidez, do parto e do puerpério, e encontramos 69 casos de mortes maternas segundo a definição de morte materna da CID-10.

Tabela 4

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS BÁSICAS REFEITAS DAS MORTES MATERNAS, SEGUNDO TIPOS CID-9 E CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

CID/Tipos de morte materna	N	%
CID-9	52	100,0
MORTE MATERNA OBSTÉTRICA DIRETA	42	80,8
MORTE MATERNA OBSTÉTRICA INDIRETA	10	19,2
CID-10	69	100,0
MORTES RELACIONADAS À GESTAÇÃO	61	88,4
-MORTE MATERNA OBSTÉTRICA	52	75,4
-MORTE MATERNA OBSTÉTRICA DIRETA	42	60,9
-MORTE MATERNA OBSTÉTRICA INDIRETA	10	14,5
-MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA	9	13,0
MORTE MATERNA TARDIA	8	11,6

O PRO-AIM registrou 37 casos de mortes maternas o que, comparados com as outras causas de morte de mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos), ocupa o décimo lugar, dos 17 capítulos de causas de morte encontradas; com nosso achado, passaria ao oitavo lugar, tanto com a CID-9 quanto com a e definição da CID-10. O ideal seria encontrar a porcentagem de mortes maternas nos últimos lugares dos capítulos de causas de morte de

mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos) e, no melhor dos casos, que não existissem, como acontece em outros países, sobretudo europeus.

Considerando os dados de PRO-AIM, que vem trabalhando com a CID-9, os 37 casos, em relação a nossos achados com a CID-9, de 52 casos, este último achado estaria incrementando-se em 28,8 % a mais. Considerando nossos achados com a CID-10 de 69 casos, estaria incrementando-se 46,4 % a mais, fazendo as seguintes taxas de mortalidade materna para o município, (para obter as taxas do período, se considerou o número de nascidos vivos 108.252 e 904 nascidos mortos, correspondentes ao período da pesquisa, dados proporcionados por SEADE-1995).

- Taxa de morte materna (PRO-AIM) = $34,18 \times 100.000$ nascidos vivos;
- Taxa de morte materna (PRO-AIM) = $33,89 \times 100.000$ nascidos vivos e nascidos mortos
- Taxa de morte materna (presente estudo) = $48,04 \times 100.000$ nascidos vivos.
- Taxa de morte materna (presente estudo) = $47,64 \times 100.000$ nascidos vivos e nascidos mortos.
- Razão de mortalidade relacionada com a gravidez(presente estudo)= $56,35 \times 100.000$ nascidos vivos, e $55,88 \times 100.000$ nascidos vivos e mortos.

É de salientar que, tanto, com a CID-9 quanto com a CID-10, de acordo com as normas recomendadas pela CID-10 1993¹⁵⁷, só se considera o número de mortes maternas obstétricas (mortes maternas obstétricas diretas e mortes amternas obstétricas indiretas para o cálculo das taxas e não se consideram as mortes maternas não obstétricas, nem as mortes maternas tardias. Este fato, na medida dos aspectos de medição da magnitude da morte materna, não guarda correlação com a definição de morte materna da CID-10, isto é, considerando para o cálculo de taxas as mortes maternas não obstétricas e às mortes maternas tardias; porém, se estas fossem consideradas, teríamos uma taxa de $63,74 \times 100.000$ nascidos vivos e $63,21 \times 100.000$ nascidos, vivos e mortos.

Para as comparações internacionais, atualmente se fazem as taxas com as MMOD e MMOI; sendo assim, as taxas de morte materna do município de São Paulo são ainda elevadisimas quando comparadas, por exemplo, com as dos países de América do Norte: EUA 8×100.000 NV; Canadá 5×100.000 NV¹⁴⁴, e dos países da Europa, só Turquia $148,8 \times 100.000$ NV e Roménia $148,8 \times 100.000$ NV⁴⁵, superam as taxas de São Paulo. O resto dos países se

encontram entre taxas de 0 x 100.000 NV (Islândia, Luxemburgo, Malta, Mônaco), ate 43,8 x 100.000 NV (URSS), tendo os países europeus uma média de 16,6 x 100.000 NV. A taxa de morte materna do município de São Paulo é maior, quando comparada, com os países latinos: Cuba 39 x 100.000 NV, Costa Rica 36 x 100.000¹⁴⁴. Estas taxas são menores quando comparadas às do Brasil: 200 x 100.000¹⁴⁴, 154 x 100.000¹³².

Por outro lado, segundo dados do PRO-AIM, no município de São Paulo, ocorreu uma morte materna a cada 4,9 dias. **Segundo a presente pesquisa, pelas, CID-9 e CID-10 (MMOD+MMOI), ocorreu uma morte materna cada 3,5 dias e quando consideramos o total de casos, segundo a CID-10, (MMOD+MMOI+MMNO+MMT), verificamos uma morte materna a cada 2,6 dias.**

A Tabela 4 mostra, no presente estudo, a diferença de 17 casos entre a CID-9 e a CID-10, havendo um incremento de 32,7 % ao serem consideradas as mortes maternas não obstétricas 9 casos (17,3 %) e as mortes maternas tardias 8 casos (15,4 %).

Quanto à ampliação na definição de morte materna pela CID-10, há trabalhos como o de HÖGBERG (1994)⁴⁶, no estudo da mortalidade materna na Suécia, correspondente ao período de 1980-1988, que encontrou segundo a definição da CID-9, 58 casos de morte materna e segundo a definição da CID-10, 140 casos, incrementando-se em 82 casos (141,4 %). Este incremento é explicado porque as MMNO foram 6 casos (10,3 %) e as MMT foram 76 casos (131,0 %). Nestas, 33 casos correspondentes a doenças malignas (predominaram câncer de mama, melanoma maligno e câncer de útero); 28 casos de suicídio; 28 de acidentes; 20 de traumatismos; 10 de doenças cardíacas; 9 de homicídios. O restante correspondia a infecções, asma bronquial e doenças de sangue. Este resultado estaria relacionado ao perfil epidemiológico dos países europeus.

Por outro lado, FORTNEY (1990)³⁶, no caso dos EUA, refere que "The Centers for Disease Control", reporta um incremento de 11,0 % de MMT. LAURENTI e col. (1990)⁶⁸, em sua investigação no município de São Paulo em 1986, encontrou 10,7 % de incremento.

A Tabela 4 mostra que ainda pela CID-9, o total de casos de mortes maternas (MMOD+MMOI), correspondeu ao total de mortes maternas obstétricas (MMO) da CID-10, porque as definições da morte materna da CID-9 (MMOD+MMOI), se mantiveram na CID-10. Neste grupo de mortes maternas,

tanto pela CID-9 quanto pela CID-10, encontrou-se que as MMOD corresponderam a 80,8 % do total pela CID-9 e, segundo a CID-10, correspondeu a 80,8 % das MMO e a 60,9 % do total de MM. As MMOI, segundo a CID-9, corresponderam a 19,2 % do total e, segundo a CID-10, correspondeu a 19,2 % das MMO e a 14,5 % do total de MM.

Nossos resultados referentes às MMOD e MMOI, são semelhantes aos achados pelo COMITÊ DE ESTUDO E PREVENÇÃO DE MORTE MATERNA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1992¹²⁹ que analisando 59 casos, registrouencontraram 79,7 % para as MMOD e 20,3 % para as MMOI.

LAURENTI e col. 1990⁶⁸, em investigação de mortes maternas no município de São Paulo, no ano de 1986, encontraram para as MMOD 57,1 % e para as MMOI 42,9 %. Este contraste de resultados estaria evidenciando uma mudança no padrão das mortes maternas no município de São Paulo o que seria explicado indiretamente pela deterioração da situação da mulher e particularmente do atendimento das mulheres no ciclo gravídico puerperal, pelo sistema de serviços de saúde do município e, basicamente, pelos hospitais. A tendência histórica, nos países desenvolvidos é que justamente o primeiro grupo de óbitos maternos a ser evitado é a nível das mortes maternas obstétricas diretas, mas no município de São Paulo, está ocorrendo o contrário, pois nos últimos anos incrementan-se as mortes maternas obstétricas diretas.

Também verificando as estatísticas oficiais (Gráfico 3) dos últimos anos 1980-1986, a taxa flutua entre 38,2 x 100.000 NV e 53,5 x 100.000 NV, e no nosso trabalho achamos, 48,04 x 100.000 NV. Com este critério podemos afirmar que as taxas de mortalidade materna do município se mantêm nos últimos anos. Considerando a pesquisa de LAURENTI e col. 1990⁶⁸, realizada em 1986, onde houve 99,6 x 100.000 NV, multiplicando a taxa oficial 44,5 x 100.000 por 2,24 correspondente aos dados reais, nos refeitos de todas as mulheres em idade reprodutiva, embora metodologicamente as pesquisas não sejam similares, os dados outorgam a visão de que a morte materna no município de São Paulo está estacionária ou aumentou discretamente.

A Tabela 4 mostra também que as MMOD correspondem a 60,9 % e as MMOI a 14,5 % do total de mortes maternas, segundo a CID-10, portanto é evidente o predomínio destas sobre as outras causas de morte materna.

Cremos que pela magnitude que representa a mortalidade materna, como problema de Saúde Pública, tal como foi colocada na introdução deste

trabalho, dever-se-ia juntar esforços na obtenção de um documento que contenha dados que permitam comparações, desde os primeiros níveis de atenção e desde os mais fundamentais níveis de organização geopolítica do ser humano, já que, estes dados são de extrema importância para dar substrato que permita, com a clareza que requer o caso, dar maior prioridade a este assunto da mortalidade materna, permitindo assim, o outorgamento de maiores recursos de diferentes tipos. Através do planejamento das múltiplas intervenções locais, que precisam sustentar-se com recursos próprios ou de apoio da cooperação técnica e financeira que a comunidade comunidade internacional¹⁴², esta outorgando, na perspectiva da pronta redução da mortalidade materna. Estes dados também permitiriam avaliar o custo benefício e o impacto das atividades na saúde da mulher e muito particularmente da saúde materna, que evidentemente têm que estar integradas.

4.2 CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS MATERNOS:

4.2.1 OCORRÊNCIA DURANTE O PERÍODO DO ESTUDO

Na Tabela 5 encontra-se a distribuição dos óbitos maternos, observando-se uma distribuição quase uniforme no período do estudo, com certa predominância nos meses de janeiro e maio.

Tabela 5
DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO MÊS E ANO, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MÊS/ANO	Nº MM	%
Dezembro 1993	11	15,9
Janeiro 1994	14	20,3
Fevereiro 1994	10	14,5
Março 1994	10	14,5
Abril 1994	10	14,5
Maio 1994	14	20,3
TOTAL	69	100,0

4.2.2 OCORRÊNCIA DURANTE A SEMANA

Quanto ao dia de ocorrência das mortes maternas, observamos na Tabela 6 que as mortes maternas hospitalares ocorreram em maior número

Tabela 6

DISTRIBUIÇÃO DO LOCAL DE OCORRÊNCIA E DIAS DA SEMANA, DOS ÓBITOS MATERNS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO						MMT		MM	
	MMO			MMNO		TOTAL			TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)	
	LOCAL DE OCORRÊNCIA E DIA DA SEMANA									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOSPITAL	38 (67,9)	90,5	5 (8,9)	50,0	43 (76,8)	82,7	5 (8,9)	55,5	48 (85,7)	78,7
SEGUNDA	10		0		10		0		10	
TERÇA	4		1		5		0		5	
QUARTA	4		0		4		1		5	
QUINTA	4		3		7		1		8	
SEXTA	3		0		3		1		4	
SÁBADO	5		1		6		2		8	
DOMINGO	8		0		8		0		8	
VIA PÚBLICA	2 (25,0)	4,8	2 (25,0)	20,0	4 (50,0)	7,7	4 (50,0)	44,4	8 (100,0)	13,1
SEGUNDA	0		0		0		1		1	
TERÇA	1		1		2		0		2	
QUARTA	1		0		1		0		1	
QUINTA	0		1		1		0		1	
SEXTA	0		0		0		0		0	
SÁBADO	0		0		0		1		1	
DOMINGO	0		0		0		2		2	
DOMICÍLIO	2 (40,0)	4,8	3 (60,0)	30,0	5 (100,0)	9,6	0 (0,0)	0,0	5 (100,0)	8,2
SEGUNDA	0		2		2		0		2	
TERÇA	0		0		0		0		0	
QUARTA	1		0		1		0		1	
QUINTA	1		1		2		0		2	
SEXTA	0		0		0		0		0	
SÁBADO	0		0		0		0		0	
DOMINGO	0		0		0		0		0	
TOTAL	42 (60,9)	100,0	10 (14,5)	100,0	52 (75,4)	100,0	9 (13,0)	100,0	61 (88,4)	100,0

aos sábados, domingos e segundas feiras, correspondendo a 43,5 %. O restante ocorreu em outros dias, sendo o dia de menor ocorrência a sexta-feira, com 5,8 %. A ocorrência maior de óbitos aos sábados, domingos explica-se parcialmente porque os hospitais durante estes dias não funcionam em sua totalidade, e nem sempre as equipes de plantões são as mais preparadas. Em consequência, muitas pacientes às vezes são prejudicadas na decisão da conduta terapêutica, postergada para a segunda-feira quando a equipe obstétrica e de UTI hospitalar, segundo o caso, decidirá sobre o procedimento adequado. Pela evolução das complicações, muitas pacientes ao serem submetidas a procedimentos médicos ou cirúrgicos, apresentaram o desenlace final, também às segundas feiras. As MMO hospitalares, que são a maioria, foram registradas 74,4 % antes das 96 horas de permanência no hospital.

Quanto aos óbitos ocorridos na via pública, igualmente ocorreram em maior número aos sábados, domingos e segundas-feiras, sendo que a maioria dos casos foi consequência de acidentes de trânsito. Este fato estaria parcialmente explicado, porque alguns motoristas em fins de semana consomem bebidas alcoólicas, e por haver menor controle do trânsito durante estes dias, além das razões expostas no parágrafo anterior.

Quanto aos óbitos ocorridos no domicílio, sua apresentação durante a semana é indistinta. Assim ocorreram 40,0 % na segunda-feira, 40,0 % na quinta-feira e 20,0 % na quarta-feira.

4.2.3 OCORRÊNCIA DURANTE O PERÍODO DIURNO/NOTURNO

Quanto ao momento de ocorrência do óbito materno em relação ao período diurno e noturno, observou-se no período diurno - 7:00-19 h. - e período noturno 20:00-06 h. A Tabela 7 revela a ocorrência dos 56 casos (100,0 %) de mortes maternas hospitalares, predominando 34 casos (60,7%) durante o período diurno e o restante no período noturno. Estas mortes maternas hospitalares ocorridas no período diurno, corresponderam em 49,3% do total de MM.

Na Tabela 7, dos 8 casos (100,0 %) de MM ocorrido na via pública, aconteceram quatro casos (50,0 %) no período noturno. Estes corresponderam a 5,8 % do total de MM, sendo três casos com dados ignorados, ocorridos no período diurno.

Tabela 7

DISTRIBUIÇÃO DO LOCAL E OCORRÊNCIA NOS PERÍODOS DIURNO (DIUR.) OU NOTURNO (NOT.) NOS DIAS DA SEMANA, DOS ÓBITOS MATERNOS/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

DIA DA SEMANA	LOCAL/ PERÍODO		HOSPITALAR				VIA PÚBLICA				DOMICÍLIO				TOTAL											
	DIUR.	NOT.	TOTAL		DIUR.	NOT.	IGN	TOTAL		DIUR.	NOT.	IGN	TOTAL		DIUR.	NOT.	IGN		(1+2+3)							
			N	%				N	%				N	%			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEGUNDA	9	2	11	19,6	0	0	1	1	12,5	1	0	1	2	40,0	10	27,7	2	7,1	2	40,0	14	20,3				
TERÇA	7	1	8	14,3	0	2	0	2	25,0	0	0	0	0	0,0	7	19,4	3	10,7	0	0,0	10	14,5				
QUARTA	4	2	6	10,7	0	1	0	1	12,5	0	0	1	1	20,0	4	11,1	3	10,7	1	10,0	8	11,6				
QUINTA	4	4	8	14,3	0	1	0	1	12,5	0	2	0	2	40,0	4	11,1	7	25,0	0	0,0	11	15,9				
SEXTA	2	2	4	7,1	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0,0	2	5,6	2	7,1	0	0,0	4	5,8				
SÁBADO	5	5	10	17,9	0	0	1	1	12,5	0	0	0	0	0,0	5	13,8	5	17,8	1	10,0	11	15,9				
DOMINGO	3	6	9	16,1	1	0	1	2	25,0	0	0	0	0	0,0	4	11,1	6	21,4	1	10,0	11	15,9				
TOTAL	34 (49,3)	22 (31,9)	56 (85,5)	100,0	1 (1,4)	4 (5,8)	3 (4,3)	8 (11,6)	100,0	1 (1,4)	2 (2,9)	2 (2,9)	5 (7,2)	100,0	36 (52,2)	100,0	28 (40,6)	100,0	5 (7,2)	100,0	69 (100,0)	100,0				

Na Tabela 7, quanto aos 5 casos (100,0 %) de MM domiciliares, 2 casos (40,0 %) ocorreram durante o período noturno, 1 caso no período diurno, e 2 casos (40,0 %) com dados ignorados.

Do total de MM ocorridas nos hospitais, via pública e domicílios, a maioria 36 (52,2 %) aconteceu durante o período diurno; 28 (40,6%) durante o período noturno e 5 (7,2 %) com dados ignorados.

4.2.4 LOCAL DE OCORRÊNCIA

A Tabela 8 mostra o local de ocorrência dos óbitos maternos, evidenciando-se que a maioria aconteceu nos hospitais, 56 casos (81,2 %), seguidos na via pública de 8 casos (11,6 %) e no domicílio 5 casos (7,2 %).

Tabela 8

NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MM	N	%
Local		
HOSPITAL(*)	56	81,2
VIA PÚBLICA(**)	8	11,6
DOMICÍLIO(***)	5	7,2
TOTAL	69	100,0 %

(*)

Duas pacientes hospitalizadas, faleceram na via pública: [uma puerpéra, pós-cesariana e eclâmpica, ao ser transferida a uma UTI, morreu na ambulância e uma puerpéra com hemorragia cerebral secundária à hipertensão não específica, morreu no trajeto ao outro hospital que ia para a realização de um exame computadorizado].

(**)

Duas pacientes foram achadas na via pública e levadas ao IML: [uma gestante de 1º trimestre/homicídio e uma gestante de 2º trimestre/atropelamento].

Duas foram achadas na via pública e levadas ao hospital, chegando em estado de óbito: [uma gestante de 3º trimestre/atropelamento e uma gestante de 3º trimestre/homicídio].

(***)

Quatro pacientes saíram com vida de seus domicílios, morreram no trajeto ao hospital: [uma gestante de 2º trimestre-gemelar/eclâmpsia, uma gestante

1º trimestre/abortamento provocado, uma gestante a termo/aneurisma dissecante de aorta e uma gestante de 1º trimestre/miocardite crônica].

(***)

Duas pacientes morreram em seus domicílios e foram levadas ao IML: [gestante de 1º trimestre/acidente cérebro vascular por aneurisma e uma gestante de 1º trimestre/abortamento provocado].

(***)

Duas faleceram em seus domicílios e foram levadas ao SVO/USP: [uma gestante de 3º trimestre/dissecção aguda de aorta rota e uma gestante de 2º trimestre/doença obstrutiva pulmonar crônica].

(***)

Uma paciente foi levada de seu domicílio ao Pronto Socorro em estado de óbito: [puerpéra/hemorragia uterina por restos placentários].

Quanto aos hospitais onde ocorreram as mortes maternas, estão registrados na Tabela 9, observando-se hospitais que correspondem à administração municipal, estadual, filantrópicos e privados. Não obtivemos uma classificação adequada nem nos escritórios de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde nem no escritório de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado, quanto à real situação de alguns hospitais. Verificamos a falta de normatização no atendimento da mãe, faltando uma estrutura de coordenação e hierarquização.

4.2.5 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÓMICAS:

4.2.5.1 IDADE

Conforme a Tabela 10, ao analisar-se a idade das mulheres que faleceram durante a gestação, parto, puerpério ou 43 dias-até um ano, verificamos que a maior porcentagem 62,5 % ocorreu no grupo etário correspondente a 20-34 anos de idade. Neste grupo predominaram as mortes relacionadas à gestação com (84,4%) e dentre estas predominaram as MMOD com 65,8 % do grupo e 55,6% do total de MM corresponderam as MMNO e MMT com 15,6 % cada uma, do total da faixa etária e as MMOI com 13,3 %.

Em segundo lugar, encontrou-se o grupo da faixa etária de 35-49 anos de idade com 24,6 %, onde predominaram as MMOD e MMOI. Verifica-se que 1/4 dos óbitos maternos corresponderam a esta idade e a maioria correspondeu a MMOD.

Tabela 9

HOSPITAIS ONDE OCORRERAM OS ÓBITOS MATERNOS E NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

HOSPITAL	N. DE ÓBITOS MATERNOS	% DE MM HOSPITALARES (N=56)	% DO TOTAL DE MM (N=69)
Hospital Campo Limpo	8	14,3	11,6
Complexo Hospitalar de Mandaqui	5	8,9	7,2
Hospital Tide-Setubal	3	5,4	4,3
P. S. Vergueiro	3	5,4	4,3
Hospital Santa Marcelina	3	5,4	4,3
Hospital Guaianazes	2	3,6	2,9
Hospital AMICO-Vila Mariana	2	3,6	2,9
Hospital Santa Marta(SIM-Ibirapuêra)	2	3,6	2,9
Hospital Saboya	2	3,6	2,9
Hospital Vila Penteado	2	3,6	2,9
P. S. Itaquera	2	3,6	2,9
Hospital São Paulo	2	3,6	2,9
Santa Casa de São Paulo	1	1,8	1,4
Hospital Heliopolis	1	1,8	1,4
Hospital Sirio-Libanes	1	1,8	1,4
Hospital Taipas	1	1,8	1,4
Hospital e Maternidade Vila Carrão	1	1,8	1,4
Hospital Pirituba	1	1,8	1,4
Clínica Infantil Ipiranga	1	1,8	1,4
Hospital Monte Ararat	1	1,8	1,4
Hospital e Maternidade Vila Nova Cachoeirinha	1	1,8	1,4
Hospital Montenegro	1	1,8	1,4
P. S. Alípio Correa Neto	1	1,8	1,4
Santa Casa de Santo Amaro	1	1,8	1,4
P. S. de Tatuape	1	1,8	1,4
Hospital e Maternidade São Camilo	1	1,8	1,4
Hospital Beneficência Portuguesa	1	1,8	1,4
Hospital das Clínicas	1	1,8	1,4
Hospital e Maternidade Santa Maria	1	1,8	1,4
Lapa Assistência Médica	1	1,8	1,4
Hospital Iguatemi	1	1,8	1,4
Hospital Santa Izabel	1	1,8	1,4

Em terceiro lugar, encontrou-se o grupo da faixa etária de 10-19 anos de idade, correspondente às adolescentes com 10,1 %, onde predominaram as MMOD, com 85,7 %. Assim, os óbitos maternos da faixa de 35-39 anos de idade e os óbitos maternos de 10-19 anos de idade, do total de mortes maternas fazem uma porcentagem de 34,7 %, ou seja, quase a terceira parte do total de MM é dos grupos considerados de alto risco obstétrico.

Tabela 10

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR IDADE, SEGUNDO TIPOS DE MM/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

IDADE (anos)	TIPO DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO								MM TARDIA		MM			
		MMO						MMNO		TOTAL		TOTAL			
		MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 — 19		6 (85,7)	14,3	0 (0,0)	0,0	6 (85,7)	11,5	1 (14,3)	11,1	7 (100,0)	11,5	0 (0,0)	0,0	7 (100,0)	10,1
20 — 34		25 (55,6)	59,5	6 (13,3)	60,0	31 (68,9)	59,6	7 (15,6)	77,8	38 (84,4)	62,3	7 (15,6)	87,5	45 (100,0)	62,5
35 — 49		11 (64,7)	26,2	4 (23,5)	40,0	15 (88,2)	28,8	1 (5,9)	11,1	16 (94,1)	26,2	1 (5,9)	12,5	17 (100,0)	24,6
TOTAL		42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

4.2.5.2 ESTADO CONJUGAL

Na Tabela 11 encontra-se, quanto ao estado conjugal, o predomínio das casadas em 33 (47,8 %) do total de MM. Destes 33 casos (100,0 %), 32 casos (96,9 %) corresponderam às mortes maternas relacionadas à gestação e em um caso (12,5 %) correspondeu a MMT.

As solteiras foram 27 casos (39,1%) do total de MM. Destes 27 casos (100,0 %), predominaram 20 (74,1 %) de mortes relacionadas à gestação e 7 (25,4 %), a MMT.

As amasiadas foram 9 casos (13,0 %) do total de MM. Todos correspondentes a mortes maternas relacionada à gestação.

Quando analisamos as MMOD, que foram 42 casos (100,0 %), observamos que mais da metade, 24 (57,1 %) foram casadas; 12 (28,6 %) solteiras e 6 (14,3 %) amasiadas. Quanto as MMOI, que foram 10 casos (100,0%), 5 (50,0 %) foram casadas, 4 (40,0 %) solteiras e 1 (10,0 %) foi amasiada.

Quanto as MMNO e MMT, observamos que predominaram as solteiras. Assim, dos 9 casos (100,0 %) de MMNO, 4 (44,4%) eram solteiras, 3 (33,3%) casadas e 2 (22,2 %) amasiadas. Dos 8 casos (100,0%) de MMT, encontramos 7 (87,5 %) solteiras; estas particularmente relacionadas à SIDA e nas MMNO, onde se encontraram os homicídios, acidentes de trânsito e suicídio.

Na Tabela 11, quanto à raça das mulheres falecidas, selecionamos em dois grupos: branca e não branca. Do total das MM encontrou-se que as brancas representaram 52,2 % e as não brancas 47,8 %. Comparando os tipos de MM e a raça, encontramos que nas MMOD, MMNO predominam as de raça branca; nas MMT são iguais e no caso das MMOI predominam as não brancas, este último estaria explicado pela maior incidência e prevalência de doenças como hipertensão arterial, no subgrupo de raça negra. Estes resultados não são conclusivos, porque encontramos em muitos prontuários, opiniões diferentes quanto à raça, seja por parte do anestesiológico seja por parte do obstetra.

4.2.5.3 NATURALIDADE

Quanto à naturalidade das falecidas neste estudo, considerando as regiões do Brasil e outros países, com o tipo de morte materna, conforme a

Tabela 11

DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO CONJUGAL E RAÇA, DAS FALECIDAS SEGUNDO TIPOS DE MM/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPO DE MORTE MATERNAL (CID-10)		MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO								MM TARDIA		MM			
		MMO				MMNO		TOTAL				TOTAL			
ESTADO CONJUGAL /RAÇA		MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTADO CONJUGAL		42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0
SOLTEIRA		12 (44,4)	28,6	4 (14,8)	40,0	16 (59,2)	30,8	4 (14,8)	44,4	20 (74,1)	32,8	7 (25,4)	87,5	27 (100,0)	39,1
CASADA		24 (72,7)	57,1	5 (15,2)	50,0	29 (87,9)	55,8	3 (9,1)	33,3	32 (98,9)	52,5	1 (3,0)	12,5	33 (100,0)	47,8
AMASIADA		6 (68,6)	14,3	1 (11,1)	10,0	7 (77,7)	13,5	2 (22,2)	22,2	9 (100,0)	14,8	0 (0,0)	0,0	9 (100,0)	13,0
RAÇA		42 (60,9)	100,0	10 (14,5)	100,0	52 (75,4)	100,0	9 (13,0)	100,0	61 (88,9)	100,0	8 (11,6)	100,0	69 (100,0)	100,0
BRANCA		22 (81,1)	52,4	4 (11,1)	40,0	26 (72,2)	50,0	6 (16,6)	66,7	32 (88,9)	54,5	4 (11,1)	50,0	36 (100,0)	52,2
NÃO BRANCA		20 (60,6)	47,6	6 (18,2)	60,0	26 (78,8)	50,0	3 (9,1)	33,3	29 (87,9)	45,5	4 (11,1)	50,0	33 (100,0)	47,8

Tabela 12, verificamos que 35 casos (50,7 %) são naturais da região Sudeste. Destes 35 casos (100,0 %), 26 (74,3 %) corresponderam ao estado de São Paulo e 9 (25,7 %) a outros estados da região. Considerando o estado de São Paulo, verificou-se que estes 26 casos, corresponderam a 37,7% do total das falecidas, e 43 casos (62,3 %) corresponderam a outros estados, regiões ou países.

Assim, a naturalidade das falecidas no município de São Paulo, corresponderam, na maioria dos casos, a outros estados e países em 43 casos (62,3 %).

Quando analisadas por regiões e países, a Tabela 12 mostra que 28 casos (40,6 %) são naturais da região Nordeste; 4 (4,8 %) da região Sul; 35 (50,7 %) da região Sudeste. Em nossa casuística não encontramos casos da região Norte e de outros países (Itália) encontrou-se um caso (1,4 %).

O município de São Paulo é um polo de atração para trabalhar, gerando a migração interna, sobretudo dos estados nordestinos. Estas pessoas ou famílias, na sua maioria, vêm engrossar o grupo grande dos menos favorecidos.

4.2.5.4 ESCOLARIDADE

A Tabela 13 apresenta a escolaridade tanto das falecidas quanto dos esposos/companheiros, verificaram-se 6 casos (8,7 %) de analfabetas. Com 1-4 anos de estudo 36 casos (52,2%), que constituíram a maioria. Com 5-8 anos de estudo 11 casos (15,9 %) e apenas em 4 (5,8 %) tinham de 9 anos a mais de estudo.

Nos casos dos esposos/companheiros, também encontramos analfabetos em 3 casos (4,3 %). Algumas vezes o casal era analfabeto, sobretudo os procedentes de outros estados do Brasil. Este fato, no casal, poderia estar contribuindo para a limitação, entre outros na busca de seus direitos à saúde. Com 1-4 anos de estudos observaram-se 26 casos (37,7 %), e de 9 a mais anos de estudos 5 casos (7,3 %). É preciso esclarecer que encontraram-se 12 casos (17,4%) e 24 casos (34,8 %) das mulheres que faleceram e seus esposos/companheiros respectivamente, sem informação, entretanto os dados analisados permitem perceber a situação de escolaridade do grupo de estudo.

Tabela 12

DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES FALECIDAS POR LOCAL DE NASCIMENTO (REGIÕES E OUTROS PAÍSES), SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LOCAL DE NASCIMENTO														
REGIÃO DO NORTE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
REGIÃO DO NORDESTE	15	35,7	4	40,0	19	75,7	5	55,5	24	39,3	4	50,0	28	40,6
REGIÃO DO CENTRO-OESTE	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
REGIÃO SUDESTE	22	52,4	5	50,0	27	51,9	4	44,4	31	50,8	4	50,0	35	50,7
REGIÃO SUL	3	7,1	1	10,0	4	7,7	0	0,0	4	6,5	0	0,0	4	4,8
OUTROS PAÍSES	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

Tabela 13

DISTRIBUIÇÃO DAS FALECIDAS E DOS ESPOSOS/COMPANHEIROS POR ESCOLARIDADE, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPO DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCOLARIDADE														
DAS FALECIDA	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0
Analfabeta	5	11,9	0	0,0	5	9,6	0	0,0	5	8,2	1	12,5	6	8,7
1 - 4 anos	22	52,4	4	40,0	26	50,0	6	66,6	32	54,5	4	50,0	36	52,2
5 - 8 anos	8	19,0	1	10,0	9	17,3	1	11,1	10	16,4	1	12,5	11	15,9
9 - mais anos	1	2,4	2	20,0	3	5,8	0	0,0	3	4,9	1	12,5	4	5,8
Sem informação	6	14,3	3	30,0	9	17,3	2	22,2	11	18,0	1	12,5	12	17,4
DOS ESPOSOS/COMPANHEIROS	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0
Analfabeta	1	2,4	1	10,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	1	12,5	3	4,3
1 - 4 anos	14	33,3	4	40,0	18	34,6	6	66,6	24	39,3	2	25,0	26	37,7
5 - 8 anos	9	21,4	1	10,0	10	19,2	1	11,1	11	18,0	0	0,0	11	15,9
9 - mais anos	1	2,4	1	10,0	2	3,8	2	22,2	4	6,6	1	12,5	5	7,3
Sem informação	17	40,5	3	30,0	20	38,5	0	0,0	20	32,8	4	50,0	24	34,8

É indiscutível o valor que tem a escolaridade como meio facilitador para o conhecimento de seus direitos à saúde, assim como de medidas básicas de prevenção.

4.2.5.5 OCUPAÇÃO

Quanto à ocupação apresentamos os resultados em duas partes: primeiro a ocupação das mulheres e segundo a ocupação dos esposos/companheiros.

Na Tabela 14 é apresentada, a ocupação das mulheres falecidas em que houve informação nos 69 casos (100,0%), dos quais encontramos 36 (52,2%) correspondentes a atividades domésticas. Estes predominam com mais de 50,0 % em todos os tipos de MM, a exceção das MMT que corresponderam a 25,0 %. A segunda ocupação mais freqüente correspondeu às empregadas domésticas em 11 casos (15,9 %), que predominam nas MMO e MMT.

Revisando o conjunto de ocupações, das mulheres falecidas, nota-se que só duas tinham formação universitária (uma jornalista e uma pedagoga); 2,9 % do total. Verificou-se que a maioria das ocupações, sem considerar as do lar, corresponderam a ocupações básicas de serviços, e uma das mulheres era "assaltante" (1,4 %).

Quanto à ocupação dos esposos/companheiros, na Tabela 15, verificamos informação em 41 casos (59,4 %). A obtenção deste dado não foi fácil, porque muitos dos informantes desconheciam suas ocupações. Assim, do total de casos informados, os desempregados foram 6 (8,7 %) do total de MM. Em segundo lugar, estavam os motoristas com 5 casos (7,2 %) e em terceiro lugar os pedreiros 4 (5,8 %).

Salienta-se que havia 2 casos (2,9 %) sem trabalho, e a maioria era de ocupações básicas e de serviços gerais, entre outros, por exemplo, operários, ajudantes, carpinteiros.

Houve um caso de "assaltante de bancos" que se encontrava preso no momento de óbito. Por outro lado, nos casos dos esposos/companheiros correspondentes às MMT, 50,0 % tinha, ocupação ignorada.

Tabela 14

DISTRIBUIÇÃO DA OCUPAÇÃO DAS FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAI.1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OCUPAÇÃO DAS FALECIDAS														
DOLAR	24	57,1	5	50,0	29	55,8	5	55,5	34	55,7	2	25,0	36	52,2
EMPREGADA DOMÉSTICA	8	19,0	1	10,0	9	17,3	0	0,0	9	14,8	2	25,0	11	15,9
VENDEDORA	2	4,8	1	10,0	3	5,8	0	0,0	3	4,9	0	0,0	3	4,3
ESTUDANTE	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	2,9
FAXINEIRA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	1	12,5	2	2,9
CAIXA	0	0,0	1	10,0	1	1,9	1	11,1	1	1,6	1	12,5	2	2,9
AUX. FUNÇÕES GERAIS	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
COSTUREIRA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
OPERADORA/DECORADORA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
PEDAGOGA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
SERVEENTE	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
SECRETÁRIA	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
AUX. LIMPEZA	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
EMBALADORA	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
COPEIRA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,6	0	0,0	1	1,4
AUX. ADMINISTRATIVA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,6	0	0,0	1	1,4
METALÚRGICA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,6	0	0,0	1	1,4
JORNALISTA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,4
ASSALTANTE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,4
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

Tabela 15

DISTRIBUIÇÃO DA OCUPAÇÃO DOS ESPOSOS/COMPANHEIROS, DOS ÓBITOS MATERNOS/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPO DE MORTE MATERNA CID-10	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL					
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OCUPAÇÃO DO ESPOSO/COMPANHEIRO														
DESEMPREGADO	3	7,1	1	10,0	4	7,7	1	11,1	5	8,4	1	10,0	6	8,7
MOTORISTA	5	11,9	0	0,0	5	9,6	0	0,0	5	8,4	0	0,0	5	7,2
PEDREIRO	1	2,4	2	20,0	3	5,8	1	11,1	4	6,6	0	0,0	4	5,8
METALÚRGICO	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	2,9
ZELADOR	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	2,9
NÃO TRABALHA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	1	10,0	2	2,9
CAMINHONEIRO	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
MECÂNICO	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
CARPINTEIRO	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
TEC. DE REFRIGERAÇÃO	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
OBREIRO/MÁQUINA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
BICOS	1	2,4	0	0,0	1	1,9	1	11,1	2	3,3	1	10,0	3	4,3
POLÍCIA MILITAR	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
VIGIA	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
ANALISTA CONTÁBIL	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
MARCENEIRO	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
VENDEDOR PRENDAS	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
OBREIRO (RAMO QUÍMICO)	1	2,4	0	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
AJUDANTE GERAL	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
FUNILEIRO	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
OP. DE PEÇAS DE CARRO	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
SEGURANÇA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,6	0	0,0	1	1,4
COMERCIANTE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,6	0	0,0	1	1,4
ASSALTANTE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	1,4
IGNORADO	16	38,0	4	40,0	20	38,7	4	44,4	24	39,3	4	50,0	28	40,6
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

4.2.5.6 SALÁRIO

Com relação à remuneração, tanto das falecidas quanto dos esposos/companheiros, pode-se observar na Tabela 16, que 9 casos (13,0 %), não tinham nenhuma remuneração, 25 (36,2 %) tinham 1-3 salários mínimos, 12 (17,4 %) receberam apenas um salário mínimo, e nenhum dos casos em estudo recebia mais de 8 salários mínimos, tendo a maioria 1-3 salários mínimos.

Podemos dizer que as MM vistas por estas variáveis, correspondem às de menor escolaridade, a atividades básicas, com famílias de situação econômica baixa e alto porcentagem correspondeu às mulheres migrantes de outros estados.

4.2.6 CARACTERÍSTICAS EM RELAÇÃO AOS ANTECEDENTES DAS FALECIDAS

4.2.6.1 HÁBITO DE FUMAR E BEBER LICOR

Analisando o hábito de fumar das falecidas, a Tabela 17 mostra que 26 (37,7 %) eram fumantes, 31 (44,9 %) eram não fumantes, encontrando-se 12 casos (17,4 %) sem informação.

Dos 26 casos (100,0 %) de fumantes, a maioria 20 (76,9%) correspondeu às MM relacionadas à gestação e 6 (23,1 %) à MMT. Das MM relacionadas à gestação, 13 (65,0 %) correspondiam à MMOD, 4 (20,0 %) à MMNO e 3 (15,0 %) à MMOI.

Dos 42 casos (100,0 %) de MMOD, 13 (30,9 %), foram fumantes, 21 (50,0 %) não fumantes e em 8 (19,0 %) tinham dados ignorados.

Dos 10 casos (100,0 %) de MMOI, 5 (50,0 %) foram não fumantes, 3 (30,0 %) foram fumantes, e 2 (20,0 %) tinham dados ignorados.

Dos 9 casos (100,0 %) de MMNO, 4 (44,4 %) foram fumantes, 4 não fumantes e 1 (1,9 %) não tinha informação.

É de salientar que dos 8 casos (100,0 %) de MMT, 6 (75,0 %) foram fumantes, 1 (12,5 %) não fumante e em um caso não se encontrou informação.

Quanto ao hábito de beber licor, das mulheres falecidas encontraram-se 3 casos (4,3 %) dos óbitos maternos que apresentavam hábito de bebida

Tabela 16

DISTRIBUIÇÃO DE RENDA (SALÁRIOS MÍNIMOS) DA FALECIDA E DO CHEFE INDICADO, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NENHUM	4	9,5	1	10,0	5	9,6	2	22,2	7	11,5	2	25,0	9	13,0
1	6	14,3	2	20,0	8	15,9	1	11,1	9	14,6	3	37,5	12	17,4
1 - 3	18	42,9	3	30,0	21	40,4	3	33,3	24	39,3	1	12,5	25	36,2
3 - 8	3	7,1	0	0,0	3	5,8	0	0,0	3	4,9	0	0,0	3	4,3
> 8	0	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
IGNORADO	11	26,2	4	40,0	15	28,8	3	33,3	18	29,5	2	25,0	20	28,9
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

Tabela 17

DISTRIBUIÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR E DE BEBER LICOR, DAS MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FUMO														
SIM	13	30,9	3	30,0	16	30,6	4	44,4	20	32,8	6	75,0	26	37,7
NÃO	21	50,0	5	50,0	26	50,0	4	44,4	30	49,2	1	12,5	31	44,9
IGNORADO	8	19,0	2	20,0	10	3,8	1	1,9	11	18,0	1	12,5	12	17,4
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0
BEBIDA (Licor)														
SIM	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	2	25,0	3	4,3
NÃO	33	78,6	8	80,0	41	78,8	8	88,9	49	80,3	5	62,5	54	78,3
IGNORADO	8	19,0	2	20,0	10	19,2	1	11,1	11	18,0	1	12,5	12	17,4
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

TABELA 18
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE GESTAÇÕES DOS ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	9	21,4	3	30,0	12	23,0	1	11,1	13	21,3	2	25,0	15	21,7
2	10	23,8	0	0,0	10	19,2	2	22,2	12	19,7	2	25,0	14	20,3
3	8	19,0	3	30,0	11	21,2	2	22,2	13	21,3	2	25,0	15	21,7
4	12	28,6	3	30,0	15	28,8	3	33,3	18	29,5	2	25,0	20	28,9
SEM INFORMAÇÃO	3	7,1	1	10,0	4	7,7	1	11,1	5	8,2	0	0,0	5	7,2
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

Tabela 19
DISTRIBUIÇÃO DO INTERVALO ENTRE ÚLTIMO PARTO E O INÍCIO DA GESTAÇÃO ATUAL DOS ÓBITOS MATERNS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INTERVALO														
< DE 1 ANO	6	14,3	2	20,0	8	15,4	0	0,0	8	13,1	3	37,5	11	15,9
DE 1-2ANOS	7	16,7	1	10,0	8	15,4	2	22,2	10	1,6	2	25,0	12	17,4
> 2 ANOS	14	33,3	3	30,0	17	32,7	5	55,5	22	36,1	0	0,0	22	31,9
PRIMEIRA GESTAÇÃO	9	21,4	3	30,0	12	23,1	1	11,1	13	21,3	2	25,0	15	21,7
IGNORADO	6	66,6	1	10,0	7	13,5	1	11,1	8	13,1	1	12,5	9	13,4
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

4.2.6.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Quanto ao controle pré-natal (CPN), realizado pelas falecidas, conforme observa-se na Tabela 20, 41 casos (59,4 %) das mulheres falecidas realizaram CPN, 10 (14,5 %) não realizaram CPN, e não se teve informação adequada em 18 casos (26,1 %).

Dos mulheres que realizaram CPN, o grupo das MMOD correspondeu a 26 casos (63,4 %) do total de MM e 61,9 % das MMOD.

Destes 26 casos (100,0 %) de MMOD que realizaram CPN, corresponderam 9 casos (34,6 %) a número de CPN ignorados; 8 casos (30,8%) realizaram mais de 6 CPN; 7 (26,9 %) realizaram de 4-6 CPN e 2 casos (7,7 %) 1-3 CPN. Das MMOD, 6 casos (14,3 %) não realizaram CPN e 23,8 % sem informação correta. Das que fizeram CPN das MMOD a maioria fez mais de 6 vezes e a menor quantidade 7,7 % só 1-3 CPN.

Quanto às MMOI verifica-se a realização de CPN em 12,1 % do total das MM. Deste total do grupo, corresponderam 50,0 % realizado e 30,0 % não realizados, com 20,0% sem informação correta. Assim, as MMO, com estes dados pode-se dizer que a maioria realizou CPN, sendo o ideal que a totalidade das grávidas tenham pelo menos de 4-5 consultas de CPN.

