

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG

YARA MARIA DINIZ FIGUEIREDO

**AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES 2002-2004**

Belo Horizonte

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

YARA MARIA DINIZ FIGUEIREDO

**AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES 2002-2004**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a.Dr.^a Deborah Carvalho
Malta

CO-Orientadora: Prof^a.Dr.^a Edna Maria
Rezende

Belo Horizonte

2006

Figueiredo, Yara Maria Diniz.

Avaliação da mortalidade materna no município de Governador Valadares 2002-2004 / Yara Maria Diniz Figueiredo. – Belo Horizonte: UFMG, 2006.

223 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2006.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Assistência à maternidade 3. Serviços de saúde à maternidade. 4. Mortalidade materna – Governador Valadares. I. Título.

CDD 610.73678

Ficha catalográfica elaborada por:

Eliana N. Hipólito – Bibliotecária CRB – 6/2075

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO
DE GOVERNADOR VALADARES 2002-2004**

Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof^a.Dr^a. Deborah Carvalho Malta – Orientadora

Prof. Dr. Francisco Félix Lana

Prof. Dr.^a Regina Amélia Aguiar

Belo Horizonte - 2006

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Valverde, pelo companheirismo, incentivo e amor;

Aos meus filhos, Paula, Livia e Fernando Enrique, pela força que impulsionou o meu desejo;

Aos meus pais, José e Terezinha (in memorian), pela referência que são na minha vida;

A todos os meus familiares, pela alegria de tê-los ao meu lado;

Aos meus alunos da enfermagem, que de um modo bem especial reforçaram o meu desejo de lutar por um “fazer saúde” mais humanizado e cuidadoso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos momentos em que eu vivia sentimentos tão antagônicos; a alegria de realizar o meu tão sonhado mestrado e a tristeza da enfermidade e óbito da minha mãe, foi o meu esteio, a minha direção, o meu conforto.

Obrigada Senhor, por essa oportunidade de crescimento emocional e espiritual; por oportunizar-me momentos em que tive que experimentar a dura aceitação das minhas impossibilidades, mas também reconhecer as minhas potencialidades; obrigada pela sabedoria que me concedeste para viver intensamente cada etapa dessa trajetória. Obrigada Senhor, pela Tua presença em minha vida.

A você MAMÃE, queria que você estivesse aqui para participar da realização deste meu sonho, mas tenho certeza de que tem me olhado, participado e me acompanhado, pois sinto sempre a sua presença-saudade e coragem perto de mim. O meu agradecimento eterno pelos seus ensinamentos. Te amo sempre.

A Deborah, minha orientadora, uma idealista que, ciente da realidade e possibilidades do Sistema Nacional de Saúde orientou-me neste trabalho de pesquisa, transmitindo-me a segurança necessária para que eu pudesse desenvolvê-lo com autonomia. Você, mesmo distante, foi presença marcada por atitudes e ensinamentos que tornaram essa trajetória mais prazerosa e significativa. A você, meu carinho e admiração.

A Edna, minha co-orientadora, pela dedicação, ensinamento e experiência compartilhada. Obrigada pela oportunidade de conviver e aprender com você.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que com seu incentivo, contribuiu para a realização desta pesquisa.

A Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, na pessoa do Dr Genserico Barroso que possibilitou o desenvolvimento desta valiosa pesquisa no município.

A Coordenação de Enfermagem da UNIVALE - Universidade Vale do Rio Doce, pelo incentivo à pesquisa, pela compreensão das minhas demandas e principalmente, pela participação na realização deste grande sonho.

À enfermeira Valéria, ao Dr Rogério, Dr Piana por colaborarem e compartilharem comigo a experiência, o precioso tempo e inestimável conhecimento.

A Dra Patrícia, pelo interesse demonstrado por esse trabalho, pela garra com que trabalha com estes dados, mesmo antes do CMPMM e pela disponibilização do banco de dados do comitê e do SIM/SINASC da SMS-GV, assim como a troca de experiência.

Ao meu querido marido Valverde, amigo, amor da minha vida, companheiro, que desde o meu primeiro desejo de fazer o mestrado me apoiou, e que no momento das minhas dúvidas foi o meu incentivo cotidiano, co-responsável por esta vitória.

