

Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o Ano de 1996

Maternal Mortality in São Paulo City in 1996

Luis Carlos Pazero, Paulo Afonso Ferrigno Marcus
Carlos Eduardo Pereira Vega, Krikor Boyacian
Sônia Antonini Barbosa

RESUMO

Objetivos: estabelecer uma lista das doenças que provocaram óbito materno por ordem de frequência.

Métodos: no ano de 1996 foram registrados 65.406 óbitos no Município de São Paulo, sendo que 26.778 foram mulheres. Destas, 4.591 se encontravam na faixa entre 10 e 49 anos. Realizamos uma análise deste último grupo, tendo por crivo o campo "Causa da Morte" da Declaração de Óbito, onde tentamos estabelecer alguma correlação entre a patologia ali descrita e o ciclo gravídico-puerperal. Separamos para um estudo mais aprofundado 293 Declarações de Óbito, das quais selecionamos, após pesquisa hospitalar e/ou visita domiciliar, um total de 119 casos positivos para morte materna. Os casos positivos para morte materna foram então tabulados, agrupados e analisados por idade e patologia, utilizando-se os grandes grupos de assistência.

Resultados: dos 119 casos positivos para morte materna não havia referência ao estado gravídico-puerperal em 53 deles, ou seja, 40,54% de subnotificação. Os casos foram agrupados por patologia, sendo que encontramos um predomínio de casos de eclâmpsia/pré-eclâmpsia (18,02%), seguidos pelos casos decorrentes de complicações hemorrágicas de terceiro trimestre e puerpério (12,61%), complicações de aborto (12,61%), infecção puerperal (9,91%) e cardiopatias (9,91%).

Conclusões: pela primeira vez estamos divulgando o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardio para o Município de São Paulo, que foi de 51,33/100.000 nascidos vivos. Utilizamos para divulgação oficial, porém, o Coeficiente de Mortalidade Materna para óbitos até 42 dias de puerpério, que para o Município de São Paulo foi de 48,03/100.000 nascidos vivos. Lembramos que a este valor não se deve aplicar nenhum fator de correção, tendo em vista termos feito uma busca ativa de casos.

PALAVRAS-CHAVE: Complicações da gravidez. Mortalidade materna. Eclâmpsia. Cardiopatia na gravidez. Complicações hemorrágicas na gravidez.

Introdução

A determinação do Coeficiente de Mortalidade Materna vem se firmando como um índice de extrema importância para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde voltados para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e das condições sócio-econômicas de uma determinada região. O tema ganhou tal magnitude que deu origem ao I Congresso Mundial de Mortalidade Materna, em Marrakesh (Marrocos)⁸, onde foram apresentadas as mais diversas realidades das comunidades participantes e discutidas soluções para equacionar o problema.

No evento foi apresentado o trabalho desenvolvido pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo com os dados referentes ao período de abril de 1993 a dezembro de 1995, dando a conhecer as principais causas de morte materna e apresentando o Coeficiente de Mortalidade Materna para o Município que mais se aproxima do real e que se encontra ao redor de 50/100.000 nascidos vivos (NV). No Congresso houve divulgação de índices continentais tais como: Europa 36/100.000 NV, Américas 140/100.000 NV, África (Meio-Oeste e Norte) 300/100.000 NV, Ásia Pacífico 390/100.000 NV, Ásia Central 560/100.000 NV e África (Sub-Saara) 980/100.000 NV⁸.

A Organização Mundial de Saúde considera como aceitável um Coeficiente de Mortalidade Materna em torno de 10 e até no máximo 20 mortes maternas/100.000 nascidos vivos. Países desenvolvidos possuem coeficientes abaixo de 10¹³, como é o caso da Bélgica (3), Canadá (4) e Estados Unidos (9). Os países menos favorecidos⁶ possuem coeficientes alarmantes, como a Bolívia (480), Peru (303) e o Paraguai (270). O Brasil começa a ter uma noção mais próxima da sua realidade com a criação dos Comitês de Morte Materna, que procedem a uma busca ativa dos casos e cujos últimos dados não-oficiais apontam para um Coeficiente de Mortalidade Materna para o Brasil ao redor de 98/100.000 NV.

Os Comitês de Mortalidade Materna têm a responsabilidade da determinação real do Coeficiente de Mortalidade Materna do município em que atuam, assim como apontar falhas nos recursos envolvidos no atendimento à mulher e apresentar sugestões para que as mesmas possam ser corrigidas, contribuindo para a queda deste coeficiente.