Quanto ao grupo das MMNO, 87,5 % das realizadas ignoravam o número de vezes de CPN. Este grupo apresentou 88,9 % com CPN e 11,1 % ignorados.

Quanto às MMT, a maioria de informantes não sabia dizer se fez ou não CPN, provavelmente pelo fato do acontecimento ter ocorrido há meses e os prontuários não consignam estes dados claramente.

Na Tabela 21 observa-se que as mulheres falecidas segundo os tipos de morte materna e o número de estabelecimento onde fizeram CPN, 59,4 % realizaram CPN. Destes, 58,5 % realizaram em postos de saúde e uma menor quantidade de mulheres realizaram com médico particular 2,4%; 19,5% realizaram CPN em dois estabelecimentos. Nestes casos houve complicações detectadas no pré-natal, na maioria dos casos.

Tabela 20
DISTRIBUIÇÃO DO CONTROLE PRÉ-NATAL DAS MULHERES QUE FALECERAM, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

CONTROLE PRÉ-NATAL	TIPO DE MORTE MATERNA (CID-10)			MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO						MM TARDIA			MM		
				MMO			MMNO			TOTAL			TOTAL		
	MMOD(1)			MMOI(2)			(3)			(1+2+3)			(4)		
	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
REALIZADO	26 (63,4)	61,9	{100,0}	5 (12,1)	50,0	{100,0}	31 (75,6)	59,6	{100,0}	39 (95,1)	63,9	{100,0}	2 (4,9)	25,0	{100,0}
1 A 3 CPN	2		(7,7)	0		(0,0)	2		(6,5)	3		(7,7)	0		(0,0)
4 A 6 CPN	7		(26,9)	1		(20,0)	8		(25,8)	8		(20,5)	0		(0,0)
> 6 CPN	8		(30,8)	1		(20,0)	9		(29,0)	9		(23,1)	0		(0,0)
IGN. N° CPN	9		(34,6)	3		(60,0)	12		(38,7)	19		(48,7)	2		(100,0)
NÃO REALIZADO	6 (60,0)	14,3		3 (30,0)	30,0		9 (90,0)	17,3		9 (90,0)	14,8		1 (10,0)	12,5	
IGNORADO	10	23,8		2	20,0		12	23,0		13	21,3		5	62,5	
TOTAL	42 (60,9)	100,0		10 (14,5)	100,0		52 (74,7)	100,0		61 (88,4)	100,0		8 (11,6)	100,0	

Tabela 21
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS ONDE FIZERAM O CONTROLE PRÉ-NATAL (CPN) AS FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)				MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO									MM TARDIA				MM				
ESTABELECIMENTO	MMO									MMNO			TOTAL						TOTAL		
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)			(4)			(1+2+3+4)		
	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
REALIZADO	28 (63,4)	61,9	(100,0)	5 (12,2)	50,0	(100,0)	31 (75,6)	59,6	(100,0)	8 (19,5)	88,9	(100,0)	39 (95,11)	63,9	(100,0)	2 (5,1)	25,0	(100,0)	41 (100,0)	59,4	(100,0)
1 ESTABELECIMENTO	20		(76,9)	3		(60,0)	23		(74,2)	1		(12,5)	24		(61,5)	0		(0,0)	24		(58,5)
2 ESTABELECIMENTO	4		(15,4)	2		(40,0)	6		(19,4)	0		(0,0)	6		(15,4)	2		(100,0)	8		(19,5)
3 ESTABELECIMENTOS	1		(3,8)	0		(0,0)	1		(3,2)	0		(0,0)	1		(2,6)	0		(0,0)	1		(2,4)
4 MÉDICO PARTICULAR	1		(3,8)	0		(0,0)	1		(3,2)	0		(0,0)	1		(2,6)	0		(0,0)	1		(2,4)
5 IGNORADO	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	7		(87,5)	7		(17,9)	0		(0,0)	7		(17,1)
NÃO REALIZADO	6	14,3		3	30,0		9	17,3		0	0,0		9	14,8		1	12,5		10	14,5	
IGNORADO	10	23,8		2	20,0		12	23,1		1	11,1		13	21,3		6	62,5		18	26,1	
TOTAL	42 (60,9)			10 (14,5)			52 (74,7)			9 (13,0)			61 (88,4)			8 (11,6)			69 (100,0)	100,0	

4.2.6.5 VIA DE PARTO

Quanto à via de parto entre as mulheres que evoluíram para óbito, verificamos na Tabela 22, que 38 casos (55,1 %) do total de MM, parturiram e o restante, 31 casos (44,9 %) não parturiram.

Dos partos, 63,2 % foram cesarianas, 34,2 % normais e 2,6 % fórceps.

Entre os partos cesarianos pode-se dizer, que 70,8 % corresponderam a MMOD, 20,8 % MMT, com 4,2% tanto às MMOI e quanto às MMNO.

Das MMOD, 27 casos (64,3 %) haviam parturido, sendo 63,0 % cesarianas. Do total das cesarianas, 52,9 % corresponderam a primigestas.

Um dado adicional importante é apresentado na Tabela 23 refere-se ao número de cesarianas que apresentaram as mulheres por até o momento da morte. Verificamos que 32 casos (46,4 %) do total das MM apresentaram em algum momento de seu processo reprodutivo, incluído o episódio da morte, de uma a cinco cesarianas. Destas, 50,0 % realizaram uma cesariana; 37,5 % realizaram duas cesarianas, 37,5 % com três, 12,5 % com quatro e 12,5 % com cinco cesarianas.

Observa-se na Tabela 23, que do total de MM, 53,6 % de casos não apresentaram cesarianas no processo reprodutivo até a morte. Analisando por tipos de MM, verificamos que entre as MMOD, 50,0 % tiveram partos cesarianos entre MMOI 20,0 %, nas MMNO 22,2 % e nas MMT 87,5 %. Assim, as MMT apresentaram a maior porcentagem de cesarianas seguidas das MMOD, MMNO e finalmente das MMOI.

4.2.6.6 RECÉM-NASCIDOS (RN)

Na Tabela 24 apresentamos os dados dos recém-nascidos, segundo vitalidade, sexo e peso, observando-se 38 recém-nascidos dos quais 92,1 % nasceram vivos e 7,9 % natimortos. Os natimortos corresponderam às MMO, com predomínio das MMOD.

Quanto ao sexo, encontrou-se o predomínio do sexo masculino, com 52,6 %; sexo feminino 31,6 % e não se encontrou informação em 15,8 %.

Quanto ao peso, podemos apreciar que a maioria dos recém-nascidos correspondeu a pesos maiores que 2500 g. em 44,7 %, 28,9 % de 1501 a 2499 g. e em menor porcentagem os recém-nascidos com menos de 1500 g. (15,8%) .Não foi possível resgatar os dados de peso dos recém-nascidos em 10,5 % dos casos.

Tabela 22

DISTRIBUIÇÃO DA VIA DE PARTO DAS MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO												MM TARDIA			MM					
	MMO									MMNO			TOTAL			TOTAL					
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)			(4)			(1+2+3+4)		
	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
COM PARTO	27 (71,1)	100,0	(64,3)	5 (13,2)	100,0	(50,0)	32 (84,2)	100,0	(81,5)	1 (2,6)	100,0	(11,1)	33 (86,8)	100,0	(54,1)	5 (13,8)	100,0	(62,5)	38 (100,0)	100,0	(55,1)
CESARIANA	17 (70,8)	63,0		1 (4,2)	20,0		18 (75,0)	56,3		1 (4,2)	100,0		19 (79,2)	57,6		5 (20,8)	100,0		24 (100,0)	63,2	
PRIMEIRA	9			1			10			1			11			2			13		
SEGUNDA	2			0			2			0			2			1			3		
TERCEIRA	3			0			3			0			3			1			4		
QUARTA	2			0			2			0			2			0			2		
QUINTA	1			0			1			0			1			1			2		
NORMAL	10 (76,9)	37,0		3 (23,1)	60,0		13 (100,0)	40,6		0 (0,0)	0,0		13 (100,0)	39,4		0 (0,0)	0,0		13 (100,0)	34,2	
FÓRCEPS	0 (0,0)	0,0		1 (100,0)	20,0		1 (100,0)	3,1		0 (0,0)	0,0		1 (100,0)	3,0		0 (0,0)	0,0		1 (100,0)	2,6	
SEM PARTO	15 (48,4)		(35,7)	5 (16,8)		(50,0)	20 (64,5)		(38,5)	8 (25,8)		(88,8)	28 (90,3)		(45,9)	3 (9,7)		(35,7)	31 (100,0)		(44,9)
TOTAL	42 (60,9)		(100,0)	10 (14,5)		(100,0)	52 (75,4)		(100,0)	9 (13,0)		(100,0)	61 (88,4)		(100,0)	8 (11,6)		(100,0)	69 (100,0)		(100,0)

Tabela 23

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CESARIANAS ATÉ O MOMENTO DA MORTE DE MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNAL (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COM CESARIANA	21 (55,6)	50,0	2 (6,3)	20,0	23 (71,9)	44,2	2 (6,3)	22,2	25 (78,1)	40,9	7 (21,9)	87,5	32 (100,0)	46,4 (100,0)
PRIMEIRA	10 (52,5)		1 (6,3)		11 (68,8)		2 (12,5)		13 (81,3)		3 (18,8)		16 (100,0)	(50,0)
SEGUNDA	4 (66,7)		0 (0,0)		4 (66,7)		0 (0,0)		4 (66,7)		2 (33,3)		6 (100,0)	(37,5)
TERCEIRA	4 (66,7)		1 (16,7)		5 (83,3)		0 (0,0)		5 (83,3)		1 (16,7)		6 (100,0)	(37,5)
QUARTA	2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)	(12,5)
QUINTA	1 (50,0)		0 (0,0)		1 (50,0)		0 (0,0)		1 (50,0)		1 (50,0)		2 (100,0)	(12,5)
SEM CESARIANA	21 (56,8)	50,0	8 (21,6)	80,0	29 (78,4)	65,8	7 (18,9)	77,8	36 (97,1)	69,0	1 (2,7)	12,5	37 (100,0)	53,6
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

Tabela 24

DISTRIBUIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS (RN) POR VITALIDADE, SEXO E PESO, DAS FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)		MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO								MM TARDIA		MM			
		MMO						MMNO		TOTAL		TOTAL			
		MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
R.N.															
VITALIDADE		27 (71,1)	100,0	5 (13,2)	100,0	32 (84,0)	100,0	1 (2,6)	100,0	33 (86,8)	100,0	5 (13,2)	100,0	38 (100,0)	100,0
VIVOS		25 (71,4)	96,5	4 (11,4)	80,0	29 (82,9)	90,6	1 (2,9)	100,0	30 (85,7)	90,9	5 (14,3)	100,0	35 (100,0)	92,1
NATIMORTOS		2 (66,7)	7,4	1 (33,3)	20,0	3 (100,0)	9,4	0 (0,0)	0,0	3 (100,0)	9,1	0 (0,0)	0,0	3 (100,0)	7,9
SEXO		27 (71,1)	100,0	5 (13,2)	100,0	32 (84,0)	100,0	1 (2,6)	100,0	33 (86,8)	100,0	5 (13,2)	100,0	38 (100,0)	100,0
MASCULINO		14 (70,0)	51,9	4 (20,0)	80,0	18 (90,0)	56,3	1 (5,0)	100,0	19 (95,0)	57,6	1 (5,0)	20,0	20 (100,0)	52,6
FEMININO		11 (91,7)	40,7	1 (8,3)	20,0	12 (100,0)	37,5	0 (0,0)	0,0	12 (100,0)	36,4	0 (0,0)	0,0	12 (100,0)	31,6
IGNORADO		2 (33,3)	7,4	0 (0,0)	0,0	2 (33,3)	6,3	0 (0,0)	0,0	2 (33,3)	6,1	4 (66,7)	80,0	6 (100,0)	15,8
PESO		27 (71,1)	100,0	5 (13,2)	100,0	32 (84,0)	100,0	1 (2,6)	100,0	33 (86,8)	100,0	5 (13,2)	100,0	38 (100,0)	100,0
<1500		4 (66,7)	14,8	2 (33,3)	40,0	6 (100,0)	18,8	0 (0,0)	0,0	6 (100,0)	18,2	0 (0,0)	0,0	6 (100,0)	15,8
1500 - 2499		8 (72,7)	29,6	2 (18,2)	40,0	10 (90,9)	31,3	1 (9,1)	100,0	11 (100,0)	33,3	0 (0,0)	0,0	11 (100,0)	28,9
≥ 2500		15 (88,2)	55,6	1 (5,9)	20,0	16 (94,1)	50,0	0 (0,0)	0,0	16 (94,1)	48,5	1 (5,9)	20,0	17 (100,0)	44,7
IGNORADO		0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	4 (100,0)	80,0	4 (100,0)	10,5

4.2.6.7 ÉPOCA DO ÓBITO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E DE 43 DIAS ATÉ UM ANO

Na Tabela 25 verificamos que, do total das MM, 28 casos (40,6 %) ocorreram durante a gestação. Destes predominaram os do primeiro trimestre, com 12 (17,4 %) do total de MM e 42,9 % das mulheres gestantes, seguido pelas mulheres gestantes do segundo trimestre, que corresponderam a 13,0 % do total de MM e 32,1 % das mulheres gestantes. No último lugar observaram-se, as mulheres gestantes no terceiro trimestre, correspondendo a 10,1 % do total de óbitos e em 25,0 % das mulheres na época da gestação.

As mulheres que faleceram durante o parto corresponderam a 4 (5,8 %). As mulheres falecidas durante o puerpério foram 29 casos (42,1 %), sendo as que predominaram em relação aos outros períodos na ocasião de óbito. Destas, predominaram as de 2 horas até 7 dias, com 26,1 % do total, seguido das de 8 -42 dias com 15,9 %.

As mortes maternas ocorridas durante o período de 43 dias até um ano após o termino da gravidez, correspondem a 8 casos (11,6 %).

Quanto aos óbitos hospitalares, predominaram as mulheres na época puerperal com 50,0 %, seguindo-se as mulheres gestantes com 28,6 %, seguidas pelas de 43 dias até um ano após o termino da gravidez com 14,3 % e finalmente faleceram no intraparto 14,3 %.

Quanto aos óbitos ocorridos na via pública, verificamos que todos ocorreram entre gestantes.

Quanto aos óbitos domiciliares, 80,0 % corresponderam à época gestacional e 20,0 % à época puerperal.

Ao revisar as MM, segundo a época de ocorrência no ciclo gravídico e tipo de morte materna, encontramos na Tabela 26 que os óbitos hospitalares do primeiro trimestre corresponderam em 85,7 % às MMOD e em 14,3 % às MMNO. Os de segundo trimestre, 66,7 % às MMOD e 33,3 % às MMNO. No terceiro trimestre em 66,7 % às MMOD e 33,3 % às MMNO.

Quanto às mortes no intraparto, 75,0 % corresponderam às MMOD e 25,0% às MMOI. Quanto aos óbitos de 2 horas-7 dias observamos 83,3 % de MMOD, seguidos das MMOI com 11,1 % e 5,6 % as MMNO. E os óbitos de 43 dias até um ano após o termino da gravidez, corresponderam às MMT em 100,0%.

Tabela 25
DISTRIBUIÇÃO DAS FASES DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E 43 DIAS-1 ANO,
EM QUE OCORRERAM OS ÓBITOS MATERNO/CID-10, SEGUNDO LOCAL DE
OCORRÊNCIA, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL.
DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

LOCAL DE OCORRÊNCIA	HOSPITAL		VIA PÚBLICA		DOMICÍLIO		TOTAL	
FASES	N	%	N	%	N	%	N	%
1º TRIMESTRE	7	12,5	3	37,5	2	40,0	12	17,4
2º TRIMESTRE	6	10,7	2	25,0	1	20,0	9	13,0
3º TRIMESTRE	3	5,4	3	37,5	1	20,0	7	10,1
INTRA-PARTO	4	7,1	0	0,0	0	0,0	4	5,8
2 HORAS - 7 DIAS	18	32,1	0	0,0	0	0,0	18	26,1
8 DIAS - 42 DIAS	10	17,9	0	0,0	1	20,0	11	15,9
43 DIAS - 1 ANO	8	14,3	0	0,0	0	0,0	8	11,6
TOTAL	56	100,0	8	100,0	5	100,0	69	100,0
	(81,2)		(11,6)		(7,2)		(100,0)	

Na Tabela 26, quanto aos óbitos na via pública, referentes ao primeiro trimestre corresponderam em 33,3 % às MMOD, MMOI e MMNO. Quanto aos óbitos de segundo trimestre, 50,0 % foram classificados como MMOD e 50,0 % como MMNO. Os óbitos maternos de terceiro trimestre 33,3 % à MMOI e 66,7% à MMNO.

Quanto aos óbitos domiciliares, corresponderam no primeiro trimestre a 50,0 % de MMOD e 33,3 % de MMOI. Do segundo e terceiro trimestres a 100,0% de MMOI. No período puerperal, todos os óbitos foram classificados como MMOD, correspondendo a 100,0 % de MMOD.

4.2.6.8 ANTICONCEPCIONAIS USADOS

A Tabela 27, mostra os métodos anticoncepcionais usados pelas mulheres em estudo, relacionando-os com o tipo de morte materna. Verificou-se em 33,3% do total de MM houve registro de anticoncepcionais, em 30,4 % não houve referência a tal uso e em 36,2 % o fato foi ignorado. Este dado é explicado porque os dados obtidos são basicamente das entrevistas domiciliares, onde os informantes, inclusive os esposos, nem sempre estavam informados sobre este aspecto. Por outro lado nos prontuários hospitalares, na sua grande maioria, não constava este dado.

Nas mulheres falecidas onde havia referência ao uso de anticoncepcionais, 78,3 % usaram pílulas, 17,4 % injetáveis e 5,6 % usaram DIU (dispositivo intra-uterino).

Tabela 26

LOCAL DE OCORRÊNCIA E FASES DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E 43 DIAS-1 ANO, DOS ÓBITOS MATERNS, SEGUNDO TIPOS DI MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO									MM TARDIA			MM		
	MMO			MMNO			TOTAL						TOTAL		
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)		
LOCAL/FASE	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
- HOSPITALAR	38	90,5	(100,0)	5	50,0	(100,0)	43	82,7	(100,0)	5	55,5	(100,0)	48	78,7	(100,0)
	(69,5)			(18,9)			(76,8)			(18,9)			(85,7)		(14,3)
1º TRIMESTRE	6		(15,8)	0		(0,0)	6		(13,9)	1		(20,0)	7		(14,6)
	(85,7)			(0,0)			(87,5)			(14,3)			(100,0)		(0,0)
2º TRIMESTRE	4		(10,5)	0		(0,0)	4		(9,3)	2		(40,0)	6		(12,5)
	(66,7)			(0,0)			(66,7)			(33,3)			(100,0)		(0,0)
3º TRIMESTRE	2		(5,3)	0		(0,0)	2		(4,7)	1		(20,0)	3		(6,3)
	(66,7)			(0,0)			(66,7)			(33,3)			(100,0)		(0,0)
INTRAPARTO	3		(7,9)	1		(20,0)	4		(9,3)	0		(0,0)	4		(8,3)
	(75,0)			(25,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		(0,0)
2 HORAS - 7 DIAS	15		(39,5)	2		(40,0)	17		(39,5)	1		(20,0)	18		(37,5)
	(83,3)			(11,1)			(94,4)			(5,6)			(100,0)		(0,0)
8 DIAS - 42 DIAS	8		(21,0)	2		(40,0)	10		(23,3)	0		(0,0)	10		(20,8)
	(80,0)			(20,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		(0,0)
43 DIAS - 1 ANO	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)
	(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)		(100,0)
- VIA PÚBLICA	2	4,8	(100,0)	2	20,0	(100,0)	4	7,7	(100,0)	4	44,4	(100,0)	8	13,1	(100,0)
	(25,0)			(25,0)			(50,0)			(100,0)			(100,0)		(0,0)
1º TRIMESTRE	1		(50,0)	1		(50,0)	2		(50,0)	1		(25,0)	3		(37,5)
	(33,3)			(33,3)			(66,7)			(33,3)			(100,0)		(0,0)
2º TRIMESTRE	1		(50,0)	0		(0,0)	1		(25,0)	1		(25,0)	2		(25,0)
	(50,0)			(0,0)			(50,0)			(50,0)			(100,0)		(0,0)
3º TRIMESTRE	0		(0,0)	1		(50,0)	1		(25,0)	2		(25,0)	3		(25,0)
	(0,0)			(33,3)			(33,3)			(66,7)			(100,0)		(0,0)

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO Tabela 26)

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO												MM TARDIA			MM					
										TOTAL						TOTAL					
	MMO						MMNO														
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)			(4)			(1+2+3+4)		
LOCAL/FASE	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
DOMICÍLIO	2	4,8	(100,0)	3	30,0	(100,0)	5	9,6	(100,0)	0	0,0	(0,0)	5	8,2	(100,0)	0	0,0	(0,0)	5	7,2	(100,0)
	(40,0)			(60,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
1º TRIMESTRE	1		(50,0)	1		(33,3)	2		(40,0)	0	0,0	(0,0)	2	3,2		0	0,0	(0,0)	2		(40,0)
	(50,0)			(50,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
2º TRIMESTRE	0		(0,0)	1		(33,3)	1		(20,0)	0	0,0	(0,0)	1	1,6		0	0,0	(0,0)	1		(20,0)
	(0,0)			(100,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
3º TRIMESTRE	0		(0,0)	1		(33,3)	1		(20,0)	0	0,0	(0,0)	1	1,6		0	0,0	(0,0)	1		(20,0)
	(0,0)			(100,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
INTRA-PARTO	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0	0,0	(0,0)	0	0,0		0	0,0	(0,0)	0		(0,0)
	(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)		
4º PERÍODO	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0	0,0	(0,0)	0	0,0		0	0,0	(0,0)	0		(0,0)
	(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)		
2 HORAS - 7 DIAS	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0	0,0	(0,0)	0	0,0		0	0,0	(0,0)	0		(0,0)
	(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)		
8 DIAS - 42 DIAS	1		(50,0)	0		(0,0)	1		(20,0)	0	0,0	(0,0)	1	1,6		0	0,0	(0,0)	1		(1,4)
	(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
43 DIAS - 1 ANO	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0	0,0	(0,0)	0	0,0		0	0,0	(0,0)	0		(0,0)
	(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)			(0,0)		
TOTAL	42	100,0		10	100,0		52	100,0		9	100,0		61	100,0		8	100,0		69	100,0	
	(60,9)			(14,5)			(75,4)			(13,0)			(88,4)			(11,6)			(100,0)		

Tabela 27
DISTRIBUIÇÃO DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS, PELAS MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DI
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)			MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO						MM TARDIA			MM		
				MMO			MMNO			TOTAL					
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(4)		
	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
SIM	15 (62,5)	35,7	(100,0)	3 (13,0)	30,0	(100,0)	18 (78,3)	34,6	(100,0)	3 (13,0)	33,3	(100,0)	2 (9,7)	25,0	(100,0)
PÍLULA	12 (66,6)		(80,0)	2 (11,1)		(66,7)	14		(77,8)	2		(66,7)	2		(100,0)
DIU	1 (100,0)		(6,7)	0 (0,0)		(0,0)	1 (100,0)		(5,6)	0 (0,0)		(0,0)	1 (100,0)		(5,6)
INJETÁVEIS	2 (50,0)		(13,3)	1 (25,0)		(33,3)	3 (75,0)		(16,7)	1 (25,0)		(33,3)	0 (0,0)		(0,0)
NÃO	12 (57,1)	28,6		3 (14,3)	30,0		15 (71,4)	28,8		3 (14,3)	33,3		3 (14,3)	37,5	
IGNORADO	15 (60,0)	35,7		4 (16,0)	40,0		19 (76,0)	36,5		3 (12,0)	33,3		3 (12,0)	37,5	
TOTAL	42 (60,9)	100,0		10 (14,5)	100,0		52 (74,7)	100,0		9 (13,0)	100,0		8 (11,6)	100,0	

Das MMOD, 35,7 % foram usuárias, representando 62,5 % do total de usuárias. Destas, 80,0 % usaram pílulas, 13,0 % injetáveis e um único caso usou DIU 6,7 %.

Das MMOI, 30,0 % foram usuárias, representando 13,0% do total de usuárias. Destas 66,7 % usaram pílulas e 33,3 % injetáveis.

Das MMNO, 33,3 % foram usuárias, representando 13,0 % do total de usuárias. Destas 66,7 % usaram pílulas e 33,3 % usaram injetáveis.

Das MMT, 25,0 % foram usuárias, representando 8,7 % do total de usuárias. Destas 100,0 % usaram pílulas.

4.2.7 ATENÇÃO HOSPITALAR

4.2.7.1 HORA DE ADMISSÃO E HORA DE INGRESSO AO HOSPITAL

Nesta parte descreveremos aspectos prévios à hora de ingresso ao hospital, com referência ao transporte ao hospital. Assim na Tabela 28 observamos que 47,8 % das mulheres foram transportadas por automóvel (taxi, carro de amigos ou vizinhos). Em ônibus, se transportaram 17,4 % dos casos; 4,3% foram transportadas por outros meios, considerando os carros da polícia e dos bombeiros; só 4,3 % se trasladaram em metrô e, em 21,7 % dos casos não foi possível obter informações.

Na Tabela 28, quanto à dificuldade no transporte, observamos que 13,0 % de casos, apresentaram dificuldades no transporte aos hospitais do município, explicado, porque muitas pacientes moravam em zonas que dificilmente se encontram serviço de taxi, particularmente nas noites e na madrugada e, às vezes, as dificuldades econômicas não permitiam o uso destes serviços. Esta é uma razão, entre muitas outras, porque as pacientes demoram a chegar ao serviço e, algumas vezes, acabam falecendo.

Quanto ao número de hospitais procurados pelas mulheres, para seu atendimento final, observamos na Tabela 29, que 58,9 % procuraram um hospital onde foram atendidas, 35,7 % procuraram até dois hospitais, porque, atendidas em hospitais privados, após tratamento sintomático eram transferidas aos hospitais da rede municipal, muitas vezes utilizando carros da polícia pois as pacientes não tinham recursos econômicos, para pagar os altos custos de uma ambulância. Em 1,8 % procuraram três hospitais e 3,6 % estiveram em quatro hospitais. Este fato é descrito por TANAKA 1994¹³⁷,

Tabela 28

DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO E DIFICULDADE NO TRANSPORTE PELA FALECIDA AO SERVIÇO SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TIPO DE TRANSPORTE														
CARRO	25	59,5	2	20,0	27	51,9	4	44,4	31	50,8	2	25,0	33	47,8
ÔNIBUS	2	4,8	5	50,0	7	13,5	3	33,3	10	16,4	2	25,0	12	17,4
METRÔ	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
AMBULÂNCIA	3	7,1	0	0,0	3	5,8	0	0,0	3	4,9	2	25,0	5	7,2
OUTRO	2	4,8	0	0,0	2	3,8	1	11,1	3	4,9	0	0,0	3	4,3
IGNORADO	9	21,4	3	30,0	12	23,0	1	11,1	13	21,3	2	25,0	15	21,7
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0
DIFICULDADE NO TRANSPORTE														
SIM	6	14,3	0	0,0	6	11,5	1	11,1	7	11,5	2	25,0	9	13,0
NÃO	27	64,3	7	70,0	34	65,4	7	77,7	41	67,2	4	50,0	45	65,2
IGNORADO	9	21,4	3	30,0	12	23,0	1	11,1	13	21,3	2	25,0	15	21,7
TOTAL	42	100,0	10	100,0	52	100,0	9	100,0	61	100,0	8	100,0	69	100,0

Tabela 29

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS QUE PROCURADOS PELAS MULHERES PARA SUA ASSISTÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA FINAL E HORA DO INGRESSO AO HOSPITAL ONDE FALECERAM, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO								MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL			
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NÚMERO DE HOSPITAIS												
Um hospital	18 (54,5)	47,4	3 (9,1)	60,0	21 (63,6)	48,8	4 (12,1)	80,0	25 (75,8)	52,1	8 (24,2)	100,0
Dois hospitais	17 (85,0)	44,7	2 (10,0)	40,0	19 (95,0)	44,2	1 (5,0)	20,0	20 (100,0)	41,7	0 (0,0)	0,0
Três hospitais	1 (100,0)	2,6	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	2,3	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	2,1	0 (0,0)	0,0
Quatro hospitais	2 (100,0)	5,3	0 (0,0)	0,0	2 (100,0)	4,7	0 (0,0)	0,0	2 (100,0)	4,2	0 (0,0)	0,0
TOTAL	38 (67,9)	100,0	5 (8,9)	100,0	43 (76,8)	100,0	5 (8,9)	100,0	48 (85,7)	100,0	8 (14,3)	100,0
HORA DE INGRESSO AO HOSPITAL												
07 - 18:59 horas	17 (48,6)	44,7	5 (15,6)	100,0	22 (68,8)	51,2	4 (12,5)	80,0	26 (81,3)	54,2	6 (18,8)	75,0
19 - 06:59 horas	21 (87,5)	55,3	0 (0,0)	0,0	21 (87,5)	48,8	1 (4,17)	20,0	22 (91,6)	45,8	2 (8,3)	25,0
TOTAL	38 (67,9)	100,0	5 (8,9)	100,0	43 (76,8)	100,0	5 (8,9)	100,0	48 (80,7)	100,0	8 (14,3)	100,0

quando discute, entre outros aspectos, a peregrinação das mães na busca de atenção obstétrica.

Os casos que procuraram mais de dois hospitais, corresponderam aos óbitos de MMOD em 85,0 %, as MMOI em 10,0 %, e MMNO em 5,0 %.

Na Tabela 29 observa-se que a maioria dos casos de MM, ingressaram aos hospitais no período diurno, em 57,1 % o restante 42,9 % ingressaram no período noturno.

Na Tabela 29 se observa que as mulheres correspondentes às MMOD ingressaram em 55,3 % no período noturno, as MMOI em 100,0 % ingressaram no período diurno, explicado porque a maioria destes casos são conhecidas e muitas são encaminhadas para hospitalização eletiva.

Em relação às MMNO, 80,0 % ingressaram no hospital durante o período diurno e 20,0 % durante o período noturno. As MMT, 75,0 % ingressaram no hospital durante o período diurno e 25,0 % no período noturno.

4.2.7.2 UNIDADE DE INGRESSO AO HOSPITAL, TEMPO ENTRE HORA DE INGRESSO E O ATENDIMENTO, CONDUTA IMEDIATA APÓS HOSPITALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO POR ESPECIALIDADES

Para esta parte, basicamente foram consideradas os casos hospitalares. Assim na Tabela 30, verifica-se que 92,9 % dos casos, ingressaram pelo pronto socorro e 7,1 % ingressaram pelo ambulatório. As MMOD, ingressaram pelo pronto socorro em 92,1 % e pelo ambulatório só 7,9 %. As MMOI, 80,0 % pelo pronto socorro e 20,0 % pelo ambulatório. No caso das MMNO e MMT 100,0 % ingressaram pelo pronto socorro.

Quanto ao tempo entre a hora de ingresso e o atendimento, observamos que 91,1 % foram atendidas em menos de 30 minutos; em 5,3 % entre 31-90 minutos e 3,6 % entre 91-180 minutos, explicado porque a maioria dos casos era paciente de emergência. As mulheres que esperaram mais de 30 minutos foram casos de MMOD e MMOI.

Observa-se que 60,7 % passaram para observação e controle; 30,4 % encaminhados para procedimentos obstétricos e 8,9 % encaminhados para unidade de terapia intensiva (UTI), quando chegavam em estado de coma, sépticas ou com acidente cerebrovascular.

As mulheres que imediatamente passaram à UTI, foram na totalidade MMOD.

Tabela 30

DISTRIBUIÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR DE INGRESSO; TEMPO ENTRE HORA DE INGRESSO E A ATENDIMENTO, CONDUTA IMEDIATA APÓS HOSPITALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO POR ESPECIALIDADES DAS MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOH(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UNIDADE HOSPITALAR DE INGRESSO														
PRONTO SOCORRO	35	92,1	4	80,0	39	90,7	5	100,0	44	91,7	8	100,0	52	92,9
	(61,5)		(7,7)		(75,0)		(9,8)		(84,6)		(15,4)		(100,0)	
AMBULATÓRIO	3	7,9	1	20,0	4	9,3	0	0,0	4	8,3	0	0,0	4	7,1
	(75,0)		(25,0)		(100,0)		(0,0)		(100,0)		(0,0)		(100,0)	
TOTAL	38	100,0	5	100,0	43	100,0	5	100,0	48	100,0	8	100,0	56	100,0
	(67,8)		(8,9)		(76,8)		(8,9)		(85,7)		(14,2)		(100,0)	
TEMPO ENTRE HORA DE INGRESSO E A ATENÇÃO														
< DE 30 MINUTOS	35	92,1	3	60,0	38	88,4	5	100,0	43	89,6	8	100,0	51	91,1
ENTRE 31 - 90'	2	5,3	1	20,0	3	6,9	0	0,0	3	6,3	0	0,0	3	5,3
ENTRE 91 - 179'	1	2,6	1	20,0	2	4,7	0	0,0	2	4,2	0	0,0	2	3,6
TOTAL	38	100,0	5	100,0	43	100,0	5	100,0	48	100,0	8	100,0	56	100,0
	(67,8)		(8,9)		(76,8)		(8,9)		(85,7)		(14,2)		(100,0)	
CONDUTA IMEDIATA APÓS HOSPITALIZAÇÃO														
OBSERVAÇÃO E CONTROLE	19	50,0	4	80,0	23	53,5	3	60,0	26	54,2	8	100,0	34	60,7
ENCAMINHAMENTO PARA														
PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO	14	36,8	1	20,0	15	34,9	2	40,0	17	35,4	0	0,0	17	30,4
ENCAMINHAMENTO PARA UTI	5	13,2	0	0,0	5	11,6	0	0,0	5	10,4	0	0,0	5	8,9
TOTAL	38	100,0	5	100,0	43	100,0	5	100,0	48	100,0	8	100,0	56	100,0
	(67,8)		(8,9)		(76,8)		(8,9)		(85,7)		(14,2)		(100,0)	
AVALIAÇÃO POR ESPECIALIDADES														
UMA ESPECIALIDADE	10	26,3	0	0,0	10	23,6	0	0,0	10	21,7	2	25,0	12	21,4
DUAS ESPECIALIDADES	12	31,6	0	0,0	12	27,9	1	20,0	13	27,1	1	12,5	14	25,4
TRÊS ESPECIALIDADES	9	23,7	3	60,0	12	27,9	3	60,0	15	31,25	3	37,5	18	32,1
MAIS DE 3 ESPECIALIDADES	7	18,4	2	40,0	9	20,9	1	20,0	10	21,7	2	75,0	12	21,4
TOTAL	38	100,0	5	100,0	43	100,0	5	100,0	48	100,0	8	100,0	56	100,0
	(67,8)		(8,9)		(76,8)		(8,9)		(85,7)		(14,2)		(100,0)	

Constatou-se, conforme a Tabela 30 que, do total de óbitos hospitalares, em 21,4 % foram avaliados só por uma especialidade; 25,4 % por duas especialidades e na maioria, 32,1 % foram avaliadas por três especialidades, e 21,4 % avaliado por mais de três especialidades. Geralmente as especialidades que acompanham a Obstetrícia são: Medicina Intensiva, Anestesiologia, Medicina Interna, Cardiologia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia, e muitas outras especialidades, segundo as necessidades.

Nas MMOI e MMNO predominaram a participação de três especialidades com 60,0 % e com mais de três especialidades predominaram nas MMT com 25,0 %. Quanto às MMOD, predominaram avaliações de duas especialidades, que geralmente foram Obstetrícia e Anestesiologia. Em geral, pois, mais de 50,0% das mulheres que culminaram em óbitos maternos, foram avaliados por 2-3 especialidades.

4.2.7.3 UNIDADES HOSPITALARES ONDE OCORRERAM OS ÓBITOS MATERNOS

Na Tabela 31, verificam-se as unidades hospitalares onde ocorreram as mortes maternas. Do total de casos hospitalares 37,5 % ocorreram na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), vindo em seguida as enfermarias com 21,4 %, em terceiro lugar clínica médica com 14,3 %.

É de se notar que 7,4 % ocorreram durante o traslado da paciente, das quais 5,6 % durante o traslado extra-hospitalar. Destes pudemos apurar, que foram transferidas para continuar seu atendimento ou na busca de exames complementares, como tomografia computadorizada. Estes casos aconteceram por falta de uma adequada avaliação clínica. Às vezes a liberação era muito tardia, ou por falta de recursos elementares, como em um caso em que o hospital não tinha um respirador; outro pela falta de uma adequada regionalização no atendimento às mães, inclusive na solicitação de vagas na UTI para o traslado da paciente, apelando para favores ou amizade entre médicos, outro por falta de ambulância. Estes casos aconteceram em maternidades grandes que funcionam no município e 1,8 % durante traslado intra-hospitalar isto é, de enfermaria para a UTI.

Dos casos das MMOD, a maioria (55,3 %) ocorreu na UTI, e 5,3 % morreram no traslado extra-hospitalar.

Tabela 31
DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES ONDE OCORRERAM OS ÓBITOS MATERNS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE
MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO									MM TARDIA		MM		
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. PRONTO SOCORRO	3	7,9	0	0,0	3	6,9	0	0,0	3	6,3	0	0,0	3	5,4
2. CENTRO OBSTÉTRICO	2	5,3	0	0,0	2	4,7	0	0,0	2	4,2	0	0,0	2	3,6
3. ENFERMARIA	5	13,2	3	60,0	8	18,6	4	80,0	12	25,0	0	0,0	12	21,4
4. CLÍNICA MÉDICA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	8	14,3
5. CLÍNICA CIRÚRGICA	4	10,5	1	20,0	5	11,6	1	20,0	6	12,5	0	0,0	6	10,7
6. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	21	55,3	0	0,0	21	48,8	0	0,0	21	43,8	0	0,0	21	37,5
7. DURANTE TRASLADO INTRAHOSPITALAR	1	2,6	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	1,8
8. DURANTE TRASLADO EXTRAHOSPITALAR	2	5,3	1	20,0	3	6,9	0	0,0	3	6,9	0	0,0	.3	5,6
TOTAL	38	100,0	5	100,0	43	100,0	5	100,0	48	100,0	8	100,0	56	100,0
	(67,9)		(8,9)		(76,8)		(8,9)		(85,7)				(100,0)	

Dos casos das MMOI e MMNO a maioria faleceu na enfermaria, e dos casos de MMT, 100,0 % faleceram na clínica médica.

Quanto às intercorrências intraparto mostramos na Tabela 32, que das mulheres que deram a luz, 38 (100,0%) casos, 21,1 % apresentaram intercorrências intraparto. A maioria destas intercorrências estava relacionada à hemorragia e choque hipovolêmico (62,5 %). Outras intercorrências foram: parada cardio-respiratória, fibrilação ventricular e convulsão (12,5%).

Quanto à permanência das mulheres no hospital que culminaram em óbitos maternos, referentes a sua última hospitalização, na Tabela 33 encontramos 30,4 % de mulheres que faleceram pelo menos 11 horas depois da internação. Neste grupo, 94,1 % eram mortes maternas relacionadas à gestação, das quais predominaram as MMOD com 70,6 %.

Em segundo lugar, encontraram-se aquelas que permaneceram de 25-96 horas (26,8 %), sendo no terceiro lugar entre 12-24 horas (12,5 %), ou seja ao redor de 56,5 % do total de MM-hospitalares ocorreram entre 0-96 horas.

Nos casos das MMOD, observamos 79,0 % com permanência de 0-96 horas, e até 30 dias em 7,9 %. Nos casos das MMOI, 40,0 % permaneceram até 24 horas, os 60,0 % restantes até um mês. Nos casos de MMNO, 80,0 % permaneceram até 24 horas e os 20,0 % restantes, até 14 dias. Nos casos de MMT, referentes a sua última hospitalização, não tem um predomínio definido, permanecendo desde 0-11 horas até 78 dias

Observamos que nas mortes maternas, o tempo de permanência na maioria de casos é curto o que indiretamente estabelece que os serviços têm que estar preparados para as soluções imediatas.

4.2.8 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA, DO PONTO DE VISTA FAMILIAR

Nesta parte, apresenta-se a opinião dos familiares, sobre o atendimento à falecida e da responsabilidade pelo seu falecimento. Na Tabela 34 verifica-se quanto à opinião do atendimento: 23,2 % opinaram que o atendimento foi bom; 42,0 % opinaram que a paciente não foi bem atendida; 15,9 % ignoravam acerca do atendimento e em 18,8 % não se obtiveram informações. Nesta Tabela, se considera o total de casos, mas a análise está baseada nos casos hospitalares.

Tabela 32

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERCORRÊNCIAS INTRAPARTO NAS MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPO DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
COM PARTO	27	100,0	5	100,0	32	100,0	1	100,0	33	100,0	5	100,0	38	55,1
COM INTERCORRÊNCIA	6	18,5	2	40,0	7	21,9	1	100,0	8	24,2	0	0,0	8	21,1
CHOQUE HIPOVOLÊMICO	1		1		2		1		3		0		3	7,7
HEMORRAGIA	2		0		2		0		2		0		2	5,1
PARADA CARDIO-RESPIRATÓRIA.	0		1		1		0		1		0		1	2,6
FIBRILAÇÃO VENTRICULAR	1		0		1		0		1		0		1	2,6
CONVULSÃO	1		0		1		0		1		0		1	2,6
SEM INTERCORRÊNCIA	22	81,5	3	60,0	25	78,1	0	0,0	25	75,7	5	100,0	30	78,9
SEM PARTO	15		5		20		8		28		3		31	43,4
TOTAL	42		10		52		9		61		8		69	100,0

Tabela 33

DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL DAS MULHERES FALECIDAS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TEMPO DE PERMANÊNCIA	TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)		MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO								MM TARDIA		MM	
			MMO				MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOI(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 11 HORAS	12 (70,6)	31,6	1 (5,9)	20,0	13 (76,5)	30,2	3 (17,6)	60,0	16 (94,1)	33,3	1 (5,9)	12,5	17 (100,0)	30,4
12 - 24 HORAS	5 (71,4)	13,2	1 (14,3)	20,0	6 (85,7)	13,9	1 (14,3)	20,0	7 (100,0)	14,6	0 (0,0)	0,0	7 (100,0)	12,5
25 - 96 HORAS	13 (86,7)	34,2	0 (0,0)	0,0	13 (88,7)	30,2	0 (0,0)	0,0	13 (88,7)	27,1	2 (13,3)	25,0	15 (100,0)	26,8
97 - 168 HORAS	1 (50,0)	2,6	0 (0,0)	0,0	1 (50,0)	2,3	0 (0,0)	0,0	1 (50,0)	2,1	1 (50,0)	12,5	2 (100,0)	3,6
8 - 14 DIAS	3 (50,0)	7,9	0 (0,0)	0,0	3 (50,0)	6,9	1 (16,7)	20,0	4 (66,7)	8,3	2 (33,3)	25,0	6 (100,0)	10,7
15 - 30 DIAS	3 (50,0)	7,9	3 (50,0)	60,0	6 (100,0)	13,9	0 (0,0)	0,0	6 (100,0)	12,5	0 (0,0)	0,0	6 (100,0)	10,7
78 DIAS	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,00)	0,0	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	12,5	1 (100,0)	1,8
IGNORADO	1 (50,0)	2,6	0 (0,0)	0,0	1	2,3	0 (0,0)	0,0	1 (50,0)	2,1	1 (50,0)	12,5	2 (100,0)	3,6
TOTAL	38 (67,9)	100,0	5 (8,9)	100,0	43 (76,8)	100,0	5 (8,9)	100,0	48 (85,8)	100,0	8 (14,3)	100,0	56 (100,0)	100,0

Tabela 34

DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO DO FAMILIAR OU ENTREVISTADO SOBRE ATENDIMENTO DA FALECIDA, RESPONSABILIDADE PELO FALECIMENTO, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAI 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO										MM TARDIA		MM	
	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL	
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OPINIÃO DO ATENDIMENTO DA FALECIDA														
FOI BEM ATENDIDA	11 (66,3)	26,2	1 (6,3)	10,0	12 (75,0)	23,1	2 (12,5)	22,2	14 (87,5)	22,9	2 (12,5)	25,0	16 (100,0)	23,2
NÃO FOI BEM ATENDIDA	18 (82,1)	42,9	4 (13,8)	50,0	22 (75,9)	42,3	2 (6,7)	22,2	24 (82,8)	39,3	5 (17,2)	62,5	29 (100,0)	42,0
IGNORA	9 (51,3)	21,4	0 (0,0)	30,0	9 (81,8)	17,3	1 (9,1)	11,1	10 (9,1)	14,5	1 (9,1)	12,5	11 (100,0)	15,9
SEM INFORMAÇÃO	4 (30,0)	9,5	5 (38,5)	10,0	9 (69,2)	17,3	4 (30,6)	44,4	13 (100,0)	21,3	0 (0,0)	0,0	13 (100,0)	18,8
TOTAL	42 (80,9)	100,0	10 (14,5)	100,0	52 (74,7)	100,0	9 (13,0)	100,0	61 (88,4)	100,0	8 (11,6)	100,0	69 (100,0)	100,0
OPINIÃO DA RESPONSABILIDADE PELO FALECIMENTO														
MÉDICO	15 (75,0)	35,7	3 (15,0)	30,0	18 (90,0)	34,6	1 (5,0)	11,1	19 (95,0)	31,1	1 (5,0)	12,5	20 (100,0)	28,9
HOSPITAL	3 (50,0)	7,1	2 (33,3)	20,0	5 (83,3)	9,6	0 (0,0)	0,0	5 (83,3)	8,2	1 (16,7)	12,5	6 (100,0)	8,7
PACIENTE	4 (57,1)	9,5	0 (0,0)	0,0	4 (57,1)	7,7	1 (14,3)	11,1	5 (71,4)	9,8	2 (28,6)	25,0	7 (100,0)	10,1
OUTRO	2 (33,3)	4,8	0 (0,0)	0,0	2 (33,3)	3,8	3 (50,0)	33,3	5 (83,3)	9,8	1 (16,7)	12,5	6 (100,0)	8,7
IGNORA	14 (82,4)	33,3	0 (0,0)	00,0	14 (82,4)	26,9	0 (0,0)	0,0	14 (82,4)	26,2	3 (11,1)	37,5	17 (100,0)	24,6
SEM INFORMAÇÃO	4 (30,6)	9,5	5 (38,5)	50,0	9 (69,2)	17,3	4 (30,8)	44,4	13 (100,0)	14,8	0 (0,0)	0,0	13 (100,0)	18,8
TOTAL	42 (80,9)	100,0	10 (14,5)	100,0	52 (74,7)	100,0	9 (13,0)	100,0	61 (88,4)	100,0	8 (11,6)	100,0	69 (100,0)	100,0

Das **MMOD** hospitalares (38 casos), segundo os familiares 42,9 % não foram bem atendidas; 26,2 % dos familiares opinaram que o atendimento foi bom e 21,4 % ignoravam ou não deram sua opinião porque desconheciam o fato.

