

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS UFMG  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL

LILIAN VALIM RESENDE

**O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna  
em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**

Belo Horizonte  
2013

Lilian Valim Resende

**O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna  
em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Demografia.

Orientador: Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo Fonseca

Belo Horizonte, MG  
2013

Ficha Catalográfica

Resende, Lílian Valim.  
R433c O contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo  
2013 Horizonte (MG), 2003-2010 [manuscrito] / Lílian Valim Resende . - 2013.  
180 f. : il., gráfs. e tabs.

Orientador: Roberto do Nascimento Rodrigues.  
Coorientadora: Maria do Carmo Fonseca.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de  
Desenvolvimento e Planejamento Regional.  
Inclui bibliografia (f. 142-158) e anexos.

1. Mães – Mortalidade – Belo Horizonte (MG) – Teses. 2. Mulheres –  
Saúde e higiene – Teses. 3. Mortalidade feminina – Belo Horizonte (MG) –  
Teses. 4. Serviços de saúde para mulheres – Belo Horizonte (MG) – Teses.  
I. Rodrigues, Roberto do Nascimento. II. Fonseca, Maria do Carmo.  
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e  
Planejamento Regional. IV. Título.

CDD: 304.6498151

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – NMM039/2013

Lilian Valim Resende

**O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna  
em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Demografia.

Orientador: Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo Fonseca

---

Roberto do Nascimento Rodrigues (Orientador) - Cedeplar

---

Maria do Carmo Fonseca (Co-orientadora)

---

Ana Paula Franco Viegas-Pereira

---

Carla Jorge Machado

---

Dimitri Fazito de Almeida Rezende

---

Sônia Lansky

Belo Horizonte, 19 de abril de 2013.

Ao Ricardo, Larissa e aos meus pais.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a Nossa Senhora, por me permitirem chegar até aqui.

Ao Ricardo, meu amor e companheiro sempre presente nesta longa caminhada. Obrigada por todos os anos vividos juntos.

Aos meus pais, por todos os ensinamentos, carinho e por não medirem esforços para me fazer feliz.

Ao meu orientador, Roberto do Nascimento Rodrigues, pela dedicação, competência e sensibilidade a cada encontro, a cada palavra. Obrigado por todos os ensinamentos, e, principalmente, pelo carinho e segurança que me transmitiu e me confortou nos momentos mais difíceis. Você foi fundamental nesta minha jornada.

À Carminha, minha co-orientadora, que me introduziu na área do conhecimento demográfico, pela dedicação, ensinamentos e experiência compartilhada. Obrigada, pela amizade, carinho com que sempre me tratou, pelo incentivo nas horas de desânimo, e oportunidade de conviver e aprender com você.

Aos familiares que generosamente acolheram este trabalho e me permitiram entrar em suas casas.

Aos profissionais do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em especial, Gisele Maciel, Liliane Cunha, Patrícia Pereira, Rosangela Durso, Simone Castro e Sônia Lansky.

À Carla Jorge Machado, muito obrigada pela contribuição no tratamento e análise dos dados.

Aos queridos amigos Adriana Drummond, Daylin Rodríguez, Letícia Caiafa, Leonardo Claudino, Marcela Cuervo, Mônica Felicíssimo, Vânia Figueiredo e Renata Castriota pela disponibilidade e valiosas contribuições no decorrer deste trabalho.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, pela bolsa recebida durante o doutorado.

## RESUMO

Este estudo teve como um dos objetivos avaliar a mortalidade materna em Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010, visando identificar perfis ligados à sua ocorrência e fatores associados. Além disso, pretendeu-se conhecer a percepção dos familiares em relação aos óbitos maternos e as circunstâncias que levaram à consumação desses óbitos, tanto do ponto de vista das ações que poderiam ter evitado as mortes, quanto no que se refere aos fatores de atenção à saúde, socioeconômicos e comportamentais que poderiam ter contribuído para o desfecho. O trabalho foi dividido em duas etapas. Na primeira, foi organizado um banco de dados, com base na coleta de informações relativas aos óbitos maternos disponíveis no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A segunda etapa consistiu na análise de entrevistas em profundidade realizadas com os familiares das mulheres falecidas. Em Belo Horizonte no período investigado ocorreram 180 óbitos maternos, sendo 87 (48,3%) obstétricos diretos, 31 (17,2%) obstétricos indiretos, 19 (10,6%) maternos tardios, 33 (18,3%) não obstétricos e 10 (5,6%) considerados não concluídos, consequentemente sem classificação pelo Comitê. Dois grupos de óbitos maternos foram identificados por meio do método de agrupamento *Two-step Cluster*. O primeiro composto de óbitos que ocorreram no pós-parto cesárea, de mulheres que realizaram o pré-natal, tiveram recém-nascidos vivos e faleceram principalmente por síndromes hipertensivas e infecções puerperais. O segundo grupo constituiu de óbitos de mulheres solteiras, usuárias do sistema público de saúde, que morreram na gestação ou por complicações do aborto provocado. Os relatos dos familiares sugerem que existem falhas na assistência prestada à saúde da mulher em Belo Horizonte independentemente do sistema de saúde ser público ou privado. Foram apresentados também deficiências na formação dos profissionais de saúde, incluindo desde questões de qualificação até aspectos humanísticos na prestação dos cuidados. Os óbitos maternos registrados no município de Belo Horizonte entre 2003 e 2010 estiveram fortemente associados a questões relacionadas aos direitos reprodutivos prévios à gestação, ao aborto e à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, com claros indícios de evitabilidade.

**Palavras chave:** Mortalidade materna. Atenção à saúde. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

This study aims to assess maternal mortality in Belo Horizonte city, in the period from 2003 to 2010, in order to identify profiles associated with its occurrence and associated factors. Furthermore, we intended to understand the families' perception regarding maternal deaths and the circumstances that led to the end of these deaths, both from the point of view of the actions that could have prevented the deaths, as those related to health, socioeconomic and behavioral factors that might have contributed to the outcome. The work was divided into two stages. In the first one, the database was organized based on the collection of information on maternal deaths of Maternal, Fetal and Infant Death Prevention Committee, in the Municipal Health Department of Belo Horizonte. The second stage consisted of in-depth analysis of interviews conducted with families of women who died. In Belo Horizonte, in the researched period, there were 180 maternal deaths, 87 (48.3%) direct obstetric, 31 (17.2%) indirect obstetric, 19 (10.6%) late maternal, 33 (18.3%) non-obstetric and 10 (5.6%) considered unclassified, hence unrated by the Committee. Two groups of maternal deaths were identified through the Two-step Cluster method. The first group of deaths that occurred in post-cesarean birth, women who underwent prenatal and gave birth to a live baby and died primarily by hypertensive disorders and puerperal infections. The second group consisted of deaths of unmarried women, users of the public health system, who died from complications during pregnancy or induced abortion. The reports from relatives suggest that there are flaws in the health care provided to the woman in Belo Horizonte regardless the health system is public or private. Deficiencies in the training of health professionals were also presented, including issues from right qualification through humanistic aspects in the provision of care. Maternal deaths recorded in the city of Belo Horizonte between 2003 and 2010 were strongly associated with issues related to reproductive rights prior to pregnancy, abortion and pregnancy care, childbirth and the postpartum period, with clear evidence of preventability.

**Keywords:** Maternal mortality. Health care. Women's health.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de McCarthy e Maine (1992) .....	25
Figura 2 - Modelo das três demoras (THADDEUS; MAINE, 1994) .....	27
Figura 3 - Distritos sanitários do município de Belo Horizonte, 2012 .....	60
Figura 4 - Distribuição espacial dos setores censitários de Belo Horizonte por Índice de Vulnerabilidade da Saúde, 2012 .....	61
Figura 5 - Fluxograma da investigação do óbito materno em Belo Horizonte .....	71
Figura 6 - Estratégias de marcação de entrevistas em profundidade.....	89

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de análise da evitabilidade do óbito materno .....	54
Quadro 2 - Características sociodemográficas dos familiares entrevistados, relacionados às mulheres falecidas em decorrência de morte materna de residentes em Belo Horizonte, 2003-2010. ....	114
Quadro 3 - Causas e classificação dos onze casos de óbitos maternos relativos às entrevistas com os familiares, Belo Horizonte, 2003-2010 .....	116
Quadro 4 - Características sociodemográficas das mulheres acometidas com mortalidade materna, cujos familiares foram entrevistados, Belo Horizonte, 2003-2010 .....	117

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - RMM estimada pelo Ministério da Saúde para UF que atingiram cobertura e regularidade do SIM igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%, 1996-2010. ....	40
Tabela 2 - Proporção de óbitos maternos segundo tipo de causa obstétrica, Brasil, 1996 a 2010. ....	41
Tabela 3 - Óbitos maternos segundo categorias do capítulo XV da CID-10, Brasil, 2010. ....	43
Tabela 4 - Distribuição percentual dos óbitos maternos segundo características sociodemográficas, Brasil, 1996, 2000 e 2010. ....	49
Tabela 5 - Informações sobre pré-natal, parto, nascimento e óbito materno, Belo Horizonte, 2000-2010. ....	63
Tabela 6 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo grupo de causas obstétricas diretas e indiretas, Belo Horizonte 2003-2010. ....	98
Tabela 7 - Distribuição dos óbitos maternos segundo pesquisa de campo e informações do MS/SIM, Belo Horizonte 2003-2010. ....	100
Tabela 8 - Mortalidade materna em Belo Horizonte 2003-2010, segundo características sociodemográficas das mulheres falecidas. ....	101
Tabela 9 - Frequência e percentual das variáveis sociodemográficas por grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010. ....	105
Tabela 10 - Frequência e Percentual das variáveis clínicas e relacionadas por grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010. ....	105

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tendência da RMM estimada pelo Ministério da Saúde, Brasil 1990-2010 .....	38
Gráfico 2 - Tendência da RMM estimada pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil - SMSA/BH, Belo Horizonte, 1998-2012 .....	64
Gráfico 3 - Percentual de cesarianas em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, 2005-2010.....	65
Gráfico 4 - Distribuição dos clusters.....	103
Gráfico 5 - Número de mulheres por estado civil e grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010.....	107
Gráfico 6 - Número de mulheres por sistema de saúde e grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010.....	108

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DO	Declaração de óbito
EUA	Estados Unidos da América
GEEPI	Gerência de Epidemiologia e Informação
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i> [Instituto de Avaliação e Estatística em Saúde]
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
MG	Minas Gerais
MIF	mulher em idade fértil
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RAMOS	<i>Reproductive Age Mortality Survey</i>
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido

SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SHG	Síndromes Hipertensivas da Gravidez
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> [Fundo de População das Nações Unidas]
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> [Fundo das Nações Unidas para a Infância]
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>O ESCOPO DO PROBLEMA DA MORTALIDADE MATERNA</b> .....	<b>21</b>
2.1	Definições e mensuração da mortalidade materna .....	21
2.2	Modelos conceituais de análise dos fatores associados à mortalidade materna.....	24
2.2.1	Modelo de McCarthy e Maine (1992).....	24
2.2.2	Modelo de Thaddeus e Maine (1994).....	27
2.3	Panorama da mortalidade materna no mundo .....	29
<b>3</b>	<b>PANORAMA DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL</b> .....	<b>36</b>
3.1	Tendência da razão de mortalidade materna no Brasil .....	36
3.2	Diferenciais de causas dos óbitos maternos no Brasil.....	41
3.3	Fatores associados às mortes maternas no Brasil .....	47
3.4	Análise de mortes maternas evitáveis no Brasil.....	52
3.5	O município de Belo Horizonte: situação da unidade de análise e a questão da mortalidade materna.....	60
<b>4</b>	<b>AÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA</b> .....	<b>67</b>
4.1	Breve histórico sobre a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna .....	67
4.1.1	A experiência de Belo Horizonte.....	69
4.2	Políticas Públicas para a redução da mortalidade materna no Brasil .....	73
4.2.1	Políticas Públicas para a redução da mortalidade materna em Belo Horizonte .....	76
4.3	Síntese e Reflexões .....	78
<b>5</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>80</b>
5.1	Aspectos metodológicos relacionados à pesquisa sobre mortalidade materna no Brasil.....	80
5.2	As fontes de dados para o estudo .....	83
5.2.1	Construção do banco de dados .....	84
5.2.2	Entrevistas em profundidade .....	88
5.3	Métodos de análise dos dados .....	92
5.3.1	Análise quantitativa: Método <i>Two-step Cluster</i> .....	92
5.3.2	Análise qualitativa.....	94

<b>6</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DAS MORTES MATERNAS EM BELO HORIZONTE, 2003 A 2010 .....</b>	<b>97</b>
6.1	Descrição das características sociodemográficas dos óbitos maternos em Belo Horizonte, 2003-2010 .....	97
6.2	Perfis de mortes maternas em Belo Horizonte, 2003-2010.....	102
<b>7</b>	<b>O CONTEXTO DA MORTALIDADE MATERNA EM BELO HORIZONTE.....</b>	<b>111</b>
7.1	Vivências das entrevistas: Interação pesquisadora – entrevistado.....	111
7.2	Perfil dos familiares entrevistados.....	113
7.3	Direitos reprodutivos prévios a gestação.....	118
7.4	Aborto provocado.....	122
7.5	A morte anunciada: problemas na assistência.....	125
7.5.1	Assistência na gravidez .....	126
7.5.2	Assistência ao parto.....	130
7.5.3	Assistência no puerpério.....	133
7.6	Evitabilidade do óbito.....	136
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>139</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>142</b>
	<b>APÊNDICE A - Quadro A - Estudos epidemiológicos de base populacional sobre mortalidade materna no Brasil.....</b>	<b>160</b>
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>169</b>
	<b>APÊNDICE C - Questões norteadoras da entrevista em profundidade .....</b>	<b>172</b>
	<b>ANEXO A - Capítulo XV - CID 10 Gravidez, Parto e Puerpério.....</b>	<b>173</b>
	<b>ANEXO B - Lista de máscaras que devem ser pesquisadas na busca ativa dos óbitos maternos.....</b>	<b>176</b>
	<b>ANEXO C - Problemas que podem contribuir para o óbito materno .....</b>	<b>177</b>
	<b>ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética da SMSA-BH.....</b>	<b>178</b>
	<b>ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética da UFMG .....</b>	<b>180</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A morte materna é um evento trágico que infringe um dos direitos mais essenciais, que é o direito à vida. Uma mulher em idade reprodutiva não deveria morrer em decorrência de problemas ligados à gravidez, ao parto ou ao pós-parto (COOK; DICKENS, 2002; GALLI, 2005; BRASIL, 2009a; REIS; PEPE; CAETANO, 2011; FIGO, 2013). Essas mortes, quando acontecem, são resultantes da associação de fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais, que devem ser analisados de forma integrada (RONSMANS; GRAHAM, 2006; BRASIL, 2012a; EVANS, 2012).

Tendo em vista a manutenção de altas taxas e o elevado grau de evitabilidade da mortalidade materna, que denuncia, sobretudo, deficiências nos serviços de atenção à saúde, que podem ser agravadas por condições socioeconômicas desfavoráveis, esse tema constitui elemento de constantes estudos, investigações e propostas de atuação. As complicações relacionadas ao ciclo gravídico puerperal figuram entre as principais causas evitáveis de mortes de mulheres em idade reprodutiva, ensejando várias iniciativas globais para intensificar intervenções visando sua redução (HOGAN *et al.*, 2010).

Em 1987, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura em Nairóbi, no Quênia, tratou em nível internacional a discussão sobre o problema da morte materna. Em 1990, na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana os países presentes, incluindo o Brasil, foram signatários da Declaração e Plano de Ação para a Redução em 50% de suas taxas de mortalidade materna até o ano 2000. Essa meta foi reiterada em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, e em 1995, na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, China (WHO; UNICEF, 1996).

Na virada deste século, apesar de terem ocorrido melhorias na cobertura de cuidados obstétricos e reduções de mortes maternas, a manutenção de altos índices de óbitos maternos, especialmente, nos países em desenvolvimento, atestaram o insucesso do compromisso inicial proposto em torno da Iniciativa Maternidade Segura (ABOUZHR; WARDLAW, 2001). Deste modo, em 2000, o foco na mortalidade materna foi novamente reforçado na reunião da "Cúpula do Milênio" realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), onde se estabeleceu como

um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) melhorar a saúde materna e obter redução de 75% dos óbitos maternos globais, no período de 1990 a 2015 (ONU, 2007).

As condições que desencadeiam as mortes de mulheres no ciclo gravídico puerperal espelham carências socioeconômicas que se refletem na precariedade de atenção à saúde da população em geral. Na avaliação da magnitude dos óbitos maternos utiliza-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que é reconhecida como um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e desigualdade social (WHO; UNICEF, 1996; WHO *et al.*, 2012). A RMM é considerada aceitável quando inferior a 20 mortes por 100 mil nascidos vivos (NV) (WHO; UNICEF, 1996). Entretanto, o monitoramento dos óbitos maternos é relativamente complexo, diante das limitações na qualidade das informações. Especialmente nos países em desenvolvimento, as estatísticas oficiais são subinformadas, prejudicando o conhecimento real da dimensão do problema (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2008; 2009).

Em todo o mundo, apesar das incertezas quanto às estimativas, o número de mortes maternas reduziu de 543.000, em 1990, para 287.000, em 2010, declinando a RMM de 400 para 210 mortes por 100 mil NV, nos respectivos anos. As maiores diminuições ocorreram na Ásia Oriental (69%), seguida pelo Norte da África (66%), Sul da Ásia (64%), África Subsaariana (41%) e América Latina e Caribe (41%). Esse progresso pode ter relação com as melhorias na cobertura de intervenções nos cuidados de saúde. O relatório “Tendências da mortalidade materna: 1990 a 2010” sugere que a assistência qualificada na gestação e parto, o aumento no uso de métodos contraceptivos por mulheres em idade reprodutiva e a utilização da terapia antirretroviral em mulheres HIV positivas, podem ter contribuído para a queda dessas mortes (WHO *et al.*, 2012).

Nas regiões em desenvolvimento a mortalidade materna é 15 vezes superior àquela verificada nas regiões desenvolvidas. Países como Índia e Nigéria respondem, sozinhos, por um terço das mortes maternas no mundo, somando 96 mil óbitos (WHO *et al.*, 2012). A desigualdade entre países confere, ainda, diferenciais em relação às causas. Na América Latina e Caribe cerca de metade das mortes maternas é decorrente de síndromes hipertensivas e hemorragias, ao passo que nas regiões desenvolvidas prevalecem outras causas diretas e indiretas de óbitos, como

as complicações anestésicas e as doenças cardiovasculares (KHAN *et al.*, 2006; NOUR, 2008).

O conhecimento do número de mortes maternas não é suficiente para o entendimento do problema e, por si só, não diz por que as mulheres estão morrendo, e muito menos explica porque essas mortes ainda ocorrem em um mundo que, teoricamente, tem os recursos para evitá-las (MAINE; ROSENFELD, 1999). Nessa perspectiva, um enfoque que vai além dos aspectos biológico e epidemiológico que norteiam o debate sobre a mortalidade materna acrescentaria matizes sociais, culturais, de direitos sexuais e reprodutivos e éticos que podem contribuir para a análise mais completa desse problema social e de saúde (GALLI, 2005; BRAYNER, 2011).

Os costumes, práticas, crenças e valores influenciam profundamente o comportamento das mulheres durante o período pré-natal e, em alguns casos, podem aumentar a probabilidade de morte materna. Com isso, intervenções desenhadas sem contabilizar esses fatores culturais tendem a ser menos eficazes na redução da mortalidade materna (EVANS, 2012).

No cenário brasileiro, as mortes maternas reduziram de 120 para 56 mortes por 100 mil NV, entre 1990 e 2010 (WHO *et al.*, 2012). As informações do Ministério da Saúde (MS) apontam queda menor neste período (1990-2010), com redução de 143 para 68 óbitos por 100 mil NV (BRASIL, 2012a). Recentemente, entre 2010 e 2011, houve uma aceleração no declínio de mortes maternas em 21%, sugerindo a intensificação dos esforços no cumprimento da meta do milênio. Atribui-se essa redução a melhorias recentes no atendimento às gestantes, o que contribuiu para diminuir o risco de morrer por causas diretas, especialmente o aborto (81,9%), hemorragia (69,3%) e síndromes hipertensivas da gravidez (66,0%) (BRASIL, 2012a, 2012b). No entanto, os números refletem o “paradoxo perinatal”, com intensa medicalização do nascimento somada ao conhecimento e desenvolvimento tecnológico e persistência de elevados índices de mortalidade materna, perinatal e infantil. Isto aponta para a necessidade de reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto e nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças, além de fundamentadas em evidências científicas (DINIZ, 2009).

Apesar de o país estar fazendo progressos, é muito pouco provável que atinja a meta do milênio, que seria uma RMM igual ou inferior a 35 mortes por 100 mil NV em 2015. A projeção desse indicador de 2008 até 2015 mostra RMM variando entre 69 e 77 óbitos por 100 mil NV (BRASIL, 2010a).

Recente revisão acerca da produção científica nos últimos 30 anos no Brasil aponta que, apesar da relevância do tema, os estudos sobre mortalidade materna são escassos. A maioria das pesquisas é desenvolvida na Região Sudeste e investem pouco na busca dos fatores associados aos óbitos maternos. De acordo com Morse *et al.* (2011), há uma influência da produção científica pela atividade dos Comitês de Morte Materna que, por sua vez, apresentam desempenho heterogêneo. O que fica evidente, com base nos estudos até então desenvolvidos, é que o desafio para o Brasil é impedir que as mulheres continuem morrendo na gestação, parto ou puerpério de causas consideradas evitáveis. Compreender os fatores associados aos óbitos é um dos caminhos pelo qual as intervenções na saúde poderão contribuir para a redução desse grave problema nacional.

Além das desigualdades entre as regiões, a redução ou eliminação da mortalidade materna impõe-se como um desafio adicional em localidades onde a mortalidade já apresenta nível inferior àquele verificado para o conjunto do país, como é o caso de Belo Horizonte. Neste município, em 2010, mesmo com cerca de 75,0% de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, a qualidade do cuidado oferecido ao pré-natal e parto apresenta problemas em uma ou nas várias etapas do processo assistencial, denunciando mortes maternas evitáveis (BELO HORIZONTE, 2011; BRASIL, 2011a). Ademais, estudos sobre mortalidade materna em Belo Horizonte têm sido muito pouco publicados, merecendo uma análise que contemple não apenas aspectos epidemiológicos, mas também aqueles socioeconômicos e demográficos. Cabe acrescentar que a ausência substancial de pesquisas sobre mortalidade materna com enfoque qualitativo, que permitam discutir relações entre as causas e apontar fatores de evitabilidade reforça a necessidade de investigação tendo como referência o município de Belo Horizonte.

Diante do exposto, esta pesquisa tem como um dos objetivos principais avaliar a mortalidade materna em Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010, visando identificar perfis ligados à sua ocorrência e fatores associados. Além disso,

pretende-se conhecer a percepção dos familiares em relação aos óbitos maternos e as circunstâncias que levaram à consumação desses óbitos, tanto do ponto de vista das ações que poderiam ter evitado as mortes, quanto no que se refere aos fatores de atenção à saúde, socioeconômicos e comportamentais que podem ter contribuído para o desfecho. Para tanto, impõe-se a utilização de informações ausentes nas bases de dados disponíveis para análise empírica do fenômeno, mas que podem ser obtidas por intermédio de investigação de natureza qualitativa. Optou-se, então, por analisar a mortalidade materna com uma abordagem integrada das metodologias quantitativa e qualitativa, por acreditar que a utilização dos dados qualitativos poderá auxiliar a entender os resultados encontrados quanto aos perfis e determinantes dos óbitos maternos, e, com isso, contribuir para a compreensão mais aprofundada dessa realidade problemática no município.

Pretende-se, com isto, responder às seguintes questões: Qual(s) o(s) perfil(s) das mulheres que morrem em Belo Horizonte por causas relacionadas à gravidez, parto e pós-parto? Quais os fatores de saúde, socioeconômicos e demográficos associados a essas mortes?

As respostas e essas perguntas, com base em uma análise mais ampla dos fatores associados aos óbitos maternos, poderão cooperar para a elaboração de propostas de políticas e ações que resultem em diminuição da mortalidade materna. Além disso, suscitam uma questão crucial: qual o contexto que permeia o evento da mortalidade materna, considerando não apenas os aspectos sociodemográficos mas, sobretudo, aqueles relacionados à oferta, acesso e qualidade dos serviços de saúde? A resposta a esta pergunta requer a utilização de dados de natureza qualitativa. Neste trabalho, a perspectiva é abordar a mortalidade materna numa dimensão a um só tempo múltipla e complementar, que envolve as análises quantitativa e qualitativa.

Para tanto, o trabalho foi dividido em duas etapas. Na primeira, foi organizado um banco de dados, pela pesquisadora, com base na coleta de informações relativas aos óbitos maternos disponíveis no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Foram

consultadas informações contidas em cópias de declarações de óbitos (DO)<sup>1</sup>, laudos de necropsias (quando realizados), Fichas de Investigação do Óbito Materno, do Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar), de entrevistas domiciliares e nas Sínteses, Conclusões e Recomendações do Comitê, e planilhas do Comitê com o resumo dos óbitos maternos anuais. A análise dos dados incluiu todos os óbitos maternos, de residentes em Belo Horizonte, ocorridos até um ano do parto, no período de 2003 a 2010. O período de investigação adveio da disponibilidade dos dados no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil da SMSA-BH. A segunda parte da pesquisa, de natureza qualitativa, é baseada em entrevistas em profundidade realizadas com os familiares das mulheres falecidas. Considera-se que as informações fornecidas pelos familiares são fundamentais para o trabalho, permitindo contribuir para aprofundar o entendimento das estruturas econômica, social, comportamental e de saúde relacionadas aos óbitos maternos.

A presente tese está organizada em oito capítulos, incluindo esta introdução. O segundo, terceiro e quarto capítulos são destinados à revisão da literatura, cujos tópicos foram trabalhados de modo a destacar algumas definições acerca do tema, a perspectiva demográfica – níveis, tendência e estrutura – da mortalidade materna, nos contextos mundial, brasileiro e em Belo Horizonte, e a perspectiva dos modelos conceituais sobre os fatores associados à mortalidade materna. Além disso, a revisão teórica contempla a história dos Comitês de Mortalidade Materna no Brasil e as políticas públicas, nacionais e de Belo Horizonte, direcionadas à redução dessas mortes. Os procedimentos metodológicos e a descrição das estratégias adotadas na coleta dos dados desta pesquisa são descritos no quinto capítulo. O sexto capítulo apresenta os resultados da análise do banco de dados da pesquisa, com a descrição dos perfis delineados pelo método estatístico *Two-step Cluster*. O sétimo capítulo combina os resultados dos perfis delineados com as análises das entrevistas em profundidade. O oitavo capítulo realiza uma síntese do trabalho, enfatizando os principais resultados encontrados.

---

<sup>1</sup> O documento oficial de uso obrigatório em todo o território nacional que serve como prova da morte de um indivíduo é a DO. Com base nos dados informados na DO constroem-se as estatísticas nacionais e oficiais sobre o perfil de morte e define-se grande parte das prioridades que compõem as políticas públicas em saúde. Cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) o recebimento dos dados, agregando-os e elaborando o banco nacional sobre mortalidade (SIM), de acesso público (BRASIL, 2011b).

## 2 O ESCOPO DO PROBLEMA DA MORTALIDADE MATERNA

Neste capítulo são abordados, inicialmente, alguns conceitos relacionados à mortalidade materna. Apresenta-se, na sequência, um panorama da perspectiva demográfica – níveis, tendência e estrutura – da mortalidade materna no âmbito mundial. O objetivo é tentar construir um marco teórico apropriado que ampare a proposta de análise empreendida neste trabalho, além de servir como diretriz para o enfoque específico da mortalidade materna no Brasil e, em especial, no município de Belo Horizonte.

### 2.1 Definições e mensuração da mortalidade materna

A OMS define morte materna como a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente 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" (OMS, 1998, p. 143). As mortes maternas são causadas pelas seguintes afecções, especificadas no Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) (ANEXO A), assim como em outros capítulos da CID-10:

- (i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (RIPSA, 2008);
- (ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0), desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte (RIPSA, 2008);
- (iii) Acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério (OMS, 1998; RIPSA, 2008).<sup>2</sup>

As mortes maternas podem ser definidas, segundo tipo de causas, como obstétrica direta e obstétrica indireta. A **morte materna obstétrica direta** é aquela que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos

---

<sup>2</sup> Até a implantação do módulo de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e a criação do código O93 (Causas externas relacionadas com a morte materna), essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não estão incluídas, pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade.

resultantes de qualquer dessas causas. Alguns exemplos seriam a hemorragia, aborto, infecção puerperal e pré-eclâmpsia/eclâmpsia. A **morte materna obstétrica indireta** é resultante de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gravidez, não por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, incluindo as doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas (OMS, 1998; RIPSÁ, 2008).

A OMS (1998) estabelece ainda dois conceitos: **morte materna tardia**, que é a morte por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorrida após 42 dias do parto e em um prazo inferior a um ano; e **morte materna não obstétrica**<sup>3</sup>, que é resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo.

As mortes por causas maternas e que não são mortes maternas, isto é, ocorreram fora do período delimitado de 42 dias de puerpério, recebem os seguintes códigos específicos da CID-10 no preenchimento da declaração de óbito (DO): 096 (de 42 dias a um ano após o término da gestação) ou 097 (morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o término da gestação) (OMS, 1998).

A morte materna é considerada **declarada** quando as informações registradas na DO permitem classificar o óbito como materno. É considerada como **não declarada** quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno e somente com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar de morte materna (BRASIL, 2007a).

Já a morte materna **presumível ou mascarada** é, por definição, aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato determinante do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de

---

<sup>3</sup> Em 2009, discutiu-se uma proposta de padronizar nacionalmente critérios para uso dos códigos da CID-10, com vistas ao cálculo dos indicadores relativos à mortalidade materna, entre eles, o Capítulo XX, referente às causas externas. Foi apresentada uma proposta de criação de um código específico (O93) para classificar as mortes maternas por causas externas, mas ainda não se sabe se será incorporado na CID-10 ou mesmo na 11ª Revisão da CID. Já existe no módulo do Seletor de Causa Básica do MS/SIM o código O93, porém ainda não está ativado para ser incluído como causa básica ou associada de morte materna. Os estados e municípios que quiserem utilizá-lo podem fazê-lo, mas os indicadores não podem ser utilizados para comparações nacionais (ALVES; ANTUNES, 2009).



eventos que culminou com a morte. Com isso, mascara-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno. O Ministério da Saúde sugere uma lista de causas de morte chamadas de máscaras que ocultam o estado gestacional (ANEXO B). No entanto, recomenda que cada região, estado ou município produza a sua própria lista de causas que comumente mascaram as mortes maternas e contribuem para a subinformação dos óbitos (BRASIL, 2007a).

Outro conceito é o de **morte relacionada à gravidez**, que constitui a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Logo, corresponde à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas (OMS, 1998).

O indicador universalmente utilizado para mensurar o risco de morrer por uma causa materna é a RMM, obtida por meio da relação entre os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) (10 a 49 anos), atribuídos a causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, e o total de gestações, representado pelo total de nascidos vivos. É descrito como o número de óbitos maternos, por 100 mil NV, de mães residentes em determinado espaço geográfico, em um ano considerado. Comumente, a RMM é definida como “Taxa” ou “Coeficiente”. Porém, ela só poderia ser mencionada de tal modo se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado utiliza-se, por aproximação, o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado a utilização da expressão “Razão” (BRASIL, 2009a).

Conforme recomendação da OMS, para efeito de comparações internacionais deve ser incorporada ao numerador da RMM apenas as mortes maternas (ocorridas até 42 dias após o parto) de causas obstétricas diretas e indiretas. Para fins de análise em âmbito nacional, um segundo cálculo da RMM pode ser realizado incluindo as mortes maternas tardias, desde que a sua utilização seja claramente mencionada nos resultados (LAURENTI, 2001; WHO *et al.*, 2012).

Descrição do Cálculo da RMM<sup>4</sup>:

---

<sup>4</sup> Para o Brasil o cálculo da RMM utiliza, além do número total de óbitos maternos informados ao SIM, o fator de correção de 1,4, sugerido no estudo de Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2004).

$$\frac{\text{Total de óbitos relacionados à gestação e/ou parto, de mulheres residentes}}{\text{Total de nascidos vivos, de mulheres residentes}} * 100.000$$

A OMS considera uma RMM baixa quando menor que 20 por 100 mil NV, média quando estiver acima de 20 até 49 por 100 mil NV, alta entre 50 e 149 por 100 mil NV, e muito alta quando acima de 150 por 100 mil NV (WHO; UNICEF, 1996). No Brasil, a RMM tem sido calculada apenas para os estados que atingiram índice final com cobertura e regularidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) igual ou superior a 80% e cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) igual ou superior a 90%, o que corresponde a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás (RIPSA, 2008).

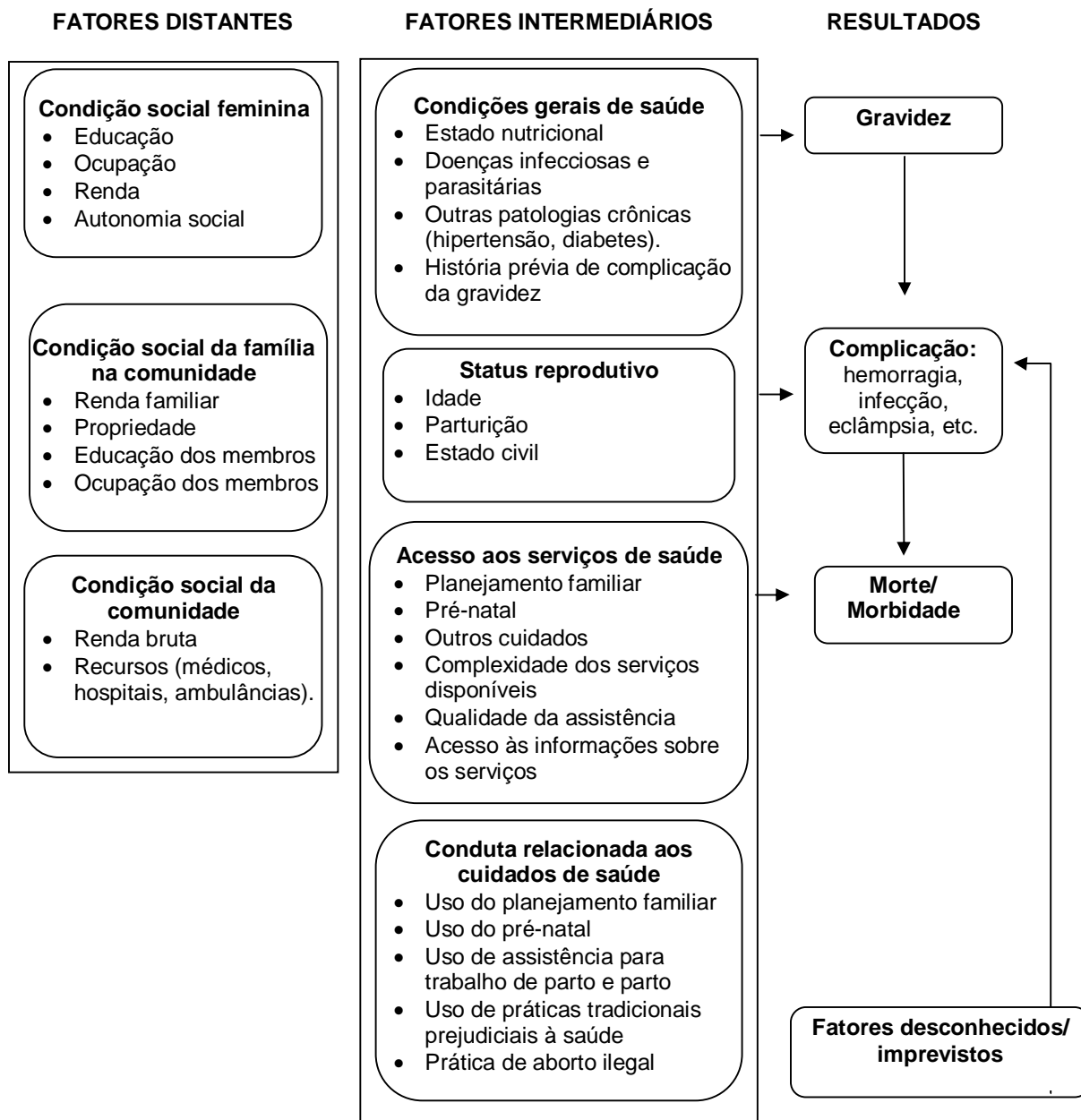
## **2.2 Modelos conceituais de análise dos fatores associados à mortalidade materna**

Considerando a multiplicidade de fatores associados à mortalidade materna, os modelos conceituais são ferramentas que dirigem a formulação de perguntas apropriadas para compreender melhor as causas de mortes e também identificação de possíveis intervenções necessárias, a serem tomadas para reduzir esses eventos evitáveis (BUOR; BREAM, 2004; RONSMANS; GRAHAM, 2006). Neste item são abordados dois modelos conceituais que se referem à análise da mortalidade materna.

### **2.2.1 Modelo de McCarthy e Maine (1992)**

O modelo de McCarthy e Maine (1992) sugere uma estrutura de análise que envolve os principais fatores que afetam a mortalidade materna (FIG. 1). Os autores sintetizam a discussão sobre o tema, estabelecendo três níveis de causas de mortes maternas: determinantes distantes, onde estão estabelecidos os fatores culturais e socioeconômicos; determinantes intermediários, que correspondem aos aspectos relacionados à saúde geral da mulher, suas características reprodutivas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde; resultados, que consistem na combinação dos dois níveis anteriores. Este nível corresponde à gravidez propriamente dita, sua complicação e a morte ou morbidade.

**Figura 1 - Modelo de McCarthy e Maine (1992)**



Fonte: Adaptado de McCarthy e Maine (1992).

O modelo baseia-se na premissa de que os fatores sociais e econômicos associados à mortalidade materna necessariamente operam por meio de um conjunto comum de fatores biológicos para exercer um impacto na mortalidade. Com isso, uma intervenção que visa reduzir as mortes maternas por intermédio de melhora na condição socioeconômica (fatores distantes) da gestante deve ser pensada como

tendo algum efeito sobre os fatores associados intermediários, que por sua vez irá afetar os resultados. Outro exercício é pensar que a gravidez é um pré-requisito de morte materna. Portanto, os fatores que influenciam a incidência da gravidez também irão influenciar os níveis de mortalidade materna. E, uma vez que uma mulher está grávida, pode desenvolver complicações que devem ser prevenidas ou tratadas de forma eficaz, a fim de evitar o óbito.

McCarthy e Maine (1992) argumentam que, para reduzir as mortes maternas deve-se pensar em uma sequência de eventos, sendo eles: a) reduzir a probabilidade de que as mulheres se tornem grávidas; b) reduzir as chances de desenvolver uma complicação durante a gravidez e/ou parto; e c) reduzir a probabilidade de morrer entre aquelas que podem desenvolver complicações. Nesta concepção, o declínio da fecundidade é uma forma eficaz de reduzir a mortalidade materna, pois diminui o número de vezes em que a mulher é exposta à gravidez e suas complicações. Outra contribuição para a sobrevivência das mulheres é o planejamento reprodutivo, que comprovadamente evita gravidezes não planejadas e, conseqüentemente, abortos inseguros e gestações em situações de risco de complicações para as mães (WHO, 2010).

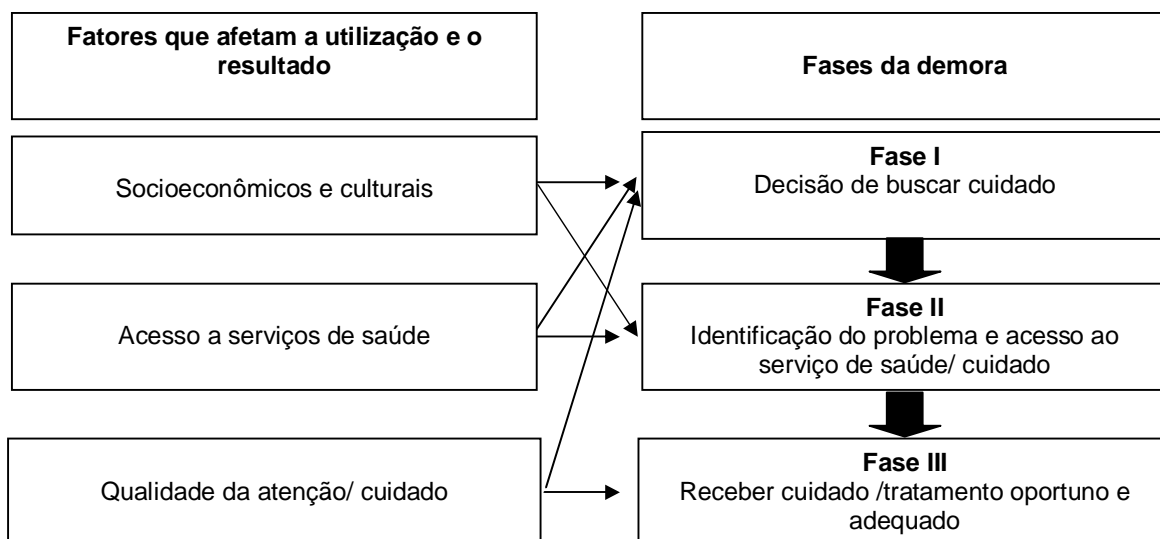
Apesar de os autores admitirem que o modelo é simplista em natureza e que apenas os relacionamentos mais importantes estão representados, eles enfatizam a importância desta proposta em subsidiar uma estrutura que sirva de base para pesquisadores e planejadores de programas, na comparação de novas ações. A vantagem deste modelo é que ele oferece uma ilustração de diferentes fatores (distantes e intermediários) afetando a mortalidade materna. O ponto fraco é a falta de elucidação de como os fatores distantes se relacionam com aqueles intermediários. Neste quadro, as mulheres são posicionadas de forma passiva, destinatárias de serviços de saúde ou vítimas de fatores externos. As ligações entre os níveis socioeconômico e de saúde, de comportamento e de acesso aos serviços de saúde precisa ser melhor compreendida. Além disso, como as mulheres, família e comunidade se relacionam na procura de cuidados de saúde adequados, para evitar a morte materna. Esta questão é discutida um pouco mais no Modelo de Taddeus e Maine (1994).

### 2.2.2 Modelo de Thaddeus e Maine (1994)

O Modelo de Thaddeus e Maine (1994) é conhecido como Modelo das Três Demoras e baseia-se na hipótese de que a maioria das mortes maternas ocorre por causas obstétricas diretas e, assim sendo, podem ser prevenidas com tratamento/assistência oportunos. Há vários fatores que contribuem para a mortalidade materna, mas os autores direcionaram a atenção para aqueles que afetam o intervalo entre o início da complicação obstétrica e o resultado. Logo, se o tratamento é rápido com adequada assistência, o resultado geralmente é satisfatório (THADDEUS; MAINE, 1994).

Neste modelo, a mortalidade materna em países com poucos recursos tem sido atribuída às "três demoras", ou fases cronológicas de atrasos distintos: demora na decisão de procurar atendimento, a demora em chegar até o local de atendimento e demora no recebimento de tratamento adequado (FIG. 2).

**Figura 2 - Modelo das três demoras (THADDEUS; MAINE, 1994)**



Fonte: Adaptado de Thaddeus e Maine (1994, p. 1093).

A primeira demora é da parte da mulher, família ou comunidade em não reconhecer uma condição de risco de vida. Nestes casos, a maioria dos nascimentos ocorre em casa, com atendentes não qualificados, sem habilidade para prever ou prevenir resultados adversos e agir imediatamente em complicações. Reconhecer uma

situação de emergência não é fácil e quando a parteira leiga ou a família percebe que há um problema, é tarde demais (THADDEUS; MAINE, 1994).

A segunda demora consiste em chegar a uma unidade de saúde, e pode ser devida às condições de deslocamento, à falta de transporte, ou à localização. Algumas localidades, distantes de grandes centros, não têm acesso a estradas pavimentadas e muitas famílias não têm acesso aos veículos. Em outras situações, o transporte público é deficiente ou até inexistente, sendo realizado, por vezes, por animais. Tudo isso significa que pode levar horas ou dias para mulheres, em situação de risco de morte, conseguirem chegar a uma unidade de saúde e receberem atendimento no tempo necessário para o socorro (THADDEUS; MAINE, 1994).