O objetivo deste trabalho foi o de estabelecer um diagnóstico das patologias que provocam o óbito materno por ordem de frequência, correlacionando-as com a idade materna, assim como determinar o Coeficiente de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo.

Métodos

A pesquisa foi realizada por intermédio do Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, composto por representantes da Secretaria Municipal de Saúde e seus membros que provêm do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Rede Hospitalar Municipal, Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - CEPI, Conselho Municipal de Saúde e da Área Jurídica, além de representantes da Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselho Regional de Medicina e Movimento de Mulheres em conjunto com os Comitês Regionais de Mortalidade Materna, de composição semelhante, excluindo-se a representação do Conselho Regional de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da USP⁵.

Durante o ano de 1996 ocorreram 65.406 óbitos no Município de São Paulo. Foram vistas todas as Declarações de Óbito e criteriosamente separadas para estudo 293 casos nos quais a morte materna era declarada ou suspeita, tomando-se por base o que havia sido relatado no campo "Causa da Morte". Foram excluídas desta análise as mulheres com 9 anos ou menos, com 50 anos ou mais e aquelas que apresentaram morte violenta declarada, respeitando-se os critérios aceitos mundialmente. Cabe aqui esclarecer que os casos suspeitos englobam todos os processos infecciosos, doenças agudas ou crônicas que potencialmente possam ter influência sobre o ciclo gravídico-puerperal e que porventura tenham contribuído para o êxito letal. Nossa base de dados foi o PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade), órgão onde estão concentradas todas as Declarações de Óbito da cidade, sendo este vinculado à Secretaria de Saúde do Município. A partir deste ano, começamos a investigar as mortes maternas que ocorreram desde o 43º dia até 1 ano após o parto, obedecendo a nova orientação da Organização Mundial de Saúde (Coeficiente Tardio de Mortalidade Materna), definida pela CID-10¹². Os casos foram complementados com investigação no Instituto Médico Legal, no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo e em outros serviços, quando houve realização de exame necroscópico, pelo Comitê Central de Mortalidade Materna por meio dos representantes do Programa de Atenção à Saúde da Mulher de COAS/SMS. Os 293 casos selecionados foram então separados por Administração Regional de Saúde e enviados para pesquisa, tendo por base o endereço de residência da falecida.

As investigações de campo foram realizadas pelos Comitês Regionais de Mortalidade Materna, distribuídos pelas 10 Administrações Regionais de Saúde, através do levantamento de prontuários em nível hospitalar e

visitas domiciliares, com aplicação de questionário padrão com anotação da história e dados fornecidos pelos familiares da falecida.

Concluída a investigação regional, os casos eram então discutidos localmente pelo Comitê Regional de Mortalidade Materna, sendo posteriormente encaminhados ao Comitê Central para análise, classificação e tabulação.

Acompanhando a tendência mundial, os casos positivos para morte materna foram classificados e distribuídos em 4 categorias distintas, tendo-se por base a CID-9. Atualmente, utilizamos a CID-10 para classificação dos casos, porém obedecendo aos mesmos critérios preconizados pela CID-9⁶:

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

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

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

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

Cabe aqui a ressalva de que para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna são utilizados apenas os casos de morte materna direta ou indireta.

Resultados

Dos 293 casos encaminhados para investigação pelas 10 regionais obtivemos 152 casos (51,88%) que não tinham relação e 119 casos (40,61%) que foram positivos para morte materna. Em 22 casos (7,51%), até a presente data não obtivemos retorno da investigação. Dentre os casos positivos de morte materna, 7 casos (5,88%) ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto e serão utilizados para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna Tardia. Detectamos ainda 9 casos (7,56%) de morte materna não-relacionada e 1 caso (0,84%) de morte materna em que se constatou ocorrência de violência após a investigação domiciliar, sendo excluídos do cálculo dos coeficientes de

mortalidade materna. O percentual de casos com investigação incompleta vem decaindo no decorrer dos últimos 4 anos de pesquisa, o que nos dá um índice de cobertura atual de investigação de mais de 90% dos casos encaminhados.