Quanto as **MMOI**, 10,0 % foram bem atendidas, 40,0 % não foram bem atendidas; o restante, 50,0 %, corresponderam às mortes na via pública e domiciliar que não receberam atenção hospitalar, e que na Tabela 33 foram consideradas como sem informação.

Quanto as **MMNO**, 22,2 % dos familiares opinaram que foram bem atendidas; 22,2 % opinaram que não foram bem atendidas; 11,1 % ignoravam e 44,4 % corresponderam às mortes não hospitalares.

Quanto as **MMT**, 25,0 % dos familiares declararam que foram bem atendidas, 62,5 % opinaram que não foram bem atendidas e 12,5 % ignoravam.

Quanto à responsabilidade pelo falecimento, das pacientes, a Tabela 34 mostra que 28,9 % dos familiares achavam que o responsável, na maioria dos casos era o médico. Considerando só as mortes hospitalares, a mesma opinião 35,7 %; em segundo lugar, com 24,6 % os familiares ignoravam, isto é não deram opinião; em terceiro lugar, 18,8 % sem informação. Basicamente aqueles que não fizeram as entrevistas domiciliares, e aqui se incluem-se os **casos de mortes não hospitalares**. Seguidamente o familiar atribuiu a responsabilidade da morte à própria paciente (10,1 %) e 8,7 % atribuíram ao hospital a responsabilidade pela morte da paciente.

Na opinião dos familiares está o médico à cabeça dos responsáveis pelos óbitos maternos; o familiar lida mais com as opções de atendimento, com sucesso na medida do desempenho do médico, admitindo implicitamente que o hospital está em condições para o atendimento (está percepção não está muito distante da realidade !).

Quanto às **MMOD**, observa-se que a maioria dos familiares, opinaram que o médico é o responsável pelo óbito, com 35,7 %, igualmente nas **MMOI** 30,0 %.

Nos casos das **MMNO**, observa-se que 33,3 % consideram outros fatores como responsáveis, por exemplo: o motorista que atropelou, o esposo embriagado que leva a esposa em seu carro e sofre acidente, que resulta em morte, os que cometeram homicídio, e a própria paciente no caso de suicídio (11,1 %).

Quanto as MMT, os responsáveis na opinião dos familiares, foram as pacientes (25,0 %), devido aos compromissos com pessoas suspeitas de doenças como HIV. Em menor porcentagem responsabilizaram o médico e o hospital (12,5 %).

4.3 DIAGNÓSTICOS DECLARADOS E NÃO DECLARADOS DAS MORTES MORTES MATERNAS, SEGUNDO A CID-10

Considerou-se MM declarada, quando no atestado de óbito, estava escrito diagnóstico(s) de complicação(ões) relacionado(s) à gravidez, parto e ou puerpério, ou anotado(s) estes independentemente do lugar de localização na declaração, e MM não declarada, quando não havia nenhum tipo destes diagnósticos.

A Tabela 35 e Gráfico 3 mostra que no total de 69 casos de MM selecionados para o presente estudo, predominou como responsável pela assinatura do atestado de óbito o médico do hospital que atendeu 24 casos (34,8 %); em segundo lugar foi o SVO/USP, assinou 21 casos (30,4 %); em terceiro lugar foi o IML assinou 16 casos (23,2 %); em quarto lugar o SVO/EPM com 7 casos e em último lugar com 1 caso (1,4 %), correspondeu ao Departamento de Patologia do hospital. Com estes resultados podemos dizer que a grande maioria de assinantes correspondeu aos SVO/USP, SVO/EPM, IML e Departamento de Patologia do hospital, com 65,2 %, e só 34,8 % aos médicos dos hospitais que atenderam às pacientes.

Na Tabela 35 observa-se que do total de casos: 37 (53,6%) foram declarados e 32 casos (46,4 %), não foram declarados. A primeira impressão que ressalta é uma diferença de 31,9 % entre a porcentagem de óbitos 85,5 % (59 casos) que deveriam ter sido declarados, pois 65,2 % (45 casos) apresentaram estudo necróscopico e 20,3% (14 casos) foram declarados pelos médicos e o achado de 53,6 % de declarados.

Conforme mostra a Tabela 35 achamos algumas particularidades quanto aos diferentes assinantes dos atestados de óbito, assim:

-Médicos dos hospitais assinaram 24 casos: destes, observamos: 14 (58,3%) declarados, dos quais 50,0 % das assinaturas corresponderam aos médicos que diretamente atenderam, 35,0 % aos médicos substitutos, 14,3 % não foi anotado a condição do assinante, 10 (41,7 %) casos não foram declarados, destes 50,0 % foi assinado por médico substituto, 20,0 % sem anotação,

Tabela 35 DISTRIBUIÇÃO DOS ATESTADOS DE ÓBITO MATERNOS ORIGINAIS DECLARADOS E NÃO DECLARADOS POR SEUS ASSINANTES, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPO DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO																	
	MMO																	
	MMOD(1)						MMOI(2)						TOTAL(1+2)					
	d	%	nd	%	d+dn	%	d	%	nd	%	d+nd	%	d	%	nd	%	d+nd	%
MÉDICO QUE ATENDEU	12 (50,0)	41,4	1 (4,2)	7,7	13 (54,2)	30,9	2 (8,3)	28,6	1 (4,2)	33,3	3 (12,5)	30,0	14 (58,3)	38,9	2 (8,3)	12,5	16 (66,7)	30,8
IML	2 (12,5)	6,9	4 (16,7)	30,8	6 (37,5)	14,3	0 (0,0)	0,0	1 (6,3)	33,3	1 (6,3)	10,0	2 (12,5)	5,6	5 (31,3)	7 (43,8)	13,7	
SVO/USP	13 (61,9)	44,8	5 (23,8)	38,5	18 (85,7)	42,8	3 (14,3)	42,9	0 (0,0)	0,0	3 (14,3)	30,0	16 (76,2)	44,4	5 (23,8)	21 (100,0)	40,4	
SVO/EPM	2 (28,6)	6,9	3 (42,9)	23,1	5 (71,4)	11,9	1 (14,3)	14,3	1 (14,3)	33,1	2 (28,6)	20,0	3 (42,9)	8,3	4 (57,1)	7 (100,0)	13,5	
HOSPITAL/DEP.PATOLOGIA	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	14,3	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	10,0	1 (100,0)	2,8	0 (0,0)	1 (100,0)	1,9	
TOTAL	29 (42,0)	100,0	13 (18,8)	100,0	42 (60,9)	100,0	7 (10,1)	100,0	3 (4,3)	100,0	10 (14,5)	100,0	36 (52,2)	100,0	16 (23,2)	52 (75,4)	100,0	

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO)-

TIPO DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO																MMT				MM			
	MMNO(3)						TOTAL (1+2+3)						(4)						TOTAL(1+2+3+4)					
	d	%	nd	%	d+dn	%	d	%	nd	%	d+nd	%	d	%	nd	%	d+nd	%	d	%	nd	%	d+nd	%
	d	%	nd	%	d+dn	%	d	%	nd	%	d+nd	%	d	%	nd	%	d+nd	%	d	%	nd	%	d+nd	%
MÉDICO QUE ATENDEU	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	14 (58,3)	37,8	2 (8,3)	8,3	16 (66,7)	26,2	0 (0,0)	0,0	8 (33,3)	100,0	8 (33,3)	100,0	14 (58,3)	37,8	10 (41,7)	31,3	24 (100,0)	34,8
IML	1 (6,3)	100,0	8 (56,3)	100,0	9 (56,3)	100,0	3 (18,8)	8,1	13 (81,3)	54,2	16 (100,0)	26,2	0 (0,0)	5,6	0 (0,0)	0,0	0,0		3 (18,8)	8,1	13 (81,3)	40,6	16 (100,0)	23,2
SVO/USP	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	16 (76,2)	43,2	5 (23,8)	20,8	21 (100,0)	34,40	0 (0,0)	44,4	0 (0,0)	0,0	0,0		16 (76,2)	43,2	5 (23,8)	15,6	21 (100,0)	30,4
SVO/EPM	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	3 (42,9)	8,1	4 (51,7)	16,7	7 (100,0)	11,5	0 (0,0)	8,3	0 (0,0)	0,0	0,0		3 (42,9)	8,1	4 (57,1)	12,5	7 (100,0)	10,1
HOSPITAL/DEP. PATOLOGIA	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	2,7	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	1,6	0 (0,0)	2,8	0 (0,0)	0,0	0,0		1 (100,0)	2,7	0 (0,0)	0,0	1 (100,0)	1,4
TOTAL	1 (1,4)	100,0	8 (11,6)	100,0	9 (13,0)	100,0	37 (53,6)	100,0	24 (34,8)	100,0	61 (88,4)	100,0	0 (0,0)	100,0	0 (0,0)	100,0	0 (0,0)	100,0	37 (53,6)	100,0	32 (46,4)	100,0	69 (100,0)	100,0

Gráfico 3

DISTRIBUIÇÃO NÚMERO DE ATESTADOS DE ÓBITO MATERNOS ORIGINAIS, DECLARADOS E NÃO DECLARADOS POR SEUS ASSINANTES, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

10,0 % com anotação errada (marcado SVO sem corresponder), 10,0 % por médico que atendeu e 10,0 % outro tipo de médico.

-SVO/USP assinou 21 casos: destes, havia 16 (76,2 %) casos declarados e 5 (23,8 %) não declarados.

-IML assinou 16 (23,2 %): dos quais 3 (18,8 %) foram declarados, estes são procedentes da sede central; 13 (81,2 %) não declarados, correspondendo a 46,2 % da sede Leste, 30,8 % da sede Central, 15,4 % sede Sul e 7,6 % da sede Oeste;

-SVO/EPM assinou 7 (15,6 %) casos: dos quais 3 (42,7 %) foram declarados e 4 (57,1 %) não declarados;

-Departamento de Patologia /Hospital assinou 1 (2,2 %) caso declarado.

Quanto à porcentagem de óbitos maternos que tiveram necropsia, foram 45 (65,2 %) casos, que são o resultado dos óbitos enviados pelos hospitais, na maioria dos casos. Este envio geralmente é por iniciativa do médico que atendeu, já que não se observam normas, pelo que todos os óbitos maternos devem ser necropsiados. Os outros óbitos ocorridos na via pública e os domiciliares, geralmente são transladados ao IML.

A literatura refere que em alguns países europeus, existe a obrigação estatutária da verificação de causa da morte materna, por meio de necropsia.

Na maioria dos países europeus, em 75,0 % dos casos de morte materna, fazem necropsia, no entanto na França, República de Irlanda e Espanha esa porcentagem cai para aproximadamente 50,0 %. A necropsia é informada por médicos-patologistas gerais, no entanto em 7 países: Finlândia, Alemanha, Hungria, Islândia, Romênia, Espanha e Suíça, a necropsia e informe são feitos por patologistas experientes em patologia materna. Ressalte-se que a Finlândia, Islândia e Suíça⁴⁵ apresentam uma média de cinco casos, ou menos, de mortes maternas por ano.

Os 45 casos (65,2 %) observados neste estudo, em que houve necropsia, aproximam-se da maioria dos países europeus e maiores que muitos deles, porém destas mortes maternas nas quais realizaram necropsias foram 23 (51,1 %) declaradas e 22 (48,9 %) não declaradas, como mortes maternas, mostrando uma porcentagem baixa de declaração apesar de estudo necroscópico.

LAURENTI e col.(1990)⁶⁸ relataram que, em 1986, no município de São Paulo analisando um total de 56 casos de morte materna encontraram 25 (44,6%) declaradas e 31 (55,4 %) não declaradas. BRAGA e col.1991⁷, no estado de Paraná, sobre 171 mortes obstétricas encontraram 84 (49,1%) declaradas e 87 (50,9%) não declaradas.

Nossos achados, do total dos casos, 53,6 % declarados e 46,4% não declarados, explicam, parcialmente, a maior atenção que houve no preenchimento dos atestados, por quanto os assinantes colocaram algum dado que indica tratar-se de morte materna. Encontramos também um número significativo de atestados de óbito, com diagnóstico de MM declarada, procedentes de SVOs e IML, apesar de verificar que existe uma alta porcentagem de não declaradas.

Esse procedimento provavelmente tenha sido influenciado pelo fato de haver-se criado há anos o Comitê de Estudo e Prevenção da Morte Materna na Secretaria da Saúde do Município de São Paulo que, apesar de um trabalho ainda pouco categórico e regular, permitiu a presença dos comitês das áreas regionais de saúde nos estabelecimentos hospitalares onde aconteceu a maioria dos óbitos maternos, facilitando desta maneira uma maior alerta por parte dos médicos assistentes, para que em seu preenchimento do atestado de óbito declarassem que se trata de uma morte materna ou em caso de dúvidas, encaminhá-lo aos SVOs e/ou IML.

No que diz respeito ao encaminhamento dos óbitos maternos para estudo necroscópico, seria matéria de estudo nos órgãos competentes da

saúde do município. Talvez para sua implementação, pudesse aumentar o grau de informação, sempre que acompanhado de um adequado preenchimento das declarações de óbito por parte dos SVOs e IML, junto a uma adequada codificação. Por certo isto contribuiria para melhorar o conhecimento sobre as mortes maternas, do ponto de vista não só da declaração, mais também da codificação das causas básicas e associadas da morte materna. Isso seria importante para a análise de causas múltiplas e constituiria um grande subsidio para o planeamento e gerência da saúde materna no município de São Paulo, na perspectiva de baixar seus coeficientes, ainda elevados.

Quando analisamos os óbitos maternos segundo os AO e os diversos tipos de morte materna da CID-10, em relação se foram declaradas ou não declaradas, a Tabela 35 mostra que das:

-Mortes maternas relacionadas à gestação: dos 61 casos (100,0%), 37 (60,7%) foram declarados e 24 (34,3 %) não declarados. Deste grupo:

-MMO: dos 52 casos, 36 (69,2%) foram declarados e 16 (30,8 %) não declarados, os seguintes subgrupos:

-MMOD: 42 casos. Destes 29 (69,0 %) foram declarados e 13 (30,9%) não declarados;

-MMOI: 10 casos, 7 (70,0 %) foram declarados e 3 (30,0 %) não declarados;

-MMNO: 9 casos, 1 (11,1 %) declarado e 8 (88,9 %) não declarados,.

-MMT: 8 casos, todos foram não declarados, este achado justifica-se tendo em vista que no período desta pesquisa, encontrava-se em fase de implementação a nova declaração de óbito estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Verificou-se que das 52 (100,0 %) MMOD e MMOI, são declaradas em 36 (71,2 %); em contraste, das MMNO 9 (100,0 %), é declarado apenas 1 (11,1%), e as MMT não é matéria de discussão pela razão exposta.

Quanto às MMOD, 42 (100,0 %), em relação à porcentagem de declaradas e não declaradas, segundo assinantes dos atestados de óbito, podemos resumir nas seguinte cifras:

	MMOD/declaradas	MMOD/não declaradas
-Médicos dos hospitais' =	92,3 %	7,7 %
-SVO/USP =	72,2 %	27,8 %
-SVO/EPM =	40,0 %	60,0 %
-IML =	33,3 %	66,7 %

Segundo estes resultados, os SVOs e o IML apresentam uma porcentagem significativa de não declaradas, precisando-se dar-lhes uma maior atenção para melhorar estes dados, toda vez que a maioria dos casos de MMOD, são procedentes dos hospitais, trazem o resumo de alta correspondente, porem acontece muitos destes resumos não serem claros. Em alguns casos do IML, se observou que nos atestados de óbito, colocaram diagnósticos como: "indeterminado, aguardo exames complementares", estes têm sua pertinência para estabelecer a causa de morte, no entanto, o caso deveria ser declarado como morte materna.

Creemos que na medida do uso adequado do novo atestado de óbito, permitirá diminuir sensivelmente a porcentagem de não declarados, dados muito úteis para a vigilância epidemiológica da morte materna e para o melhoramento das intervenções de prevenção e de evitabilidade tanto a nível dos centros hospitalares quanto fora delas, onde estão acontecendo as mortes maternas.

Quanto as MMOI, podemos dizer que:

	MMOI/declaradas	MMOI/não declaradas
-Médicos dos hospitais	= 66,7 %	33,3 %
-SVO/USP	= 100,0 %	0,0 %
-SVO/EPM	= 50,0 %	50,0 %
-IML	= 00,0 %	100,0 %
-Depto patol./hospital	= 100,0 %	0,0 %

Este grupo, em geral, é melhor declarado, pois são portadoras de doenças que se agravam no processo gravídico-puerperal, e geralmente não apresentam implicações médico-legais.

Em relação as MMNO, 9 100,0%, todas foram informadas pelo IML, das quais só 1 11,1% foi declarada; o restante não foi declarado, apesar serem descritos em seus achados de necropsia sinais evidentes de relação ao ciclo gravídico puerperal, por exemplo: útero gravídico, com ou sem conteúdo fetal, útero gestante com ruptura uterina, útero perfurado. Explica-se porque os médicos do IML informam a causa básica do óbito, seja acidente, ferida por arma etc, sem considerar a situação da mulher relacionada à gravidez parto ou puerpério, pois nas CID-9 e CID-10 não existe um parágrafo especial para estas mortes maternas, apesar de serem consideradas na definição, este fato deixa de lado muitas mortes maternas não relacionadas, quando codificadas.

Em relação às MMT, enquanto foi desenvolvida a presente pesquisa, houve a etapa de transição na implementação da nova declaração de óbito por

parte do Ministério da Saúde e, naturalmente os médicos na época não foram informados para seu preenchimento. Foram encontrados 8 (100,0 %) casos, todos eles foram assinados pelos médicos dos hospitais e pela razão exposta não foram declarados. cremos que este grupo de mortes maternas será informado na medida de seu adequado preenchimento e avaliação periódica, do novo formulário da declaração de óbito.

Em seguida, analisam-se os óbitos maternos declarados ou não declarados, considerando o local de ocorrência da morte materna.

Do total de 56 (100,0%) de **MM -hospitais** encontrou-se:

		MM-hospitais declaradas	MM-hospitais não declaradas
-Médicos dos hospitais	=	(24/13 casos) 58,3 %	(24/11 casos) 42,9 %
-SVO/USP	=	(16/11 casos) 68,9 %	(16/5 casos) 31,1 %
-SVO/EPM	=	(6/2 casos) 33,6 %	(6/4 casos) 66,7 %
-IML	=	(9/2 casos) 22,2 %	(9/7 casos) 77,8 %
-Depto patol./hospital	=	(1/1 caso) 100,0 %	(0/0 caso) 0,0 %

Esperava-se uma maior porcentagem de declarados por parte dos SVO e IML das mortes maternas hospitalares.

Do total das 38 (100,0%) MMOD/hospitalares, foram declarados 27 (71,1%) e 11 (28,9 %) não declaradas, e segundo os assinantes se encontrou:

		MMOD/hospitalares declaradas	MMOD/hospitalares não declaradas
-Médicos dos hospitais	=	(13/12 casos) 92,3 %	(13/1 caso) 7,7 %
-SVO/USP	=	(16/11 casos) 68,9 %	(5/3 casos) 31,1 %
-SVO/EPM	=	(5/2 casos) 40,0 %	(5/3 casos) 60,0 %
-IML	=	(2/1 caso) 50,0 %	(2/1 caso) 50,0 %

Observa-se que os médicos dos hospitais da ocorrência do óbito, quase na sua totalidade declaram as MMOD hospitalares, e sempre apresentando-se porcentagens altas de não declarados dos SVOs e IML.

Do total de 5 (100,0 %) casos de MMOI/hospitalares, foram 3 (60,0%) assinados pelos médicos, 2 (66,7 %) declaradas e 1 (33,3%) não declarada; 1 (20,0 %) assinada pelo SVO/EPM, declarada e 1 (20,0 %) assinada pelo Departamento de patologia do hospital, declarada.

Quanto às MM na via pública, que são 8 (100,0 %): foram assinadas 5 (62,5 %) pelo IML, todas foram não declaradas, dos quais uma correspondeu a MMOD e os 4 restantes corresponderam à MMNO. Dois casos (25,0 %) foram

declarados pelo SVO/USP, destes um correspondeu à MMOD e o outro à MMOI. Um caso (12,5 %) declarado pelo SVO/EPM correspondeu à MMOI.

Quanto às MM no domicílio, que foram 5 (100,0 %), das quais, foram 3 (60,0 %) assinadas pelo SVO/USP, 1 (20,0 %) declarado correspondeu à MMOD e as outras 2 (40,0 %) declaradas correspondeu à MMOI; 2 (40,0 %) assinadas pelo IML, das quais 1 (20,0 %) declarada correspondeu a MMOD e 1 (20,0 %) não declarada correspondeu à MMOI.

Os óbitos maternos ocorridos na via pública ou no domicílio todos foram necropsiados no SVOs ou IML. As de via pública foram declaradas 3 (37,4 %) e não declaradas 5 (62,6 %). Das domiciliares foram declaradas 4 (80,0 %) e não declarados 1 (20,0 %).

4.4 - MORTES MATERNAS: CAUSAS BÁSICAS.

No presente trabalho estudaram-se as causas múltiplas de morte materna. Como parte deste estudo abordaremos inicialmente a análise das causas básicas para depois analisarmos as causas associadas das mortes maternas de residentes no município de São Paulo S.P.-Brasil, nos atestados de óbitos refeitos, cujo resultado da codificação das causas básicas correspondentes, pela CID-9 (1975)⁹⁰ e CID-10 (1993)¹⁵⁷ segundo definição de MM das mesmas, encontra-se no anexo V.

A seguir, apresentaremos as causas básicas das mortes maternas nos atestados refeitos, segundo a CID-10, percorrendo a seguinte sequência: MMOD, MMOI, MMNO e MMT.

Assim a Tabela 36 e Gráfico 4 mostram as MMOD, segundo a CID-10, que o grupo dos óbitos maternos por aborto foi a mais freqüente, tanto nas MMOD quanto nas MM que corresponderam a 23,8 % e 14,5 % respectivamente.

Este resultado é concordante, como indicado pela OPAS-1994¹⁰⁰, que refere *"que na América Latina e no Caribe o aborto segue sendo a primeira causa de MM"*, ademais no presente estudo verificamos que 60,0 % dos abortos são provocados.

Encontrou-se que o segundo grupo mais freqüente das MMOD correspondeu às hemorragias e às outras causas diretas, com 21,4 % cada

Tabela 36

DISTRIBUIÇÃO POR AGRUPAMENTOS DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS (MMOD), NOS ATESTADOS REFEITOS SEGUNDO/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MMOD Agrupamentos	N	% das MMOD	% das MM
ABORTOS	10	23,8	14,5
-PROVOCADOS	6	14,3	8,7
-ESPONTÂNEOS	4	9,5	5,8
HEMORRAGIAS	9	21,4	13,0
-GRAVIDEZ ECTÓPICA	2	4,8	2,9
-DDP e PP	2	4,8	2,9
-HEMORRAGIA PÓS-PARTO	5	11,9	7,2
OUTRAS CAUSAS DIRETAS	9	21,4	13,0
-MORTE INTRA-UTERINA	2	4,8	2,9
-EMBOLIA AMNIÓTICA	1	2,4	1,4
-EMBOLIA OBSTÉTRICA POR COAG/SANG.	1	2,4	1,4
-CESARIANA ITERATIVA	1	2,4	1,4
-PERFURAÇÃO UTERINA X TRATAMENTO	1	2,4	1,4
-COMPLICAÇÃO ANESTÉSICA	1	2,4	1,4
-ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA	1	2,4	1,4
-SÍNDROME DE OGILVIE	1	2,4	1,4
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	8	19,0	11,6
-ECLÂMPSIA	4	9,5	5,8
-ECLÂMPSIA NA GRAVIDEZ	2	4,8	2,9
-ECLÂMPSIA NO PUERPÉRIO	2	4,8	2,9
-PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE	3	7,1	4,3
-HIPERTENSÃO MATERNA NÃO ESPECIFICADA	1	2,4	1,4
INFECCÕES	6	14,3	8,7
-INFECÇÃO PUERPERAL	4	9,3	5,8
-CORIOAMNIONITE	2	4,8	2,9
TOTAL (MMOD)	42	100,0	60,9
TOTAL (MM)	69		100,0

agrupamento de causas, e a 13,0 % do total de mortes maternas, esta última frequência, é igual as MMNO e maior que as MMT.

Nas mortes maternas do grupo das hemorragias, predominaram as hemorragias pós-parto com 55,5 % de casos, e a restante corresponderam a

Gráfico 4

DISTRIBUIÇÃO POR AGRUPAMENTOS DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS (MMOD), NOS ATESTADOS REFEITOS SEGUNDO/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

hemorragias durante a gestação, como a gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta e placenta previa.

No grupo de outras causas diretas, encontramos que a maior porcentagem correspondeu às mortes intra-uterina 22,2 %, seguidos por embolia amniótica, embolia obstétrica por coágulos sanguíneos, cesariana iterativa, perfuração uterina, complicação anestésica, esteatose hepática e Síndrome de Ogilvie, com uma frequência de 11,1 % para cada uma. Salienta-se que este agrupamento de causas tende a aumentar porquanto é já maior ao agrupamento de causas dos transtornos hipertensivos e das infecciosas, este fato estaria demonstrando mudanças no padrão de causas de MM, com tendência a assemelhar-se aos dos países desenvolvidos⁽⁶⁰⁾.

O agrupamento de transtornos hipertensivos correspondeu a 19,0 % das MMOD, destes a eclâmpsia correspondeu a 50,0 %; das eclâmpsias, a metade aconteceu na gravidez e a outra metade no puerpério; a pré-eclâmpsia grave foi 37,5 % e a hipertensão materna não especificada 12,5 %. Este mesmo agrupamento correspondeu a 11,6 % das MM, porcentagem igual às MMT, de nosso estudo.

Aqui é de notar a presença de diagnósticos novos, como a Síndrome Hellp que a nível da OMS, é considerada com o caracter O14.0, como pré-eclâmpsia moderada¹⁵⁸. Quanto a esta doença, a literatura descreve que o nome de Síndrome de Hellp foi estabelecido por WEINSTEIN^{120,151} em 1982. A sigla HELLP provém da junção das iniciais: H=hemólise intravascular, EL= elevação de enzimas hepáticas, e LP= plaquetopenia, entidade clínica que ocorre na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, cujos critérios diagnósticos ainda não estão estabelecidos¹³⁵, devido a que os autores utilizam critérios e métodos bastante variados.

Um aspecto controverso refere-se à necessidade de estarem presentes simultaneamente as três alterações laboratoriais, ou bastam duas alterações, então passaria a denominar-se Síndrome de Hellp verdadeira ou completa, e Síndrome de Hellp parcial. Outro aspecto controverso relaciona-se ao valor para considerar o exame como alterado, assim na literatura alguns trabalhos incluíam pacientes que não tiveram nenhuma evidência de hemólise. A coagulação intravascular disseminada às vezes é considerada uma variável da Síndrome de Hellp, porém estudos mais recentes sugerem que todas as pacientes com Síndrome de Hellp possuem alterações de coagulação, se exames mais sensíveis forem realizados. A incidência da Síndrome de Hellp varia de 4-11,2 % entre pacientes com pré-eclâmpsia, torna-se, no entanto, difícil conhecer a sua real incidência na literatura, devido a diferentes conceituações. SIBAI (1986)¹³¹ encontrou 9,7 % entre pacientes pré-eclâmplicas/eclâmplicas, predominando na raça branca e em múltiparas, iniciando-se 70,0 % das vezes antes do parto e 30,0 % depois do parto; cursam em 50,0 % dos casos com hipertensão grave, 30,0 % moderada e 20,0% com ausência de hipertensão.

Quanto à mortalidade materna, descrevem-se desde 1,8%¹³⁰ até 24,5%⁷², no Brasil encontraram-se 17,4 % em 46 casos²⁶, e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo 3,6 %¹³⁵. A mortalidade perinatal descrita varia de 7,7 % a 60,0 %. Diante desta situação cremos que se deveria aprofundar os estudos com carácter multicêntrico mundial, protocolando os casos, e de acordo aos resultados, avaliar a possibilidade de criar um caracter específico para a Síndrome de Hellp, no capítulo de gravidez parto e puerpério, já que se apresenta antes e depois do parto, seria com o mesmo enfoque das eclâmplicas.

O último grupo das MMOD, correspondeu às infecciosas que representaram 14,3 % das MMOD e 8,7 % das MM. Neste grupo observamos

que 66,7 % de casos foram as infecções puerperais e 33,3 % corresponderam às corioamnionites.

Na Tabela 37 e Gráfico 5 apresentamos as MMOI, que representaram 14,5% das mortes maternas. Neste grupo predominaram significativamente as doenças cardiovasculares (60,0 %) das MMOI e 8,7 % das MM (quatro casos de aneurismas: da aorta (2) e cerebrais (2), um caso de miocardite crônica e um diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger). Verificou-se um caso 10,0 % das MMOI e 1,4 % das MM de doença respiratória crônica, de esquistossomose hepato-esplênica, de SIDA e de neoplasia cerebelar. É de salientar que, para a codificação do caso de SIDA, encontramos dificuldade pois não há um caracter para esta doença no capítulo XV-Gravidez, parto e puerpério. Por outro lado, também não achamos no capítulo I- Infecções e parasitárias, por isso aparece com o mesmo código que o original. Este é outro caso que chama à reflexão, no sentido de incorporá-los aos óbitos maternos, devido ao aumento cada vez maior da SIDA no mundo e particularmente no município de São Paulo.

Tabela 37

DISTRIBUIÇÃO POR AGRUPAMENTOS DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS (MMOI), NOS ATESTADOS REFEITOS SEGUNDO A CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MMOI Agrupamentos	N	% das MMOI	% das MM
CARDIOVASCULARES	6	60,0	8,7
-Disseção de aneurisma de aorta	2		
-Aneurisma cerebral	2		
-Miocardite crônica	1		
-Síndrome de Eisenmenger	1		
RESPIRATÓRIAS	1	10,0	1,4
-Doença pulmonar obstrutiva crônica	1		
PARASITÁRIAS	1	10,0	1,4
-Esquistossomose hepática-esplênica	1		
SIDA	1	10,0	1,4
NEOPLASIAS	1	10,0	1,4
-Neoplasia cerebelar	1		
TOTAL MMOI	10	100,0	14,5
TOTAL MM	69		100,0

Gráfico 5
DISTRIBUIÇÃO POR AGRUPAMENTOS DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES
MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS (MMOI) NOS ATESTADOS REFEITOS,
SEGUNDO A CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL.
DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Na Tabela 38 e Gráfico 6, apresentam-se as MMNO, correspondendo a 13,0 % do total de mortes maternas. Predominaram as mortes maternas por acidente de trânsito (66,7 %) seguidas pelos homicídios (22,2 %) e suicídio (11,1 %).

FORTNEY 1990³⁶ afirma que algumas mortes de causas externas, podem estar atribuídas às gestações; assim refere o caso de uma jovem que foi assassinada por um familiar, como uma medida drástica pela vergonha de uma gravidez pré-marital. Este caso provavelmente poderia fazer ver que muitos homicídios e suicídios de gestantes são decorrentes da gestação. Os acidentes também estão tomando força neste aspecto, assim a fadiga associada à gravidez ou seu novo bebê, pode estar reduzindo a mobilidade e a habilidade, para evitar ou sobreviver aos acidentes.

É preciso ressaltar e reiterar que os casos de MMNO, não têm um parágrafo especial no capítulo XV da CID-10, para sua codificação adequada, considerando que na medida em que ampliou-se a definição de MM, incorporando-se as MMNO, dentro das mortes maternas relacionadas à gestação, cremos que estes casos deveriam ser considerados como mortes

Tabela 38
DISTRIBUIÇÃO POR AGRUPAMENTOS DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES
MATERNAS NÃO OBSTÉTRICAS (MMNO), NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO
A CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL.
DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MMNO Agrupamentos	N	% das MMNO	% das MM
ACIDENTE DE TRÂNSITO	6	66,7	8,7
HOMICÍDIOS	2	22,2	2,9
SUICÍDIOS	1	11,1	1,4
TOTAL MMNO	9	100,0	13,0
TOTAL MM	69		100,0

maternas e ser incorporados ao capítulo de gravidez, parto e puerpério. Esta falta de incorporação impede o adequado preenchimento e codificação destes casos por parte dos IML, que assina 100,0 % destes atestados de óbito.

Gráfico 6
DISTRIBUIÇÃO POR AGRUPAMENTOS DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES
MATERNAS NÃO OBSTÉTRICAS (MMNO), NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO
A CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL.
DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Na Tabela 39 e Gráfico 7 encontram-se as MMT, correspondentes a 11, 6 % das MM, de acordo a CID-10. Neste tipo de MM, predominou a SIDA com 75,0 % das MMT e 8,7 % das MM. O restante correspondeu a Diabetes

Tabela 39
DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES MATERNAS TARDIAS (MMT),
NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO A CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

MMT Causas	N %	% das MMT	% das MM
SIDA	6	75,0	8,7
DIABETES MELLITUS	1	12,5	1,4
CORIOCARCINOMA	1	12,5	1,4
TOTAL MMT	8	100,0	11,4
TOTAL MM	69		100,0

mellitus (12,5 %) e Coriocarcinoma (12,5 %). Como referência temos os achados na pesquisa de VIANNA (1990)¹⁴⁹, realizada em 1985-1986, sobre 32 casos de MMO onde não encontrou nenhum caso de SIDA. SIQUEIRA e col. 1991¹³³ no seu estudo de 1989 sobre mortalidade materna na região sul do município de São Paulo, dos 67 casos, detectaram um caso de SIDA (1,5 %).

Na pesquisa de VOLOCHKO 1992¹⁴⁸, mortalidade de mulheres-mortalidade materna-SUS-4, mencionou um caso de SIDA dos 30 casos de morte materna, fazendo 3,3 %. Na pesquisa do COMITÉ DE ESTUDO E PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 1992¹²⁹, de 59 casos de mortes maternas, encontraram um caso de SIDA. Em nossa pesquisa verificamos 7 casos (10,1 %) de SIDA, do total de mortes maternas, CID-10, das quais um caso de MMOI (1,4 %) do total de MM CID-10, e 6 casos de MMT (8,4 %). No total de casos de MM, podemos dizer que o incremento da SIDA é evidente. Seria provável achar um número mais exato se o estudo englobasse a todas as mulheres em idade reprodutiva, independentemente de serem declaradas ou presumíveis.

Gráfico 7

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS BÁSICAS DE MORTES MATERNAS TARDIAS (MMT), NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO A CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

4.4.1 CONCORDÂNCIA DA CAUSA BÁSICA SEGUNDO A CID-9 E A CID-10, NOS ATESTADOS ORIGINAIS E REFEITOS.

No presente trabalho, foi realizada a análise de concordância com fundamento nas causas básicas dos atestados originais e dos atestados refeitos segundo as diferentes listas de tabulação tanto da CID-9⁹⁰ quanto da CID-10¹⁵⁷, e segundo as definições de MM das mesmas. Nos casos de MMOD, para facilitar a apresentação dos resultados, foram agrupadas em: abortos, hemorragias, transtornos hipertensivos, infecções e outras causas diretas.

A literatura apresenta estudos que analisam a qualidade das informações contidas nos atestados de óbito e têm evidenciado que a causa básica selecionada nem sempre coincide com a causa básica que realmente deveria ter sido declarada e/ou selecionada para o mesmo óbito. Este fato denota perda da qualidade da informação.

LAURENTI (1973)⁶³, analisando os óbitos de hospitais e prontos socorros no município de São Paulo, no período de 1971-1972, com a CID-8, comparou a causa básica selecionada no atestado de óbito original com

aquelas selecionadas após informações adicionais de prontuários hospitalares, verificou, dentre 1.828 óbitos:

- "1) concordância dos quatro algarismos do código de doença: 934 casos (51,09%);
- 2) concordância dos três primeiros algarismos do código de doença: 110 casos (6,02%);
- 3) concordância apenas nos dois primeiros algarismos, porém, as duas causas básicas selecionadas pertencem a um mesmo agrupamento: 95 casos (5,20%);
- 4) discordância que afeta a causa básica e seu agrupamento, sendo as duas causas básicas classificadas em diferentes agrupamentos: 689 casos (37,69 %)".

O autor, conclui que houve concordância em 62,31 % dos casos.

SANTO (1980)¹²⁷, em um estudo no Hospital de Juqueri 1971-1975, para 997 óbitos, encontrou concordância entre a causa básica selecionada nos atestados originais e aquela dos atestados refeitos em 565 (56,67%); não houve concordância em 43,13 % dos casos.

Quanto aos estudos nos óbitos maternos, VIANNA (1990)¹⁴⁹ no estudo realizado sobre mortalidade de mulheres e mortalidade materna em residentes em Diadema, 1985-1986, de 32 óbitos maternos detectou concordância por capítulos da CID-9: 59,4 %, 3º dígito; 37,5% e com 4º dígito 21,9 %.

SIQUEIRA e col. 1991¹³³, em sua pesquisa na região sul do município de São Paulo em 1989, num total de 67 mortes maternas, comparando o atestado original e o refeito obtiveram 56,3 % e 63,6% de concordância para as MMOD e MMOI respectivamente, perfazendo uma concordância total de 39,95% e, conseqüentemente, uma discordância de 60,05 %.

Quanto as informações sobre o intervalo de tempo entre o início da doença e a morte, verificamos em nossa casuística que somente 4,3% apresentaram esta informação, semelhante aos observados por FONSECA & LAURENTI 1974³⁴, em estudo sobre a qualidade de certificação médica da causa de morte em São Paulo (1971-1972).

Creemos que o fato de anotar o intervalo aproximado (minutos, horas, dias, semanas, meses ou anos), entre o início de cada afecção e a data da morte ajuda o médico que atesta a estabelecer a cadeia dos acontecimentos que conduziram à morte e também é útil ulteriormente para orientar o codificador na escolha do código apropriado¹⁵⁷.

4.4.1.1 CONCORDÂNCIA DA CAUSA BÁSICA ORIGINAL E REFEITA, SEGUNDO A CID-9

Apresentamos a concordância das causas básicas das mortes maternas, nos atestados de óbito originais e refeitos de acordo a CID-9, a partir da:

Lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro algarismos;

Lista de categorias de três algarismos;

Listas especiais de tabulação e da

Lista de 50 causas para mortalidade.

A Tabela 40 mostra, a nível de quatro algarismos que, tanto as MMOD como as MMOI têm uma concordância de 34,6 % e uma discordância de 65,4%.

Na mesma Tabela apreciamos que as MMOD têm uma concordância de 28,6 % e as MMOI têm uma concordância de 60,0 %. Esta maior concordância nas MMOI explica-se parcialmente porque estes casos até certo ponto teriam justificativa no acontecimento da morte porquanto eram portadoras de doenças geralmente conhecidas; deste ponto de vista é mais fácil informar e por outro lado geralmente são pacientes conhecidas desde o pré-natal.

Observamos nos agrupamentos das MMOD, que as correspondentes aos abortos e outras causas diretas, são as que têm a menor concordância,

Tabela 40

CONCORDÂNCIA A NÍVEL DE QUATRO ALGARISMOS/CID-9, DAS CAUSAS BÁSICAS, DAS MORTES MATERNAS NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-9, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância Tipos de morte materna	SIM n	NÃO n	TOTAL n	% DE SIM
MMOD(*)	12	30	42	28,6
ABORTOS	1	9	10	10,0
HEMORRAGIAS	3	6	9	33,3
TRANSTORNOS				
HIPERTENSIVOS	4	4	8	50,0
INFECÇÕES	3	3	6	50,0
OUTRAS CAUSAS DIRETAS*	1	8	9	11,1
MMOI	6	4	10	60,0
TOTAL	18	34	52	34,6

(*) É preciso esclarecer que um óbito materno apresentou hemorragia após cesariana, foi considerada como MMOD no agrupamento outras causas diretas, porque, na sua codificação pela CID-9 e em razão à regra de classificação de causa básica N^o 12, que diz: *[Erros e acidentes na prestação de assistência médica. Quando a causa básica selecionada tiver motivado a prestação de assistência médica e a seqüência informada na Parte I indicar explicitamente que a morte foi devida a erro ou acidente ocorrido durante a prestação de assistência médica (condições classificáveis nas categorias E850-E858, E870-E876), considere como o início de seqüência de eventos o momento em que o erro ou acidente ocorreu.]*, teria haver passado às MMNO, que para o presente trabalho consideramos como MMOD.

(10,0%), seguidas das hemorragias (33,3%), os transtornos hipertensivos e infecções com 50,0 % de concordância.

Na Tabela 41, a concordância a nível de três algarismos da CID-9, aumenta para 42,3 %, basicamente às expensas das MMOD, nas que os grupos de transtornos hipertensivos, abortos e outras causas aumentaram, fazendo uma concordância das MMOD em 38,1 % e as MMOI em 60,0 %, mantendo-se igual aos de quatro algarismos. Ressalta-se que os abortos com esta lista melhoraram significativamente.