A terceira demora ocorre na instalação de cuidados de saúde. Após a admissão, as mulheres recebem assistência inadequada ou tratamento ineficiente. Recursos escassos com frágeis centros de saúde podem não ter a tecnologia apropriada ou os serviços necessários para prestar cuidados emergenciais, em casos, por exemplo, de hemorragia e infecção puerperais. A omissão no tratamento, o tratamento incorreto e a falta de suprimentos contribuem para a mortalidade materna (THADDEUS; MAINE, 1994).

Uma vantagem deste modelo é o enquadramento do problema em termos de decisão e experiências da mulher grávida e de sua família no enfrentamento de uma situação de risco/complicação.

Um exemplo de análise da mortalidade materna com base no modelo proposto por Thaddeus e Maine (1994) é o estudo desenvolvido por Kabali, Gourbin e Brouwere (2011), que entrevistaram 110 familiares de mulheres que vieram a óbito e 208 mulheres sobreviventes que tiveram graves complicações na gestação, parto ou pós-parto, na Cidade de Kinshasa, capital da República Democrática do Congo. As entrevistas ocorreram entre três e 12 meses após os óbitos maternos. De modo geral, os resultados apontaram três problemas principais, sendo eles a questão financeira na busca da assistência; a falta de compreensão por parte das mulheres quanto à identificação de sinais de perigo, mesmo para aquelas que frequentaram o pré-natal; e problemas relacionados à equipe de saúde que prestou o atendimento, no que se refere a maus tratos.

Estudo semelhante desenvolvido em Gâmbia, na África, aplicou o referido modelo utilizando a técnica de autópsia verbal em 32 casos de mortes maternas, no ano de 2002. Os pesquisadores revelaram como principais obstáculos a serem revistos: a subestimação da gravidade da complicação por parte da mulher e/ou família; demora em chegar a um local com assistência adequada; falta de transporte ou transporte demorado; peregrinação da gestante na procura por atendimento; e demora em receber os cuidados adequados depois de chegar ao hospital (CHAM; SUNDBY; VANGEN, 2005).

Pacagnella (2011) com base na consulta de informações em prontuários de 27 unidades obstétricas, nas diversas regiões geográficas do Brasil, concluiu que a frequência de demoras na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno, sendo significativamente mais prevalentes entre as mulheres que têm morbidades e entre as que tiveram óbito materno. Além disso, fatores sociodemográficos adversos relacionam-se com a maior prevalência de demoras no recebimento do cuidado obstétrico adequado.

### **2.3 Panorama da mortalidade materna no mundo**

Por volta de 1870, as razões de mortalidade materna, em muitas regiões hoje consideradas desenvolvidas, eram acima de 600 mortes por 100 mil NV. Para alguns países como a Suécia, Estados Unidos da América (EUA), Inglaterra e País de Gales, as séries históricas mostraram diferentes padrões de redução dos óbitos maternos. Na Suécia os índices começaram a cair desde 1870, estabilizando-se em 250 a 300 mortes por 100 mil NV, ao passo que próximo à virada do século XIX, a Inglaterra e o País de Gales apresentavam níveis de 400 a 450 mortes por 100 mil NV e os EUA de 600 a 800 mortes por 100 mil NV, permanecendo relativamente estáveis por mais de quatro décadas. Este período de estagnação foi sucedido por uma rápida queda da mortalidade materna, entre 1937 e o final dos anos 1960 (BROUWERE; TONGLET; LERBERGHE, 1998).

As reduções significativas na RMM já no final do século XIX ocorreram principalmente em função da disponibilização de profissionais na assistência ao parto. Outras quedas impressionantes nos números de mortes maternas

aconteceram durante e após a Segunda Guerra Mundial, quando o acesso a cuidados hospitalares melhorou (RONSMANS; GRAHAM, 2006).

Na Inglaterra e EUA as diferenças verificadas na mortalidade materna desde as primeiras décadas do século XX se deveram não somente às mudanças sociais e econômicas, com redução da pobreza e desnutrição, mas, sobretudo às melhorias nos cuidados médicos e obstétricos. Alguns exemplos são a introdução da penicilina, em 1937, a transfusão de sangue, em 1944-1945, e a aquisição de conhecimento de métodos mais seguros de condução da eclâmpsia, nos anos 1950 (LOUDON, 1992). Loudon (1988) afirma que entre 1870 e 1935 era mais seguro ter um parto em casa, com uma parteira bem treinada, do que em um hospital, com um médico. Além disso, embora a mortalidade materna estivesse muitas vezes associada a áreas de pobreza, não era mais seguro ser rico. A privação socioeconômica, por si só, não era um fator determinante da mortalidade materna, mas sim o local do parto e o cuidado e habilidade da parteira.

Para Loudon (1992) duas fases principais resumem essa importante redução dos índices de mortes maternas nos países desenvolvidos. A primeira seria caracterizada pelo reconhecimento precoce da magnitude da mortalidade materna, revelada pelas estatísticas vitais, que se tornaram disponíveis no século XIX, tanto em termos absolutos e em comparação com outros países, seguida de identificação dos fatores que afetavam a sua distribuição. Assumir o problema foi um elemento essencial na sensibilização dos gestores públicos e permitiu estabelecer prioridades e melhorias no atendimento obstétrico. O desenvolvimento atrelado à maior acessibilidade aos serviços de obstetrícia e a adoção de técnicas preventivas, como por exemplo, de assepsia para a precaução de infecções puerperais, foram fundamentais para reduzir as mortes. Neste contexto, países como a Suécia, Holanda e Dinamarca obtiveram significativas reduções de mortes maternas. A segunda fase, que se seguiu ao platô de 1900-1937, foi possível graças ao domínio de algumas técnicas (antibióticos, cesarianas e transfusões) que se tornaram disponíveis para a grande maioria das mulheres. O desenvolvimento tecnológico e melhorias nos cuidados hospitalares permitiu que os países que já haviam reduzido consideravelmente seus índices de mortalidade materna conseguissem chegar aos níveis baixos verificados na atualidade. Neste contexto, em vários países europeus, no final dos anos 1930, foram formados comitês e associações de médicos, às



vezes de leigos, com o mesmo objetivo de melhorar as estatísticas de mortalidade materna. Além disso, foi introduzida uma legislação específica e disponibilizados recursos.

De acordo com Loudon (1992), o que diferenciou os países do norte da Europa (Dinamarca, Suécia, Holanda, Noruega) obter quedas expressivas de mortes maternas, antes de outros países europeus e dos EUA, foi a baixa proporção de partos instrumentais e a elevada proporção de nascimentos assistidos por parteiras bem treinadas. Essa combinação de circunstâncias e condições, que permitiu a obtenção de redução precoce em alguns países e abriu caminho para o desenvolvimento tecnológico da década de 1940, não tem sido presente em muitos países em desenvolvimento (GOLDENBERG; MCCLURE, 2011).

Diante da proximidade do prazo estabelecido na cúpula do milênio, dois estudos importantes e independentes foram conduzidos a fim de avaliar a situação mundial (HOGAN *et al.*, 2010; WHO *et al.*, 2012). A OMS, juntamente com a ONU, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Banco Mundial (WHO *et al.*, 2012) e o Instituto de Avaliação e Estatística em Saúde (IHME) em Seattle, nos EUA (HOGAN *et al.*, 2010), estudaram a mortalidade materna em períodos semelhantes (OMS, 1990-2010; IHME, 1980-2008) e utilizaram metodologias distintas com bases de dados empíricos de diversos países.

O estudo da OMS (WHO *et al.*, 2012) envolveu um total de 181 países e territórios com variadas fontes de dados. Para 2010, estimaram 287.000 mortes maternas no mundo, um declínio de 47% desde 1990. A África Subsaariana (56%) e Sul da Ásia (29%) responderam por 85% da carga global de mortes maternas (245.000). Dois países foram responsáveis por um terço das mortes maternas globais: a Índia, com 19% (56.000) e a Nigéria com 14% (40.000). A RMM foi de 210 mortes por 100 mil NV, praticamente metade das 400 mortes maternas por 100 mil NV em 1990. A RMM nas regiões em desenvolvimento foi 15 vezes maior (240 mortes por 100 mil NV) do que em regiões mais desenvolvidas (16 mortes por 100 mil NV). Os fatores que contribuíram para a redução dos níveis de mortalidade materna nos países desenvolvidos, especialmente nas duas últimas décadas, foram o acesso praticamente universal a cuidados especializados no momento do parto e a cuidados obstétricos em situações de emergência (UNICEF, 2008).

Nas regiões em desenvolvimento a África Subsaariana teve a maior RMM (500 mortes por 100 mil NV) e a Ásia Oriental a menor RMM (37 mortes maternas por 100 mil NV). Nas demais regiões as mortes por 100 mil NV foram: 220 no Sul da Ásia, 200 na Oceania, 150 no Sudeste da Ásia, 80 na América Latina e Caribe, 78 no Norte da África, 71 na Ásia Ocidental e 46 no Cáucaso e Ásia Central.

Na análise de países, Chade e Somália tiveram RMM extremamente elevadas<sup>5</sup> e também maior risco de mortalidade materna em mulheres em idade reprodutiva, sendo de uma morte em 15 e de uma morte em 16, respectivamente. Em contraste, a Grécia, Singapura, Estônia e Itália foram os países com menor risco (um em 20.000) (WHO *et al.*, 2012).

Entre as 19.000 mortes maternas atribuídas ao HIV em todo o mundo, 17.000 (89%) estão na África Subsaariana. Sem o HIV, a RMM para a África Subsaariana seria 450 mortes maternas por 100 mil NV, em vez de 500 mortes maternas por 100 mil NV. Dos 18 países que têm uma proporção de mortes maternas atribuídas ao HIV de 20% ou mais, 14 estão na África Subsaariana, com exceção da Ucrânia, Bahamas, Tailândia e Rússia (WHO *et al.*, 2012).

Em 2010, um total de 10 países já havia atingido a meta de redução de 75% dos óbitos maternos estabelecida no quinto ODM, sendo eles: Estônia (95%), Maldivas (93%), Belarus (88%), Romênia (84%), Butão (82%), Guiné Equatorial (81%), Irã (81%), Lituânia (78%), Nepal (78%) e Vietnã (76%). A OMS sugere que, para os demais países, uma maneira de avaliar o progresso é examinar se eles tiveram a queda média anual esperada de 5,5% na RMM em 1990-2010 (WHO *et al.*, 2012).

No caso do Brasil, a RMM estimada<sup>6</sup>, no período 1990-2010, declinou 51% passando de 120 mortes por 100 mil NV para 56 mortes por 100 mil NV. O risco de morte materna em 2010 foi de uma em 910 e o percentual de declínio anual médio a partir de 1990 esteve em 3,5%. Desta forma, o país foi considerado pela OMS como fazendo progressos na saúde materna (WHO *et al.*, 2012).

---

<sup>5</sup> ≥ 1.000 mortes maternas por 100 mil NV. Chade e Somália tiveram RMM de 1.100 e 1.000, respectivamente.

<sup>6</sup> Cálculo baseado no fator de ajuste de 1,4 estimado em 2002 e publicado em Brasil (2006a).

Vários fatores podem explicar o declínio da mortalidade materna entre 1990 e 2010. Além de melhorias nos sistemas de saúde e na educação feminina, o maior acesso à saúde e melhores instalações de saúde podem ter contribuído para esta redução. Além disso, a proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado nas regiões em desenvolvimento passou de 55% em 1990 para 65% em 2009. Da mesma forma, a proporção de mulheres que foram atendidas por profissional de saúde pelo menos uma vez durante a gravidez aumentou de 64% para 81%. Outro ponto é a proporção de mulheres em idade fértil (MIF) que utilizam algum método de contracepção, que também aumentou de 52% para 61%. Na África Subsaariana a rápida implantação da terapia anti-retroviral para mulheres HIV positivas passou de menos de 10% em 2000 para 55% em 2010, objetivando a prevenção da transmissão mãe-filho e melhorando as chances de sobrevivência. No entanto, ainda existem disparidades dentro e entre regiões e os esforços para melhorar a saúde materna e, conseqüentemente, reduzir os óbitos, estão justamente concentrados na redução dessas desigualdades (WHO *et al.*, 2012).

Entre as estratégias globais sugeridas pela ONU para melhorar a saúde das mulheres e das crianças estão a integração de intervenções e serviços essenciais, o reforço dos sistemas de saúde, a capacitação dos profissionais de saúde e a coordenação da pesquisa e inovação. Considerando que apenas um terço dos países são caracterizados como tendo um sistema de registro civil completo, a recomendação da OMS é que, até 2015, todos os países tenham adotado medidas importantes para estabelecer um sistema de registro de nascimentos, mortes e causas de morte, os quais poderão contribuir enormemente para a estimativa da mortalidade materna e acompanhamento do ODM (WHO *et al.*, 2012).

O estudo realizado pelo IHME (HOGAN *et al.*, 2010) analisou a mortalidade materna em 181 países no período de 1980-2008. As fontes de dados utilizadas foram o registro de dados vitais, pesquisas domiciliares, censos e relatórios de estudos de base populacional de mortes maternas. Os resultados mostraram uma tendência de queda consistente na RMM entre 1980 e 1995, seguido de um período de pouca mudança. As mortes maternas globais reduziram de 526.300 em 1980 para 342.900 em 2008, correspondendo à taxa anual de declínio de 1,5%. O progresso global teria sido maior se a epidemia do HIV não tivesse contribuído para um aumento substancial na mortalidade materna, especialmente nas regiões Leste e Sul da

África. Com o início dessa epidemia em 1990, houve uma redução na queda das mortes maternas em todo o mundo, com uma taxa de declínio de 1,8% entre 1980 e 1990 e de 1,4% de 1990 a 2008. Excluindo-se as mortes por HIV, a redução seria mais expressiva, no período 1980-2008, com diminuição de 526.200 para 281.500 mortes maternas e aumento da taxa de declínio anual (2,2%).

Globalmente, as mortes maternas por 100 mil NV reduziram de 422 em 1980, para 320 em 1990 e 251 em 2008. Cinco regiões tiveram RMM abaixo de 20 mortes por 100 mil NV<sup>7</sup>. As maiores quedas ocorreram na região da Europa Central, com redução de mais de dois terços desde 1980. As regiões do Leste da Europa, Leste da Ásia, América Latina (exceto países andinos) e Ásia Central tiveram, em 2008, RMM inferior a 60 mortes por 100 mil NV (HOGAN *et al.*, 2010).

No Brasil a RMM diminuiu de 149 para 55 mortes por 100 mil NV, entre 1980 e 2008. Ao comparar os efeitos da vacina tríplice viral na redução dos óbitos maternos, entre 1990 e 2008, o estudo mostrou que a vacina diminuiu 1,9% das mortes maternas anuais no México e 3,9% no Brasil. Ambos os países têm apresentado melhorias na mortalidade adulta por meio de mudanças sociais, econômicas e do sistema de saúde e enfatizado suas políticas na redução da mortalidade materna, mas o Brasil superou o México em termos de declínio (HOGAN *et al.*, 2010).

De acordo com os pesquisadores do IHME, existem quatro razões relevantes que estão contribuindo para os progressos mundiais em atingir o quinto ODM. O primeiro diz respeito à taxa de fecundidade total (TFT)<sup>8</sup>, que reduziu de 3,7 filhos por mulher, em 1980, para 3,3 filhos por mulher, em 1990, e 2,6 filhos por mulher, em 2008. Apesar dos números crescentes de mulheres em idade reprodutiva, essa diminuição da TFT tem mantido praticamente estável o tamanho da coorte de nascimentos mundial. Nas regiões em que se observa queda das TFT também ocorrem declínios na RMM. Entretanto, esta relação que dirige ambos, mesmo que possa estar mediada por mudanças sociais, ainda não é clara. Em segundo, está o aumento da renda per capita, especialmente na Ásia e América Latina, que pode afetar a mortalidade materna de variadas formas, desde o estado nutricional das mães à

---

<sup>7</sup> Austrália, Europa Ocidental, Ásia Ocidental, Europa Central e América do Norte.

<sup>8</sup> Número médio de filhos tidos por uma mulher (15 a 49 anos de idade) de uma coorte hipotética, ao final de seu período reprodutivo (BRASIL, 2000a).

integridade financeira que permita o acesso aos serviços de saúde. Em terceiro, a escolaridade materna, que é outra variável considerada de forte correlação com a mortalidade materna. Mesmo na África Subsaariana, onde os índices de óbitos maternos são muito elevados em decorrência, sobretudo, do HIV, pode ser notado que a média de anos de estudos das mulheres com idades entre 25 e 44 anos aumentou de 1,5 em 1980 para 4,4 em 2008. Por fim, a cobertura de atendimento por profissional qualificado no parto, que pode ter contribuído para o declínio da mortalidade materna global (HOGAN *et al.*, 2012).

AbouZahr (2011) analisando as diferenças encontradas nas estimativas dos estudos da OMS (WHO *et al.*, 2012) e do IHME (HOGAN *et al.*, 2010) indaga se não seria melhor ter apenas um conjunto homogêneo de estimativas. Se de um lado as discordâncias e debates, parte normal do discurso científico, podem auxiliar a melhorar o conhecimento e estimular a melhor coleta de dados nos países, por outro, criam confusão e ceticismo que devem ser evitados. O caminho não é forçar um consenso científico em torno de estimativas que reconhecidamente se caracterizam por um elevado grau de incerteza, e sim, possibilitar o desenvolvimento de ferramentas e métodos adequados que permitam aos países construir bases de dados fidedignas para análises periódicas e comparações.

Como pode ser observado com base na síntese apresentada até aqui, as questões que envolvem a mortalidade materna guardam especificidades regionais, relacionadas ao grau de desenvolvimento econômico e à disponibilidade de acesso e qualidade dos serviços de saúde. Diante do grau de complexidade circunscrita à definição dos fatores associados à mortalidade materna, não é recomendável abordar o problema numa perspectiva unidimensional. Além disso, por envolver também aspectos de natureza comportamental, a explicação e, sobretudo, o entendimento do fenômeno requer mais do que uma abordagem meramente quantitativa, como se verá ao se focalizar os estudos até então desenvolvidos no Brasil, cujos resultados serão sintetizados no próximo capítulo.

### 3 PANORAMA DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

A produção científica nacional a respeito da mortalidade materna começou a ser especialmente desenvolvida a partir de 1980 e, desde então, vem ganhando destaque ao longo das décadas. A maior parte dos trabalhos que tratam da mortalidade materna no Brasil tem como abordagem principal a análise epidemiológica, com o apontamento das estimativas e causas associadas a esta ocorrência (VICTORA, 2001; MORSE *et al.*, 2011). Em menor número, outras investigações analisam essa temática com enfoque qualitativo (MAUAD *et al.*, 2003; PELLOSO; TAVARES, 2006; GOMES *et al.*, 2006; CARDOSO; SOUZA; GUIMARÃES, 2010).

Este capítulo trata dos principais aspectos relacionados à mortalidade materna no Brasil, apresentando informações relativas à tendência da RMM, diferenciais de causas, fatores associados e evitabilidade dos óbitos maternos. Para melhor organização das informações são utilizadas, principalmente, estimativas publicadas por instituições responsáveis por informações em saúde no país. Outros estudos epidemiológicos nacionais de base populacional, que analisaram a tendência de mortes maternas, especialmente nas últimas três décadas e que foram desenvolvidos em determinadas localidades por iniciativas diversas estão dispostos para consulta na Quadro A (APÊNDICE A)<sup>9</sup>.

#### 3.1 Tendência da razão de mortalidade materna no Brasil

As estimativas das razões de mortalidade materna (RMM) no Brasil são comprometidas por dois problemas: a subnotificação, referente ao preenchimento incorreto da DO por parte do médico, com omissão da causa da morte relacionada à gestação, parto ou puerpério e o conseqüente não preenchimento do campo da

---

<sup>9</sup> Realizou-se uma revisão bibliográfica de estudos de base populacional que utilizaram a RMM, indexados no Medline, via PubMed (National Library of Medicine, EUA) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), publicados desde o início das referidas bases de dados até junho de 2012, limitados aos idiomas português, inglês ou espanhol. Os descritores utilizados no PubMed foram “*maternal mortality*” e “*Brazil*” e no Lilacs “mortalidade materna” e “Brasil”; “mortalidade materna por unidade territorial” e “Brasil”. Foram excluídos: teses, dissertações, relatórios de comitês e/ou pesquisas, temas livres, estudos hospitalares, estudos sobre morbidade materna, pesquisas qualitativas, revisões bibliográficas, artigos que não indicaram a RMM e estudos comparativos de índices entre países. Foram incluídos 62 estudos.

DO<sup>10</sup>; e o sub-registro, quando o óbito não é registrado em cartório, seja pela dificuldade de acesso, pela existência de cemitérios irregulares ou pela falta de informação da população quanto à importância da DO (BRASIL, 2007a, 2011b). Ainda que estes problemas de subenumeração de óbitos maternos persistam, ao longo dos anos observa-se melhorias na qualidade das informações. Em grande parte, esse problema vem sendo minimizado por meio da atuação dos Comitês de Mortalidade Materna presentes na maioria dos estados brasileiros. O trabalho desempenhado por esses órgãos é decisivo para a mudança de comportamento em relação à mortalidade materna. Dentre outras contribuições, o trabalho desses comitês permite o levantamento de casos de óbitos não declarados (BRASIL, 2012b). Uma das prioridades da agenda da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para a Vigilância do Óbito no período de 2011 a 2015 é ampliar a cobertura e continuar melhorando a qualidade da informação de mortalidade do país e sua utilização. Para isto, a estratégia é aumentar a captação e investigação do óbito nos estados. A meta é aumentar a capacidade de investigação dos óbitos de MIF por causas presumíveis de morte materna para 85% até 2015. Em 2010 o percentual de óbitos maternos e de MIF por causas presumíveis de morte materna investigados foi de 53% (BRASIL, 2011c).

Nos anos 1980, o trabalho de Siqueira *et al.* (1984) revisou os dados oficiais e estimou para o país uma RMM mais que o dobro (154 mortes por 100 mil NV) da estatística oficial (70 mortes por 100 mil NV). Naquela época, as dificuldades relacionadas à pesquisa se referiam, especialmente, à obtenção de informações dos extremos de idade reprodutiva, por falta de dados sobre nascimentos entre os 10 a 14 anos ou número reduzido de óbitos maternos registrados de mulheres de 50 anos e mais, impossibilitando uma análise adequada.

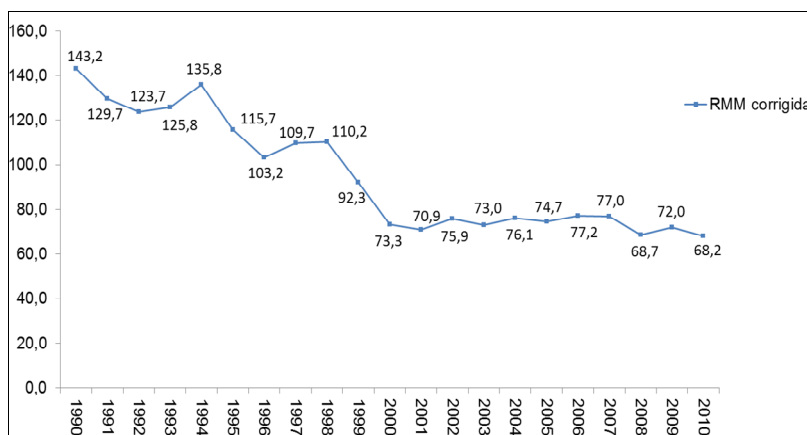
---

<sup>10</sup> Algumas modificações na DO foram propostas em 2011 a fim de reduzir problemas de preenchimento e contribuir para a melhoria de qualidade dos dados informados. Para as mortes maternas, a novidade do novo modelo da DO é que unifica em uma só pergunta, disposta no campo 37, a questão sobre se o óbito ocorreu na gravidez, aborto, parto, puerpério (até 42 dias), puerpério tardio (de 43 dias a um ano) e, ainda, se a morte não ocorreu nestes períodos. Neste campo o médico, que é o profissional responsável em preencher a DO, deverá marcar apenas uma das opções. Na versão anterior da DO havia a possibilidade de preenchimento inconsistente, com respostas afirmativas para os campos 43 (A morte ocorreu na gravidez, parto e aborto?) e 44 (A morte ocorreu durante o puerpério?). Outra mudança significativa da DO diz respeito à escolaridade, pois no modelo novo deve ser preenchida a última série concluída, e não mais os anos de estudos, cujo conceito é sujeito a erros de interpretação e vieses de memória (BRASIL, 2011b).

Becker e Lechtig (1987) utilizando a mesma metodologia de Siqueira *et al.* (1984), estimaram para o país, em 1984, uma RMM de 120 mortes por 100 mil NV. Outro trabalho, realizado com base no método indireto de sobrevivência das irmãs, mostrou uma estimativa para um período semelhante (1983-84) cerca de o dobro (217 mortes por 100 mil NV) daquela obtida por Becker e Lechtig (PNDS, 1996). É oportuno ressaltar que ambos os estudos não levaram em consideração a subnotificação dos óbitos necessitando, portanto, de cautela na interpretação (VICTORA, 2001).

Analisando-se a tendência da RMM no Brasil nos últimos 20 anos (GRÁF. 1), estimativas da SVS/ MS mostraram redução de 52% da RMM, declinando de 143 mortes por 100 mil NV em 1990, para 68 por 100 mil NV em 2010. Para o período 1996-1998, o aumento dos óbitos maternos pode não ser considerado real, uma vez que a coleta de dados melhorou sensivelmente no período. Contudo, a velocidade de redução da RMM diminuiu a partir de 2001, revelando a necessidade de maiores esforços para atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015.

**Gráfico 1 - Tendência da RMM estimada pelo Ministério da Saúde, Brasil 1990-2010**



Fonte: Brasil (2011d).

Outro ponto que deve ser notado é o incremento da RMM em 2009, indicando que a pandemia de gripe pelo vírus da influenza H1N1, decretada em abril de 2009 e que circulava em mais de 170 países, incluindo o Brasil, pode ter contribuído para a elevação dessa estimativa no referido ano. A experiência em outros países atingidos pela pandemia revelou que gestantes no segundo e terceiro trimestres de gravidez



são quatro vezes mais suscetíveis a hospitalizações do que a população em geral e apresentam maior risco de morte (JAMIESON *et al.*, 2009; SISTON *et al.*, 2010; BRASIL, 2012a, 2012b). Entre janeiro e setembro de 2011 ocorreram 1.038 óbitos maternos, 21% a menos do total registrado entre janeiro e setembro de 2010. Os registros do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna do MS<sup>11</sup> sinalizam essa tendência de declínio do número de óbitos maternos declarados. Todavia, apesar de o país estar fazendo progressos na saúde materna, com média de redução anual de 3,5%, a meta do quinto ODM será difícil de cumprir, pois até 2015 seria necessário obter redução anual da RMM de 5,5% (BRASIL, 2012a).

Os diferenciais de mortalidade materna entre regiões brasileiras foram ressaltados no estudo de Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2004), que verificaram para o 1º semestre de 2002 variações significativas nas estimativas das RMM por 100 mil NV: 42,0 no Sul, 45,4 no Sudeste, 49,3 no Centro-oeste, 60,5 no Norte e 73,2 no Nordeste. É importante considerar que estudos da década de 1980 (SIQUEIRA *et al.*, 1984; BECKER; LECHTIG, 1987) já apontavam as regiões Norte e Nordeste como as de maior ocorrência de mortes de mulheres na gestação, parto ou puerpério. Outro aspecto é que justamente nestas regiões a subnotificação ainda é significativamente elevada, sugerindo que os números, ainda que corrigidos, são imprecisos (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004). As estimativas de RMM disponibilizadas pelo MS/SVS<sup>12</sup> no período 1996-2010, por regiões e unidade da federação (UF), mostram o estado do Rio de Janeiro com maior número de óbitos por 100 mil NV e, no outro extremo, Santa Catarina (TAB. 1). A tendência errática, com variações abruptas da RMM na maior parte das UFs para as quais o MS/SVS disponibilizou informações no período 1996-2010 pode ser explicada, em parte, pelos esforços que têm sido realizados para melhorar a qualidade da informação. Para o total (Brasil), a RMM foi obtida aplicando-se fatores de correção de 2,56 em 1990, de 2,0 em 1996, de 1,4 de 2000 a 2007, e de 1,2 em 2008. Para 2009 e 2010 foram utilizados modelos de regressão para estimar a RMM.

---

<sup>11</sup> Brasil (2011e). Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

<sup>12</sup> RMM calculada apenas para os estados que atingiram cobertura e regularidade do SIM igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90% (BRASIL, 2011f).

**Tabela 1 - RMM estimada pelo Ministério da Saúde para UF que atingiram cobertura e regularidade do SIM igual ou superior a 80% e cobertura do SINASC igual ou superior a 90%, 1996-2010**

<b>UF</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Espírito Santo	44,9	29,9	51,3	42,8	44,5	24,5	43,6	37,4	65,7	53,4	64,1	41,2	54,0	85,5	65,6
Rio de Janeiro	64,8	66,6	79,4	75,7	76,0	71,4	74,1	68,0	69,6	63,2	75,1	79,3	69,5	93,7	83,6
São Paulo	43,6	55,4	55,7	52,4	40,1	40,6	40,1	34,2	34,8	35,4	40,8	42,3	40,9	56,6	45,1
Paraná	57,5	79,4	84,2	83,0	68,5	65,2	57,5	42,6	69,5	66,1	61,9	59,6	58,2	71,7	59,2
Santa Catarina	44,9	48,1	43,7	43,5	36,9	42,0	45,5	52,9	43,3	33,1	42,8	41,5	37,5	22,8	28,4
Rio Grande do Sul	52,2	75,8	85,6	50,9	47,0	45,5	64,4	60,3	56,8	55,7	59,4	52,5	60,7	56,1	59,3
Mato Grosso do Sul	50,6	55,3	54,9	52,6	37,1	82,4	87,7	79,0	84,2	70,0	83,5	57,0	82,5	89,4	74,8
Distrito Federal	29,9	44,8	55,8	42,6	35,4	29,9	34,9	21,7	43,9	41,4	46,5	38,6	58,9	54,6	45,2
<b>Total</b>	<b>103,2</b>	<b>109,7</b>	<b>110,2</b>	<b>92,3</b>	<b>73,3</b>	<b>70,9</b>	<b>75,9</b>	<b>73,0</b>	<b>76,1</b>	<b>74,7</b>	<b>77,2</b>	<b>77,0</b>	<b>68,7</b>	<b>72,0</b>	<b>68,2</b>

Fonte: Brasil (2011f).

### 3.2 Diferenciais de causas dos óbitos maternos no Brasil

A mortalidade materna por causas obstétricas diretas ainda é predominante no Brasil (TAB. 2), mas vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos (BRASIL, 2012a, 2012b). Em 1996 as causas indiretas representaram 22,0% do total de óbitos maternos e, em 2010, essa proporção aumentou para 30,7%. Essa elevação deve estar relacionada à qualificação da informação (BRASIL, 2012b).

**Tabela 2 - Proporção de óbitos maternos segundo tipo de causa obstétrica, Brasil, 1996 a 2010**

Ano	Causas de mortalidade materna	
	Obstétricas Diretas (%)	Obstétricas Indiretas (%)
1996	76,4	22,0
1997	67,5	29,6
1998	62,7	34,3
1999	71,0	26,0
2000	75,2	21,2
2001	76,6	19,8
2002	73,5	23,7
2003	73,2	23,2
2004	70,9	24,4
2005	73,7	22,7
2006	71,8	25,8
2007	74,1	23,3
2008	71,1	25,3
2009	63,2	34,7
2010	66,7	30,7

Fonte: Brasil (2011g).

Em 1990 a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior àquela por causas indiretas, tendo reduzido para 2,4 vezes em 2010. Neste período ocorreram reduções de 81,9% no risco de morrer por aborto; de 69,3% por hemorragia; de 66,0% por hipertensão e de 60,4% por infecção puerperal. Entre as causas indiretas houve redução do risco de morrer de 42,5% por doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério. Conforme já ressaltado, em 2009 a

pandemia da infecção pelo vírus da influenza H1N1 gerou um aumento significativo dos óbitos maternos, levando as doenças do aparelho respiratório que complicam o ciclo gravídico-puerperal ao segundo lugar entre as causas específicas de morte materna (BRASIL, 2012a, 2012b).

No quadro epidemiológico das mortes por causas diretas no Brasil, em 2010, conforme os dados disponíveis no SIM/MS ocupa o primeiro lugar as síndromes hipertensivas da gravidez, especialmente a pré-eclâmpsia/eclâmpsia, sucedidas pelas complicações do trabalho de parto e do parto, principalmente anormalidades de contração uterina e hemorragias, seguidas de infecção puerperal e complicações do aborto (TAB. 3).

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é uma patologia específica da gravidez que acomete de 2% a 8% das gestantes (STEEGERS *et al.*, 2010). Apesar de ser muito estudada não possui etiologia e fisiopatologia totalmente esclarecidas, o que torna difícil sua prevenção (BRASIL, 2010b). Dentre as explicações que subsidiam a manutenção de elevados números de mortes maternas por esta causa estão múltiplos problemas relacionados à assistência pré-natal inadequada e ineficiente, as falhas de planejamento familiar, a insuficiência de leitos nos hospitais, a falta de seguimento de condutas preconizadas pelo MS no atendimento emergencial, a precariedade de estrutura dos hospitais no que diz respeito a serviços laboratoriais, entre outros (SOARES *et al.*, 2009).

As intercorrências do trabalho de parto e do parto que mais se associam às mortes maternas são as hemorragias pós-parto que podem ter como causas as anormalidades de contração uterina, retenção placentária, lesões no trato genital como lacerações no trajeto do canal de parto e distúrbios de coagulação (BRASIL, 2010b). Destas, a atonia uterina<sup>13</sup> e o acretismo placentário pós-cesariana<sup>14</sup> são as causas mais comuns no Brasil (BRASIL, 2011a). De acordo com Tanaka (2006) a dificuldade reside na deficiência de acompanhamento no puerpério imediato<sup>15</sup>, onde

---

<sup>13</sup> Anormalidade na contração uterina após o parto, caracterizada por uma hipoatividade de contratilidade uterina (SILVA FILHO; LAMAITA, 2004).

<sup>14</sup> Anormalidade na implantação da placenta na parede uterina, que se fixa profundamente no útero, ultrapassando o limite normal (SILVA FILHO; LAMAITA, 2004).

<sup>15</sup> O puerpério imediato compreende o período que se estende do 1º ao 10º dia de pós-parto (BACHA; REZENDE, 2004).

não é verificada a presença de sangramento alterado, propiciando os estados de pré-choque e óbito.

**Tabela 3 - Óbitos maternos segundo categorias do capítulo XV da CID-10, Brasil, 2010**

<b>Categoria CID-10</b>	<b>Total</b>
<b>O00-O08 Gravidez que termina em aborto</b>	<b>154</b>
O00 Gravidez ectópica	42
O01 Mola hidatiforme	11
O02 Outros produtos anormais da concepção	22
O03 Aborto espontâneo	5
O04 Aborto por razões médicas e legais	1
O05 Outros tipos de aborto	16
O06 Aborto não-especificado	48
O07 Falha de tentativa de aborto	9
O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar	
<b>O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério</b>	<b>363</b>
O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	24
O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta	5
O12 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão	1
O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa	14
O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa	120
O15 Eclâmpsia	167
O16 Hipertensão materna não-especificada	32
<b>O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez</b>	<b>55</b>
O20 Hemorragia do início da gravidez	1
O21 Vômitos excessivos na gravidez	3
O22 Complicações venosas na gravidez	3
O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez	20
O24 Diabetes mellitus na gravidez	9
O25 Desnutrição na gravidez	0
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez	19
O28 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe	0
O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez	0

<b>Categoria CID-10</b>	<b>Total</b>
<b>O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto (continua)</b>	<b>104</b>
O30 Gestação múltipla	1
O31 Complicações específicas de gestação múltipla	0
O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto	0
O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita	0
O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos	1
O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas	0
O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados	4
O40 Polihidrânio	0
O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico	14
O42 Ruptura prematura de membranas	2
O43 Transtornos da placenta	4
O44 Placenta prévia	14
O45 Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]	49
O46 Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte	13
O47 Falso trabalho de parto	1
O48 Gravidez prolongada	1
<b>O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto</b>	<b>264</b>
O60 Parto pré-termo	1
O61 Falha na indução do trabalho de parto	0
O62 Anormalidades da contração uterina	90
O63 Trabalho de parto prolongado	0
O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto	0
O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe	1
O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto	1
O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte	9
O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal	0
O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical	1
O70 Laceração do períneo durante o parto	4
O71 Outros traumatismos obstétricos	21
O72 Hemorragia pós-parto	86
O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias	5
O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto	11
O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte	34
<b>O80-O84 Parto</b>	<b>0</b>

<b>Categoria CID-10</b>	<b>Total</b>
<b>O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério</b>	<b>237</b>
O85 Infecção puerperal	83
O86 Outras infecções puerperais	28
O87 Complicações venosas no puerpério	9
O88 Embolia de origem obstétrica	51
O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério	1
O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte	62
O91 Infecções mamárias associadas ao parto	3
O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto	0
<b>O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte</b>	<b>482</b>
O95 Morte obstétrica de causa não-especificada	45
O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto	0
O97 Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas	0
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	36
O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério	401
<b>Total</b>	<b>1659</b>

Fonte: Brasil (2011h).

As mortes por infecção puerperal estão associadas principalmente à realização de cesariana e ao aborto inseguro. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada sob a ótica da assistência humanizada ao parto e melhor qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010b, 2012b). Ademais, a descriminalização do aborto<sup>16</sup>, que é uma realidade em outros países latino-americanos, como México e Uruguai, poderia ajudar a diminuir o número de mortes maternas (VICTORA *et al.*, 2011).

Em 2010, as mortes por complicações do aborto acometeram 9,0% das mulheres no país, segundo estimativas do SIM-MS/SVS (BRASIL, 2011i). Entre todas as causas de morte materna, são as que mais possivelmente são sub-notificadas (VICTORA *et al.*, 2011). O abortamento inseguro resulta de necessidades não atendidas de planejamento reprodutivo, envolvendo a carência de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no uso de contraceptivos

<sup>16</sup> O Projeto de Lei n. 1.135 de 1991 que previa a extinção do Artigo 124 do Código Penal Brasileiro que criminaliza o aborto praticado com consentimento da gestante, foi votado em 7 de maio de 2008 e rejeitado por unanimidade na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Posteriormente, na Comissão de Cidadania e Justiça, também foi rejeitado em 9 de julho de 2008 e está arquivado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2008a).

e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009b, 2010c). É preciso destacar ainda que, para muitas mulheres, a gestação que determina o aborto resulta de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou intrafamiliar (BRASIL, 2009b). Outras situações de vulnerabilidade para a ocorrência de abortos provocados são as condições socioeconômicas desfavoráveis (situação de pobreza, baixa escolaridade e desemprego), necessidade de reduzir o tamanho da família e a falta de apoio do parceiro (SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008; SOUZA *et al.*, 2008).

A introdução do misoprostol<sup>17</sup> é apontada como um fator de redução da gravidade das hemorragias ou infecções decorrentes do abortamento provocado e, possivelmente, de morte materna. Entretanto, uma parcela da população ainda morre em decorrência desta causa, fazendo uso de formas inseguras de interrupção da gravidez, como sondas, objetos perfurantes, líquidos cáusticos, além de recorrerem a leigos e clínicas clandestinas (BRASIL, 2009b; VICTORA *et al.*, 2011).

Dentre as mortes por causas indiretas as de maior importância epidemiológica têm sido as doenças do aparelho circulatório, complicando a gravidez, parto ou puerpério (categoria O99.4, Capítulo XV, CID-10) (BRASIL, 2012b). Em 2010, das 401 mortes da categoria O99, do Capítulo XV, da CID-10 (TAB. 3), 131 decorreram dessa doença (O99.4), seguidas por 102 mortes por doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto e puerpério (categoria O99.5, Capítulo XV, CID-10).

Outras causas indiretas, ainda que em menor número de óbitos, merecem ser destacadas. No quadro das doenças infecciosas, em 2009 a pandemia da infecção pelo vírus da influenza H1N1 levou as doenças do aparelho respiratório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério ao primeiro lugar entre as causas específicas de morte materna, ocasionando 227 óbitos no Brasil (BRASIL, 2012a). Estudo desenvolvido no município de São Paulo revelou, em 2009, RMM específica para H1N1 de 12,6 mortes por 100 mil NV, superior à média histórica (3,2 mortes por 100 mil NV) de broncopneumonia e tuberculose (VEGA *et al.*, 2009). Outra patologia que originou um importante aumento dos óbitos maternos e merece análise é a

---

<sup>17</sup> Fármaco utilizado na indução do abortamento. Geralmente é utilizado para prevenção e tratamento de úlceras gástricas, mas tem também como efeitos induzir contrações uterinas, sendo comumente utilizado para o abortamento provocado ou prevenção de hemorragia pós-parto (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010c).



infecção pelo HIV. No Brasil, de 2000 a 2010 ocorreram cerca de 573 mortes maternas cuja causa básica foi o HIV (categorias B20, B22 e B24 da CID-10) (BRASIL, 2011i). No entanto, Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2009) chamam a atenção para o fato de que a codificação do HIV entre as doenças infecciosas tem sido difícil, indicando a subestimação das estatísticas de mortes maternas no país.

Na análise por regiões brasileiras, em 2010, de acordo com informações do SIM - MS, o Sudeste assumiu o primeiro lugar de algumas das principais causas obstétricas diretas de mortes maternas, como o aborto não especificado (23 casos) e o descolamento prematuro de placenta (25 casos). A região Nordeste apresentou a eclâmpsia como a causa de maior ocorrência de óbitos maternos e números semelhantes ao Sudeste quanto às mortes por anormalidades da contração uterina e hemorragia pós-parto. As mortes por infecção puerperal ocorreram em maior número na região Norte (26 casos), seguidas pelo Nordeste (22 casos) e Sudeste (21 casos). Nas regiões Centro Oeste e Sul os números de mortes maternas foram inferiores aos das demais regiões brasileiras. Entretanto, os totais são expressivos para causas como eclâmpsia (16 casos) e anormalidades da contração uterina (10 casos) no Centro Oeste e pré-eclâmpsia/eclâmpsia (33 casos) e hemorragia pós-parto (17 casos) no Sul (BRASIL, 2011j).

Quanto às causas obstétricas indiretas em 2010, as regiões Nordeste e Sudeste responderam por 95 das 131 mortes por doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto ou puerpério (categoria O99.4, Capítulo XV, CID-10). O mesmo pode ser observado para as doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto e puerpério (categoria O99.5, Capítulo XV, CID-10), tendo ocorrido, no referido ano, 39 mortes na região Nordeste e 36 mortes na região Sudeste. As mortes maternas pela infecção por HIV foram mais frequentes na região Sudeste, totalizando 26 casos (BRASIL, 2011j).

### **3.3 Fatores associados às mortes maternas no Brasil**

O conhecimento do(s) perfil(s) da mortalidade materna é essencial na geração de alternativas mais efetivas para sua redução. E o desafio em propor melhorias das condições de saúde da mulher reside essencialmente em relacionar os óbitos

maternos à situação econômica, cultural e social, em análises que superam o âmbito individual e remetam à compreensão da dinâmica populacional (BRASIL, 2012c).

Analisando as características maternas declaradas no SIM-MS/SVS, nos anos 1996, 2000 e 2010 (TAB. 4) observa-se o predomínio de óbitos em mulheres entre 20 e 34 anos, solteiras e de baixa escolaridade (com quatro a sete anos de estudos). Em 1996, a escolaridade e raça/cor tiveram um percentual muito alto de ignorados sendo, respectivamente, de 83,8% e de 97,1%, impedindo uma análise retrospectiva dessas variáveis no referido ano. Quanto à raça/cor, em 2000 prevaleceram óbitos maternos em mulheres brancas (38,6%) e em 2010 em pardas (48,3%). É oportuno destacar que, apesar do número de mortes maternas acima de 49 anos não entrar no cálculo da RMM e ser inferior a 1%, ocorreram quatro mortes em 1996, outras duas em 2000 e mais três em 2010. Nota-se também que a melhoria das informações, ao longo dos anos, foi responsável pela redução no percentual de dados ignorados, sobretudo para as variáveis escolaridade e raça/cor.

Essa tendência observada nos dados publicados para o Brasil pode ser verificada em estudos de base populacional desenvolvidos em diferentes regiões do país. Em relação à idade materna no momento do óbito, observa-se em alguns trabalhos uma concentração entre os 20 e 29 anos, que é a faixa etária onde se concentra a atividade reprodutiva (SILVA, 1992; SOARES *et al.*, 1998; PAZERO *et al.*, 1998; BOYANCIAN *et al.*, 1998; ALBUQUERQUE *et al.*, 1998; COSTA, 2002; ANDRADA; VITORELLO; SAAB NETO, 2003; LAURENTI, MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004; ALVES, 2007; SOUZA *et al.*, 2008; SOARES *et al.*, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2012). Outros estudiosos ampliaram essa análise considerando a faixa de idade dos 20 até os 34 anos (MARCUS *et al.*, 1996; MARINHO; PAES, 2010).