Agrupamos um total de 111 casos positivos para morte materna (excluídos os 7 casos de morte materna tardia e 1 caso de morte materna em que se constatou violência), cujos dados são apresentados a seguir. Apenas 2 casos apresentaram óbito fora do ambiente hospitalar (ambos ocorreram no domicílio, por infarto agudo do miocárdio). O estudo necroscópico foi realizado em 65 casos (58,56%), conforme detalhado na Tabela 1. Em 52 casos (46,85%) o óbito ocorreu em um hospital localizado em uma Administração Regional de Saúde diferente da área de abrangência do endereço da falecida.

Tabela 1 - Local de realização de exame necroscópico nos casos positivos para morte materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996.

LOCAL	CASOS
Serviço de Verificação de Óbitos	53
Instituto Médico Legal	11
Outros serviços de necropsia	1
Sem referência à realização de necropsia	28
Não realizada	18
TOTAL	111

Detectamos um índice de cesarianas da ordem de 40,54% (45 casos) e 14,4% de partos normais (16 casos). Em 30 casos (27,03%) o óbito materno ocorreu com feto intra-útero (sendo 13 no segundo trimestre, 12 no terceiro, 4 no primeiro e em 1 caso sem referência à idade gestacional). Dentre os 20 casos restantes, constatamos 14 decorrentes de complicações de aborto e em 6 não conseguimos determinar o tipo de atendimento (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de morte materna segundo o tipo de parto, no Município de São Paulo durante o ano de 1996.

TIPO DE PARTO	CASOS	%
Cesárea	45	40,54
Normal	16	14,41
Aborto	14	12,61
Não realizado (1°, 2° e 3° trimestres)	30	27,03
Sem referência	6	5,41
TOTAL	111	100,00

A morte materna foi explicitada no campo "Causa da Morte" (morte materna declarada) somente em 66 casos (59,46%).

Os casos foram então distribuídos segundo a faixa etária onde ocorreu o óbito (Tabela 3) e posteriormente agrupados de acordo com a patologia básica que originou o óbito, utilizando-se a CID-10 (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de morte materna segundo a idade, no Município de São Paulo durante o ano de 1996.

FAIXA ETÁRIA (anos)	Nº. DE ÓBITOS	%
10 a 14	0	0,00
15 a 19	13	11,71
20 a 24	27	24,33
25 a 29	25	22,52
30 a 34	24	21,62
35 a 39	14	12,61
40 a 44	6	5,41
45 a 49	2	1,80
TOTAL	111	100,00

Como patologia isolada, os casos de eclâmpsia/pré-eclâmpsia (18,02%) apareceram como a principal causa de óbito no ciclo gravídico- puerperal, seguido pelos quadros hemorrágicos (12,61%) e pelas complicações de aborto (12,61%).

Apesar de notarmos 42 casos resultantes de doença preexistente ou que se desenvolveu durante

a gravidez, não-devida às causas diretas mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gestação, este número contém um agrupamento de diversas patologias (cardiopatias, broncopneumonias, DPOC, AVC, hepatopatias, etc.).

Na análise das mortes maternas diretas (responsáveis por 57,66% das ocorrências) percebemos que, entre os 20 casos de eclâmpsia e pré-eclâmpsia, a morte materna foi referida na Declaração de Óbito em 17 deles (85,00%), porém o campo referente à pesquisa de gravidez e puerpério não foi respondido em 12 casos (60,00%). No estudo individual dos casos verificamos que cesárea foi indicada e realizada em 14 destes (70,00%), pela gravidade do quadro clínico observado. Anotamos a ocorrência de 2 casos (10,00%) de hemorragia interna (1 rotura hepática e 1 hematoma pélvico) decorrentes do quadro hipertensivo. A necropsia foi realizada em 9 casos (45,00%).

Dentre as pacientes com 14 complicações de aborto, houve referência explícita à morte materna em metade, porém em 8 casos (57,14%) não houve preenchimento do campo sobre gravidez e puerpério. As complicações decorrentes de tentativas para provocar um aborto estiveram presentes em 5 casos (35,71%), e a "causa mortis" em 3 casos foi a septicemia, 1 hemorragia e 1 por ingestão de produto químico (babosa), que ocasionou um quadro de insuficiência renal aguda. Dos casos restantes, 3 (21,43%) apresentaram hemorragia, 2 (14,29%) foram gestações ectópicas, 1 apresentou complicações decorrentes de anemia falciforme, 1 por insuficiência cardíaca congestiva, 1 por hiperêmese gravídica e 1 por septicemia de aborto não-provocado.

Tabela 4 - Classificação por faixa etária segundo patologia apresentada, dos casos de morte materna do Município de São Paulo durante o ano de 1996. Baseado na CID-10.