Na Tabela 42 se observa a concordância a nível da Lista básica para tabulação. Quanto aos abortos verifica-se uma concordância de 33,3 % nas causas obstétricas diretas 48,9 % de concordância, e nas MMOI se mantém a concordância em 60,0 %.

Na Tabela 43, a nível da Lista de Mortalidade 50 causas; a CID-9 refere que quanto à apresentação de dados nacionais de mortalidade e morbilidade, os países têm liberdade para usar qualquer das listas construídas a partir dos itens da lista básica. Mas, para garantir um mínimo de comparabilidade internacional, quaisquer listas de tabulação utilizadas com estas finalidades devem conter as 50 rubricas das Listas de Mortalidade e Morbilidade, as quais substituem as antigas listas B e C.

Tabela 41

CONCORDÂNCIA A NÍVEL DE TRÊS ALGARISMOS/CID-9, DAS CAUSAS BÁSICAS, DAS MORTES MATERNAS, NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-9, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância Tipos de morte materna	SIM <hr/> n	NÃO <hr/> n	TOTAL <hr/> n	% DE SIM
MMOD^(*)	16	26	42	38,1
ABORTOS	2	8	10	20,0
HEMORRAGIAS	3	6	9	33,3
TRANSTORNOS				
HIPERTENSIVOS	6	2	8	75,0
INFECÇÕES	3	3	6	50,0
OUTRAS CAUSAS DIRETAS*	2	7	9	22,2
MMOI	6	4	10	60,0
TOTAL	22	30	52	42,3

* Considera-se o mesmo caso que na Tabela 40.

A Tabela 43 mostra que os abortos apresentam uma concordância de 33,3 % e as causas obstétricas diretas uma concordância de 44,9 %.

Tabela 42
CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA BÁSICA PARA TABULAÇÃO/CID-9, DAS CAUSAS BÁSICAS, DAS MORTES MATERNAS NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-9, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância	SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte materna	n	n	n	DE SIM
38 Aborto (630-639)	3	6	9	33,3
380- Aborto espontâneo (634)	0	3	3	0,0
381- Aborto induzido por ind. admitida legal (635)	0	0	0	0,0
382- Aborto induzido sem indic. admit. legal (636)	2	4	6	33,3
39 Causas obstétricas diretas:*				
(640-646)	8	3	11	72,7
(651-676)	4	14	18	22,2
390 Hemorragia na gravidez, no parto (640-641)	1	1	2	50,0
(666)	0	5	5	0,0
391 Toxemia gravídica (642.4-642.9, 643)	4	4	8	50,0
392 Infecção do trato genitourinário (646.6)	0	0	0	0,0
393 Parto obstruído(660)	0	0	0	0,0
394 Complicações do puerpério (670-676)	3	3	6	50,0
40 Causas obstétricas indiretas: (647, 648)	6	4	10	60,0

(*) Considera-se caso mencionado na Tabela 40.

TABELA 43
CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA DE MORTALIDADE-50 CAUSAS/CID-9, DAS CAUSAS BÁSICAS DAS MORTES MATERNAS NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-9, DE RESIDENTES MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância	SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte materna	n	n	n	DE SIM
38 Abortos (630-639)	4	8	12	33,3
39 Causas obstétricas diretas:*				
(640-646)	8	3	11	63,6
(651-676)	4	15	19	26,3
TOTAL	16	26	42	38,5

* Considera-se o mesmo caso que na Tabela 40.

4.4.1.2 CONCORDÂNCIA DA CAUSA BÁSICA ORIGINAL E REFEITA, SEGUNDO A CID-10

A principal inovação das propostas para a Décima Revisão foi o uso de um esquema de código alfa-numérico que consiste em uma letra seguida de

três números a nível de quatro caracteres. Este fato mais que dobrou o tamanho do conjunto de códigos, quando se compara com a Nona Revisão, e possibilitou que, para a grande maioria dos capítulos, fosse atribuída uma única letra, cada uma das quais possibilitando 100 categorias de três caracteres.

A CID é usada para traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde. Na prática, a CID tornou-se a classificação diagnóstica padrão internacional para todos os propósitos epidemiológicos gerais e para muitos propósitos administrativos da saúde. É bom lembrar que a CID não foi preparada nem é adequada para indexar as entidades clínicas distintas; há também algumas restrições quanto ao uso da CID para estudos de aspectos financeiros, tais como cobranças ou alocação de recursos.

A classificação "nuclear" da CID-10 é o código de três caracteres, que é o nível exigido de codificação para informes internacionais ao banco de dados sobre mortalidade da OMS e para comparações internacionais gerais. As subcategorias de quatro caracteres, embora não exigíveis em nível internacional, são recomendadas para muitos propósitos e formam parte integral da CID, assim como as listas especiais de tabulação.

Há dois tipos principais de classificação. As do primeiro grupo cobrem informações relacionadas aos diagnósticos e ao estado de saúde e são derivadas diretamente da CID, quer por condensação, quer por expansão da lista tabular. As listas condensadas podem ser usadas para muitos tipos de apresentação de dados, para sumariar tabelas estatísticas e potencialmente para suporte de informação no desenvolvimento da assistência primária; ao passo que as listas expandidas são usadas para a obtenção de maior detalhamento clínico, como as adaptações baseadas em especialidades.

O segundo grupo de classificações cobre aspectos relacionados a problemas de saúde fora dos diagnósticos formais de afecções atuais, assim como classificações relacionadas com a assistência à saúde. Este grupo inclui classificações de incapacidade, de procedimentos médicos e cirúrgicos e de motivos de consulta com provedores de serviços de saúde.

O Capítulo XV corresponde à gravidez, parto e puerpério, com a letra O, (O00-O99), com 75 categorias ocupadas, 25 livres; no entanto, na CID-9 são 46 categorias ocupadas e 4 livres..

Com estas considerações, apresentamos a concordância das causas básicas das mortes maternas, nos atestados de óbito originais e refeitos de acordo a CID-10, a partir da:

- Lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres;
- Lista de categorias de três caracteres e as
- Listas especiais para tabulação de mortalidade:
 - Lista Nº 1- Mortalidade geral-lista condensada (103 causas) e
 - Lista Nº 2- Mortalidade geral-lista selecionada (80 causas).

Na Tabela 44 apresenta-se a concordância a nível da lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres. Foram encontrados 27,5 % de concordância de todos os óbitos maternos, segundo as definições da CID-10 24,6 % de concordância das mortes maternas relacionadas à gestação; neste grupo corresponde a mesma porcentagem de concordância para as MMO (MMOD + MMOI), porque a concordância das MMNO é nula, correspondendo 19,9 % de concordância para as MMOD, e 70,0 % para ao MMOI e nula de concordância, para as MMNO e 50,0 % de concordância para as MMT.

Comparando as concordâncias das MMO a nível de quatro algarismos entre a CID-9 34,6 % [Tabela 40] e a CID-10 28,8 %, [Tabela 44] observa-se uma diferença de 5,8 % a menos para a CID-10; quanto as MMOD, a concordância pela CID-9 é de 28,6 % e com a CID-10 é 19,1%, tendo uma diferença de 9,5 %. Nas MMOI encontrou-se uma concordância de 60,0 % pela CID-9 e de 70,0 % com a CID-10.

Esta diferença explica-se por um lado pelo incremento de subcategorias na CID-10, tal como já se mencionou. Assim, analisando os grupos de MMOD, observamos que no grupo dos transtornos hipertensivos não houve concordância na CID-10 e uma concordância de 50,0 % pela CID-9. No grupo dos atestados refeitos encontraram-se 50,0 % de casos de eclâmpsia [Tabela 36] os quais na CID-10 correspondem ao código O15. Estes por sua vez estão subdivididas em: na gravidez O15.0; eclâmpsia no trabalho de parto O15.1; eclâmpsia no puerpério O15.2 e eclâmpsia não especificada quanto ao período O15.9, e segundo a CID-9 só tem um código (642.6). Por outro lado esta diferença se explica porque nos óbitos de eclâmpsia, geralmente os assinantes dos atestados de óbito não especificam em que fase aconteceu a doença. O que teoricamente estaria melhor informada com a CID-9; com a CID-10 ocorre que seriam as piores informadas pelas razões expostas. Também alguns casos de óbitos por transtornos hipertensivos são informados como hemorragia cerebral e edema agudo do pulmão. Também é preciso esclarecer que a Síndrome de Hellp, até o momento, a OMS tem recomendado que para

Tabela 44

CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA TABULAR DE INCLUSÕES E SUBCATEGORIAS DE QUATRO CARACTERES CID-10, DAS CAUSAS BÁSICAS NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância	SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte materna	n	n	n	DE SIM
MORTE RELACIONADA A GESTAÇÃO	19	42	61	31,1
MMO	19	33	52	36,5
MMOD	12	30	42	28,6
ABORTO	1	9	10	10,0
HEMORRAGIA	3	6	9	33,3
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	4	4	8	50,0
INFECÇÕES	3	3	6	50,0
OUTRAS CAUSAS DIRETAS	1	8	9	11,1
MMOI	7	3	10	70,0
MMNO	0	9	9	0,0
MMT	4	4	8	50,0
TOTAL	19	50	69	27,5

efeitos de sua codificação se incluía no código O14.0, como mencionamos anteriormente.

Estes fatos implicam que os médicos atestantes, requerem maiores informações e treinamentos para o preenchimento adequado dos atestados de óbitos maternos. Ao preencher a nova informação na nova declaração de óbito, no item Nº 37 sobre óbito feminino em idade fértil [ver anexo II], talvez tenha que adotar estratégias seletivas como a reciclagem em serviços sobre o assunto, para garantir melhor concordância e aprimoramento da qualidade dos atestados de óbitos maternos.

Quanto ao grupo dos abortos, encontra-se uma concordância de 10,0 %, com ambas as classificações internacionais. Esta baixa concordância poderia ser explicada porque os abortos implicam aspectos médico-legais, pelo que às vezes informam no atestado de óbito entre outras por exemplo: aborto retido, infectado; os médicos dos SVOs, e IML informam: bronquite aguda, endocardite bacteriana, indeterminado, histerectomia recente, etc. Valr ressaltar um caso em que foi citado no atestado a presença de corpo contundente, sem que houvesse nenhuma correlação com os achados do

prontuário hospitalar, com a entrevista domiciliar nem com os achados da própria necropsia.

Quanto às hemorragias concordam em 33,3 % dos casos, pois há muitos casos de hemorragias informados com diagnósticos de edema agudo pulmonar, infarto de miocárdio, moléstia de Chagas, síndrome de desconforto respiratório do adulto, ou simplesmente atonia uterina.

As infecções concordam em 50,0 % dos casos, em ambas as classificações, têm casos onde o diagnóstico colocado foi endometrite, septicemia, histerectomia com deiscência de sutura pós-gravidez.

No que concerne às outras causas diretas, concordam em 11,1 %; pode-se dizer, muitas causas básicas correspondem a outras doenças, porém muitas delas são mal informadas; 100,0 % de casos obstétricos, são informados como causa indeterminada, puerpério imediato pós-cesariana. As complicações anestésicas são informadas como torsão de pedículo ovariano. Quando os médicos do hospital colocam diagnósticos que não se enquadram nas causas básicas, registram os estados mais graves da evolução clínica, por exemplo: descolamento prematuro de placenta, sendo a causa básica morte intra-uterina. Ou quando realizam uma indução inadequada que passa a ser relatada como descolamento prematuro de placenta. Outro caso de morte materna depois de uma indução, talvez com técnicas já em desuso ou de riscos (foi caso médico legal), são enviadas aos SVO para delimitar a causa de morte, porém acontece que a dúvida é maior ainda porque as expectativas dos médicos dos hospitais ficam frustradas pelos informes de SVO, como "indeterminado.

Merece um comentário a concordância das MMOI, que comparativamente com a CID-9, é maior em 10,0 %. O fato é que se tem considerado a SIDA com o mesmo diagnóstico original pois no Capítulo XV- Gravidez, parto e puerpério/CID-10 não está incluída esta doença, nem no Capítulo I-Algumas doenças infecciosas e parasitárias/CID-10.

Quanto as MMNO pela CID-10, não houve concordância, pois não existe um item que englobe estas causas em ambas as classificações dentro do capítulo XI/CID-9 e ainda se mantém na CID-10.

Na Tabela 44 as MMT apresentam uma concordância de 50,0 %.

Na Tabela 41 se apresenta a concordância a nível de três algarismos da CID-9 observaram-se 42,3 % de concordância de todas as MM. Com três caracteres a CID-10, na Tabela 45 houve 31,1 % de concordância das mortes

maternas relacionadas à gestação. Neste grupo corresponderam 28,6 % às MMOD, 70,0 % às MMOI, e nula para às MMNO e 75,0 % às MMT.

Comparando a concordância das MMO com três algarismos da CID-9 42,3 % (Tabela 41) e a categoria de três caracteres CID-10 (Tabela 45), das mesmas 36,5 %, há uma diferença de 5,8 %. Esta diferença é explicada pelas mesmas razões que para as de quatro caracteres, sendo um pouco menor que estas, provavelmente esta porcentagem seria maior se não fosse considerado o caso SIDA como concordante.

Comparando as MMO entre a CID-9 a nível de 3 algarismos e 4 algarismos há uma diferença de 7,7 %, no entanto aos mesmos níveis na CID-10, a diferença é de 7,7 % ou seja igual.

Quanto à comparação entre a Lista tabular de inclusões e subcategoria de quatro caracteres e a Lista de categoria de três caracteres da CID-10, considerando o total de MM, se uma diferença de 8,7 % a favor da segunda, em relação as MMOD, ha uma diferença de 9,5 %; nas MMOI se mantém igual, como acontece também nas MMNO, e nas MMT 25,0 % de diferença (75,0 % de concordância com três caracteres e 50,0 % com quatro caracteres).

TABELA 45

CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA DE CATEGORIAS DE TRÊS CARACTERES CID-10, DAS CAUSAS BÁSICAS NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância Tipos de morte materna	SIM n	NÃO n	TOTAL n	% DE SIM
MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO	15	46	61	24,6
MMO	15	37	52	28,8
MMOD	8	34	42	19,1
ABORTO	1	9	10	10,0
HEMORRAGIA	3	6	9	33,3
TRANSTORNOS.				
HIPERTENSIVOS	0	8	8	0,0
INFECÇÕES	3	3	6	50,0
OUTRAS CAUSAS DIRETAS	1	8	9	11,1
MMOI	7	3	10	70,0
MMNO	0	9	9	0,0
MMT	6	2	8	75,0
TOTAL	25	44	69	36,2

Na Tabela 46, com a Lista especial de tabulação Nº 1, se registraram 53 casos, porque do total é descontado os 9 casos de MMNO e dos 8 casos de MMT só um caso tem código "O". Porém sem abarcar todos os casos, segundo a mesma definição da CID-10, melhora o espectro da mortalidade materna em relação a CID-9.

Tabela 46
CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA ESPECIAL DE TABULAÇÃO PARA MORTALIDADE No 1 [Mortalidade geral-lista condensada (103 causas)] DA CID-10, DAS CAUSAS BÁSICAS, NOS ATESTADOS ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNAS/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.(*)

Concordância		SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte					DE SIM
materna		n	n	n	
1-087	Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	18	35	53	33,9
1-088	Gravidez que termina em aborto (O00-O007)	3	9	12	25,0
1-089	Outras mortes mater. obst. diretas(O10-O92)	10	20	30	33,3
1-090	Mortes maternas indiretas (O98-O99)	6	4	10	60,0
1-091	Restantes de gravidez, parto puerp.(O95-O97)**	6	2	8	75,0

* Nesta lista não são considerados as MMNO. ** Corresponde às MMT.

Na Tabela 46 é preciso mencionar que o grupo 1-091 referente a restantes de gravidez parto e (O95-O99) corresponde à morte obstétrica de causas não especificadas, morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, pórem menos de 1 ano após o parto e morte por seqüelas de causas obstétricas diretas. Colocamos os 8 casos considerando este critério, mas a concordância propriamente se fez com o diagnóstico. Por outro lado na lista não se considera as MMNO apesar da definição de MM. Aqui merece um comentário no sentido de considerar-se mais um caracter para as mortes obstétricas indiretas com mais de um ano depois do parto, como o caso que apresentarmos da miocardiopatia pós-parto, sempre que se retome um novo enfoque para a definição de morte materna.

A Tabela 47 mostra a concordância com a Lista especial Nº 2. Esta lista considera as MMO da CID-9 e da CID-10. Consideramos que as listas deveriam manter as mortes maternas que se incluem em sua definição; e por outro lado os casos de mola hidatiforme que estão considerados junto com os abortos, deveriam ser colocados em um parágrafo à parte, junto ao Coriocarcinoma. Assim se estariam mudando certos conceitos para uniformizar os critérios acerca da morte materna e permitir comparações não só locais ou nacionais mas também internacionais e intercontinentais.

Tabela 47

CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA ESPECIAL DE TABULAÇÃO PARA MORTALIDADE Nº 2 [Mortalidade geral-lista selecionada (80 causas)] DA CID-10, DAS CAUSAS BÁSICAS, DOS ATESTADOS ORIGINAIS E REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância	SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte materna	n	n	n	DE SIM
2-066 Gravidez que termina em aborto (O00-O07)	3	9	12	25,0
2-067 Outras mortes obstétricas diretas (O10-O92)	10	20	30	33,3
2-068 Mortes obstétricas indiretas (O98-O99)	6	4	10	60,0
TOTAL	19	33	52	36,5

Na Tabela 48 da Lista especial Nº 1 apresentamos as MMNO onde se pode evidenciar que as mortes maternas são incluídas em seu Capítulo XX-Causas externas de morbidade e mortalidade (V,W,X e Y). Nesse sentido fazemos a concordância, reiterando a necessidade de que se deveria incluir no Capítulo XV, com algum item especial, como já mencionamos. Assim sendo a concordância com a CID-10 é nula porque os diagnósticos que basicamente colocam, como por exemplo: lesão ulcerada de esôfago sem menção da substancia que ocasionou, ou só colocam acidente de trânsito ou atropelamento, sem colocar as circunstâncias que determinaram o diagnóstico adequado, ou nos casos de homicídio só colocam ação de instrumento perfuro-contundente.

Como resultado de nossa análise vemos que as MMT não são consideradas a nível da Lista especial de tabulação para mortalidade Lista especial Nº 1, encontrou-se concordância de 75,0 % e discordância de 25,0 %, e a nível da Lista especial mortalidade Nº 2, também não são consideradas em um item especial, encontraram-se 75,0 % de concordância e 24% de discordância, considerando os diagnósticos tal como se apresentaram no original e no refeito.

Resumindo esta parte, poder-se-ia dizer que quanto à concordância das mortes maternas, estas também estão sujeitas às definições e a falta de correspondência nas listas de classificações, porém com a CID-10 há mais diferença, devido ao aumento de caracteres, induzindo a necessidade de se estabelecer estratégias seletivas de informação a nível dos médicos para

Tabela 48
CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA ESPECIAL DE TABULAÇÃO PARA MORTALIDADE Nº 1 [MORTALIDADE GERAL-LISTA CONDENSADA (103 CAUSAS)] DA CID-10, DAS CAUSAS BÁSICAS, DOS ATESTADOS ORIGINAIS E REFEITOS, DAS MMNO/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância	SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte				DE SIM
materna	n	n	n	
1-095 Causas externas de morbidade e mortalidade (V01-Y89)	0	9	9	0,0
1-096 Acidentes de transporte(V01-V99)	6	0	6	100,0
1-097 Quedas (W00-W19)	0	0	0	0,0
1-098 Afogamento e submersão acidentais (W65-W74)	0	0	0	0,0
1-099 Exposição ao fumo, ao fogo as chamas (X00-X09)	0	0	0	0,0
1-100 Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substancias nocivas (X40-X49)	0	0	0	0,0
1-101 Lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84)	0	1	1	0,0
1-102 Agressões (X85-Y09)	0	2	2	0,0
1-103 Todas as outras causas externas (W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y89)	0	0	0	0,0

otimizar o preenchimento dos atestados. Por outro lado a necessidade de abrir no capítulo de gravidez, parto e puerpério um item para as MMNO e as MMT (abertas sem limite de tempo) e incluir o Coriocarcinoma junto à Mola Hidatiforme em um caracter aparte.

Tabela 49
CONCORDÂNCIA A NÍVEL DA LISTA ESPECIAL DE TABULAÇÃO PARA MORTALIDADE Nº 2 [Mortalidade geral-lista selecionada (80 causas)] DA CID-10, DAS CAUSAS BÁSICAS NOS ATESTADOS ORIGINAIS E REFEITOS DAS MMNO/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Concordância	SIM	NÃO	TOTAL	%
Tipos de morte				DE SIM
materna	n	n	n	
2-073 Acidentes de transporte(V01-V99)	0	6	6	0,0
2-074 Quedas (W00-W19)	0	0	0	0,0
2-075 Afogamento e submersão acidentais (W65-W74)	0	0	0	0,0
2-076 Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00-X09)	0	0	0	0,0
2-077 Envenenamento (intoxicação) por ou exposição a substancias nocivas acidentais (X40-X84)	0	0	0	0,0
2-078 Lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84)	0	1	1	0,0
2-079 Agressões (X85-Y09)	0	2	2	0,0
2-080 Todas outras causas externas (W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y89)	0	0	0	0,0
TOTAL	0	9	9	0,0

4.5 - MORTES MATERNAS: CAUSAS ASSOCIADAS

A seguir, abordaremos as causas associadas das mortes maternas, nos atestados de óbito originais e refeitos, codificando-se com a CID-10 (1993)¹⁵⁷ e também utilizando sua definição de morte materna, para o que inicialmente veremos o número de diagnósticos, tanto nos atestados originais quanto nos refeitos. Logo passaremos a analisar as causas consequenciais, das quais apresentaremos, em primeiro lugar as causas terminais, seguidas das consequenciais intermediárias e finalmente das contribuintes. Enfatizamos nos casos das MMOD, o que agrupou-se: em abortos, hemorragias, transtornos hipertensivos, infecções e outras causas diretas.

4.5.1 NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS INFORMADOS NOS ATESTADOS ORIGINAIS E REFEITOS DAS MORTES MATERNAS/CID-10

O número de diagnósticos informados foi analisado, por um lado segundo assinante da declaração de óbito: seja o médico que prestou assistência, sejam os médicos do IML, SVO/USP, SVO/EPM ou de Departamento de Anatomia Patológica/hospitalar e por outro lado, segundo os tipos de morte materna da CID-10, em ambos os casos considerou-se a condição de MM declarada ou não declarada.

Na Tabela 50 apresenta-se o número de diagnósticos nos atestados originais das MMOD declaradas pelos assinantes. Encontramos no máximo cinco e no mínimo dois diagnósticos por atestado, e a média total foi de 3,2, sendo a média maior de 4,0 diagnósticos por atestado, correspondendo ao SVO/EPM e a média menor foi de 2,0 diagnósticos por atestado correspondendo ao IML.

Na Tabela 51 mostra-se que nos atestados de óbito originais das MMOD não declaradas pelos assinantes, encontraram-se no máximo quatro diagnósticos e no mínimo um diagnóstico, a média foi de 1,9 diagnósticos por atestado de óbito. A média maior foi de 3,0 diagnósticos por atestado de óbito, correspondendo aos médicos dos serviços, e a média menor foi de 1,3 diagnósticos por atestado de óbito, correspondendo ao IML.

Observa-se, que a média de 3,2 dos casos de MMOD declarados, é maior que a média de 1,9 das não declaradas, pois algumas das não declaradas só apareceram com um diagnóstico.

Tabela 50

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS MMOD/CID-10, NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS, SEGUNDO ASSINANTES DA DECLARAÇÃO(mmnd), DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

NÚMERO DE DIAGNÓST.	MÉDICO QUE ATENDEU		IML		SVO/USP		SVO/EPM		TOTAL		
	mmnd	Tdx	mmnd.	Tdx	mmnd.	Tdx	mmnd.	Tdx	mmnd.	Tdx	%
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
2	1	2	2	4	3	6	0	0	6	12	20,7
3	7	21	0	0	5	15	0	0	12	36	41,4
4	2	8	0	0	4	16	2	8	9	36	31,0
5	2	10	0	0	1	0	0	0	2	10	6,9
TOTAL	12	41	2	4	13	37	2	8	29	94	100,0
MÉDIA	3,4		2,0		2,8		4,0		3,2		

Tabela 51

NÚMERO E MÉDIA DE DIAGNÓSTICOS DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS MMOD/CID-10, NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS, SEGUNDO ASSINANTE DO ATESTADO E NÃO DECLARADAS(mmnd), DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS.	MÉDICO QUE ATENDEU		IML		SVO/USP		SVO/EPM		TOTAL		
	mmnd	Tdx	mmnd.	Tdx	mmnd.	Tdx	mmnd.	Tdx	mmnd	Tdx	%
1	0	0	3	3	2	2	0	0	5	4	16,0
2	0	0	1	2	2	4	3	6	6	14	56,0
3	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3	12,0
4	0	0	0	0	1	4	0	0	1	4	16,0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
TOTAL	1	3	4	5	5	10	3	6	13	25	100,0
MÉDIA	3,0		1,3		2,0		2,0		1,9		

Na Tabela 52 mostra-se que nos atestados originais das MMOI declaradas, encontrou-se no máximo quatro diagnósticos e no mínimo três diagnósticos; a média foi de 3,6; a média maior foi de 4,0, correspondendo tanto aos médicos dos serviços como ao do Depto de Anatomia-Patológica/hospitalar; a média menor de 3,0 correspondeu ao SVO/EPM. Quanto às MMOI, não declaradas, foram dois casos, um tinha três diagnósticos, correspondendo ao IML, e outro ao SVO/EPM com dois diagnósticos, sendo a média deste grupo de 2,5. Igualmente às anteriores, as MMOI declaradas tinham uma média de 3,6 diagnósticos por atestado de óbito, maiores que as não declaradas, 2,5 diagnósticos por atestado de óbito.

A média de diagnósticos das mortes maternas declaradas nas MMOI (3,6) é maior do que a das MMOD (3,2); e quanto às médias nos atestados

Tabela 52
NÚMERO E MÉDIA DE DIAGNÓSTICOS DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS
INDIRETAS MMOI/CID-10, NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS, SEGUNDO
ASSINANTE DO ATESTADO E DECLARADA(mmd), DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO
DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

NÚMERO DE DIAGNÓS- TICOS	MÉDICO QUE ATENDEU		IML		SVO/USP		SVO/EPM		HOSPITAL		TOTAL	
	mmd	Tdx	mmd.	Tdx	mmd.	Tdx	mmd.	Tdx	mmd.	Tdx	mmd.	Tdx.
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	2	6	1	3	0	0	3	9
4	3	12	0	0	1	4	0	0	1	4	5	20
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	12	0	0	3	10	1	3	1	4	8	29
MÉDIA	4,0		0,0		3,3		3,0		4,0		3,6	

originais de mortes maternas não declaradas, as MMOD (1,9) foram também menores que a média das MMOI (2,5).

Quanto às MMNO, que foram nove casos, todos os atestados de óbito foram assinados pelos médicos do IML, dos quais, encontrou-se um declarado com dois diagnósticos, e oito não declarados, dos quais registraram-se: um atestado com um diagnóstico, cinco com dois diagnósticos e dois com três diagnósticos, sendo a média de 2,1.

Quanto às MMT, que foram oito, todas as declarações de óbito foram assinadas pelos médicos do serviço hospitalar, dos quais três tinham dois diagnósticos, três tinham três diagnósticos e dois tinham cinco diagnósticos, sendo a média de 3,1. Nenhum caso foi declarado, porque, como mencionamos anteriormente, o uso das novas declarações de óbito no Brasil e conseqüentemente no município de São Paulo, encontrava-se em fase de implementação, porém observamos um atestado novo preenchido, sem anotação desta informação.

Na Tabela 53 mostra-se o número de diagnósticos nos atestados originais, segundo os tipos de morte materna da CID-10, no total máximo de 5 (7,2 %) diagnósticos e mínimo de 1 (8,7 %) diagnóstico, sendo a maioria om 2 diagnósticos (33,3 %), com 3 (30,4 %) e 4 (20,3 %), predominando em todos os grupos e tipos, com 2 ou 3 diagnósticos.

Na mesma Tabela, no que diz respeito às MMOD, o grupo de abortos apresenta a menor média 2,3 e as hemorragias e infecções a maior média 3,3, sendo a média total deste tipo de mortes de 2,8 diagnósticos por atestado de óbito original.

Tabela 53
 NÚMERO E MÉDIA DE DIAGNÓSTICOS NOS ATESTADOS ORIGINAIS, SEGUNDO TIPOS DE MORTES MATERNAS/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS		MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO																				MMT (4)		TOTAL (1+2+3+4)					
		MMOD(1)						MMOI(2)						TOTAL (1+2)		MMNO (3)		TOTAL											
		ABORTO		HEMORRAGIAS		TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS		INFECÇÕES		OUTRAS		TOTAL																	
		n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	%	Tdx	n	%	Tdx	n	%	Tdx	n	%	Tdx	n	%	Tdx			
1		1	1	0	0	1	1	1	1	2	2	5	1,2	5	0	0,0	0	5	11,1	1	6	9,8	6	0	0,0	0	6	8,7	6
2		6	12	2	4	1	2	0	0	3	6	12	28,6	24	1	10,0	2	14	66,7	12	20	32,8	48	3	37,5	6	23	33,3	44
3		2	6	2	6	3	9	3	9	3	9	13	30,9	39	4	40,0	12	16	22,2	6	18	29,5	57	3	37,5	9	21	30,4	66
4		1	4	4	16	2	8	0	0	2	8	9	21,4	36	5	50,0	20	14	0,0	0	14	22,9	56	0	0,0	0	14	20,3	56
5		0	0	0	0	1	5	2	10	0	0	3	7,1	15	0	0,0	0	3	0,0	0	3	4,9	15	2	25,0	10	5	7,2	25
Total		10	23	8	26	8	25	6	20	10	25	42	100,0	119	10	100,0	34	52	153	9	61	100,0	172	8	100,0	25	69	100,0	197
Média		2,3		3,3		3,1		3,3		2,5		2,8		3,4		2,9		2,1		2,8		3,1		2,9					

No caso das MMOI, encontra-se uma média de 3,4, sendo esta média a maior de todos os tipos de morte materna; quanto a MMO (MMOD+MMOI), a média foi de 2,9.

No caso das MMNO, encontrou-se uma média de 2,1 sendo a menor média dos grupos das MM e nas MMT uma média de 3,1.

Considerando todos estes resultados, das médias globais, tanto das mortes maternas declaradas quanto das não declaradas por assinantes, foi como segue: patologia/hospital 4,0 ; médicos dos hospitais 3,3 ; SVO/EPM 2,8; SVO/USP 2,7 ; IML1,8.

Para o total de casos de mortes maternas em estudo, houve uma média global de 2,9 diagnósticos, nos atestados originais.

Na Tabela 54 referente ao número de diagnósticos nos atestados refeitos, e tipos de morte materna/CID-10, foram registrados o máximo de dez diagnósticos e o mínimo de dois diagnósticos, com media global de diagnósticos das MM de 6,8.

Para o caso das MMOD, a média foi de 6,9, o grupo das infecções apresentam a maior média 8,7, e os abortos a menor 5,8, mantendo-se a mesma correspondência proporcional com as originais.

No caso das MMOI, nos atestados refeitos encontra-se uma média de 5,9. Nas MMNO uma média de 7,1, que estaria em razão de uma série de achados necroscópicos, porquanto em todos realizou-se necropsia e nas MMT uma média de 7,1 em razão dos achados clínicos e dados da entrevista domiciliar.

A nossa média geral encontrada nos atestados originais foi de 2,9 diagnósticos por atestado; é maior que os achados por LAURENTI (1973)⁶³ de 1,97 diagnósticos por atestado, num estudo de 1831 atestados de óbitos, ocorridos nos hospitais ou pronto socorros, e registrados no distrito de São Paulo entre março de 1971 e fevereiro de 1972. Os achados por SANTO (1980)¹²⁷, estudo feito num hospital em doentes portadores de transtornos mentais, sobre uma amostra de 1000 casos no período de 1971 a 1975, revela a média de 2,08 diagnósticos por atestado original.

LAURENTI e col (1990)⁶⁸, em 1986, numa pesquisa de mulheres em idade fértil, II-Mortes por causas maternas, no município de São Paulo, relataram uma média geral nos atestados de óbito originais para as mulheres em idade fértil de 2,5 e para as mortes maternas de 3,5. Nos atestados refeitos

Tabela 54

NÚMERO E MÉDIA DE DIAGNÓSTICOS NOS ATESTADOS DE ÓBITO REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTES MATERNAS/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Nº DE DIAGNÓ- TICOS	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO																MMT (4)		TOTAL (1+2+3+4)						
	MMOD(1)						MMOI(2)				TOTAL (1+2)		MMNO (3)		TOTAL (1+2+3)										
	ABORTO	HEMORRAGIAS		TRANSFORMOS HIPERSENSIVOS		INFECÇÕES		OUTRAS		TOTAL															
	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	n	Tdx	%	Tdx					
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0					
2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	2	0	1,4	2					
3	1	3	1	3	0	0	0	0	0	0	2	6	2	6	4	12	0	0	4	5,8	12				
4	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4	2	8	1	4	3	12	0	0	3	4,3	12				
5	1	5	1	5	0	0	0	0	0	0	2	10	1	5	3	15	1	5	4	8,7	30				
6	3	18	3	18	5	30	0	0	2	12	13	78	3	18	16	96	0	0	18	23,2	98				
7	2	14	0	0	0	0	1	7	2	14	5	35	0	0	5	35	5	35	10	70	91				
8	2	16	1	8	1	8	2	16	1	8	7	56	2	16	9	72	3	24	12	98	112				
9	0	0	1	9	1	9	1	9	2	18	5	45	0	0	5	45	0	0	5	7,2	45				
10	0	0	1	10	1	10	2	20	1	10	5	50	1	10	6	60	0	0	6	10,1	70				
Total	10	58	9	57	8	57	6	52	9	68	42	290	10	58	52	349	9	64	61	413	8	57	69	100,0	470
Média	5,8	6,3	7,1	8,7	7,3	8,9	5,9	8,7	7,1	8,7	6,8	7,1	6,7	7,1	6,7	7,1	7,1	6,8							

encontraram para as mulheres em idade fértil 2,7 e para as mortes maternas uma média de 3,6.

SANTO (1989)¹²⁸, em pesquisa realizada com base no arquivo de dados de óbitos do estado de São Paulo de 1983, no Capítulo XI-Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério/CID-9, encontrou uma média de 2,6 diagnósticos por atestado de óbito.

Na pesquisa de LAURENTI e col (1990)⁶⁸ observaram uma média de 3,5 nos originais, que é maior do que o nosso achado nos atestados originais, que foi de 2,9. Isso significa uma diminuição no número de diagnósticos por atestado o que realmente preocupa, ou seja, não está acontecendo o esclarecimento dos médicos para melhorar o preenchimento das declarações. Ao contrário, dá-se menos atenção a este serviço tão importante. Dai a necessidade de ser revista a estrutura curricular para a formação dos médicos, também.

Embora tenha sido instalado o Comitê de Estudo e Prevenção da Morte Materna há poucos anos, a implementação da vigilância epidemiológica da morte materna, que através de seus comitês atuam nas áreas regionais de saúde, indiretamente e parcialmente, fazendo auditoria médica, não está ajudando no aumento do número de diagnósticos no preenchimento dos atestados originais. Esta situação convida a que o Comitê reavalie suas atividades.

Também é preciso assinalar o fato de uma porcentagem alta de casos de morte materna passarem pelos SVOs e IML, e estas instituições serem as que têm menores médias de diagnósticos por atestado de óbito tanto nas declaradas e as não declaradas, este fato induz a realizar estudos ou avaliações e intervenções nestas instituições para melhorar este aspecto, assim como os médicos dos serviços.

Outro assunto serio é o relacionado à falta da qualidade dos dados preenchidos nos atestados de óbito nos casos de mortes maternas, que abordamos anteriormente.

Após o atestado ter sido refeito, considerando-se todos os diagnósticos de todos os casos, verificou-se que não houve atestados com um diagnóstico e que apenas em 1,4 % dos atestados apresentaram 2 diagnósticos; em 5,8 % apresentaram 3 diagnósticos; em 4,3 % havia 4 diagnósticos; em 8,7 % havia 5 diagnósticos; em 23,2 % havia 6 diagnósticos, em 18,8 % havia 7 diagnósticos; em 20,3 % havia 8 diagnósticos; em (7,2 %) 9 diagnósticos e um máximo de 10

diagnósticos em 10,1 %, sendo a média de 6,8 diagnósticos por declaração de óbito refeito [Tabela 54].

Ao comparar-se com os resultados de LAURENTI (1973)⁶³, e SANTO (1980)¹²⁷, que encontraram em suas respectivas pesquisas a média de 2,9 e 4,1 em óbitos em geral. LAURENTI e col. (1990)⁶⁶, observaram nos atestados refeitos de mortes maternas no município de São Paulo uma média de 3,6 por atestado. Todas estas médias são menores comparadas com nosso achado de 6,8 diagnósticos por atestado de óbito materno.

No caso das mortes de mulheres por causas maternas ocorre, uma série de eventos clínicos, na evolução para o êxito letal, já que a maioria dos casos são agudos, que muitas vezes implicam em procedimentos cirúrgicos, uso de transfusões múltiplas, atendimento em UTI, ao uso de medicações e aparelhos específicos, agregados aos antecedentes obstétricos, patológicos, que trazem as pacientes, o que produz um número maior de diagnósticos nos atestados refeitos. Esta situação estaria sugerindo a necessidade de incrementar mais uma linha no atestado de óbito, para um diagnóstico a mais, segundo a recomendação da Quadragésima Terceira Assembléia Mundial da Saúde (1999)¹⁵⁸, segundo a qual os países devem considerar a possibilidade de uma linha adicional (d), na I Parte do atestado.

Como vimos, só se tem uma média de 2,9 diagnósticos por atestado original e 6,8 diagnósticos por atestado refeito, cremos que do ponto de vista da mortalidade materna, seria conveniente adicionar uma linha a mais no atestado de óbito do Brasil, na perspectiva de ir melhorando os preenchimentos dos atestados.

Estes achados reproduzem as observações de DORN (1966)²⁵, LAURENTI (1973)⁶³ e SANTO (1980)¹²⁷, permitindo reiterar duas de suas constatações, a primeira relativa à grande perda de informações, quando da apresentação de estatísticas de mortalidade apenas por causa básica. A segunda refere-se à omissão dos médicos no registro de estados patológicos existentes por ocasião da morte no atestado de óbito.

4.5.2 MORTES MATERNAS-CAUSAS ASSOCIADAS: CAUSAS TERMINAIS

Para analisar as causas terminais das mortes maternas, optamos por utilizar a Lista de categorias de três caracteres da CID-10.

Assim verificou-se para o conjunto de MMOD: apresentaram-se doenças de seis capítulos, das quais predominaram as doenças correspondentes ao Capítulo X-Doenças Respiratórias(J00-J99) 61,9% (26/42) [nele predominaram: Edema Agudo do Pulmão (9/26), Insuficiência Respiratória (6/26), Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (6/26). Em segundo lugar encontrou-se o Capítulo XVIII-Sintomas sinais e achados anormais e de laboratório não classificados em outra parte(R00-R99), com 19,0 % (8/42) [nele encontraram-se: Choque Hipovolêmico (4/8) e Coma (3/8). E em terceiro lugar o Capítulo XIV-Doenças do Aparelho Geniturinário(N00-N99) 4,8% (3/42) [nele todos foram correspondentes à Insuficiência Renal Aguda (3/3)]. As outras doenças de menor apresentação podem ser vistas no anexo VI-A).

Quanto à associação dos capítulos com os agrupamentos das MMOD, observa-se na Tabela 55, o agrupamento abortos em 50,0 % (5/10) associou-se com o Capítulo X [predominou a Insuficiência Respiratória(2/5) e Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (2/5)] e em 20,0 % (2/10) ao Capítulo I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias [predominou basicamente Choque Séptico (2/2)].

As hemorragias associaram-se com maior frequência ao Capítulo X em 55,6 % (5/9) [nele predominaram : Edema Agudo do Pulmão(4/5) e Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (1/5)], e associaram-se em 33,3 % (3/9) ao Capítulo XVIII [nele predominou basicamente Choque Hipovolêmico (3/3)].

Nos transtornos hipertensivos verificou-se a associação com maior frequência ao Capítulo X em 62,5 % (5/8) [nele predominaram: Edema Agudo do Pulmão (2/5) e Insuficiência Respiratória Aguda (2/5) e em 25,0 % (2/8) associou-se ao Capítulo XIV-Doenças do Aparelho Geniturinário [todos foram Insuficiência Renal Aguda (2/2)].

Nas infecções, a associação predominante foi com o Capítulo X em 83,3% (5/6), esta é a porcentagem de maior associação entre agrupamentos das MMOD e o Capítulo X [nele encontraram-se: Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto(2/5), Broncopneumonia Bilateral (2/5) e Insuficiência Respiratória (1/5)].

Nas outras causas diretas, verificou-se a maior associação com o Capítulo X em 66,7 % (6/9) [nele predominaram: Edema Agudo do Pulmão (2/6) e Insuficiência Respiratória Aguda (2/6)] e 22,2 % (2/6) corresponderam ao Capítulo XVIII [nele basicamente correspondeu ao Coma(2/2). Para verificar as doenças ver anexo(VI-A)

Tabela 55

DISTRIBUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO, DAS CAUSAS TERMINAIS, SEGUNDO CAPÍTULOS DE DOENÇAS CID-10 DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS-MMOD/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

AGRUPAMENTO-MMOD	Abortos		Hemorr		Hipert.		Infec.		Outras		TOTAL	
	(n=10)		(n=9)		(n=8)		(n=6)		(n=9)		(n=69)	
CAUSAS TERMINAIS*	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Cap. X Doenças de Aparelho Respiratório(J00-J99)	5	50,0	5	55,6	5	62,5	5	83,3	6	66,7	26	37,7
2) Cap. XVIII Sintomas Sinais e Achados Anormais de Exame Clínico e de Laboratório não Classificado em Outra parte (R00-R99)	1	10,0	3	33,3	1	12,5	1	16,7	2	22,2	8	11,6
3) Cap. XIV Doenças do A. Geniturinário(N00-N99)	1	10,0	1	11,1	2	25,0	0	0,0	0	0,0	3	4,3
4) Cap. I Algumas Doenças infec. e Parasit.(A00-B99)	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9
5) Cap. XIX Lesões, Envenenamento e algumas Outras Conseqüências de Causas Externas (S,T)	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9
6) Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso(G00-G99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,4
TOTAL	10	NC	9	NC	8	NC	6	NC	9	NC	42	NC

* Lista de três caracteres CID-10 (157)

Quando analisado o conjunto das mortes maternas observamos a presença de oito capítulos, onde predominaram as doenças do capítulo X em 47,8 % (33/69), [neste capítulo foram mais freqüentes: Edema agudo do pulmão 17,4 % (12/33), Insuficiência Respiratória Aguda 13,0 % (9/33), Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto 8,7 % (6/33), Broncopneumonia Bilateral 7,2 %.(5/33) e Insuficiência Respiratória (1/33)].

Na Tabela 56 podemos observar as causas terminais do conjunto das MM e, quanto às associações, observa-se que a maioria correspondeu ao Capítulo X (33/69) pela predominância das MMO. Analisada a linha acima, tanto nas MMOD, quanto nas MMOI predominaram as doenças do Capítulo X em 40,0 % (4/10) [nele encontraram-se: Edema Agudo do Pulmão (3/4) e Insuficiência Respiratória Aguda (1/4)] e em 40,0 % (4/10) correspondeu ao Capítulo XVIII [nele encontraram-se: Choque Hipovolêmico (2/4), Coma (1/4) e Choque Cardiogênico (1/4)].

Nas MMNO, a associação de causa terminal de maior freqüência foi o Capítulo XIX com 88,9% (8/9) [nele observaram-se: Choque Traumático (7/8) e Choque Séptico Pós-cirúrgico (1/8)].