**Tabela 4 - Distribuição percentual dos óbitos maternos segundo características sociodemográficas, Brasil, 1996, 2000 e 2010**

Variável / Ano	1996		2000		2010	
	n	%	n	%	n	%
	1520	100,0	1677	100,0	1719	100,0
<b>Faixa Etária (em anos)</b>						
10 a 14	17	1,1	14	0,8	26	1,5
15 a 19	194	12,8	226	13,5	247	14,4
20 a 24	287	18,9	373	22,2	313	18,2
25 a 29	321	21,1	346	20,6	418	24,3
30 a 34	329	21,6	290	17,3	344	20,0
35 a 39	215	14,1	268	16,0	239	13,9
40 a 44	122	8,0	130	7,8	104	6,1
45 a 49	21	1,4	24	1,4	24	1,4
50 a 54	4	0,3	2	0,1	2	0,1
55 a 59	-	-	-	-	1	0,1
Ignorado	10	0,7	4	0,2	1	0,1
<b>Cor/Raça</b>						
Branca	21	1,4	647	38,6	595	34,6
Preta	-	-	163	9,7	181	10,5
Amarela	16	1,1	15	0,9	4	0,2
Parda	5	0,3	557	33,2	831	48,3
Indígena	2	0,1	16	1,0	18	1,0
Ignorado	1476	97,1	279	16,6	90	5,2
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>						
Nenhuma	159	10,5	126	7,5	65	3,8
1 a 3	-	-	283	16,9	186	10,8
4 a 7	-	-	346	20,6	510	29,7
8 a 11	-	-	161	9,6	399	23,2
12 e mais	24	1,6	58	3,5	175	10,2
9 a 11	64	4,2	2	0,1	-	-
Ignorado	1273	83,8	701	41,8	384	22,3
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	679	44,7	789	47,0	1036	60,3
Casado	673	44,3	633	37,7	513	29,8
Viúvo	31	2,0	22	1,3	8	0,5
Separado judicialmente	16	1,1	18	1,1	28	1,6
Outro	28	1,8	76	4,5	17	1,0
Ignorado	93	6,1	139	8,3	117	6,8

Nota: Os totais de óbitos maternos das Tabelas 3 e 4 são diferentes sendo, respectivamente, de 1.659 e 1.719. Na Tabela 3 estão incluídos apenas óbitos maternos categorizados segundo o Capítulo XV, da CID-10, e na Tabela 4 estão incluídos 58 casos de óbitos maternos classificados com base no Capítulo I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias) e dois casos de óbitos maternos com base no Capítulo V (transtornos mentais e comportamentais), da CID-10.

Fonte: Brasil (2011).

O avanço da idade mostrou ser um fator contribuinte para a elevação da RMM, com índices mais altos quando a mulher tinha de 30 a 39 anos (PARPINELLI *et al.*, 1999; ANDRADA; VITORELLO; SAAB NETO, 2003; RIQUINHO; CORREIA, 2006; VEGA; KAHHALE; ZUGAIB, 2007; MELO; KNUPP, 2008; KALE; COSTA, 2009; LEITE *et al.*, 2011) e 40 a 49 anos (SIQUEIRA *et al.*, 1984; SOARES *et al.*, 1998; VEGA *et al.*, 2001; PAZERO *et al.*, 2002; SOARES *et al.*, 2009). Nesse caso, é necessário ponderar que, à medida que a idade avança a gravidez é considerada de risco e as chances de uma mulher engravidar são menores. Isso gera menor número de NV, e conseqüente aumento da RMM para as últimas idades reprodutivas (PAZERO *et al.*, 1998; SOARES *et al.*, 2009). Entre os dois últimos censos demográficos a proporção de NV de mulheres em idade acima de 30 anos aumentou de 27,6% para 31,3% (BRASIL, 2012d).

Algumas pesquisas sugerem que a adolescência não representa maior risco de morte materna, quando analisada apenas sob o enfoque da idade, e que questões socioeconômicas têm maior relevância nesta ocorrência (SIQUEIRA; TANAKA, 1986; COSTA *et al.*, 2002). O problema da morte materna nesse grupo da população é associado a um contexto sócio-familiar desfavorável e à omissão da gravidez por parte da adolescente que, por vezes, inicia tardiamente o pré-natal e dificulta uma adequada assistência à saúde (SIQUEIRA; TANAKA, 1986). Além disto, o sub-registro de nascidos vivos entre as adolescentes contribui para elevar as estimativas de RMM (SILVA, 1992).

Poucos estudos nacionais focalizam as diferenças raciais na mortalidade materna. No Paraná, no período de 1993-1998, a RMM variou de 385,4 para 342,3 e 51,6 mortes por 100 mil NV, respectivamente, para mulheres amarelas, pretas e brancas. Outro estudo realizado neste estado, entre 2000 e 2002, mostrou maior risco de morte para mulheres negras (pretas e pardas), com alta RMM para as pretas (407/100.000 NV) em relação às brancas (49,25/100.000 NV) (MARTINS, 2006). Pesquisa recente realizada no Mato Grosso apontou que a RMM das mulheres pretas superou em 5,1 vezes a das mulheres brancas (TEIXEIRA *et al.*, 2012). Os argumentos que explicam esses resultados derivam da predisposição genética das negras às doenças, especialmente síndromes hipertensivas da gravidez (SHG), e sua exposição às condições de maior vulnerabilidade social, o que dificulta o acesso

aos serviços de saúde de melhor qualidade (MARINHO; PAES, 2010; MARTINS, 2006; TEIXEIRA *et al.*, 2012).

No tocante à escolaridade, o menor nível educacional da mulher tem sido relacionado à maior chance de mortalidade materna (LEITE *et al.*, 2011; CORREIA *et al.*, 2011; TEIXEIRA *et al.*, 2012). O acesso limitado à educação pode ter reflexos negativos, que vão desde a compreensão precária de recomendações específicas durante o período gestacional, até as dificuldades de acesso aos serviços pela deficiência no reconhecimento de uma situação de risco. Além disso, a desinformação associa-se à percepção frágil da gravidade da ocorrência de uma morte materna, que pode ser interpretada como um acontecimento divino, envolvendo fatores religiosos e culturais de cada população (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Apesar do predomínio de um perfil de morte materna no Brasil, as mulheres que são atendidas por setores privados de saúde e, portanto, têm melhores condições socioeconômicas, têm contribuído com uma parcela significativa nas estatísticas. Em Campinas, 42,9% das mulheres que faleceram por causas maternas no período de 1985 a 1991 pertenciam a serviços de saúde privados (CECATTI *et al.*, 2003). Situação semelhante ocorreu no Paraná, onde 8,9% daquelas que frequentaram o pré-natal com médicos particulares vieram a óbito entre 1994 e 1996 (SOARES *et al.*, 1998). Nesse sentido, é também relevante considerar que as mulheres que normalmente estão associadas a um melhor padrão socioeconômico, de saúde e de atenção à saúde também estão morrendo no setor privado, fato que pode ser analisado sob múltiplas vertentes, incluindo a preferência ao parto cirúrgico, que apresenta maior risco de complicações (YAZLLE *et al.*, 2001; VICTORA *et al.*, 2011).

Importante considerar também que eventuais reduções na mortalidade materna são devidas, em parte, à redução da taxa de fecundidade, que passou de 6,3 filhos por mulher em meados dos anos 1960, para 1,9 filho por mulher em 2010. A redução da fecundidade vem ocorrendo em todas as regiões geográficas e estratos sociais. O aumento da escolaridade feminina, a maior participação das mulheres na força de trabalho, o aumento na escolaridade dos filhos, a queda da mortalidade infantil e a maior urbanização contribuíram para essa mudança no cenário demográfico. Além disso, explicações mais complexas dão conta de que as relações de gênero e o

papel de fatores culturais, como a religião, possam ter cooperado para a redução da fecundidade (RIOS-NETO, 2005; BRASIL, 2012d).

Outro importante fator associado à mortalidade materna é a cobertura de consultas de pré-natal. Entre 2000 e 2010 a proporção de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta pré-natal diminuiu de 4,9% para 1,8%. Nesse período a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal aumentou de 45,9% em 2000 para 61,1% em 2010. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste lideraram os maiores aumentos nas proporções de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2011m). Por outro lado, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. Entretanto, ao mesmo tempo em que se observa ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, a persistência da mortalidade materna por causas evitáveis evidencia a necessidade de qualificar a assistência (BRASIL, 2012c).

Além das intercorrências específicas do período gestacional e negligências ligadas à assistência à saúde, a contribuição das dimensões sociais e econômicas na cadeia de causalidade da mortalidade materna endossa a melhor compreensão do fenômeno e expõe situações de maior vulnerabilidade (RIQUINHO; CORREA, 2006; KALE; COSTA, 2009; MARINHO; PAES, 2010; CORREIA *et al.*, 2011). Além disso, os aspectos cultural e religioso também podem influenciar a ocorrência de óbitos maternos, merecendo compor a análise desse problema (PARPINELLI *et al.*, 1999; MELO; KNUPP, 2008).

### **3.4 Análise de mortes maternas evitáveis no Brasil**

Conforme já foi citado, grande parte das causas de morte materna no Brasil é obstétrica direta e evitável. A esse respeito, cabe perguntar: Por que as mulheres ainda morrem de problemas ligados à gestação, parto e pós-parto, que poderiam ser evitados?

De modo geral, essa discussão sobre mortes evitáveis tem pontuado a necessidade de melhorias na atenção obstétrica, atuação de profissionais da saúde e em questões sociais. No entanto, observa-se uma escassez de estudos que aprofundam

na abordagem dos indicadores potenciais de evitabilidade. A lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS), publicada por Malta *et al.* (2007) e atualizada em 2010 inclui as complicações da gravidez, parto e puerpério (O00 a O02; O03 a O26; O29 a O99) como redutíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna (MALTA, 2007, 2010).

A manutenção de elevados índices de mortes maternas no país tem demandado uma análise por parte dos comitês de prevenção de óbitos maternos, sobre alguns indicadores que relacionam as causas evitáveis às características socioeconômicas e demográficas das mulheres que vieram a óbito. Essa avaliação, recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) no Manual do Comitê de Mortalidade Materna, se realizada de forma sistemática na vigilância desses óbitos, poderá contribuir enormemente para a identificação de problemas e instauração de melhorias de gestão e planejamento dos serviços de saúde. O Quadro 1 apresenta os critérios de evitabilidade indicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) que levam em conta os fatores da comunidade e da mulher, profissionais, intersetoriais, institucionais e sociais. Além destes, o MS aponta uma lista de problemas que podem ser identificados no planejamento familiar, assistência pré-natal, ao parto, puerpério e intercorrências que devem ser exaustivamente pesquisados na avaliação crítica da atenção à saúde prestada à mulher (ANEXO C) (BRASIL, 2009a).

Na avaliação da comunidade e da mulher, as condições da comunidade em que a gestante está inserida, bem como suas dificuldades em reconhecer as situações de risco para sua saúde, em seguir as orientações fornecidas ou a recusa de acompanhamento e tratamento propostos, devem compor a análise da situação do óbito. A desinformação da gestante pode refletir na falta de compreensão da gravidade de uma situação de risco de morte materna e esta precária percepção por vezes relaciona-se à questão cultural. Nesta perspectiva, a morte materna, para algumas sociedades, pode ser entendida como causa divina, não sendo enfrentada como um problema evitável, social e de saúde pública (BRASIL, 2007a; TEIXEIRA *et al.*, 2012).

**Quadro 1 - Critérios de análise da evitabilidade do óbito materno**

<b>Critérios</b>	<b>Explicação</b>
<b>Comunidade/ Mulher</b>	Algumas mulheres se recusam a realizar o pré-natal mesmo tendo sido orientadas quanto à sua importância ou recusam a aceitar assistência por questões culturais e religiosas.
<b>Profissionais</b>	Em alguns casos são verificadas imperícia, negligência, imprudência ou falta de capacitação de profissionais da saúde na atenção à saúde da mulher. Alguns exemplos são falhas diagnósticas e adoção de procedimentos e tratamentos inadequados, não baseados nas diretrizes e manuais técnicos do Ministério da Saúde.
<b>Intersetoriais</b>	Falta de equipamento social, como por exemplo, disponibilidade limitada de transporte, falta de saneamento básico e segurança pública ineficiente.
<b>Institucionais</b>	Problemas político-administrativos, como por exemplo, falta de leitos, medicamentos, sangue ou hemoderivados e ausência de busca ativa da gestante.
<b>Sociais</b>	O desemprego, a renda baixa ou outra condição socioeconômica desfavorável da mulher.

Fonte: Adaptado de Brasil (2007a, p. 37).

Quanto aos profissionais, é apropriado considerar que a captação precoce da gestante visando à identificação de fatores predisponentes de complicações e o manejo adequado da gestação de alto risco<sup>18</sup>, incluindo referências e contra-referências<sup>19</sup>, são valorizados como procedimentos potenciais de melhora da assistência obstétrica e redução de óbitos maternos evitáveis (MADI, 1987; CECATTI, FAÚNDES; SURITA, 1999; ALBUQUERQUE *et al.*, 1998; BOYACIYAN *et al.*, 1998; PARPINELLI *et al.*, 1999, LAURENTI *et al.*, 1990b; PAZERO *et al.*, 2002; RIQUINHO; CORREIA, 2006; ALVES, 2007; SAVIATO *et al.*, 2008; SOARES *et al.*, 2009; FIGUEREDO *et al.*, 2010; CORREIA *et al.*, 2011).

A subestimação dos sintomas claramente relacionados a situações de emergências, como aqueles sugestivos de pré-eclâmpsia grave, contribuem para o retardamento

<sup>18</sup> Há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Nesse sentido, por gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingida por complicações, do que a média das gestações (BRASIL, 2010b).

<sup>19</sup> São estratégias do SUS para a integralidade da atenção à saúde. Referência compreende o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos (hospitais e clínicas especializadas). Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples. Neste caso, o usuário pode ser contra-referenciado, ou seja, encaminhado para um atendimento em nível primário, de menor complexidade (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).



da propedêutica adequada, elevando as estatísticas de mortes maternas (OBA; TAVARES, 2001). A humanização do atendimento, direcionado à escuta qualificada do profissional e à ampliação do foco assistencial, incorporando as necessidades envolvidas nos aspectos sociais e ambientais nos quais as gestantes estão inseridas também são prescritos como decisivos na obtenção de uma evolução no cuidado materno (SOUZA *et al.*, 2010; FIGUEIREDO; MALTA; REZENDE, 2010). Por outro lado, existe deficiência na preparação dos profissionais de saúde e uma carência de análise crítica da sua atuação (BOYACIYAN *et al.*, 1998; REZENDE; MORELI; REZENDE, 2000; RIQUINHO; CORREIA, 2006; SOARES *et al.*, 2009).

A qualidade de atendimento pré-natal deve estar atrelada a melhores condições para a realização do parto e do acompanhamento do pós-parto (BRASIL, 2012b). Com respeito à influência do tipo de parto sobre o óbito materno, duas questões devem ser pontuadas. A primeira diz respeito à cesariana. Para a OMS, o limite aceitável dessa intervenção cirúrgica é de 15%, considerando que o objetivo da assistência ao parto é manter mulher e recém-nascidos saudáveis, somente com intervenção do profissional quando necessário (WHO, 1985). Entretanto, no Brasil o percentual desse tipo de parto, em 2010, foi cerca de 52,0% (BRASIL, 2011n).

O que está em debate não é a indicação de cesariana em situação de risco para a mãe e/ou feto, mas sim, a insistência dos médicos em realizar desnecessariamente essa cirurgia (VICTORA, 2001; ANS, 2008; MAIA, 2008; BELO HORIZONTE, 2011; BRASIL, 2012b). Investigações sugerem elevada associação entre a cesárea e o risco de morte (PAZERO *et al.*, 1998, ANDRADA; VITORELLO; SAAB NETO, 2003; LEITE *et al.*, 2011; CORREIA *et al.*, 2011). De acordo com Tanaka (2006) a cesárea mata sete vezes mais que o parto normal. O excesso de cesarianas expõe a mulher e a criança a vários riscos como, por exemplo, a infecção, complicações anestésicas, acretismo placentário e hemorragias, além de dor e desconforto prolongados, início tardio do aleitamento materno e a prematuridade iatrogênica (BELO HORIZONTE, 2011). Todavia, alguns trabalhos sobre a mortalidade materna no Brasil não encontraram relação entre a maior incidência de cesarianas e óbitos (ALBUQUERQUE *et al.*, 1998; REZENDE; MORELI; REZENDE, 2000; OBA; TAVARES, 2001).

Mesmo com a instituição de limites percentuais máximos de cesarianas, em relação ao número total de partos realizados por hospital (Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000 (BRASIL, 2000b)) e da remuneração praticamente igualitária dos partos, a cesariana continua sendo banalizada na nossa sociedade e indicada sem precisão. Os motivos para a permanência das altas taxas dessa cirurgia podem estar no tempo gasto em cada tipo de parto (visto que a cesárea é mais rápida), na organização do trabalho e na formação médica. As mulheres com maior escolaridade e renda dão preferência ao parto cesáreo e isso pode estar contribuindo para o aumento de óbitos maternos desta parcela privilegiada da população (YAZLLE *et al.*, 2001; VICTORA *et al.*, 2011). Para Maia (2008) o fato de a mulher solicitar uma cesárea está intimamente relacionado com o modelo da assistência prestada. Ou seja, a demanda pela cesárea, no Brasil, seria uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” praticado no país é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático. É mais lucrativo para médicos e maternidades a realização de cesarianas agendadas do que a atenção individual a uma mulher em trabalho de parto que, por vezes, demorará horas. A questão econômica, de rapidez e praticidade tem prevalecido nos serviços de atenção à saúde, abonando uma conotação mercadológica a uma atividade, sobretudo humana. A cesariana tem sido largamente difundida como método seguro para o nascimento e distorcida por conveniência de médicos, hospitais e gestantes (BELO HORIZONTE, 2012a).

Ampliando essa análise, a segunda questão refere-se à violência obstétrica<sup>20</sup>, que denuncia a precária assistência ao parto. O parto é um evento fisiológico que faz parte da sexualidade feminina. Nesse sentido, a violência obstétrica constitui-se uma violação dos Direitos Humanos, na medida em que mulher e recém-nascido são submetidos à dor e ao sofrimento físico e emocional, resultantes da adoção de práticas desnecessárias e evitáveis, como por exemplo, a cesariana sem indicação clínica e/ou sob falsos pretextos, episiotomia<sup>21</sup> de rotina, exames de toque abusivos

---

<sup>20</sup> A violência durante a assistência ao parto também tem sido tratada na literatura com o termo mais amplo de “violência institucional”. Para fins de análise dos resultados será utilizado nesta pesquisa o termo violência obstétrica, caracterizado por qualquer ato de violência sofrido pela mulher no atendimento ao parto (BELO HORIZONTE, 2012a).

<sup>21</sup> Incisão cirúrgica realizada no períneo para aumentar a abertura da vagina. Nas duas últimas décadas discutiu-se sobre a utilidade dessa intervenção obstétrica. Não há evidências de que a episiotomia de rotina reduza os riscos de trauma perineal (BELO HORIZONTE, 2012a).

no trabalho de parto, restrição na escolha do local de parto, proibição do acompanhante de livre escolha da mulher<sup>22</sup>, negação de métodos de alívio de dor, realização de procedimentos sem o conhecimento e consentimento da mulher, entre outros. No caso de Minas Gerais esta situação foi discutida em audiência Pública na Assembleia Legislativa do Estado. Um grupo de mulheres levou à Comissão de Direitos Humanos a denúncia de terem sido vítimas de violência obstétrica e vivenciado experiências ruins nas maternidades públicas e privadas do Estado. As discussões levaram ao estabelecimento de duas questões básicas que devem pautar a mudança de paradigma da assistência ao parto, em Minas Gerais e no Brasil: o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; e que a violência no parto deve ser tratada como uma violência contra a mulher (BELO HORIZONTE, 2012a). Para Aguiar e D'Oliveira (2011) essa violência, sobretudo nas maternidades públicas brasileiras, é determinada, em parte, por uma violência de gênero, onde ser mulher, pobre e de baixa escolaridade gera uma relação desigual e hierárquica, na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece.

Quanto à assistência no puerpério, informações do MS revelam que mais da metade (56%) das mortes maternas investigadas em 2010, no país, ocorreram no período de até 42 dias de puerpério e em ambiente hospitalar (92%) (BRASIL, 2012a). Isso reforça a necessidade de atendimento de forma continuada, de modo a assegurar a completa resolução de qualquer patologia que tenha sido diagnosticada durante a gravidez ou que poderá se desenvolver no pós-parto (BRASIL, 2010a, 2012a; SOUZA, 2011).

O planejamento reprodutivo é outra questão que merece destaque quando se trata de morte materna evitável. Tendo em vista que muitos óbitos maternos decorrem de gestações indesejadas, como por exemplo, devido ao aborto provocado, o acesso aos anticoncepcionais e a eficiência dos programas de educação sexual são apontados como aliados na redução dessas mortes. Além disso, a equipe de saúde deve ser sensibilizada para que entenda as dificuldades, crenças e culturas inerentes à mulher e seu companheiro, orientando-os sobre os direitos sexuais e

---

<sup>22</sup> O suporte contínuo intra-parto está associado à maior satisfação por parte da mulher, maior probabilidade de vivenciar partos naturais espontâneos e menor necessidade de uso de analgesia (HODNETT *et al.*, 2011).

reprodutivos numa linguagem clara e acessível. Igualmente importante é o aconselhamento daquelas que apresentam risco reprodutivo, com histórico obstétrico ou progresso desfavorável a uma gravidez (MADI, 1987; MARCUS *et al.*, 1996; PARPINELLI *et al.*, 1999; VEGA *et al.*, 2001; PAZERO *et al.*, 2002; ALVES, 2007; SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008; BRASIL, 2009b).

No que compete aos profissionais da saúde, para obtenção de melhores resultados, tanto maternos quanto perinatais, sugere-se o aprimoramento contínuo, com adesão de práticas baseadas na atuação de equipe multiprofissional (BOYACIYAN *et al.*, 1998; PAZERO *et al.*, 1998, VEGA *et al.*, 2001; RIQUELME; CORREIA, 2006; SOARES *et al.*, 2009; KALE; COSTA, 2009; SOUZA *et al.*, 2010; SOUZA, 2011). Paralelamente, não menos importante é a realização de reuniões com todos os profissionais envolvidos, técnica ou administrativamente, visando discutir os casos, o que possibilitaria identificar deficiências nos serviços e inserir medidas preventivas, facilitando o processo de trabalho dos comitês de prevenção da mortalidade materna (MARCUS *et al.*, 1996; BOYACIYAN *et al.*, 1998; REZENDE; MORELI; REZENDE, 2000).

No que se refere à análise de fatores intersetoriais, a falta de equipamento social deve ser considerada na investigação do óbito materno. Esta avaliação compreende a disponibilidade restrita de meios de transporte, a inexistência de estradas, a ineficiência de segurança pública, a carência de saneamento básico, entre outros (PAZERO *et al.*, 2002; VEGA *et al.*, 2001, BRASIL, 2007a).

Dentre as questões institucionais e em que pese a assistência ao parto, embora os estudos mostrem que a maioria dos partos de mulheres que morrem são hospitalares, a peregrinação da gestante por serviços de saúde muitas vezes contribui para o agravamento do quadro clínico (MARCUS *et al.*, 1996; BOYACIYAN *et al.*, 1998; VEGA *et al.*, 2001; SOARES *et al.*, 2009). Alves (2007) retratou que, no estado de Pernambuco, nos anos 1994 e 2003, a parturiente não tinha garantido leito, mesmo tendo feito todo o acompanhamento de pré-natal ou tivesse gravidez de alto risco. Outros estudos mostraram que quase metade dos casos de óbitos ocorreu em serviços localizados em outras administrações regionais de saúde,

revelando a necessidade do aprimoramento do atendimento regionalizado às gestantes e puérperas<sup>23</sup> (PAZERO *et al.*, 1998; VEGA *et al.*, 2001).

Outra questão institucional diz respeito à oferta de equipamentos/tecnologia e condições para o adequado desempenho da medicina, fatores preponderantes da assistência hospitalar. O mau funcionamento dos serviços de hemoterapia das maternidades favorece a incidência de óbitos por hemorragia, ao passo que as condições precárias dos hospitais contribuem para elevar os índices de mortalidade materna por infecção (TANAKA; SIQUEIRA; BAFILE, 1989; SILVA, 1992; BOYACIYAN *et al.*, 1998; REZENDE, MORELI; REZENDE, 2000; VEGA *et al.*, 2001; PAZERO *et al.*, 2002; COSTA *et al.*, 2002; SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2012). Além disso, deficiências em infraestrutura laboratorial podem comprometer desfechos favoráveis nos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia (SOARES *et al.*, 2009). Salienta-se também que problemas financeiros para compra de remédios compõem o quadro de deficiências político-administrativas para a adequada assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (PAZERO *et al.*, 2002; VEGA *et al.*, 2001).

Na análise das condições sociais da gestante e de sua família e da vulnerabilidade ao óbito materno é importante considerar que à medida que o Índice de Desenvolvimento Humano melhora, as mortes maternas por causas obstétricas diretas tendem a ceder lugar para os óbitos por causas indiretas, mais difíceis de serem evitados (MATIAS *et al.*, 2009). No Brasil, os níveis de mortalidade materna são incompatíveis com o desenvolvimento econômico, conhecimento e tecnologia de saúde disponíveis. Esse paradoxo perinatal brasileiro acarreta mortes maternas evitáveis, fruto da desigualdade e segregação socioeconômica dos recursos e ações de saúde (LANSKY, 2010). No entanto, é reconhecido que uma limitação para a realidade nacional é o fato de que a intensa disparidade socioeconômica entre os estados e regiões constitui uma das razões da permanência dos elevados e desiguais níveis e tendências da mortalidade materna no país. Neste cenário, para que ocorra uma mudança é imperativo que incentivos sociais e na saúde sejam continuamente aplicados com vistas a reduzir essas desigualdades e gerar melhorias na saúde materna.

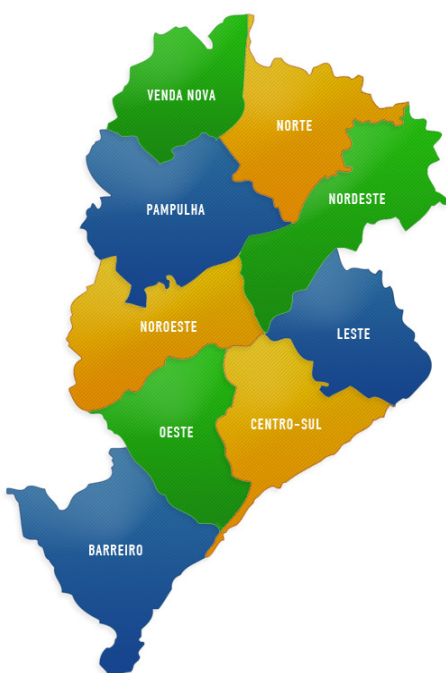
---

<sup>23</sup> Mulher que se encontra no período pós-parto ou puerperal (BACHA; REZENDE, 2004).

### 3.5 O município de Belo Horizonte: situação da unidade de análise e a questão da mortalidade materna

O município de Belo Horizonte é classificado como região urbana pelo IBGE. Em 2010 a população era de 2.375.151 habitantes, sendo 53,1% mulheres (BRASIL, 2012d). Possui área de 331 km<sup>2</sup> e está dividido em nove unidades administrativas: Regionais do Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (FIG. 3). Os distritos sanitários seguem a delimitação das regionais, correspondendo à organização administrativo-assistencial da SMSA. Cada distrito sanitário tem definido o espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência e, assim, possui unidades básicas (centros de saúde), unidades secundárias (como por exemplo, as Policlínicas e os Centros de Referência em Saúde Mental), unidades de urgência/emergência (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs), além da rede hospitalar pública e contratada (BELO HORIZONTE, 2012b). A atenção básica de saúde do município conta com 147 centros de saúde, 544 Equipes do Programa Saúde da Família, cobrindo cerca de 80% da população, 34 hospitais conveniados e/ou contratados e sete maternidades do SUS (BELO HORIZONTE, 2012b, 2012c).

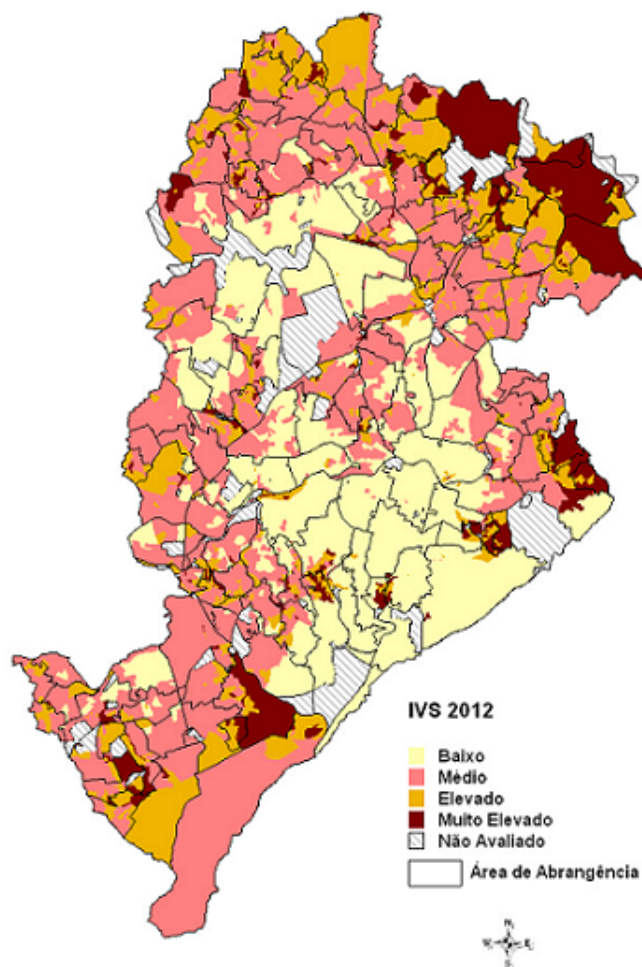
**Figura 3 - Distritos sanitários do município de Belo Horizonte, 2012**



Fonte: Belo Horizonte (2012d).

Um dos indicadores utilizados para apontar diferenciais intra-urbanos em Belo Horizonte é o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) (FIG. 4)<sup>24</sup> que permite identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado, apontando extensões prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais. Com isso, evidencia as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos (BELO HORIZONTE, 2013).

**Figura 4 - Distribuição espacial dos setores censitários de Belo Horizonte por Índice de Vulnerabilidade da Saúde, 2012**



Fonte: Belo Horizonte (2013, p. 13).

<sup>24</sup> Cada Distrito Sanitário de Belo Horizonte é dividido em áreas de abrangência dos Centros de Saúde (ou Unidades Básicas de Saúde), compostos por um conjunto de setores censitários, permitindo, assim, que as equipes de saúde locais tenham informação sobre a população adscrita. (BELO HORIZONTE, 2013).

O IVS é definido como uma “medida que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas” (BELO HORIZONTE, 2003, p. 2). Para a construção do IVS de 2012 foram utilizados oito indicadores, agrupados em duas dimensões<sup>25</sup>, aos quais foram atribuídos pesos diferenciados (BELO HORIZONTE, 2013). A categorização do IVS varia de risco baixo a muito elevado. Este indicador será utilizado no trabalho para compor a análise das entrevistas de como a mortalidade materna está espacialmente distribuída de acordo com a área de risco à saúde no município de Belo Horizonte.

Um panorama sobre a evolução de alguns indicadores no município, no período de 2000 a 2010, foi sintetizado na Tabela 5. As informações mostram que, desde 2000, o número de nascidos vivos no município decresceu anualmente, mostrando certa estabilização, especialmente a partir de 2007. Isto decorre da tendência nacional de queda na fecundidade. O número de óbitos maternos de causas obstétricas diretas e indiretas oscilou no período e apresentou picos nos anos de 2000 e 2010, revelando que esforços ainda são necessários a fim de melhorar a saúde materna e atingir o quinto ODM. Os índices de partos cesáreos estão em cerca de 50%, com leve crescimento ao longo do período. A proporção de óbitos maternos por causas obstétricas diretas é predominante, estando igual ou acima de 80% na maioria dos anos analisados. Os percentuais de partos hospitalares mostram a hegemonia dessa assistência ao parto no município. Observa-se, ainda, uma tendência de aumento no número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

---

<sup>25</sup> Na dimensão saneamento foram considerados: Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente; Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente; Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente. Na dimensão socioeconômica foram considerados: Razão de moradores por domicílio; Percentual de pessoas analfabetas; Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até ½ salário mínimo; Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis; Percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena (BELO HORIZONTE, 2013).



**Tabela 5 - Informações sobre pré-natal, parto, nascimento e óbito materno, Belo Horizonte, 2000-2010**

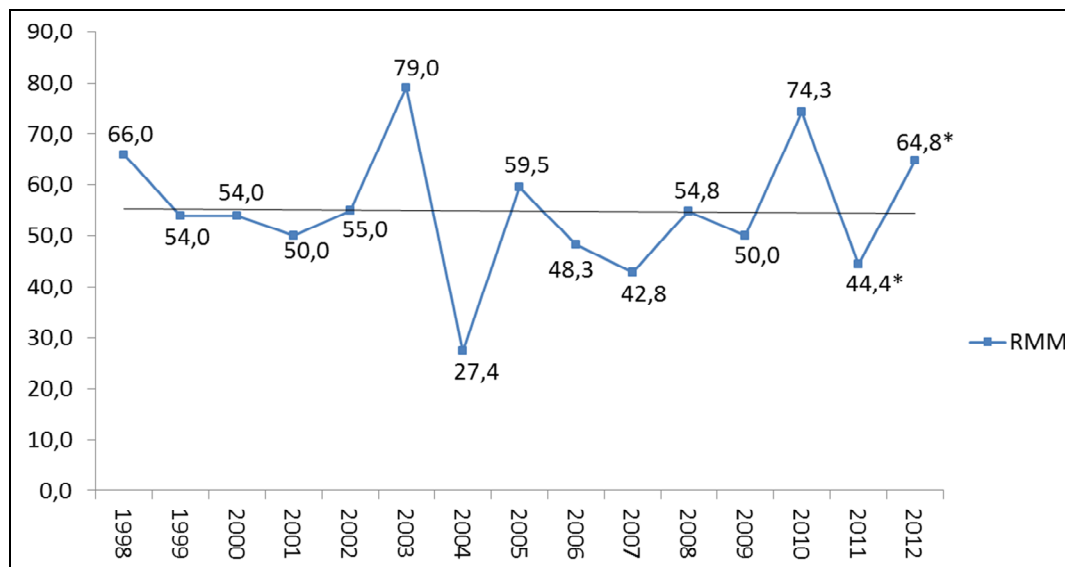
Indicadores/Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de NV	38.626	35.960	32.601	34.180	32.917	32.097	31.132	30.535	31.096	30.861	31.147
Número de óbitos maternos*	15	11	13	14	4	12	9	10	13	12	21
% Partos hospitalares	99,7	99,7	99,8	99,7	99,8	99,8	99,8	99,7	99,7	99,6	99,7
% Partos cesáreos	43,0	43,6	44,6	47,4	47,8	48,8	48,5	48,2	48,2	48,3	49,7
% Óbitos maternos por causas diretas	93,3	90,9	69,2	100,0	75,0	91,7	100,0	80,0	92,3	83,3	85,7
% de NV de mães com nenhuma consulta de PN	1,9	1,6	1,3	1,3	1,1	1,0	1,1	1,2	1,3	1,1	1,1
% de NV de mães com 1 a 3 consultas de PN	8,8	8,5	7,6	6,3	5,7	5,2	5,6	5,7	4,9	5,1	5,0
% de NV de mães com 4 a 6 consultas de PN	36,7	32,9	28,4	27,6	24,2	23,1	22,7	21,8	20,0	18,8	19,2
% de NV de mães com 7 ou mais consultas de PN	52,6	57,0	62,6	64,9	69,2	70,7	70,6	71,2	73,8	75,1	74,7

(\*) Não estão incluídos os óbitos maternos tardios.

Fonte: Brasil (2011o).

A tendência da RMM em Belo Horizonte (GRÁF. 2) mostra que não houve queda no período de 1998 a 2012.

**Gráfico 2 - Tendência da RMM estimada pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil - SMSA/BH, Belo Horizonte, 1998-2012**



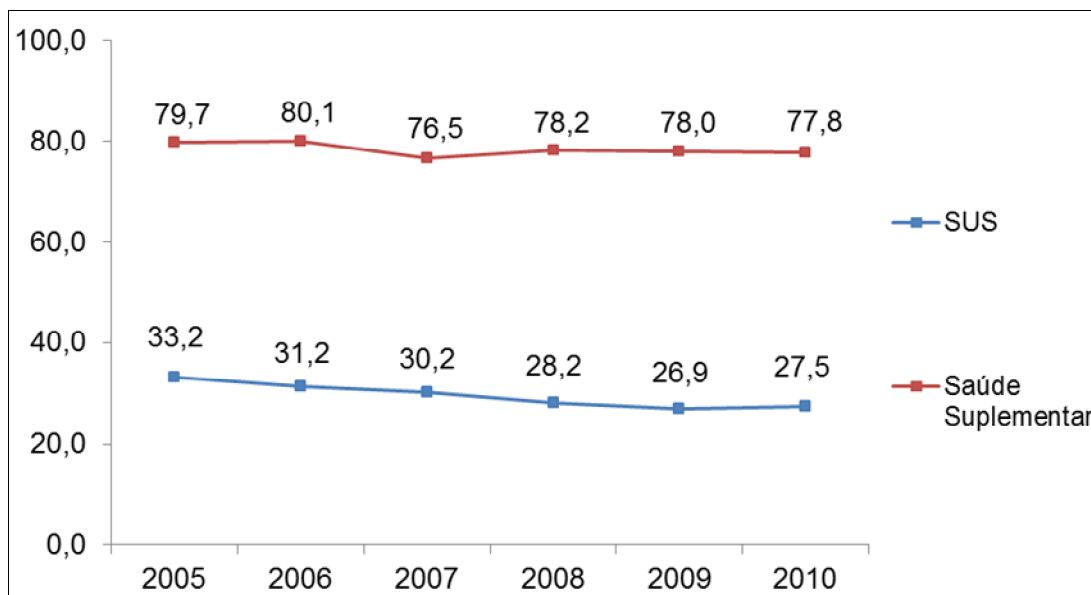
(\*) Dados de 22 de março de 2013 (BELO HORIZONTE, 2012c).

Fonte: Belo Horizonte (2011).

O perfil das mulheres que falecem no município, com base nas investigações do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH) revela que a maioria é negra (ou parda), solteira, com menos de 8 anos de estudos, residente em área de risco de maior vulnerabilidade social e usuária do SUS (BELO HORIZONTE, 2012c).

Entre 2005 e 2010, na análise do percentual de cesarianas em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte observa-se que, no setor privado, este índice é muito alto, confirmando o paradoxo da assistência perinatal, com o uso exagerado da tecnologia no cuidado de saúde em um acontecimento na maioria das vezes fisiológico (GRÁF. 3). Esses altos índices de cesarianas podem ser agravados pelo fato de que cada vez mais as mulheres têm migrado do setor público para o setor privado de assistência obstétrica (BELO HORIZONTE, 2011).

**Gráfico 3 - Percentual de cesarianas em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, 2005-2010**



Fonte: Belo Horizonte (2011).

As informações do “Boletim de Análise do Estado de Saúde da População Residente de Belo Horizonte” (BELO HORIZONTE, 2011) dão conta de que em 2010 ocorreram 41 óbitos maternos, sendo 15 óbitos maternos obstétricos diretos, oito obstétricos indiretos, dois óbitos maternos tardios e 16 óbitos não obstétricos. Portanto, 23 óbitos maternos obstétricos por causas diretas e indiretas, sendo 21 (91,3%) classificados como evitáveis e dois provavelmente evitáveis. As principais causas diretas dos óbitos maternos no referido ano foram as síndromes hipertensivas (26,1%), as complicações do aborto (13,0%), as síndromes hemorrágicas (8,7%) e o tromboembolismo (8,7%). As cardiopatias representaram 13,0% das causas obstétricas indiretas (BELO HORIZONTE, 2011). Em cerca de 65,0% dos casos ocorreram falhas na abordagem da saúde sexual e reprodutiva; 47,8% das gestantes fizeram menos de sete consultas de pré-natal; em 93,7% dos casos foram identificadas falhas na assistência ao parto; e em 43,5% dos óbitos foram verificados problemas na atenção ao puerpério (BELO HORIZONTE, 2011).

Segundo o Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH), em 2010, nota-se concentração dos casos de síndromes hipertensivas no SUS, o que aponta para a necessidade de melhorias na identificação e atenção qualificada a esse grupo de patologias. No setor de saúde suplementar as causas evitáveis

estiveram relacionadas às complicações da cesariana, demandando a identificação oportuna do risco de morte e melhorias na qualidade da atenção obstétrica. Não menos importante, a persistência do número de óbitos por complicações do aborto, entre as usuárias do SUS, reforça uma reação mais efetiva no campo da saúde sexual e reprodutiva, especialmente de adolescentes e jovens, que morrem sem assistência após a prática do aborto inseguro (BELO HORIZONTE, 2011).

O ano de 2011 foi marcado pela queda da RMM (44,4 mortes por 100 mil NV), tendo ocorrido 14 óbitos maternos de causas diretas e indiretas, sendo seis óbitos no setor de saúde suplementar e oito em usuárias do SUS. As síndromes hipertensivas e as hemorragias predominaram como principais causas de óbitos, em ambos os sistemas de saúde. Os problemas de maior destaque identificados na saúde suplementar foram quanto à assistência à maternidade e assistência ao parto. No SUS, além da assistência à maternidade, prevaleceram problemas no pré-natal e saúde sexual e reprodutiva (BELO HORIZONTE, 2012c).

Informações preliminares, relativas a 2012, revelam que ocorreram 20 óbitos maternos no ano, sendo 12 obstétricos diretos e oito obstétricos indiretos. Doze óbitos (70%) foram notificados no prazo de 24 horas (BELO HORIZONTE, 2012c).

Estes números no município mostram que para obter arrefecimento da mortalidade materna evitável ainda são necessários investimentos na qualificação da assistência e progressos no modelo de atenção obstétrica, fundamentado em evidências científicas, desde a atenção primária de saúde até a atenção ao parto e nascimento (BELO HORIZONTE, 2011).

## **4 AÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA**

Este capítulo apresenta um breve histórico sobre a implantação dos Comitês de Morte Materna, apontando experiências internacionais, nacionais e, especificamente, do município de Belo Horizonte. Na sequência são abordadas a questão da vigilância no Brasil e em Belo Horizonte e as políticas públicas para redução da mortalidade materna. Ao final, apresenta-se uma síntese reflexiva da base teórica explicitada nos segundo, terceiro e quarto capítulos.

### **4.1 Breve histórico sobre a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna**

A experiência internacional mais conhecida a respeito dos Comitês de Morte Materna é a do Reino Unido (1952), apesar de os primeiros Comitês terem se instalado nos Estados Unidos, na Filadélfia (1931) e em Nova York (1932). Na Inglaterra, a preocupação em reduzir o número de mortes maternas desencadeou uma investigação confidencial sobre os óbitos que se destacou pela qualidade dos dados coletados e pela eficiência das medidas propostas para reduzir as mortes. E foi tão positivo que as investigações continuam se realizando até hoje, com publicação periódica de relatórios (BRASIL, 2007a).

Na América Latina, destaca-se Cuba que, desde 1987, instituiu uma comissão nacional responsável por analisar todos os óbitos maternos do país, notificando-os em, no máximo 24 horas, e investigando-os no prazo de 15 dias. As avaliações dos óbitos retornam às instituições de saúde onde eles ocorreram, e os dados gerados alimentam o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna (BRASIL, 2007a).