CID	IDADE (anos)								TOTAL
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia		3	3	7	3	4			20
PP-DPP-Atonias e Acretismos			4	4	2	2	2		14
Complic.de Aborto/Grav.Ectópica e Molar		3	4	4	1	2			14
Infecção Puerperal			3	2	2	2	1	1	11
Complicações Venosas no Puerpério			1						1
Complicações Anestésicas		1			1				2
Casos Inconclusivos					1	1			2
Hipertensão Arterial Crônica		1			2		1	1	5
Outras Doenças (não infecciosas)		1	10	6	5	2	2		26
Outras Doenças (infecciosas)		4	2	2	7	1			16
TOTAL	0	13	27	25	24	14	6	2	111

Dos 14 casos de hemorragia envolvendo desde o terceiro trimestre até o pós-parto imediato obtivemos confirmação na Declaração de Óbito em 13 deles (92,86%). O campo sobre gravidez e puerpério foi preenchido em 4 casos (28,57%). Dos casos apurados, 2 óbitos (14,29%) foram decorrentes de complicações oriundas de placenta prévia e 12 casos (85,71%) ocorreram após o parto, por fatores variados tais como atonia uterina (8 casos), acretismo (2 casos), coagulopatia de consumo (1 caso) e 1 caso de hemorragia intra-abdominal pós-cesárea que evoluiu para choque hipovolêmico. A cesárea foi indicada em 10 casos (71,43%), 3 evoluíram para parto normal (21,43%) e em 1 caso (7,14%) não obtivemos dados sobre a via de parto.

Quanto aos 11 casos apurados de infecção puerperal, em 7 (63,64%) houve referência à morte materna na Declaração de Óbito e a necropsia foi realizada em 6 casos (54,55%). O parto normal foi realizado em 5 casos (45,46%) e a cesárea em 4 (36,37%). Uma paciente evoluiu para óbito com feto intra-útero por amniorrexe prematura e não obtivemos referência quanto à via de parto em 1 caso.

Dentre as complicações venosas no puerpério, em 1 caso (0,90%) a morte materna ocorreu 31 dias após uma cesárea por pré-eclâmpsia, decorrente de uma trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo, complicada por um acidente vascular cerebral isquêmico.

Encontramos ainda 2 casos (1,80%) em que, até o momento, não conseguimos definir a causa do óbito materno. Em um destes casos a paciente apresentou um quadro de descerebração seguida de parada cardíaca durante uma indução de trabalho de parto, sendo que o exame necroscópico foi inconclusivo (relata apenas um discreto edema cerebral), e no outro houve o aparecimento de edema agudo de pulmão sem nenhum fator desencadeante, no pós-parto imediato de cesárea.

Dos 111 óbitos analisados, as mortes maternas obstétricas indiretas e as não-relacionadas foram responsáveis por 34,23% e 8,10%, respectivamente. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 16 óbitos maternos, sendo 7 deles (43,75%) confirmados pela Declaração de Óbito. A necropsia foi realizada em 10 casos (62,50%) e o questionamento sobre gravidez e puerpério respondido em 6 casos (37,50%).

Dos 26 casos nos quais havia uma patologia associada que contribuiu para o óbito, houve menção à gestação no campo "Causa da Morte" em 11 deles (42,31%) e o preenchimento dos dados sobre gravidez e puerpério ocorreu em 9 casos (34,62%). A necropsia se deu em 18 destes óbitos (66,67%). Nos 11 casos (42,31%) em que a

cardiopatia esteve presente, a insuficiência cardíaca congestiva e o infarto agudo do miocárdio foram responsáveis por 5 e 6 óbitos, respectivamente.

Os 5 casos (4,50%) de morte materna por hipertensão arterial crônica foram confirmados por meio de necropsia (3 casos) e por avaliação de prontuário e/ou visita domiciliar. Em 4 casos (80,00%) não houve preenchimento do campo relativo a presença do ciclo gravídico-puerperal, apesar de que em 3 deles a morte materna foi declarada no campo "Causa da Morte".

Os casos foram separados segundo os critérios de classificação descritos anteriormente (Tabela 5), nos quais verificamos um predomínio dos casos obstétricos diretos quando comparados aos de morte materna obstétrica indireta.