A Paula, Livia e Fernando Enrique, meus filhos que tanto amo, também grandes co-responsáveis por esta conquista. Obrigada pela paciência e tolerância com a minha ausência e até mesmo minhas irritações no dia a dia.

Agradeço ao meu pai, José Transfiguração Figueiredo, que sempre teve e tem uma palavra carinhosa e de incentivo, que sempre acreditou e apostou nos meus sonhos. Amo você!

A minha irmã Ariane, meus irmãos Vitor e José Henrique e cunhados (as) que me acolheram de braços abertos, durante minha estadia em BH, apoiando-me afetivamente, servindo como esteio nesse meu caminho. Aos meus irmãos Marcus (Mica), Fernando, Cibele e cunhados (as) pelas palavras de carinho e incentivo, que Deus os abençoe sempre. Amo vocês.

À Tia Bolão minha amiga, secretária, “ama”, que foi solidária desde o primeiro momento da minha opção por fazer mestrado, deixando suas férias e folgas para que com seu apoio e os cuidados com minha casa, com meus filhos e marido, eu pudesse viajar tranqüila, bem como desenvolver minha pesquisa. Você é para mim muito especial! Obrigada!

A minha amiga Betinha que me pergunta com os olhos e me escuta quando me encontro perdida. Você, eu nem sei como agradecer aos inúmeros sim's e solidariedade nos momentos de grandes sofrimentos durante este trajeto. Deus a ilumine sempre.

A Rita França, pela boa vontade e por assumir a disciplina de neonatologia, dando andamento as minhas atividades escolares.

As minhas companheiras de estudo e de viagem durante o período em que cursamos as disciplinas optativas, Mônica, Ana Carolina e Marta, com quem vivi a grande frustração de não ter sido aprovada no mesmo ano, mas como a vida é dividida também em momentos de alegria, agradeço-lhes os nossos risos, os planos que fizemos o que aprendemos juntas e o incentivo que me deram para buscar novamente a aprovação no processo seletivo do mestrado.

A Mônica, que disponibilizou seu tempo e compreendeu a minha ansiedade frente a essa experiência nova, obrigada pela amizade...

Aos acadêmicos de enfermagem Mauro, Raquel e Flávia, que dispuseram do tempo de folga e vivenciaram comigo a experiência do olhar investigativo, por meio da busca dos dados, o que contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos tantos colos e afetos recebidos da Fabiana, Marilda, Nelma, Alline, Nilma, Edilamar, que tanto fortaleceram o meu caminhar rumo a este sonho.

A todos os outros que, direta ou indiretamente, deixaram sua parcela de contribuição para a edificação deste trabalho, meus mais sinceros agradecimentos.

Um dia meu coração encheu de dor, eu sofri...

O desespero quis me dominar,

eu reagi...

Preces fervorosas, súplicas

confiantes, eu orei...

Recaídas de angústias,

momentos difíceis, eu superei...

A vida é um vai e vem de dores e

alegrias, eu aprendi...

Que a vida nos foi dada para

sermos felizes...

Terezinha Diniz Figueiredo

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

RESUMO

1 – INTRODUÇÃO	26
2 – REVISÃO DA LITERATURA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE MATERNA E O SUBREGISTRO.	30
2.1 – Morte Materna: definição e classificação.....	30
2.2 – Razão de Mortalidade Materna	33
2.3 – A situação da mortalidade materna no Brasil e no mundo	34
2.4 – O sub-registro e a qualidade da informação.....	38
2.5 – As causas mais freqüentes de mortalidade materna.....	42
2.6 - Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna	43
2.7 – As leis que apóiam a vigilância ao óbito	49
2.8 - A evitabilidade dos óbitos.....	50
2.9 - Linha do Cuidado	53
2.9.1 - Fluxograma Analisador	57
2.9.2 - As Indagações do Estudo	61
3 - OBJETIVOS.....	63
3.1 - Objetivo Geral	63
3.2 – Objetivos Específicos	63
4 – METODOLOGIA	<u>64</u>
4.1 - População Alvo	64