Conforme abordado anteriormente, os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, foram chamados a reduzir os elevados índices de mortes maternas a partir da Conferência Internacional sobre Maternidade Segura realizada em Nairobi, no Quênia. A partir daí essa questão assumiu mais espaço na agenda das discussões relativas à saúde pública e outras conferências internacionais seguiram-se, dentre as quais, a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington, 1990. Naquela ocasião foi aprovado o Plano de Ação para a redução em 50% dos índices de mortalidade materna. Entre as estratégias apontadas para o alcance dessa meta

estava a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna, com a instauração e manutenção de Comitês de Mortalidade Materna em níveis nacional, regional e local dos serviços de saúde (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003). Por definição, vigilância epidemiológica é “a observação e a análise rotineira tanto da ocorrência e distribuição das doenças como dos fatores relacionados ao seu controle, para a execução oportuna das ações” (BRASIL, 2007a, p. 27). Ao final de 1991, oito países da América Latina e Caribe já haviam desenvolvido atividades no sentido de implantação e funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna e/ou Sistemas de Vigilância das Mortes Maternas (BRASIL, 2007a).

No Brasil, os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, com atuação sigilosa, que congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, visando analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência (BRASIL, 2009a). A implantação dos comitês estaduais de morte materna no país ocorreu a partir de 1987, como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde. Os primeiros Comitês Municipais formaram-se no estado de São Paulo e, posteriormente, nos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. No período de 1993 a 1996 o MS conseguiu que fossem implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação. Todo esse processo contou com assessoria técnica do Ministério e uma equipe heterogênea de profissionais – gestores estaduais, professores universitários e representantes de sociedades científicas, que mais tarde se consolidaria como estratégia dos comitês para garantir a harmonia entre as políticas propostas e as legítimas necessidades dos diferentes segmentos da população (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2012b).

Os comitês de morte materna exercem um papel significativo de controle social, tendo como objetivos identificar a amplitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a originam e propor medidas que previnam a ocorrência de outros óbitos. Além disso, contribuem para o avanço da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes (BRASIL, 2007a).

#### 4.1.1 A experiência de Belo Horizonte

Em 1993 foi estruturada a Comissão Perinatal em Belo Horizonte, como iniciativa integrante do Projeto Vida para redução da mortalidade materna e infantil. É um fórum interdepartamental na SMSA e interinstitucional, de discussão permanente, com fins técnico, educativo, deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao recém-nascido. Em 03 de maio de 1996 a Comissão foi formalmente constituída, em caráter permanente, e integrada à estrutura da SMSA por meio da Portaria SMSA/SUS-BH 014/96 (MAIA, 2008).

A Comissão Perinatal executa o planejamento, avaliação, monitoramento, normatização e divulgação da gestão das ações de saúde, envolvendo a rede integral de assistência que se refere ao planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, apoio propedêutico e terapêutico e atenção hospitalar de baixo e alto risco, a fim de adequar os serviços à necessidade da população. Opera na construção de um pacto ético no município, responsabilizando os gestores da saúde e os diretores dos serviços em relação à assistência da gestante e do recém-nascido (LANSKY, 2010).

Alguns setores estratégicos da SMSA integram a Comissão Perinatal, a saber: Coordenação de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Epidemiologia, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Supervisão Hospitalar e Vigilância Sanitária. Outros participantes são externos e compreendem todas as maternidades do SUS-BH, Associação Mineira de Hospitais (setor privado), Sociedades Mineiras de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Conselho Regional de Medicina, Rede Feminista de Saúde, Pastoral da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Direitos da Criança e Conselho Municipal de Saúde (LANSKY, 2010).

A Comissão realiza reuniões mensais e está vinculada à Gerência de Regulação da SMSA, envolvendo o Comitê de Prevenção do Óbito Materno, instituído em dezembro de 1997, e o Comitê de Prevenção dos Óbitos Fetal e Infantil, que atua em parceria com a UFMG desde 2002. Essa iniciativa é pioneira no país por reunir a

gestão municipal, setor privado, serviços públicos e o controle social (LANSKY, 2010).

O Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Belo Horizonte foi instituído por meio da Portaria SMSA/SUS-BH 023/97, com o objetivo de investigar todos os óbitos maternos de mulheres residentes em Belo Horizonte, identificar possíveis falhas na assistência e sugerir medidas para sua prevenção (MAIA, 2008). A metodologia de investigação dos óbitos maternos realizada pelo Comitê é conhecida como *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS) e, de acordo com as normas estabelecidas pelo MS utiliza os seguintes instrumentos na análise dos casos: cópia da DO; Laudo de Necropsia, quando realizado; Fichas de Investigação do Óbito Materno, do Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar), de entrevistas domiciliares e sínteses, conclusões e recomendações do Comitê; planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno (BRASIL, 2009a).

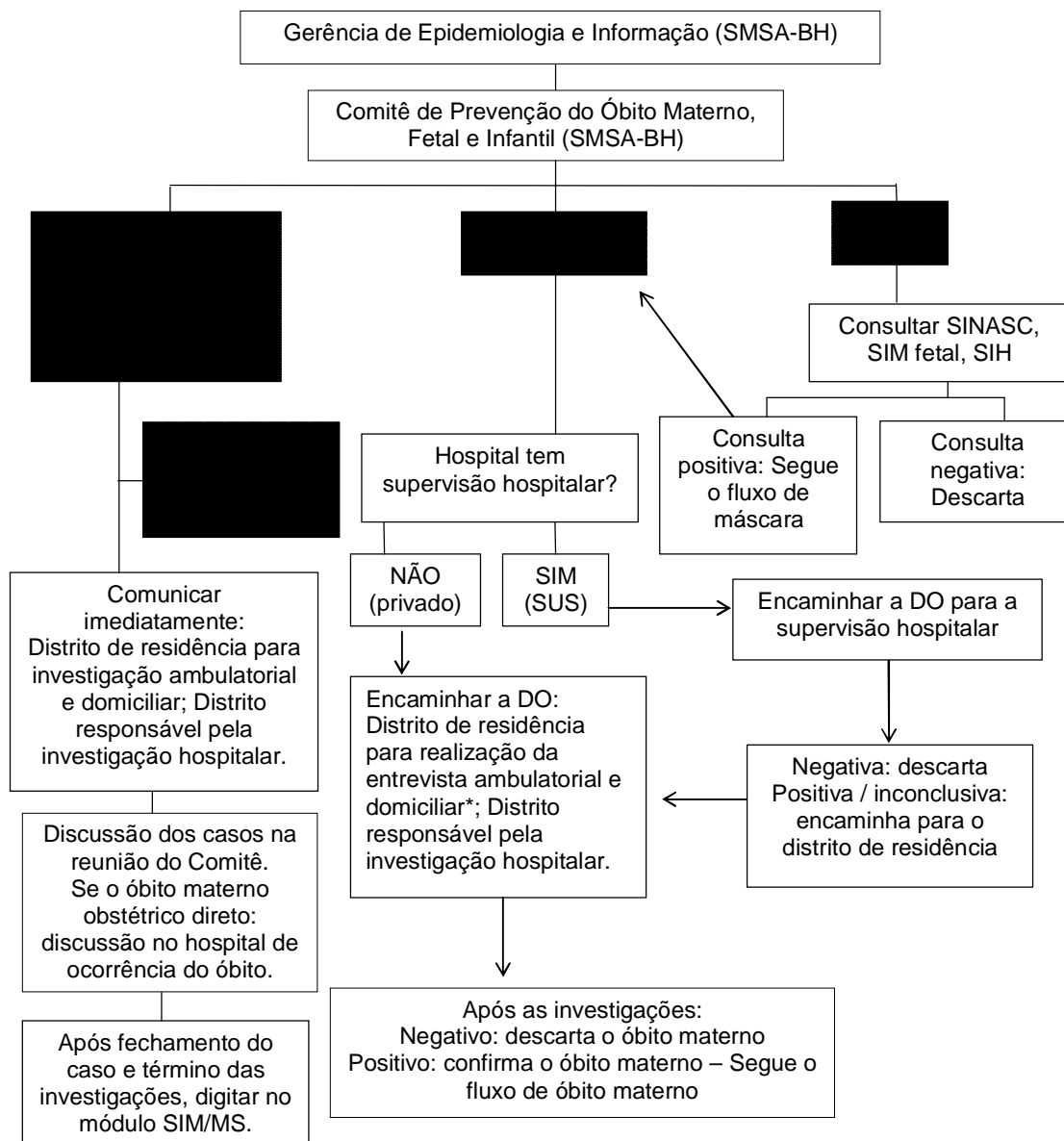
Na SMSA-BH a investigação das mortes maternas começa com o recolhimento diário de todas as declarações de óbitos nos cartórios da cidade (FIG. 5).

As declarações de óbito de Belo Horizonte são coletadas na Gerência de Epidemiologia e Informação da SMSA-BH e separadas pelos profissionais do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH) em: óbitos maternos declarados, óbitos de causas que constam na lista de máscaras (Anexo B) e óbitos de MIF.

No óbito de MIF é realizada a consulta ao SINASC para verificação se a mulher falecida teve um nascido vivo. São também fontes de consulta o SIM/MS fetal e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Caso não seja identificado em nenhum destes Sistemas a relação do óbito de MIF com gravidez/parto, o caso é descartado para óbito materno. Se a consulta é positiva, isto é, há relação do óbito de MIF com a gravidez/parto, o caso segue o fluxo de investigação dos óbitos de máscaras.



**Figura 5 - Fluxograma da investigação do óbito materno em Belo Horizonte**



(\*) Entrevista domiciliar: é realizada quando o óbito de MIF é inconclusivo com a investigação ambulatorial.

Fonte: Belo Horizonte (2012c).

Nos óbitos com causas incluídas na lista de máscaras, o Comitê verifica se o hospital onde ocorreu o óbito tem supervisão hospitalar. Em caso afirmativo encaminha uma cópia da DO ao supervisor hospitalar e solicita, no prazo de 30 dias, a verificação no prontuário da mulher que morreu se há algum histórico obstétrico de gravidez, parto ou aborto no período de até um ano do óbito. Caso o supervisor hospitalar não consiga determinar esse histórico obstétrico ou envie uma resposta

comprovando a existência de histórico obstétrico, o Comitê dá continuidade à investigação. Na sequência, solicita ao distrito de residência da mulher que veio a óbito as informações ambulatoriais e de entrevista domiciliar. A entrevista é realizada quando o óbito é inconclusivo com a investigação ambulatorial. Quando a supervisão hospitalar responde que a morte não teve relação com a gravidez, parto ou aborto, o Comitê descarta o óbito e não prossegue a investigação.

No caso de óbito identificado como máscara ocorrido em hospital privado, rua ou domicílio, o Comitê solicita as informações diretamente ao distrito de residência da mulher que veio a óbito, que então fará a investigação hospitalar (no setor privado), ambulatorial e domiciliar. Se após as investigações não for comprovada a relação do óbito com gestação, parto ou aborto o caso é descartado. Se confirmada, o caso segue o fluxo para óbito materno.

Nos casos de óbitos maternos declarados, notificados ao Comitê (normalmente, via fax ou e-mail) e identificados após investigação de máscara/ MIF o Comitê solicita ao distrito de residência a realização de investigação ambulatorial e domiciliar e o distrito responsável pela investigação hospitalar. Os dados obtidos devem ser registrados nos instrumentos padronizados de investigação do óbito materno, conforme sugere o MS (BRASIL, 2009a).

Todas as informações coletadas pelos distritos são encaminhadas ao Comitê que, por sua vez, realiza reuniões mensais com os representantes distritais a fim de discutir os casos de óbitos maternos. Depois de terminada a investigação e realizada reunião, o óbito é incluído no SIM/MS. Se houver mudança da causa do óbito materno é realizada certificação da causa, isto é, a causa é refeita pelos membros do Comitê e distrito, e encaminhada a Gerência de Epidemiologia e Informação para mudança no SIM/MS<sup>26</sup>. De acordo com a Portaria GM/MS n. 1.119, de 5 de junho de 2008, o Comitê deve ser notificado da ocorrência do óbito materno em até 48 horas e finalizar a investigação no período de 120 dias (BRASIL, 2008b).

---

<sup>26</sup> Nos órgãos gestores do SIM/MS, a DO pode ser corrigida, alterando-se as causas declaradas pelo médico, em caráter unicamente estatístico e epidemiológico e, nunca, jurídico. Legalmente a DO oficial não pode ser modificada, após ser preenchida pelo médico atestante e entregue ao cartório para registro do óbito (BRASIL, 2011b).

## 4.2 Políticas Públicas para a redução da mortalidade materna no Brasil

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais, com programas de enfoque meramente biológico. De modo geral, as propostas de proteção da saúde materna e infantil, elaboradas nas décadas de 1930 a 1970, tinham uma visão restrita da mulher às funções de mãe e cuidadora do lar. E, além disso, não se integravam com outros programas, resultando em uma assistência fragmentada (BRASIL, 2007a). Alguns exemplos dessas propostas foram o Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (1978) (BRASIL, 2007a).

Essa perspectiva reducionista dos programas de saúde da mulher foi alvo de críticas do movimento feminista, que levantou questões importantes, até então consideradas no plano secundário, de âmbito privado, pelas políticas governamentais. Os argumentos centraram-se nas desigualdades de condições de vida da população, nas relações sociais, entre homens e mulheres, nos problemas de reprodução e anticoncepção, entre outros. As reivindicações das mulheres organizadas propunham ações em todo o ciclo de vida, que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e não somente direcionadas à gestação e ao parto (BRASIL, 2007a).

Todo esse movimento contribuiu para mudanças a partir da década de 1980 e possibilitou que questões sobre saúde reprodutiva se estreitassem, dirigindo inquietações para assuntos como concepção, anticoncepção, aborto, parto, mortalidade materna, prevenção do câncer do colo uterino, doenças sexualmente transmissíveis (DST), e, inclusive, discussões sobre gênero e saúde sexual e reprodutiva, como parte da agenda política nacional (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Uma das maiores conquistas do movimento feminista foi a formulação, pelo Ministério da Saúde, do **PAISM**, em 1984, que incorporou como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e equidade de atenção. Além da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, o PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento, bem como assistência à mulher em clínica ginecológica, no climatério, planejamento familiar, dentre outras necessidades identificadas a partir da

característica populacional das mulheres. Com isso, passou-se a considerar a população feminina com um novo perfil epidemiológico e no que compete à morte materna significou assumir que as mulheres falecem no ciclo gravídico puerperal por outras causas que não apenas as obstétricas diretas (BRASIL, 2007a).

Em 2000, foi instituído o **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)** por meio da Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000 (BRASIL, 2000c). Com objetivo de ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e melhorar a qualidade, constavam entre as suas diretrizes: o reconhecimento do direito da gestante de saber onde será atendida no momento do parto, com seu acesso assegurado; e, ter uma assistência prestada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000c). No mesmo período, foi publicada outra Portaria GM/MS nº 570, de 1 de junho de 2000, que propôs melhorar a qualidade do pré-natal, afirmando a necessidade de classificação do risco gestacional e de garantir o atendimento em unidades de referência para gestações de alto risco (BRASIL, 2000d).

Em 2003, a Portaria **GM/MS n.º 653**, de 28 de maio de 2003, estabeleceu o óbito materno como evento de notificação compulsória, tendo como instrumento para notificação a DO, e tornou obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de MIF cujas causas poderiam ocultar o óbito materno (BRASIL, 2003). No ano seguinte, buscando dar visibilidade ao problema da mortalidade materna, o MS lançou o **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, em 8 de março de 2004. Essa iniciativa teve por objetivo articular os diferentes atores sociais (sociedades científicas, entidades de classe, movimentos sociais, organizações governamentais e não governamentais, entre outros), em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. Nesta perspectiva, a estruturação, adesão, implementação e acompanhamento das ações do Pacto implicou o estímulo à participação dos Conselhos de Saúde em níveis Federal, Estadual e Municipal. Dentre as ações estratégicas para a redução da mortalidade materna foi incluída a ampliação da atenção básica, promovendo aumento de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância à saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura; qualificação e expansão do PHPN; atenção humanizada ao abortamento e ao parto domiciliar;

estímulo à formalização da referência e contra-referência na atenção à mulher durante a gestação, entre outras mudanças (BRASIL, 2004a). Como resultados das discussões do pacto ocorreram a publicação de lei que garante às parturientes o direito de ter um acompanhante durante sua internação (BRASIL, 2005a), e o lançamento da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005b).

A Portaria **GM/MS nº 1.172**, de 15 de junho de 2004, regulamentou que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, Distrito Federal e da União, “de forma complementar à atuação dos municípios” (BRASIL, 2004b). Em 2006, o Pacto pela Saúde instituiu como ações prioritárias nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil, firmando o acordo dos gestores no alcance de metas estabelecidas (BRASIL, 2006a). Mas somente em 2008 a investigação do óbito materno, por meio da Portaria **GM/MS nº 1.119**, de 5 de junho de 2008, regulamentou a vigilância do óbito materno, estabelecendo fluxo e prazos para disponibilizar os dados pelo sistema de informações de mortalidade: 48 horas para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito, com o envio da 1ª via da DO; 30 dias para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o MS; 120 dias para a equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao Comitê de Morte Materna de referência e remeter a ficha síntese da investigação epidemiológica ao gestor do SIM; sete dias, a contar do recebimento dos dados da ficha síntese da investigação epidemiológica, para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos; e 30 dias após a conclusão da investigação para atualizar o SIM, incluindo alterações da causa do óbito, com adequação da codificação e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde. Estabelece ainda que os óbitos maternos e os óbitos de MIF, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória (BRASIL, 2008b). Sobre esta última, Mello-Jorge, Laurenti e Nubila (2010) discutem que investigar todos os óbitos femininos quase que inviabiliza o seu cumprimento e o mais sensato seria a investigação das mortes maternas e daquelas consideradas suspeitas de terem ocorrido na gravidez, parto e pós-parto, por meio da lista de máscaras.

Outra importante Portaria que foi regulamentada é a **MS/GM nº 2.254**, de 5 de agosto de 2010, que institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar preconizando a criação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia com o objetivo de detectar, notificar e investigar agravos de notificação compulsória, bem como de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos declarados (Brasil, 2010d).

Entre as iniciativas recentes de âmbito nacional no campo da saúde materna e infantil está a **Rede Cegonha**. Essa estratégia do governo federal parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, diante da fragmentação das ações e dos serviços de saúde, práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias, sem respaldo científico (BRASIL, 2011p, 2011q).

A Rede Cegonha visa implementar uma rede de cuidados para assegurar, às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. As ações objetivam a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, entre outras. Estas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia, a saber: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. Ademais, a Rede Cegonha preconiza que os pontos de atenção necessários ao cuidado materno e infantil devem estar conectados e funcionar em rede. Com isso, espera-se minimizar a fragmentação, o desperdício de recursos e a ineficiência e, ao mesmo tempo, garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2011p, 2011q).

#### 4.2.1 Políticas Públicas para a redução da mortalidade materna em Belo Horizonte

A reorganização da atenção básica foi uma das prioridades da Comissão Perinatal em Belo Horizonte. Uma ação pioneira foi a implantação, em 1994, do Planejamento Familiar que disponibilizou métodos contraceptivos em todos os centros de saúde e práticas educativas. Dentre outras mudanças destacam-se, na qualificação do pré-natal, o estabelecimento de rotinas para a assistência; acolhimento imediato da

gestante; inserção do enfermeiro na atenção; garantia de continuidade com agendamento das consultas; e ampliação do acesso ao pré-natal de alto risco pela Central de Marcação de Consultas, a partir da unidade básica de saúde (LANSKY, 2010).

Visando garantir a integralidade da assistência, a partir de 1999 teve início uma avaliação sistemática das maternidades do SUS, reconhecendo que a realização do pré-natal não garante os resultados desejados se não há qualidade da assistência ao parto. Essa iniciativa possibilitou que, em maio de 2000, fosse estabelecido o fluxo de atendimento de qualidade para a gestante e recém-nascido, tendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) como a porta de entrada exclusiva para o pré-natal, referenciando e vinculando a gestante a uma das maternidades consideradas de qualidade, com a responsabilidade sobre a gestante. Essa mudança de postura dos serviços em relação à humanização da assistência e aos direitos da gestante e do recém-nascido foi resultante da construção de um acordo ético com as maternidades, sendo fundamental para evitar a peregrinação da gestante em busca de assistência no momento do parto, estreitando a relação de responsabilização dos serviços sobre a população (LANSKY, 2010).

Em outubro de 2003 foi criado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), o **Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna (Viva Vida)**. Com ações em parceria entre governo e sociedade civil organizada foram estabelecidas metas de redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) em 25% e diminuição da RMM em 15%, no período de 2003 a 2006. No quadriênio 2007-2010, o Programa Viva Vida teve suas metas revistas para a queda de 15% da TMI e da RMM. Os resultados foram alcançados para 2003-2006 com queda de 16,8% da RMM, mas para o período de 2007-2010 houve elevação de 27,4% desse indicador. No que se refere à morte materna, o trabalho é concentrado nas atividades de Atenção ao Planejamento Familiar, Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva. As estratégias estão voltadas para a estruturação da rede assistencial, qualificação da rede de atenção e mobilização social (MINAS GERAIS, 2009; BRASIL, 2011r).

Em 2011 foi instituído no Estado de Minas Gerais o **Projeto Mães de Minas**. Tendo como objetivos prioritários reduzir a mortalidade infantil e materna, essa estratégia

abrange um conjunto de ações de saúde voltadas para a proteção e o cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida, inseridas no Programa Viva Vida. Essas ações incluem: implantar o Sistema de Identificação da Gestante; implantar um projeto de comunicação para a gestante, sua família e comunidade; monitorar o desenvolvimento da gravidez, do nascimento e da criança por meio da implantação de um “Call Center”; garantir proteção social às gestantes e crianças de risco por meio da mobilização e do estabelecimento de parcerias com setores governamentais e entidades da sociedade civil; garantir uma assistência efetiva à gestante e à criança, nos vários momentos desse acompanhamento, por meio da inserção na rede de atenção e gestão dos sistemas de apoio diagnóstico e logístico (MINAS GERAIS, 2012).

### **4.3 Síntese e Reflexões**

As informações apresentadas ao longo do segundo, terceiro e quarto capítulos apontam para números alarmantes de óbitos maternos e discussões conhecidas pelos profissionais das diversas áreas de atuação na saúde da mulher. A literatura revela insistentemente a manutenção de problemas de ordem assistencial e social que, ao longo de décadas, não se resolveram a ponto de reduzirem drasticamente a ocorrência de mortes maternas no país.

É inegável que ocorreram mudanças no cenário das políticas de saúde da mulher. Desde a década de 1980, essa questão tem ganhado espaço na agenda política nacional. O Brasil é signatário de vários acordos internacionais relacionados à questão da maternidade e junto ao Poder Legislativo instituiu medidas com vistas a assumir os compromissos firmados. O lançamento, pelo Ministério da Saúde, do PAISM, a constituição de Comitês de Mortalidade Materna e a emissão das Portarias GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004, e GM/MS nº 1.119, de 5 de junho de 2008, demonstram os esforços que têm sido realizados para reduzir os elevados índices de óbitos maternos.

Por outro lado, observa-se que a universalidade, integralidade e a equidade da atenção, propostos há anos, ainda não se efetivaram por completo, e suas deficiências repercutem negativamente sobre os números de mortes maternas. Neste cenário percebe-se que não há uma política única que resolva a questão da



mortalidade materna no Brasil. E também não há um modelo conceitual “padrão” a ser seguido que possa apontar todos os fatores associados às mortes maternas. O acesso aos serviços de saúde, inclusive de emergência obstétrica, para todas as mulheres, é essencial para reduzir os índices de óbitos maternos. No entanto, muita atenção é necessária para garantir não só a cobertura, mas, sobretudo, a qualidade dos serviços prestados.

Os gestores de serviços de saúde precisam estar cientes de que fatores como dificuldades de transporte e de distância das unidades de atendimento restringem o adequado acesso e contribuem negativamente para a ocorrência de mais mortes maternas. Soma-se a isso a identificação de limitações na capacidade das mulheres de procurar cuidados de saúde quando surgem complicações, bem como de preconceitos na estrutura e cultura de prestação de serviços de saúde, que devem ser considerados. Nesta perspectiva, deve-se buscar conhecer as especificidades de cada população, e assim, instituir condutas pertinentes às diferentes realidades. Os desiguais devem ser tratados de forma diferenciada, isto é, as mulheres são únicas e merecem atendimento individualizado, conforme suas necessidades.

Não há como propor ações para a redução das mortes maternas, sem estudos mais aprofundados. Os trabalhos restritos à utilização de métodos quantitativos não captam as circunstâncias que resultaram na mortalidade materna, tanto do ponto de vista do comportamento das mulheres e seus familiares, quanto da atuação dos serviços de saúde.

A estratégia de abordagem empreendida nesta tese, de se basear em informações de natureza qualitativa, além dos dados empíricos, representa um esforço no sentido de reduzir a lacuna gerada pela escassez de estudos que vão além da delimitação dos fatores associados à mortalidade materna, para buscar as raízes, entendimento ou compreensão do fenômeno. Busca-se, então, valorizar a atuação dos familiares e da própria mulher diante da iminência de desfecho trágico para uma concepção que deveria resultar em vida. Essa atuação inclui as ações, ou ausência delas, que podem ter contribuído para a mortalidade materna, assim como as respostas, ou ausência delas, dadas pelos serviços de atenção à saúde. A análise dos resultados encontrados, quantitativos e qualitativos, é precedida pela apresentação, no próximo capítulo, do percurso metodológico de tratamento das informações.

## 5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi elaborado para investigar diferentes aspectos – de saúde, socioeconômicos e demográficos – que acarretaram em mortes maternas em Belo Horizonte. Neste capítulo abordam-se sumariamente as principais fontes de informações e metodologias de investigações baseadas em estudos nacionais sobre a mortalidade materna. Na sequência são apresentadas a escolha dos métodos empregados para a coleta dos dados, a operacionalização da pesquisa, com a descrição da construção do banco de dados e da realização das entrevistas em profundidade, análise dos dados, além da exposição de dificuldades encontradas ao longo da pesquisa de campo.

### 5.1 Aspectos metodológicos relacionados à pesquisa sobre mortalidade materna no Brasil

O estudo da mortalidade materna no Brasil tem se baseado em metodologias diretas e indiretas, que utilizam variadas fontes de dados.

Estimativas indiretas geralmente baseiam-se em informações fornecidas por parentes próximos nas entrevistas censitárias e pesquisas domiciliares (FERREIRA, 1988; ALVES, 2000; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000). A esse respeito, merece ser destacado o método que se fundamenta na sobrevivência das irmãs (BRASS *et al.*, 1989). Este procedimento foi aplicado por Cardoso-Silveira *et al.* (1996) para análise da mortalidade materna em Sergipe. Os autores estimaram a RMM de 1982, com base em informações obtidas em 1994. A partir do número de irmãs adultas e de casos de óbitos no período gravídico-puerperal estimaram a RMM retrospectivamente. A desvantagem desse método é não oferecer dados recentes de mortalidade materna. Outra importante restrição é o pressuposto de que a fecundidade tenha sido constante nos anos anteriores ao inquérito, o que certamente não se aplica ao caso brasileiro. Por outro lado, a vantagem é o número amostral reduzido, pois uma única entrevista pode fornecer informações sobre a sobrevivência de todas as irmãs adultas (WHO; UNICEF, 1996; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; VICTORA, 2001).

A PNDS (1996) coletou informações que permitem aplicar o método de sobrevivência das irmãs para estimar a mortalidade materna. Os dados básicos necessários para o cálculo da mortalidade materna por esse método são idade das irmãs sobreviventes; idade ao morrer daquelas que faleceram; época do falecimento; e parturição das irmãs que morreram. As RMM de cada grupo etário quinquenal são calculadas pelo quociente entre o número de óbitos e o número de pessoas-ano expostas à ocorrência. O resultado refere-se à proporção de irmãs mortas de causas maternas entre todas as entrevistadas. Com o pressuposto de que o risco de morte é igual para todas as irmãs, obtém-se uma estimativa da probabilidade de morte materna nos anos anteriores ao da realização do inquérito.

Outra metodologia, mais tradicional, que pode fornecer um indicador aproximado do risco de morte materna é a estimativa de mortalidade adulta, com base em informações de orfandade materna. A limitação principal deste método reside no fato de ser baseado em informações da sobrevivência de crianças órfãs, sem cobrir, portanto, as mortes maternas por aborto e nas quais o recém-nascido foi a óbito (FERREIRA, 1988). Resultados da aplicação deste método, no Brasil e regiões, na década de 1980, revelaram importante subenumeração das estatísticas oficiais, pois o indicador da mortalidade materna estimado com base na proporção de crianças órfãs superou em mais de cinco vezes o indicador oficial registrado para a região Nordeste (FERREIRA, 1988).

Vale destacar que até os anos 1990 a maioria dos estudos de base populacional desenvolvidos no país utilizaram dados primários obtidos nas DO, ou secundários, disponíveis em Anuários Estatísticos (GOFFI, 1966; CIARI JÚNIOR; ALMEIDA, 1972; SIQUEIRA *et al.*, 1984; SIQUEIRA; TANAKA, 1986). Posteriormente é que informações fornecidas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do SUS, passaram a ser amplamente empregadas para estimativa da mortalidade materna. Entretanto, como nem todos os municípios brasileiros contam com um Comitê de Mortalidade Materna ou técnico da vigilância epidemiológica, o número oficial de mortes maternas ainda não corresponde ao real, sendo necessária a aplicação de fatores de correção ao total de óbitos oficiais, (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; LUIZAGA *et al.*, 2010).

Visando ampliar as análises epidemiológicas sobre as mortes maternas no país, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que contém registros sobre internações nos hospitais públicos e conveniados integrantes da rede SUS, tem sido utilizado em combinação com o SIM e SINASC (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; ALMEIDA; BELTRÃO; LEITE, 2006; GOMES *et al.*, 2006; SOUSA *et al.*, 2007, SOUSA *et al.*, 2006; LUIZAGA *et al.*, 2010). Esse pareamento de estatísticas do SIM, SINASC e SIH em investigações de mortalidade materna é recente. Estudos metodológicos com objetivo de avaliar a aplicação do relacionamento destes bancos de dados em saúde contribuíram para elucidar a subnumeração das mortes por causas maternas (SOUSA *et al.*, 2007; LUIZAGA *et al.*, 2010) e identificar óbitos maternos presumíveis ou mascarados (ALMEIDA; BELTRÃO; LEITE, 2006; GOMES *et al.*, 2006). Entretanto, Sousa *et al.* (2007) relataram dificuldades de localização de pares entre as referidas bases, evidenciando que, no país, as informações ainda são inconsistentes, haja vista que, tendo a maioria dos óbitos ocorrido em unidades hospitalares, esperava-se uma percentagem satisfatória de registros localizados. No SIM e SINASC foram identificados somente 46,5% das mortes maternas, e no relacionamento do SIM e SIH, apenas 55,2% (Sousa *et al.*, 2007).

Uma abordagem metodológica considerada padrão ouro de estimativa de mortalidade materna é conhecida como *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS) (WHO; UNICEF, 1996). Foi utilizada inicialmente por Laurenti *et al.* (1990a, 1990b) no município de São Paulo. Esse método envolve a busca e identificação de causas de óbitos de MIF, incluindo todas as possíveis fontes de informações, tais como registros hospitalares, relatórios de autópsias e entrevistas (com familiares, parteiras, coveiros e profissionais de saúde que atenderam a mulher). Pode ser utilizado tanto em regiões onde o registro civil é considerado bom, para averiguar possíveis erros de classificação, quanto naquelas onde as notificações de óbitos são falhas (WHO; UNICEF, 1996; BRASIL, 2006a; ALVES, 2007; BRASIL, 2010a). O MS tem adotado esse método para estimar o fator de correção do país (BRASIL, 2006b). A relação entre o número de mortes maternas obtido após investigação e o número original, declarado, possibilita a estimação dos valores a serem aplicados na correção da RMM (BRASIL, 2010a). Atualmente, tem-se utilizado no Brasil o fator 1,4 e nas regiões outros valores específicos, haja vista a

diversidade de cobertura das mortes maternas (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004).

A metodologia RAMOS foi utilizada em âmbito nacional (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2004) e em algumas unidades federativas e municípios brasileiros, como no Paraná (SOARES *et al.*, 1998; MARTINS; TANAKA, 2000; SOARES; AZEVEDO; WATANABE, 2008; SOARES *et al.*, 2009), Pernambuco (ALBUQUERQUE *et al.*, 1997; ALVES, 2007), Pará (MOTA; GAMA; THEME-FILHA, 2008), Uberlândia (REZENDE; MORELI; REZENDE, 2000) e Jundiaí (MATIAS *et al.*, 2009).

As regiões mais desenvolvidas, como o Sudeste e Sul, possuem registros civis mais organizados e estruturados, e por isso têm melhores condições para elaborar as estatísticas. Em contrapartida, as regiões menos favorecidas têm uma captação precária de registros de mortes, o que torna o conhecimento da magnitude da mortalidade materna um problema (TANAKA; MITSUIKI, 1999). Em síntese, pode-se apreender que apesar do método RAMOS ser apontado como o mais adequado, a diversidade de cobertura de informações e sua disponibilidade em cada UF dificulta a sua aplicabilidade de forma homogênea no território brasileiro.

## **5.2 As fontes de dados para o estudo**

A consulta a fontes habituais de dados, como por exemplo, do SIM, apesar de ser amplamente empregada nos estudos de mortalidade materna, não proporciona informações suficientes que possibilitem responder às questões de investigação deste estudo. O levantamento de dados epidemiológicos relacionados às mortes maternas, ainda que possa apontar alguns resultados e suscitar discussões pode ocultar fenômenos importantes relacionados à temática em questão. Por outro lado, a pesquisa quantitativa, quando integrada àquela de natureza qualitativa, possibilita aprofundar sobre a realidade das situações e analisar como se processaram os acontecimentos que culminaram na morte materna. Com isto, é possível ir além dos números e enriquecer a análise com aspectos singulares da vida das mulheres que morrem em decorrência de problemas ligados à gravidez, parto ou pós-parto.

O método qualitativo, na definição de Minayo (2000), é aquele capaz de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2000, p. 10). O estudo qualitativo da estrutura social das mortes maternas permite abranger o universo das relações e dos processos que desencadearam os óbitos, que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Além disso, compreender significados, crenças, valores e atitudes da mulher falecida é um dos pontos chave pelo qual essa metodologia poderá revelar importantes informações e aprofundar na temática.

Este estudo é baseado em dados empíricos, quantitativos, assim como em informações de natureza qualitativa, ambos coletados pela pesquisadora. Para tanto, foi elaborado projeto específico, que foi submetido, e aprovado, pelos Comitês de Ética da SMSA-BH (ANEXO D) e da UFMG (ANEXO E), com parecer nº ETIC-0045-0.410.203-10.

A pesquisa de campo foi dividida em duas etapas. Na primeira, foi organizado um banco de dados a partir da coleta de informações relativas aos óbitos maternos disponíveis no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na SMSA-BH, com vistas à análise quantitativa. Na segunda, o método qualitativo aplicado foi o de entrevistas em profundidade com os familiares das mulheres falecidas.

### 5.2.1 Construção do banco de dados

Primeiramente, é importante esclarecer a escolha do período de análise desta pesquisa na investigação da mortalidade materna em Belo Horizonte. Inicialmente, pretendia-se analisar todos os óbitos maternos ocorridos entre 2000 e 2010 no município. No entanto, de acordo com a responsável pelos dados de mortes maternas no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil - SMSA/BH, na época da pesquisa, haveria maior dificuldade de obtenção de documentos relativos aos anos de 2000 a 2002, por terem sido arquivados por outro profissional que já não fazia mais parte do referido Comitê. Com isso, optou-se por proceder à análise dos dados considerando todos os óbitos maternos ocorridos entre 1º de janeiro do

ano de 2003 e 31 de dezembro de 2010, contemplando assim 8 anos de investigação.

O banco de dados foi elaborado pela pesquisadora, no período de novembro de 2010 a julho de 2011, a partir de informações disponibilizadas pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil da SMSA-BH. Foram consultados dados nas DOs, registros hospitalares, serviços de autópsia, entrevistas domiciliares com os parentes das mulheres falecidas e/ou a equipe médica e cópia xerox das planilhas anuais de investigação do óbito materno no município<sup>27</sup>. Além destas informações foram examinadas, quando existentes<sup>28</sup>, as Fichas de Investigação de Óbito Materno com a síntese do caso, conclusões e recomendações do Comitê.

As informações de cada óbito materno foram digitadas e armazenadas pela pesquisadora em uma planilha. Foram considerados dados sociodemográficos, características dos óbitos e informações sobre a assistência à saúde, assim como história reprodutiva e da gestação que culminou no óbito materno. Além disso, a fim de assegurar a realização da segunda etapa do trabalho, referente às entrevistas em profundidade, armazenaram-se os contatos residencial e/ou telefônico do familiar, quando possível<sup>29</sup>.

#### **I. Variáveis Sociodemográficas:**

- Faixa etária: variável categorizada em grupos etários quinquenais, obtida na DO: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49 anos.
- Escolaridade: variável categorizada conforme as informações disponíveis na DO, em anos de estudos concluídos: Nenhuma escolaridade, de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11, de 12 e mais e ignorado.
- Raça/cor: variável categorizada conforme as informações disponíveis na DO: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorada.
- Estado civil: variável categorizada conforme as informações disponíveis na DO: solteira, casada, viúva, separada judicialmente/Divorciada e ignorado.

---

<sup>27</sup> Estas planilhas continham um resumo dos casos, por ano, incluindo a classificação dos óbitos maternos realizada pelo Comitê (obstétricos diretos, indiretos, tardios e não obstétricos).

<sup>28</sup> Ocorreram casos em que os documentos referentes aos óbitos maternos estavam incompletos no que se refere a Fichas com a síntese do caso, conclusões e recomendações do Comitê.

<sup>29</sup> Apenas 31 óbitos, dos 180 identificados na pesquisa apresentaram número de telefone.

- Ocupação: variável categorizada conforme a frequência de atividades profissionais observada na elaboração do banco de dados e obtida na DO: serviços domésticos, estudante, professora, profissional da saúde, serviços administrativos, prestador de serviços do comércio, sem ocupação, outros e ignorado.
- Índice de Vulnerabilidade da Saúde: variável categorizada em baixo, médio, elevado e muito elevado obtida na Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI) da SMSA-BH.
- **II. Variáveis relacionadas ao óbito materno:** obtidas nas DOs, em fichas com a síntese do caso, conclusões e recomendações do Comitê ou xerox das planilhas anuais do Comitê de investigação do óbito materno no município.
- Local de ocorrência: variável categorizada conforme as informações disponíveis na DO: hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública e outros.
- Distrito sanitário: variável categorizada conforme a distribuição dos distritos sanitários no município, obtida a partir do endereço da falecida disponível na DO: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.
- Causas da morte materna: variável categorizada considerando os agrupamentos de códigos do capítulo XV da CID-10 e com base nas principais causas de óbitos maternos identificados no município. Obtidas após investigação pelo Comitê, nas DOs ou xerox das planilhas anuais do Comitê.
  - Complicações do aborto: códigos O06 e O07.
  - Gravidez ectópica e Mola hidatiforme: códigos O00 e O01, respectivamente.
  - Síndromes hipertensivas: códigos O12, O13, O14, O15 e O16;
  - Outros transtornos maternos relacionados com a gravidez: código O23.
  - Síndromes hemorrágicas: códigos O20, O44, O45, O46, O67, O70, O71 e O72.
  - Infecções puerperais: códigos O85 e O86
  - Tromboembolismo pulmonar: código O87
  - Embolia amniótica: código O88
  - Miocardiopatia periparto: código O90.3



- Outras doenças maternas que complicam a gravidez, o parto e o pós-parto: códigos O10, O98 e O99 (exceto, O 99.4 e O 99.5)
  - Cardiopatias: código O99.4
  - HIV: código B20 a B24
  - H1N1: código O99.5
- Natureza do óbito: variável categorizada com base na classificação sugerida pela OMS (1998), obtida em fichas com a síntese do caso, conclusões e recomendações do Comitê ou xerox das planilhas anuais do Comitê de investigação do óbito materno no município: morte materna obstétrica direta, morte materna obstétrica indireta, morte materna tardia e morte materna não obstétrica.
  - Momento do óbito: variável categorizada pela pesquisadora, obtida na DO, (preenchimento dos campos 43 ou 44) ou em Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar) ou Entrevista domiciliar: após aborto, gestação, parto, até 42 dias de pós-parto, entre 43º dia e 1º ano após o término da gestação e ignorado.

### **III. Variáveis referentes à assistência à saúde, história reprodutiva e da gestação que culminou no óbito materno**

- Sistema de saúde: variável categorizada em público e privado, obtida de Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar) e/ou entrevista domiciliar.
- Número de gestações: variável categorizada em uma gestação, duas a quatro, cinco ou mais e ignorado. Obtida de Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar) e/ou entrevista domiciliar.
- Pré-natal: variável categorizada em sim, não e ignorado. Obtida de Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de saúde (ambulatorial e hospitalar) e/ou entrevista domiciliar.
- Número de consultas de pré-natal: variável categorizada em nenhuma, de uma a três, de quatro a seis, sete ou mais e ignorado. Obtida de Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de saúde (ambulatorial e hospitalar) e/ou entrevista domiciliar.

- Tipo de parto: variável categorizada conforme informações de Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de saúde (ambulatório e hospitalar): parto vaginal, cesariana, não se aplica (morreu na gestação ou em decorrência de aborto) e ignorado.
- Recém-nascido: variável categorizada conforme informações de Fichas de Investigação do Óbito Materno – Serviço de saúde (ambulatório e hospitalar): vivo, morto, não se aplica (caso a mulher tenha falecido na gravidez)<sup>30</sup> e ignorado.

### 5.2.2 Entrevistas em profundidade

A opção de coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas em profundidade pretende não restringir o assunto a perguntas pré-determinadas, mas ao contrário, ampliar a perspectiva de análise, possibilitando ao participante expressar-se livremente e, ao entrevistador, retornar e se aprofundar nos pontos que lhe interessam (MINAYO, 2000). Para Weiss (1994) entrevistar é um meio especialmente importante para a coleta de dados, porque possibilita apreender aspectos de uma sociedade e de vidas particulares de famílias e casais. Na medida em que a entrevista exclua perguntas fixas, pré-definidas, favorece a livre expressão do participante, ao narrar a percepção individual e, desta forma, contribui para uma visão mais completa do objeto de estudo. Foram realizadas 11 entrevistas, entre 19 de setembro de 2012 e 01 de fevereiro de 2013.

Todos os participantes das entrevistas assinaram e ficaram com uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual declararam participar voluntariamente na pesquisa e receberam todos os esclarecimentos necessários (APENDICE B). Foram excluídos desta etapa de estudo os familiares<sup>31</sup> menores de 18 anos ou que se recusaram a assinar o TCLE ou que, por qualquer motivo, mesmo tendo iniciado a sua participação, optaram por interrompê-la.

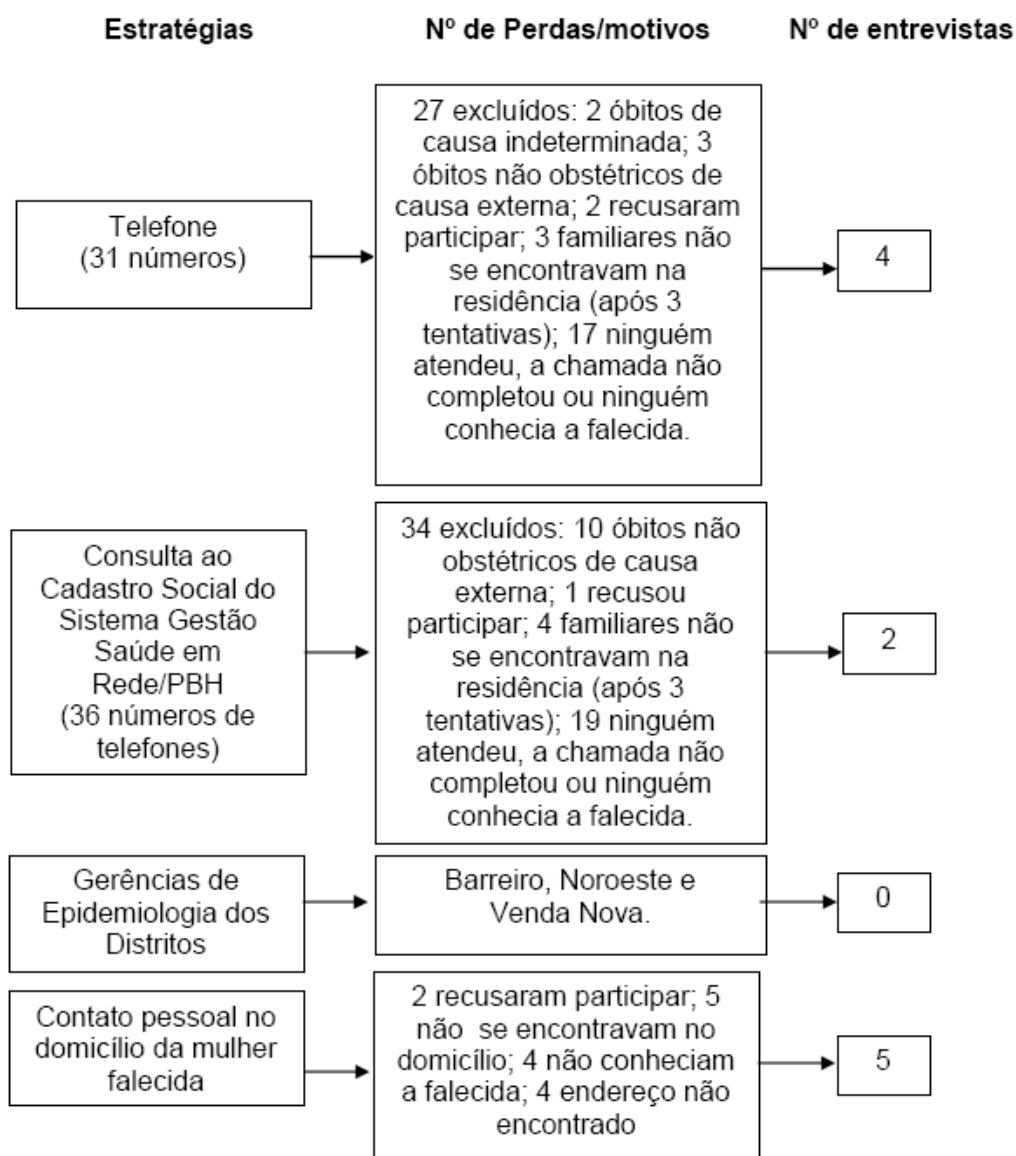
---

<sup>30</sup> Em um caso de óbito materno, ocorrido em 2003, foi realizada cesárea pós-morte com recém-nascido vivo. Outro caso, no ano 2006, por aborto provocado realizado em estágio avançado de gestação (aproximadamente seis meses e meio) há informações de que o recém-nascido nasceu vivo e faleceu algumas horas após o aborto.