Tabela 5 - Classificação da etiologia dos casos de morte materna (excluídos os de morte materna tardia) do Município de São Paulo no ano de 1996, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10)

Causas declaradas e/ou confirmadas após investigação	n	Total	%	Total %
Óbitos Maternos Diretos		64		57,66
Eclâmpsia - Pré-Eclâmpsia	20		18,02	
Hemorragia	14		12,61	
Complicações de aborto	14		12,61	
Infecção	11		9,91	
Choque anafilático	2		1,80	
Complicações venosas	1		0,90	
Patologias mal-definidas	2		1,80	
Óbitos Maternos Indiretos		38		34,23
Cardiopatias	11		9,91	
Broncopneumonia	6		5,41	
Hipertensão Arterial Crônica	5		4,50	
DPOC	4		3,60	
AVC	2		1,80	
Septicemia	2		1,80	
Hepatopatia	3		2,70	
Varicela	1		0,90	
Pielonefrite	1		0,90	
Esquistossomose	1		0,90	
Epilepsia	1		0,90	
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1		0,90	
Não-Relacionados		9		8,11
Neoplasias	4		3,60	
AIDS/SIDA	3		2,70	
Meningite	1		0,90	
Apendicite	1		0,90	
Morte Violenta (excluída do cálculo geral)	1			
TOTAL		111		100,00

Ao agruparmos os 111 casos de morte materna tomando-se por referência as grandes síndromes, notamos uma prevalência das infecções (puerperais, por complicações de aborto, virais e parasitárias), perfazendo um total de 24,32% dos

casos, seguidas pela hipertensão arterial (eclâmpsia/pré-eclâmpsia e hipertensão arterial crônica) com 22,52% e pelas hemorragias (atonía uterina, complicações de aborto, hepatopatias, acretismo, placenta prévia, coagulopatias, etc) com 20,72% .

Levando-se em conta o local onde ocorreu o óbito, separamos os 109 casos onde o fato se deu dentro de um ambiente hospitalar segundo o tipo de atendimento prestado (conveniado/privado, público estadual ou público municipal) e relacionamos ainda os 2 casos em que o óbito se deu no domicílio (Tabela 6).

Conforme dito anteriormente, a partir deste ano estaremos contabilizando os casos de morte

Tabela 6 - Distribuição dos casos positivos para morte materna no Município de São Paulo em 1996, segundo o local em que ocorreu o óbito.

LOCAL	ÓBITO	%
Hospital Privado/Conveniado	53	47,75
Hospital Público Estadual	30	27,03
Hospital Público Municipal	26	23,42
Domicilio	2	1,80
TOTAL	111	100,00

materna tardia (mortes maternas que ocorreram entre 43 dias e 1 ano após o parto ou aborto). Os casos foram relacionados em separado, de acordo com a patologia básica que originou o óbito (Tabela 7). À frente de cada caso foi colocado o tempo em meses que transcorreu entre o procedimento obstétrico (parto, curetagem ou cirurgia) e o óbito.

Dos 7 casos contabilizados, houve

Tabela 7 - Agrupamento dos casos detectados de morte materna (recente e tardia) do Município de São Paulo no ano de 1996, segundo as grandes entidades patológicas (Baseado na CID-10).

Causas declaradas e/ou confirmadas após investigação	n	Total	%	Total %
Morte Materna até 42 dias		111		94,07
Morte Materna Tardia (43 dias a 1 ano do parto)		7		5,93
Broncopneumonia (3,5)*	1		0,85	
Infarto Agudo do Miocárdio (2)*	1		0,85	
Infecção Hospitalar (2,5)*	1		0,85	
Tromboembolia Pulmonar (3)*	1		0,85	
Lúpus Eritematoso Sistêmico (10)*	1		0,85	
Insuficiência Cardíaca Congestiva (8)*	1		0,85	
Insuficiência Renal Crônica (2,5)*	1		0,85	
TOTAL		118		100,00

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

referência explícita à presença do estado gestacional (prenhez tubárea rota) apenas em um, cujo óbito se deu decorrente de uma infecção hospitalar contraída por complicações do ato cirúrgico. Em 6 casos (85,71%), o campo que questiona gravidez ou puerpério não foi preenchido. Em 6 casos o óbito ocorreu dentro de um ambiente hospitalar e em 1 caso (infarto do miocárdio) o óbito ocorreu no domicílio. A necropsia foi realizada em 3 casos (42,86%).