4.2 - Base de Dados	64
4.3 - A Investigação	67
4.4 - Análise dos Óbitos	68
4.5 - Análise da Evitabilidade	69
5 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	71
5.1 - Caracterização do Município de Governador Valadares em relação à saúde.....	71
5.2 - Descrição dos óbitos e da qualidade das informações da base de dados no Município de Governador Valadares.....	74
5.2.1 - Fluxo das declarações de óbitos.....	74
6 - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	76
6.1 - Distribuição do total de óbitos femininos e dos óbitos de mulheres em idade fértil, residentes no Município de Governador Valadares, 2002-2004.	76
6.2 - Características sócio-demográficas dos óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) no Município de Governador Valadares, identificadas pelo preenchimento das declarações de óbitos (DO) nos anos 2002-2004.....	77
6.3 - Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência no Município de Governador Valadares 2002 – 2004.....	81
6.4 - Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência/distrito sanitário no Município de Governador Valadares, 2002- 2004.	83
6.5 - Distribuição das causas nos óbitos de mulheres em idade fértil no Município de Governador Valadares, 2002-2004.....	87
6.6 – Coeficiente de mortalidade por causas de óbitos por faixa etária. ..	90
7 – INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS	93

7.1 - Preenchimento dos campos 43 e 44.....	98
7.2 - Óbitos Maternos identificados pela pesquisa.....	101
8 - CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO QUADRO DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE GV NO TRIÊNIO 2002-2004.	104
8.1 - Distribuição dos Óbitos Maternos diretos e indiretos por Distritos Sanitários no Município de Governador Valadares, 2002-2004.	108
8.2 - Principais causas de óbito materno.....	109
8.3 – Característica da assistência prestada aos cinco casos de óbitos maternos, segundo o percurso da Linha do Cuidado.....	111
8.4 - A evitabilidade da morte materna segundo análise do Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna no Município de Governador Valadares, 2002-2004.	119
8.5 - Classificação e discussão dos casos de óbitos maternos sob a perspectiva da linha do cuidado e sua evitabilidade.....	121
8.6 - Classificação e discussão dos casos de mortes maternas tardias e não obstétrica sob a perspectiva da linha do cuidado e sua evitabilidade.....	141
8.6.1 - Morte Materna não obstétrica.....	142
8.6.1 .1 - Causas externas.....	143
8.6.1. 2 - Causa incidental.....	148
8.6.2 - Mortes Maternas Tardias.....	150
8.6.2.1 - Miocardiopatia periparto.....	151
8.6.2.2 - Lupus.....	164
8.7 - Descrição dos Ruidos na Linha do Cuidado.....	168
9 - RECÁLCULO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA.....	171
10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	173

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	182
12 - ANEXOS.....	192

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
CMPMM	Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DSC/GEPE	Departamento de Saúde Coletiva/ Gerência de Epidemiologia
DN	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbitos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FUSOBRAS	Fundação de Obras Sociais
G.P.A.	Gestação, Parto, Puerpério
GV	Governador Valadares
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMIF	Óbitos de Mulheres em Idade Fértil
OMS	Organização Mundial de Saúde
HA	Hipertensão Arterial
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa de Saúde da Família

RMM	Razão de Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIM/GV	Sistema de Informação de Mortalidade/Governador Valadares
SIM/SES	Sistema de Informação de Mortalidade/Secretaria Estadual de Saúde
SIM/SES/MS	Sistema de Informação de Mortalidade/Secretaria Estadual de Saúde/Ministério da Saúde
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS/GV	Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Sistema de Verificação de Óbito
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA LINHA DE PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....60

FIGURA 2 - MAPA COM IDENTIFICAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS.
.....73

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 1 DISTRITO SANITÁRIO IV 2002, ÓBITO MATERNO DIRETO, HOSPITALAR, DECLARADO.125

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 2 DISTRITO SANITÁRIO IV 2003, ÓBITO MATERNO INDIRETO, HOSPITALAR, NÃO DECLARADO
.....129

FIGURA 5 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 3 DISTRITO SANITÁRIO IV 2004, ÓBITO MATERNO DIRETO, HOSPITALAR, DECLARADO.133

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 4 DISTRITO SANITÁRIO II 2004, ÓBITO MATERNO DIRETO MASCARADO, HOSPITALAR, NÃO DECLARADO.137

FIGURA 7 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 5 DISTRITO SANITÁRIO IV 2004, ÓBITO MATERNO DIRETO, HOSPITALAR, DECLARADO.140

FIGURA 8 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 6 DISTRITO SANITÁRIO V 2002, ÓBITO MATERNO CAUSA EXTERNA, NÃO DECLARADO, AFOGAMENTO.144