<sup>31</sup> Entende-se por familiar, nesta pesquisa, aquele que era ligado por laços de parentesco e não necessariamente que residia na mesma unidade domiciliar da mulher falecida.

A forma de recrutamento dos familiares foi múltipla (FIG. 6). Como primeira opção de realização das entrevistas foi feito um contato telefônico pela pesquisadora com os possíveis participantes. Foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como seus procedimentos. Verificou-se que em alguns domicílios a pessoa que atendeu ao telefone não conhecia a mulher que havia falecido e em outros casos a ligação não completou ou ninguém atendeu. Dois familiares (uma sogra e uma tia das mulheres falecidas) recusaram participar das entrevistas e justificaram que não gostariam de falar sobre o assunto.

**Figura 6 - Estratégias de marcação de entrevistas em profundidade**



Fonte: Elaboração própria.

Outra estratégia utilizada para contato com familiares foi a busca de informações no Cadastro Social do Sistema Gestão Saúde em Rede da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Esse sistema comporta o cadastramento das famílias pelas unidades básicas de saúde. Verificou-se nessa busca um número expressivo de casos onde não constava informação referente à mulher falecida, isto é, ela não estava cadastrada no sistema. Foram detectados casos em que havia o cadastramento, mas faltavam dados da residência, e para algumas mulheres não constava o óbito. Contudo, para as mulheres cadastradas foi possível identificar pelo menos o nome da mãe e, a partir dele, obter informações da residência, distrito e às vezes o número de telefone. No total, esta busca possibilitou a identificação de 36 números de telefones sendo que apenas dois resultaram no agendamento de entrevistas.

Realizou-se também um rastreamento das famílias por distritos sanitários do município. Com a identificação da UBS de referência e endereço da mulher falecida foram realizados, inicialmente, contatos com as gerências de epidemiologia dos distritos do Barreiro, Noroeste e Venda Nova, a fim de identificar o maior número possível de familiares. Esta tentativa foi frustrante, pois apenas o distrito do Barreiro retornou com algumas informações, mas que não foram suficientes para o agendamento de qualquer entrevista. Os outros dois distritos não retornaram até o fechamento deste trabalho e, portanto, optou-se por não prosseguir com esta estratégia de busca.

Por fim, diante das dificuldades preferiu-se contatar as famílias pessoalmente, nos domicílios indicados nas DOs, acreditando ser esta a última alternativa viável para a execução do trabalho. Esta estratégia possibilitou a realização de cinco entrevistas e conclusão desta etapa do trabalho, finalizada com o total de onze entrevistas.

As questões norteadoras das entrevistas em profundidade (APENDICE C) versaram sobre os seguintes tópicos: Histórico de saúde prévio a gestação; História clínica da gravidez, desde o pré-natal até o falecimento da mulher; Assistência recebida pela mulher falecida no pré-natal, parto, puerpério imediato (até o 10º dia de pós-parto) e após a alta da maternidade no puerpério tardio (até 42 dias de pós-parto), nas redes de atenção básica, ambulatorial, urgências e na atenção hospitalar.

Algumas informações pessoais do(a) entrevistado(a) foram coletadas e se referem a: idade (anos completos); grau de escolaridade (Nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, de 12 e mais); ocupação (tipo de trabalho que exerce independentemente da profissão de origem); estado civil (solteiro; união consensual; casado; viúvo; separado judicialmente/divorciado); parentesco com a mulher falecida; renda familiar mensal (em salários mínimos, considerando o salário mínimo em vigor em 2012, de R\$ 622,00, e em 2013, de R\$ 678,00), número de pessoas no domicílio e IVS (baixo, médio, elevado e muito elevado).

Todas as entrevistas em profundidade foram realizadas e transcritas pela pesquisadora. O tamanho da amostra de entrevistados não foi previamente definido, tendo sido considerado como critério a saturação das informações obtidas<sup>32</sup>. Além disso, procurou-se abranger na amostra famílias de mulheres falecidas atendidas pelos sistemas públicos e privados de saúde.

Não houve entrevista com familiares que tiveram óbito materno de um parente nos anos 2003, 2005 e 2009. Igualmente não ocorreram entrevistas nos distritos do Barreiro, Centro-Sul, Norte e Oeste. Tais fatos não prejudicaram a análise e compreensão do universo de estudo, uma vez que se observou, independentemente do distrito de residência da mulher falecida ou ano de ocorrência do óbito, uma repetição dos relatos vivenciados pelos familiares. É importante considerar ainda que nenhum dos entrevistados era o marido e/ou companheiro e/ou pai da(s) criança(s) da mulher falecida. Apesar de não ter havido qualquer restrição ou preferência por parte das estratégias de pesquisa, ao longo das buscas adotadas e das entrevistas realizadas esses homens não foram encontrados.

Os depoimentos foram gravados, tiveram a duração média de 50 minutos e, em sua maioria, ocorreram na residência dos entrevistados. Apesar de se tratar de um assunto extremamente delicado, os participantes, mesmo apresentando em alguns momentos profunda tristeza, manifestaram a vontade de conversar a respeito do assunto, não sendo necessária a interrupção em nenhuma das entrevistas.

---

<sup>32</sup> “O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### 5.3 Métodos de análise dos dados

#### 5.3.1 Análise quantitativa: Método *Two-step Cluster*

As informações coletadas pela pesquisadora no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH) foram organizadas em um banco de dados, tendo sido codificadas e processadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 (2012).

A análise estatística do banco de dados teve como objetivo delinear o(s) perfil(s) característico(s) das mulheres vítimas de mortalidade materna, e para tal, o procedimento utilizado, desenvolvido pelo SPSS, foi o *Two-step Cluster* (agrupamento a duas etapas). Este método de agrupamento permite reunir elementos (indivíduos ou objetos), em um mesmo grupo (ou cluster), verificando as similaridades entre si em relação a um conjunto de variáveis escolhidas e as diferenças entre elementos de grupos heterogêneos quanto a esses mesmos atributos. É uma ferramenta que tem como vantagens: i) criar clusters com variáveis categóricas e contínuas, simultaneamente; ii) possibilidade automática de encontrar o número ótimo de agrupamentos, caso este seja desconhecido; iii) possibilidade de estabelecer manualmente o número de clusters desejado; iv) os resultados são de fácil interpretação, sendo fornecidas informações sobre a relevância de cada variável na formação de cada grupo e uma medida de significância estatística (SPSS, 2001; BARROS, 2009).

O método é realizado em duas etapas. Na primeira, os dados são examinados, um por um, sendo decidido se o elemento deve mesclar com um dos grupos previamente formado ou iniciar um novo grupo, com base no critério de distância entre grupos. Essa distância refere-se ao logaritmo natural da verossimilhança para variáveis categóricas, caso desta pesquisa. Quanto menor a distância, mais similares são os casos (óbitos) e, portanto, devem pertencer ao mesmo grupo. Esse procedimento é implementado a partir da construção de uma árvore (*cluster feature tree*)<sup>33</sup> que contém as características do grupo, gerando pré-agrupamentos. Cada nó da árvore contém a frequência das variáveis categóricas. Com isso, são formados

---

<sup>33</sup> Para maiores detalhes sobre a construção do algoritmo consultar, Zhang, Ramakrishnon e Livny (1996).

vários subgrupos (ou subclusters) muitos pequenos. O objetivo é reduzir o tamanho da matriz que contém as distâncias entre os possíveis pares de clusters. Já na segunda etapa, a partir desses subgrupos formados, encontra-se o número ótimo de agrupamentos que atenda o objetivo de garantir a maior homogeneidade em cada grupo e a maior heterogeneidade entre os grupos. Para que se faça uso do *Two-step Cluster* um pressuposto importante é que tanto as variáveis dentro dos clusters bem como cada agrupamento sejam independentes entre si (SPSS, 2001; BANFIELD; RAFTERY, 1993).

Nesta pesquisa este procedimento de agrupamento foi realizado mais de uma vez para que se pudesse identificar o melhor conjunto de variáveis (dentre as quinze previamente selecionadas<sup>34</sup>) para a formação dos grupos de óbitos maternos. A repetição do procedimento com ordenações diferentes das variáveis serviu para identificar em que medida tal ordenação teria influenciado o agrupamento. Os resultados encontrados foram bastante similares entre si, indicando que a ordenação das variáveis não interferiu na formação dos grupos.

A primeira realização do procedimento considerou todas as quinze variáveis e, a partir dos resultados obtidos, as variáveis foram listadas em ordem de maior importância de acordo com a estatística qui-quadrado. As variáveis que demonstraram maior importância na determinação dos grupos foram: tipo de parto, recém-nascido, momento do óbito, pré-natal, número de consultas de pré-natal e causa da morte<sup>35</sup>. As variáveis com mais informação, isto é, sem dados ignorados, foram escolhidas, uma vez que o procedimento de agrupamento considera apenas os casos que possuem informações em todas as variáveis utilizadas. Com isso, dos 137 óbitos maternos identificados no banco de dados, 23 (16,8%) não possuíam informação para pelo menos uma das seis variáveis utilizadas para a formação dos grupos e, portanto, não foram utilizados para o procedimento de agrupamento e nem

---

<sup>34</sup> Idade, escolaridade, raça/cor, estado civil, ocupação, local de ocorrência, distrito sanitário, causas da morte, momento do óbito, sistema de saúde, número de gestações, pré-natal, número de consultas de pré-natal, tipo de parto e recém-nascido.

<sup>35</sup> As variáveis, estado civil e sistema de saúde mostraram associação significativa em apenas um dos grupos.

receberam classificação de grupo<sup>36</sup>. O percentual de perda de dados foi considerado pequeno e não prejudicou as conclusões da análise.

Dois grupos foram formados e seus perfis foram descritos através de frequências e percentuais. Foi realizado o teste exato de Fisher para avaliar associação entre as variáveis “Grupo de óbito”<sup>37</sup> e demais variáveis sociodemográficas e clínicas. Foi considerado nível de 5% de significância.

### 5.3.2 Análise qualitativa

Para Minayo (2012) o verbo principal da análise qualitativa é compreender, e isso significa exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, exercitando o entendimento das situações e inclusive das contradições nelas envolvidas. Nesse sentido, a análise do material qualitativo se apoia na ordenação e organização das informações coletadas na pesquisa de campo.

Neste estudo, seguindo os pressupostos de análise de conteúdo no tratamento dos dados qualitativos sugeridos por Bardin (1995), organizou-se as informações coletadas nas entrevistas em três fases, sendo a primeira de pré-análise, a segunda de exploração do material e, por fim, os resultados, inferências e interpretações.

Uma vez transcritas as entrevistas, foi realizada uma leitura atenta e criteriosa dos depoimentos a fim de ter conhecimento desses relatos e estabelecer possíveis categorias de interesse para apreciação dos resultados. Com o auxílio do programa de análise de dados qualitativos NVivo 9 (versão 2011), as entrevistas foram sistematizadas em amplas categorias e codificadas. Nesta tese utilizou-se apenas uma parte do vasto material coletado, focalizando no esclarecimento de alguns temas apontados nos resultados obtidos com o método *Two-step Cluster*.

O software NVivo 9 se baseia no princípio da codificação por nós. Por definição, o nó é uma estrutura para armazenamento de informações codificadas que permite reunir materiais relacionados em um único lugar, facilitando a análise por temas ou

---

<sup>36</sup> Dos 23 óbitos que não tiveram classificação de grupo, 22 não possuíam informação para a variável pré-natal, quatro não possuíam informação para a variável momento do óbito e oito não possuíam informação para tipo de parto.

<sup>37</sup> Essa variável é criada pelo método para formar os grupos.



categorias<sup>38</sup>. A criação dos “nós” ocorreu na etapa de leitura das entrevistas e contemplou um bloco principal de análise dos dados, que se refere ao contexto que permeia o evento da mortalidade materna, não apenas os aspectos sociodemográficos mas, aqueles relacionados à oferta, acesso, qualidade dos serviços de saúde e evitabilidade. Deste modo, identificaram-se quatro categorias principais, a saber:

- **Direitos reprodutivos prévios à gestação:** foram contempladas as restrições impostas às mulheres falecidas quanto ao exercício da autonomia reprodutiva. As percepções dos familiares quanto ao histórico sexual e reprodutivo das mulheres falecidas considerando gestações anteriores, desejadas ou não, planejadas ou não, foram o foco de interesse desse bloco.
- **Aborto:** foi criada uma categoria específica para tratar esse tema, considerando ser o aborto uma das principais causas diretas evitáveis de morte materna no país e em Belo Horizonte. Este bloco contém informações sobre as percepções dos familiares sobre as situações que levaram a mulher a praticar a interrupção voluntária da gestação, condições em que foi praticado, riscos e assistência prestada na ocorrência do aborto.
- **Assistência (na gravidez, no parto e no pós-parto):** optou-se por investigar a assistência em três subcategorias. A primeira refere-se à gestação, sendo considerados os relatos sobre a realização ou não do pré-natal, bem como a assistência e intercorrências durante esse período; a segunda diz respeito à assistência no parto, que privilegiou depoimentos sobre a influência desse acontecimento na ocorrência do óbito materno, bem como a decisão pelo tipo de parto realizado, o procedimento em si, até questões referentes à internação hospitalar; a terceira subcategoria compreendeu a assistência no pós-parto, abrangendo o período de internação da mulher falecida e após alta da maternidade. Além disso, nessa categoria de “assistência” foram consideradas informações relativas à percepção de alguma situação de risco à saúde vivenciada pela mulher falecida.
- **Evitabilidade:** nesta última categoria, procurou-se trabalhar com as percepções dos familiares quanto à noção se a morte era ou não evitável e o que

---

<sup>38</sup> Manual NVivo 9. Disponível em: <<http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo9/NVivo9-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

poderia ter sido feito para evitá-la. A convivência com as mulheres falecidas até o momento que antecedeu o óbito contribui para que os familiares expressassem uma percepção, que não é médica, dos fatos vivenciados e que poderiam ter evitado a morte.

Em cada categoria de análise são apresentados os relatos dos familiares em relação ao assunto tratado. Cabe ressaltar que esses depoimentos são representativos da amostra de familiares que vivenciaram a perda de um parente em decorrência de morte materna em Belo Horizonte, o que significa dizer que expressam o relato da maioria dos entrevistados.

## **6 CARACTERIZAÇÃO DAS MORTES MATERNAS EM BELO HORIZONTE, 2003 A 2010**

Este capítulo apresenta os resultados da aplicação da metodologia quantitativa proposta neste trabalho para identificar perfis ligados à ocorrência das mortes maternas em Belo Horizonte, de 2003 a 2010, e fatores associados, com base nos dados disponibilizados pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH). A descrição dos resultados é precedida por uma caracterização sociodemográfica da base de dados. Na sequência apresenta-se os perfis de óbitos maternos identificados por meio da análise de clusters.

### **6.1 Descrição das características sociodemográficas dos óbitos maternos em Belo Horizonte, 2003-2010**

Em Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010, ocorreram 180 óbitos maternos, sendo 87 (48,3%) obstétricos diretos, 31 (17,2%) obstétricos indiretos, 19 (10,6%) maternos tardios, 33 (18,3%) não obstétricos e 10 (5,6%) considerados não concluídos, conseqüentemente sem classificação<sup>39</sup>. Ocorreram, portanto, 137 óbitos maternos obstétricos por causas diretas e indiretas (incluindo os óbitos maternos tardios), sendo 86 (86,9%) considerados evitáveis, oito (8,1%) provavelmente evitáveis, dois (2,0%) provavelmente inevitáveis e três (3,0%) inevitáveis<sup>40</sup>.

Após análise do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH), as quatro principais causas diretas específicas de morte materna em Belo Horizonte foram as síndromes hipertensivas, infecções puerperais, síndromes hemorrágicas e complicações do aborto. Chama a atenção, também, o percentual elevado (17,5%) de mortes maternas classificadas no grupo de outras doenças maternas que complicam a gravidez, parto e o pós-parto, que somente é superado pela proporção de óbitos atribuídos às síndromes hipertensivas (24,1%). Entre as causas indiretas

---

<sup>39</sup> Esses 10 casos constavam nos documentos de mortalidade materna, mas não possuíam informações suficientes para classificá-los. Desta forma, considerando que o período de coleta dos dados da pesquisa no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH) foi de novembro de 2010 a julho de 2011, até esta data os casos ainda estavam em aberto, com documentação pendente.

<sup>40</sup> Dos 137 óbitos maternos identificados na pesquisa de campo, apenas 99 (72,3%) óbitos foram classificados quanto à evitabilidade, até o fechamento da coleta de dados, que foi de novembro de 2010 a julho de 2011.

(31 casos) prevaleceram as cardiopatias (2,9%) e hipertensão arterial crônica (9,6%)<sup>41</sup> (TAB. 6).

**Tabela 6 - Distribuição dos óbitos maternos, segundo grupo de causas obstétricas diretas e indiretas, Belo Horizonte 2003-2010**

<b>Causas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Síndromes hipertensivas	33	24,1
Outras doenças maternas que complicam a gravidez, o parto e o pós-parto	24	17,5
Infecções puerperais	23	16,8
Complicações do aborto	16	11,7
Síndromes hemorrágicas	16	11,7
Embolia amniótica	6	4,4
Tromboembolismo pulmonar	4	2,9
Miocardiopatia periparto	4	2,9
Cardiopatias	4	2,9
Gravidez ectópica ou molar	3	2,2
HIV	2	1,5
Outros transtornos maternos relacionados com a gravidez	1	0,7
H1N1	1	0,7
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

Na análise das mortes maternas classificadas como não obstétricas prevaleceram mortes violentas, sendo 12 casos por homicídios (36,3%) e cinco por suicídio (15,1%). Outras causas foram acidentais, como por exemplo, por choque elétrico, queda da própria altura, drogadição e acidente de trânsito.

A Tabela 7 mostra as diferenças em números absolutos entre os dados obtidos na pesquisa de campo e os dados do MS/SIM. As maiores diferenças entre as referidas bases de dados podem ser verificadas no número de óbitos maternos obstétricos indiretos e tardios, no período 2003-2010. A pesquisa identificou 19 óbitos classificadas como tardios e 31 como obstétricos indiretos e na base do MS/SIM consta apenas um óbito materno tardio no ano de 2003 e sete obstétricos indiretos.

<sup>41</sup> As causas obstétricas indiretas foram variadas. As demais patologias identificadas foram: anemia falciforme, anemia aplásica, doença renal crônica, diabetes tipo I, epilepsia, hipertireoidismo, hepatite B, H1N1, HIV, Hipertensão portal esquistossomótica, hipertensão pulmonar, Leishmaniose visceral, lúpus eritematoso sistêmico, neoplasias, Síndrome de Marfan e tuberculose miliar.

Justificativa para esta discrepância é a não computação das informações na base de dados do MS/SIM.

A pesquisa identificou 137 mortes maternas (obstétricas diretas, indiretas e tardias), ao passo que estão disponíveis na base de dados do MS/SIM 96 mortes. Outra possibilidade que pode ter contribuído para esta diferença é o fato de que, no período analisado, de 2003 até 2010, alguns casos de mortes maternas ainda encontravam-se em aberto, ou seja, não concluídos pelo Comitê. Isso explicaria não só a falta de inclusão na base de dados do MS/SIM dos óbitos não concluídos, mas outros que possivelmente receberam classificação e não foram incluídos devido ao tempo de demora na avaliação de documentos e fechamento dos casos. O fato é que a pesquisa de campo, de um modo geral, permitiu a identificação de um número superior de mortes em praticamente todos os anos analisados, exceto em 2005. Para este ano específico (2005), houve a preocupação de se conferir novamente as informações coletadas nos documentos do Comitê e, após esta conferência os números foram mantidos.

Pode ser notado, na Tabela 7, que houve um aumento significativo na proporção dos óbitos obstétricos indiretos no período 2003 a 2010, de 16,1% (cinco óbitos) para 25,8% (oito óbitos). Essa elevação ocorreu sobretudo, a partir de 2006, e foi mais significativa no ano 2010. Quanto aos óbitos obstétricos diretos os maiores percentuais corresponderam aos anos 2003 e 2010, sendo respectivamente de 79,2% e 61,9%. Entre os anos 2004 a 2007 o número de mortes maternas por estas causas oscilou, mantendo-se elevado a partir de 2008.

Os dados apresentados na Tabela 8 mostram que parte expressiva dos óbitos maternos (43,8%) foi registrada entre mulheres na faixa etária de 20-29 anos e outros 38,7% incidiram sobre mães com idade entre 30-39 anos. Essa concentração não difere substancialmente daquela verificada no que se refere à distribuição dos nascidos vivos por idade da mãe. A maioria dos óbitos maternos (51,8%) incidiu sobre mulheres com pelo menos oito anos de estudo e em apenas 8,7% dos casos a mulher não havia concluído os primeiros quatro anos de ensino fundamental. Por outro lado, o percentual de 13,1% de mortes maternas atribuídas a mulheres de escolaridade ignorada revela a necessidade de melhoria na qualidade do preenchimento.

**Tabela 7 - Distribuição dos óbitos maternos segundo pesquisa de campo e informações do MS/SIM, Belo Horizonte 2003-2010**

Classificação do óbito materno	Ano do óbito																	
	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa	MS/SIM	Pesquisa
Obstétrico direto	14	19	3	6	11	5	9	11	8	7	12	13	10	12	18	14	85	87
Obstétrico indireto	0	5	1	3	1	3	0	2	1	4	0	4	2	2	2	8	7	31
Obstétrico não especificado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0
Tardio	1	2	0	0	0	2	0	1	0	3	0	4	0	6	0	1	1	19
<b>Subtotal</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>96</b>	<b>137</b>
Não obstétrico	_	0	_	2	_	2	_	4	_	3	_	6	_	7	_	8	_	33
Não concluído	0	4	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	10
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>96</b>	<b>180</b>

Legenda: \_ Informação indisponível.

Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010) e Brasil (2011s).

**Tabela 8 - Mortalidade materna em Belo Horizonte 2003-2010, segundo características sociodemográficas das mulheres falecidas**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
10-14	0	0,0
15-19	15	10,9
20-24	27	19,7
25-29	33	24,1
30-34	26	19,0
35-39	27	19,7
40-44	8	5,8
45-49	1	0,7
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	1	0,7
1 a 3 anos	11	8,0
4 a 7 anos	36	26,3
8 a 11 anos	54	39,4
12 anos e mais	17	12,4
Ignorado	18	13,1
<b>Raça/cor</b>		
Branca	48	35,0
Preta	17	12,4
Amarela	0	0,0
Parda	61	44,5
Ignorado	11	8,0
<b>Estado civil</b>		
Solteira	83	60,6
Casada	47	34,3
Viúva	0	0,0
Separada judicialmente	3	2,2
Ignorado	4	2,9
<b>Ocupação</b>		
Serviços domésticos	16	11,7
Estudante	8	5,8
Professora	5	3,6
Profissional da saúde	6	4,4
Serviços administrativos	14	10,2
Prestador de serviços do comércio	22	16,1
Sem ocupação	53	38,7
Outros	6	4,4
Ignorado	7	5,1
<b>Distrito de residência</b>		
Barreiro	17	12,4
Centro-sul	12	8,8
Leste	24	17,5
Nordeste	13	9,5
Noroeste	15	10,9
Norte	11	8,0
Oeste	12	8,8
Pampulha	7	5,1
Venda Nova	26	19,0
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

A maior parte dos óbitos maternos atingiu mulheres “não brancas” (44,5% pardas e 12,4% pretas) e nenhuma das mortes maternas registradas no período considerado foi computada para mulheres da raça/cor amarela. No que diz respeito ao estado civil houve predominância de óbitos maternos entre mulheres solteiras (60,6%) e pouco mais de 1/3 dessas mortes (34,3%) foram atribuídas a mulheres casadas. Em quase 39% dos casos a mortalidade materna atingiu mulheres que não tinham ocupação, ao passo que em outros 38% dos casos o registro foi de mulheres prestadoras de serviços no comércio (16,1%), de serviços domésticos (11,7%) ou de serviços administrativos (10,2%). Os distritos sanitários de Venda Nova e Leste se sobressaíram como aqueles de maior concentração de residência de mulheres acometidas com morte materna (19,0% e 17,5%, respectivamente), seguidos pelos distritos do Barreiro (12,4%) e Noroeste (10,9%).

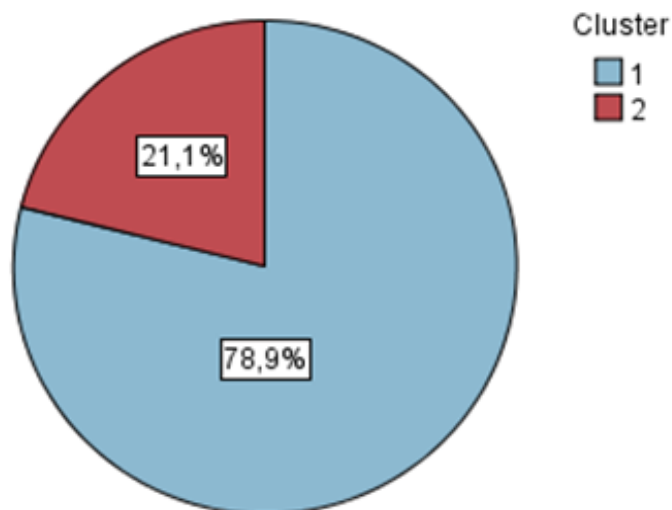
No conjunto, a caracterização típica ou predominante de mortes maternas no município de Belo Horizonte, entre 2003 e 2010, foi de mulheres na faixa de 25-29 anos, com oito a 11 anos de estudo, da raça/cor parda, solteiras, sem ocupação e residentes no distrito sanitário de Venda Nova.

## **6.2 Perfis de mortes maternas em Belo Horizonte, 2003-2010**

Foram analisados dados de 137 óbitos maternos do município de Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010. Como já exposto, destes 137 óbitos maternos identificados foram considerados para análise 114 (83,2%) óbitos, pois o restante (16,8%) não possuía informação para pelo menos uma das seis variáveis utilizadas para a formação dos grupos.

A análise de agrupamento identificou dois grupos: um grupo com maior número de casos (Grupo 1), com 90 óbitos maternos e um grupo menor (Grupo 2), com 24 óbitos maternos (GRÁFICO 4).



**Gráfico 4 - Distribuição dos clusters**

Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

As Tabelas 9 e 10 apresentam as frequências e percentuais das variáveis do estudo, por grupos de óbitos, com os respectivos testes de associação e valores de p.

As variáveis que demonstraram associação significativa (valor de  $p < 0,05$ ) com a variável “Grupo de óbito” foram: Estado civil, Causa da morte, Pré-natal, Número de consultas de pré-natal, Momento do óbito, Tipo de parto, Recém-nascido e Sistema de saúde.

As principais características dos grupos são descritas a seguir:

- Grupo 1:
  - Os óbitos ocorrem principalmente no período do puerpério;
  - Fizeram parto cesáreo;
  - Na sua grande maioria fizeram sete ou mais consultas de pré-natal;
  - As principais causas de morte foram: síndromes hipertensivas, infecções puerperais, síndromes hemorrágicas e outras doenças maternas que complicam a gravidez, o parto e o pós-parto;
  - Maioria de recém-nascidos vivos.

- Grupo 2:
  - Os óbitos ocorrem somente no período do aborto ou durante a gestação, portanto, antes de se realizar o parto;
  - A maioria das mulheres não havia realizado sequer uma consulta de pré-natal;
  - As principais causas de morte foram: complicações do aborto e outras doenças maternas que complicam a gravidez, o parto e o pós-parto;
  - A maioria dos óbitos atingiu mulheres solteiras;
  - 91,7% dos óbitos foram assistidos pelo sistema público de saúde.

Analisando as demais variáveis expostas nas Tabelas 9 e 10 foi possível observar que existe uma probabilidade muito alta de não haver diferença nos dois grupos gerados, quanto à faixa etária ( $p = 0,939$ ), raça/cor ( $p = 0,355$ ), escolaridade ( $p = 0,563$ ), ocupação ( $p = 0,499$ ), distrito sanitário ( $p = 0,685$ ), local de ocorrência ( $p = 1,000$ ) e número de gestações ( $p = 0,624$ ). Por outro lado as variáveis, estado civil ( $p = 0,02$ ) e sistema de saúde ( $p = 0,035$ ) mostraram estar associadas especialmente ao Grupo 2.

Em relação ao estado civil observa-se no Gráfico 5 que a maioria das mulheres dos grupos 1 e 2 são solteiras. O Grupo 1 também tem um número significativo de casadas. Com isso, se formos definir uma diferença entre os grupos quanto a essa variável pode-se dizer que certamente o Grupo 2 é de solteiras. Mas o mesmo não deve ser aplicado ao Grupo 1, que agrega tanto solteiras quanto casadas, em números significativos, conforme exposto na Tabela 9.

A mesma análise pode ser aplicada à variável sistema de saúde. Nota-se, no Gráfico 6, que há nos dois grupos um maior número de mulheres que são usuárias do sistema público. Porém, no Grupo 1 também existe um número importante de usuárias do sistema privado. Logo, essa variável, apesar de ter mostrado estar associada aos grupos, não os difere. Mas conforme exposto na Tabela 10 pode-se dizer que o Grupo 2 é de usuárias do sistema público.

**Tabela 9 - Frequência e percentual das variáveis sociodemográficas por grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010**

Variável	Grupo				Teste exato de Fisher	valor de p
	1		2			
	n	%	n	%		
<b>Faixa etária</b>					2,118	0,939
15 a 19	11	12,2	4	16,7		
20 a 24	16	17,8	6	25		
25 a 29	21	23,3	5	20,8		
30 a 34	18	20	5	20,8		
35 a 39	18	20	3	12,5		
40 a 44	5	5,6	1	4,2		
45 a 49	1	1,1	0	0		
<b>Escolaridade (em anos)</b>					3,253	0,563
Nenhuma	1	1,2	0	0		
1 a 3	6	7,2	3	14,3		
4 a 7	25	30,1	4	19		
8 a 11	37	44,6	12	57,1		
12 anos e mais	14	16,9	2	9,5		
<b>Raça/cor</b>					2,223	0,355
Branca	36	42,4	6	26,1		
Preta	11	12,9	3	13		
Parda	38	44,7	14	60,9		
<b>Estado civil</b>					11,541	0,002
Solteira	49	54,4	21	87,5		
Casada	39	43,3	2	8,3		
Separada judicialmente	2	2,2	1	4,2		
<b>Ocupação</b>					6,096	0,499
Serviços domésticos	10	11,4	3	13		
Estudante	6	6,8	2	8,7		
Professora	5	5,7	0	0		
Profissional da saúde	4	4,5	2	8,7		
Serviços administrativos	10	11,4	1	4,3		
Prestador de serviços do comércio	13	14,8	6	26,1		
Sem ocupação	37	42	7	30,4		
Outros	3	3,4	2	8,7		
<b>Distrito</b>					5,765	0,685
Barreiro	13	14,4	1	4,2		
Centro-Sul	8	8,9	1	4,2		
Leste	13	14,4	4	16,7		
Nordeste	10	11,1	2	8,3		
Noroeste	12	13,3	2	8,3		
Norte	6	6,7	2	8,3		
Oeste	7	7,8	4	16,7		
Pampulha	6	6,7	1	4,2		
Venda Nova	15	16,7	7	29,2		

Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

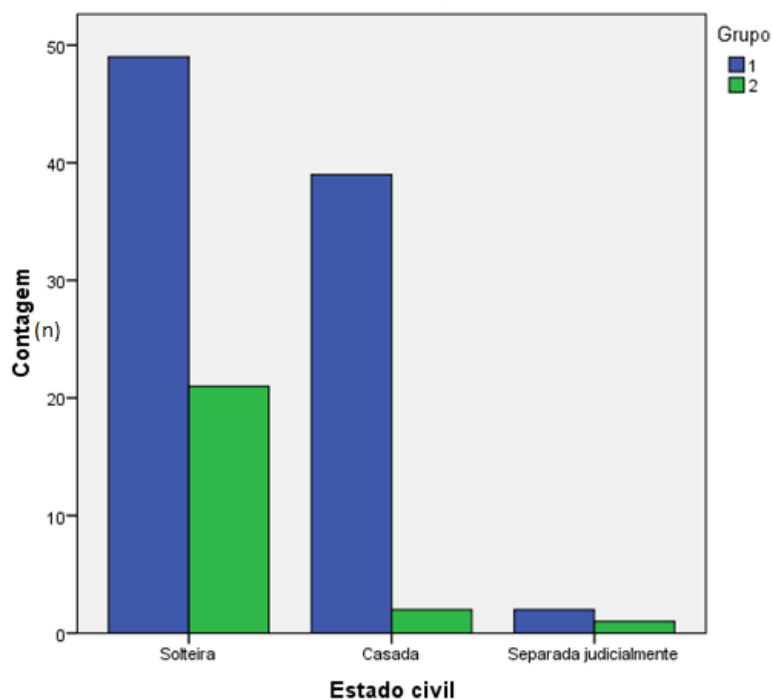
**Tabela 10 - Frequência e Percentual das variáveis clínicas e relacionadas por grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010**

Variável	Grupo				Teste exato de Fisher	valor de p
	1		2			
	n	%	n	%		
<b>Local de ocorrência</b>					0,483	1,000
Hospital/maternidade	86	95,6	24	100		
Domicílio	2	2,2	0	0		
Outro estabelecimento de saúde	2	2,2	0	0		
<b>Causa da morte</b>					55,891	< 0,001
Complicações do aborto	0	0	10	41,7		
Gravidez ectópica ou molar	0	0	2	8,3		
Síndromes hipertensivas	26	28,9	3	12,5		
Outros transtornos maternos relacionados com a gravidez	0	0	1	4,2		
Síndromes hemorrágicas	14	15,6	0	0		
Infecções puerperais	19	21,1	0	0		
Tromboembolismo pulmonar	4	4,4	0	0		
Embolia amniótica	5	5,6	0	0		
Miocardiopatia periparto	4	4,4	0	0		
Outras doenças maternas que complicam a gravidez, o parto e o	15	16,7	6	25		
Cardiopatias	1	1,1	2	8,3		
HIV	1	1,1	0	0		
H1N1	1	1,1	0	0		
<b>Nº de gestações</b>					1,055	0,624
Uma	38	44,2	8	36,4		
Duas a quatro	40	46,5	13	59,1		
Cinco ou mais	8	9,3	1	4,5		
<b>Pré-natal</b>					54,257	< 0,001
Sim	88	97,8	9	37,5		
Não	2	2,2	15	62,5		
<b>Nº de consultas de pré-natal</b>					48,917	< 0,001
Nenhuma	2	2,7	15	68,2		
1 a 3	12	16,4	5	22,7		
4 a 6	28	38,4	1	4,5		
7 ou mais	31	42,5	1	4,5		

Variável	Grupo				Teste exato de Fisher	valor de p
	1		2			
	n	%	n	%		
<b>Momento do óbito</b>					98,803	< 0,001
Aborto	0	0	10	41,7		
Gestação	1	1,1	14	58,3		
Parto	3	3,3	0	0		
Puerpério: até 42 dias	74	82,2	0	0		
Entre 43º dia e 1º ano após o término da gestação	12	13,3	0	0		
<b>Tipo de parto</b>					106,499	< 0,001
Vaginal	32	35,6	0	0		
Cesáreo	58	64,4	0	0		
Não se aplica	0	0	24	100		
<b>RN</b>					104,975	< 0,001
Vivo	76	89,4	0	0		
Morto	9	10,6	0	0		
Não se aplica	0	0	24	100		
<b>Sistema de saúde</b>					5,07	0,035
Público	62	68,9	22	91,7		
Privado	28	31,1	2	8,3		

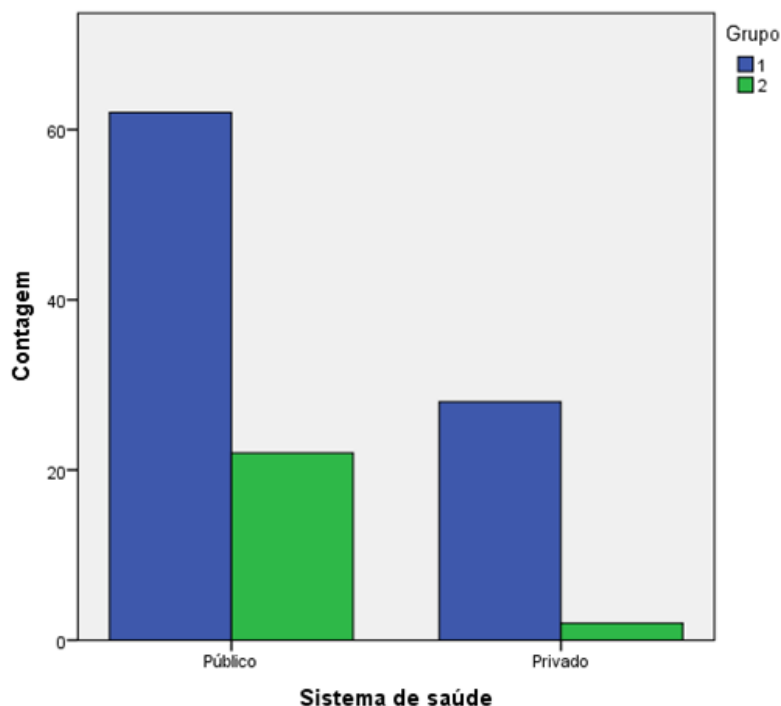
Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

**Gráfico 5 - Número de mulheres por estado civil e grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010**



Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

**Gráfico 6 - Número de mulheres por sistema de saúde e grupo de óbito materno, Belo Horizonte, 2003-2010**



Fonte: Dados da pesquisa (2003-2010).

É importante esclarecer que como o objetivo deste estudo é identificar perfis ligados à ocorrência de mortes maternas em Belo Horizonte, no período 2003 a 2010, conclui-se que as mulheres pertencentes ao grupo 2 tiveram maior probabilidade de serem solteiras e de terem sido atendidas pelo sistema público, mostrando que a distribuição destas características não é aleatória. (TAB. 9 e 10).

Analisando os perfis de mortes maternas de Belo Horizonte, obtidos a partir do método *Two-step Cluster*, alguns pontos devem ser ressaltados.

Considerando que no município há um modelo de assistência obstétrica diferenciado nos sistemas público e privado, os perfis encontrados não mostraram essa diferença. Conforme já abordado em ambos os grupos prevaleceram usuárias do sistema público. É possível que isto esteja associado à diferença na qualidade da assistência prestada e, sobretudo, às características socioeconômicas das usuárias dos dois sistemas.

No Grupo 1 as mulheres faleceram no puerpério (82,2%) em decorrência das principais causas de mortes maternas obstétricas diretas, lideradas pelas síndromes hipertensivas (28,9%), seguidas das infecções puerperais (21,1%) e síndromes hemorrágicas (15,6%). Nota-se que este grupo tem uma maior participação de usuárias do sistema público (68,9%) do que do sistema privado (31,1%). De acordo com as análises do Boletim do Estado de Saúde da População de Belo Horizonte (2011) as síndromes hipertensivas estão associadas aos óbitos no SUS e as complicações da cesariana (infecções puerperais e hemorragias) aos óbitos no sistema de saúde suplementar. Nesse sentido, apesar de o método não ter mostrado uma diferenciação quanto ao sistema de saúde, entre os grupos, essas informações apontam na mesma direção da SMSA-BH, pois, se este grupo compõe mulheres de ambos os sistemas era de se esperar que elas falecessem destas três causas principais. Além disso, as síndromes hipertensivas lideraram as causas de morte neste grupo (28,9%), que é composto na sua maioria, por usuárias do sistema público.

Em relação ao tipo de parto predominante, que foi a cesárea (64,4%), novamente cabe salientar que apesar de não ser possível mostrar uma associação deste tipo de parto às usuárias do sistema privado, esse perfil denota que a cesariana foi o tipo de parto dominante entre as mulheres usuárias do sistema público acometidas com óbito materno. Uma possível explicação para esta observação é o fato de que como o sistema privado de saúde do município muitas vezes limita-se ao pré-natal ambulatorial, na ocorrência de complicações estas mulheres podem estar sendo direcionadas às maternidades públicas, elevando a proporção de cesáreas. Deste modo, ainda que tenha sido observada no município uma redução no índice de cesarianas no SUS<sup>42</sup> há um grupo de mulheres que falecem neste sistema público, em decorrência de complicações que podem estar associadas à essa cirurgia.

De modo geral, considera-se que o perfil do Grupo 1 mostra que as mulheres que faleceram no puerpério fizeram pré-natal (7 ou mais consultas) e mesmo assim morreram por causas que poderiam ter sido evitadas por ações na assistência à gravidez com um pré-natal de qualidade e uma atenção pré-gravidez, na medida em

---

<sup>42</sup> Redução de 32,4% em 2003 para 27,5% em 2010 (BELO HORIZONTE, 2011).

que apresentavam outras complicações, sobretudo prévias à gestação. Além disso, a maioria dos recém-nascidos (89,4%) dessas mulheres sobreviveram.

O Grupo 2 apresenta um perfil bastante distinto daquele obtido no Grupo 1. As mulheres, na maioria, são usuárias do sistema público de saúde (91,7%), solteiras (87,5%) e morreram na gravidez (58,3%) ou em decorrência do aborto (41,7%), por complicações do aborto (41,7%) ou outras doenças que complicaram a gestação (25,0%). Portanto, a maioria não fez pré-natal (62,5%) e aquelas que fizeram realizaram de uma a três consultas (22,7%). Como a gestação não foi concluída não houve parto (100,0%). As complicações do aborto neste estudo foram a terceira principal causa obstétrica direta. Segundo os dados da SMSA-BH (Belo Horizonte, 2011) em Belo Horizonte essa causa oscila entre as quatro principais causas de mortalidade materna no município. Esse perfil mostra que ações no campo da saúde sexual e reprodutiva são necessárias a fim de atender a essa parcela da população que está morrendo de uma causa evitável. A demanda existe e impõe uma resposta mais efetiva sobre a reflexão do cumprimento dos direitos reprodutivos dessas mulheres. Para aquelas que morreram na gestação, em decorrência de outras complicações maternas, novamente chama a atenção a persistência dessas causas obstétricas indiretas que compõem o quadro de óbitos no município. Ora matam mulheres no pós-parto, resultando em filhos órfãos. Ora não concluem a gravidez. Nesse sentido, o pré-natal de qualidade direcionado à identificação precoce de risco materno poderia evitar muitas dessas mortes.

Os perfis delineados não deixam dúvidas quanto à evitabilidade dos óbitos maternos registrados no município de Belo Horizonte no período 2003-2010 e remetem a uma discussão necessária sobre a qualidade ou efetividade dos serviços de saúde prestados antes, durante e após o parto. Tais constatações, no entanto, escondem, mais que revelam, os contextos que resultaram nos desfechos trágicos de mortalidade materna. É importante considerar, por exemplo, se houve identificação prévia do risco de morte materna e, independentemente da resposta, se a busca por assistência ocorreu no tempo devido e se houve pronto acesso ao atendimento. Essas questões, no entanto, são difíceis de serem discutidas com base nos dados empíricos disponíveis, e serão foco da análise ancorada em informações de natureza qualitativa, apresentada no próximo capítulo.