Discussão

Na análise das Declarações de Óbito constatamos o preenchimento inadequado da maioria dos campos nela contidos, principalmente no que se refere à escolaridade (37,3% das Declarações de Óbito sem dados) e no questionamento sobre gravidez e puerpério (campo 36 ou 37 conforme a Declaração), nos quais o campo foi preenchido em 68 casos (24,1%) de um total de 283 Declarações que possuíam o referido item. Fato mais relevante foi que dentre as 67 Declarações de Óbito nos quais a morte materna estava explicitada no campo "Causa da Morte" (morte materna declarada) o campo 36/37 só foi preenchido em 24 casos (35,82%).

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

Quanto aos dados referentes à raça, um campo específico foi agregado à nova Declaração de Óbito, sendo que durante o ano de 1996 os dados obtidos foram extraídos dos laudos necroscópicos e da visita domiciliar. Acreditamos que no relatório referente ao próximo ano poderemos tecer mais considerações a respeito.

Estas dificuldades encontradas na análise da Declaração de Óbito e na pesquisa de campo (visita hospitalar e domiciliar) continuam presentes e já foram objeto de consideração em pesquisas anteriores^{1,2,3,5,9,10}.

Quanto ao local de óbito, notamos um atendimento hospitalar presente em 98,20% dos 111 casos positivos para morte materna, porém não temos dados para opinar sobre a qualidade deste atendimento. Este percentual é um pouco maior do que o registrado no ano de 1995, que foi de 94,6%^{9,10}.

Encontramos uma subnotificação do estado

gravídeo-puerperal em 40,54% dos casos positivos para morte materna analisados. Este valor vem aumentando com o passar dos anos^{3,5,10}, fato este atribuído por nós a uma piora na qualidade da informação da Declaração de Óbito e uma melhora na investigação dos casos.

Quanto à via de parto observada nos casos de morte materna, notamos a ocorrência de 45 cesarianas (40,54%), valor este elevado e muito acima do aceito pela OMS (10 a 15%). Na análise dos casos, entretanto, devemos considerar que à maior parte deles estava associado um quadro clínico de alta gravidade e que por si justificaria o procedimento realizado. Este fato é corroborado pela presença de 30 casos (27,03%) em que o óbito materno se deu com feto intra-útero nos quais, em pelo menos 12 deles, constatamos gestações de terceiro trimestre.

Notamos ainda que, em praticamente metade dos casos (46,85%), o óbito ocorreu em serviços localizados em outras Administrações Regionais de Saúde, mostrando que o atendimento regionalizado precisa ser aprimorado, evitando que a gestante/puérpera tenha que proceder a grandes deslocamentos para obter cuidados médicos.

Na análise sindrômica, notamos os quadros infecciosos como os maiores causadores de morte materna, sendo que as infecções puerperais encabeçam a relação em conjunto com os quadros de eclâmpsia e pré-eclâmpsia.

Na Tabela 8 correlacionamos a projeção da população de mulheres distribuída por faixa etária entre 10 e 49 anos (objeto de nosso estudo) no Município de São Paulo no ano de 1995 conforme dados obtidos da Fundação SEADE, o número de casos de morte materna de 1996, o número de nascidos vivos em 1996 e efetuamos o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

Lembramos que apesar de termos 111 casos positivos para morte materna em 1996, utilizamos para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna somente os casos de morte materna direta ou indireta, obedecendo-se a critérios aceitos mundialmente, o que reduziu nosso "pool" para 102 casos.

Verificamos ainda na Tabela 8 que 16,39% do total de gestações ocorrem até os 19 anos, correspondendo a um Coeficiente de Mortalidade Materna Específico de 35,46/100000 NV para esta faixa etária. Este alto índice de gestação na adolescência vem nos trazendo preocupação.

Em números absolutos temos um predomínio de casos na faixa etária de 20 a 24 anos, que vai decrescendo quando atingimos faixas etárias superiores. Porém, quando correlacionamos os casos de morte materna direta ou indireta com o número de nascidos vivos em cada faixa etária

Tabela 8 - Distribuição da população feminina do Município de São Paulo na faixa de 10 a 49 anos - (Projeção - Julho 1995), dos casos positivos diretos e indiretos de morte materna apurados em 1996, do número de nascidos vivos em 1996 e cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária.