Nas MMT, a associação de causa terminal de maior freqüência foi o Capítulo X em 37,2 % (3/8) [nele registram-se: Insuficiência Respiratória

Tabela 56

DISTRIBUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DAS CAUSAS TERMINAIS, DAS MORTES MATERNAIS/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10	MM relacionada à gestação										MMT		TOTAL	
	MMOD(1) (n=42)		MMOI(2) (n=10)		MMO(1+2) (n=52)		MMNO(3) (n=9)		(1+2+3) (n=61)		(4) (n=8)		(1+2+3+4) (n=69)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CAUSAS TERMINAIS *														
1) Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	26	61,9	4	40,0	30	57,7	0	0,0	30	49,2	3	37,5	33	47,8
2) Cap. XVIII Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte(R00-R99)	8	19,4	4	40,0	12	23,1	0	0,0	12	19,7	0	0,0	12	17,4
3) Cap. XIX Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas(S,T)	2	4,8	0	0,0	2	3,8	8	88,9	10	16,4	0	0,0	10	14,5
4) Cap. XIV Doenças do Aparelho Geniturinário(N00-N99)	3	7,1	0	0,0	3	5,8	0	0,0	3	4,9	2	25,0	5	7,2
5) Cap. I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias. (A00-B99)	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	1	12,5	3	4,3
6) Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Trastornos Imunitários(D50-D89)	0	0,0	1	10,0	1	1,9	1	11,1	2	3,3	0	0,0	2	2,9
7) Cap.VI Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)	1	2,4	1	10,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	2,9
8) Cap.IX Doenças do Aparelho Circulatório(I00-I99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,4
9) Cap. IV Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas(E00-E99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,4
TOTAL	42	NC	10	NC	52	NC	9	NC	61	NC	8	NC	69	NC

* Lista de três caracteres CID-10⁽¹⁵⁷⁾.

Aguda (2/3) e Broncopneumonia Bilateral (1/3)]. Em 25,0 % (2/8) houve correspondência com o Capítulo XIV [onde se vê Insuficiência Renal Aguda (2/2)].

Na mesma Tabela 56 observa-se, quando considerado o total de MM e sua associação com as causas terminais, pois predominou o Capítulo X (33/69) em 47,8 % [nele predominaram: em primeiro lugar o Edema Agudo do Pulmão (12/33), seguido pela Insuficiência Respiratória Aguda (9/33), Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (6/33), Broncopneumonia Bilateral (5/33) e Insuficiência Respiratória (1/33)]. Em segundo lugar o capítulo XVIII em 17,4 % (12/69) [nele predominaram: Choque Hipovolêmico (6/12), Coma 4/12)]. Em terceiro lugar encontrou-se o capítulo XIX em 14,5 % (10/69) [nele predominaram: Choque Traumático (7/10) e Choque Séptico Pós-cirúrgico 3/10)].

Considerando o conjunto das mortes maternas, podemos apreciar no Gráfico 8 estes resultados comentados.

Creemos que estes dados podem ser utilizados para a implementação e melhoramento, sobretudo nos estabelecimentos de saúde, em que se deveria considerar na medida que se priorizassem intervenções, aspectos referidos como por exemplo: desde a habilitação de unidades móveis para as transferências, contar com respiradores até habilitação, regionalização e hierarquização de sistemas de UTI, assim como determinar o tipo de maternidades deveriam contar com esta unidade, com equipamentos pertinentes e pessoal qualificado em permanente capacitação. Por outro lado é evidente que os problemas obstétricos estão relacionados a que as instituições que prestam assistência às mulheres no ciclo gravídico puerperal, têm que contar com laboratório e banco de sangue as 24 horas do dia e durante o ano, para assim enfrentar estes estados terminais da morte. É claro precisar que as ações mais transcendentais, mais relevantes, que de fato diminuiriam estas complicações, são as medidas de caráter preventivo com base populacional.

Indiretamente também, estes dados nos indicam estar alertas na condução terapêutica da maternidade segura, através de avaliações permanentes e sobretudo, impulsionando estudos da morbidade, que é outro grande assunto, quanto às complicações não letais das mulheres neste período.

A Tabela 56 mostra também que o predomínio está nas MMO, particularmente nas MMOD, e estas aconteceram na sua maioria nos hospitais e precisamente estas mortes maternas são mais factíveis a ser evitadas.

Gráfico 8

DISTRIBUIÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES MAIS FREQUENTES DE CAUSAS TERMINAIS, DAS MORTES MATERNAS/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

4.5.3 MORTES MATERNAS-CAUSAS ASSOCIADAS: CAUSAS CONSEQÜENCIAIS INTERMEDIÁRIAS.

Denominamos causas conseqüenciais intermediárias tendo em vista que também as causas terminais são conseqüenciais, com a conotação de que as terminais correspondem no atestado de óbito à parte "a" e as intermediárias à parte "b". De acordo com a metodologia proposta para refazer os atestados, consideramos um número maior, pelo que encontramos uma grande quantidade de causas e de estados patológicos prévios ao êxito letal.

Assim, verificou-se para o conjunto de MMOD, apresentaram-se doenças de 11 capítulos, das quais predominaram as doenças correspondentes ao Capítulo III-Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários (D50-D89) 18,6 % (26/140) [nele predominaram: Anemia Pós-hemorragica (15/26), Coagulação Intra-vascular Disseminada (4/26), Trombocitopenia não especificada (3/26)]. Em segundo lugar encontrou-se o Capítulo XVIII-Sintomas sinais e achados anormais e de laboratório não classificados em outra parte(R00-R99) com 15,7 % (22/140) [nele predominaram: Choque Hipovolêmico (6/22), Icterícia não especificada (3/22), Falência de Múltiplos Órgãos (3/22) e Hemorragia Intra-abdominal (2/22)]. E em terceiro lugar encontrou-se o Capítulo XIX-Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas em 13,6 % (19/140) [nele predominaram: Choque Pós-séptico, Hipovolêmico ou Pós-cirúrgico (10/19), Anemia Pós-cesariana (4/19), Perfuração Uterina (2/19)]. As outras doenças de menor apresentação podem se vistas no anexo VI-B).

Quanto à associação das causas conseqüenciais intermediárias dos capítulos com os agrupamentos das MMOD, observa-se na Tabela 57, o agrupamento abortos em 70,0 % (7/10) associou-se com o Capítulo I [predominou a Septicemia (7/7)], em 40,0 % (4/10) associou-se com Capítulo III [nele predominou Anemia Pós-hemorragica (3/7)].

As hemorragias associaram-se com maior freqüência ao Capítulo III em 100,0 % (9/9) [nele predominaram: Anemia Pós-hemorragica (8/9) e Coagulação Intra-vascular Disseminada (1/9)], em segundo lugar associou-se em 88,9 % (8/9) ao Capítulo XVIII [nele predominou basicamente Choque Hipovolêmico (5/8), Hemorragia Intra-abdominal (2/8)] e Hematuria Franca (1/8)], em 44,4 % correspondeu ao Capítulo XIX (4/9) [nele predominaram: Choque Pós-Séptico (2/4) e Anemia Pós-Cesariana (2/4)].

Tabela 57

DISTRIBUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO, DAS CAUSAS CONSEQUÊNCIAS INTERMEDIÁRIAS, SEGUNDO CAPÍTULOS DE DOENÇAS CID-10, DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS-MMOD/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

AGRUPAMENTO-MMOD	Abortos (n=10)		Hemorr (n=9)		Hipert. (n=8)		Infec. (n=6)		Outras (n=9)		TOTAL (n=69)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CAUSAS CONSEQUÊNCIAS INTERMEDIÁRIAS*												
1) Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários(D50-D89)	4	40,0	9	100,0	5	62,5	4	66,7	4	44,4	26	37,7
2) Cap. XVIII Sintomas Sinais e Achados Anormais de Exame Clínico e de Laboratório não Classificado em Outra parte (R00-R99)	4	40,0	8	88,9	4	50,0	1	16,7	5	55,6	22	31,9
3) Cap. XIX Lesões, Envenenamento e algumas Outras Consequências de Causas Externas (S,T)	4	40,0	4	44,4	3	37,5	4	66,7	4	44,4	19	27,5
4) Cap.I Algumas Doenças Infec. e Parasit.(A00-B99)	7	70,0	0	0,0	1	12,5	4	66,7	1	11,1	13	18,8
5) Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório(J00-J99)	1	10,0	0	0,0	2	25,0	5	83,3	5	55,6	13	18,8
6) Cap. XIV Doenças do Ap. Geniturinário(N00-N99)	3	30,0	0	0,0	2	25,0	4	66,7	4	44,4	13	18,8
7) Cap. XV Gravidez, Parto e Puerpério(O00-O99).	2	20,0	1	11,1	0	0,0	3	50,0	5	55,6	11	15,9
8) Cap.IX Doenças do Aparelho Circulatório(I00-I99)	1	10,0	2	22,2	6	75,0	1	16,7	1	11,1	11	15,9
9) Cap. XX Causas Externas de morbidade e mortalidade(V,W,X,Y)	1	10,0	2	22,2	0	0,0	2	33,3	3	33,3	8	11,6
10) Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo(K00-K99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	22,2	3	4,3
11) Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso(G00-G99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,4
TOTAL	27	NC	26	NC	23	NC	29	NC	36	NC	140	NC

* Lista de três caracteres CID-10 (157)

Nos transtornos hipertensivos verificou-se a associação com maior frequência ao Capítulo IX- Doenças do Aparelho Circulatório em 75,0 % (6/8) [nele observaram-se: Tromboembolismo Pulmonar (1/6), Acidente Cerebrovascular (1/6), Arritmia Ventricular (1/6), Hemorragia Cerebral (1/6), Cor Pulmonar Agudo (1/6), Insuficiência Cardíaca Congestiva (1/6)], em segundo lugar com 62,5% (5/8) correspondentes ao Capítulo III [nele predominaram: Anemia Pós-hemorrágica (2/5), Trombocitopenia não especificada (2/5) e Coagulação Intra-vascular Disseminada (1/5)] e em terceiro lugar corresponderam 50,0 % (4/8) ao Capítulo XVIII [nele predominou: Icterícia não especificada (3/4)].

Nas infecções, a associação predominante foi com o Capítulo X em 83,3% (5/6) [nele observaram-se: Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (2/5), Insuficiência Respiratória Aguda (1/5) e Pneumonia (1/5)].

Nas outras causas diretas, verificou-se a maior associação com o Capítulo X em 55,6 % (5/9) [nele predominaram: Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (2/5), Insuficiência Respiratória Aguda (1/5), Edema Agudo do Pulmão (1/5) e Pneumonia (1/5)]; 55,6 % (5/9) correspondentes ao Capítulo XV-Gravidez, Parto e Puerpério [nele encontram-se: Indução Falhada (2/5), Cesariana Iterativa Segmento-Corporal (1/5), Embolia de Líquido Amniótico (1/5), Descolamento Prematuro de Placenta (1/5)]; em 33,3 % (3/9) correspondentes ao Capítulo XX [nele observam-se: Histerectomia Abdominal Subtotal (2/3), Transfusões Múltiplas (1/3)].

Quando analisados o conjunto das mortes maternas, encontrou-se a presença de 13 capítulos, em que predominaram as doenças do Capítulo XIX em 22,8 % (54/237), ao Capítulo III em 16,4 % (39/237), em terceiro lugar ao Capítulo XVIII 11,8 (28/237).

Na Tabela 58 podemos observar as causas conseqüenciais intermediárias do conjunto das MM e quanto às associações observa-se que a maioria correspondeu ao Capítulo XIX 78,3 % (54/69) pela predominância nas MMNO. Analisadas as linhas acima, tanto nas MMOD, quanto às MMOI predominaram as doenças do Capítulo IX em 80,0 % (8/10) [nele encontraram-se: Tromboembolismo Pulmonar (1/8), Arritmia Ventricular (1/8), Hemorragia cerebral (1/8), Hipertensão Arterial Pulmonar (1/8), Hemopericardio tamponante (1/8), Cardiomegalia Global (1/8), Hemorragia Meníngea (1/8), Taponamento Cardíaco(1/8)]; em 50,0 % (5/10) correspondeu ao Capítulo III [nele encontraram-se: Anemia Pós-hemorrágica (2/5) Trombocitopenia não especificada (1/5), Coagulopatia não especificada (1/5), Reação ao Cloranfenicol (1/5)].

Nas MMO, observamos a associação de causas conseqüenciais intermediárias com o predomínio do Capítulo III 59,6 % (31/52) [nele as de maior freqüência foram: Anemia Pós-hemorrágica (17/31), Coagulação Intra-vascular Disseminada (4/31), Trombocitopenia não especificada(4/31)]; em 46,2 % (24/52) corresponderam ao Capítulo XVIII [nele os de maior freqüência: Choque Hipovolêmico (6/24) , Hemorragia Intra-abdominal (3/24)]

Nas MMNO, a associação de causas conseqüenciais intermediárias de maior freqüência foi no Capítulo XIX com 338,9 % (35/9) [nele predominaram: predominando: Hemotorax Bilateral (5/35), Hemoperitônio (5/35), Rotura de Baço (4/35), Rotura de Fígado (4/35)].

Tabela 58

DISTRIBUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DAS CAUSAS CONSEQUÊNCIAS INTERMEDIÁRIAS, DAS MORTES MATERNAS/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10	MM relacionada à gestação										MMT		TOTAL	
	MMOD(1) (n=42)		MMOI(2) (n=10)		MMO(1+2) (n=52)		MMNO(3) (n=9)		(1+2+3) (n=61)		(4) (n=8)		(1+2+3+4) (n=69)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CAUSAS CONSEQUÊNCIAS INTERMEDIÁRIAS *														
1) Cap. XIX Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas(S,T)	19	45,2	0	0,0	19	36,5	35	338,9	54	88,5	0	0,0	54	78,3
2) Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alg. Trastorn. Imunitários(D50-D89)	26	61,9	5	50,0	31	59,6	5	55,6	36	59,0	3	37,5	39	56,5
3) Cap. XVIII Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte(R00-R99)	22	52,4	2	20,0	24	46,2	1	11,1	25	40,9	3	37,5	28	40,6
4) Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	13	30,9	3	30,0	16	30,7	2	22,2	18	29,5	5	65,2	23	33,3
5) Cap. IX Doenças do Aparelho Circulatório(I00-I99)	11	26,2	8	80,0	19	36,5	3	33,3	21	34,4	1	12,5	22	31,9
6) Cap. I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)	13	30,9	1	10,0	14	26,9	1	11,1	15	24,6	6	75,5	21	30,4
7) Cap. XIV Doenças do Aparelho Geniturinário(N00-N99)	13	30,9	0	0,0	13	25,0	0	0,0	13	21,3	2	25,0	15	21,7
8) Cap. XV Gravidez, Parto e Puerpério(O00-O99)	11	26,2	2	20,0	13	25,0	0	0,0	13	21,6	0	0,0	13	18,8
9) Cap. XX Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V,W,X,Y)	8	19,0	1	10,0	9	17,3	0	0,0	9	14,8	0	0,0	9	13,0
10) Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso(G00-G99)	1	2,4	4	40,0	5	9,6	0	0,0	5	8,2	1	12,5	6	8,7
11) Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo(K00-K99)	3	7,1	0	0,0	3	5,8	1	11,1	4	6,6	0	0,0	4	5,8
12) Cap. II Neoplasias [Tumores] (C00-D49)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,4
13) Cap. XII Doenças da Pele e Tecido Subcut. (L00-L99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,4
TOTAL	140	NC	26	NC	166	NC	48	NC	214	NC	23	NC	237	NC

* Lista de três caracteres CID-10⁽¹⁵⁷⁾.

Nas MMT, a associação de causas conseqüenciais intermediárias de maior freqüência foi no Capítulo I em 75,5 % (6/8) [nele registram-se: Septicemia (2/6), Tuberculose Pulmonar (2/6), Criptococose Cerebral (1/6) e Toxoplasmose Cerebral (1/6)]; em 65,2 % (5/8) corresponderam ao Capítulo X [nele mencionam-se: Pneumonia (3/5), Insuficiência Respiratória Aguda (1/5) e Broncopneumonia Bilateral (1/5)] e em 37,5 % (3/8) correspondentes ao Capítulo XVIII [encontrou-se: Caquexia 3/3].

Na mesma Tabela 58, observa-se quando considerados o total de MM e sua associação com as causas conseqüenciais, pois predominou o Capítulo XIX (54/69) em 78,3 % [nele predominaram: em primeiro lugar o Choque Pós-Séptico, Hipovolêmico ou Pós-cirúrgico (11/54), seguido pela Hemotorax Bilateral (5/54), Hemoperitônio (5/54), Anemia Pós-Cesariana (4/54), Rotura de Baço (4/54)]. Em segundo lugar o Capítulo III em 56,5 % (39/69) [nele predominaram: Anemia Pós-Hemorrágica (22/39), Coagulação Intra-vascular Disseminada (4/39)]. Em terceiro lugar encontrou-se o capítulo XVIII em 40,6% (28/69) [nele predominaram: Choque Hipovolêmico (6/28), Hemorragia Intra-abdominal (3/28), Falência de Múltiplos Órgãos (3/28)]. Para verificar outros dados ver Anexo VI-B.

Considerando o conjunto das mortes maternas, podemos apreciar no Gráfico 9 estes resultados comentados, bem como a distribuição dos diferentes capítulos, quando se apresentam como causas conseqüências intermediárias nas mortes maternas.

Gráfico 9

DISTRIBUIÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES MAIS FREQUENTES DE CAUSAS CONSEQUÊNCIAS INTERMEDIÁRIAS, DAS MORTES MATERNAS/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

4.5.4 MORTES MATERNAS-CAUSAS ASSOCIADAS: CAUSAS CONTRIBUENTES.

Quanto às causas contribuintes das MMOD, encontram-se doenças de 13 capítulos da classificação. Destes a maior frequência correspondeu ao Capítulo XV-Gravidez, Parto e Puerpério(O00-O99) em 34,3 % (23/67) [nele predominaram: Cesariana Prévia (12/23), Hipertensão Crônica Associada à Gestação (3/23), Gravidez Dupla (2/23), Diabetes Gestacional (2/23)]. Em segundo lugar encontrou-se o Capítulo IX com 16,4 % (11/67) [nele predominaram: Hipertensão Crônica (4/11), Doença Cardíaca Hipertensiva (2/11), Endocardite Vegetante da Valva Aórtica (2/11)]; com igual porcentagem encontrou-se o Capítulo III [nele predominaram: Anemia Não Especificada (10/11), Anemia Nutricional Não Especificada (1/11)]. Os dados das doenças estão no anexo VI-C.

Quanto à associação das causas contribuintes dos capítulos com os agrupamentos das MMOD, observa-se na Tabela 59, o agrupamento abortos em 30,0 % (3/10) associou-se com o Capítulo XV [predominaram a Cesariana Prévia (2/3) e Gravidez Dupla (1/3)]; em igual porcentagem associou-se com Capítulo IX [nele verificaram-se: Endocardite de Vegetante de Valva Aórtica (2/3) e Hemoperitônio (1/3)].

As hemorragias associaram-se com maior frequência ao Capítulo XV em 44,4 % (4/9) [nele encontrou-se a Cesariana Prévia (4/4)], logo associou-se na mesma porcentagem ao Capítulo IX [nele observaram-se: Hipertensão Crônica (2/4), Cor Pulmonale (1/4) e Doença Cardíaca Hipertensiva (1/4)]; em 33,0 % correspondem ao Capítulo XIV (3/9) [nele registraram-se: Esteatose Hepática (1/3), Cirrose Hepática (1/3) e Gastroenterite Aguda Não Especificada (1/3)].

Nos transtornos hipertensivos, verificou-se a associação com maior frequência ao Capítulo XV- em 62,5 % (5/8) [nele observaram-se: Hipertensão Crônica Associada à Gestação (2/5), Cesariana Prévia (1/5), Gravidez Dupla (1/5) e Diabetes Gestacional (1/5)], em segundo lugar, com 37,5 % (3/8) correspondentes ao Capítulo IX [nele encontraram-se: Tromboflebite Crônica de Membros Inferiores (1/3), Hipertensão Arterial Crônica (1/3) e Doença Cardíaca Hipertensiva (1/3)], e em terceiro lugar, correspondeu em 25,0 % (2/8) ao Capítulo III [nele predominou a Anemia Não Especificada (2/2)], com igual porcentagem para o Capítulo II-Neoplasias [nele encontrou-se Leiomioma de Corpo Uterino (2/2)].

Tabela 59

DISTRIBUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO, DAS CAUSAS CONTRIBUINTES, SEGUNDO CAPÍTULOS DE DOENÇAS CID-10, DAS MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS-MMOD/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

AGRUPAMENTO-MMOD	Abortos		Hemorr		Hipert.		Infec.		Outras		TOTAL	
	(n=10)		(n=9)		(n=8)		(n=6)		(n=9)		(n=69)	
CAUSAS CONTRIBUINTES*	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Cap. XV Gravidez, Parto e Puerpério(O00-O99)	3	30,0	4	44,4	5	62,5	4	66,7	7	77,7	23	25,6
2) Cap. IX Doenças do Aparelho Circulatório(I00-I99)	3	30,0	4	44,4	3	37,5	0	0,0	1	11,1	11	15,9
3) Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários(D50-D89)	2	20,0	2	22,2	2	25,0	2	33,3	3	33,3	11	15,9
4) Cap XI Doenças do Aparelho Digestivo(K00-K99)	0	0,0	3	33,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	4	5,8
5) Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório(J00-J99)	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	3	4,3
6) Cap. I Algumas Doenças Infec. e Parasit.(A00-B99)	0	0,0	2	22,2	1	12,5	0	0,0	0	0,0	3	4,3
7) Cap. XIV Doenças do Ap. Geniturinário(N00-N99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	22,2	3	4,3
8) Cap. II Neoplasias [Tumores] (C00-D48)	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9
9) Cap. XIX Lesões, Envenenamento e algumas Outras Consequências de Causas Externas (S,T)	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9
10) Cap. XX Causas Externas de morbidade e mortalidade(V,W,X,Y)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	11,1	2	2,9
11) Cap. XIII Doenças do Sist. Osteomuscular e do tecido conectivo(M00-M99)	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	1	1,4
12) Cap. IV Doenças Endócrinas, Nut e Metab(E00-E99)	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
13) Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso(G00-G99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	1,4
TOTAL	13	NC	15	NC	14	NC	10	NC	14	NC	67	NC

* Lista de três caracteres CID-10 ⁽¹⁵⁷⁾

Nas infecções, a associação predominante foi com o Capítulo XV em 66,7% (4/6) [nele observaram-se: Cesariana Prévia (2/4), Hipertensão Arterial Crônica Associada à Gestação(1/4) e Trabalho de Parto Prematuro (1/4)]; em segundo lugar, encontrou-se o Capítulo III em 33,3 % (2/6) [nele registrou-se a Anemia Não Especificada (2/2)].

Nas outras causas diretas, verificou-se a maior associação com o Capítulo XV em 77,7 % (7/9) [nele predominaram: Cesariana Prévia (3/7), Diabetes Gestacional (1/7), Hemorragia Pós-cesariana por Restos Placentarios (1/7), Pré-eclampsia Moderada (1/7), Cesariana de Emergência (1/7)]; em 33,3% (3/9) correspondendo ao Capítulo III [nele observou-se Anemia Não Especificada (3/3)]; em 22,2 % (2/9) correspondente ao Capítulo XIV [nele registrou-se a Infecção do Trato Urinário (2/2)].

Na Tabela 60 podemos observar as causas contribuintes do conjunto das MM, e quanto às associações observa-se que a maioria correspondeu ao Capítulo XV 43,5 % (30/69), pela predominância das MMO. Analisadas as linhas acima tanto nas MMOD quanto nas MMOI, predominaram as doenças do Capítulo IX em 60,0 % (6/10) [nele encontraram-se: Hipertensão Crônica (3/6), Aneurisma Cerebral Não Roto(1/6), Aterosclerose de Aorta (1/6), Doença Cardíaca Hipertensiva (1/6)]; em 10,0 % (1/10) corresponderam ao Capítulo XV [nele encontrou-se: Cesariana Prévia (1/1)].

Nas MMO observamos a associação de causas contribuintes com o predomínio do Capítulo XV 46,2 % (25/52) [nele os de maior frequência foram: Cesariana Prévia (14/25), Hipertensão Arterial Crônica Associada à Gestação (3/25), Gravidez Dupla (2/25)]; em segundo lugar com 27,9 % (17/52) corresponderam ao Capítulo IX [nele as de maior frequência: Hipertensão Crônica (7/17), Doença Cardíaca Hipertensiva em (3/17)]. Em terceiro lugar o Capítulo III com 19,7 % (12/52) [nele observamos a Anemia Não Especificada (11/12), e Anemia Nutricional Não Especificada(1/12)].

Nas MMNO a associação de causas contribuintes correspondeu ao Capítulo XV em 11,1 % (1/9) [nele encontrou-se a Cesariana Prévia (1/1)].

Nas MMT, a associação de causas contribuintes de maior frequência foi com o Capítulo XV em 62,5 % (5/8) [nele encontrou-se: Cesariana Prévia (5/5)]. Em segundo lugar os Capítulos III e V cada uma com 50,0 % (4/8) [no primeiro encontram-se: Anemia não especificada (3/4) e Anemia Nutricional Não Especificada (1/4); no segundo acham-se: Alcoolismo Crônico (2/4) Psicose Puerperal (1/4) e Farmacodependência (1/4)].

Na mesma Tabela 60 observa-se, quando consideradas o total de MM e sua associação com as causas contribuintes, que predominou o Capítulo XV (30/69) em 43,5 % [nele predominou: em primeiro lugar a Cesariana Prévia (19/30), seguida, pela Hipertensão Arterial Crônica (3/30), Diabetes Gestacional (2/30), Gestação Dupla (2/30)]. Em segundo lugar o Capítulo IX em 26,1 % (18/69) [nele predominaram: Hipertensão Crônica (8/18), Doença Cardíaca Hipertensiva (3/18) e Endocardite Vegetante de Valva Aórtica (2/18)]. Em terceiro lugar encontrou-se o Capítulo III em 23,2 % (16/69) [nele predominaram: Anemia Não Especificada (14/16), Anemia Nutricional Não Especificada (2/16)]. Para verificar outros dados ver anexo VI-C.

Considerando o conjunto das mortes maternas, podemos apreciar no Gráfico 10, os resultados das causas contribuintes segundo os capítulos.

Tabela 60

DISTRIBUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DAS CAUSAS CONTRIBUINTES, DAS MORTES MATERNAS/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTES MATERNAS/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO.1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10	MM relacionada à gestação										MMT		TOTAL	
	MMOD(1) (n=42)		MMOI(2) (n=10)		MMO(1+2) (n=52)		MMNO(3) (n=9)		(1+2+3) (n=61)		(4) (n=6)		(1+2+3+4) (n=69)	
CAUSAS CONTRIBUINTES *	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Cap. XV Gravidez, Parto e Puerpério(O00-O99)	23	54,8	1	10,0	24	46,2	1	11,1	25	40,9	5	82,5	30	43,5
2) Cap. IX Doenças do Aparelho Circulatório(I00-I99)	11	26,2	6	60,0	17	32,7	0	0,0	17	27,9	1	12,5	18	26,1
3) Cap. III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alg. Trastor. Imunitários(D50-D89)	11	26,2	1	10,0	12	23,1	0	0,0	12	19,7	4	50,0	16	23,2
4) Cap. I Algum. Doenças Infecc. e Parasitárias.(A00-B99)	3	7,1	1	10,0	4	7,7	0	0,0	4	6,6	3	37,5	7	10,1
5) Cap. XI Doenças do Aparelho Digestivo(K00-K99)	4	9,5	1	10,0	5	9,6	0	0,0	5	8,2	0	0,0	5	7,2
6) Cap. XIV Doenças do Aparelho Geniturinário(N00-N99)	3	7,1	1	10,0	4	7,7	0	0,0	4	6,6	0	0,0	4	5,8
7) Cap. V Transtornos Mentais E Comportam.(F00-F99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	4	5,8
8) Cap. X Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	3	7,1	0	0,0	3	5,8	0	0,0	3	4,9	0	0,0	3	4,3
9) Cap. IV Doenças Endócrinas e Metab.(E00-E99)	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	2	25,0	3	4,3
10) Cap. XX Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V,W,X,Y)	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	1	12,5	3	4,3
11) Cap. II Neoplasias [Tumores] (C00-D49)	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	2,9
12) Cap. VI Doenças do Sistema Nervoso(G00-G99)	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	1	12,5	2	2,9
13) Cap. XIX Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas(S,T)	2	4,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	2,9
14) Cap. XVII Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas(Q00-Q99)	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
15) Cap. XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo(M00-M99)	1	2,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
16) Cap. XVIII Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte(R00-R99)	0	0,0	1	10,0	1	1,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	1	1,4
TOTAL	67	NC	13	NC	80	NC	1	NC	81	NC	21	NC	102	NC

* Lista de três caracteres CID-10⁽¹⁵⁷⁾.

Gráfico 10

DISTRIBUIÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES MAIS FREQUENTES DE CAUSAS CONTRIBUINTES, DAS MORTES MATERNAS/CID-10, NOS ATESTADOS REFEITOS SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

4.6 FATORES DE RESPONSABILIDADE PELAS MORTES MATERNAS

Na Tabela 61 e Gráfico 11, apresentamos os resultados dos fatores de responsabilidade das mortes maternas no município de São Paulo. Colocamos em separado as mortes hospitalares, em via pública e domiciliares, relacionadas segundo os tipos de morte materna. As Tabelas 62 e 63 e Gráfico 12 são complementares, onde se observam os resultados dos mesmos.

Assim, quanto à responsabilidade pela morte dos 69 casos (100,0 %) de nossa casuística, em relação às **mortes maternas hospitalares (56 casos 81,6 %)**, Tabela 61 e o Gráfico 11 mostram predomínio em 51,8 % da combinação de fatores profissionais e hospitalares; em segundo lugar, 17,9 % da combinação de fatores profissionais, hospitalares e pacientes; esta mesma porcentagem correspondeu aos fatores de responsabilidade não determinada. Registraram-se 3,8 % de responsabilidade da paciente. É de notar que a responsabilidade isolada do fator hospitalar foi nula, assim como a combinação de fatores profissionais e da paciente. Predominou essencialmente a combinação profissional e hospitalar.

Na Tabela 62 quanto as **MMOD-hospitalares**, predominou a combinação de fatores de responsabilidade profissionais e hospitalares em 60,5 %, e em 23,7 % correspondeu à combinação profissionais, hospitalares e paciente. Quanto as **MMOI-hospitalares**, observou-se que a responsabilidade em 60,0 % correspondeu a fatores não determinados; aqui não se pode determinar porquanto, as pacientes estavam doentes. Para algumas delas, inclusive, estava contra-indicada a gestação, sendo que a sua responsabilidade seria correspondente ao período anterior; por isso consideramos como fator não determinado. Os 40,0 % restantes da responsabilidade corresponderam à combinação de fatores hospitalar e profissional. Quanto as **MMNO-hospitalares**, em 80,0 % responsabilidade recaiu sobre os fatores hospitalares e profissionais. Os 20,0 % restantes recaíram sobre os fatores hospitalar, profissional e paciente. Quanto as **MMT-hospitalares**, correspondeu a maior porcentagem ao fator de responsabilidade não determinada 62,5 %, porque a maioria dos casos era SIDA e muitas mortes corresponderam a etapas prévias ao momento de hospitalização, não se podendo "senso strictu" determinar a responsabilidade. Em 25,0 % correspondeu a responsabilidade foi atribuída à paciente e 12,5 % à responsabilidade profissional.

Tabela 61

DISTRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELO ÓBITO MATERNO CID-10, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

LOCAL DE ÓBITO RESPONSABILIDADE	HOSPITAL		VIA PÚBLICA		DOMICILIAR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 FATORES DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	5	8,9	0	0,0	1	20,0	6	8,7
	(83,3)		(0,0)		(16,7)		(100,0)	
2 FATORES DE RESPONSABILIDADE HOSPITALAR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	(0,0)		(0,0)		(0,0)		(0,0)	
3 FATORES DE RESPONSABILIDADE PACIENTE	2	3,8	3	37,5	2	40,0	7	10,1
	(28,6)		(42,9)		(25,0)		(100,0)	
4 FATORES NÃO DETERMINADOS	10	17,9	5	65,2	2	40,0	17	24,6
	(58,8)		(29,4)		(11,8)		(100,0)	
5 COMBINAÇÃO DE FATORES								
5.1 - 1+2	29	51,8	0	0,0	0	0,0	29	42,0
	(100,0)		(0,0)		(0,0)		(100,0)	
5.2 - 1+3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	(0,0)		(0,0)		(0,0)		(0,0)	
5.3 - 1+2+3	10	17,9	0	0,0	0	0,0	10	14,5
	(100,0)		(0,0)		(0,0)		(100,0)	
TOTAL	56	100,0	8	100,0	5	100,0	69	100,0
	(81,2)		(11,6)		(7,2)		(100,0)	

Gráfico 11

DISTRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELO ÓBITO MATERNO CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

Na mesma Tabela 61 e Gráfico 11, em relação às **mortes maternas ocorridas na via pública**, a maior porcentagem correspondeu aos fatores não determinados (62,5 %). Em segundo lugar, correspondeu à responsabilidade das pacientes com 37,5 %; neste grupo verificaram-se o suicídio e casos de abortos provocados que esperavam o último momento para acudir ao hospital e pela gravidade do quadro faleceram no traslado na via pública.

Na Tabela 62 as MMOD-via pública, os dois casos citados foram de responsabilidade das pacientes. Das MMOI-via pública, foram dois casos, destes um foi de responsabilidade da paciente, e o outro foi não determinada. Das MMNO-via pública, quatro casos corresponderam a fatores não determinados e não houve casos das MMT-via pública.

Na mesma Tabela 61 e Gráfico 11, em relação às **mortes maternas domiciliares**, observamos que 40,0 % foram de responsabilidade das pacientes, porque muitas não acudiram no momento oportuno para seu tratamento ao hospital, ou mostraram resistência ao cumprimento das recomendações médicas. Os 40,0 % restantes foram fatores não determinados. Em 20,0 % restante correspondeu a responsabilidade

Tabela 62

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR LOCAL DE OCORRÊNCIA E FATORES DE RESPONSABILIDADE, SEGUNDO TIPOS DE MORTE CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

LOCAL E RESPONSABILIDADE		TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO						MM TARDIA		MM					
			MMO				MMNO		TOTAL		TOTAL					
			MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HOSPITAIS			38 (87,9)	100,0	5 (8,9)	100,0	43 (78,9)	100,0	5 (8,9)	100,0	48 (85,7)	100,0	8 (14,3)	100,0	56 (100,0)	100,0
1 FATORES DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL			4 (80,0)	10,5	0 (0,0)	0,0	4 (80,0)	9,3	0 (0,0)	0,0	4 (80,0)	8,3	1 (20,0)	12,5	5 (100,0)	8,9
2 FATORES DE RESPONSABILIDADE HOSPITALAR			0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0
3 FATORES DE RESPONSABILIDADE DAS PACIENTES			0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	2 (100,0)	25,0	2 (100,0)	3,8
4 FATORES DE RESPONSABILIDADE NÃO DETERMINADAS			2 (20,0)	5,3	3 (30,0)	60,0	5 (50,0)	11,6	0 (0,0)	0,0	5 (50,0)	10,4	5 (50,0)	62,5	10 (100,0)	17,9
5 - COMBINAÇÃO DE FATORES DE RESPONSABILIDADE 5,1-(1+2)			23 (79,3)	60,5	2 (6,9)	40,0	25 (88,2)	58,1	4 (13,8)	80,0	29 (100,0)	60,4	0 (0,0)	0,0	29 (100,0)	51,8
5,2-(1+3)			0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0
5,3-(1+2+3)			9 (90,0)	23,7	0 (0,0)	0,0	9 (90,0)	20,9	1 (10,0)	20,0	10 (100,0)	20,8	0 (0,0)	0,0	10 (10)	17,9
VIA PÚBLICA			2 (25,0)	25,0	2 (25,0)	25,0	4 (50,0)	50,0	4 (50,0)	50,0	4 (50,0)	50,0	8 (100,0)	100,0	8 (100,0)	100,0
1 FATORES DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL			0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	0,0
2 FATORES DE RESPONSABILIDADE HOSPITALAR			0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	0,0
3 FATORES DE RESPONSABILIDADE DAS PACIENTES			2 (66,7)		1 (33,3)		3 (100,0)		0 (0,0)		3 (100,0)		0 (0,0)		3 (100,0)	37,5
4 FATORES DE RESPONSABILIDADE NÃO DETERMINADOS			0 (0,0)		1 (20,0)		1 (20,0)		4 (80,0)		5 (100,0)		0 (0,0)		5 (100,0)	62,5
5 COMBINAÇÃO DE FATORES			0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	0,0

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO Tabela 62)

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)		MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO								MM TARDIA		MM			
LOCAL E RESPONSABILIDADE	MMO						MMNO		TOTAL				TOTAL		
	MMOD(1)		MMOI(2)		TOTAL(1+2)		(3)		(1+2+3)		(4)		(1+2+3+4)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
- DOMICÍLIO		2 (40,0)		3 (60,0)		5 (100,0)		0 (0,0)		5 (100,0)		0 (0,0)		5 (100,0)	100,0
1 FATORES DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL		1 (100,0)		0 (0,0)		1 (100,0)		0 (0,0)		1 (100,0)		0 (0,0)		1 (100,0)	20,0
2 FATORES DE RESPONSABILIDADE HOSPITALAR		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	0,0
3 FATORES DE RESPONSABILIDADE DAS PACIENTES		1 (50,0)		1 (50,0)		2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)	40,0
4 FATORES DE RESPONSABILIDADE NÃO DETERMINADOS		0 (0,0)		2 (100,0)		2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)		0 (0,0)		2 (100,0)	40,0
5 COMBINAÇÃO DE FATORES		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	0,0
TOTAL		42 (60,9)		10 (14,5)		52 (74,7)		9 (13,0)		61 (88,4)		8 (11,6)		69 (100,0)	

profissional, paciente que teve alta hospitalar e apresentou hemorragia pós-parto abundante, devido a retenção de restos placentários.

Na Tabela 62 mostram-se as MMOD-domiciliares: dois 2 casos. Um foi devido à responsabilidade profissional e o outro foi devido à responsabilidade da paciente. Das MMOI-domiciliares: três casos, dos quais um foi devido à responsabilidade da paciente e dois casos à responsabilidade de fatores combinados. Não houve casos de morte materna domiciliar de tipo MMNO nem MMT.

Em vista da predominância dos fatores combinados de responsabilidade, optamos por considerar as vezes que foi mencionado cada fator para cada óbito materno analisado. Nesse sentido, apresentamos a Tabela 63 e Gráfico 12, onde do conjunto de óbitos maternos, encontramos que foram mencionados o fator de responsabilidade profissional em 65,2 %; fator de responsabilidade hospitalar em 56,5 %; fator de responsabilidade da paciente 24,6 %, igual porcentagem para fator não determinado.

Considerando o local de óbito, na mesma Tabela 63, encontramos que para as **mortes maternos hospitalares** o fator de responsabilidade profissional correspondeu a 78,6 %; fator de responsabilidade hospitalar a 69,6%; fator de responsabilidade da paciente 21,4 % e fator de responsabilidade não determinado a 17,9 %. Os referidos aos óbitos hospitalares por responsabilidade da paciente estão sustentados nos casos de aborto.

Das **mortes maternas na via pública**, encontramos que 37,5 % corresponderam a fator de responsabilidade da paciente e, na maioria dos casos, 62,5 % não foram determinados

Das **mortes maternas domiciliares**, encontramos que 40,0 % corresponderam ao fator de responsabilidade da paciente e igual porcentagem ao fator não determinado e os 20,0 % restantes corresponderam ao fator de responsabilidade profissional.

É evidente que a responsabilidade pelas mortes maternas, no município de São Paulo, cabe aos serviços de saúde ou seja: aos fatores profissionais e hospitalares que são os mais relevantes. E aí que, fundamentalmente, temos que intervir, para obter uma maior redução das taxas de mortalidade materna, sem deixar de lado o fator paciente, naturalmente, e outras intervenções como as medidas de evitabilidade.

Tabela 63
NÚMERO DE VEZES ENCONTRADOS DOS FATORES DE RESPONSABILIDADE POR CASO, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, DAS MORTES MATERNAS DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

LOCAL DE OCORRÊNCIA FATORES DE RESPONSABILIDADE	HOSPITAL		VIA PÚBLICA		DOMICÍLIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	44 (63,7)	78,6	0 (0,0)	0,0	1 (2,3)	20,0	45 (61,2)	65,2
RESPONSABILIDADE HOSPITALAR	39 (56,5)	69,6	0 (0,0)	0,0	0 (0,0)	0,0	39 (56,5)	56,5
RESPONSABILIDADE DA PACIENTE	12 (17,4)	21,4	3 (4,3)	37,5	2 (2,9)	40,0	17 (24,6)	24,6
NÃO DETERMINADOS	10 (14,5)	17,9	5 (7,2)	62,5	2 (2,9)	40,0	17 (24,6)	24,6
TOTAL DE CASOS	56 (81,2)	100,0	8 (11,6)	100,0	5 (7,2)	100,0	69 (100,0)	100,0

Gráfico 12
NÚMERO DE VEZES EM QUE FORAM ENCONTRADOS OS FATORES DE RESPONSABILIDADE POR CASO, DAS MORTES MATERNAS CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

4.7 FATORES DE EVITABILIDADE DAS MORTES MATERNAS

Na Tabela 64, verifica-se a evitabilidade das mortes maternas, segundo os critérios estabelecidos pela FIGO 1967⁴⁸, segundo local de ocorrência. Assim, quanto aos 56 casos (81,2 % do total das MM) de **mortes maternas hospitalares**, encontramos que eram mortes maternas evitáveis em 43 casos (76,8 %), mortes maternas provavelmente não evitáveis em 13 casos (23,2 %), não observando-se mortes maternas inexplicáveis. Dos 43 casos (100,0 %) de **MM-hospitalares**, 39 (90,7 %) foram devido ao atendimento deficiente na unidade obstétrica; 2 (4,7 %) foram devidos a não ter procurado ou aceito conselho ou tratamento; um caso (2,3 %) foi devido ao atendimento deficiente em outro serviço e 1 (2,3 %) foi devido às condições adversas na comunidade.

Na Tabela 65 observamos a evitabilidade, das mortes maternas de acordo com **tipos de morte materna e o local de óbito**. Dos 56 casos (100,0 %) de mortes maternas hospitalares, verificamos 38 casos (67,9 %) como **MMOD-hospitalares**; destes 38 (100,0 %), 35 (92,1 %) corresponderam a **MMOD-hospitalares** evitáveis e 3 (7,9 %) corresponderam a **MMOD-hospitalares** provavelmente não evitáveis.

Dos 35 casos (100,0 %) de **MMOD-hospitalares** evitáveis, 34 (97,1%) foram devidos a atendimento deficiente na unidade obstétrica e 1 (2,9 %) devido a atendimento deficiente em outro serviço, ou seja, todos os casos de **MMOD-hospitalares** evitáveis, puderam ser evitados com um adequado atendimento obstétrico, nos serviços hospitalares.

Verificamos, 5 (8,9 %) casos de **MMOI-hospitalares**; deste 1 (20,0 %) correspondeu a **MMOI-hospitalar** evitável e 4 (80,0 %) corresponderam a **MMOI-hospitalares** provavelmente não evitáveis. O caso de **MMOI-hospitalar** evitável foi devido ao atendimento deficiente na unidade obstétrica, ou seja também, a evitabilidade dependeu de uma falta de adequado atendimento obstétrico, no serviço hospitalar.

Considerando a evitabilidade das **MMO (MMOD+MMOI)-hospitalares**, registraram-se 43 casos (76,9 % do total de **MM-hospitalares**) de **MMO-hospitalares**. Destes 43 (100,0 %) casos de **MMO-hospitalares**, 36 (83,7 %) foram mortes maternas evitáveis e 7 (16,3 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Todos estes casos de mortes maternas evitáveis, foram devidos à deficiência do atendimento dos serviços: em 35 (97,2 %) casos à deficiência na unidade obstétrica e em 1 (2,8 %) ao atendimento deficiente em outro serviço.