## **7 O CONTEXTO DA MORTALIDADE MATERNA EM BELO HORIZONTE**

Este estudo surgiu da necessidade de se tratar de um assunto que é pauta no tema mundial de saúde da mulher e que no Brasil, e particularmente em Belo Horizonte, tem merecido maior atenção por parte da sociedade. A mortalidade materna, que na maioria dos casos é tratada do ponto de vista epidemiológico, é investigada neste estudo tanto em relação aos perfis ligados à sua ocorrência e fatores associados quanto na perspectiva das percepções dos familiares em relação aos óbitos maternos.

Neste capítulo são abordados alguns aspectos relacionados ao processo que envolveu a realização das entrevistas, bem como situações vivenciadas nos ambientes das famílias. Estas experiências são relatadas na primeira pessoa. Em seguida, apresenta-se o perfil de familiares entrevistados e respectivos óbitos maternos. Finalmente, a análise das entrevistas em profundidade permite delinear o contexto da mortalidade materna em Belo Horizonte.

### **7.1 Vivências das entrevistas: Interação pesquisadora – entrevistado**

Após a coleta dos dados no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA/BH) me dediquei à segunda etapa de pesquisa que foi contatar os familiares das mulheres falecidas. Como pesquisadora sabia que não seria uma tarefa fácil diante da constatação de poucos números de telefones coletados nos documentos do Comitê. Por outro lado, esperava uma maior rejeição, por parte dos familiares, em aceitar a minha visita e em falar de um assunto tão doloroso e árduo. Tal fato não ocorreu e identifiquei que possivelmente fui a primeira que abordou o tema com os familiares anos após o falecimento.

O longo e exaustivo percurso estratégico utilizado para obter contato com os onze familiares (FIG. 6) permitiu-me, a cada encontro, experimentar diversas situações. Logo na primeira entrevista, tive de aguardar por cerca de quase 2 horas a mãe de uma mulher falecida. Enquanto a esperava, em uma área de Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) muito elevada, comecei a observar o entorno e imaginar toda a dor e sofrimento pelos quais aquela mulher, que morava numa casa

tão pequena e inacabada, tinha passado e, provavelmente, as dificuldades que ainda enfrentava. Ao retornar, essa mãe me recebeu muito bem e logo iniciamos os procedimentos de leitura e assinatura do TCLE para então conversarmos a respeito da morte da filha.

Em outro caso foi necessário passar dentro de um lote da família, onde havia vários barracões, até chegar à entrevistada. Nesse percurso de adentrar o lote, deparei-me com duas mulheres sentadas nas portas de suas casas que perguntaram se eu era do conselho tutelar. Respondi que não e segui adiante. Essa indagação me chamou atenção e durante a entrevista, com a mãe da mulher falecida, notei que apesar de ela não ter poupado os detalhes em relação aos acontecimentos que levaram ao óbito da filha, quando o assunto se referiu aos netos, as respostas foram mais curtas e mais positivas, como se não houvesse qualquer dificuldade. Com isso, fiquei com a impressão de que essa entrevistada teve em algum momento medo de expressar a realidade quanto aos cuidados com os netos.

Houve também uma situação em que a entrevista despertou o desejo do familiar de entrar novamente na justiça e averiguar a situação da morte da filha. Em seu depoimento essa mãe, que perdeu a filha no ano de 2004, relata:

Eu vou arrumar os papel dela, arrumar advogado e entrar na justiça de novo.

(caso 9, mãe, 52 anos, ensino fundamental).

O fato de as entrevistas terem ocorrido em alguns bairros considerados como área de risco de Belo Horizonte, com IVS elevado ou muito elevado, não teve qualquer influência sobre a realização das entrevistas. As dificuldades de acesso até os familiares foram as mesmas, especialmente nas situações em que as entrevistas não foram agendadas, independentemente da localização do bairro. O que ocorreu nesta estratégia foi a dificuldade de localizar o domicílio e/ou encontrar algum familiar em casa, mas nada referente à área ser ou não de risco elevado.

Durante as entrevistas, apesar de estar o tempo todo monitorando uma certa objetividade nas histórias, vivenciei momentos em que os familiares extrapolaram os relatos e projetaram em mim semelhanças físicas com as mulheres falecidas,

mostrando fotos, como uma tentativa de humanizar a questão da morte que estávamos tratando.

O espaçamento entre uma entrevista e outra foi essencial, me permitindo, como pesquisadora, ter certo descanso emocional tanto para transcrever cada uma das entrevistas, quanto, sobretudo, para recompor do desgaste causado pelos depoimentos. Impossível não considerar que o período das entrevistas coincidiu com meu projeto pessoal de ter um filho, e que agora, quando analiso as entrevistas, estou em pleno período gestacional.

Foi possível perceber em todas as entrevistas que os familiares têm a necessidade de falar do assunto. Independentemente do tempo transcorrido do óbito seus sentimentos permanecem vivos e apenas precisam ser despertados. As entrevistas foram marcadas por um ambiente de muita emoção, tristeza, saudade e dor, mas também por situações de esperança e renovação, especialmente nos casos em que as crianças sobreviveram ou que a falecida deixou outros filhos de gestações anteriores.

## **7.2 Perfil dos familiares entrevistados**

Antes de proceder à análise das entrevistas em profundidade com os onze familiares é importante caracterizá-los quanto ao perfil sociodemográfico. O Quadro 2 contém as informações que delinham essa amostra de entrevistados.

Todos os familiares eram do sexo feminino, com idade variando de 18 a 66 anos. A maioria era de mães, com baixa escolaridade, casadas e que exerciam atividades do lar. O distrito de residência predominante foi Venda Nova e o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) médio. O número de pessoas por domicílio, incluindo o familiar entrevistado, variou de duas a cinco e a renda familiar predominante foi baixa, estando entre um e dois salários mínimos. Considerando a data da entrevista e do óbito materno, o tempo médio foi de cinco anos, variando de dois a oito anos.

**Quadro 2 - Características sociodemográficas dos familiares entrevistados, relacionados às mulheres falecidas em decorrência de morte materna de residentes em Belo Horizonte, 2003-2010.**

Familiar	Idade	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Distrito	IVS	Grau de parentesco	Renda (SM)	Nº pessoas/domicílio	Ano do óbito
1	49	nenhum	solteira	do lar	Pampulha	Muito elevado	mãe	1	4	2008
2	48	8 a 11	casada	do lar	Pampulha	Elevado	tia	9	2	2008
3	39	4 a 7	casada	diarista	Leste	Médio	irmã	1,5	5	2010
4	50	8 a 11	casada	ACS	Nordeste	Médio	mãe	2	5	2010
5	55	1 a 3	casada	do lar	Leste	Elevado	mãe	2	4	2006
6	56	1 a 3	solteira	do lar	Venda Nova	Médio	mãe	Bolsa família	4	2007
7	32	12 e mais	solteira	professora	Venda Nova	Médio	irmã	6	4	2010
8	18	8 a 11	casada	do lar	Venda Nova	Elevado	prima	1	2	2007
9	52	4 a 7	viúva	do lar	Venda Nova	Médio	mãe	1	2	2004
10	27	8 a 11	casada	do lar	Venda Nova	Médio	sobrinha	2	4	2004
11	66	4 a 7	casada	do lar	Noroeste	Médio	mãe	1,5	2	2006

Notas: A renda familiar dos entrevistados 7 a 11 considera o salário mínimo (SM) vigente em 2013 (R\$ 678,00). Nos demais considerou-se o SM de 2012 (R\$ 622,00); ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, 2012-2013

O Quadro 3 mostra as causas dos óbitos maternos conforme registradas na DO, após investigação do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH) e como foram percebidas pelas 11 entrevistadas. Nota-se que em pouco mais da metade dos casos (seis em 11) as causas de mortes foram alteradas após investigação pelo Comitê. Em um único caso, a familiar, embora de alta escolaridade, referiu uma causa que não constava na DO original e/ou análise do Comitê (caso 10). Em outra situação a familiar referiu uma causa adicional que não constava nos documentos (caso 6). Foi possível identificar a proximidade entre o discurso do familiar e o registro documental sobre o óbito. A maior parte dos familiares (seis em 11) relatou os mesmos termos da DO original, demonstrando compreender o seu significado médico e aceitar as causas relacionadas como verdadeiras (casos 2, 3, 5 a 8). Em outros casos, as causas relacionadas pelas entrevistadas foram reinterpretações das causas médicas (casos 1, 4, 9 e 11) declaradas. Isto é compreensível, pois na cadeia de eventos que culminou com a morte materna o familiar tende a se apegar a uma causa e tomá-la como a principal. Observa-se ainda que dez dos onze óbitos foram considerados, na avaliação do Comitê, como mortes maternas evitáveis, e apenas em uma ocorrência (caso 3) o óbito foi considerado provavelmente evitável.

O Quadro 4 expõe a caracterização das mulheres falecidas nos casos cujos familiares foram entrevistados. A maioria era de jovens, principalmente entre 20 e 29 anos, escolarizadas (com oito a 11 anos de estudos), brancas ou pardas, solteiras, com ocupações diversas, com maior frequência numa primeira ou segunda gestação, usuárias do sistema público de saúde e que tiveram recém-nascido vivo. Duas das mulheres falecidas eram adolescentes<sup>43</sup> (16 e 17 anos), estudantes e encontravam-se na primeira gravidez.

---

<sup>43</sup> Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. O conceito de adolescência e juventude comporta desdobramentos podendo ser utilizados os termos jovens adolescentes (15 aos 19 anos) e jovens adultos (20 a 24 anos de idade) (BRASIL, 2005c).

**Quadro 3 - Causas e classificação dos onze casos de óbitos maternos relativos às entrevistas com os familiares, Belo Horizonte, 2003-2010**

Caso	Causa do óbito na DO	Causa do óbito na avaliação do comitê	Causa do óbito segundo o entrevistado	Classificação
1	a) choque hemorrágico b) histerectomia c) placenta acreta	a mesma	<i>Ela [falecida] teve a mesma hemorragia do [hospital onde a falecida teve o 2º filho].</i>	Materno Obstétrico direto evitável
2	a) parada cardíaca b) meningite tuberculosa c) tuberculose miliar	a mesma	<i>Deu alguma coisa no cérebro, uma água, ou sei lá, a meningite, depois foi constatado tuberculose.</i>	Materno Obstétrico indireto evitável
3	a) falência orgânica múltipla b) sangramento abdominal c) pós operatório de gastrectomia d) câncer gástrico	a) falência orgânica múltipla b) CIVD c) pós operatório de gastrectomia d) câncer gástrico	<i>Ela [falecida] já tinha úlcera [estômago], a úlcera virou câncer.</i>	Materno não obstétrico provavelmente evitável
4	a) falência de múltiplos órgãos b) septicemia c) pneumonia peri parto d) Miocardiopatia	a mesma	<i>Falaram que isso pode acontecer até depois de 6 meses.</i>	Materno Obstétrico direto evitável
5	a) sepse grave b) aborto infectado Parte II: CIVD; SARA	a) SARA b) CIVD c) sepse d) aborto provocado	<i>Eu acho que fazer aborto com uma criança de seis meses e meio é a morte.</i>	Materno Obstétrico direto evitável
6	a) morte súbita b) miocardiopatia periparto	a) choque cardiogênico b) miocardiopatia periparto Parte II: Puerpério remoto	<i>Ela [falecida] teve hepatite, teve miocardiopatia, aquela doença periparto.</i>	Materno tardio evitável
7	a) SARA b) sepse c) pneumonia d) fibrose pulmonar Parte II: esclerodermia, HELLP	a) insuficiência respiratória; b) sepse grave; c) pneumonia; d) fibrose pulmonar Parte II: LES, HELLP síndrome	<i>A certidão de óbito dela [falecida] veio com seis doenças (...) esclerodermia (...), síndrome de Hellp (...), teve sepse (...), teve pneumonia.</i>	Materno Obstétrico direto evitável
8	a) septicemia b) pneumonia Parte II: tuberculose; lúpus eritematoso sistêmico.	a) septicemia b) pneumonia Parte II: tuberculose; lúpus eritematoso sistêmico; puerpério pós-cesariana.	<i>Ela [falecida] descobriu que tinha tuberculose.</i>	Materno Obstétrico indireto evitável
9	a) edema agudo pulmonar b) ICC c) Valvulopatia reumática	a) Edema agudo pulmonar b) ICC c) Valvulopatia reumática Parte II: gravidez	<i>Ela tinha problema de coração</i>	Materno Obstétrico indireto evitável
10	a) PCR b) eclâmpsia c) DHEG	a mesma	<i>Foi depois de um tempo que eles [profissionais da saúde] constataram isso (...) aneurisma.</i>	Materno Obstétrico direto evitável
11	a) choque hemorrágico b) CIVD c) sangramento uterino d) pós-cesárea com placenta prévia	a mesma	<i>Eles [profissionais da saúde] fala assim que o útero enraizou com a placenta.</i>	Materno Obstétrico direto evitável

Notas: CIVD: Coagulação Intravascular Disseminada; SARA: Síndrome da Angústia Respiratória Aguda; HELLP: variação da pré-eclâmpsia grave; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; PCR: Parada Cardiorespiratória; DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez; LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Fonte: Pesquisa de campo (2012-2013).

**Quadro 4 - Características sociodemográficas das mulheres acometidas com mortalidade materna, cujos familiares foram entrevistados, Belo Horizonte, 2003-2010**

Caso	Idade	Escolaridade	Raça/ cor	Estado civil	Parturição*	Ocupação	Sistema de saúde	RN
1	26	8 a 11	Branca	solteira	G3P3A0	Atendente	Público	vivo
2	17	8 a 11	Parda	solteira	G1P1A0	Estudante	Público	vivo
3	32	4 a 7	Branca	solteira	G4P3A1	Balconista	Público	vivo
4	24	12 e mais	Parda	casada	G1P1A0	Assistente administrativo	Privado	vivo
5	27	8 a 11	Parda	solteira	G3P2A1	Vendedora	Público	morto
6	16	8 a 11	Branca	solteira	G1P1A0	Estudante	Público	vivo
7	28	8 a 11	Branca	casada	G1P1A0	Recepcionista	Público e privado	vivo
8	22	8 a 11	Preta	solteira	G3P3A0	Do lar	Público	vivo
9	21	4 a 7	Parda	solteira	G1P1A0	Bordadeira	Público	morto
10	40	12 e mais	Branca	casada	G1P1A1	Professora	Privado	vivo
11	33	8 a 11	Branca	casada	G2P2A0	Salgadeira	Público e privado	vivo

(\*) Lê-se o número de gestações (G), partos (P) e abortos (A)

Fonte: Pesquisa de campo (2012-2013).

Ao final das transcrições das entrevistas em profundidade foi acrescentada a informação de três características básicas das mulheres vítimas de mortalidade materna. Há também indicação do número do caso, de tal forma que o leitor possa buscar informação completa das características do entrevistado e da mulher falecida, nos Quadros 2 e 4, respectivamente.

Antes de iniciar a análise dos resultados das entrevistas em profundidade é preciso enfatizar que os óbitos maternos considerados aconteceram até 10 anos atrás e que, portanto, certamente ocorreram mudanças na disponibilidade, acesso e qualidade do atendimento. Isto, no entanto, não invalida o teor das reflexões, uma vez que o nível das razões de mortalidade permanece elevado e a estrutura de causas mantém-se concentrada no grupo daquelas consideradas evitáveis.

### 7.3 Direitos reprodutivos prévios a gestação

A iniciativa de discutir a mortalidade materna no campo dos direitos reprodutivos é oportuna, pois a partir do momento em que a mulher escolhe ter seu filho e fica grávida, tem o pleno direito de ser atendida com segurança e com qualidade nos serviços de atenção à saúde. Portanto, essa escolha da mulher não deveria representar qualquer risco à sua vida. Mas o que se verifica é que muitas mulheres que falecem por problemas relacionados à gestação e parto apresentavam históricos obstétrico e/ou reprodutivo desfavoráveis, que deveriam ter sido melhor acompanhados e levados em consideração nas análises dos fatos que culminaram na morte materna. Ademais, a análise das consequências da violação dos direitos reprodutivos ligados à maternidade possibilita ampliar a discussão para além do foco apenas da saúde, envolvendo questões ligadas à autonomia da mulher no exercício da sua sexualidade e reprodução (Ventura, 2009).

As menções a fatos na vida das mulheres falecidas relacionados a esse tema surgiram ao longo das entrevistas com os familiares, indicando a relevância de se compreender a mortalidade materna ainda no período anterior à gravidez que resultou no óbito.

Analisando os depoimentos, houve um caso em que a mulher falecida já havia tido a mesma complicação obstétrica em um parto anterior, tendo sido orientada pelo médico a não engravidar novamente, uma vez que haveria risco de morte numa futura gravidez. No entanto, a falta de seguimento no período puerperal com planejamento reprodutivo adequado e de qualidade foi decisiva para que essa mulher, que já tinha dois filhos, engravidasse novamente e falecesse em decorrência da mesma complicação que tivera anteriormente. Esta situação denota a fragilidade da atenção à saúde da mulher, no que diz respeito à continuidade da assistência e adequação de uma atenção com abordagem direcionada para mulheres com risco reprodutivo.

Ela teve a mesma hemorragia do [nome do hospital]. Ela ganhou menino no [nome do hospital], e lá eles conseguiram estancar a hemorragia dela, o médico falou: não tem mais não, que a senhora pode morrer, hein? Ela foi arriscar, teve e morreu. O médico avisou pra ela: Não arrisca mais não, arruma um jeito de botar o DIU ou ligar, senão a senhora vai morrer.

(caso 1; solteira; 26 anos, ensino médio).



Falar de planejamento reprodutivo neste caso e em tantos outros de mulheres que falecem por não terem tido a informação necessária e o acompanhamento devido na escolha do melhor método contraceptivo ou programação de número de filhos não é aplicável, pois não foi estabelecida uma linha de cuidado e as possibilidades de planejamento foram apenas sugeridas, e não efetivamente disponibilizadas. Esperar que a mulher acolhesse a advertência médica e admitisse a sua situação de risco em uma nova gestação é, de certo modo, avaliar que a única responsável pelo óbito fosse ela própria. Está claro que o planejamento familiar, tal qual é preconizado pela SMSA-BH<sup>44</sup>, não foi uma realidade para essa mulher.

A gravidez em mulheres com doenças prévias à concepção foi outra situação identificada nos relatos. As informações sobre causas de morte materna apresentadas no Quadro 3 evidenciam a presença de câncer gástrico, esclerodermia<sup>45</sup>, Lúpus eritematoso sistêmico e tuberculose, além de doença cardíaca reumática. Por outro lado, a análise das entrevistas em profundidade revelou que em apenas um caso houve aconselhamento médico para a programação da gestação.

Aí ela [falecida] entrou em depressão, por causa das coisas que vinha acontecendo com ela e os filhos dela. Então, entrou em depressão e acabou não cuidando da saúde, ela já tinha uma úlcera, a úlcera virou câncer, ela endoidou o cabeça, ficou grávida do primeiro que entrou na reta dela, e deu no que deu, entendeu?

(caso 3, solteira, 32 anos, ensino fundamental).

Ela [falecida] tinha esclerose sistêmica. Então ela sabia que não podia engravidar. Mas ela fez um tratamento, fazia acompanhamento médico. Ela trabalhava numa clínica médica. A médica da clínica autorizou ela a engravidar. Por isso que ela engravidou, senão ela não... ela planejou porque a médica autorizou.

(caso 7, casada, 28 anos, ensino médio).

Aí eu lembro que quando ela [falecida] (...) engravidou de novo ela descobriu que tinha tuberculose.

(caso 8, solteira, 22 anos, ensino médio).

---

<sup>44</sup> Para maiores detalhes consultar Belo Horizonte (2008a).

<sup>45</sup> Doença inflamatória autoimune, rara, predominantemente no sexo feminino, caracterizada por lesões fibrosas e vasculares em médios e pequenos vasos. A pele, pulmões, coração, rins e intestinos são os locais primários de lesão e respondem pelas complicações da doença. Apesar de haver maior chance de parto prematuro, a maioria das pacientes com esclerodermia pode sustentar uma gravidez bem sucedida (LIDAR; LANGEVITZ, 2012).

Ela [falecida] tinha reumatismo no sangue, que é infecção no sangue né? Mais a gente não sabia que não podia engravidar não. Ela não sabia, engravidou.

(caso 9, solteira, 21 anos, ensino fundamental).

A ausência da validade dos direitos reprodutivos na adolescência é exemplificada em um caso de óbito materno que revela a situação vivenciada por uma jovem de 17 anos que tinha o sonho de ser mãe.

(...) chegou a adolescência a S [nome da falecida] ficou mais rebelde, aquela coisa de namorar e tudo, sonhar em ser mãe antes do tempo sabe? E aconteceu tudo [a gravidez] (...) aí começou aquele desentendimento. Porque a mãe que é minha irmã não aceitava o fato dela ter engravidado, ter aquelas rebeldia e começou aquela briga, ofensas... E que eu não vou ser vó, não vou criar filho, não vou fazer isso, aquilo, né? E a menina foi se abatendo, né? (...) Aí veio o lado emocional, o pai desprezando, a mãe desentendendo e tudo isso, ela sem estrutura e acaba que toda a família cobra, pra quê que você foi fazer isso, arrumar menino. E agora? Tinha que estudar, trabalhar, todo mundo culpou. Eu lembro que ela ficava aqui prostrada e não comia.

(caso 2, solteira, 17 anos, ensino médio).

Em meio às transformações físicas e psíquicas sofridas na adolescência, a gestação adiciona mudanças mais profundas e abrangentes, com repercussões individuais, familiares e sociais. De modo geral, para a família a gestação da adolescente vem impregnada com um grande impacto emocional, vivenciado por sentimentos de frustração devido à mudança no projeto de vida familiar em relação à jovem, especialmente quando não houver um relacionamento estável com o pai da criança (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012). No entanto, ao contrário da visão hegemônica da sociedade, que considera gravidez na adolescência como indesejada, a maternidade nesse período da vida tem se revelado como algo bastante positivo e esperado pela jovem grávida (SANTOS; SCHOR, 2003; RESENDE; FONSECA, 2009).

No caso de outra jovem que faleceu com quatro meses de gestação e era portadora de valvulopatia reumática, na percepção da mãe da falecida, o desejo e cuidados recebidos durante a gravidez, incluindo a realização das consultas na UBS, não foram suficientes para impedir a morte materna.

Tem gente que acha que a pessoa morre porque não cuidou, não quis a gravidez... nó mais ela [falecida] tava num entusiasmo, com gravidez, tava fazendo pré-natal.

(caso 9, solteira, 21 anos, ensino fundamental).

Pelo menos duas questões podem ser feitas: por que essas jovens morreram, já que realizavam o pré-natal no próprio sistema de saúde que deveria estar cuidando delas?; e por que elas não estavam inseridas em um programa de abordagem à saúde sexual e reprodutiva? Tomando por base o Protocolo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente da SMSA-BH, a gestação na adolescência é preconizada como uma das prioridades que os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) devem ter para o desenvolvimento das suas ações (BELO HORIZONTE, 2004; 2008b). Ademais, outros protocolos publicados pela SMSA-BH se referem à gravidez não programada, entre os 11 e 19 anos, como uma situação de risco reprodutivo (BELO HORIZONTE, 2008a) e que merece atenção especial no pré-natal, compondo uma das condições sociodemográficas desfavorável para gestação (BELO HORIZONTE, 2008c).

Para a OMS (2011) os principais determinantes da gravidez na adolescência e de jovens incluem o casamento precoce, coerção sexual e falta de acesso e de uso de contracepção. As consequências de uma gravidez precoce e não planejada incluem a morbidade e mortalidade atribuível ao baixo acesso ao pré-natal especializado, parto e aos cuidados pós-natal, bem como abortos inseguros. Além disso, impõem-se as desigualdades sociais que comprometem a transição saudável para a vida adulta (WHO, 2011).

Uma vez tendo sido infringidos os direitos a uma adequada abordagem sexual e reprodutiva prévia à gravidez, não foi oferecido a essas adolescentes que morreram e que procuraram assistência nas UBS um atendimento de qualidade. As dificuldades que a SMSA-BH enfrenta no manejo da atenção integral aos adolescentes é fato admitido em documento expresso pela própria instituição, que refere: “É comum atribuímos a dificuldade de cuidar da saúde dos adolescentes ao seu não comparecimento aos Centros de Saúde. No entanto, não podemos dizer que estamos organizados para favorecer a participação e interesse dos mesmos” (BELO HORIZONTE, 2004, p. 8).

Nesse sentido, ainda que de modo geral, sem especificar a mortalidade materna nessa faixa etária, verifica-se que há uma dificuldade de organização da assistência no município, inclusive no atendimento à gestante adolescente.

Os relatos dos familiares nos casos apresentados revelam situações vivenciadas pelas mulheres falecidas que poderiam ter sido evitadas, ou melhor, planejadas e/ou acompanhadas se os devidos direitos ao livre exercício da sexualidade e saúde reprodutiva tivessem sido resguardados e cumpridos. As falhas no aconselhamento pré-concepcional, na abordagem à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e a omissão por parte dos profissionais da saúde na compreensão das reais necessidades e vontades dessas mulheres, no que tange à maternidade, contribuíram para gerar os trágicos desfechos de mortes maternas no município. Esta situação marca a necessidade de se refletir sobre até que ponto, em Belo Horizonte, as ações direcionadas para a saúde da mulher, principalmente num período singular da vida, que é a gravidez, parto e pós-parto, estão, na prática, contribuindo para evitar novas mortes maternas.

#### **7.4 Aborto provocado**

A questão do aborto surgiu em três momentos durante os depoimentos colhidos. Um caso, em particular, foi de uma morte materna por aborto provocado e a mãe da mulher falecida descreveu, em detalhes, suas percepções acerca desta causa, assim como da assistência recebida no hospital até o óbito propriamente dito.

A perspectiva de criar outro filho no momento em que os planos de vida incluíam uma mudança para o exterior com o namorado fez com que uma moça, aos 27 anos, com dois filhos de pais diferentes em sua trajetória, interrompesse a terceira gestação, não desejada, em período avançado de gravidez, e isso lhe custou a vida.

Foi colocar sonda pra abortar o neném, porque ela tava mais ele [namorado] com a intenção de ir pra Espanha, já tinha arrumado serviço, que eles falaram. Eu acho que foi incentivo dos dois. Porque os dois ia viajar. Eles tava combinando de ir viajar, pra trabalhar lá [Espanha] e depois ou vim buscar os menino [dois filhos da falecida] ou mandar dinheiro pra mim cuidar dos menino até eles fazer o pé de meia deles.

(caso 5, solteira, 27 anos, ensino médio).

De acordo com Heilborn *et al.* (2012), quando uma gravidez inesperada ocorre, a determinação sobre seu desfecho ou curso é baseada no exame da situação. Esses processos decisórios sobre o aborto envolvem relações que não vigoram somente na dimensão do casal, mas naquelas nas quais o homem não participa em momento algum da realização ou não do aborto (mesmo sabendo da gravidez) e em outros

casos, onde há participação do núcleo familiar e/ou de amigos. O homem, muitas vezes, constitui um dos meios que viabiliza o repasse de informações e formas para interromper a gravidez. No caso apresentado, conforme sugere o relato da entrevistada, percebe-se que houve uma decisão do casal de interromper a gestação para manter os planos de vida previamente estabelecidos.

A criminalização do aborto leva a mulher a ocultar sua prática até de pessoas mais próximas. Neste caso, a mãe relata o seu total desconhecimento quanto à gestação e aborto da filha.

Eu [mãe da falecida] não sabia nem que ela [falecida] tava grávida. Eu não sabia. Fui saber no dia que ela faleceu. Ela saiu de manhã e falou: Mãe tô sentindo uma dor muito forte, na barriga. Na barriga não, na coluna e falou: eu vou lá [no hospital] e saiu com o namorado dela. E o namorado dela, quando foi nove e meia da noite, eu tava esperando ela pra sair pra fazer compra, comprar as coisa pro menininho dela que era neném, né? Praticamente. O leite, os trem dele. Ela [falecida] falou: Pode me esperar. Nós vamo lá embaixo, que é no cartão. A senhora me espera, fica arrumada. Ela [falecida] saiu era seis e meia da manhã. Ela passou mal a noite inteira, ficou deitada assim no sofá. Eu falei: O quê que cê tem? Ela falou: Tô passando mal. Mas pra mim ela não me disse nada que tava grávida. Ela me escondeu o tempo todo. Porque não tava parecendo que ela tava grávida. Que ela tava tomando remédio pra emagrecer. Quando ela sentia que tava ficando gorda, ela ia pro médico fazer coisa pra emagrecer. Ela não aceitava ser gorda. Então deu naquela época que ela tava tomando aqueles remédio. Aí como que eu ia [saber], né? (...) Nós [familiares] ficou sabendo depois pelo um telefonema do celular dela. Nós pegamo na época, uma ligação perguntando se tinha dado certo. Aí eu falei: a J faleceu. Aí desligou. Aí pela uma colega dela que falou: Ó a J [falecida] falou pra mim que tava grávida. Foi abortar o neném, foi colocar... eu esqueço o nome que a mulher aborta... sonda! (...) Foi através desse telefonema, que nós ficamo sabendo. (...) foi pra fundo de farmácia fazer isso [aborto], um rapaz que fazia aborto de mulheres na época, mas nós não sabia nem aonde, nem local, nem nada.

(caso 5, solteira, 27 anos, ensino médio).

Após seis anos do falecimento a mãe analisa que a assistência recebida pela filha na ocasião da morte não foi suficiente para evitá-la. Ao descrever a sua percepção dos fatos ela menciona que já tinha ouvido dizer que nos casos de aborto provocado, mesmo procurando atendimento médico, a mulher fica “jogada até morrer”. Na sua descrição o aborto é visto criminalizado pelos profissionais de saúde e a não assistência ou atraso de atendimento em momento oportuno acabaram por contribuir para o óbito.

Olha, eu fiquei triste porque eu acho que eles [profissionais da saúde] deixaram ela morrer. Eu penso, sabe porque? Por causa disse que ela ficou

jogada muito tempo, uma moça uma vez falou com a minha menina que teve uma época eu acho que saiu até no jornal, se não me engano que eu vi falando, (...) que quando a mulher provoca aborto, eles deixa as pessoa jogada até morrer. Eu achei que com ela foi muito assim... ela esperou muito. Fiquei sabendo que ela esperou muito. Eu achei assim que... sabe? Ela saiu boa, andando daqui, e disse que ia no médico, ficou o dia inteiro... eu não entendi, disse que tava no médico, né? Então é engraçado, deve ter chegado no médico, feito hora pra poder é... atender ela.

(caso 5, solteira, 27 anos, ensino médio).

Alves (2000) discute essa observação considerando a condução diferenciada de outras intervenções obstétricas pelos profissionais de saúde, e nos casos de aborto provocado ou legal. Contrapondo ao nascimento, considerado positivo, um ganho, existe o aborto, visto como algo negativo, uma perda. E nas situações de indução de aborto a responsabilização recai sobre a mulher e os relatos de descasos, retardo na resolução do quadro clínico, associados às posturas punitivas por parte da equipe de saúde (médicos/as, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) são comuns. Outro estudo corrobora essa análise e aponta a existência de uma clara distinção moral entre as candidatas ao abortamento legal, pacientes “legítimas” e as mulheres que chegavam ao hospital com um abortamento incompleto, “clandestinas”. A atitude punitiva de profissionais da saúde com as pacientes que tinham induzido o aborto fazia com que elas fossem esquecidas e deixadas sangrando durante horas (ZORDO, 2012).

Outro momento em que o tema aborto surgiu nas entrevistas foi num caso de gestação na adolescência. Descrevendo as dificuldades vivenciadas por uma jovem após anunciar o diagnóstico de gravidez, uma entrevistada revela a grande pressão do parceiro para realizar o aborto. O depoimento retrata a fragilidade da adolescente diante de uma gestação desejada, mas imprevista e não aceita pelo namorado e pai da criança. A decisão de ceder ou não à vontade do parceiro foi relatada:

O pai [da criança] que é daqui próximo começou a desprezá-la. Ele teve a intenção de abortar e deu a ela [falecida] remédios. Ela [falecida] apareceu aqui com os medicamentos logo no começo [da gravidez]. Nós fomo contra. Eu lembro que o P [marido da entrevistada] falou: Aqui você [falecida] não vai tomar isso! E ela não queria, mas você via que ela tava dando o grito, como se fosse assim: me ajuda, me socorre! Eu tenho que tomar isso, mas se alguém falar não tome, eu não tomarei, sabe? Tanto é que assim que ele [marido da entrevistada] falou ela jogou fora. Era uma bebida, depois apareceu com um comprimido, depois eu acho que ela chegou a tomar um sabe? Mas graças a Deus o A [filho da falecida] é muito inteligente, não teve nada.

(caso 2, solteira, 17 anos, ensino médio).

Retomando os comentários sobre a perspectiva de uma efetiva abordagem em saúde sexual e reprodutiva, com acesso às informações adequadas, assim como de uma assistência específica no pré-natal, o caso descrito exemplifica uma clara situação de vulnerabilidade às complicações do aborto e gestação. A falta de apoio emocional da mãe e do parceiro fez com que essa adolescente se ancorasse nos tios como um refúgio para dar continuidade à sua gravidez. Nesse sentido, cabe uma reflexão: Em nenhum momento, conforme o relato da familiar, houve, por parte dos profissionais que assistiram essa adolescente, a preocupação para além dos cuidados obstétricos do pré-natal habitual. Onde está o papel da assistência integral em garantir a esta jovem uma maternidade segura, que contemplasse realmente o bem-estar materno-fetal?

O Ministério da Saúde, no Manual sobre a Gestação de Alto Risco esclarece que a adolescência, em si, não é fator de risco para a gravidez. Todavia, na possibilidade de risco psicossocial associado à aceitação ou não da gravidez, como nos casos de tentativa de interrupção, onde há reflexos sobre a vida da gestante, o profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando inclusive acompanhamento psicológico (BRASIL, 2010b). Em Belo Horizonte, no que tange à gestação adolescente, as recomendações da SMSA-BH seguem essa proposta do Ministério da Saúde (BELO HORIZONTE, 2008a). Entretanto, muito pouco é publicado e/ou avaliado.

### **7.5 A morte anunciada: problemas na assistência**

As questões abordadas nas entrevistas em profundidade resultaram em uma série de depoimentos de familiares com relatos de uma cascata de eventos trágicos e anunciados, relacionados a algum ponto da assistência à saúde da mulher, que poderiam ter contribuído de forma mais efetiva para evitar essas mortes maternas. Mesmo que de modo singular, cada entrevistada, ao revisitar as trajetórias iniciadas pela mulher falecida até a ocasião do óbito, são precisas em delinear a estreita relação da morte com os atores envolvidos, no caso, a assistência/ profissional e a mulher. O anúncio de que algo não estava saindo como o esperado na gestação, parto ou pós-parto, na percepção dos familiares, não surtiu o efeito esperado nos profissionais que assistiram as mulheres que faleceram.

Neste estudo, os depoimentos de familiares obtidos, em certa medida, captaram as circunstâncias em que as mortes maternas ocorreram e os problemas existentes na prestação dos cuidados, seja na identificação de risco ou no monitoramento e/ou tratamento de complicações na gestação, parto e pós-parto. Ao se abordar o tema da assistência nas entrevistas os relatos foram muito ricos de detalhes. Mesmo tendo passado alguns anos dos óbitos maternos, os familiares de modo geral recordaram de situações particulares relacionadas aos atendimentos recebidos pelas mulheres falecidas e demonstraram momentos de indignação e revolta diante de situações que, nas suas percepções, eram passíveis de serem prevenidas. Nesse sentido, optou-se por analisar esse tema com base em cada fase do ciclo gravídico-puerperal.

#### 7.5.1 Assistência na gravidez

A experiência desfavorável vivenciada durante uma consulta de pré-natal e a falta de dinheiro para o deslocamento até a UBS são obstáculos sociais e assistenciais que motivaram uma falecida a interromper o pré-natal com 29 semanas de gravidez. De acordo com as informações do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH), neste caso não houve busca ativa da gestante pela UBS, constituindo mais um fator de falha na responsabilização e vinculação dessa usuária à equipe de referência.

Ela ia no [nome da UBS]. Era dinheiro de passagem que não tinha, dinheiro pra ir, às vezes quando o Dr. marcava, ou às vezes tinha uma enfermeira lá [na UBS] que enfiava o dedo e machucava ela, ela falou que não ia mais não. Então era difícil.

(caso 1, solteira, 26 anos, ensino médio).

Os familiares, ao discorrerem sobre suas percepções acerca da morte materna, rememoraram não só o início do pré-natal, mas também alguns sinais e sintomas que validavam as suspeitas de que a saúde das gestantes encontrava-se ameaçada. Impelidos em buscar atendimento após notarem as alterações na saúde do ente e intuir a gravidade do quadro clínico que se anunciava, os familiares percorreram insistentemente serviços de saúde, deparando-se com entraves na assistência.



No relato de uma mãe, as queixas de tosse com sangue, dor no peito e o diagnóstico de valvulopatia reumática não foram suficientes para que durante o pré-natal a filha recebesse o atendimento necessário. Ao descrever os eventos que ocasionaram o óbito materno observa-se a peregrinação dessa mãe, que em apenas uma semana viu sua filha apresentar os sintomas, ter o quadro clínico agravado e falecer. Inicialmente, com o surgimento dos sintomas houve a procura de atendimento na UBS de referência em que a jovem estava fazendo o pré-natal. Diante do quadro clínico apresentado, a mãe foi orientada pelo profissional da UBS a buscar atendimento na UPA, que é uma unidade de urgência que funciona 24 horas por dia e atende aos usuários com problemas de saúde agudos (que começaram há pouco tempo), ou que tenham uma doença já conhecida e diagnosticada e apresentam alguma piora.

Quando foi uma semana antes dela morrer ela começou a escarrar sangue. Levei ela no posto e eles [profissionais do posto] falaram: ó você leva ela no pronto socorro. Tosse, dor no peito e ela tinha problema de coração e escarrando sangue.

(caso 9, solteira, 21 anos, ensino fundamental).

Como o diagnóstico da filha na UPA foi de virose, essa mãe não se deu por satisfeita e, no dia seguinte, procurou assistência em uma maternidade de alto risco<sup>46</sup>. Nessa maternidade, o mesmo diagnóstico de virose foi confirmado, trazendo alívio momentâneo.

Levei no pronto socorro de [nome], aquele UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. A médica consultou ela, não tirou a chapa [raio-x] dela, e falou que ela tava com uma virose. Como que ela tá com virose, se tá escarrando, com dor no peito e tosse? Ela tava com pneumonia! Aí eu vim com ela embora. Quando eu cheguei aqui à noite no outro dia eu fui com ela no [nome do hospital], na ginecologista de lá. (...) Ela entrou eu falei: conta tudo D [falecida] que tá acontecendo, que tá escarrando sangue, dor no peito. Chegou lá, a médica que atendeu ela falou que tava tudo bem, que era uma virose. Aí voltei pra casa. Falei graças a Deus que tá tudo bem.

(caso 9, solteira, 21 anos, ensino fundamental).

---

<sup>46</sup> De acordo com Maia (2008, p. 81) em Belo Horizonte as maternidades de alto risco, segundo tipo de organização, dividem-se em: Filantrópicas (Maternidade da Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Sofia Feldman); Setor privado (Hospital Mater Dei e Hospital da Unimed); Universitário (Hospital das Clínicas); Público Estadual (Maternidade Odete Valadares, Hospital Júlia Kubistchek); Público Municipal (Hospital Odilon Behrens). Atualmente há também a Maternidade no Hospital Vila da Serra, que apesar de estar localizada no município de Nova Lima atende usuárias do setor privado de Belo Horizonte.

No entanto, como a jovem não apresentava qualquer indício de melhora e, ao contrário, teve o seu quadro clínico agravado, novamente houve procura de atendimento na UPA, mas aí já era tarde demais.

Chegou aqui [casa] aquela tosse seca, dor no peito, quando foi seis horas da manhã do outro dia, ela dormia no barracão de cima, meu irmão mandou me chamar e falou: vamo levar pro hospital urgente porque ela tá ruim mesmo. (...) Quando eu cheguei no mesmo pronto socorro lá [UPA] que eles voltaram ela dois dias antes, na porta lá ela já tava falecendo. (...) Até eu que não sou médica sei que ela tava com pneumonia porque escarrar sangue é pneumonia avançada. Se ela tivesse feito uma assistência médica talvez não tivesse jeito de salvar mais pelo menos colocava no balão de oxigênio, tirava uma chapa do pulmão.. Não podia tirar por causa da criança mais tem um colete que eles põe pra não prejudicar a criança. Eles internasse ela. Se eu não tivesse corrido com ela, ela morria dentro de casa. (...) Na minha opinião a UPA e o [nome do hospital] eles não podia ter voltado com ela pra casa não. Ela já tava quase morrendo uai? Escarrava sangue e pneumonia aguda mata de uma vez.

(caso 9, solteira, 21 anos, ensino fundamental).

Outra situação semelhante, vivenciada por familiares de uma adolescente grávida mostra como a assistência durante o pré-natal, neste caso, foi de baixa qualidade.

Um total descaso do posto de saúde [nome da UBS]. A menina estava fazendo pré-natal, começou com um médico [nome]. O Dr. [nome] saiu entrou uma médica e essa médica, no meu ver, não tem condições nenhuma. Ela tratando... Foi lá com dores, eles falaram que era sinusite, passou medicamento. Ela tornou a voltar lá de novo, com a prima dela, não tava aguentando nem subir na maca e a médica ainda falando besteira da menina que tá fraca, que tá desanimada, não procurou saber o porquê dessa dor, o porquê que ela tava fraca, gestante não tava aguentando, se era normal, ela tava tão magra, reclamando de tanta dor de cabeça. Depois posteriormente que a gente fica sabendo, uma grávida sentir tanta dor de cabeça não pode, tem alguma coisa errada. E eles falava que era sinusite, tratando dela de sinusite. Então com quinze dias ela vai ficar boa tratando de sinusite. Chegando próximo dos quinze dias, ela piorou. Foi aí que nós levamos para o hospital, ela internou no hospital, do hospital transferiu pro outro já com suspeita de meningite. Entendeu, aí foi só agravando, né?

(caso 2, solteira, 17 anos, ensino médio).

O que se observa é que os familiares procuraram assistência de saúde quando observaram indícios de uma complicação e acreditaram na assistência prestada até certo momento. Embora não tivessem qualquer formação ou conhecimento técnico em diagnósticos em saúde, a experiência de vida desses familiares e suas percepções apontavam para discordâncias entre os diagnósticos médicos e os sintomas apresentados pelas mulheres falecidas. Esses familiares revelam nos seus discursos a concepção de que acreditar na assistência não foi a melhor opção.

Acho que com seis meses, entrando pra sete, ela já tava piorando, e foi ficando, foi ficando, vai no médico, é sinusite e tal... e ela já emagrecendo, suando demais, ela ficava molhando toda sabe? E eu não entendia, eu não gerei filho entendeu? Então eu: gente, gravidez faz isso com a pessoa? Nossa! Mas o quê que é isso? (...) E ela só piorando e eu assim sem entender nada, esperando o efeito do medicamento. Parece que a gente fica meio passada, depois que passa que a gente percebe.

(caso 2, solteira, 17 anos, ensino médio).

Com o agravamento do quadro clínico os familiares encontram-se em uma situação de desespero e impotência por não conseguirem a devida atenção à grave situação de saúde instalada e anunciada. Nesse sentido, percebe-se que a realização do pré-natal de risco habitual na UBS não foi suficiente para garantir o bem-estar materno-fetal. O cuidado fragmentado, a pouca valorização do quadro clínico das gestantes e o erro diagnóstico foram determinantes para a ocorrência desses óbitos maternos.

Em consonância com essa observação, D'Ambruso *et al.* (2010) refletem sobre a importância do cuidado familiar em buscar atendimento nos casos de emergência obstétrica, referindo que há por parte das mulheres falecidas uma completa dependência de seus companheiros e/ou parentes em situações de risco de morte iminente. Além disso, reconhece-se a existência de uma cultura popular de que uma vez instituído acompanhamento médico a saúde da mulher está assegurada.

No que se refere à assistência à gestação adolescente, na concepção de uma tia, por ser menor de idade a jovem deveria ter sido acompanhada nas consultas de pré-natal, e isso de alguma forma poderia ter contribuído para a evitabilidade do óbito materno.