Idade	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10 a 14	445.458	0	970	0,00	0,46
15 a 19	432.151	12	33.840	35,46	15,93
20 a 24	423.236	25	60.139	41,57	28,32
25 a 29	448.464	23	56.105	40,99	26,42
30 a 34	457.689	21	38.378	54,72	18,07
35 a 39	419.323	14	16.292	85,93	7,67
40 a 44	361.023	5	3.550	140,85	1,67
45 a 49	293.559	2	289	692,04	0,14
ignorada	0	0	2.777	0,00	1,31
50 anos ou +	905.164*	0	26	0,00	0,01
TOTAL	4.186.067	102	212.366	48,03	100,00

(1) População feminina do Município de São Paulo - Projeção Julho/1995

(2) Mortes maternas diretas, indiretas ou indeterminadas do Município de São Paulo em 1996

(3) Número de nascidos vivos por faixa etária da mãe no Município de São Paulo em 1996

(4) Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária do Município de São Paulo em 1996

(5) Porcentagem de nascidos vivos por faixa etária do Município de São Paulo em 1996

* Esta população foi aqui mencionada pelo fato de existirem 26 nascidos vivos de mulheres acima de 50 anos

Fontes: (1) e (3) - Fundação SEADE

(2) Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo

(Coeficiente de Mortalidade Materna por faixa etária) verificamos que este indicador vai aumentando progressivamente, à medida que analisamos as faixas etárias mais elevadas.

Como era de se esperar, o aumento progressivo do Coeficiente de Mortalidade Materna de acordo com a faixa etária denota que quanto maior for a idade, maior é o risco de óbito materno. Gostaríamos de ressaltar a nossa preocupação quanto ao fato de termos constatado 26 casos de gravidez na faixa etária acima dos 50 anos e que só foram relacionados na pesquisa no tópico de gestações com fetos nascidos vivos, sendo excluídos do estudo para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Materna pela própria definição da OMS (mulheres entre 10 e 49 anos).

Obtivemos neste estudo um Coeficiente de Mortalidade Materna para o Município de São Paulo no ano de 1996 de 48,03/100.000 NV. Notamos uma queda quando comparado ao do ano de 1995, que foi de 54,75/100.000 NV¹⁰. Cabe aqui a ressalva de que ainda não estão computados no cálculo do coeficiente deste ano os casos de evasão (mulheres grávidas ou puérperas, residentes no Município de São Paulo, que morreram fora do município). Temos apenas como dado o percentual de nascidos vivos de mães residentes em nosso município e que deram à luz em cidades vizinhas

(5,7%), segundo a Fundação SEADE (o encontrado nos últimos anos varia de 10 a 12%).

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

Conforme relatado anteriormente, este ano estaremos divulgando pela primeira vez o Coeficiente de Mortalidade Materna Tardio, que se baseia na soma dos casos de morte materna direta ou indireta com os casos de óbito após 42 dias de puerpério. Esta soma perfaz um total de 109 casos positivos para morte materna no ano de 1996, resultando em um coeficiente de 51,33/100.000 NV.

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

O Coeficiente de Mortalidade Materna específico também foi calculado segundo o endereço de residência e distribuído pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). A ARS-6 (São Miguel) detém o maior Coeficiente de Mortalidade Materna do nosso município (73,76/100.000 NV), seguida pela ARS-8 (Pirituba/Perus) com 66,04/100.000 NV e pela ARS-4 (Penha) com 58,39/100.000 NV.

O menor coeficiente do município (23,51/100.000 NV) se encontra na região de ARS-2 (Butantã/Lapa/Pinheiros). As demais regionais apresentam coeficientes em torno da média do município.

Este largo hiato entre coeficientes da ARS-2 e ARS-6 reflete a realidade de uma grande metrópole, com problemas nas mais variadas esferas, que acabam por interferir na saúde da comunidade, contrapondo populações cujo coeficiente se aproxima de valores de países desenvolvidos (até 20/100.000 NV, segundo a OMS) a outras cujo indicador está mais próximo de países em desenvolvimento. Um estudo mais detalhado de cada região, com seus problemas intrínsecos e suas dificuldades específicas, seria de grande valia para que medidas apropriadas possam ser tomadas visando a redução deste índice regionalizado⁷.

Concluimos após mais um ano de pesquisas que o serviço de saúde oferecido às nossas gestantes ainda deixa muito a desejar. Os profissionais médicos e paramédicos precisam estar em contínua reciclagem com o intuito de fazer um bom diagnóstico do caso, oferecendo todo o potencial para que o mesmo tenha uma evolução satisfatória. É imperiosa a reativação de leitos de maternidade, além de uma atenção especial à gestação de alto-risco, criando ambulatórios de

especialidade que possam suprir esta lacuna no atendimento pré-natal.