Tabela 64
DISTRIBUIÇÃO DA EVITABILIDADE, DOS ÓBITOS MATERNOS/CID-10, SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA, DE RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

LOCAL DE ÓBITO	ÓBITO HOSPITALAR			ÓBITO VIA PÚBLICA			ÓBITO DOMICILIAR			TOTAL		
	N	%		N	%		N	%		N	%	
EVITABILIDADE												
1 MORTES EVITÁVEIS	43 (89,6)	76,8	(100,0)	3 (6,5)	37,5	(100,0)	2 (4,2)	40,0	(100,0)	48 (100,0)	69,9	(100,0)
a) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE NA UNIDADE OBSTÉTRICA	39		(90,7)	0		(0,0)	0		(0,0)	39		(81,3)
b) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE EM OUTRO SERVIÇO.	1		(2,3)	0		(0,0)	1		(50,0)	2		(4,7)
c) DEVIDA ÀS CONDIÇÕES ADVERSAS NA COMUNIDADE	1		(2,3)	1		(33,3)	0		(0,0)	2		(4,7)
d) DEVIDO A NÃO TER BUSCADO OU ACEITO CONSELHO OU TRATAMENTO	2		(4,7)	2		(66,7)	1		(50,0)	5		(10,4)
2 MORTES PROVAVELMENTE NÃO EVITÁVEIS	13 (23,2)	23,2		5 (62,5)	62,5		3 (60,0)	60,0		21 (100,0)	30,4	
3 MORTES INEXPLICÁVEIS	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
TOTAL	56 (81,2)	100,0		8 (11,6)	100,0		5 (7,2)	100,0		69 (100,0)	100,0	

Quanto aos 5 (8,9 %) casos de **MMNO-hospitalares**, todos foram considerados mortes maternas evitáveis. Destes, 3 (60,0 %) casos foram devidos ao atendimento deficiente na unidade obstétrica, 1 (20,0 %) caso foi devido à condições adversas na comunidade e 1 (20,0 %) por não ter procurado ou aceito conselho ou tratamento.

Considerando a evitabilidade das **MM relacionadas à gestação (MMOD+MMOI+MMNO)-hospitalares**, observamos 48 (85,7%) casos do total de MM-hospitalares, dos quais 41 (85,4 %) foram mortes maternas evitáveis e 7 (14,6 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Dos 41 (100,0 %) casos de mortes maternas evitáveis, 38 (92,7%) foram devidos à deficiente atendimento dos serviços de obstetrícia; em 1 (2,4 %) por não ter atendimento adequado em outro serviço, 1 (2,4 %) devido às condições adversas na comunidade e 1 (2,4 %) por não ter buscado ou aceito conselho ou tratamento. Ou seja, 39 (95,1 %) casos das MM-relacionadas à gestação, deveriam ter sido evitados, com um adequado atendimento nos serviços de obstetrícia e somente uma pequena porcentagem, esteve relacionada a condições adversas na comunidade e não ter buscado ou aceito conselho ou tratamento.

Quanto aos 8 (14,3 % casos do total de MM-hospitalares) das **MMT-hospitalares**, 2 (25,0 %) casos foram considerados mortes maternas evitáveis e 6 (75,0 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Das MMT-hospitalares evitáveis, 1 (50,0 %), foi devida a atendimento deficiente na unidade obstétrica e 1 (50,0 %) por não ter procurado ou aceito conselho ou tratamento.

Na Tabela 64, quanto aos 8 casos (11,6 % do total de MM) de **mortes maternas na via pública**, verificamos que destes 8 (100,0 %) casos, 3 (37,5%), eram mortes maternas evitáveis, 5 (62,5 %) eram mortes maternas provavelmente não evitáveis e não encontramos mortes maternas inexplicáveis. Dos 3 (100,0 %) casos de mortes maternas na via pública evitáveis, 2 (66,7 %), por não terem procurado ou aceito conselho ou tratamento e 1 (33,3 %) foi devido às condições adversas na comunidade.

Na mesma Tabela 65, observamos quanto as **MM-na via pública**, analisando **do ponto de vista de tipo de morte materna**, 2 (25,0 %) casos de **MMOD-via pública**. Estes corresponderam a mortes maternas evitáveis por não terem buscado ou aceito conselho ou tratamento. Verificamos também 2 (25,0 %) casos de **MMOI-via pública**, estes corresponderam a mortes maternas provavelmente não evitáveis.

Tabela 65

DISTRIBUIÇÃO DO LOCAL DE OCORRÊNCIA E TIPOS DE EVITABILIDADE DOS ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO TIPOS DE MORTE MATERNA DA CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)		MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO												MM TARDIA			MM					
LOCAL DE ÓBITO	EVITABILIDADE	MMO									MMNO			TOTAL			TOTAL					
		MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)			(4)			(1+2+3+4)		
		N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
HOSPITAL		38 (67,9)	100,0		5 (8,9)	100,0		43 (76,9)	100,0		5 (8,9)	100,0		48 (85,7)	100,0		8 (14,3)	100,0		56 (100,0)	100,0	(81,2)
1 MORTES EVITÁVEIS		35 (81,4)	92,1	(100,0)	1 (2,3)	20,0	(100,0)	36 (83,7)	83,7	(100,0)	5 (8,9)	100,0	(100,0)	41 (95,3)	85,4	(100,0)	2 (4,7)	25,0	(100,0)	43 (100,0)	76,8	(100,0)
a) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE NA UNIDADE OBSTÉTRICA.		34		(97,1)	1		(100,0)	35		(97,2)	3		(60,0)	38		(92,7)	1		(50,0)	39	69,6	(90,7)
b) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE EM OUTRO SERVIÇO.		1		(2,9)	0		(0,0)	1		(2,8)	0		(20,0)	1		(2,4)	0		(0,0)	1	1,8	(2,3)
c) DEVIDA ÀS CONDIÇÕES ADVERSAS NA COMUNIDADE		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	1		(20,0)	1		(2,4)	0		(0,0)	1	1,8	(2,3)
d) DEVIDO A NÃO TER BUSCADO OU ACEITO CONSELHO OU TX.		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	1		(20,0)	1		(2,4)	1		(50,0)	2	3,6	(4,7)
2 MORTES PROVAVEL-MENTE NÃO EVITÁVEIS		3 (23,1)	7,9		4 (30,8)	80,0		7 (53,8)	16,3		0 (0,0)	0,0		7 (53,8)	14,6		6 (46,2)	75,0		13 (100,0)	23,2	
3 MORTES INEXPLICÁVEIS		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
- VIA PÚBLICA		2 (25,0)	100,0		2 (25,0)	100,0		4 (50,0)	100,0		4 (50,0)	100,0		8 (100,0)	100,0		0 (100,0)	100,0		8 (100,0)	100,0	
1 MORTES EVITÁVEIS		2 (66,7)	100,0	(100,0)	0 (0,0)	0,0	(0,0)	2 (66,7)	50,0	(100,0)	1 (33,3)	25,0	(100,0)	3 (100,0)	37,5	(100,0)	0 (0,0)	0,0	(0,0)	3 (100,0)	37,5	(100,0)
a) DEVIDO À ATENÇÃO DEFICIENTE NA UNIDADE OBSTÉTRICA		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)
b) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE EM OUTRO SERVIÇO.		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)
c) DEVIDA ÀS CONDIÇÕES ADVERSAS NA COMUNIDADE		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	1		(100,0)	1		(33,3)	0		(0,0)	1		(33,3)
d) DEVIDO A NÃO TER BUSCADO OU ACEITO CONSELHO ou Tratamento		2		(100,0)	0		(0,0)	2		(100,0)	0		(0,0)	2		(66,7)	0		(0,0)	2		(66,7)

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO -1- Tabela 65)

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)			MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO												MM TARDIA			MM				
LOCAL DE ÓBITO	MMO									MMNO			TOTAL						TOTAL			
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)			(4)			(1+2+3+4)			
	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	
2 MORTES PROVAVEL MENTE NÃO EVITÁVEIS		0 (0,0)	0,0		2 (40,0)	100,0		2 (40,0)	50,0		3 (60,0)	75,0		5 (100,0)	62,5		0 (0,0)	0,0		5 (100,0)	62,5	
3 MORTES INEXPLICÁVEIS		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	
DOMICÍLIO		2 (40,0)	100,0		3 (60,0)	100,0		5 (100,0)	100,0		0 (0,0)	0,0		5 (100,0)	100,0		0 (0,0)	0,0		5 (100,0)	100,0	(7,2)
1 MORTES EVITÁVEIS		2 (100,0)	100,0	(100,0)	0 (0,0)	0,0	(0,0)	2 (100,0)	40,0	(100,0)	0 (0,0)	0,0	(0,0)	2 (100,0)	40,0	(100,0)	0 (0,0)	0,0	(0,0)	2 (100,0)	40,0	(100,0)
a) DEVIDO À ATENÇÃO DEFICIENTE NA UNIDADE OBSTÉTRICA		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)
b) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE EM OUTRO SERVIÇO.		1		(50,0)	0		(0,0)	1		(50,0)	0		(0,0)	1		(50,0)	0		(0,0)	1		(50,0)
c) DEVIDA ÀS CONDIÇÕES ADVERSAS NA COMUNIDADE		0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)
d) DEVIDO A NÃO TER BUSCADO OU ACEITO CONSELHO/TRATAMENTO		1		(50,0)	0		(0,0)	1		(50,0)	0		(0,0)	1		(50,0)	0		(0,0)	1		(0,0)
2 MORTES PROVAVEL MENTE NÃO EVITÁVEIS		0 (0,0)	0,0		3 (100,0)	100,0		3 (100,0)	60,0		0 (0,0)	0,0		3 (100,0)	60,0		0 (0,0)	0,0		3 (100,0)	60,0	
3 MORTES INEXPLICÁVEIS		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO -2- Tabela 65)

TIPOS DE MORTE MATERNA (CID-10)	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO												MM TARDIA			MM					
	MMO									MMNO			TOTAL			TOTAL					
	LOCAL DE ÓBITO																				
	EVITABILIDADE																				
	MMOD(1)			MMOI(2)			TOTAL(1+2)			(3)			(1+2+3)			(4)			(1+2+3+4)		
	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)	N	%	(%)
4 TOTAL	42	100,0		10	100,0		52	100,0		9	100,0		61	100,0		8	100,0		69	100,0	(100,0)
	(60,9)			(14,5)			(75,4)			(13,0)			(88,4)			(11,6)			(100,0)		
1 MORTES EVITÁVEIS	39	92,9	(100,0)	1	10,0	(100,0)	40	76,9	(100,0)	6	66,7	(100,0)	46	75,4	(100,0)	2	25,0	(100,0)	48	69,6	(100,0)
	(81,3)			(2,1)			(83,3)			(12,5)			(95,8)			(4,2)			(100,0)		
a) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE NA UNIDADE OBSTÉTRICA.	34		(87,2)	1		(100,0)	35		(87,5)	3		(50,0)	38		(82,6)	1		(50,0)	39		(81,3)
	(87,2)			(2,6)			(89,7)			(7,7)			(97,4)			(2,6)			(100,0)		
b) DEVIDA À ATENÇÃO DEFICIENTE EM OUTRO SERVIÇO	2		(5,1)	0		(0,0)	2		(5,0)	0		(0,0)	2		(4,3)	0		(0,0)	2		(4,2)
	(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
c) DEVIDA ÀS CONDIÇÕES ADVERSAS NA COMUNIDADE	0		(0,0)	0		(0,0)	0		(0,0)	2		(33,3)	2		(4,3)	0		(0,0)	2		(4,2)
	(0,0)			(0,0)			(0,0)			(100,0)			(100,0)			(0,0)			(100,0)		
d) DEVIDO A NÃO TER BUSCADO OU ACEITO CONSELHO/TRATAMENTO.	3		(7,7)	0		(0,0)	3		(7,5)	1		(16,7)	4		(8,7)	1		(50,0)	5		(10,4)
	(60,0)			(0,0)			(60,0)			(20,0)			(80,0)			(20,0)			(100,0)		
2 MORTES PROVAVELMENTE NÃO EVITÁVEIS	3	7,1		9	90,0		12	23,1		3	33,3		15	24,6		6	75,0		21	30,4	
	(14,3)			(42,9)			(57,1)			(14,3)			(71,4)			(28,6)			(100,0)		
3 MORTES INEXPLICÁVEIS	0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0	

Considerando a evitabilidade das **MMO (MMOD+MMOI)-via pública**, houve 4 (50,0 %) casos de MMO-via pública, dos quais 2 (50,0 %) foram mortes maternas evitáveis e 2 (50,0 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Os casos evitáveis, foram devidos a não ter buscado ou aceito conselho ou tratamento.

Quanto aos 4 (50,0 %) casos das **MMNO-via pública**, houve 1 (25,0 %) caso de morte materna evitável, devido às condições adversas na comunidade e 3 (75,0%) casos de mortes maternas provavelmente não evitável.

Considerando a evitabilidade das **MM relacionadas à gestação (MMOD+MMOI+MMNO)-via pública**, encontrou-se 8 (100,0 %) casos, dos quais 3 (37,5 %) foram mortes maternas evitáveis e 5 (62,5 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Dos casos evitáveis, 1 (33,3 %) foi devido às condições adversas na comunidade e 2 (66,7 %) por não terem buscado ou aceito conselhos ou tratamento. Não houve casos de **MMT-via pública**.

Na Tabela 64, quanto aos 5 (7,2 %) casos de **mortes maternas-domiciliares**, verificamos que 2 (40,0 %) foram mortes maternas evitáveis e 3 (60,0 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Das mortes maternas evitáveis, 1 (50,0 %), foi decorrente de atendimento deficiente em outro serviço e 1 (50,0 %), por não ter procurado ou aceito conselho ou tratamento.

Na Tabela 65 observamos ainda que dos 5 (100,0 %) casos de **MM-domiciliar**, analisando **do ponto de vista de tipo de morte materna**, 2 (100,0%) casos de **MMOD-domiciliar**. Estes eram evitáveis, 1 (50,0 %) foi devida a atenção deficiente na unidade obstétrica e 1 (50,0 %) por não ter buscado ou aceito conselho ou tratamento. Não houve casos de **MMOI-domiciliar**.

Considerando a evitabilidade das **MMO (MMOD+MMOI)-domiciliares**, houve os mesmos achados que a MMOD-domiciliar, por quanto não houve casos de MMOI-domiciliar. Não encontramos casos de **MMNO-domiciliar** nem de **MMT-domiciliar**.

Considerando a evitabilidade das **MM relacionadas à gestação (MMOD+MMOI+MMNO)-domiciliar**, foram os mesmos achados das MMOD-domiciliar, porquanto não houve casos de MMOI, MMNO e MMT domiciliares.

Finalmente a Tabela 65, mostra a evitabilidade das mortes maternas, ou seja, nos 69 (100,0 %) casos de nossa casuística, **verificamos 48 casos**

(69,6%) como mortes evitáveis, 21 (30,4 %) como mortes provavelmente não evitáveis e não encontramos mortes inexplicáveis.

Dos 48 (100,0 %) casos de mortes maternas evitáveis, verificamos que 39 (81,3 %) foram devidos a atendimento inadequado na unidade obstétrica, 5 (10,4 %) por não terem buscado ou aceito conselho ou tratamento, 2 (4,2 %) devidos a tratamento deficiente em outro serviço e 2 (4,2 %) pelas condições adversas na comunidade.

Analisando, a evitabilidade do total das mortes maternas da nossa casuística, segundo tipo de morte da CID-10, verificamos que 42 (60,9 %) casos foram **MMOD-hospitalares, via pública e domiciliares**, evitáveis em 39 (92,9 %) e provavelmente não evitáveis em 3 (7,1 %).

Do total de 39 casos (100,0 %) de MMOD-evitáveis, verificamos que 34 casos (87,2 %), eram devidos a atendimento deficiente na unidade obstétrica, 3 (7,7 %), por não terem buscado ou aceito conselho ou tratamento, 2 (5,1 %), foram devidos a tratamento deficiente em outro serviço. Finalizando podemos dizer que dos 36 (85,7 %) casos do total de MMOD-evitáveis e 52,2 % do total de casos de morte materna, seriam evitáveis, se houvesse uma adequada assistência obstétrica nos serviços de saúde.

Analisando, a evitabilidade do total de mortes maternas da nossa casuística, verificamos 10 (14,5 %) casos de **MMOI-hospitalares, via pública e domiciliares**. Destas, foi morte materna evitável 1 (10,0 %), e 9 (90,0 %) foram mortes maternas provavelmente não evitáveis. O caso evitável, foi por atendimento deficiente na unidade obstétrica.

Podemos dizer que 52 casos (75,4 % do total de MM) corresponderam às **MMO (MMOD-MMOI)-hospitalar, da via pública e domiciliar**. Destes 52 (100,0 %) casos, 40 (76,9%) foram mortes maternas evitáveis e 12 (23,1 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Destes 40 (100,0%) casos de mortes maternas obstétricas evitáveis, 35 (87,5 %) foram devidos ao atendimento deficiente na unidade obstétrica, 3 (7,5 %) por não terem buscado ou aceito conselho ou tratamento, 2 (5,0 %) foram devidos ao atendimento inadequado em outro serviço.

Na Tabela 65, observaram-se 9 casos (13,0 % do total de MM), correspondentes às **MMNO-hospitalares, via pública e domiciliar**: 6 (66,7 %) casos de mortes maternas evitáveis e 3 (33,3 %) casos de mortes maternas provavelmente não evitáveis.

Dos 6 (100,0 %) casos de mortes maternas evitáveis, houve em 3 (50,0%) devidos ao atendimento deficiente na unidade obstétrica, 2 (33,7 %) foram devidos às condições adversas na comunidade e 1 (16,7 %) por não ter buscado ou aceito conselho ou tratamento.

Quanto às **MM relacionadas à gestação(MMOD-MMOI-MMNO)-hospitalar, via pública e domiciliar**, encontramos 61 casos (88,4 % do total de MM). Destes, foram 46 (75,4 %) casos de mortes maternas evitáveis e 15 (24,6 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis.

Destes 46 (100,0 %) casos de mortes maternas evitáveis, verificamos 38 (82,6 %) devidos a atendimento deficiente na unidade obstétrica, 4 (8,7%) por não terem buscado ou aceito conselho ou tratamento, 2 (4,3 %) devidos a atendimento deficiente em outro serviço e 2 (4,3%) devidos às condições adversas na comunidade.

Quanto as **MMT-hospitalares-via pública-domiciliar**, encontramos 8 casos (11,6 % do total de casos de MM). Destes, 2 (25,0 %) foram mortes maternas evitáveis e 6 (75,0 %) mortes maternas provavelmente não evitáveis. Dos 2 (100,0 %) casos evitáveis, 1 (50,0 %) foi devido ao atendimento deficiente na unidade obstétrica, e 1 (50,0 %) por devido não ter buscado ou aceito conselho ou tratamento.

Estes dados demostram que a evitabilidade das mortes maternas no município de São Paulo, basicamente está relacionada ao atendimento deficiente na unidade obstétrica, bem como em outros serviços (refere-se a outra unidade obstétrica).

No Gráfico 13 observa-se a distribuição da evitabilidade por tipos de morte materna/CID-10.

Gráfico 13
DISTRIBUIÇÃO DA EVITABILIDADE DOS ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO TIPOS DE MATERNA/CID-10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994

5 - CONCLUSÕES

- 1- A análise das mortes maternas no município de São Paulo, sob o prisma de suas **causas múltiplas, permitiu traçar um perfil mais amplo sobre o assunto**, porque essa análise, além de considerar as causas básicas das mortes, considerou também as associadas(terminais, conseqüenciais e contribuintes) analisadas por causas múltiplas, permitiu conhecer um perfil mais amplo das causas de morte, porque em este tipo de análises além de considerar as causas básicas, considera: causas conseqüenciais (terminais, conseqüenciais e contribuintes).
- 2- O PROAIM registrou 37 casos de mortes maternas, ocupando o oitavo lugar das causas de mortes nas mulheres em idade reprodutiva e correspondendo à taxa de mortalidade materna de 34,18 x 100.000 NV. Nossos achados, de acordo a CID-9, foram 52 casos e segundo a CID-10 foram 69 casos, correspondendo às **taxas de 48,04 x 100.000 NV e 47,64 x 100.000 NV e nascidos mortos**. Estas correspondem a uma taxa estacionária, comparada aos últimos anos, e ainda altas quando comparadas com outros países. De considerar-se o total de casos de MM a taxa seria de 63,7 x 100.000 NV e 63,2 x 100.000 NV e mortos.
- 3- Dos 69 casos de mortes maternas estudados, **encontraram-se 37 (53,6%) declarados e em 32 (46,4 %) não declarados**. Destes casos estudados 45 (65,2 %) tiveram estudo necroscópico, com porcentagens iguais ou superiores às de alguns países europeus. A menor porcentagem de declarados registrou-se no IML. É imprescindível a capacitação dos médicos para melhorar o preenchimento dos atestados de óbito, que garantirão melhores estatísticas.
- 4- A morte materna obstétrica (MMOD+MMOI), no município de São Paulo, caracterizou-se pelo predomínio de causas básicas concentradas em poucas doenças, como em qualquer parte do mundo, com a particularidade de que nas MMOD e no total de MM/CID-10 o **aborto ocupou o primeiro lugar (23,8 %/MMOD e 14,5 %/MM)**, seguido pelas hemorragias. Evidenciou-se a diminuição das infecções e dos transtornos hipertensivos e aumento de outras causas básicas diretas (embolias, complicações anestésicas, gestação ectópica). Nas causas básicas de MMOI, predominaram as doenças cardiovasculares, configurando um perfil misto, onde segue predominando o perfil de países pobres com incremento de causas predominantes nos países ricos. Pode-se dizer que o município de São Paulo **apresentou um perfil de mortes maternas obstétricas de transição entre o perfil dos países ricos e dos pobres**. Quando usada a

definição de morte materna da CID-10 é ostensivo o número de mortes maternas não relacionadas, sobretudo as devidas aos acidentes de trânsito, homicídios e suicídio e das mortes maternas tardias, chamou a atenção de uma porcentagem significativa relacionada à SIDA. **Ressalta-se o achado/CID-10 de 10,1 % de casos de SIDA** (1 caso/MMOI e 6 casos/MMT). Sendo necessárias estudos, considerando o total de mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos de idade).

- 5- A concordância das causas básicas entre os atestados de óbito originais e refeitos a nível da CID-9, com quatro algarismos foi 34,6 % e com três algarismos foi 42,3 %. Salienta-se que os abortos foram os que tinham menor concordância com ambas listas. **A nível da CID-10, com quatro caracteres foi 27,5 % e com três caracteres foi 36,2 %**, esta menor concordância em relação à CID-9 é devida a que a CID-10 têm mais categorias no capítulo XV-gravidez, parto e puerperio e haver-se considerado as MMNO e MMT. Igualmente os abortos são os que apresentaram menor concordância.
- 6- A média global de diagnósticos por atestado de **óbito original foi de 2,9**. Encontraram-se as médias: Departamento de Patologia do hospital - 4,0 ; dos médicos dos hospitais - 3,3 ; SVO/EPM de - 2,8 ; do SVO/USP - 2,7 e do IML - 1,8. Em relação aos tipos de morte, encontraram-se as menores médias nas MMNO com 2,1 e abortos 2,3. As maiores médias corresponderam às hemorragias e infecções com 3,3 cada uma. **Nos atestados refeitos, a média global foi 6,8**. Segundo os tipos de mortes, a menor média foi dos abortos - 5,8, e a maior média correspondeu às infecções - 8,7.
- 7- Quanto às causas básicas associadas às causas terminais/CID-10, achamos em primeiro lugar as doenças do **Capítulo X-Doenças do aparelho respiratórias(J00-J99)** (47,8 %), correspondendo entre as principais: Edema agudo do pulmão (17,4%); Insuficiência respiratória aguda (13,0%); Síndrome de angústia respiratória do adulto (8,7 %) e Broncopneumonia bilateral (7,2 %). Em segundo lugar, doenças do **Capítulo XVIII-Sintomas sinais e achados anormais e de laboratório não classificados em outra parte(R00-R99)** (17,4 %), correspondendo entre as principais: Choque hipovolêmico (8,7 %); Coma (5,8 %). Em terceiro lugar, doenças do **Capítulo XIX-Lesões, envenenamentos e algumas outras causas externas (S,T)** 14,5 % correspondendo entre as principais: Choque traumático (10,1 %); Choque séptico pós-cirúrgico

(4,3%). Em quarto lugar doenças do **Capítulo XIV-Doenças do aparelho geniturinário(N00-N99)** (7,2 %) onde predominou a Insuficiência renal aguda em 7,2 %.

- 8- Quanto às causas básicas associadas às causas conseqüências intermediárias/CID-10, encontrou-se em primeiro lugar doenças do **Capítulo XIX-Lesões, envenenamentos e algumas outras causas externas (S,T)** (78,3 %), correspondendo às principais: Choque pós-séptico, hipovolêmico, pós-cirúrgico, hemotórax bilateral, hemoperitoneo, anemia pós-cesariana. Em segundo lugar as doenças do **Capítulo III-Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários(D50-D89)** (56,5 %), correspondendo entre as principais: Anemia pós-hemorragica, Coagulação intra-vascular disseminada, Trombocitopenia não especificada. Em terceiro lugar, doenças do **Capítulo XVIII-Sintomas sinais e achados anormais e de laboratorio não classificados em outra parte(R00-R99)** (40,6 %), correspondendo às principais: Choque hipovolêmico, Hemorragia intra-abdominal, Falência de múltiplos órgãos. Em quarto lugar, doenças do **Capítulo X-Doenças do aparelho respiratório(J00-J99)** (33,3 %), correspondendo entre as principais: Síndrome de angústia respiratória do adulto, Insuficiência respiratória aguda, Pneumonia.
- 9- Quanto à associação das causas contribuintes com as básicas/CID-10, verificaram-se em primeiro lugar doenças do **Capítulo XV-Gravidez, parto e puerpério(O00-O99)** (43,5 %), correspondendo às principais: Cesariana prévia, Hipertensão arterial crônica associada à gestação, Gravidez dupla. Em segundo lugar, doenças do **Capítulo IX-Doenças do aparelho circulatório(I00-I99)** (26,1 %), correspondendo às principais: Tromboembolismo pulmonar, Hemoperitônio, Endocardite vegetante valva aórtica, Hipertensão crônica. Em terceiro lugar, doenças do **Capítulo III-Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários(D50-D89)** (23,2 %), correspondendo às principais: Anemia não especificada, Anemia nutricional não especificada, Plaquetopenia.
- 10- As mulheres que faleceram por causas maternas no município de São Paulo caracterizaram-se por ser dos setores com baixo salário, baixa escolaridade, procedentes de outros estados da Federação, com alta paridade, intervalo gestacional menor que dois anos, com cirurgia uterina prévia e controle pré-natal.

- 12- Quanto à assistência do parto das falecidas, a totalidade aconteceu nos hospitais. A maioria dos óbitos maternos ocorreu nos **hospitais (81,2%)**, seguidos por mortes maternas na **via pública (11,6 %)** e em menor proporção no **domicílio (7,2 %)**.
- 13- Muitas mortes maternas foram imprevisíveis, o que revela que os serviços de atendimento materno têm que estar preparados para sua adequada atenção. No município de São Paulo, quanto aos fatores de responsabilidade, fundamentalmente correspondeu aos de **responsabilidade profissional (65,2 %)** e **hospitalar(56,6 %)** e uma parcela menor às **pacientes(24,6 %)** e outra **(24,6%) não foi determinada**.
- 14- No município de São Paulo, **a maioria das mortes maternas é evitável (69,6 %)**, sobretudo **as hospitalares (76,8 %)**. Precisa-se urgentemente de uma avaliação dos serviços de assistência da mulher e materna, acompanhada de aprofundamento da vigilância epidemiológica, desde os níveis primários e na comunidade. É imprescindível a implementação e funcionamento dos Comitês de Morte Materna, em todos os serviços de atenção materna.
- 15- A análise das causas múltiplas permitiu ampliar o estudo das mortes maternas, direccionando a implementação de medidas gerais e seletivas de prevenção. Portanto, sua **utilização no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Morte Materna e dos Comitês de Morte Materna é imprescindível**, na perspectiva de redução deste grave problema de Saúde Pública.
- 16- **Precisa-se de uma revisão da definição de morte materna e sua correlação com as listas da CID**, no que se considere os coriocarcinomas, miocardiopatias periparto, SIDA, no Capítulo da Gravidez, parto e puerpério, assim como as MMNO e MMT. Assim mesmo quanto a suas medidas, para identificar com clareza a real situação da mortalidade materna a nível local, nacional, regional e mundial, que possibilitariam melhorar o direcionamento dos escassos recursos financeiros e outros, para otimizar as estratégias de intervenção multissetoriais e seletivas, para redução deste indicador mais diferenciado entre todos os indicadores de saúde pública na humanidade.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação da mortalidade materna é um problema de saúde pública da humanidade, que atualmente é utilizado como indicador do desenvolvimento humano (mesmo tendo alto sub-registro), caracterizando-se por ser o que maior diferença apresenta em relação aos demais indicadores, quando comparados entre regiões ou países, além de expressar a condição da vida da mulher e a qualidade da saúde reprodutiva da população em geral.

Para a maior priorização da situação da mortalidade materna, sobretudo a nível político, que se expresse em maiores recursos que possibilitem intervenções superestratégicas em sua redução, é preciso conhecer adequadamente a real situação da mortalidade materna e, no melhor dos casos, de sua morbidade. Nesse sentido cremos, em princípio, que seria extremamente importante alcançar o desafio de aprofundar uma redefinição da morte materna a nível da OMS, órgão reitor da saúde no mundo. Esta redefinição na CID, deve ter uma adequada correlação com as listas de classificação, para que na próxima revisão, ou antes, se estabeleçam com suma clareza, alguns aspectos, como por exemplo, quanto ao tempo considerado hoje, até um ano após o termo da gestação, porque na verdade exclui-se um segmento de mulheres que morrem por causas obstétricas diretas e indiretas ocorridas durante a gravidez e que morrem depois de um ano.

Constatamos casos de Coriocarcinoma, Miocardiopatia puerperal, SIDA e as causas não relacionadas (acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e câncer), que aconteceram durante a gravidez ou no puerpério que não se encontram no capítulo Gravidez, parto e puerpério. Estas causas quando levam a mulher à morte depois de um ano de termo da gestação, também não são consideradas como mortes maternas. Ao revisar a CID-10 nos casos da SIDA, por exemplo, em situações relacionadas as MMOI, não estão consideradas, no capítulo ora citado, nem no capítulo das infecções. Cremos que estes casos e os outros deveriam ser considerados no capítulo de Gravidez, parto e puerpério, em algum parágrafo especial, o que facilitaria maiores casos declarados e codificados adequadamente. Desta forma estaríamos dando subsídios para a elaboração de estatísticas mais próximas da realidade, desta epidemia silenciosa, bem como solucionando os casos de morte materna não obstétricas e tardias.

Esta colocação também se aplica a alguns países desenvolvidos, onde predominam as MMNO e MMT e, aparentemente são menores os índices de incidência e prevalência de mortes maternas, porque só estão considerando as mortes maternas obstétricas (MMOD+MMOI). Um processo de mudanças se

estaria colocando e impulsionando novos instrumentos para o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica da morte materna a nível local, nacional, regional, e mundial. Conseqüentemente os subsídios ajudariam a estabelecer critérios mais razoáveis para o direcionamento, em forma mais categórica e uniforme a implementação das superestratégias de intervenções para obter a ansiada redução a níveis dignos da convivência humana o que também significaria o resgate da valorização de um dos mais sagrados direitos da mulher, o direito à maternidade segura.

Com esta revisão da definição de morte materna, acolhendo as considerações acima mencionadas dar-se-ia início a uma nova etapa no estudo da morte materna no mundo.

Atualmente, mesmo necessitando-se a revisão da definição de morte materna e sua correspondente codificação, as atuais devem ser transmitidas fundamentalmente e em primeiro lugar aos personagens chaves de sua produção: o médico e/ou pessoal de saúde não médico, dos serviços de saúde ou não, que lidam com a assistência à mãe e/ou são responsáveis pela informação deste fato vital, para assim diminuir as porcentagens das mortes maternas não declaradas. Este deve ser o primeiro nível de ação dos programas da saúde materna, quanto às estatísticas de mortalidade materna.

Esta transmissão da atual definição e codificação com a CID-10, também deve passar pelo pessoal encarregado de sua codificação e analistas. Implementar esta colocação seria estar facilitando a análise das causas múltiplas mais substantivamente; estes resultados, por sua vez, possibilitariam melhorar as avaliações de responsabilidade e evitabilidade das mortes maternas e permitiriam uma visualização mais abrangente, para a adoção das medidas preventivas gerais e seletivas. Se os médicos melhorarem o preenchimento dos atestados, otimizarão sua qualidade e facilitarão as atividades do PROAIM. Deve-se portanto, instalar um subsistema de capacitação para a correta implementação do novo atestado de óbito, garantindo sobretudo seu preenchimento correto. Estas atividades devem ser coordenadas entre outras basicamente com os órgãos diretivos da ordem médica, na medida em que estes possam normatizar disposições complementares.

Observamos que a média de diagnósticos nos atestados originais da nossa casuística, diminui quando comparada com os achados de LAURENTI e col. (1990)⁶⁸, em pesquisa realizada em 1986, no município de São Paulo, este fato, provavelmente foi devido à falta de informação dos médicos em

exercício ou pela falta de ensino durante a formação dos mesmos. Por outro lado, contrasta também, com o fato de que as mulheres que morrem por causas maternas, trazem consigo doenças associadas e passam por mais de uma avaliação e falecem, a maioria nas UTI. Aí as pacientes geralmente são submetidas a diversas formas de cuidado e conduta, onde que são usadas novas tecnologias, e as pacientes passam por uma série de estados patológicos, seja por complicações da doença de fundo seja por intercorrências. Assim, indudavelmente, têm muitos diagnósticos a mais do que os registrados nos atestados originais.

Esta situação descrita se reflete em nossos achados, nos atestados refeitos, em que observamos uma média de 6,8 diagnósticos por atestado de óbito, o que sugere que para os casos das mortes maternas poderia ser considerado a implementação da linha d da Parte I do atestado de óbito, acertadamente sugerida na Assembléia Mundial da Saúde de 1990. Desse modo estaríamos ajudando, de forma mais contundente, na análise das causas múltiplas, e subseqüentemente, à vigilância epidemiológica e as atividades dos Comitês de Morte Materna, para adotar as medidas preventivas necessárias.

A vigilância epidemiológica da morte materna, já iniciada há anos no município, deve ser fortalecida para atuar efetivamente, desde os níveis básicos de saúde até os mais complexos. Nesta perspectiva, cremos que se deve estimular uma **vigilância epidemiológica da morbidade materna** que, com certeza, aprofundaria o conhecimento dos problemas de saúde da mulher, da mãe e, conseqüentemente, daria maior clareza aos programas de intervenção.

A vigilância epidemiológica da morte materna no município, deve centrar seu trabalho em **todas as mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos de idade)**, e além de captar os casos, impulsionar os processos de modificação, erradicação ou correção das determinantes da morte materna. Aprofundar suas atividades com base populacional, isto é, não só nos casos institucionais, visando estabelecer o sistema de vigilância epidemiológica da morte materna, mas a partir deste sistema, esforçar-se para incluir a mortalidade perinatal e infantil.

Por meio das informações obtidas, conheceremos a realidade de cada local que permitirá por sua vez identificar objetivos claros e precisos para a implementação das intervenções seletivas e necessárias, focalizando os esforços nas soluções possíveis. Neste processo de vigilância epidemiológica da morte materna devem ser focalizados dois componentes: **1- técnico**, que é

o sistema de vigilância e 2- **político** que se conforma com a comunidade de usuários e prestadores de serviços, que se comprometam para o controle da situação, aumentando o poder das mulheres e da população no processo de participação social em saúde, educando as mulheres sobre os problemas e promovendo que as mesmas comunidades sejam as promotoras do cumprimento dos compromissos assumidos pelos governantes, nos diferentes acordos nacionais e internacionais.

Creemos que a comunidade e os responsáveis pelo Governo do município de São Paulo, através da Secretaria da Saúde devem compreender este problema de saúde pública, para sistematizá-lo, (considerando as recomendações nacionais/internacionais e a própria realidade) para poder convertê-los em um plano integral de redução da morte materna, dentro do marco dos programas de saúde da mulher, criança e adolescente e de saúde reprodutiva, na perspectiva de gênero²³ com objetivos, superestratégias e linhas de ação gerais, tendo como referência a sua situação particular, privilegiando-se a participação da mulher e da comunidade, que garantiram otimizar e obter os recursos necessários e ajudaram no delineamento das prioridades de ação.

Neste processo, deve-se reconhecer a heterogeneidade econômica, social, étnica e cultural (resgatando-se e respeitando-se), das populações nas Áreas Regionais de Saúde, e da situação dos serviços de saúde. Não será possível solucionar a mortalidade materna só com atividades estritamente médico-sanitárias, sendo inegável que poderá contribuir a sua redução operativa.

É necessário, para o cumprimento das atividades de redução da mortalidade materna, um enfoque intersetorial, dirigidos à melhoria das condições de vida da população feminina, este inclui a curto ou médio prazos a operacionalização entre outros: o credenciamento das maternidades, melhoramento das equipes, abastecimento, medicamentos, a fim de dar resposta às demandas crescentes de assistência. Nesse sentido o Governo municipal deve destinar urgentemente maiores recursos econômicos próprios e dos provenientes da cooperação internacional, considerando-se que o financiamento da assistência à saúde é uma inversão.

Nos serviços de saúde materna existem diferenças nas diferentes áreas regionais, tanto em número quanto em qualidade e há uma completa descoordenação de atividades e apoio entre as mesmas. No município deve-se criar os Comitês de Morte Materna em todos os hospitais, permitindo a

fortalecendo as áreas críticas. Recomenda-se que, quando se fizeram projetos pilotos, não se desconsiderem a situação geral, por meio da consolidação de ações que, por seus resultados de demonstração e sensibilização, se estendam no município no menor tempo possível.

Nos serviços de saúde materna, não só devem ser melhoradas a eficiência e eficácia, mas também a equidade.

Nas populações mais pobres se concentram os episódios de doença e morte, assim mesmo as altas percentagens atingem a estes setores, portanto a **qualidade dos serviços deve pensar-se em relação à equidade**, porém pensada não só em termos de cobertura de serviços de saúde, mas também em qualidade de resposta social às necessidades de saúde da população e da satisfação das necessidades das usuárias.

Um dos índices para avaliar a qualidade dos serviços é a satisfação das necessidades das usuárias, porém, deve-se considerar também a satisfação do provedor, porque é preciso pensar no provedor como pessoa e não como instrumento ao que se impõem metas. Na prestação da assistência nos serviços deve-se visar à qualidade total, o que implica não só na qualidade do produto, mas também na qualidade do processo em todas as fases, incluindo-se a análise de contexto e o nível de satisfação da usuária e do prestador do serviço.

Quanto, ao processo de assistência, foram assinaladas três demoras relacionadas com a mortalidade materna: **1** - demora na decisão de procurar o serviço de saúde, por parte da mulher. Para sua solução, destacam-se estratégias de **educação em saúde da mulher** e a participação da comunidade por meio da identificação de gestantes e promovendo o uso dos serviços, **2** - demora para chegar ao serviço de saúde. Na sua solução, a comunidade deve assegurar o transporte das mães ao nível adequado de atenção e **3** - demora em ser atendidas com qualidade, o que é dependente da organização dos serviços e da capacitação do pessoal. Muitas mortes maternas são imprevisíveis e os serviços de saúde materna devem-se operacionalizar nos seguintes pontos:

Aumentar a qualidade de atenção e a equidade dos serviços de saúde materna.

Estabelecer a rede de atenção nas áreas regionais de saúde, precisando os escalões de complexidade e os mecanismos de referência e contra-refêrencia para a atenção dos de alto risco e outros, este junto ao uso do cartão perinatal pela gestante.

-Assegurar e certificar que os abastecimentos e equipamentos, sejam compatíveis entre as normas técnicas e as condições reais de aplicação.

-Controlar o número aumentado de cesariana.

- Fortalecer as ações de planejamento familiar para a prevenção da gravidez não desejada e do aborto^{30,35,71,152}.
- Certificar em toda a rede de serviços a presença de pessoal capacitado e competente para intervir adequadamente nas emergências obstétricas e capaz de reconhecer os casos de risco e referi-los oportunamente ao nível apropriado, sobretudo nos dias sábado e domingo.
- Desenvolver e implantar protocolos de manejo apropriado e práticos das doenças mais prevalentes, quanto aos cuidados nas enfermarias e nas UTI junto aos hospitais universitários ou de referência materna municipal e das sociedades científicas.
- Desenvolver e implantar um sistema uniforme de história obstétrica e de UTI, contendo em princípio uma base simplificada e integrada ao aspecto perinatal, que não seja excludente com as outras necessidades acadêmicas ou de outra ordem na rede de atenção da saúde materna no município.
- Promover e fortalecer nos níveis locais o estudo dos custos de serviços necessários para sua execução, solicitando apoio técnico das universidades e organismos internacionais, em especial ao Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano CLAP-OPAS/OMS e diretamente à OPAS/OMS e outras não governamentais.
- Melhorar a eficiência dos serviços de saúde, utilizando adequadamente os recursos existentes e aumentando seu rendimento e produtividade^{27,31,58,59,153,161}.

Outro aspecto importante para garantir a maternidade segura é refere-se aos recursos humanos. Nesse sentido requiere-se avaliar o existente e em base as tarefas das atividades, incrementar se for necessário. A quantidade e qualidade dos diversos recursos humanos são fundamentais para alcançar modificações na situação atual da assistência à saúde da mulher e da mãe. Por outro lado, quanto aos centros formadores, deve ser promovida uma consciência da relevância da saúde reprodutiva, que reflita na incorporação nos currículos de ensino, como eixo integrador da teoria e prática nos processos de saúde-doença individuais e coletivos, transformando a visão, ainda vigente da saúde reprodutiva, do nível exclusivamente individual, biologicista e fragmentado ao um nível coletivo e integral,. E que se visualize como componente do desenvolvimento da população e como produto social¹⁰⁴.

A tendência na formação dos médicos é o uso de novas tecnologias e conhecimentos científicos, para solucionar as doenças da melhor maneira, embora nem sempre guarde concordância com os partos que em princípio não são doenças. A maioria destes requiere da disposição e tempo para seu controle, porém a medicalização do parto expressa-se, entre outros, por resultados crescentes na incidência das cesarianas e nos salários insuficientes dos médicos, relacionando-se este último, com o multiemprego e tempo recorde na assistência às pacientes. Por outro lado, a existência da crise de oferta de pessoal de enfermagem, faz necessário o estudo da oferta e demanda dos profissionais de enfermagem-obstétrica, para sua incorporação às já formadas e determinar prontamente a formação a curto, médio e longo

prazos, superando os obstáculos que se apresentarem. Ademais, a incorporação da enfermeira obstétrica iria pela linha estratégica da melhoria da qualidade de assistência da gestante e do parto, além de que contribuiria para fortalecer os processos de educação na saúde das gestantes e mulheres em geral.

Quanto aos recursos humanos, que já estão incorporados aos serviços, e referem-se aos processos de capacitação, recomenda-se a educação permanente em serviço, descentralizadamente, para impulsionar a sua resolução, com visão interdisciplinar e intersetorial, elemento básico para a abordagem dos problemas de saúde coletivos, a partir dos processos da vigilância epidemiológica e da investigação dos casos, promovendo o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, e aprofundando a análise crítica, de intervenção e de compromisso para transformar esta realidade. Desenvolver sistemas de supervisão-capacitação resolutiva em todos os níveis de gerência e operativos para a redução da mortalidade materna.