Ela era adolescente, menor de idade, grávida, (...) a médica não poderia ter atendido ela na sala [de pré-natal] sem chamar um parente maior. Hoje eu vejo como isso foi errado, né? Na época eu não pensei nisso. Atendeu ela do jeito que quis, não sei o que falou. Aí depois numa outra consulta foi a prima dela, minha sobrinha que já é mãe, maior de idade, foi com ela e notou que a S [falecida] não tava bem e achou um absurdo o fato da médica, falar: sobe [na maca], você tá muito mole! Pra ela subir na mesa pra fazer exame e ela não tava conseguindo.

(caso 2, solteira, 17 anos, ensino médio).

Em relação à assistência na gravidez de alto risco também ficou evidente, com base no depoimento dos familiares entrevistados, que houve falhas nos serviços de atenção à saúde das mulheres falecidas, denotando a fragmentação do modelo assistencial de saúde ao qual tiveram acesso.

(...) quando ela [falecida] tava com uns 4 ou 5 meses de gravidez ela fazia além do acompanhamento médico nesta clínica [particular] que ela fazia o pré-natal (...) como ela tinha esclerose [patologia], ela fazia tratamento no [nome do hospital]. E lá [no hospital] o médico percebeu que o neném não estava desenvolvendo por causa da esclerose. Aí ele falou que não adiantava mais porque se fosse no início da gravidez que tivesse descoberto isso, que tava com pouco desenvolvimento, tinha dado uma injeção para desenvolver mais. Mas aí como já tava num estado avançado da gravidez não poderia tomar mais essa injeção. E a menina tava com baixo peso tanto é que ela nasceu com 515 g.

(caso 7, casada, 28 anos, ensino médio).

### 7.5.2 Assistência ao parto

Em meio à discussão sobre o paradoxo perinatal no país e no estado, o debate sobre a influência da cesariana sem indicação clínica, exemplo clássico de violência obstétrica, é acirrado (ANS, 2008; DINIZ, 2009; VICTORA *et al.*, 2011; BELO HORIZONTE, 2011). As cesáreas, quando bem indicadas, são um elemento ativo do cuidado obstétrico e devem estar acessíveis para se conseguir reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal (ANS, 2008; DINIZ, 2009). Segundo Althabe e Belizán (2006) menos cesarianas não significa, necessariamente, menor qualidade dos cuidados de saúde e estimativas entre 5% e 15% em relação ao total de partos parecem conseguir melhores desfechos quando há risco para a mãe e/ou bebê. Entretanto, no Brasil há uma clara tendência de aumento desse tipo de cirurgia, sem sinais de redução, especialmente no sistema privado, fato que preocupa profissionais de saúde pública e grupos feministas, diante das intercorrências negativas associadas a este procedimento (VICTORA *et al.*, 2011). Cabe salientar que a cultura estabelecida na sociedade brasileira contemporânea também influencia na escolha do tipo de parto (BELO HORIZONTE, 2011). Como já exposto, essa também é uma realidade de Belo Horizonte, onde os índices de cesáreas, especialmente no setor privado, são elevadíssimos (BELO HORIZONTE, 2011).

Observou-se, neste estudo, casos em que a postura dos médicos na escolha do tipo de parto a ser realizado sobressaiu à opção da mulher e de seu parceiro e/ou família. Isso foi verificado entre usuárias dos sistemas público e privado de saúde.

A médica falou que a criança tava muito pequena, não vai ter força pra nascer, vou fazer, como é que chama? Cesariana. A gente ficou assustada assim, né? Mas ela [falecida] falou assim: mãe não tem problema não, vou fazer. Nó, na nossa família, quase ninguém [teve parto cesárea] só tenho uma irmã só que fez. Ainda fui com ela lá, a médica, disse não, não tem nada com a criança não. (...) E eu perguntei: Mas porque a cesárea? Ela

[médica] falou assim: Não porque a criança é muito pequena, não vai ter força. Mas tá tudo bem. Ela [criança] tem que desenvolver fora da barriga, não é dentro da barriga não. Ainda, falou assim comigo. Aí foi marcou o dia e foi.

(caso 4, casada, 24 anos, ensino superior).

Tanto que no último dia [última consulta de pré-natal] a doutora falou: não vou esperar mais, vou marcar [a data do parto]. Eu não vou esperar vim [parto] espontâneo não. (...) Já tava com data marcada pra internar porque da primeira [gravidez] foi cesárea né? Então a médica falou: o mais certo vai ser cesárea mesmo.

(caso 11, casada, 33 anos, ensino médio).

Em Belo Horizonte, a Comissão Perinatal iniciou um amplo movimento pelo parto normal, em 2007, com a perspectiva de atuar em todos os aspectos identificáveis e relacionados com a manutenção e reprodução do modelo tecnocrático de atenção ao parto. As ações propostas objetivam impactar desde a organização do pré-natal na rede pública até a formação médica (graduação, residência médica e educação continuada), passando por reforma de espaços físicos das maternidades e discussões de aspectos éticos e legais dos diferentes modelos de assistência ao parto. Além disso, a novidade nesse movimento é a disposição do poder público de comprometer os hospitais privados sem SUS e a saúde suplementar com as políticas públicas de humanização do parto, a fim de reduzir os números de cesáreas desnecessárias (MAIA, 2008).

Entretanto, a dualidade público-privada, existente no município, se por um lado avalia que a Comissão Perinatal deveria restringir sua ação apenas aos serviços da saúde pública, por outro defende que qualquer mulher, independentemente da classe social e poder aquisitivo, é cidadã de responsabilidade do poder público (MAIA, 2008). Todo esse impasse entre os setores público e privado de saúde gera um entrave para que avanços na assistência ao parto, especialmente no que compete à redução de cesarianas no setor privado no município, sejam mais palpáveis. Na rede SUS-BH as ações de promoção do parto normal e de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas mostram que esse arrefecimento já é uma realidade (BELO HORIZONTE, 2011).

Em outra situação identificada de violência obstétrica, a narrativa de uma mãe sugere o descaso no atendimento ao parto, diante da peregrinação da filha grávida na busca de assistência em duas maternidades públicas de Belo Horizonte.

Nós fomos primeiro no [nome do hospital]. Aí eles furaram a bolsa dela. De lá nós fomos no [outro hospital]. Chegamos lá sábado quatro horas da tarde e o neném nasceu domingo cinco e dezessete. (...) Ficou 12 horas gritando de dor. (...) Acompanhei o parto. Foi horrível... porque as meninas novinhas [recém-formados] tentando, o obstetra nem aí... tinha que ser o obstetra que tem mais prática né? Aí lá no hospital na hora que o neném nasceu... ela [falecida] falou: Eu não vou aguentar não, tá doendo demais. Eu não vou aguentar não. Foi só falar, aí o doutor deixou ela sozinha, na mão dos enfermeiros e os médicos recém formado né, que fica lá fazendo... ajudando o doutor. E ficou [o médico] conversando com uma outra médica no corredor... Ela [falecida] falou: Tá saindo meu sangue todo doutor. Médico: Pera aí, Espera aí que eu já tô indo. (...) Assim que ele nasceu, com o umbigo enrolado no pescoço, o doutor pegou a criança e saiu correndo e deixou ela [falecida] e não voltou mais não (...) E eu no corredor, falando: Ô gente, ajuda ela lá, ajuda ela lá, ela não vai aguentar não. E eles andando, pra lá e pra cá, ela gritava. Ele [médico] foi lá e falou: É com elas [outros profissionais da saúde] aí, eu já fiz o meu trabalho. (...) Aí tinha uma moça do lado, também, que ganhou neném de cesárea, correndo risco de vida também. Então as médicas pra estancar a hemorragia, saiu correndo, eu falei: Ô doutor vem cá, dá uma força aqui, o obstetra que tava aqui sumiu, não sei aonde ele tá, vem cá. Ele falou: Eu não posso, se eu largar essa aqui a outra morre, se eu largar a outra essa morre, como é que eu vou fazer? Eu só um só! O doutor falou. E foi lá cuidar da menina que ele tava cuidando.

(caso 1, solteira, 26 anos, ensino médio).

Cabe aqui sublinhar que no âmbito do SUS é preconizado a vinculação da gestante à maternidade desde o acompanhamento pré-natal<sup>47</sup> e o acolhimento imediato à maternidade, para evitar peregrinação em busca de vaga hospitalar durante o trabalho de parto. Segundo expresso no depoimento dessa entrevistada, uma vez que estes fatores foram infringidos, potencialmente contribuíram para o atraso da assistência ao parto.

Este relato vai ao encontro do que Aguiar e D'Oliveira (2011) referem como crise na relação médico-paciente. O que prevalece são as intervenções e procedimentos técnicos e tecnológicos, onde o médico faz o seu serviço e vai embora, sem interagir com a paciente. Ela é "objetificada" numa intervenção que, apesar de humana, não é humanizada.

É oportuno considerar que essa mulher já tinha tido uma hemorragia em parto anterior e tinha sido aconselhada a não engravidar novamente. A subestimação da gravidade dessa complicação em gestação prévia, por parte da mulher, seus familiares e profissionais da saúde, de certa forma influenciou nas ações tomadas durante a gravidez e parto, e poderiam ser compreendidas como um atraso no

---

<sup>47</sup> Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b).

processo de tomada de decisão e de qualidade da atenção prestada. Os atores envolvidos neste caso (mulher, familiar e profissionais de saúde) poderiam ter utilizado esse histórico obstétrico desfavorável como uma ferramenta de risco preditivo na evitabilidade desse óbito.

Vivenciar situações tão adversas na assistência ao parto, quando na verdade o que se esperava era comemorar o nascimento de um novo membro na família, elucida a extensão da violação dos direitos reprodutivos, caracterizada por várias circunstâncias de violência obstétrica. Nesse sentido cabe perguntar: Onde se enquadra o programa de humanização do pré-natal se os depoimentos dos familiares sugerem que essas mulheres faleceram por problemas claramente ligados a negligências, imprudências e imperícias profissionais? Os casos relatados pelos familiares e os números de mortes maternas contabilizados nas estatísticas do município, infelizmente não são exceções ou acontecimentos isolados, mas representam uma parcela de mulheres que ficam grávidas e que por apresentarem problemas durante o ciclo gravídico-puerperal acabam por se expor a situações de risco que esbarram no desempenho ético da equipe que as assiste. Analisar esta questão e identificar ações ou práticas danosas tem sido um dos esforços permanentes do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH).

### 7.5.3 Assistência no puerpério

Grande parte dos óbitos maternos em Belo Horizonte ocorreu no período pós-parto. Nesta análise são tratados casos que exemplificam bem as carências na assistência puerperal nos sistemas públicos e privado de saúde do município. Eram jovens, faleceram em decorrência da mesma causa e se encontravam na primeira experiência de serem mães. A pouca valorização das queixas dessas puérperas, que referiram dor no peito, foi relacionada às dificuldades na amamentação pelos profissionais da saúde, e este fato mascarou um grave problema cardíaco, culminando nos óbitos maternos. A descontinuidade da assistência no pós-parto é notificada nos testemunhos das mães das mulheres falecidas.

No terceiro dia [de pós-parto] (...) eu falei com a enfermeira: Ela não tá boa. Ah, o médico fica aqui só de manhã [respondeu a enfermeira]. (...) Ela tava assim muito... Ah, mãe eu tô sentindo uma dor no peito [fala da falecida] e eu falando lá [maternidade]. Ah, é assim mesmo, do leite [resposta do profissional da saúde da maternidade]. Eu achando que era do leite, porque

tava empedrado, pra amamentar a criança, tava até saindo sangue. Aí. Ah, é assim mesmo, é normal [enfermeira]. Aí nós viemo. (...) Quando foi de noite [mesmo dia em que a falecida teve alta da maternidade], ela começou com uma dor no peito, com falta de ar, aí foram com ela. Chegou lá [maternidade] ficou internada. (...) Só que eu não vi que era grave assim. (...) Aí depois o colega dele [acompanhou a mulher falecida e o pai da criança na maternidade] falou... que chegou lá [maternidade] demorou a atender, precisou dela desmaiar, ela chegou a urinar, aí eles [profissionais da saúde] correram com ela, já entubou ela toda, aí já ficou entubada.(...) Eu acho que se tivesse atendido ela rápido (...) Eu lembro que o dia que eu levei ela pra ganhar [dia do parto], eles demoraram demais fazendo aquela ficha, quase 1 hora fazendo eu falei: gente é só internar, já vai ganhar o neném. (...) Demora demais. O quê que é isso? Nem posto de saúde demora tanto igual ficou lá. (...) Só que no dia que ela passou mal eu não lembrei desse detalhe que demorou tanto, senão eu tinha ido, pedido pra ir em outro lugar.

(caso 4, casada, 24 anos, ensino superior).

Situação semelhante foi descrita por outra entrevistada, mãe de uma adolescente de 16 anos, que mesmo tendo realizado o pré-natal habitual na UBS de referência não teve a devida continuidade e qualidade da assistência no puerpério.

Ela ganhou o neném, veio pra casa, ficou um mês, normal. Durante um mês assim, ela tava ótima, parecia assim que não tinha nada com ela. Ela cuidava da neném, ela dava banho, dava de mamar, ela lavava a roupinha. Às vezes eu falava: Não, tem muita [roupa]. Deixa aí que eu vou lavar pro cê. Ah, não tem nada doendo ne mim, tem nada doendo! [falecida respondia]. Era assim. (...) Só que assim, quando deu exatamente um mês ela começou a queixar de tontura. Fui e ia com ela [na UBS]. (...) Aí chegava lá, ah tá com uma anemiazinha [fala do profissional de saúde]. (...) aí passava sulfato ferroso. Daí ela começou a ficar sem dormir e começou uma tosse, dor nas costas. Aí ela ia [na UBS] e o médico falava: Não é nada não, você acabou de ganhar neném, então você chega em casa e toma um banho bem quente. Aí ela começou a perder o apetite, começou a amarelar.

Aí eu comecei a assustar. Começou a ficar amarela, amarela, eu olhava pra ela não tinha cor a pele dela. (...) E essa menina foi ficando, deitada, não levantava da cama.

(caso 6, solteira, 16 anos, ensino médio).

Diante da constatação de que o diagnóstico médico não fazia sentido frente à percepção de agravamento dos sintomas e considerando que os profissionais da UBS que prestaram atendimento à filha estavam equivocados, essa mãe inicia uma exaustiva peregrinação em busca de uma assistência mais especializada, mas sem obter sucesso.

Ô J... [falecida] vamo no pronto socorro. [fala da mãe]. Chegava lá: Ah, não! Leva no posto [fala do profissional de saúde]. Aí teve os dois jogo de empurra. E eu cheguei até a discutir com o médico daqui do posto. Porque eu fui com ela, ela tava mal mesmo, e o coração (...) tava tão acelerado que



o peito dela ficava assim ó [mostra no próprio peito o movimento simulando as batidas rápidas do coração]. Aí um peito murchou e o outro do lado [do coração] inchado. (...) Aí vinha pro posto, nisso já era de tarde: não, já é de tarde e a médica já não tá mais aqui. E a outra equipe não vai atender [fala do profissional da UBS]. Eu falei: como é que a menina tá passando mal e o UPA manda pra um médico daqui olhar e ninguém quer olhar? Vai ter que olhar. Aí a médica: Eu não vou olhar, porque eu não sou da equipe dela. Já é de tarde. Mais eu falei: Mas foi de tarde que ela começou a passar mal. Não foi de manhã. Se fosse de manhã eu tava aqui de manhã. Aí o médico pegou assim, não tava muito querendo... mandou dar o sulfato ferroso pra ela. (...) E ela com aquela tosse, com aquela dor nas costas, e aquele seio grande só de um lado, (...) bem do lado [do coração]. E eu correndo com ela, pra lá, pra cá, pra lá, pra cá e nada resolvia. (...) Foi ficando fraquinha e amarelando. (...) E aquele seio grande. Eles [da UBS] falava que não era nada não, que tava grande porque ela amamentava só de um lado. Mais não era. De um lado tava inchado. E ela começou com aquela fadiga, não dormia, tossia e eu levava no pronto socorro quando eu vi que o posto não ia resolver nada não, porque tinha que fazer o exame... esperar o resultado chegar... (...) Na última vez que eu levei [UPA] eu já tive que ajoelhar lá e pedir pelo amor de Deus. Eu falei: moço, não tô aguentando isso mais não. Olha a situação da minha filha. Ela tava amarelinha, sem comer nada, sem beber nada. Não podia beber nem água. Eu pedi pelo amor de Deus pra por soro nela que ela ia morrer dentro de casa comigo, por falta de médico que não tinha. Aí graças a Deus, uma enfermeira muito educada, já foi colocando soro nela.

(caso 6, solteira, 16 anos, ensino médio).

Finalmente, quando foi acolhida na UPA o diagnóstico anunciava o desfecho trágico e só viria a confirmar o que para a mãe já se sabia há muito tempo. Os últimos dias com a filha foram retratados por um retorno às funções “normais” de falar, mexer, mas infelizmente que não foram suficientes para evitar a morte.

Ela ficou três dia no UPA. Aí quando ela tava infartando mesmo que foi pro [nome do hospital]. Ela teve hepatite, teve miocardiopatia, aquela doença periparto né, que eles falam no pós-parto e dilatou o coração e teve anemia profunda que já não tinha nem cura mais. (...) Ela teve uns três infarto. Até o médico queria saber do posto, o posto queria saber do médico. E foi aquele empurra empurra. Aí o [hospital] mandou o laudo pro posto e pediu uma carta do posto pro [hospital]. Não sei o quê que aconteceu. (...) Mais só que ela voltou a falar normal, pedia pra mexer pegar na sua mão, ela pegava. (...) Ela não andava de fraqueza. Mais ela falava tudo normalzinho, lembrava de tudo, morreu consciente. (...) Depois dessas coisera toda que ela [falecida] teve, ela durou 12 dias ainda.

(caso 6, solteira, 16 anos, ensino médio).

As tragédias descritas sugerem falhas nos setores profissional e institucional revelados como potenciais fatores de evitabilidade desses óbitos maternos. A assistência no puerpério, independentemente de ser usuária do sistema público ou privado da saúde, de acordo com os depoimentos das entrevistadas, sugerem problemas relacionados à alta precoce da maternidade, à falta de um acompanhamento no puerpério, à demora no atendimento e imperícias e

negligências no diagnóstico de alterações. Isto, apesar de no município ser estabelecida uma linha de cuidado integral à mulher no puerpério com base em diretrizes e normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. E uma vez não se cumprindo com essas diretrizes, as mulheres que apresentem qualquer problema no pós-parto ficam fardadas a morrer.

## 7.6 Evitabilidade do óbito

Foi possível perceber durante os relatos dos familiares que o modo como eles compreenderam as reais causas que levaram à ocorrência do óbito do parente foi influenciado pela assistência prestada às mulheres falecidas. As respostas mais comuns diante da morte materna estiveram associadas à indignação e ao sentimento de impotência por não poderem ter sido evitadas.

Ao serem solicitados a falar sobre o que pensavam em relação à morte, se poderia ou não ter sido impedida, as declarações apontaram para questões já mencionadas ao longo das análises e se referiram, de modo geral, a problemas de valorização das queixas, imperícias e negligências nos diagnósticos, demora e descaso nos atendimentos.

Eu acho que aconteceu se eles tivesse um pouco mais de atenção com ela, ela tinha vivido. (...) Na hora que ela desmaiou eles levaram ela para o CTI, lá eles operaram ela, para estancar a hemorragia, não podia ter feito antes?  
(caso 1, solteira, 26 anos, ensino médio).

Eu penso que nós poderíamos ter levado isso à frente. Eu penso que começou com a negligência no posto de saúde, a médica como que fala? Imperícia, imprudência, sei lá o quê que é. (...) Eu acho que os médicos eles chutam muito, não sei... ou é desprezo, porque eu acho que se a pessoa chegou e reclamou vários problemas de saúde, tem que pesquisar, já não vai dando remédio, é sinusite! Era pro posto ter ficado mais alerta. Acho muito descaso.

(caso 2, solteira, 17 anos, ensino médio).

Mais não sei se a pessoa tem que morrer ou é o descaso de médico... Olha, na minha opinião, eu pus na justiça o [nome do hospital] e o UPA aqui. Na minha opinião esse hospital aqui [UPA] talvez se tivesse internado ela no dia primeiro, fizesse uma chapa [raio x de tórax]... lá tem o balão de oxigênio, tem coisa, sei não, pra mim foi descaso mesmo.

(caso 9, solteira, 21 anos, ensino fundamental).

Quando acontece umas coisas dessa todo parente acha que é um pouco negligência médica, né? Porque eles [familiares] fala assim: com os

recursos que a gente tem hoje, morrer em parto, né? Com tanto recurso? Aí a gente acha assim. Eu particularmente acho isso.

(caso 10, casada, 40 anos, ensino superior).

Houve casos em que a morte materna foi percebida como um dos desfechos possíveis e aceitáveis para a gestação. Como se fosse um destino da mulher, um desígnio divino ou um risco irreduzível da gravidez, parto ou pós-parto. Esse pensamento culturalmente estabelecido ajuda na compreensão de que a morte materna é algo que não poderia ser evitado. Galli (2005) aponta que essa postura conformista da sociedade diante de uma morte materna é culturalmente construída e só confirma um padrão de violência institucional no qual o Estado refugia-se de sua responsabilidade pelas mortes maternas evitáveis. Nesse sentido, a passividade e o fatalismo dos familiares são uma tentativa de explicar as causas das mortes maternas e expressar uma cultura de mecanismo de defesa diante da exclusão vivenciada nos serviços de saúde (D'AMBRUOSO *et al.*, 2010).

A gente fala do posto mais só tem ele, não tem outro. Por exemplo, agora tá crítico porque só tem um médico pra atender três [equipes], falta três médico. Eu falo que tá ruim nesse sentido. Porque o posto não dá conta mesmo, a população é muito grande. Então assim, esse médico que nós temos ele assim agora tem pouco tempo que ele tá na nossa equipe ele falou que tá encarretado [sobrecarregado]. Ele tá trabalhando três vaga de médico que não tem. Então assim, precisaria assim de mais médico, porque a população é grande. (...) Eu falo assim, a missão dela [falecida] era aquela, porque eu não queria conformar, mais eu vi que não era verdade aquilo que o meu coração tava falando, dela ir, mais era. Porque cada um de nós aqui, a gente tá aqui de passagem, ninguém nem sabe. Hoje eu tô aqui nem sei se amanhã vou tá. Eu não queria, no começo, eu não queria conformar não, era pra ela ir embora, depois eu fui, a ficha foi caindo, foi caindo, foi caindo, que é assim: uns nasce pra viver mais tempo, outros vai embora mais cedo.

(caso 6, solteira, 16 anos, ensino médio).

Às vezes o que não valeu pra gente vai valer pros outros. O que não tem solução, com o tempo pode ter. Eu acho assim, hoje a coisa já tá diferente. Você não vê o câncer? Já tem muita coisa [pesquisa]. Vocês que são novo é que tem que ir buscando mesmo, pesquisando porque tudo vai se ajeitando, vai melhorando.

(caso 11, casada, 33 anos, ensino médio).

A constatação de possível evitabilidade do óbito, permeada pelas questões já abordadas anteriormente, ganha contornos ainda mais dramáticos quando sintetizadas com a percepção das pessoas entrevistadas sobre o sentimento que as acompanha após o desfecho trágico. Para as mães que foram entrevistadas,

vivenciar o luto da perda de uma filha é percebido como algo que o tempo nunca apagará.

Muito difícil. Pra mim parece que foi ontem.

Difícil e até hoje, é até hoje, vai fazer, o quê, seis anos do falecimento, e até hoje eu sinto muito a falta dela.

Pra mim acabou, né? Depois que morre uma pessoa. Tenho muito dificuldade. (...) Fiquei sei lá, sem chão.

Pra mim como mãe parece que foi ontem mesmo. Depois disso pra cá não tem jeito, muito remédio.

E a tristeza é essa, não acaba nunca. A saudade não acaba. Porque eu tive só ela [falecida] [de menina] e quatro homens. 33 anos, uma companheira, né?

## 8 CONCLUSÃO

Este estudo alcançou o principal objetivo ao qual se propôs de avaliar a mortalidade materna em Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010, visando identificar perfis ligados à sua ocorrência e fatores associados, ampliando a discussão para além do foco epidemiológico, por intermédio do enfoque de natureza qualitativa. Tal estratégia possibilitou conhecer as percepções dos familiares em relação aos óbitos maternos e as circunstâncias que levaram à consumação desses óbitos, discutindo ações que poderiam ter evitado as mortes e os fatores de atenção à saúde, socioeconômicos e comportamentais que poderiam ter contribuído para o desfecho.

O método *Two-step Cluster* se mostrou adequado na composição de dois grupos distintos de mortes maternas no município, no período investigado. O primeiro grupo foi composto de óbitos que ocorreram principalmente no pós-parto, de mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, se submeteram à cesariana e que, na maioria, tiveram recém-nascidos vivos. Na análise das causas prevaleceram em primeiro lugar as síndromes hipertensivas, seguidas das infecções puerperais, síndromes hemorrágicas e outras doenças maternas que complicam a gestação, parto ou pós-parto. O segundo grupo foi constituído de óbitos de mulheres solteiras, que morreram na gestação, em decorrência de outras doenças maternas que complicam a gravidez ou por complicações do aborto provocado. A maioria não havia realizado o pré-natal e era usuária do sistema público de saúde.

Os perfis encontrados sugerem a reflexão sobre uma questão crítica que é o fato de o sistema privado de saúde do município oferecer, principalmente, assistência ambulatorial na gestação, restringindo-se à atenção de casos de necessidade de internação, e conseqüentemente, gerando uma sobrecarga na rede pública, podendo aumentar a proporção de gestantes internadas com pré-natal inadequado no SUS-BH. Nessa perspectiva, o desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde privado em Belo Horizonte consiste em restabelecer uma nova prática de atenção à saúde da mulher, referenciada no vínculo e na responsabilização dos cuidados obstétricos em situações como de gestação de alto risco. Por outro lado, como foi verificado nos dois grupos de mortes maternas, há uma parcela de mulheres que faleceram em decorrência de problemas relacionados à gestação e eram usuárias

do SUS. Morreram por complicações ligadas a patologias prévias à gravidez ou a problemas no curso do pré-natal, sem terem recebido a devida assistência. Tais achados remetem à necessidade de mudanças nos modelos de atenção vigentes, tanto público quanto privado.

Verificou-se nesta pesquisa que 86,9% dos óbitos maternos foram considerados evitáveis pelo Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil (SMSA-BH). A análise qualitativa dos relatos dos familiares não só ilustrou os grupos identificados pelo método *Two-step Cluster*, mas principalmente, permitiu que fossem explorados alguns casos de óbitos maternos em maior profundidade. As entrevistas conseguiram captar as percepções dos familiares tanto no que se refere às causas da morte materna quanto no que poderia ter sido feito para evitá-las. As entrevistas revelaram que existem falhas na assistência prestada à saúde da mulher em Belo Horizonte, independentemente do sistema ser público ou privado. Os relatos apontaram deficiências na formação dos profissionais de saúde, incluindo desde questões de qualificação até aspectos humanísticos na prestação dos cuidados.

A atenção qualificada, com captação precoce da gestante no pré-natal, encaminhamento ao pré-natal de alto risco, valorização das queixas das mulheres e busca ativa, nos casos em que a gestante por algum motivo interrompeu a assistência, foram alguns dos fatores discutidos em termos de evitabilidade das mortes maternas. Na assistência ao parto a pouca valorização do quadro clínico e a falta de vinculação a um hospital de referência que possibilitasse a garantia de vaga de modo a evitar a peregrinação, ainda são desafios que precisam ser enfrentados no município. Quanto à atenção no puerpério, a falta de acompanhamento após a alta, especialmente para as mulheres com doenças prévias à gestação, as demoras nos diagnósticos de alterações e a alta precoce foram sugeridos pelos familiares como estando associados às mortes maternas.

Outro desafio, não menos importante, identificado neste estudo é melhorar a relação profissional-usuária, que deveria ser pautada pela humanização do atendimento, erradicando de vez os casos de violência obstétrica. Entretanto, qualquer esforço voltado para a diminuição da mortalidade materna no município somente terá real força se pautado pelo respeito aos direitos de cidadania das mulheres. Quantos desses óbitos poderiam ter sido evitados num contexto diferente, no qual essas

mulheres pudessem ser ouvidas, informadas, acolhidas, e enfim receber, para elas próprias e para suas crianças, a adequada assistência à que têm direito como cidadãs? Essa questão evoca a necessidade constante de se estudar a situação de mortes maternas no que se refere aos aspectos que vão além da identificação epidemiológica desses óbitos.

Este trabalho, uma vez finalizado, não tem pretensão de alcançar uma verdade absoluta, mas de ter aberto possibilidades de se discutir e refletir de forma mais profunda a questão da mortalidade materna em Belo Horizonte. No entanto, o material colhido durante as entrevistas em profundidade está longe de ter sido total ou amplamente analisado. Além das questões suscitadas, especialmente aquelas relacionadas ao fato de que boa parte das mortes maternas registradas estavam anunciadas e, portanto, passíveis de terem sido evitadas, há aspectos que fugiram ao escopo deste trabalho, como a identificação das consequências dos óbitos maternos para as famílias enlutadas. Esse é certamente um campo a ser explorado, no contexto de formação de arranjos familiares e estratégias de sobrevivência e de comportamento. Há, ainda, a necessidade de embasar esses dois enfoques, o de atenção à saúde e o de arranjos familiares, a uma perspectiva de gênero, que impõe novas e desafiadoras perspectivas analíticas, além de serem capazes de suscitar novos desenhos de políticas e ações.

Trata-se, portanto, de um estudo inacabado, o que neste caso, constitui-se mais em um elemento de qualidade do que de restrição. Sua conclusão deve se dar somente quando o anúncio for de perspectiva de mortalidade materna zero. É de se esperar que esse tempo virá e que não demore muito a chegar. Se for possível atuar no sentido de minorar as deficiências na atenção à saúde da mulher antes, durante e após o parto, apontadas ao longo deste trabalho, será possível encurtar esse caminho e, quem sabe, “acabar com essa tristeza que não acaba nunca...”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUZHR, C.; WARDLAW, T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization*, v. 79, n. 6, p. 561-568, 2001.

ABOUZHR, C. New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? *Reproductive Health Matters*, v. 19, n. 37, p. 117-128, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158p.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.

ALBUQUERQUE, R. M. *et al.* Mortalidade materna em Recife. 1. Avaliação da subnumeração de estatísticas oficiais. *Cadernos de saúde pública*, v. 13, n. 1, p. 59-65, 1997.

ALBUQUERQUE, R. M. *et al.* Fatores sócio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 20, n. 4, p. 181-185, 1998.

ALMEIDA, M. T. C. G.; BELTRÃO, K. I.; LEITE, I. C. Vigilância da mortalidade materna: a identificação de mortes durante o ciclo gravídico puerperal ampliado. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 265-282, 2006.

ALTHABE, F., BELIZÁN, J. M. Caesarean section: the paradox. *Lancet*, v. 368, n. 9546, p. 1472-1473, 2006.

ALVES, S. V. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? *Reproductive health matters*, v. 15, n. 30, p. 134-144, 2007.

ALVES, S. V. Mortalidade (materna) por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., Caxambu, out. 2000. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20\(Materna\)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos%20e%20Instrumentos%20de%20Estima%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20(Materna)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos%20e%20Instrumentos%20de%20Estima%C3%A7%C3%A3o.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2012.

ALVES, S. V.; ANTUNES, M. B. C. Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: Como classificá-las? *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 743-64, 2009.

AMBRÓSIO, M. R.; CASTRO, R. B.; QUIRINO, T. F. Mortalidade materna em Uberlândia - MG, nos anos de 1998 e 1999. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 15, n. 2, p. 74-77, 2005.



ANDRADA, A. A. C.; VITORELLO, D. A.; SAAB NETO, J. A. Mortalidade materna no Estado de Santa Catarina durante o ano de 2001. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 32, n. 4, p. 56-64, 2003.

BACHA, C. A.; REZENDE, C. A. L. Puerpério fisiológico. In: CORRÊA, M. D. *et al.* *Noções práticas de obstetrícia*. 13. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. p. 849-854.

BANFIELD, J. D.; RAFTERY, A. E. Model-based Gaussian and non-Gaussian clustering. *Biometrics*, v. 49, n. 3, p. 803-821, 1993.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, L. F. W. *A Família DINC no Brasil 1996-2006: uma análise sócio-demográfica e de gênero*. 2009. 118p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

BECKER, R. A.; LECHTIG, A. *Brasil: Aspectos da Mortalidade Infantil, Pré-Escolar e Materna*. Brasília: Ministério da Saúde/UNICEF, 1987.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI). *Índice de Vulnerabilidade à Saúde*. Belo Horizonte: PBH, jul. 2003. 10p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Protocolo de Atenção Integral a Saúde do Adolescente*. Belo Horizonte: SUS/PBH, 2004. 27p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Planejamento familiar e infertilidade conjugal: protocolos de atenção à saúde da mulher*: Belo Horizonte: PBH, dez. 2008a. 58p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *BH Viva Criança: Compromisso com a Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente*. Belo Horizonte: PBH, 2008b. 222p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Protocolos de atenção à saúde da mulher. Pré-natal e puerpério*. Belo Horizonte: PBH, dez. 2008c. 38p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. *Boletim de Análise do Estado de Saúde da População Residente de Belo Horizonte: análise dos indicadores do nível municipal ciclo de vida - gestante*. Horizonte: PBH, 2011. 26p.

BELO HORIZONTE. Assembleia Legislativa. Comissão de Direitos Humanos. *Violência no parto em Minas Gerais: denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa*. Belo Horizonte: ALMG, 2012a. 53p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*. Disponível

em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=e cpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=e cpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&)>. Acesso em: 21 dez. 2012b.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil*. Belo Horizonte: PBH, 2012c.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=84227&chPlc=84227&pIdPlc=&app=salanoticias>>. 2012d. Acesso em: 11 fev. 2013.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012*. Belo Horizonte: PBH, 2013. 15p.

BOYACIYAN, K. *et al.* Mortalidade materna na Cidade de São Paulo de 1993 a 1995. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 20, n. 1, p. 13-18, 1998.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores Sociais Mínimos: Conceitos*. Rio de Janeiro: IBGE, [2000a?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 466 de 14 de junho de 2000. *Diário Oficial da União*, 115-E, 15 jun. 2000b. Disponível em: <[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P466\\_00obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P466_00obst.doc)>. Acesso em: 13 jul. 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 18 ago. 2000c, p. 112. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Diário Oficial da União*, 18 ago. 2000d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-570.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. *Diário Oficial da União*, Seção 1, nº 103, 30 mai. 2003. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria653\\_2003.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria653_2003.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 14p. Disponível em: <[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 17 jun. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2005a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 jul. 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com Ênfase em Mortalidade Materna - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 104p.

BRASIL. Lei nº. 11.634, 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, 28 dez. 2007b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/anotada/2375805/lei-11634-07>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 1.135*. 2008a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=16299>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, 2008b. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1119.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 84p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 428p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: Ipea, 2010a. 184p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2010b. 302p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010c. 60p.

BRASIL. Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. *Diário Oficial da União*, 2010c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/104937-2254.html>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Indicadores e Dados Básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento - CGPLO. *Agenda estratégica 2011-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 22p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Indicadores e Dados Básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/C03b.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/C03b.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Indicadores e Dados Básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011g. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c18.def>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. Brasília: Ministério da Saúde, [2011h?]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, [2011i?]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos*. Brasília: Ministério da Saúde, [2011j?]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Brasília: Ministério da Saúde, [2011?]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Indicadores e Dados Básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011m. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Indicadores e Dados Básicos*: proporção de partos cesáreos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011n. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f08.def>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Indicadores sobre pré-natal, parto, nascimento e óbito materno, Belo Horizonte, 2000-2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011o. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/f07.def>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, 27 jun. 2011p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da rede cegonha. *Diário Oficial da União*, 6 out. 2011, p. 69, col. 2, 2011q. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Nascidos vivos - Minas Gerais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011r. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>>. Acesso em: 09 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Minas Gerais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011s. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10mg.def>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, v. 43, n. 1, 2012a. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi\\_vol\\_43\\_n1.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. 2012b. 444p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Posicionamento do Conselho Nacional sobre a Mortalidade Materna no Brasil e a MP 557*. Brasília: CNS, 13 fev. 2012c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, [2012d]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2012.

BRASS *et al.* Estimating Maternal Mortality: The Sisterhood Method. *Studies in Family Planning*, v. 20, n. 3, p. 1-5, 1989.

BRAYNER, M. C. Perfil dos óbitos maternos tardios de mulheres residentes no estado de Pernambuco, Quadriênio 2005-2008. 2011. 31 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

BROUWERE, V.; TONGLET, R.; LERBERGHE, W. V. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the

- industrialized West? *Tropical Medicine and International Health*, v. 3, n. 10, p. 771-782, 1998.
- BUOR, D.; BREAM, K. An analysis of the determinants of maternal mortality in sub-Saharan Africa. *Journal of Women's Health*, v. 13, n. 8, p. 926-938, 2004.
- CARDOSO, L. M.; SOUZA, M. M. C. F.; GUIMARÃES, R. U. C. Morte materna: uma expressão da "questão social". *Serviço Social & Sociedade*, n. 102, p. 244-268, 2010.
- CARDOSO-SILVEIRA, J. A. *et al.* Mortalidade materna pelo "Método das Irmãs" no Estado de Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, n. 2, p. 97-102, 1996.
- CARRENO, I.; BONILHA, A. L. L.; COSTA, J. S. D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 2, p. 396-406, 2012.
- CECATTI, J. G. *et al.* Fatores associados à mortalidade materna em Campinas, Estado de São Paulo. *Revista de Ciências Médicas*, v. 12, n. 1, p. 39-48, 2003.
- CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A.; SURITA, F. G. Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidance. *Sao Paulo Medical Journal* v. 117, n. 1, p. 5-12, 1999.
- CHAM, M., SUNDBY, J, VANGEN, S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive Health Journal*, v. 2, p. 3, 2005.
- CIARI JÚNIOR, C.; ALMEIDA, P. A. M. Análise do coeficiente de mortalidade materna no município de Osasco, S. Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 6, n. 3, p. 237-244, 1972.
- COOK, R. J.; DICKENS, B. Human Rights to Safe Motherhood. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 76, n. 2, p. 225-231, 2002.
- CORREIA, R. A. *et al.* Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Revista Brasileira de Enferm*, v. 64, n. 1, p. 91-97, 2011.
- COSTA, A. A. R. *et al.* Mortalidade materna na Cidade do Recife. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 24, n. 7, p. 455-62, Aug. 2002.
- D'AMBRUOSO, L. *et al.* A lost cause? Extending verbal autopsy to investigate biomedical and socio-cultural causes of maternal death in Burkina Faso and Indonesia. *Social Science & Medicine*, v. 71, p. 1728-1738, 2010.
- DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.
- EVANS, E. C. A review of cultural influence on maternal mortality in the developing world. *Midwifery*, S0266-6138, n. 12, p. 49-56, 2012.

FAÚNDES, A.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p. 671-679, 2000.

FERREIRA, C. E. C. Avaliação da mortalidade materna a partir de dados censitários para o Brasil e Regiões em 1980. ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6., 1988, Olinda. *Anais...* Olinda: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1988. v. 4, p. 529-542. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1988/T88V04A24.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

FERREIRA, R. G. *et al.* Mortalidade materna no Estado de Goiás 1989-1991. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, v. 104, n. 8, p. 291-3, 1994.

FIGUEIREDO, Y. M. D.; MALTA, D. C.; REZENDE, E. M. Análise da mortalidade materna no município de Governador Valadares 2002-2004. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 376-85, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. *Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde.* *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

GALLI, M. B. *Mortalidade materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livres de morte materna evitável.* Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2005. 186p.

GOFFI, P. S. Maternal mortality in the interior and in the capital of São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 12, n. 5, p. 220-223, 1966.

GOLDENBERG, R. L.; McCLURE, E. M. Maternal Mortality. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 205, n. 4, p. 293-95, 2011.

GOMES, F. A. *et al.* Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 387-93, 2006.

HEILBORN, M. L. *et al.* Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Revista Latino-americana*, n. 12, p. 224-57, 2012.

HODNETT, E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of Systematic Reviews*, v. 16, n. 2, p. CD003766, 2011.

HOGAN, M. C. *et al.* Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, v. 375, n. 9726, p. 1609-1623, 2010.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Safe motherhood. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 120, n. 3, p. 312-313, 2013.



JAMIESON, D. J. *et al.* H1N1 2009 influenza vírus infection during pregnancy in the USA. *Lancet*, v. 374, n. 9688, p. 451-8, 2009.

KABALI, E.; GOURBIN, C.; BROUWERE, V. Complications of childbirth and maternal deaths in Kinshasa hospitals: testimonies from women and their families. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 11, p. 29, 2011.

KALE, P.; COSTA, A. J. L. Maternal deaths in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2003. *Journal of Health, Population and Nutrition*, v. 27, n. 6, p. 794-801, 2009.

KHAN, K. S. *et al.* OMS analysis of causes of maternal death: a systematic Review. *Lancet*, v. 367, n. 9516, p. 1066-1074, 2006.

LACERDA, M. V. G. *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil no Distrito Federal, com ênfase na mortalidade materna. *Brasília Médica*, v. 35, n. 1/2, p. 7-13, 1998.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010.

LAURENTI, R. *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. I - metodologia e resultados gerais. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 128-133, 1990a.

LAURENTI, R. *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. II - mortes por causas maternas. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 468-472, 1990b.

LAURENTI, R. Maternal mortality in Latin American urban areas: the case of São Paulo, Brazil. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, v. 27, n. 3, p. 205-214, 1993.

LAURENTI, R. *Medindo a mortalidade materna*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, Universidade de São Paulo, Dez. 2001. Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med\\_mort\\_matern.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_mort_matern.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2011.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes por doenças infecciosas em mulheres: ocorrências no ciclo gravídico puerperal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, n. 1, p. 64-9, 2009.

LEITE, R. M. B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, 2011.

LIDAR, M.; LANGEVITZ, P. Pregnancy issues in scleroderma. *Autoimmunity Reviews*, v. 11, n. 6-7, p. A515-A519, 2012.

LOUDON, I. Maternal mortality: 1880-1950. Some regional and international comparisons. *The Society for the Social History of Medicine*, v. 1, n. 2, p. 183-227, 1988.

LOUDON, I. The transformation of maternal mortality. *British Medical Journal*, v. 305, p. 1557-1560, 1992.

LUIZAGA, C. T. M. *et al.* Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 19, n. 1, p. 8-15, 2010.

MADI, J. M. A mortalidade materna no Estado do Rio Grande do Sul, período 1979 a 1982: análise das principais causas e de suas incidências nas diferentes faixas etárias. *Femina*, v. 15, n. 8, p. 633-639, 1987.

MAIA, M. B. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. 190p.

MAINE, D.; ROSENFELD, A. The Safe Motherhood Initiative: Why has it stalled? *American Journal of Public Health*, v. 89, n. 4, p. 480-482, 1999.

MALTA, D. C. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MALTA, D.C. *et al.* Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.

MARCUS, P. A. F. *et al.* Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1995. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 18, n. 9, p. 731-736, 1996.

MARINHO, A. C. N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 3, p. 732-738, 2010.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. A. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, 1993 a 1998. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 10, n. 1, p. 27-38, 2000.

MATIAS, J. P. *et al.* Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 11, p. 559-565, 2009.

MAUAD, N. M. *et al.* A visita domiciliar: instrumento de diagnóstico da morte materna em Juiz de Fora. *Revista APS*, v. 6, n. 1, p. 30-37, 2003.

McCARTHY, J.; MAINE, D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Stud Fam Plann*, v. 23, n. 1, p. 23-33, 1992.

MELLO-JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; NUBILA, H. B. V. D. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 13, n. 4, p. 561-576, 2010.

MELO, E. C. P.; KNUPP, V. M. A. O. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 773-779, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Programa Viva Vida*. [2009?]. Disponível: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/programa-viva-vida](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Mães de Minas: a vida merece esse cuidado*. [2012?]. 48p. Disponível em: <<http://www.maesdeminas.com.br/sobre-o-projeto-maes-de-minas/>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo, 2000. 269p.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-26, 2012.

MORSE, M. L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011.

MOTA, A. K. M. *et al.* Mortalidade materna e incidência de dengue na Região Sudeste do Brasil: estudo ecológico no período 2001-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 11-18, 2012.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; THEME-FILHA, M. M. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2008.