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

Os Comitês de Mortalidade Materna devem atuar com o intuito de melhorar as condições de saúde oferecidas à população feminina, tentando adequar e humanizar o atendimento à mulher, alertando os mais diversos níveis quanto aos problemas encontrados durante a gravidez, parto e puerpério, tentando reduzir desta forma a morte no ciclo gravídico-puerperal, diminuindo a conseqüente desagregação familiar.

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

SUMMARY

Purpose: to establish a list of diseases promoting maternal death according to frequency.

Methods: In 1996, 65,406 deaths were recorded in the City of São Paulo, 26,778 of which were of women. Of these, 4591 were within the 10-49 year age bracket. We analyzed the latter group, regarding at the field "Cause of Death" in the Death Certificate, trying to establish some correlation between the described pathology, and the pregnancy-puerperium cycle. We separated for a further study 293 Death Certificates, from which we selected, after hospital survey and/or home visits, a total of 119 positive cases for maternal death. The positive cases for maternal death were then tabulated, grouped and analyzed according to age and pathology, using the great medical care groups.

Results: as regards the 119 positive cases for maternal death,

we did not find any reference to the pregnancy-puerperium state in 53 of them (that is, 40.54% subnotifying). The cases were grouped according to pathology, where we found a predominance of eclampsia/pre-eclampsia cases (18.02%), followed by cases resulting from hemorrhagic complications in the third quarter and puerperium (12.61%), abortion complications (12.61%), puerperal infection (9.91%) and cardiopathies (9.91%).

Conclusions: for the first time, we are publishing the Late Maternal Mortality Coefficient for the City of São Paulo, which was 51.33/100,000 born alive. However, we used for the official publication the Maternal Mortality Coefficient for death within up to 42 days of puerperium, which was, 48.03/100,000 born alive for the city of São Paulo. We should bear in mind that no correction factor should be applied to these figures since we have made an active search of cases.

KEY WORDS : *Maternal mortality coefficient. Pregnancy complications. Maternal mortality. Eclampsia. Cardiopathy in pregnancy. Hemorrhagic complications in pregnancy.*

Agradecimentos

Aos Comitês Regionais de Mortalidade Materna, cujo trabalho é de fundamental importância na elaboração do Relatório Anual de Mortalidade Materna do Município de São Paulo Comitê Central de Mortalidade Materna. Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade (PRO-AIM). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE)

Referências

1.Barbosa SA, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K. Dificuldades encontradas no estudo de casos de mortalidade materna na cidade de São Paulo durante os anos de 1993 a 1995. **Rev Bras Ginecol Obstet 1997; 19:179-82.**

- 2.Belfort P, Monteleome PPR, Madi JM, Viggiano M. Mortalidade materna - Mesa Redonda. *Ginecol Obstet Atual* 1993; 6:14-26.
- 3.Boyaciyan K, Barbosa SA. Relatório Sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1993. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS.
- 4.Boyaciyan K, Barbosa SA. Relatório Sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1994. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS.
- 5.Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - **Boletim da Comissão de Hipertensão na Gravidez - FEBRASGO; 1997, 4:6-10.**
- 6.Coordenação Materno-Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
- 7.Coordenação Materno-Infantil. Plano de Ação para redução da mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- 8.Edwards L. Maternal mortality in select villages of Cameroon; *Annals of the First World Congress on Maternal Mortality, Marrakesh, Morocco. March 8th-4th, 1997.*
- 9.Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K, Barbosa SA. Estudo da mortalidade materna no município de São Paulo durante o ano de 1995. **Rev Bras Ginecol Obstet 1996; 18:731-36.**
- 10.Marcus PAF, Vega CEP. Relatório sobre as Atividades do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 1995. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo COAS/SMS.
- 11.Neme B, Neme RM. Assistência ao parto e morbiletalidade materna - Brasil (SUS 1994). **Ginecol Obstet Atual, 1996; 5:14-26.**
- 12.Organização Mundial da Saúde - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - Décima Revisão - 1993. Washington: OMS.
- 13.Roztocil A, Pilka L. The evolution of maternal mortality rate in the Czech Republic. The possible risks of the literal decentralizad system - *Annals of the First World Congress on Maternal Mortality, Marrakesh, Morocco. March 8th-4th, 1997.*