Quanto à participação social em saúde, considerando as condições de vida da grande maioria da população e, particularmente, das condições de vida das mães, e reconhecendo a saúde com um direito social universal, é importante o protagonismo das mulheres nas distintas atividades para a redução da mortalidade materna. Como sujeitos ativos nas decisões relacionadas a sua própria saúde, devem tornar factível a promoção de organização de mulheres no nível local, que tenha um papel de co-gestão nos processos de planejamento dos serviços e que representem os interesses das usuárias dos serviços.

Devem-se fortalecer os processos de educação em saúde da população em geral, e da mulher em particular, que permitam promover sua participação no **auto cuidado**, no uso oportuno e adequado dos serviços. Participar na vigilância da qualidade e eficiência dos mesmos durante o processo de assistência à gestante, ao parto e ao puerpério e na atenção integral da mulher.

Fortalecer os processos de participação social a partir da análise da situação de saúde da mulher e da saúde reprodutiva em geral, que levem à compreensão de seus determinantes e a identificação e coordenação das linhas e planos de ação local.

Estabelecer diálogos igualitários entre os funcionários e a população, permitindo compartilhar conhecimentos. Reconhecer a língua e dar espaço à palavra na interação entre sujeitos; a nível local poderia ser a abordagem mais adequada para assegurar a base de uma autêntica participação social.

Apoiar os processos de participação comunitária na organização, manutenção, supervisão e controle dos "lares maternos", sobretudo nas áreas periféricas e marginais, com o propósito de assegurar aos casos potenciais de risco e para aumentar a cobertura de atenção de partos de baixo risco. Considerando, em cada caso, as particularidades culturais, que viabilizem a operatividade da proposta.

Fortalecer a participação da comunidade na organização dos mecanismos que assegurem o transporte oportuno das gestantes, em geral, e das de risco, em particular.

Promover a participação da comunidade no financiamento do plano, de acordo com suas possibilidades e nas distintas formas possíveis que garantem seu compromisso e o suporte do mesmo.

E finalmente quanto as pesquisas em mortalidade materna, a relativa postergação que se encontra ainda, e sobretudo nas últimas décadas, a abordagem dos problemas da saúde das mulheres e particularmente daquelas em idade fértil, estado de gestação, parto ou puerpério, é devida não só à pouca atenção que se dá aos sistemas de estatísticas vitais, mas também, à limitada quantidade de investigações que proporcionem conhecimentos para o desenvolvimento de soluções práticas e tecnicamente idôneas.

Indicaremos algumas considerações sobre o enfoque conceitual na pesquisa da mortalidade materna, tendo como referência a colocação da OPAS/OMS 1986⁹².

Na pesquisa da mortalidade materna, tem havido progressos importantes como resultado de um grupo de estudos, que se direcionam a verificar associações de diversos fatores, tanto biológicos quanto sociais, com a magnitude que alcança o fenômeno.

Para aprofundar a análise e extrair conclusões de ordem prática para reduzir os riscos da maternidade, é indispensável, hoje, reformular o enfoque conceitual de abordagem do problema, destinando a cada fator reconhecimento associado com este risco, sua correspondente hierarquia, segundo a realidade do plano social ou individual, na qual o fator atua, isto é, a utilização adequada do enfoque de risco.

A distribuição de variáveis individuais, idade, paridade, estado nutricional, estatura, antecedentes patológicos e hábitos saudáveis ou nocivos deve ser entendidas como manifestação de determinações mais amplas, que operam na esfera familiar e sócio-econômica.

Os processos das duas últimas esferas não podem ser pesquisados somente com métodos clínicos, serão através da Epidemiologia, com enfoque

de Saúde Pública e com o aporte substancial dos métodos das ciências sociais. Por exemplo: considerandô o estado nutricional da grávida como um fator puramente biológico, subtraindo-se sua determinação econômica e social, pode ser útil no terreno de ações imediatas, porém dificilmente darão conta do problema no contexto da população e com perspectivas a longo prazo.

Entender, dentro deste enfoque, os hábitos alimentares da gestante como manifestações do comportamento, esquecendo que a determinação básica destes é dada pela disponibilidade de alimentos e acessibilidade dos alimentos (geralmente dependente do poder aquisitivo), reduz a apreciação do problema e dá lugar a duvidosas soluções.

Semelhantes considerações podem ser feitas em relação à verificação do papel dos serviços de saúde na prevenção da mortalidade materna e do acesso das mulheres em idade fértil à maternidade sem risco.

Colocamos algumas propostas para pesquisas em mortalidade materna:

-Diagnóstico da situação da saúde materna: a todo nível, sempre utilizando-se a mesma metodologia e instrumentos, com base populacional, pois possibilitariam melhores subsídios para o planejamento, gerência e utilização dos recursos que certamente trariam resultados surpreendentes. Consideram-se:

- Determinação da magnitude da mortalidade materna, em todos os níveis, desde a comunidade mais pequena até o nível global, a partir dos registros de estatísticas vitais e mediante estimativas dos sub-registros de suas causas. Assim, por exemplo, utilizando novas técnicas como o "método das irmãs"⁴². O conhecimento da real magnitude da mortalidade materna é um desafio, para os organismos responsáveis da saúde da mulher e materna: mundial, regional, nacional e local. Estas investigações devem realizar-se coordenando diversas instituições como as universidades e outras.
- Determinação da estrutura das causas básicas e múltiplas da mortalidade materna;
- Determinação da distribuição social da mortalidade materna e de cada uma das causas que a integram, tanto em relação às variáveis relativas às condições de vida das mulheres em idade fértil, como em relação à acessibilidade aos serviços de saúde materna;
- Comparação da quantificação, da redução da mortalidade materna, obtida, através de distintos modelos organizacionais e financeiros dos serviços de saúde materna;
- Determinação do predomínio das causas de morbidade e mortalidade materna, para cada país, região e localidade, mediante o sistema de vigilância epidemiológica;
- Sobre uso de auditorias médicas periódicas nos serviços de obstetrícia⁹;
- Sobre novos conceitos de credenciamento dos serviços de obstetrícia, no que se consideram os critérios para instalar Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- Critérios de avaliação das gestantes e puerperas nas UTI;
- Métodos de avaliação dos serviços de obstetrícia, através de conceitos novos de

credenciamento, como um todo, incluindo aspectos de (hierarquização, transferência e contratransferência). Para colocar estratégias de intervenção seletivas. Junto a isso avaliar a qualidade da oferta e da efetividade dos tratamentos e tecnologias em uso^{76,107}.

- Estudar as metodologias para medir o impacto da assistência à saúde materna;
- Estudar as determinantes sociais do comportamento e a responsabilidade da vida sexual e reprodutiva do casal, considerando a participação ativa do homem. Estudar as condições de conhecimento e atitudes dos recursos humanos (obstetras, médicos, enfermeiras, que assistem às mulheres em idade reprodutiva e à mãe), junto à avaliação, pelos órgãos pertinentes, da qualidade de ensino e sua relação com estes problemas;
- Pesquisas sobre a validade, da definição de morte materna e seus diferentes tipos, e suas medidas mais pertinentes.
 - Porque, só um ano depois de terminada a gestação para considerar morte materna?
 - Porque não considera-se as mortes maternas não obstétricas e tardias nas medidas de morte materna ?;
- Pesquisas sobre codificação e comparação das taxas, a nível local, nacional e internacional. Assim os casos de coriocarcinomas e deveriam ser contemplados, no capítulo de Gravidez, parto e puerpério, as mortes por seqüelas tardias de causas indiretas.
- Estudar pacotes de conhecimentos, para os médicos em exercício, em relação ao preenchimento dos atestados de óbito, estratificados, segundo suas atividades clínicas, dos Serviços de Verificação de Óbito ou do Instituto de Medicina Legal;

No correspondente às pesquisas-operativas, para as propostas de soluções apropriadas, na redução da mortalidade materna:

- Determinação dos efeitos da instalação do sistema de assistência materna regionalizada, valorizando a incidência das distintas atividades de cada nível de atenção no controle do problema;
- Determinação da magnitude da distribuição dos riscos implícitos na prestação dos diversos serviços e atividades por parte das unidades de saúde materna, incluindo a medição da contribuição dos mesmos à mortalidade materna;
- Determinação da qualidade da capacitação dos recursos humanos, que executam assistência materna em cada nível de atenção;
- Formulações de modelos factíveis de programação, fornecimentos, equipamentos e dotação de instalações para atenção da saúde materna;
- O uso de inquérito para a aplicação de métodos indiretos para a medição da mortalidade materna;
- A atenção domiciliar ao parto por parteiras tradicionais e pessoal da comunidade.

Investigações sobre custo benefício e custo efetividade das distintas alternativas.

Na situação atual nos países pobres, as pesquisas de serviços de saúde materna merecem prioridade, porquanto são investigações orientadas para a ação e podem conduzir rapidamente às medidas que melhorem a eficiência, eficácia e equidade das mesmas. Ademais neste processo devem participar conjuntamente os agentes de saúde, as universidades, as sociedades científicas e os centros de investigação.

Creemos que na medida em que se implementem estas considerações, através dos Comitês de Morte Materna e do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Morte Materna e outros, estaremos assistindo a uma notável diminuição das mortes maternas, evitando-as e fazendo que os fatores de responsabilidade profissionais, hospitalares e das pacientes diminuam também. Assim as elevadas taxas de mortalidade materna serão reduzidas precocemente e se cumprirão os acordos que o Governo assumiu nos diversos eventos internacionais e nacionais. Desse modo admitimos poder alcançar a desejada equidade social e biológica da mulher enquanto cumpre sua função reprodutiva, o que deve ser garantida em sua segurança, na medida do melhoramento da qualidade de atendimento hospitalar, pré-natal e pós-parto, além de seu aprimoramento integral no seio da sociedade em termos de educação, trabalho, alimentação, moradia, que finalmente garantirão uma melhoria completa e cabal de sua função reprodutiva para a preservação de uma sociedade mais digna.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ABOUZAHR, C. A. & ROYSTON, E. **Maternal mortality: a global factbook**. Geneva, World Health Organization, 1991.
- 2- ABOUZAHR, C. A. & ROYSTON, E. Los riesgos excesivos del embarazo y del parto en el tercer mundo. **Foro Mund. Salud**, 13:340-2, 1992.
- 3- ALVAREZ BRAVO, A. Mortalidad materna. **Gac. Méd. Méx.**, 100:555-63, 1970.
- 4- ANNUAL REPORT OF THE REGISTER-GENERAL, 16th, 1853 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple Causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6).
- 5- ANNUAL REPORT OF THE REGISTRAR-GENERAL, 74th, 1911 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple Causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6)
- 6- BARROS, A. C. S. D.; BORTOLOTO, M. R. F.; GONÇALVES, S.; ZUGAIB, M. Mortalidade materna: análise de 56 casos. **Rev. Ginecol. Obstet.**, 1:103-9, 1990.
- 7- BECKER, R. A. Análise de mortalidade: delineamentos básicos. Brasília, Fundação Nacional de Saúde/Ministério de Saude, 1991.
- 8- BEGAZO, R. C.; VARAS, T.; ARCE, J. **Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú**. Lima/Ministerio de Salud/Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología/Organización Panamericana de la Salud, 1988.
- 9- BHATT, R. V. Professional responsibility in maternity care: role of medical audit. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 30:47-50, 1989.
- 10- BIRCH, D. Automatic coding of causes of death. 1993 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple Causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p. 1-12.
- 11- BOBADILLA, J. L.; FAUSTO, R. S.; KARCHMER, S. Magnitud y causas de mortalidad la materna en el Distrito Federal de México, 1988-1989. Santiago de Chile, 1991. [Documento apresentado ao Seminário sobre Causas e Prevenção da Mortalidade dos Adultos nos Países em Desenvolvimento, Santiago de Chile, 1991].
- 12- BOBADILLA, J. L. Evaluation of maternal health programs: approaches, methods and and indicators. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 38(Suppl):S67-S73, 1992.
- 13- BOERMA, J. T. Levels of maternal mortality in developing countries. **Stud. Fam. Plan.**, 18:213-21, 1987.
- 14- BRAGA, L. F. C. O.; NAZARENO, E. R.; FANINI, M. L.; SOARES, V. M. N.; HIRATA, V. M. Relatório dos comitês de morte materna do Estado do Paraná, 1991. **Inf. Epidemiol. SUS**, 1 (7):31-49, 1992.
- 15- BUSTAMANTE-MONTES, P.; LEZAMA-FERNANDEZ, M. A.; FERNANDEZ DE HOYOS, R.; VILLA ROMERO, A. R.; BORJA-ABURTO, V. H. El análisis de la mortalidad por causas múltiples: un nuevo enfoque. **Salud Pública Méx.**, 32:309-19, 1990.
- 16- CENTER FOR DISEASE CONTROL. Maternal mortality pilot surveillance in seven States of United States. **MMWR. Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, 34(47):709-11, 1985.
- 17- CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA (CENEPI). O uso das informações de mortalidade: a experiência do Município de São Paulo. **Inf. Epidemiol. SUS** :61-71, out. 1992
- 18- CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, 23^a/REUNIÓN DEL COMITÉ REGIONAL, 42^a, Washington, D. C., 1990. **Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas**. Washington, D.C., OPS/OMS, 1990.
- 19- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A pior dor do parto. **J. Cons. Fed. Med.**, 8(35):6-7, 1993.

- 20- COMMITTEE ON MEDICAL CERTIFICATION OF CAUSES OF DEATH. Statistical section-problems in the medical certification of causes of death. *Am. J. Public Health*, 48:71-80, 1958.
- 21- COOK, R. The role of confidential enquiries in the reduction of maternal mortality and alternatives to this approach. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 30:41-45, 1989.
- 22- CRAWFORD, W. L.; ROCKFORD, I.; CHRISMAN, R. J. Maternal mortality studies. *JAMA*, 162:806-10, 1956.
- 23- DE LOS RIOS, R. & GOMEZ, E. Da mulher face à saúde e ao desenvolvimento - um enfoque alternativo -. Brasília Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Representação do Brasil. 1993.
- 24- DEPORTE, J. V. Mortality statistics and the physician. *Am. J. Public Health*, 31:1051-6, 1941.
- 25- DORN, H. F. Underling and contributory causas of death. In: Haenzel, W, ed. **Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases**. Betheseda, National Cancer Institute, 1966. p.421-30.
- 26- DUARTE, G.; PATTA, M. M. P.; CUNHA, S. P.; MAHUAD, F. F.; NOGUEIRA, A. A.; QUINTANA S., M. Síndrome Hellp aspectos maternos e perinatais. São Paulo, 1993 [Apresentado ao IV Simpósio Nacional de Hipertensão Arterial na Gravidez, São Paulo, 1993].
- 27- DULEY, L.; GRANT, A.; CHALMERS, I. Promoting safe motherhood. *Lancet*, 339:812, 1992.
- 28- ELLEN, H. & ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, 8:454-8, 1992.
- 29- ERHARDT, C. L. What is "the cause of death" *JAMA*, 168:161-8, 1958.
- 30- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Family planning reduces mortality. *Network*, 14(3):47, 1994.
- 31- FATHALLA, M. F. Women's health: an overview. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 46:105-18, 1994.
- 32- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- 33- FIGUEREIDO, S. J. M. El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 114:289-300, 1993.
- 34- FONSECA, L. A. M. & LAURENTI, R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 8:21-9, 1974.
- 35- FORTNEY, J. A. The importance of family planning in reducing maternal mortality. *Stud. Fam. Plann.*, 18:109-14, 1987.
- 36- FORTNEY, J. Implications of the ICD-10 definitions related to death in pregnancy, childbirth or the puerperium. *World Health. Stat. Q.*, 43:246-8, 1990.
- 37- FUNDAÇÃO IBGE. **Censo demográfico 1991: São Paulo**. Rio de Janeiro, 1992. v. 21. (10^o Recenseamento Geral do Brasil).
- 38- FUNDAÇÃO SEADE. Mortalidade e sobrevivência no Estado de São Paulo. *Inf. Demogr.* (26):43-61, 1994.
- 39- GERSENOVIC, M. Methods on multiple causes. In: Meeting on Multiple Causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-5.(WHO-ESS/ICD/MC/94.5).
- 40- GOLENTERNEK, D. The function and operation of a district maternal mortality study committee. In symposium on maternal mortality. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 83:1501-4, 1962.
- 41- GOODMANAN, R., A.; KENNETH, G., M.; NOLAN, T.; BREGMAN, D.; HINMAN, A. Mortality data analysis using a multiple cause approach. *JAMA*, 247:793-6, 1982.

- 42- GRAHAM, W.; BRASS, W.; SNOW, R. W. Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Stud. Fam. Plann.*, 20:125-35, 1989.
- 43- GUIMARÃES, C.; SOUZA, J. M. P. de; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D.; SANTO, A. H.; SILVA, E. P. C.; TANCREDI, F. B.; CORTEZ L. de S. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo. Botucatu e São Manoel (Brasil) 1974/75. *Rev. Saúde Pública*, 13 (Supl.2) 1979.
- 44- HELTON, A. S.; McFARLANE, J.; ANDERSON E. Battered and pregnant: A prevalence study. *Am. J. Public Health*, 77:1337-39, 1987.
- 45- HIBBARD, B., M. & MILNER, D. Maternal mortality in Europa. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 56:37-41, 1994.
- 46- HÖGBERG, U.; INNALA, E.; SANDSTRÖM, A. Maternal mortality in Sweden, 1980-1988. *Obstet. Gynecol.* 84:240-44, 1994.
- 47- INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT (ICPD '94) Cairo-Egipto, 1994. **Summary of the programme of action.** New York, United Nations, 1995.
- 48- INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRIC. Report on the activity of the Committee on Maternal Mortality. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 5:302-9, 1967.
- 49- INTERNATIONAL INSTITUTE FOR VITAL REGISTRATION AND STATISTICS. **Correcting the undercount in maternal mortality.** Bethesda, 1993.(Technical papers, 56).
- 50- INTERNATIONAL SAFE MOTHERHOOD CONFERENCE, Nairobi, Kenya, 1987. **Preventing the tragedy of maternal deaths: a report.** Geneva, WHO / World Bank/UNFPA, s.d.
- 51- ISRAEL, R. A. E. & ARMSTRONG, R. 1973, apud PUFFER, R. Nuevos enfoques para los estudios epidemiológicos sobre estadísticas de mortalidad. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 107:207-95, 1989.
- 52- ISRAEL, R. A.; TEMPLETON, M. C.; EVANS, M. C. News approaches to coding and analyzing mortality data. *Proc. Am. Stat. Assoc. (Social Statistics Section)* 20-24, 1982.
- 53- ISRAEL, R. A.; ROSENBERG, H. M.; CURTIN, L. R. Analytical potencial for múltiple cause-of-death data. *Am. J. Epidemiol.*, 124: 161-79, 1986.
- 54- JACOBSON, J. Women's reproductive health: the silent emergency. In: Organización Panamericana de la Salud en las Américas. Las Condiciones de Salud en las Américas-1994 Washington, D. C., 1994. v. 1 p. 112 (OPS-Publicación Científica, 549).
- 55- JAMES, G.; PATTON, R.; HESLIN, S. Accuracy of cause-of-death statements on death certificates. *Public. Health Rep.*, 70:39-51, 1955.
- 56- KARCHMER, S.; ARMAS-DOMINGUEZ, J.; CHÁVEZ-AZUELA, J.; SHOR-PINSKER, V. Estudios de mortalidad materna en México: consideraciones médico-sociales. *Gac. Med. Méx.*, 109:63-85, 1975.
- 57- KEIRSE, M. J. Maternal mortality: stalemate or stagnant. *BMJ*, 308:354-5, 1994.
- 58- KESTLER, E. Objetivo: atender mejor a las mujeres gestantes. *Foro Mund. Salud*, 14:356-9, 1993.
- 59- KOBLINSKY, M. A.; TINKER, A.; DALY, P. Programming for safe motherhood: guide to action. *Health Policy Plann.*, 9(3):252-66, 1994.
- 60- KOONIN, L. M.; ATRASH, H. K.; ROCHART, R. W.; SMITH, J. C. Maternal mortality surveillance, United States, 1980-1985. *MMWR. Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, 37(SS5):19-29, 1988.
- 61- KRUPP, P.; BARCLAY, F.; ROELING, W.; WEGENER, G. Maternal mortality. *Obstet. Gynecol.*, 35:823-9, 1970.

- 62- KUMAR, R. Simplificando el sistema de registro se mejora la atención materno-infantil. **Foro Mund. Salud**, 14:306-8, 1993.
- 63- LAURENTI, R. Causas múltiplas de morte. São Paulo, 1973. [Tese de Livre-Docência-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 64- LAURENTI, R. & MELLO JORGE, M. H. P. **O atestado de óbito**. São Paulo. Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1980. (Serie Divulgação, 1).
- 65- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; LEBRÃO, M. L.; GOTLIEB, S. L. D. **Estatísticas de saúde**. São Paulo, EPU/EDUSP, 1985.
- 66- LAURENTI, R.; SANTO, A. H.; BUCHALA, C. M.; LÓLIO, C. A. de. Mortalidade materna: causas básicas e associadas de morte em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1983: análise de atestados de óbito; relatório final. São Paulo, Centro da OMS para a classificação de Doenças em Português, 1986.
- 67- LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Rev. Saúde Pública**, 22:507-12, 1988.
- 68- LAURENTI, R.; BUCHALA, C. M.; LÓLIO, C. A. de; SANTO, A. H.; JORGE, M. H. P. M. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, 1986. II- Mortes por causas maternas. **Rev. Saúde Pública**, 24:468-71, 1990.
- 69- LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993; cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, 25: 407-17, 1991.
- 70- LAURENTI, R. A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo, Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 116:18-25, 1994.
- 71- LOPEZ, G.; YUNES, J.; SOLIS, J.; OMARN, A. R. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- 72- LOPEZ-LLERA, M.; ESPINOSA, M.; DELEON, M. D.; LINARES, U. R. Abnormal coagulation and fibrinolysis in eclampsia. A clinical and laboratory correlation. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 124:681-87, 1976.
- 73- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Multiple causes of death in the United States. (**Monthly Vital Stat. Rep.** v. 32 (10., Suppl. 2) 1984.
- 74- NASHOLD, R. D. Background and use of multiple cause of death in Wisconsin In: SANTO A.H. Causas Múltiplas de morte: forma de apresentação e métodos de análise. São Paulo. 1989. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP]
- 75- NEME, E. & NEME, B. Mortalidade materna, causas e fundamentos para sua prevenção. In: Faundes, A. & Cecatti, J. G. **Morte materna: uma tragédia evitável**. Campinas, UNICAMP, 1991. p. 197-217.
- 76- NOVAES, H. de M. La calidad de la asistencia hospitalar. **Foro Mund. Salud**, 14:367-75, 1993
- 77- MARMOL, J. G.; SCRIGGNG, A.; VOLLMON, R. History of the Maternal Mortality Study Study Committee in the United States. **Obstet. Gynecol.**, 34:23-38, 1969.
- 78- MILANESI, M. L. & LAURENTI, R. O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. I-Estado atual da certificação médica da causa de no distrito da capital. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 10:111-6, 1964.
- 79- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito: normas e manuais técnicos**. Brasília, Centro de Documentação do M.S., 1985.
- 80- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saude-Coordenação de Saúde Materno Infantil. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 1994.
- 81- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 663. **Diario Oficial da União**, Brasília, 23 mar. 1994. Seção 1. p. 02.

- 82- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1832. de 31 de outubro de 1994. **Boletim do Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português**, 15(3) 1994.
- 83- MORA, G. Estratégias regionales para la reducción de la mortalidad materna. [Trabalho apresentado no Simposium Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna, São Paulo, 1992].
- 84- MORA, G. Evaluación del avance de la ejecución del Plan Regional de reducción de la mortalidad materna en las Américas. [Trabalho apresentado no Forum Nacional de Mortalidade Materna, Curitiba, 1994]
- 85- MORA, G. & YUNES, J. **Mortalidade materna: una tragedia ignorada**. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1994 (PHAO/HMP/GDR-4/94.10).
- 86- MORENO, M. M. & TRIANA, O. A. El aborto como causas de mortalidad materna en 3 provincias seleccionadas: anos 1979-82, **Rev. Cub. Adm. Salud**, 12(3): 213-9, 1986.
- 87- MORIYAMA, I. M. Development of the presents concepts of cause of death **Am. J. Public Health**, 46:436-41, 1956
- 88- MORIYAMA, I.; BAUM, W.; HAENSZEL, W.; MATTISON, B. Inquiry into diagnostic evidence supporting medical certifications of death. **Am. J. Public Health**, 48:1376-87, 1958.
- 89- MORENO, E. M.; SUAREZ OJEDA, E. N.; ANDERSON, C. F. ed. **Evaluación de servicios de salud materno-infantil**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- 90- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de doenças**; 9ª revisão 1975. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1985. v. 1.
- 91- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad materna: algunas mejoras, pero no bastan. **Foro Mund. Salud**, 13:267, 1992.
- 92- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna**. Washington, D.C., 1986.(Programa de Salud Materno-Infantil, 2).
- 93- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Mortalidad materna: documento de referencia sobre estudio y prevención**. Washington, D.C., 1986. v.1.
- 94- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud materna: un perene desafio**. Washington, D.C., 1991. (OPS-Comunicación para la Salud, 1).
- 95- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washington, D.C., 1992.(OPS-Publicación Científica, 540).
- 96- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 113, 1992. (Número especial).
- 97- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa**. Washington, D.C., 1992. [OPS-Comunicación para la Salud, 2].
- 98- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas**. Washington, D.C., 1993.
- 99- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La mortalidad materna en las Américas. **Bol. Epidemiol.**, 14 (1):1-9, 1993.
- 100- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las Condiciones de salud en las Américas** Washington, D.C., 1994. v. 1 (OPS- Publicación Científica, 549).
- 101- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe del Diretor-Diretor Cuadrienal 1990-1993/Anual 1993-**. Washington, D.C., 1994 (Documento Oficial, 262).

- 102- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/CENTROS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES. **Reducción de la morbilidad e mortalidad materna en las Américas: guía para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna.** Washington, D.C., 1994. (PAHO/HMP/GDR-4/94.5).
- 103- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques.** Washington, D.C., 1994. (OPS/PWD/94-003).
- 104- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Marco de referencia para la enseñanza de la salud reproductiva.** Washington, D.C., 1994. (PAHO/HMP/GDR-4/94.4).
- 105- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. A suggested methodology for multiple causes. In: Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases, Uppsala, 1988. Washington D.C., 1988. (DES/ICD/C/88.38) .
- 106- PAPPAS, G.; QUEEN, S.; HADDEN, W.; FISHER, G. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N. Engl. J. Med.*, 329:103-9, 1993.
- 107- PATERSON, C. M.; CHAPPLE, J. C.; BEARD, R. W.; JOFFE, M.; STEER, P. J.; WRIGHT, C. S. W. Evaluating the quality of the maternity services-discussion paper. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 85:1073-8, 1991.
- 108- PINTO, S. C. & RIBEIRO, F. A. Morte materna: dimensões de uma perda evitável In: Faundes, A. & Cecatti, J.G. **Morte materna uma tragedia evitável.** Campinas, UNICAMP, 1991. p.171-95.
- 109- PONCE, F. M. de J. Mortalidad materna 1982-1989. Hospital San Francisco T. *Rev. Med. Honduras*, 58(2):126-9, 1990.
- 110- PUFFER, R. & GRIFFITH, G., W. **Características de la mortalidad urbana.** Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1968. (OPS-Publicación Científica, 151).
- 111- PUFFER, R. Estudio de múltiples causas de defunción. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 49:93-114, 1970.
- 112- PUFFER, R. Nuevos enfoques para los estudios epidemiológicos sobre estadísticas de mortalidad. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 107:277-95, 1989.
- 113- RAUYAJIN, O. & YODDUMNERN-ATTIG, B. Social cost of maternal deaths. *World Health*, 46(3):26-27, 1993.
- 114- REGISTER-GENERAL'S DECENNIAL SUPPLEMENT, 1931 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6).
- 115- REGISTER-GENERAL'S STATISTICAL REVIEW, 1937 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6).
- 116- REGISTER-GENERAL'S STATISTICAL REVIEW, 1951 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6).
- 117- REGISTER-GENERAL'S STATISTICAL REVIEW, 1955 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6).
- 118- REGISTER-GENERAL'S STATISTICAL REVIEW, 1967 apud DEVIS, T. The use of multiple cause mortality data in OPCS. In: Meeting on Multiple causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, World Health Organization, 1994. p.1-12. (WHO-ESS/ICD/MC/94.6).

- 119- RENDON, L.; LANGER, A.; HERNANDEZ, B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 115:473-80, 1993.
- 120- REUBINOFF, B. E. & SCHENEKER, J. G. Helly syndrome- a syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count- complicating preeclampsia-eclampsia, **Int. J. Gynecol. Obstet.**, 36:95-102, 1991.
- 121- ROCHAT, R. W.; RUBIN, G. L.; SELIK, R.; SACHS, B.; TYLER, C. W. Chang-ing the definition of maternal mortality: a new look at the postpartum interval. **Lancet**, 11:831, 1981.
- 122- RODRIGUEZ, J.; QUINTERO, C.; BERGONZOLI, G.; SALAZAR, A. Avoidale mortality and maternal mortality in Cali, Colombia. In: Interregional Meeting on Prevention of Maternal mortality, 1985. Geneva., World Health Organization, 1985. p. 1-11. (WHO-FHE/PMM/85.9.1)
- 123- ROLF, B. B. Maternal mortality in California. **Calif. Med.**, 116:4-8, 1978.
- 124- ROYSTON, E. & ARMSTRONG, S. **Prevención de la mortalidad materna**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.
- 125- SACHS, B. P.; LAYDE, P. M.; RUBIN, G. L.; ROCHAT, R. W. Reproductive mortality in the United States. **JAMA**, 247:3789-92, 1982.
- 126- SALGADO, J. N. Mortalidade materna: estudo em 3 municípios do Estado de São Paulo: Bauru, Marília e Presidente Prudente; 1989-1990. São Paulo, 1992. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 127- SANTO, A. H. Estudo crítico das estatísticas de causa de morte em doentes portadores de transtornos mentais, 1980. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP]
- 128- SANTO, A. H. Causas múltiplas de morte: forma de apresentação e métodos de análise. São Paulo, 1989. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 129- SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Comitê de Estudo e Prevenção de Mortalidade Materna: uma medida necessária para melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. São Paulo, 1992.
- 130- SIBAI, B.; TASLIMI, M. M.; EI-NAZER, A.; AMON, E.; MABIE, B. C.; RYAN, G. M. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis elevated liver enzymes and low platelets in severe preeclampsia-eclapmsia. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 55:501-9, 1986.
- 131- SIBAI, B.; RAMADAN, M. K.; USTA, I.; SALAMA, M.; MERCER, B.; FRIEDMAN, S. A. Maternal morbity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP syndrome). **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 169:1000-6, 1993.
- 132- SIQUEIRA, A. A. F. de; TANAKA, A. C. d' A.; SANTANA, R. M.; ALMEIDA P. A. M. de. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Rev. Saude Pública**, 18:448-65, 1984.
- 133- SIQUEIRA, A. A. F. de; TANAKA, A.C. d' A.; MORON, A. F.; ALVERANGA, A. T. de; UNGLERT, C., V., S.; SCHOR, N.; SANTOS, J., L., F., dos. **Estudo da mortalidade materna na Região Sul do Município de São Paulo, 1989: análise preliminar**, São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1991.(Série Investigação em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência ,1).
- 134- SOUZA, M. L. de & Laurenti, R. Mortalidade materna: conceitos e aspectos estatísticos. São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1987 (Serie Divulg., 3).
- 135- TAKIUTI, N. N.; KAHHALE, S.; CARRARA, W.; ALVES, E.; ZUBAIG, M. Síndrome Helly-resultados maternos-fetais. **Rev. Latinoam. Perinatol.**, 14(1):13-19, 1994.

- 136- TANAKA, A. C. d' A.; SIQUEIRA, A. A. F. de; ALVERANGA, A. T. de. Brasil e a mortalidade materna. São Paulo, 1993. [Apresentado ao 4^o Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 1993].
- 137- TANAKA, A., C., d' A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo, 1994. [Tese de Livre-Docência-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 138- TAUCHER, E. Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. tendencias e causas. Santiago de Chile, CELADE, 1978. (Tendencias y Causas; Serie A., 162).
- 139- TINKER, A. & MARJORIE, A., K. "Hacia una maternidad segura". Washington, D.C., Banco Mundial, 1994.(Documentos para Discusión del Banco Mundial).
- 140- TREOLAR, A. E. The enigma of cause of death. *JAMA*, 162:1376-9, 1956.
- 141- TÜRMEK, T. & ABOUZAHR, C. A. Safe motherhood. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 46:145-53 1994.
- 142 TÜRMEK, T. & ABOUZAHR, C, A. Safe motherhood: the responsibility of the international community. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 46 (suppl. 3) :63, 1994.
- 143- UNICEF. Estado mundial de la infancia: una promesa en favor de la infancia Barcelona, 1991. p.1-2.
- 144- UNICEF. Situação mundial da infância. Brasília, 1993.
- 145- UNITED NATIONS. Data bases for mortality measurement: population studies. 84, 1981. New York, 1984.
- 146- UNITED NATIONS. Demographic yearbook:1991. New York, 1992.
- 147- VALECILLO, C. J. Mortalidad materna: revisión de 2 años en el Hospital Escuela-Tegucigalpa. *Rev. Med. Honduras*, 56:139-42, 1988.
- 148- VOLOCHKO, A. Mortalidade de mulheres-mortalidade materna SUS-4/1988. São Paulo, 1992. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 149- VIANNA C. Características da Mortalidade das Mulheres (10 anos e mais) residentes em Diadema/SP-1985/1986. São Paulo, 1990.[Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde pública da USP].
- 150- WALKER, G. J. A.; ASHLEY, D. E. C.; MCCOW, A. M.; BERNARD, G. Maternal mortality in Jamaica. *Lancet*, 1(8479):486-8, 1986.
- 151- WEISNTEIN, L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 142:159-167, 1982.
- 152- WINIKOFF, B. & SULLIVAN, M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Stud. Fam. Plann.*, 18:128-43, 1987.
- 153- WHO-FIGO TASK FORCE. Collaboration for the promotion of maternal and child health and family planning in primary health care. In: World Congress on Obstetrics and Gynecology, 13rd, Singapore, 1991.
- 154- WORLD BANK. World development report 1993: investing in health. Washington, D.C., 1993.
- 155- WORLD HEALTH ORGANIZATION: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: 6th revision, Geneva, 1948.
- 156- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The prevalence of anaemia in women: a tabulation of available information. 2nd ed. Geneva, 1992. (WHO/MCH/MSM/92.2).
- 157- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International statistical classification of disease and health problems. 10th, rev. Geneva, 1992. v.1.
- 158- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International statistical classification of disease and health problems. 10th, rev. Geneva, 1992. v.2.

- 159- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of disease and health problems**. 10th , rev. Geneva, 1992. v.3.
- 160- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Concerns and recomendations on multiple causes**. In: Meeting on Multiple Causes of Morbidity and Mortality, London, 1994. Geneva, 1994.(ESS Unit. ESS/ICD/MC/94.9)
- 161- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The mother-baby package: WHO's guide to aving women's and infants' lives. **Safe Motherhood Newsletter, July-October : 4-7, 1994.**

DECLARAÇÃO DE ÓBITO N.º

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE

2.ª VIA - CARTÓRIO

CARTÓRIO DE

N.º DO REGISTRO

DATA DO REGISTRO

UNIDADE DA FEDERAÇÃO:

OBITO FETAL

SIM ☐ NÃO ☐

NOME

DATA DO ÓBITO

HORA DIA MÊS ANO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐

SEXO

MASC ☐ FEM ☐ IGN. ☐DESEQUITADO ☐ OUTRO ☐ IGNORADO ☐11 MIN ☐

LOCAL DE OCORRÊNCIA

HOSPITAL ☐ VIA PÚBLICA ☐DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.)

MUNICÍPIO

U.F.

OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO

NATURALIDADE

GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2.º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐

FILIAÇÃO

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

PAI

OCUPAÇÃO HABITUAL

GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2.º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐

MÃE

OCUPAÇÃO HABITUAL

IDADE

GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2.º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐

N.º DE FILHOS VIVOS

NASC. VIVOS

NASC. MORTOS

TOTAL

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)

GRAVIDEZ

MENOS DE 20 ☐ DE 20 A 27 ☐ 28 OU MAIS ☐ IGN. ☐ÚNICA ☐ DUPLA ☐ TRÍPLICE ☐ MAIS DE 3 ☐ IGN. ☐

PARTO

ESPONTÂNEO ☐ OPERATÓRIO ☐ FÓRCEPS ☐ IGN. ☐

MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO)

ANTES ☐ DURANTE ☐ DEPOIS ☐ IGN. ☐

PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO FETAL, PESO AO NASCER

IGN. ☐

RECEDEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE

SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐

O MÉDICO QUE ASSINA ATENDU AO FALECIDO

SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐

O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO

EXAM. CLÍNICO ☐ CIRURGIA ☐ NECROPSIA ☐SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

CAUSA DA MORTE: ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE - I

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE

DEVIDO A (OU COMO CONSEQUÊNCIA DE)

CAUSAS ANTECEDENTES

ESTADOS MÓRBIDOS, DE EXISTIR, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA MENCIONANDO SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA

DEVIDO A (OU COMO CONSEQUÊNCIA DE)

PARTE - II

OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RECONHECIDOS COMO CAUSA BÁSICA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PREVIU

INTERVALO ENTRE O MOMENTO DA DOENÇA E A MORTE

MORTE NÃO NATURAL PROVÁVEL CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE

TIPO HOMICÍDIO ☐SUICÍDIO ☐ACIDENTE ATROPELAMENTO ☐DEMAIS ACID. TRÂNSITO ☐QUEBRA ☐AFOGAMENTO ☐OUTRO ☐IGNORADO ☐

ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐NÃO ☐IGN. ☐

LOCAL DO ACIDENTE

VIA PÚBLICA ☐DOMICÍLIO ☐OUTRO ☐IGN. ☐

NOME DO MÉDICO

CRM

DATA DO ATESTADO

ENDEREÇO DO MÉDICO

TELEFONE

ASSINATURA

DECLARANTE

1.ª TESTEMUNHA

2.ª TESTEMUNHA

CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO

MUNICÍPIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº 0211562

UF:

2

CARTÓRIO DE
Nº DO REGISTRO:

DATA DO REGISTRO:

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

3 TIPO DE ÓBITO

- ☐ 1 - FETAL
☐ 2 - NÃO FETAL

4 NOME

6 DATA DO ÓBITO

HORA	DIA	MÊS	ANO

6 ESTADO CIVIL

- ☐ 1 - SOLTEIRO ☐ 2 - CASADO ☐ 3 - VIÚVO
☐ 4 - SEP. JUDIC. ☐ 5 - OUTRO ☐ 6 - IGNORADO

7 SEXO

- ☐ 1 - MASC. ☐ 2 - FEM. ☐ 3 - IGNORADO

8 DATA NASC.

9 IDADE

DIA	MÊS	ANO	ANOS COMPL.	ATÉ 1 ANO	ATÉ 1 MÊS	ATÉ 1 DIA	IGNORADO

10 LOCAL DE OCORRÊNCIA

- ☐ 1 - HOSPITAL ☐ 2 - DOMICÍLIO
☐ 3 - VIA PÚBLICA ☐ 4 - OUTRO

11 NOME DO ESTABELECIMENTO

CÓD. ESTAB.

12 MUNICÍPIO

13 ENDEREÇO (Rua, Avenida, Bairro, etc.)

14 SETOR CENSITÁRIO

15 RESIDÊNCIA HABITUAL (Rua, Número, Bairro, etc.)

16 MUNICÍPIO

17 UF

18 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO

(Se aposentado, colocar também a ocupação anterior)

19 NATURALIDADE

20 GRAU DE INSTRUÇÃO

- ☐ 1 - NENHUM ☐ 2 - 1ª GRAU
☐ 3 - 2ª GRAU ☐ 4 - SUPERIOR ☐ 5 - IGNORADO

FILIAÇÃO

21 NOME DO PAI

22 NOME DA MÃE

ÓBITO FETAL OU MENOR DE 1 ANO

PAI

23 OCUPAÇÃO HABITUAL

24 GRAU DE INSTRUÇÃO

- ☐ 1 - NENHUM ☐ 2 - 1ª GRAU
☐ 3 - 2ª GRAU ☐ 4 - SUPERIOR ☐ 5 - IGNORADO

MÃE

25 OCUPAÇÃO HABITUAL

26 IDADE

27 GRAU DE INSTRUÇÃO

- ☐ 1 - NENHUM ☐ 2 - 1ª GRAU
☐ 3 - 2ª GRAU ☐ 4 - SUPERIOR ☐ 5 - IGNORADO

28 Nº DE FILHOS TIDOS

- NASC. VIVOS ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
NASC. MORTOS ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO

- ☐ 1 - 0 a 21 ☐ 2 - 22 a 27 ☐ 3 - 28 a 36
☐ 4 - 37 a 41 ☐ 5 - 42 e + ☐ 6 - IGNORADO

30 GRAVIDEZ

- ☐ 1 - ÚNICA ☐ 2 - DUPLA ☐ 3 - TRÍPLICE
☐ 4 - MAIS DE 3 ☐ 5 - IGNORADO

31 PARTO

- ☐ 1 - ESPONTÂNEO ☐ 2 - OPERATÓRIO
☐ 3 - FORCEPS ☐ 4 - OUTRO ☐ 5 - IGNORADO

32 MORTE EM RELAÇÃO AO PARTO

- ☐ 1 - ANTES ☐ 2 - DURANTE ☐ 3 - DEPOIS ☐ 4 - IGNORADO

33 PESO AO NASCER

- ☐ 1 - G ☐ 2 - G ☐ 3 - G ☐ 4 - G ☐ 5 - G ☐ 6 - G ☐ 7 - G ☐ 8 - G ☐ 9 - IGNORADO

ATESTADO MÉDICO

34 RECEBEU ASSISTÊNCIA
MÉDICA DURANTE A DO-
ENÇA QUE OCASIONOU
A MORTE?

- ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☐ 3 - IGNORADO

35 O MÉDICO QUE
ASSINA ATENDEU
AO FALECIDO?

- ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO
☐ 3 - S/O ☐ 4 - OUTRO

36 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO

EXAME COMPLEMENTAR

CIRURGIA

NECRÓPSIA

- ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO

- ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO

- ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO

37 ÓBITO FEMININO EM
IDADE FÉRTIL?

- a) ESTAVA GRÁVIDA NO MOMENTO
DA MORTE? ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO
b) ESTEVE GRÁVIDA NOS DOZE
MESES ANTERIORES À MORTE? ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO

38 CAUSA DA MORTE (Anote só um diagnóstico por linha)

PARTE I

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMEN-
TE A MORTE.

CAUSAS ANTECEDENTES

ESTADOS MÓRBIDOS SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM
A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM
ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA

a) DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

b) DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

c) DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

INTERVALO ENTRE
AS DOENÇAS

CID

39 PARTE II
OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE
CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIO-
NADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A
PRODUZIU

MÉDICO

40 NOME DO MÉDICO

41 CRM

42 DATA DO ATESTADO

43 ENDEREÇO DO MÉDICO

44 TEL.

45 ASSINATURA

CAUSAS EXTERNAS

MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE

• OBS.: INFORMAÇÕES DE CARÁTER EPIDEMIOLÓGICO

46 TIPO

- ☐ 1 - HOMICÍDIO ☐ 2 - SUICÍDIO
☐ 3 - ACIDENTE ☐ 4 - OUTRO

SE ACIDENTE ANOTAR O NÚMERO
CORRESPONDENTE AO TIPO

- 1 - ATRÓPELAMENTO 2 - DEMAIS ACID. TRANSITO
3 - QUITA 4 - AFORAMENTO
5 - OUTRO 6 - IGNORADO

FONTE DE INFORMAÇÃO
ANOTAR O NÚMERO

- 1 - B.O. OCOR. 2 - HOSPITAL
3 - FAMÍLIA 4 - OUTRA
5 - IGNORADO

47 ACIDENTE DE
TRABALHO

- ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO
☐ 3 - IGNORADO

48 LOCAL DO ACIDENTE

- ☐ 1 - TRANSITO ☐ 2 - DOMICÍLIO
☐ 3 - LOC. TRAB. ☐ 4 - OUTRO ☐ 5 - IGNORADO

49 DECLARANTE

SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA

50 1ª TESTEMUNHA

51 2ª TESTEMUNHA

52 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO

CEMITÉRIO

53 MUNICÍPIO

ANEXO III-1

DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

MORTALIDADE MATERNA

Análise das causas múltiplas no contexto de sua
responsabilidade e evitabilidade, no Município de São Paulo.