N Vivo 9. *Manual*. Disponível em: <<http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo9/NVivo9-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

- MOURA, E. *et al.* Mortalidade materna no Ceará-Brasil (1998-2002): estudo retrospectivo. *Cogitare Enferm*, v. 12, n. 1, p. 44-51, 2007.
- NOUR, N. M. An Introduction to Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, v. 1, n. 2, p. 77-81, 2008.
- OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto - SP no período de 1991 a 1995. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 70-76, 2001.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *The Millennium Development Goals Report 2007*. Disponível em: <<http://www.objectivo2015.org/pdf/mdg2007.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)*. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1998. v. 2.
- PACAGNELLA, R. C. *Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico*. 2011. 116p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011.
- PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 3, p. 623-636, 2012.
- PARPINELLI, M. A. *et al.* Mortalidade materna na cidade de Campinas, no período de 1992 a 1994. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 21, n. 4, p. 227-232, 1999.
- PARPINELLI, M. A. *et al.* Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 22, n. 1, p. 27-32, 2000.
- PAZERO, L. C. *et al.* Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 20, n. 7, p. 395-403, 1998.
- PAZERO, L. C. *et al.* Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1998. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 13, n. 4, p. 198-207, 2002.
- PELLOSO, S. M.; TAVARES, M. S. G. A problemática familiar e a morte materna. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 5, suppl., p. 19-25, 2006.
- PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE (PNDS). Mortalidade Materna. 1996. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/boletimSisvan/0010capitulo10.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.
- RAMOS, J. G. L. *et al.* Mortalidade materna geral e por hipertensão arterial no Estado do Rio Grande do Sul: uma análise de 11 anos (1978-1988). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 17, n. 2, p. 123-129, 1995.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA).

*Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis*, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

RESENDE, L. V.; FONSECA, M. C. Saúde reprodutiva de adolescentes atendidas na Maternidade Odete Valadares: concepções metafóricas sobre sexualidade e maternidade. In: MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B. (org). *Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. Demografia em Debate. 2. ed. Belo Horizonte: ABEP-UNFPA, 2009. 452p. p. 259-274.

REZENDE, C. H. A.; MORELI, D.; REZENDE, I. M. A. A. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, p. 323-328, 2000.

RIOS-NETO, E. L.G. Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 22, n. 2, p. 371-408, 2005.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sociodemográfico e causal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 3, p. 303-307, 2006.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, 2003.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, v. 368, n. 9542, p. 1189-1200, 2006.

ROSS, E. K. *Sobre a morte e o morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SANTOS, S. R.; SCHOR, M. H. C. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2003.

SANTOS, I. C. *et al.* Mortalidade materna em Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de série histórica. *Brasília Médica*, v. 47, n. 4, p. 398-404, 2010.

SAVIATO, B. *et al.* Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. *Arq Catarinenses Medicina*, v. 37, n. 4, p. 16-19, 2008.

SILVA FILHO, A. L.; LAMAITA, R. M. Hemorragias no pós-parto. In: CORRÊA, M. D. *et al.* *Noções práticas de obstetrícia*. 13. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. p. 855-864.

SILVA, K. S. Mortalidade materna: avaliação da situação no Rio de Janeiro, no período de 1977 a 1987. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 442-453, 1992.

- SIMÕES, P. P.; ALMEIDA, R. R. Geographic accessibility to obstetric care and maternal mortality in a large metropolitan area of Brazil. *International Journal Gynaecology Obstetrics*, v. 112, n.1, p.25-9. 2011.
- SIQUEIRA, A. A. F. *et al.* Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 448-465, 1984.
- SIQUEIRA, A. A. F.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. *Revista de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 274-279, 1986.
- SISTON, A. M. *et al.* Pandemic 2009 Influenza A (H1N1) virus illness among pregnant women in the United States. *Journal of the American Medical Association*, v. 303, n. 15, p. 1517-1525, 2010.
- SOARES, H. B. *et al.* Mortalidade materna no Paraná, do anonimato a ação: relatório trienal, 1994-1996. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 9, n. 2, p. 70-81, 1998.
- SOARES, V. M. N. *et al.* Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 11, p. 566-573, 2009.
- SOARES, V. M. N.; AZEVEDO, E. M. M.; WATANABE, T. L. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 10, p. 2418-26, 2008.
- SOUSA, M. H. *et al.* Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, v. 6, n. 2, p. 161-168, 2006.
- SOUSA, M. H. *et al.* Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 181-189, 2007.
- SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, 2011.
- SOUZA, K. V.; ALMEIDA, M. R. C. B.; SOARES, V. M. N. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003 - 2005. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 741-749, 2008.
- SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade por aborto no Estado de Santa Catarina - 1996 a 2005. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 735-740, 2008.
- SOUZA, M. L. *et al.* Meninas catarinas: a vida perdida ao ser mãe. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 318-323, 2010.
- SPSS. *The SPSS Two-step Cluster Component* – A scalable component enabling more efficient customer segmentation. Technical report. 2001, p. 2-9. Disponível em: <[http://www.spss.ch/upload/1122644952\\_The%20SPSS%20TwoStep%20Cluster%20Component.pdf](http://www.spss.ch/upload/1122644952_The%20SPSS%20TwoStep%20Cluster%20Component.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2012.

- STEEGERS, E. *et al.* Pre-eclampsia. *Lancet*, v. 376, n. 9741, p. 631-644, 2010.
- TANAKA, A. C. A.; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 23, n. 1, p. 67-75, 1989.
- TANAKA, A. C. D. A. Uma aula e muitas lições sobre a mortalidade materna. *Jornal Feminista de Saúde*, v. 28, p. 7-9, jun. 2006.
- TANAKA, A. C. D. A.; MITSUIKI, L. *Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras*. São Paulo: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1999.
- TEIXEIRA, N. Z. F. *et al.* Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 12, n. 1, p. 27-35, 2012.
- THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*, v. 38, n. 8, p. 1091-1120, 1994.
- THEME-FILHA, M. M.; SILVA, R.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 397-403, 1999.
- TOGNINI, S. *et al.* Perfil da mortalidade materna na região do Grande ABC de 1997 a 2005. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 4, p. 409-414, 2011.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Situação mundial da infância 2009*. New York: UNICEF, 2008. 166p.
- VEGA, C. E. P. *et al.* Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1997. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 12, n. 4, p.187-197, 2001.
- VEGA, C. E. P.; KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). *Clinics*, v. 62, n.6, p. 679-684, 2007.
- VEGA, C. E. P. *et al.* *O impacto da pandemia por Influenza A (H1N1) na mortalidade materna do Município de São Paulo - 2009*. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Mortalidade\\_Materna\\_por\\_H1N1.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Mortalidade_Materna_por_H1N1.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2012.
- VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. 3. ed. Brasília: UNFPA, 2009. 296p.
- VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.
- VICTORA, C. G. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Series Health in Brazil 2. *Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.
- WEISS, R. *Learning From Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. New York: The Free Press, 1994. 222 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet*, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. A New Approach* by OMS and UNICEF. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <[http://whqlibdoc.OMS.int/hq/1996/OMS\\_FRH\\_MSM\\_96.11.pdf](http://whqlibdoc.OMS.int/hq/1996/OMS_FRH_MSM_96.11.pdf)>. Acesso em: 16. Aug. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. Geneva: WHO, 2011. 208p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *et al. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/10728>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

YAZLLE, M. E. H. D. *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 202-206, 2001.

ZHANG, T.; RAMAKRISHNON, R.; LIVNY, M. BIRCH: an efficient data clustering method for very large databases. In: ACM SIGMOD Conference on Management of Data, 1996. *Proceedings...* Montreal, Canada, 1996. p. 103-114.

ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, 2012.



**ANEXOS**

**APÊNDICE A - Quadro A - Estudos epidemiológicos de base populacional sobre mortalidade materna no Brasil**

<b>Décadas das publicações/ Autor(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período estudado</b>	<b>Métodos e fonte dos dados</b>	<b>Principais causas dos óbitos maternos</b>	<b>RMM</b>
<b>1960-1969</b>							
Goffi	Rev. Assoc. Med. Bras	Estado de São Paulo	Calcular as RMM no interior do Estado e na capital	1956-1963	Revisão de dados oficiais: Departamento de Estatística do Estado de São Paulo.	ND	Capital: 1,62 (1956)/ 0,94(1963) Interior: 2,29(1956)/ 1,48(1963) <sup>a</sup>
<b>1970-1979</b>							
Ciari Jr. e Almeida	Rev. Saúde Pública	Osasco, São Paulo	Analisar a situação da MM	1967-1970	Investigação de óbitos maternos (15-50anos): DO; registros hospitalares e informações com médicos.	Hipertensão, hemorragia e infecção	1,69 (1967)/ 1,20 (1970) <sup>a</sup>
<b>1980-1989</b>							
Siqueira <i>et al.</i>	Rev. Saúde Pública	Brasil e regiões	Estudar a MM no Brasil, em suas regiões geográficas e em São Paulo	1980	Revisão dos dados oficiais de óbitos maternos: "Estatística de mortalidade - Brasil 1980"; "Anuário Estatístico do Brasil, para o ano de 1980"; Censo de 1980.	Hipertensão, hemorragia e infecção	Brasil: 7,0 (oficial)/ 15,43 (estimada) <sup>b</sup>
Siqueira e Tanaka	Rev. Saúde Pública	Brasil	Caracterizar a mortalidade por causas maternas em adolescentes	1980	Revisão dos dados oficiais de óbitos maternos (10-19 anos): "Estatística de mortalidade - Brasil 1980"; Censo demográfico de 1980.	Hipertensão e infecção	6,43 (15 -19 anos) <sup>b</sup>
Tanaka, Siqueira e Bafile	Rev. Saúde Pública	Estado de São Paulo	Analisar a assistência oferecida na gestação, parto e suas relações com a MM	1980-1984	Revisão dos dados oficiais de óbitos maternos: Fundação Seade	Hipertensão, hemorragia e aborto	5,54 (1980)/ 4,86 (1984) <sup>b</sup>

Décadas das publicações/ Autor(s)	Periódico	Local de estudo	Objetivos	Período estudado	Métodos e fonte dos dados	Principais causas dos óbitos maternos	RMM
<b>1990-1999</b>							
Laurenti <i>et al.</i>	Rev. Saúde Pública	São Paulo	Investigar a fidedignidade da DO de MIF	1986	RAMOS	ND	44,5 (oficial)/ 99,6 (confirmada)
Laurenti <i>et al.</i>	Rev. Saúde Pública	São Paulo	Apresentar dados sobre MM e comparar os resultados de 1986 com o de investigações que empregaram a mesma metodologia	1986	RAMOS	Complicações relacionadas à gravidez (Hipertensão)	99,6 <sup>c</sup>
Silva	Cad. Saúde Pública	Estado do Rio de Janeiro	Identificar o perfil epidemiológico da MM	1977-1987	Revisão dos dados oficiais de óbitos maternos: "Estatísticas de mortalidade - Brasil "; Censo demográfico.	Hipertensão, hemorragia e aborto	11,1 (1977)/ 6,0 (1987) <sup>b</sup>
Laurenti	Bull Pan Am Health Organ	São Paulo	Descrever a tendência da MM	1960-1990	Investigação de óbitos maternos: revisão de dados brutos da Fundação Seade.	Hipertensão e infecção	87,0 (1962-63)/ 156,0 (1974-75)/ 99,6 (1986)
Ramos <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Rio Grande do Sul	Identificar o comportamento dos índices de mortalidade materna por Hipertensão	1978-1988	Investigação de óbitos maternos: Secretaria da Saúde e do meio Ambiente do Estado.	Hipertensão	61,34; 19,43*(1978)/ 21,9; 6,29* (1988)
Cardoso-Silveira <i>et al.</i>	Revista IMIP	Sergipe	Estimar a MM pelo "Método das Irmãs"	1982	Investigação de óbitos maternos: método das irmãs.	ND	172
Ferreira	J. Bras. Ginecol	Goiás	Investigar os óbitos maternos	1989-1991	Revisão de óbitos maternos: DO	Hipertensão	43,1(1989)/ 65,0 (1991)
Marcus <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	São Paulo	Investigar os óbitos maternos de residentes ocorridos no município	1995	Investigação de óbitos de MIF: DO, laudos de necrópsia, prontuários médicos e questionário padrão.	Hemorragia, aborto e hipertensão	51,32
Albuquerque <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública	Recife, Pernambuco	Analisar os óbitos maternos e confrontá-los com as estatísticas oficiais	1992-1993	RAMOS	Complicações no puerpério	37 (oficial)/ 77,7 (confirmada)

<b>Décadas das publicações/ Autor(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período estudado</b>	<b>Métodos e fonte dos dados</b>	<b>Principais causas dos óbitos maternos</b>	<b>RMM</b>
Boyaciyán <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	São Paulo	Determinar a RMM, as patologias mais frequentes que determinaram o óbito e a distribuição por faixas etárias	1993-1995	Investigação de óbitos de MIF (DO, visitas domiciliar, registros hospitalares e laudos de necropsias)/Secretaria Municipal de Saúde.	Hemorragia, hipertensão e aborto	50,24
Soares <i>et al.</i>	Rev. ginecol. Obstet	Paraná	Apresentar o relatório trienal realizado pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna	1994-1996	RAMOS	Hipertensão, infecção e hemorragia	84,6
Pazero <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	São Paulo	Estabelecer um diagnóstico das patologias que provocaram óbito materno por ordem de frequência, correlacionando-as com a idade e determinar a RMM	1996	Investigação de óbitos de MIF (DO, visitas domiciliar, registros hospitalares e laudos de necropsias).	Hipertensão, hemorragia e aborto	48,03
Lacerda <i>et al.</i>	Brasília Médica	Distrito Federal	Analisar os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	1991-1995	Investigação de óbitos de MIF: SIM; SINASC.	Hipertensão, aborto e infecção	35,4
Cecatti, Faúndes e Surita	Rev. Paul. Med.	Campinas, São Paulo	Estudar o número, características, causas básicas e evitabilidade da MM	1985-1991	Fundação SEADE: investigação de morte materna declarada ou presumível (DO, prontuários médicos, laudo de necropsias, exames complementares e outros).	Hipertensão e hemorragia	28,6 (oficial)/ 45,5 (confirmada)
Parpinelli <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Campinas, São Paulo	Identificar e investigar as causas de mortes maternas	1992-1994	Investigação de óbitos de MIF - morte materna declarada ou presumível: DO (Fundação SEADE), registros hospitalares e/ou visitas domiciliares.	Aborto, hemorragia e hipertensão	25,3 (oficial)/ 42,2 (confirmada)
Theme-filha, Silva e Noronha	Cad. Saúde Pública	Rio de Janeiro	Conhecer o perfil da MM	1993-1996	Revisão de óbitos maternos do SIM: DO e de dados da Secretaria Estadual de Saúde.	Hipertensão, complicações do puerpério e hemorragias	57,5

Décadas das publicações/ Autor(s)	Periódico	Local de estudo	Objetivos	Período estudado	Métodos e fonte dos dados	Principais causas dos óbitos maternos	RMM
<b>2000-2009</b>							
Martins e Tanaka	Rev.Bras. Cresc. Desenvol. Hum.	Paraná	Analisar as causas de mortes segundo raça e variáveis sócio-econômicas	1993-1998	RAMOS	Hipertensão	1993: 385,4 (amarelas)/ 342,3 (pretas)/ 51,6 (brancas)
Parpinelli <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Campinas, São Paulo	Identificar e investigar as causas de mortes maternas	1992-1994	Investigação de óbitos de MIF- morte materna declarada ou presumível: DO (Fundação SEADE), registros hospitalares e/ou visitas domiciliares.	Aborto, hemorragia e hipertensão	25,3 (oficial)/ 42,2 (confirmada)
Rezende, Moreli e Rezende	Rev. Saúde Pública	Uberlândia, Minas Gerais	Conhecer o perfil da MM	1997	RAMOS	Hipertensão e hemorragia	22,2 (oficial)/ 44,4 (confirmada)
Faúndes, Parpinelli e Cecatti	Cad. Saúde Pública	Campinas, São Paulo	Obter um perfil das principais doenças que afetam as mulheres em idade fértil	1985-1994	Investigação de óbitos de MIF: Fundação SEADE (DO), Censo Demográfico (1980 e 1991).	ND	44,6
Haddad e Silva	Rev. Saúde Pública	Estado de São Paulo	Descrever a MM segundo grupos etários e causas básicas de óbito	1991-1995	Investigação de óbitos de mulheres entre 15 e 49 anos: Fundação SEADE.	Complicações relacionadas à gravidez (hipertensão)	47
Oba e Tavares	Rev.Latino-am Enferm.	Ribeirão Preto, São Paulo	Conhecer e identificar as causas de MM	1995-1997	DO e Comitê de Prevenção de MM de Ribeirão Preto/Secretaria Municipal de Saúde.	Hemorragia, outras causas e hipertensão	51,4 (1991)/ 60,3 (1995)
Victora	Rev. Bras. Epidemiol.	Brasil e regiões	Analisar o possível impacto de intervenções para reduzir a mortalidade de crianças e mães	1995-1997	Revisão de óbitos do SIM.	Hipertensão, infecção e hemorragia	150-200

<b>Décadas das publicações/ Autor(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período estudado</b>	<b>Métodos e fonte dos dados</b>	<b>Principais causas dos óbitos maternos</b>	<b>RMM</b>
Vega <i>et al.</i>	Rev. Ginecol. Obstet.	São Paulo	Determinar a RMM, principais causas, apontar falhas e apresentar sugestões	1997	Investigação de óbitos de MIF declarados e presumíveis (DO, visitas domiciliar, registros hospitalares e laudos de necropsias).	Hipertensão e hemorragia	61,07
Pazero <i>et al.</i>	Rev. Ginecol. Obstet.	São Paulo	Determinar quais as doenças que ocasionaram morte materna por ordem de frequência, estabelecer as RMM	1998	Investigação de óbitos de MIF: morte materna declarada ou presumível.	Infecção, hemorragia e hipertensão	58,34
Costa <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Recife, Pernambuco	Determinar a RMM, taxa de sub-registro e estudar as principais características, causas básicas, classificação e evitabilidade das mortes maternas	1994-2000	Investigação de óbitos de MIF: morte materna declarada ou presumível (DO, registros hospitalares, prontuários médicos, laudo de necropsias, e entrevistas com familiares); SINASC.	Hipertensão, hemorragia e infecção	75,5
Andrada, Vitorello e Saab Neto	Arq. Catarinenses de Med.	Santa Catarina	Analisar os casos de mortes maternas	2001	Investigação de óbitos de MIF: Comitê Estadual de MM/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; SIM.	Hipertensão, hemorragia e infecção	48,5
Vega <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	São Paulo	Analisar os casos de mortes maternas	1999	Investigação de óbitos de MIF: morte materna declarada ou presumível.	Hipertensão	58,2
Laurenti, Mello Jorge e Gottlieb	Rev. Bras. Epidemiol.	Brasil, Capitais de Estados e Distrito Federal	Conhecer a qualidade da informação sobre MM e estimar a RMM e os fatores de ajuste para os dados oficiais	2002	RAMOS	Hipertensão, aborto e hemorragia	38,9 (oficial)/ 54,3 (confirmada)

<b>Décadas das publicações/ Autor(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período estudado</b>	<b>Métodos e fonte dos dados</b>	<b>Principais causas dos óbitos maternos</b>	<b>RMM</b>
Ambrósio, Castro e Quirino	Rev. Med. Minas Gerais	Uberlândia, Minas Gerais	Descrever o perfil de mortalidade materna	1998-1999	Investigação de óbitos de MIF declarados e presumíveis (DO, visitas domiciliar, registros hospitalares e laudos de necropsias).	Embolia	24,6 (1998)/ 45,4 (1999)
Riquinho e Correia	Rev. Bras. Enferm.	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Avaliar a MM	1999-2001	Investigação de óbitos de MIF: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; SINASC.	Aborto e hipertensão	62,88 (1999)/ 33,55 (2001)
Martins	Cad. Saúde Pública	Paraná	Revisar as RMM por raça/cor	2000-2002	Investigação de óbitos maternos: relatórios de Comitês de Morte Materna.	Hipertensão	49,25 (Branca); 213,59 (Parda); 407,05 (Preta)
Sousa <i>et al.</i>	Rev. Saúde Pública	26 Capitais de Estados e Distrito Federal	Descrever as características da MM segundo SIM em relação a dados correspondentes a esses registros em outros sistemas.	2002	Investigação de óbitos maternos por meio do relacionamento de sistemas de informação: SIM, SINASC, SIH.	ND	46,4 (oficial)/ 64,9 (ajustada)
Vega, Kahhale e Zugaib	Clinics	São Paulo	Descrever o perfil dos casos de morte materna decorrente de complicações da hipertensão	1995-1999	Investigação de mortes maternas mascaradas ou presumíveis: Comitê de MM.	Hipertensão, hemorragia e aborto	56,7/13,2*
Alves	Reprod. Health Matters	Pernambuco	Analisar as mudanças nos níveis e padrões de MM	1994 e 2003	RAMOS	Hipertensão, hemorragia e infecção	77
Moura <i>et al.</i>	Cogitare Enferm.	Ceará	Analisar os óbitos maternos notificados	1998-2002	Revisão dos dados do Comitê de morte materna: "Relatório Anual de MM no Estado do Ceará".	Hipertensão	93,3 (1998)/ 85,9 (2002)
Soares, Azevedo e Watanabe	Cad. Saúde Pública	Paraná	Analisar a evolução das taxas de subnotificação e do fator de ajuste da MM	1991-2005	RAMOS	Hipertensão, hemorragia e embolia	86,41 (1991-93)/ 64,26 (2003-05)
Melo e Knupp	Esc. Anna Nery Rev. Enferm.	Rio de Janeiro	Analisar a evolução da RMM e sua distribuição espacial no município	1996-2004	Investigação de óbitos de MIF: SIM; SINASC.	ND	55,37 (1996)/ 69,13 (2004)

<b>Décadas das publicações/ Autor(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período estudado</b>	<b>Métodos e fonte dos dados</b>	<b>Principais causas dos óbitos maternos</b>	<b>RMM</b>
Mota, Gama e Theme-Filha	Epidemiol. Serv. Saúde	Belém, Pará	Conhecer a magnitude da MM	2004	RAMOS	Hipertensão, aborto e infecção	45,0/57,3 <sup>c</sup>
Saviato <i>et al.</i>	Arq. Catarinense de Med.	Santa Catarina	Avaliar a RMM por hipertensão	1996-2005	Investigação de óbitos maternos: SIM, SINASC.	Hipertensão	43,3/8,6*
Souza, Almeida e Soares	Esc. Anna Nery Ver. Enferm.	Paraná	Identificar o perfil das mulheres que tiveram como causa de morte as complicações do aborto	2003-2005	Revisão dos dados do Comitê de morte materna.	Aborto	64,3/3,6**
Souza <i>et al.</i>	Esc. Anna Nery Ver. Enferm.	Santa Catarina	Identificar o perfil das mulheres que tiveram como causa de morte as complicações do aborto	1996-2005	Investigação de óbitos de MIF por complicações do aborto: SIM, SINASC.	Aborto	1,51**
Soares <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Paraná	Identificar o perfil, a tendência e os determinantes da MM por pré-eclâmpsia/eclâmpsia	1997-2005	RAMOS	Hipertensão	13,1 (1997-99)/ 11,8 (2003-05)
Matias <i>et al.</i>	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	Jundiaí, São Paulo	Comparar a MM declarada pelo SIM com a investigação pelo método RAMOS; Identificar a subnotificação e investigar as causas de mortes	1999-2006	RAMOS	Hipertensão e infecção	14,7 (oficial)/ 29,4 (confirmada)
Kale e Costa	J Health Popul. Nutr.	Rio de Janeiro	Descrever as características das mortes maternas	2000-2003	Investigação de óbitos maternos: revisão dos dados do Comitê de morte materna, SIM e SINASC.	Hipertensão, complicações no puerpério e aborto	59,5
<b>2010-06/2012</b>							
Marinho e Paes	Rev. Esc. Enferm USP	Paraíba	Identificar associações entre variáveis de mulheres que foram a óbito por morte materna	2000-2004	Investigação de óbitos maternos: Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba, SIM e SINASC.	ND (Obstétrica direta)	59,2



<b>Décadas das publicações/ Autor(s)</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período estudado</b>	<b>Métodos e fonte dos dados</b>	<b>Principais causas dos óbitos maternos</b>	<b>RMM</b>
Souza <i>et al.</i>	Rev.Esc. Enferm USP	Regiões do Estado de Santa Catarina	Identificar mortes maternas de adolescentes	1994-2005	Investigação de óbitos maternos: revisão das Fichas de Investigação do Comitê de morte materna, SIM SINASC e IBGE.	Hipertensão, infecção e hemorragia	35,14
Luizaga <i>et al.</i>	Epidemiol. Serv. Saúde	Brasil, Capitais de Estados e Distrito Federal	Comparar as mortes maternas existentes no SIM com as do "Estudo da mortalidade de MIF" e estimar novos fatores de correção	2002	Investigação de óbitos de MIF: <i>linkage</i> do conjunto de DOs originais preenchidas pelos médicos, DO obtida em pesquisa e DO corrigida por comitê (SIM).	ND	45,4 (oficial)/ 54,0 (confirmada)
Santos <i>et al.</i>	Brasília Med.	Belo Horizonte, Minas Gerais	Descrever as características dos óbitos maternos e calcular a RMM	2000-2008	Investigação de óbitos de MIF: SIM e SINASC.	Hipertensão	7,5 (2001)/ 47,8 (2008)
Gomes <i>et al.</i>	Brasília Med.	Regiões do Distrito Federal	Descrever a situação da mortalidade materna no Entorno do Distrito Federal	2001-2005	Investigação de óbitos de MIF: SIM, SINASC, Comitês de morte materna.	ND (Obstétrica direta)	39,7 (2001)/ 39,1 (2005)
Figueiredo, Malta e Rezende	Rev. Min Enferm	Governador Valadares, Minas Gerais	Conhecer a MM e a qualidade das informações	2002-2004	Investigação de óbitos de MIF: SIM, SINASC, DO, registros do Comitê de morte materna.	Aborto e hipertensão	24,2 (oficial)/ 36,2 (confirmada)
Tognini <i>et al.</i>	Rev.Assoc. Med. Bras	Região do ABC, São Paulo	Analisar a situação da mortalidade materna	1997-2005	Investigação de óbitos de MIF: revisão dos dados do Comitê de confirmadas da MM, DO (cartórios de registros civis), SIM; IBGE, SEADE.	ND	32,3 (oficial)/ 50,0 (confirmado)
Simões e Almeida	Int. J Gynaecol Obstet.	Rio de Janeiro	Avaliar a MM e sua associação com o acesso aos cuidados obstétricos	2000-2002	Investigação de óbitos de MIF: SIM e SIH.	Hipertensão e aborto	25,54 - 56,45 <sup>d</sup>
Correia <i>et al.</i>	Rev.Bras. Enferm.	Recife, Pernambuco	Descrever as características epidemiológicas dos óbitos maternos	2000-2006	Revisão dos dados do Comitê de morte materna.	Hipertensão, infecção e complicações puerperais	65,99

Décadas das publicações/ Autor(s)	Periódico	Local de estudo	Objetivos	Período estudado	Métodos e fonte dos dados	Principais causas dos óbitos maternos	RMM
Teixeira <i>et al.</i>	Rev.Bras. Saúde Matern. Infant.	Mato Grosso	Analisar a correlação entre óbitos maternos e raça/cor	2000-2006	Revisão de dados oficiais: DO, SIM, SINASC.	Branças: outras complicações obstétricas/ Pretas e Pardas: Hipertensão/ Indígenas: complicações do trabalho de parto	Branca (2000): 44,7/ Indígena (2001): 456,2/ Pardas (2005): 69,5/ Preta (2006): 392,9 <sup>e</sup>
Mota <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública	154 municípios da Região Sudeste do Brasil	Explorar a distribuição de efeitos reprodutivos em decorrência da infecção por dengue, durante a gestação.	2001-2005	Investigação da correlação de óbitos maternos em mulheres de 15 a 39 anos e incidência de dengue: SIM, SINASC, SINAN e IBGE.	Infecção (Dengue)	40,0 (média)
Carreno, Bonilha e Costa	Rev. Bras. Epidemiol	Rio Grande do Sul	Analisar o perfil epidemiológico das mortes maternas	2004 - 2007	Sistema de Informações de Saúde.	Hipertensão arterial e hemorragia	56,9 (2004)/ 52,2 (2007)

## Notas:

MM: mortalidade materna; MIF: mulher em idade fértil; RN: Recém - nascido; RMM: razão de mortalidade materna; ND: não descreve; DO: Declaração de óbito; SIM: sistema de informações sobre mortalidade; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; SIH: sistema de informações hospitalares; SINASC: Sistema de informações dos nascidos vivos; SINAN: Sistema de informações de agravos de notificação.

(a) calculado por 1.000 NV

(b) calculado por 10.000 NV

(c) inclui óbitos maternos tardios

(d) variações das RMM específicas por áreas

(e) Maior valor da RMM no período analisado, específico por raça e somente para causa obstétrica direta

(\*) somente por transtornos hipertensivos

(\*\*) somente por aborto

Fonte: Dados da revisão de literatura.

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Pesquisa sobre a mortalidade materna no município de Belo Horizonte

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

- Este termo de consentimento deve ser apresentado e explicado, pela entrevistadora, de maneira individual e em ambiente reservado, para a pessoa selecionada para participar da entrevista individual.
- O participante deve lê-lo e assiná-lo, também em maneira individual e em ambiente reservado.
- Caso a pessoa declare não saber ler, a entrevistadora deve lê-lo e explicá-lo na íntegra. Nesse caso, deverá haver uma terceira pessoa presente durante a apresentação do termo de consentimento. Esta pessoa deverá assinar ou rubricar o termo.
- O termo assinado deverá ser entregue para a entrevistadora. Uma cópia do consentimento deverá ser oferecida ao entrevistado.

#### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

Este é um estudo que visa saber o que os familiares das mulheres que morreram por causas maternas no município de Belo Horizonte, entre os anos 2000 e 2010 pensam sobre o falecimento desse familiar, assistência recebida e sobre as mudanças ocorridas na família.

#### **PROCEDIMENTOS UTILIZADOS**

A entrevista será realizada em lugar tranquilo e que assegure a confidencialidade das informações fornecidas pelo participante. As pessoas selecionadas serão entrevistadas pela aluna Lilian Valim Resende do doutorado em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa aluna está desenvolvendo sua Tese de Doutorado com o título: Mortalidade materna sob o enfoque de gênero: estudo no município de Belo Horizonte (MG), sob a orientação do professor Roberto do Nascimento Rodrigues e co-orientação da professora Maria do Carmo Fonseca. O familiar que concordar em participar da pesquisa participará de uma entrevista em profundidade que inclui questões sobre assistência recebida pela mulher falecida no pré-natal, parto, pós-parto e após a alta da maternidade.

Além disso, poderá dizer sobre suas percepções sobre as causa(s) que possam ter contribuído para o falecimento da mulher, sentimentos vivenciados e mudanças ocorridas na família.

O tempo gasto para entrevista em profundidade será de aproximadamente uma hora e trinta minutos, dependendo da extensão das respostas oferecidas pelo participante. Uma vez feito o contato com o selecionado e o consentimento dado, a pessoa selecionada poderá marcar a entrevista para a hora e dia que mais lhe agradar. O entrevistado será estimulado a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejem. Além disto, a entrevista também poderá ser interrompida em qualquer momento que o entrevistado quiser e sua continuação será remarcada para outro dia e horário que o participante decidir, se assim ele o desejar.

### **CONFIDENCIALIDADE**

A entrevista em profundidade será feita com cada familiar, individualmente, somente na presença da entrevistadora e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que o entrevistado não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte.

O entrevistado deverá ser informado de que todo o procedimento será gravado, mas que, apesar disto, serão garantidos anonimato e sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

### **DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**

A duração da entrevista é longa e esse fato deverá ser colocado para o participante selecionado na apresentação do termo de consentimento.

Esta pesquisa visa traçar um quadro da mortalidade materna no município de Belo Horizonte entre os anos 2000 e 2010, a fim de reconstruir a história de vida e de morte das mulheres e identificar as mudanças ocorridas nas famílias após o falecimento, visando um melhor entendimento do problema. Estas informações poderão ser utilizadas para detectar, analisar e compreender pontos fracos e pontos fortes na atenção à saúde da mulher, quais demandas não estão sendo atendidas e problemas e necessidades específicas. Assim, o governo, as organizações não-governamentais e a universidade terão um quadro sobre as questões relativas à mortalidade materna no município.

### **DÚVIDAS. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS**

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida no momento da entrevista, com a entrevistadora. Uma cópia do termo de consentimento deverá ser oferecida para o entrevistado.

Caso a dúvida persista ou caso o entrevistado confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos dos pesquisadores deverão ser fornecidos:

Pesquisadores responsáveis:

Prof: ROBERTO DO NASCIMENTO RODRIGUES  
Cedeplar-UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627 - Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 7203  
Email: [beto.cedeplar@gmail.com](mailto:beto.cedeplar@gmail.com)

Profª: MARIA DO CARMO FONSECA  
Cedeplar-UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627 - Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 7100  
Email: [fonseca.mc@uol.com.br](mailto:fonseca.mc@uol.com.br)

LILIAN VALIM RESENDE  
Cedeplar-UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627 - Belo Horizonte, MG.  
Telefones: (31) 3409 7100 ou (31) 9942 1403  
Email: [lilianvr@cedeplar.ufmg.br](mailto:lilianvr@cedeplar.ufmg.br)

Endereços dos Comitês de Ética em Pesquisa:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Avenida Antônio Carlos, 6627  
Unidade Administrativa II - Campus Pampulha – Sala 2005 – 2º andar  
31270-901 Belo Horizonte - MG  
Telefone: (31) 34094592

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE  
Avenida Afonso Pena, 2336 – 9º andar  
31130-007 - Belo Horizonte - MG  
Telefone: (31) 3277 -5309

**CONSENTIMENTO**

Li todas as informações e esclareci todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

\_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ / /  
Assinatura do participante Impressão digital Data

\_\_\_\_\_ / /  
Assinatura da entrevistadora Data

### APÊNDICE C - Questões norteadoras da entrevista em profundidade

- Com quem X<sup>48</sup> vivia antes de falecer?
- X tinha algum convênio de saúde?
- Ela tinha alguma doença, anterior à gravidez, conhecida pela família? Se sim, o(a) senhor(a) poderia nos dizer?
- O(A) senhor(a) poderia nos dizer, se X fazia algum tratamento? Se sim, qual?
- O(A) senhor(a) poderia nos dizer, se X planejou a última gravidez?
- O(A) senhor(a) poderia nos dizer, como era a relação entre X e seu marido (ou companheiro)?
- X fez pré-natal? Se sim, o(a) senhor(a) sabe nos dizer onde? Se ela não fez o pré-natal, sabe o motivo?
- Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores? Se sim, o(a) senhor(a) poderia nos dizer?
- Sabe se X desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez? Se sim, o(a) senhor(a) poderia nos dizer qual?
- X foi internada durante a gravidez? Se sim, quantas vezes foi internada? Em que locais? Por quê?
- O(A) senhor(a) poderia nos contar como ocorreu o falecimento de X?
- O(A) senhor(a) poderia nos contar como foi a assistência recebida por X durante a gravidez?
- O(A) senhor(a) poderia nos contar como foi a assistência recebida por X durante o parto?<sup>49</sup>
- O(A) senhor(a) poderia nos contar como foi a assistência recebida por X durante o pós-parto?<sup>50</sup>
- Em algum momento, o(a) senhor(a) percebeu alguma situação de risco à saúde de X?
- O(A) senhor(a) tem alguma crítica em relação ao atendimento hospitalar, ou a qualquer outro serviço de saúde, que ela tenha procurado quando precisou resolver o problema que levou à morte de X?

---

<sup>48</sup> Nome da mulher falecida.

<sup>49</sup> No caso de o falecimento ter ocorrido no parto ou pós-parto.

<sup>50</sup> No caso de o falecimento ter ocorrido no pós-parto.

**ANEXO A - Capítulo XV - CID 10 Gravidez, Parto e Puerpério****000-008 Gravidez que termina em aborto**

- O00 Gravidez ectópica
- O01 Mola hidatiforme
- O02 Outros produtos anormais da concepção
- O03 Aborto espontâneo
- O04 Aborto por razões médicas e legais
- O05 Outros tipos de aborto
- O06 Aborto não-especificado
- O07 Falha de tentativa de aborto

**008 Complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar****010-016 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério**

- O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta
- O12 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão
- O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa
- O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa
- O15 Eclâmpsia
- O16 Hipertensão materna não-especificada

**020-029 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez**

- O20 Hemorragia do início da gravidez
- O21 Vômitos excessivos na gravidez
- O22 Complicações venosas na gravidez
- O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez
- O24 Diabetes mellitus na gravidez
- O25 Desnutrição na gravidez
- O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez
- O28 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe
- O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

**030-048 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto**

- O30 Gestação múltipla
- O31 Complicações específicas de gestação múltipla
- O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto
- O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita
- O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos
- O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas
- O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados
- O40 Polihidrâmnio
- O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico
- O42 Ruptura prematura de membranas

- O43 Transtornos da placenta
- O44 Placenta prévia
- O45 Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]
- O46 Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte
- O47 Falso trabalho de parto
- O48 Gravidez prolongada
- O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto**
- O60 Parto pré-termo
- O61 Falha na indução do trabalho de parto
- O62 Anormalidades da contração uterina
- O63 Trabalho de parto prolongado
- O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto
- O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe
- O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto
- O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
- O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal
- O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
- O70 Laceração do períneo durante o parto
- O71 Outros traumatismos obstétricos
- O72 Hemorragia pós-parto
- O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
- O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
- O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte
- O80-O84 Parto**
- O80 Parto único espontâneo
- O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
- O82 Parto único por cesariana
- O83 Outros tipos de parto único assistido
- O84 Parto múltiplo
- O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério**
- O85 Infecção puerperal
- O86 Outras infecções puerperais
- O87 Complicações venosas no puerpério
- O88 Embolia de origem obstétrica
- O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
- O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
- O90.3 Cardiomiopatia no puerpério
- O91 Infecções mamárias associadas ao parto
- O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto
- O95-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte**
- O95 Morte obstétrica de causa não-especificada
- O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto
- O97 Morte por sequelas de causas obstétricas diretas



O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério

O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério

O99.4 Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério

O99.5 Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério

Fonte: CID-10 (1998)

**ANEXO B - Lista de máscaras que devem ser pesquisadas na busca ativa dos óbitos maternos**

- Acidente Vascular Cerebral;
- Broncopneumonia;
- Causa desconhecida;
- Choques Anafilático, Hipovolêmico, Endotóxico, Neurogênico, ou Séptico;
- Coagulação Intravascular Disseminada;
- Crise Convulsiva;
- Edema Agudo de Pulmão;
- Embolia Pulmonar;
- Endometrite;
- Epilepsia;
- Falência Miocárdica;
- Hemorragia;
- Hipertensão Arterial;
- Hipertensão Intracraniana Aguda;
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- Insuficiência Cardíaca por Estenose Mitral;
- Insuficiência Hepática Aguda;
- Insuficiência Renal Aguda;
- Miocardiopatia;
- Morte sem Assistência Médica;
- Peritonite;
- Pneumonia;
- Septicemia;
- Tromboembolismo;
- Parada Cardíaca;
- Pelviperitonite.

## **ANEXO C - Problemas que podem contribuir para o óbito materno**

### **A- Problemas no planejamento familiar e na assistência pré-natal:**

- Dificuldade de acesso: aos serviços; a informação sobre métodos; a informação sobre serviços; aos insumos; a exames;
- Falta de captação precoce e busca ativa da mulher;
- Falta de recursos humanos;
- Desqualificação do profissional de saúde (negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam à mulher, não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e métodos recomendados, não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno entre outros);
- Inexistência de protocolos no serviço;
- Referência e contra referência não formalizada.

### **B- Problemas na assistência ao parto, puerpério e intercorrências:**

- Dificuldade de acesso: aos serviços; a informação; aos insumos e medicamentos; aos exames;
- Falta de recursos humanos;
- Desqualificação do profissional de saúde (não identificação de fatores de risco e encaminhamento oportuno, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamento, entre outros);
- Falha de preenchimento dos instrumentos de registro;
- Falta de equipamento ou de manutenção para equipamentos;
- Inexistência de protocolos no serviço;
- Referência e contra referência não formalizada;
- Carência de leitos obstétricos e de UTI;
- Falta de sangue, hemoderivados.

## ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética da SMSA-BH



Prefeitura Municipal de  
Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Parecer nº 0045.0.410.203-10A

CAAE: 0045.0.410.203-10

**Título do Projeto:** "MORTALIDADE MATERNA SOB O ENFOQUE DE GÊNERO: ESTUDO NO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)"

**Pesquisador responsável:** Roberto do Nascimento Rodrigues

**Instituição responsável:** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade  
Federal de Minas Gerais (CEDEPLAR/ UFMG)

**Instituição onde se realizará a pesquisa:** Comitê de óbito materno- SMSA

### O objetivo geral

- ✓ Fazer um levantamento sobre o total de óbitos femininos, de causas maternas, ocorridos em Belo Horizonte, analisando sob a perspectiva dos familiares, a ocorrência dos óbitos.

### Os objetivos específicos

- ✓ Identificar a prevalência dos óbitos maternos nos anos 2000 a 2010, em Belo Horizonte;
- ✓ Identificar os perfis socioeconômicos e demográficos das mulheres falecidas no período de análise;
- ✓ Descrever as causas básicas dos óbitos maternos, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), comparando as tendências e evolução;
- ✓ Analisar, sob a perspectiva dos familiares, a ocorrência dos óbitos maternos no que tange a assistência à saúde recebida pela mulher falecida e a evitabilidade do óbito;
- ✓ Identificar as mudanças ocorridas nos arranjos familiares, após os óbitos maternos;
- ✓ Elaborar sugestões de medidas de prevenção de novos óbitos no município de Belo Horizonte.

### Sumário do Projeto

O presente estudo objetiva identificar os óbitos maternos ocorridos no município de Belo Horizonte (MG) no período de 2000 a 2010. A proposta é conhecer o número de mulheres falecidas por causas maternas em Belo Horizonte, nos referidos anos, analisando os perfis encontrados, bem como a história de vida e de morte dessas mulheres, visando subsidiar o planejamento, organização e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no município. A metodologia consiste em uma abordagem quantitativa, referente à necessidade de salientar o número e as características demográficas e socioeconômicas das mulheres falecidas, entre 10 e 49 anos, assim como os possíveis efeitos do perfil sociodemográfico dessas mulheres sobre a chance de mortalidade materna. Outro, que concerne à abordagem qualitativa, considerando a perspectiva dos familiares sobre a assistência à saúde recebida, seja no serviço público ou privado, além de ser analisada a evitabilidade do óbito. Pretende-se ainda, identificar as mudanças ocorridas nos arranjos familiares, após os óbitos maternos. Portanto, optou-se por dividir o estudo em duas etapas. A primeira, com o levantamento do número de óbitos ocorridos e características sociodemográficas das mulheres falecidas, entre 2000 e 2010, junto ao Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna na Secretaria Municipal de Saúde, de Belo Horizonte. A segunda,

compreendida de visitas domiciliares aos familiares das mulheres falecidas, com coleta de dados de identificação sobre suas características socioeconômicas e demográficas, além de entrevista em profundidade. Com vistas a permitir uma melhor avaliação da situação das mortes maternas em Belo Horizonte, o estudo permitirá a elaboração de sugestões de medidas preventivas e com isso, nortear possíveis intervenções para a redução dos óbitos evitáveis.

**Parecer:**

O estudo apresenta relevância, pertinência e atualidade. A metodologia é adequada. O referencial teórico é pertinente. O orçamento é adequado. O cronograma apresentado está factível. O TCLE está em linguagem e conteúdo adequado.

O projeto apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH cumpriu os requisitos da resolução 196/96 do CNS, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Salienta-se a necessidade de envio a este CEP de relatórios parciais a cada ano e relatório final quando da conclusão da pesquisa. Qualquer modificação no projeto deverá ser apresentada ao CEP-SMSA, na forma de adendo, para apreciação.



Rosiere Maria de Freitas

**Coordenadora do CEP-SMSA/PBH**

Rosiere Maria de Freitas - BM: 34315-7  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
SMSA/BH

Belo Horizonte, 08 de novembro de 2010.

## ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética da UFMG



RECEBIDO NA CPPD EM 01/04/11

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0045.0.410.203-10

Interessado(a): Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues  
Departamento de Ciências Econômicas  
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de março de 2011, o projeto de pesquisa intitulado "**Mortalidade materna sob o enfoque de gênero: estudo no município de Belo Horizonte.**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG

CPPD

Este documento foi protocolizado  
sob o nº 2836

Em 01/04/11