PRONTUÁRIO HOSPITALAR

CONFIDENCIAL

Caso Nº

.Nome do hospital:
.Tipo de instituição: Hospital Municipal () Hospital Privado () Hospital Conveniado ()
Hospital Estadual () Instituição ignorada () Outro () especif.. . . .
.Número de prontuário:
.Endereço instituição: Telf:

1. Nome da falecida:
2. Endereço: Rua: Nº: Apto:
Bairro: Distrito:
3. Idade: ou data de nascimento: . . / . . / . .
4. Analfabeta: () sim () não.
5. Estudo: () nenhum () 1ºG. () 2ºG. () 3º G. Anos aprovados:
6. Profissão ou ocupação:
7. Cor: ()branca ()preta ()parda ()amarela ()ignorada
8. Religião:()católica ()evangélica ()budista ()mormon ()testigo de Jehová ()outro
9. Estado civil: ()solteira ()casada ()viúva ()desquitada ()divorciada
() ignorada ()outro, especificar:
10. Tempo de união:
11. Proveniência(encaminhamento): () domicílio () sem informação
() outro serviço de saúde:
endereço:
() outro hospital:
endereço:
12. Ingresso ao hospital por: () pronto socorro () ambulatório () outro
data: . . / . . / . . hora:
atendimento: () médico-obstetra () médico de outra especialidade
() médico-residente obstetra () enfermeira obstétrica
() outro. especificar:
Atendimento médico: hora:

13. Antecedentes:

13.1. Antecedentes familiares:

Diabetes () sim () não Hipertensão () sim () não
SIDA () sim () não Gemelares () sim () não
Tuberculose pul. () sim () não Outro:

13.2. Antecedentes pessoais:

Diabetes () sim () não Hipertensão crônica () sim () não
SIDA () sim () não Infertilidade () sim () não
Cir. pelv-uterina () sim () não Outro:

13.3. Antecedentes obstétricos:Número:.....gestações,.....abortos,.....nascidos vivos,
.....nascidos mortos,..... PARTOS:.....cesarianas,.....normais,.....viven.
fim da gravidez anterior:...../...../.....

14. Gravidez atual: peso anterior:.....Kg. estatura:.....cm.
dia mês ano Grupo sanguíneo:.....
DUM Rh(+) () Rh(-) ()
DPP Antitetânica: 1ª 2da/R
Mês da gravidez () ()

ANEXO III-2

Data de início da doença:...../...../.....hora:.....
História da doença:(use o verso se necessário)

15. Exame clínico: PA= / P= F.R.= T°=
- normal: () sim () não: () edema () anasarca () hemorragia vaginal
- () sec. vag. fétida () petequias () convulsões () febre
- () palidez () sudoração () dispnéia () coma () oligúria
- () hemiplegia () outros.

16. Controle pré-natal no hospital: ()sim () não, outros: ()sim () não

Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dados										
Consulta										
Local										
Peso(Kg.)										
PA(mmHg.)										
AU/Apresenl.										
Cef./Pod./Transv.										
FCF/Mov. fet.										
Feito por										
Obstetra(O)										
Clinico(C)										
Parteira(P)										
Outro.										
Interconrências										
Observações										

(use o verso se necessário)

17. Diagnóstico de ingresso ao hospital:

- a).
- b).
- c).
- d).

18. Plano de trabalho:

19. Primeiro tratamento médico recebido: data:...../...../..... horas:

se complicou: sim () não (). Falta de medicamentos: ()

Outro ().

20. Evolução pós-tratamento:.. . . .

.(use o verso se necessário)

21. Paciente encaminhado: sim () hora:..... data:...../...../..... não ()

() hospitalização () SOP ()UTI () Centro obstétrico

() necrotério () IML ()SVO () transferida.....

22. Avaliado por equipe (hospitalização, UTI, centro obstétrico): data:...../...../..... hora:.....

história e exame clínico (outros achados).

ANEXO III-3

23. Diagnóstico da equipe:
a).
b).
c).

24. Plano de trabalho:.

25. Hora de tratamento médico: data:...../...../.....
() tratamento se cumpriu () tratamento não se cumpriu
() falta de medicamentos
() outros.

26. Evolução:.. (use o verso se necessário).

27. Parto: apresentação: () cefálico () podálico () transversa
Início de parto: () espontâneo () induzido, método: .
() cesariana eletiva () ignorado
Membranas: integras () rotas () data de rotura: Hrs:.....dia.....mês.....

28. Aborto: espontâneo () induzido () método: .
local: .
Resumo de atendimento:.

29. Trabalho de parto. Iniciou: horas:..... data:...../...../.....

Hora							
PA							
Contrações Frec. em 10' /Durac. seg.							
Altura/posição							
FCF/FCM							
Dilatação colo/meconio							
Méd. Obst. Resid. Obst. Parteira Outros							
Intercorrências							
Observações							

30. Duração do trabalho de parto:.....horas.

31. Duração do expulsivo:.....horas minutos. Local:.....

32. Parto: () espontâneo () forcéps () vaccum extrator () cesariana
hora:minutos dia: mês: ano:
Intercorrências: convulsões () hemorragia: normal () excesso ()
dúvidas () ignorado ()
outras ().

33. Indicação principal de parto operatório:.

34. Diagnósticos pré-operatórios:
a).
b).
c).

35. Diagnósticos pós-operatórios:
a).
b).

ANEXO III-4

36. Procedimento:.....
.....
achados.

37. Intercorrências intra-operatórias
.....
.....

38. Equipe cirúrgica:
1^{er} cir.: Obst. () Cir. geral () Resid. () Outro ().....
2^{do} cir.: Obst. () Cir. geral () Resid. () Outro ().....
3^{er} cir.: Obst. () Cir. geral () Resid. () Outro ().....

39. Duração da operação:horas,minutos.

40. Outro pessoal que participou do ato operatório:
Intensivista () clínico () cardiologista () nenhum () outros ()

41. Anestesia: via:.....dose:.....duração:.....

42. Anestesia feita por: anesthesiologista () obstetra () clínico geral () parteira()
enfermeira () ignorado () outro ().....

43. Dequitação: placenta: completa sim () não () dúvidas () ignorado ()
membranas: completa sim () não () dúvidas () ignorado ()

44. Puerpério imediato () puerpério tardio ()
hemorragia: sim () não () ignorado ()
infecção puerperal: sim () não () ignorado ()
convulsões: sim () não () ignorado ()
outras complicações:
.....
terapêutica estabelecida:
.....

45. Transfusão de sangue: sim () não () ignorado ()
quantidade:cc data/...../..... hora:
.....cc data/...../..... hora:
.....cc data/...../..... hora:

46. Recém-nascido:
vivo () morto anteparto () morto intraparto () ignorado ()
peso:gr. talha:cm. sexo: M () F () ignorado ()

47. Nível de atenção do parto: 1^{rio} () 2^{rio} () 3^{rio} () Domicílio () outro ()

48. Atendeu o parto: obstetra () médico () parteira () auxiliar ()
estudante () empírica () outro ()

EXAMES COMPLEMENTARES:
Assinalar aqueles com resultados importantes para confirmar ou não a doença ou complicação.
Assinalar também aqueles importantes, mesmo não relacionados à doença atual, porém que podem indicar um diagnóstico de uma causa associada.

50. Laboratório:

Tipo	Data	Resultados

(use o verso se necessário)

51. Raios X

Tipo	Data	Resultados

(use o verso se necessário)

ANEXO III-5

52. Ecografia:

Tipo	Data	Resultados

(use o verso se necessário)

53. Outros exames(Eletrocardiograma, tomografia, ressonancia magnética, etc.)

Tipo	Data	Resultados

(use o verso se necessário)

54. Citologia/biopsia (descrever o material e resultado)

--

(use o verso se necessário)

55. Diagnósticos clínicos finais:

- a).
- b).
- c).

56. Necropsia: sim () não (), local:.....

Data de óbito:/...../..... Data de hospitalização:/...../..... Data de saída:/...../.....

57. Foi óbito: Durante o pré-natal () tempo de gravidez:.....mesesdias
Durante o parto () Após o parto () a mesesdiashorasminutos
Após aborto () amesesdias horasminutos. Ignorado ()

58. Local de óbito: Domicilio() Pronto Socorro() Ambulatório() Hosp. menos de 48 hrs. (...)
Hospital mais de 48 hrs. () Outro () especificar:.....

DATA:...../...../.....

ENTREVISTADOR:.....

ANEXO-IV

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MORTALIDADE MATERNA

ANÁLISE DAS CAUSAS MÚLTIPLAS NO CONTEXTO DE SUA RESPONSABILIDADE E EVITABILIDADE. NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

NECROPSIA

Caso N.º
N.º de Necropsia.....

- 1. Nome**
- 2. Idade** **Endereço:**
 Distrito:
- 3. Data de óbito:...../...../.....** **Horas:** **Necropsia:...../...../.....Horas:**
- 4. Tempo aproximado entre a morte e a necropsia**
- 5. Exame macroscópico de cavidade e segmentos (dados positivos do crânio, torax, abdome, pélvis, pescoço, membros):**
- 6. Exame macroscópico dos órgãos (dados positivos de órgãos macroscopicamente anormais ou daqueles solicitados pelos clínicos):**
- 7. Exame microscópico de órgãos e tecidos (dados positivos):**
- 8. Dados de laboratório de necropsia:**
- 9. Diagnósticos finais de necropsia:**
- 10. Diagnósticos associados não relacionados com a causa básica:**
- 11. Tipo de necropsia: Médico legal () Verificação de óbito () Hosp. completa (), Hosp. incompleta () Parcial ()**

Data:...../...../.....

ENTREVISTADOR:

ANEXO V-1

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS BÁSICAS (CID-9/CID-10), DAS MORTES MATERNAS NOS ATESTADOS ORIGINAIS(AO) E REFEITOS(AR), DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

ATESTADO ORIGINAL/REFEITO CID AGRUPAMENTOS E CASOS	AO		AR	
	CID-9	CID-10	CID-9	CID-10-
	Código	Código	Código	Código

MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRETAS-MMOD

a) ABORTOS

1- Aborto infectado	637.5	O06.0	-	-
Aborto provocado infectado	-	-	636.0	O05.0
2- Aborto retido	632	O02.1	-	-
Aborto provocado infectado	-	-	636.0	O05.0
3- Corpo contundente	E928.9	X59.9	-	-
Aborto incompleto	-	-	634.5	O03.3
4- Aborto provocado	636.0	O05.0	636.0	O05.0
5- Endocardite bacteriana	421.9	I33.9	-	-
Aborto infec. não especificado	-	-	637.0	O06.0
6- Aborto provocado	636.0	O06.0	-	-
Aborto prov c/ perfur. uterina	-	-	636.2	O05.3
7- Endocardite bacteriana	421.9	I33.9	-	-
Aborto espontâneo séptico	-	-	634.0	O03.0
8- Bronquite aguda	466.0	J20.9	-	-
Aborto incompleto espontâneo	-	-	634.5	O03.3
9- Indeterminada	E988.9	Y89.9	-	-
Aborto provocado	-	-	636.0	O05.0
10- Histerectomia recente	621.9	N85.9	-	-
Aborto provocado	-	-	636.0	O05.0

b) HEMORRAGIAS

11- Prenhez tubária rota	633.1	O00.1	633.1	O00.1
12- Prenhez tubária rota	633.1	O00.1	633.1	O00.1
13- Descolamento prematuro de placenta	641.2	O45.0	641.2	O45.0
14- Edema pulmonar-puerpério	648.6	O99.4	-	-
Placenta prévia sem hemorragia	-	-	641.0	O44.0
15- Infarto agudo de miocárdio-puerpério	648.6	O99.4	-	-
Hemorragia uterina puerperal por restos placentários	-	-	666.2	O72.2
16- Moléstia de Chagas-puerpério	647.8	O98.8	-	-
Hemorragia pós-parto por atonia uterina	-	-	666.1	O72.1

(CONTINUA)

ANEXO V-2

(CONTINUAÇÃO ANEXO V)

ATESTADO ORIGINAL/REFEITO CID AGrupamentos e Casos	AO		AR	
	CID-9	CID-10	CID-9	CID-10-
	Código	Código	Código	Código
17- Síndrome da angústia respiratória do adulto- puerpério	648.9	O99.5	-	-
Hemorr. pós-parto por atonia uterina	-	-	666.1	O72.1
18- Atonia uterina	661.2	O62.2	-	-
Hemorr. pós-parto por atonia uterina	-	-	666.1	O72.1
c) TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS				
19- Atonia uterina	661.2	O62.2	-	-
Hemorr. pós-parto por atonia uterina	-	-	666.1	O72.1
20- Edema agudos dos pulmões	518.4	J81	-	-
Eclâmpsia puerperal	-	-	642.6	O15.2
21- "Hellp síndrome"	642.5	O14.0	-	-
Pré-eclâmpsia grave	-	-	642.5	O14.1
22- Hemorragia cerebral	432.0	I61.9	-	-
Hipertensão não especif. do puerpério	-	-	642.9	O16
23- Eclâmpsia	642.6	O15.9	-	-
Pré-eclâmpsia grave	-	-	642.5	O14.1
24- Eclâmpsia	642.6	O15.9	-	-
Eclâmpsia puerperal	-	-	642.6	O15.2
25- Eclâmpsia + Hellp	642.6	O14.0	-	-
Eclâmpsia	-	-	642.6	O15.0
26- Pré-eclâmpsia	642.4	O14.9	-	-
Pré-eclâmpsia grave	-	-	642.5	O14.1
27- Eclâmpsia	642.6	O15.9	-	-
Eclâmpsia na gravidez	-	-	642.6	O15.0
d) INFECÇÕES				
28- Endometrite	615.9	N71.9	-	-
Endometrite puerperal	-	-	670	O85
29- Infecção puerperal	670	O85	670	O85
30- Septicemia	038.9	A41.9	-	-
Corioamnionite	-	-	658.4	O41.1
31- Histerectomia com deiscência de sutura pós-gravidez	659.9	O75.9	-	-
Corioamnionite	-	-	658.4	O41.1
32- Peritonite aguda puerperal	670	O85	670	O85
33- Infecção puerperal	670	O85	670	O85
e) OUTRAS CAUSAS DIRETAS				
34- Esteatose hepática da gravidez	646.7	O26.6	646.7	O26.6
35- Hipertensão complicando a gravidez	642.0	O10.0	-	-
Embolia de líquido amniótico	-	-	673.1	O88.1

(CONTINUA)

ANEXO V-3

(CONTINUAÇÃO ANEXO-V)

ATESTADO ORIGINAL/REFEITO CID AGrupamentos e Casos	AO		AR	
	CID-9	CID-10	CID-9	CID-10-
	Código	Código	Código	Código
36- Indeterminado	799.9	R99	-	-
Embolia pulmonar obstétrica	-	-	673.2	O88.2
37- Hemorragia pós-parto	666.1	O72.1	-	-
Cesariana iterativa	-	-	654.2	O34.2
38- Indeterminada	799.9	R99	-	-
Perfuração uterina por curetagem uterina terapêutica	-	-	E870.0(*)	O34.2
39- Torsão de pedículo vascular ovariano	620.5	N83.5	-	-
Complicação anestésica/raquidiana	-	-	668.8	O74.8
40- Indeterminado-gravidez	646.9	O95	-	-
Morte intra-uterina	-	-	656.4	O36.4
41- Desprendimento prematuro de placenta	641.2	O45.0	-	-
Morte intra-uterina	-	-	656.4	O36.4
42- Puerpério imediato pós-cesariana	669.7	O82.9	-	-
Síndrome de Ogilvie	-	-	669.4	O75.4
MORTES MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS-MMOI				
43- Deficiência de coagulação pós-parto	666.3	O72.3	-	-
Esquistossomose hepática-puerperal	-	-	647.8	O98.8
44- Miocardite crônica-gestação	648.6	O99.4	648.6	O99.4
45- Doença pulmonar obstrutiva crônica	648.9	O99.5	648.9	O99.5
46- Aneurisma dissecante de aorta-gestação	648.6	O99.4	648.6	O99.4
47- Hipertensão arterial	401.9	I10	-	-
Acidente vascular cerebral.Aneurisma gestação	-	-	648.6	O99.4
48- Neoplasia cerebelar	191.6	D43.1	-	-
Neoplasia cerebelar-puerpério	-	-	648.9	O99.8
49- Síndrome de Eisenmenger-gestação	648.6	O99.4	648.6	O99.4
50- Dissecção aguda de aorta-gestação	648.6	O99.4	648.6	O99.4
51- Doença pelo vírus da imunodeficiência adquirida[HIV] não especificada.	279.1	B24	-	-
Doença pelo vírus da imunodeficiência adquirida[HIV]-puerpério	-	-	648.9	O98.9
52- Aneurisma intracerebral/puerpério	648.6	O99.4	648.6	O99.4
MORTES MATERNAS NÃO OBSTÉTRICAS-MMNO				
53- Lesão ulcerada de esôfago/suicídio		X84.9		-
Suicídio por ingestão de soda caustica		-		X83.0
54- Corpo contundente		V89.2		-
Ocupante de automóvel traumatizada por colisão de ônibus		-		V44.6

(CONTINUA)

ANEXO V-4

(CONTINUAÇÃO ANEXO V)				
ATESTADO ORIGINAL/REFEITO CID AGRUPAMENTOS E CASOS	AO		AR	
	CID-9	CID-10	CID-9	CID-10-
	Código	Código	Código	Código
55- Acidente de trânsito		V89.2		-
Pedestre traumatizada por moto/ acidente de trânsito		-		V02.1
56- Agente perfuro-contundente		Y09		-
Homicídio por arma de fogo de mão na rua		-		X93.4
57- Agente corpo contundente		V89.2		-
Ocupante de automóvel traumatizada em colisão com poste		-		V47.6
58- Acidente de trânsito		V89.2		-
Ocupante de ônibus, cai no ônibus		-		V79.8
59- Atropelamento		V09.3		-
Pedestre traumatizada por atropela- mento por caminhão na via pública		-		V04.1
60- Atropelamento		V09.3		-
Pedestre traumatizada por atropela- mento por caminhão na via pública		-		V4.1
61- Ação de instrum. perfuro-contundente		Y09		-
Homicídio por arma de fogo/local não especificado		-		X93.9
MORTES MATERNAS TARDIAS-MMT				
62- Diabetes mellitus		E14.9		-
Diabetes mellitus com coma		-		E14.0
63- Doença pelo vírus da imuno deficiência humana[humana] resultando em tuberculose		B20.0		B20.0
64- Coriocarcinoma		C58		C58
65- Doença pelo [HIV] resultando em outra infecção bacteriana		B20.1		-
Doença pela [HIV] resultando em TBC		-		B20.0
66- Doença pelo [HIV] resultando em toxoplasmose		B20.8		B20.8
67- Paraplegia dos membros inferiores		G82.2		-
Complicação de anestesia raquidiana		-		O74.6
68- Doença pelo[HIV] resultando em infecções múltiplas		B20.7		B20.7
69- Doença pelo[HIV] não especificada		B24		-
Doença pelo [HIV] resultando em infecção bacteriana		-		B20.1

(*) 38- CASO QUE SE CONSIDEROU DENTRO DAS MMOD.

ANEXO VI-A ⁽¹⁾

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS TERMINAIS NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS(AO) E REFEITOS (AR)/CID-10, DOS OBITOS MATERNS CID/10 DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)						MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)		
	Ab	H	TH	I	O	Tot						(1+2+3+4)
	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
CAPÍTULOS E DOENÇAS/CID-10												
1) CAP.X DOENÇAS DO AP. RESPIRATORIO(J00-J99)	1/5	4/5	2/5	2/5	1/6	10/26	3/4	13/30	0/0	13/30	2/3	15/33
Edema Agudo do pulmão(J81)	0/0	3/4	0/3	0/0	0/2	3/9	1/3	4/12	0/0	4/12	0/0	4/12
Insuficiência respiratória aguda(J96.0)	0/2	0/0	0/2	0/0	1/2	1/6	0/1	1/7	0/0	1/7	2/2	3/9
Síndrome de angustia respiratório do adulto(J80)	1/2	1/1	1/0	0/2	0/1	3/6	0/0	3/6	0/0	3/6	0/0	3/6
Broncopneumonia bilateral(J18.0)	0/1	0/0	0/0	0/2	0/1	0/4	0/0	0/4	0/0	0/4	0/1	0/5
Insuficiência respiratória(J96.9)	0/0	0/0	1/0	1/1	0/0	2/1	2/0	4/1	0/0	4/1	0/0	4/1
Broncopneumonia(J95.8)	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
2) CAP.XVIII SINTOMAS SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAME CLÍNICO E DE LABORATORIO NÃO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE(R00-R99)	2/1	0/3	1/1	2/1	4/2	9/8	2/4	11/12	0/0	11/12	0/0	11/12
Choque hipovolêmico(R57.1)	1/1	0/3	0/0	0/0	2/0	3/4	1/2	4/6	0/0	4/6	0/0	4/6
Coma (R40.2)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/2	0/3	0/1	0/4	0/0	0/4	0/0	0/4
Falência de múltiplos órgãos(R68.8)	0/0	0/0	1/0	2/1	0/0	3/1	0/0	3/1	0/0	3/1	0/0	3/1
Choque cardiogênica(R57.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hemorragia não especificada(R58)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Indeterminado(R99)	1/0	0/0	0/0	0/0	2/0	3/0	0/0	3/0	0/0	3/0	0/0	3/0

(CONTINUA)

ANEXO VI-A (2)

(CONTINUAÇÃO)

CONTINUAÇÃO)	TIPOS DE MORTE	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MATERNA CID-10	MMOD(1)						MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)		(1+2+3+4)
		Ab	H	TH	I	O	Tot						
CAPÍTULOS E DOENÇAS/CID-10		ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
3) CAP. XIX LESOES, ENVENENAMENTOS A ALGUMAS													
OUTRAS CONSEQUENCIAS DE CAUSA EXTERNA(S,T)	1/1	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	1/2	0/0	1/2	7/8	8/10	0/0	8/10
Choque traumático(T79.4)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	2/7	2/7	0/0	2/7
Choque séptico pós-cirúrgico(T81.1)	0/1	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/1	0/3	0/0	0/3
Hemorragia interna traumática(S39.6)	1/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	2/0	3/0	0/0	3/0
Traumatismo encefalocraniano(S06.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	2/0	2/0	0/0	2/0
Poli-traumatismo(T07)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0
4) CAP. XIV DOENÇ. AP. GENITURIN.(N00-N99)													
Insuficiência renal aguda(N17.9)	0/1	0/0	0/2	0/0	0/0	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3	0/2	0/5
Necrose hemorrágica do ovário(N83.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
5) CAP I ALG. DOENÇAS INFEÇ. E PARASIT.(A00-B99)													
Choque séptico, sepsis, septicemia não especif.(A41.9)	5/2	0/0	1/0	1/0	0/0	0/0	7/2	0/0	7/2	1/0	8/2	4/1	12/3
Toxoplasmose cerebral(B58.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1
Tuberculose pulmonar (A16.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0
Doença HIV não especifica(B24)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0
6) CAP III DOENÇAS DE SANGUE E DOS ORGÃOS													
HEMATOPOÉTICOS E ALGUNS TRANSTORNOS													
IMUNITARIOS(D50-D89)	0/0	3/0	0/0	0/0	0/0	0/0	3/0	1/1	4/1	1/1	5/2	0/0	5/2
Anemia aguda (D64.9)	0/0	2/0	0/0	0/0	0/0	0/0	2/0	1/0	3/0	1/1	4/1	0/0	4/1
Coagulação intravascular disseminada(D65)	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1

(CONTINUA)

ANEXO VI-A (3)

(CONTINUAÇÃO)

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)						MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)		(1+2+3+4)
	Ab	H	TH	I	O	Tot						
	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
CAPÍTULOS E DOENÇAS/CID-10												
7) CAP. VI DOENÇAS DO SIST. NERVOSO(G00-G99)	0/0	0/0	1/0	0/0	0/1	1/1	1/1	2/2	0/0	2/2	0/0	2/2
Hipertensão intracraniana(G93.2)	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	1/0	1/1	2/1	0/0	2/1	0/0	2/1
Depressão respiratória central (G83.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
8) CAP. IX DOENÇAS DO AP. CIRCULATÓRIO(100-199)	0/0	2/0	2/0	0/0	0/0	4/0	3/0	7/0	0/0	7/0	2/1	9/1
Taquicardia supraventricular(147.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
Hemorragia intra-abdominal(199)	0/0	1/0	1/0	0/0	0/0	2/0	0/0	2/0	0/0	2/0	0/0	2/0
Parada cardio-respiratório(146.9)	0/0	1/0	1/0	0/0	0/0	2/0	0/0	2/0	0/0	2/0	2/0	4/0
Acidente vascular cerebral(164)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Hemopericárdio tamponante(131.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Arritmia cardíaca(149.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
9) CAP. IV DOENÇAS ENDOCRINAS, NUTRIC E METABÓLICAS(E00-E99)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
Distúrbio hidroeletrólítico	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
10) CAP. XI DOENÇAS DO AP. DIGESTIVO(K00-K99)	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Insuficiência hepática(K72)	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
TOTAL	9/10	9/9	7/8	5/6	7/9	37/42	10/10	47/52	9/9	56/61	8/8	64/69

ANEXO VI-B ⁽¹⁾

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS CONSEQUENCIAIS INTERMEDIÁRIAS, NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS (AO) E REFEITOS (AR)/CID-10, DOS ÓBITOS MATERNOS-CID/10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação						MMT(4) TOTAL					
	MMOD(1)					Tot	MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL	TOTAL	(1+2+3+4)
	Ab	H	TH	I	O					(1+2+3)		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
1) CAP. XIX LESOES, ENVENENAMEN. A ALGUMAS												
OUTRAS CONSEQUENCIAS DE CAUSA EXTER.(S,T)	0/4	0/4	0/3	0/4	0/4	0/19	0/0	0/19	2/36	2/54	0/0	2/54
Choque pós-septico, hipov/ pós cirúrgico(T81.1)	0/1	0/2	0/1	0/3	0/3	0/10	0/0	0/10	0/1	0/11	0/0	0/11
Hemotórax bilateral(S27.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/5	0/5	0/0	0/5
Hemoperitônio(S36.8)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/5	0/5	0/0	0/5
Anemia pós-cesariana(T81.0)	0/0	0/2	0/2	0/0	0/0	0/4	0/0	1/4	0/0	1/4	0/0	1/4
Rotura de baço(S36.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/4	0/4	0/0	0/4
Rotura de fígado(S36.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/4	0/4	0/0	0/4
Perfuração uterina(T81.2)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Trauma cranioencefálico(S06.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2
Fratrura múltipla de crânio(S02.7)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2
Ferimento transfixiante de pulmão(S27.3)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2
Fratrura de costelas(S22.4)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2
Choque traumático(T79.4)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2
Depressão do sistema nervoso central(T41.2)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Deiscência de sutura uterina(T81.3)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Ferimento transfixiante de pericárdio(S26.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Ferimento transfixiante de aorta(S25.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Ferimento transfixiante de veia cava sup.(S25.3)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Fratrura de bacia(S32.8)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Rotura uterina(S37.6)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Fratrura de joelho(S82.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Evisceração abdominal pós-cirúrgica(T81.3)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Traumatismo órgãos abomin. e pélvicos(S39.6)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0
Traumatismo órgãos abdominais(S36.7)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0

(CONTINUA)

CONTINUAÇÃO

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)					MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)		ao/ar	ao/ar
	Ab	H	TH	I	O	Tot						
	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10												
2) CAP III DOENÇAS DE SANGUE E DOS ORGÃOS HEMATOPOÉTICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNITARIOS(DF50-D89)	0/4	1/9	0/5	0/4	0/4	1/26	1/5	2/31	0/5	2/36	0/3	2/39
Anemia pós-hemorrágica(D62)	0/3	0/8	0/2	0/1	0/1	0/15	0/2	0/17	0/5	0/22	0/0	0/22
Coagulação intravascular dissenminada(D65)	0/0	0/1	0/1	0/1	0/1	0/4	0/0	0/4	0/0	0/4	0/0	0/4
Trombocitopenia não especificada(D69.6)	0/0	0/0	0/2	0/0	0/1	0/3	1/1	1/4	0/0	1/4	0/0	1/4
Anemia aguda severa(D64.9)	0/1	1/0	0/0	0/1	0/0	1/2	0/0	1/2	0/0	1/2	0/3	3/3
Coagulopatia não especificada(D68.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Reação ao cloranfenicol(D61.1)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
3) CAP XVIII SINTOMAS SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAME CLÍNICO E DE LABORATORIO NÃO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE(R00-R99)	0/4	1/8	1/4	0/1	0/5	2/22	1/2	3/24	0/1	3/25	1/3	4/28
Choque hipovolêmico(R57.1)	0/1	0/5	0/0	0/0	0/0	0/6	0/0	0/6	0/0	0/6	0/0	0/6
Hemorragia intra-abdominal(R58)	0/0	1/2	0/0	0/0	0/0	1/2	1/1	2/3	0/0	2/3	0/0	2/3
Falência de múltiplos órgãos(R68.8)	0/2	0/0	1/0	0/0	0/1	1/3	0/0	1/3	0/0	1/3	0/0	1/3
Caquexia(R64)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/3	0/3
Choque cardiogênico(R57.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/1	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Icterícia não especificada(R17)	0/0	0/0	0/3	0/0	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Coma não especificado(R40.2)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2
Indeterminado(R99)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hematuria franca(R31)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Choque neurogênico(R57.8)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Coma pós parada cardio-respiratória(R40)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Convulsões(R56.8)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
"Toxemia"(R68.8)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0

(CONTINUA)

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)						MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL	ao/ar	(1+2+3+4)
	Ab	H	TH	I	O	Tot				(1+2+3)		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
4) CAP.X DOENÇAS DO AP. RESPIRAT.(J00-J99)	0/1	0/0	1/2	0/5	1/5	2/13	2/3	4/16	1/2	5/18	1/5	6/23
Síndrome de angustia respirat. do adulto(J80)	0/0	0/0	0/2	0/2	1/2	1/6	0/0	1/6	0/0	1/6	0/0	1/6
Insuficiência respiratoria aguda(J96.0)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/1	0/3	0/0	0/3	1/1	1/4
Pneumonia (J18.9)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/1	0/3	0/0	0/3	0/3	3/3
Edema agudo dos pulmões(J81)	0/0	0/0	1/0	0/0	0/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Broncopneumonia(J18.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/1	1/1
Mediastinite(J98.5)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1	0/0	1/1
Pneumotorax a tensão espontanea(J93.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Empiema pleural(J86.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Pleurite purulenta(J94.9)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Piotórax(J86.9)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Doença pulmonar obstrutiva crônica(J44.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
5) CAP.IX DOENÇAS DO AP. CIRCULAT.(I00-I99)	0/1	2/2	1/6	1/1	2/1	5/11	3/8	9/19	0/3	9/21	0/1	9/22
Tromboembolismo pulmonar(I26.9)	0/1	0/0	1/1	1/1	0/0	2/3	0/1	2/4	0/0	2/4	0/0	2/4
Fibrilação ventricular(I49.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/1	0/2	0/1	0/3
Acidente cerebro vascular(I97.8)	0/0	0/1	0/1	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Arritmia ventricular(I49.9)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Hemorragia cerebral(I61.9)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Miocardite crônica(I42.9)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	1/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Cor pulmonale agudo(I26.0)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Insuficiência cardíaca congestiva(I50)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hipertensão arterial pulmonar(I27.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hemopericárdio tamponante(I31.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Taponamento cardíaco(I31.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Cardiomegalia global(I51.7)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Hemorragia meníngea(I60.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Pio pericárdio(I31.8)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1

(CONTINUA)

(CONTINUA)

ANEXO VI-B ⁽⁴⁾

(CONTINUAÇÃO)

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4) TOTAL	
	MMOD(1)					MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL		ao/ar	ao/ar
	Ab	H	TH	I	O	Tot				(1+2+3)		
	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10												
Hemopericárdio traumático(I31.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Infarto agudo de miocárdio(I21)	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Infarto agudo de miocárdio septal(I42.9)	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Hipertensão arterial sistêmica(I10)	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Hemorragia intrabdominal(I99)	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Dissecção aguda de aorta(I71.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
6) CAP. I ALG. DOENC. INFEÇ. E PARASIT.(A00-B99)	1/7	0/0	0/1	3/4	0/1	4/13	0/1	4/14	0/1	4/15	0/8	4/21
Septicemia(A41.9)	1/7	0/0	0/1	3/4	0/1	4/13	0/1	4/14	0/1	4/15	0/2	4/17
Tuberculose pulmonar(A16.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2
Criptococose cerebral(B58.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
Toxoplasmose cerebral(B45.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
7) CAP. XIV DOENÇ. AP. GENITO-URIN.(N00-N99)	0/3	1/0	1/2	0/4	0/4	2/13	0/0	2/13	0/0	2/13	0/2	2/15
Insuficiência renal aguda(N17.9)	0/1	0/0	1/2	0/3	0/4	1/10	0/0	1/10	0/0	1/10	0/2	1/12
Pelviperitonite purulenta(N73.5)	0/2	0/0	0/0	0/1	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Hemorragia uterina aguda(N93.9)	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
8) CAP.XV GRAVIDEZ PARTO OU PUERP.O00-O99)	0/2	0/1	1/0	0/3	1/5	2/11	0/2	2/13	0/0	2/13	0/0	2/13
Endometrite aguda(O85)	0/0	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/1	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Endometrite pós-aborto(O08.0)	0/2	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Cesariana segmento-corporal iterativa(O82.1)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Indução falhada(O61.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Acretismo placentário(O72.0)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Embolia de líquido amniótico(O88.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Óbito fetal(O36.4)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Descolamento prematuro de placenta(O45.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Pós-cesariana(O82.0)	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	2/0	0/0	2/0	0/0	2/0	0/0	2/0

CONTINUA

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação						MMT(4) TOTAL					
	MMOI(1)					MMOI(2)	MMOI(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)	TOTAL (1+2+3+4)	ao/ar	ao/ar
	Ab	H	TH	I	O							
	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10												
9) CAP.XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDADE. E MORTALIDADE(V,W,X,Y)	0/1	0/2	0/0	0/2	0/3	0/8	0/1	0/9	0/0	0/9	0/0	0/9
Histerectomia abdominal subtotal(Y83.6)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/2	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Laparotomia branca/múltiplas(Y83.8)	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Acidente anestésico(Y84.4)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Pancitopenia(Y40.2)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Multitransfusão sanguínea(Y84.8)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Reação a sulfas(Y41.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
10) CAP. VI DOENÇAS DO SIST. NERV.G00-G99)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/4	0/5	0/0	0/5	0/1	0/6
Hipertensão intracraniana(G93.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Depressão respiratória central(G83.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Edema cerebral(G93.6)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hidrocefalia(G91.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Paraplegia de membros inferiores(G82.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
11) CAP XI DOENÇAS DO AP. DIGESTIVO(K00-K99)	1/0	0/0	0/0	1/1	0/2	2/3	0/0	2/3	0/1	2/4	0/0	2/4
Peritonite aguda(K65.0)	0/0	0/0	0/0	1/0	0/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Hepatite transmissível (K75.9)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Insuficiência hepática aguda(K72.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Necrose esôfago-estômago(K22.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Peritonite(K65.9)	1/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
12) CAP II NEOPLASIAS(TUMORES)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1
Carcinomatose(C80)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1
13) CAP XII DOENÇAS DA PELE E DO TEC. CONJUNTIVO(L00-L99)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1
Escara de decubito	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1
TOTAL	2/27	5/26	5/23	5/29	4/35	21/140	7/26	28/166	3/48	31/214	4/23	35/237

ANEXO VI-C ⁽¹⁾

DISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS CONTRIBUINTE NOS ATESTADOS DE ÓBITO ORIGINAIS (AO) E REFEITOS (AR)/CID-10, DOS ÓBITOS MATERNOS CID/10, DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO S.P.-BRASIL. DEZEMBRO 1993-MAIO 1994.

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)						MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL	ao/ar	(1+2+3+4)
	Ab	H	TH	I	O	Tot				TOTAL (1+2+3)		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
1) CAP.XV GRAVIDEZ PARTO OU PUERP.O00-O99)	0/3	0/4	0/5	0/4	0/7	0/23	0/1	0/24	0/1	0/25	0/5	0/30
Cesariana prévia(O34.2)	0/2	0/4	0/1	0/2	0/3	0/12	0/1	0/13	0/1	0/14	0/5	0/19
Hipertensão arterial crônica associada à gestação(O10.0)	0/0	0/0	0/2	0/1	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Gravidez dupla(O30.0)	0/1	0/0	0/1	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Diabetes gestacional(O24.9)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/2	0/0/	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Trabalho de parto prematuro(O60)	0/0	0/0	1/0	0/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Hemorragia pós-cesariana por restos placen.(O72.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Pre-eclâmpsia moderada(O14.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Cesariana de emergência(O82.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
2) CAP.IX DOENÇAS DO AP. CIRCULAT.(I00-I99)	1/3	1/4	0/3	0/0	0/1	2/11	2/6	4/17	0/0	4/17	0/1	4/18
Tromboembolismo pulmonar(I26.9)	1/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Hemoperitônio(I99)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Endocardite vegetante de valva aórtica(I35.8)	0/2	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Hipertensão crônica(I10)	0/0	0/2	0/1	0/0	0/1	0/4	0/3	0/7	0/0	0/7	0/1	0/8
Cor pulmonale(I27.9)	0/0	1/1	0/0	0/0	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Doença cardíaca hipertensiva(I11.9)	0/0	0/1	0/1	0/0	0/0	0/2	0/1	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Tromboflebite crônica de membros inferiores(I80.3)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Aneurisma dissecante de aorta(I71.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Aneurisma cerebral não roto(I67.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Aterosclerose de aorta(I70.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
3) CAP.III DOENÇAS DE SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS E ALGUNS TRANSTORNOS IMUNTÁRIOS(D50-D89)	0/2	0/2	0/2	0/2	0/3	0/11	2/1	2/12	0/0	2/12	0/4	2/16
Anemia não especificada(D64.9)	0/2	0/1	0/2	0/2	0/3	0/10	0/1	0/11	0/0	0/11	0/3	0/14
Anemia nutricional não especificada(D53.9)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/1	0/2

CONTINUA

ANEXO VI-C (2)

CONTINUAÇÃO

TIPOS DE MORTE MATERNAL CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)						MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL	(1+2+3+4)	
	Ab	H	TH	I	O	Tot				(1+2+3)		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
Plaquetopenia(D69.6)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Defeito de coagulação não especificada(D68.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
4)CAP I ALG. DOENC. INFEÇ. E PARASIT.(A00-B99)	0/0	1/2	0/1	0/0	0/0	1/3	0/1	1/4	0/0	1/4	0/3	1/7
Moléstia de Chagas agudo(B57.1)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Esquistossomiasse(B65.1)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Tricuriasse(B79)	0/0	0/0	0/1	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Ascaridíase intestinal(B77.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Doença pelo HIV não especificado(B24)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
Toxoplasmose cerebral(B58.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
Criptococose cerebral(B45.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
Moléstia de Chagas/crônica(B57.2)	0/0	1/0	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
5) CAP XI DOENÇAS DO AP. DIGESTIVO(K00-K99)	0/0	2/3	0/1	1/0	0/0	3/4	0/1	3/5	1/0	4/5	0/0	4/5
Esteatose hepática(K76.0)	0/0	1/1	0/1	0/0	0/0	1/2	0/0	1/2	0/0	1/2	0/0	1/2
Gastroenterite aguda não especificada(K52.9)	0/0	0/1	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Cirrose hepática(K74.6)	0/0	1/1	0/0	0/0	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Congestão passiva do fígado(K76.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1
Lesão ulcerada de esôfago(K22.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0
Hepatite transmissível(K75.9)	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
6) CAP. XIV DOENÇ. AP. GENITURIN.(N00-N99)	0/0	0/0	1/0	0/1	0/2	1/3	0/1	1/4	0/0	1/4	0/0	1/4
Insuficiência renal aguda(N17.9)	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Infecção trato urinário(N59.0)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/2	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3	0/0	0/3
Úlcera herpética genital(N77.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
7) CAP V TRANST. MENTAIS E COMPORT.(F00-F99)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/4	0/4
Alcoolismo crônico(F10.2)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/2
Psicose puerperal(F53.1)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação										MMT(4)	TOTAL
	MMOD(1)					MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)		ao/ar	(1+2+3+4)
	Ab	H	TH	I	O	Tot						
	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar		
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10												
Farmacodependencia(F19)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
8) CAP.X DOENÇAS DO AP. RESPIRAT.(J00-J99)	0/2	0/0	1/0	1/1	1/0	3/3	0/0	3/3	0/0	3/3	1/0	4/3
Bronquite aguda(J20)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Asma bronquial(J45.9)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Bronquite crônica(J42)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Síndrome de angústia resp. do adulto(J80)	0/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
Broncopneumonia(J18.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	1/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	1/0	2/0
Edema agudo dos pulmões(J81)	0/0	0/0	1/0	0/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0	0/0	1/0
9) CAP IV DOEN. ENDOC., NUT. E METAB(E00-E90)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	1/2	1/3
Desnutrição(E46)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/1	0/2
Diabetes mellitus(E14.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1
10) CAP.XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBIL. E MORTALIDADE(V,W,X,Y)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/1	0/3
Histerectomia com deiscencia/recente(Y83.6)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Efeito adversa de quimioterapia(Y43.3)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
11) CAP II NEOPLASIAS(TUMORES)	0/0	0/0	0/2	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Leiomioma do corpo uterino(D25.9)	0/0	0/0	0/2	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
12) CAP. VI DOENÇAS DO SIST. NERV.G00-G99)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/1	0/2
Poliradiculoneurite(G62.9)	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Epilepsia(G40.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1
13) CAP.XIX LESÕES, ENVENENAMEN. A ALGUMAS OUTRAS CONSEQUENCIAS DE CAUSA EXTER.(S,T)	0/2	0/0	0/0	0/0	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2	0/0	0/2
Lesão vasos renais(S35.4)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hematoma retroperitoneal(S36.8)	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1

CONTINUA

ANEXO VI-C (4)

CONTINUAÇÃO

TIPOS DE MORTE MATERNA CID-10	MM relacionada à gestação						MMT(4) TOTAL					
	MMOD(1)					MMOI(2)	MMO(1+2)	MMNO(3)	TOTAL (1+2+3)	TOTAL (1+2+3+4)		
	Ab	H	TH	I	O							
CAPÍTULOS E DOENÇAS CID-10	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar	ao/ar
14) CAP XVII MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS(Q00-Q99)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Síndrome de Eisenmenger(Q21.9)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
15) CAP XIII DOENÇAS DO SIST. OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONETIVO(M00-M99)	0/0	0/0	1/1	0/0	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
Doença mista de tecido conetivo(M35)	0/0	0/0	1/1	0/0	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1	0/0	1/1
16) CAP XVIII SINTOMAS SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAME CLÍNICO E DE LABORATÓRIO NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE(R00-R99)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
Hepatomegalia(R16.0)	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	0/1	0/0	0/1	0/0	0/1
TOTAL	1/13	4/15	2/15	2/10	1/14	11/67	5/13	16/80	1/1	17/81	2/21	19/102