FIGURA 9 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 7 DISTRITO SANITÁRIO II 2004, POSSIVEL MORTE MATERNA NÃO OBSTETRICA, CAUSA EXTERNA, NÃO DECLARADO146

FIGURA 10 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 8 DISTRITO SANITÁRIO III 2004, POSSÍVEL MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA, CAUSA EXTERNA, NÃO DECLARADO, INCONCLUSIVO.147

FIGURA 11 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 9 DISTRITO SANITÁRIO IV 2004, MORTE MATERNA NÃO OBSTETRICA - INCIDENTAL, HOSPITALAR, DECLARADO.149

FIGURA 12 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 10 DISTRITO SANITÁRIO III 2002, ÓBITO MATERNO TARDIO, HOSPITALAR, DECLARADO.155

FIGURA 13 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 11 DISTRITO SANITÁRIO I 2003, ÓBITO MATERNO TARDIO, HOSPITALAR, NÃO DECLARADO,. 158

FIGURA 14 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 12A DISTRITO SANITÁRIO IV 2003, ÓBITO MATERNO TARDIO, HOSPITALAR, DECLARADO,.162

FIGURA 15 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 12B DISTRITO SANITÁRIO IV
2003, ÓBITO MATERNO TARDIO, HOSPITALAR, DECLARADO,.163

FIGURA 16 - FLUXOGRAMA DO CASO Nº 13 DISTRITO SANITÁRIO IV
2002, ÓBITO MATERNO TARDIO, HOSPITALAR, DECLARADO, NÃO
RELACIONADO À GRAVIDEZ.167

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos óbitos gerais e dos óbitos femininos no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.	75
TABELA 2 – Distribuição do total de óbitos femininos e dos óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.	76
TABELA 3 – Distribuição percentual das mortes de mulheres em idade fértil e caracterização sócio econômica da população estudada no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.	80
TABELA 4 – Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.	83
TABELA 5 – Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência/Distrito Sanitário no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.	85
TABELA 6 – Distribuição dos óbitos por faixa etária e escolaridade por Distrito Sanitário no município de Governador Valadares, 2002 – 2004. ..	86

TABELA 7 – Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) por causa básica por capítulo da CID (Classificação Internacional das Doenças) no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.89

TABELA 8 – Coeficientes específicos de mortalidade por causa de óbito por faixas etárias no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.92

TABELA 9 – Distribuição do total de óbito de mulheres em idade fértil (OMIF) identificados por ano e por registro nas D.O's e no SIM/GV e no SIM/SES no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.94

TABELA 10 – Distribuição do número de óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) investigados no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.95

TABELA 11 – Distribuição do total de óbito de mulheres em idade fértil identificados por ano e por registro nas D.O's e no SIM/GV e no SIM/SES no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.98

TABELA 12 – Distribuição do preenchimento dos campos 43 e 44 na Declaração de Óbito no município de Governador Valadares, 2002-2004. 100

TABELA 13 – Mortes Maternas identificadas antes e após pesquisa no município de Governador Valadares, 2002-2004.102

TABELA 14 – Revisão dos óbitos de mulheres em idade fértil após análise crítica das DO e das investigações realizadas no município de Governador Valadares, 2002-2004.	103
--	-----

TABELA 15 – Distribuição das causas de mortes maternas tardias e não obstétricas, ocorridas no município de Governador Valadares, 2002-2004.	106
--	-----

TABELA 16 – Classificação das Mortes Maternas de causas direta e indireta no município de Governador Valadares, 2002-2004.....	107
---	-----

TABELA 17 – Distribuição dos óbitos maternos por faixa etária, Distrito Sanitário, tipo de óbito, identificação no SINASC e local de ocorrência, no município de Governador Valadares, 2002 - 2004.	109
---	-----

TABELA 18 – Distribuição dos óbitos maternos precoces segundo o diagnóstico no município de Governador Valadares, 2002-2004.	111
--	-----

TABELA 19 – Distribuição dos óbitos em relação ao atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Governador Valadares 2002-2004.	113
--	-----

TABELA 20 – Distribuição dos óbitos em relação ao acesso e assistência ao pré-natal e existência de doença anterior a gravidez no município de Governador Valadares 2002-2004.115

TABELA 21 – Distribuição dos óbitos em relação ao acesso e assistência ao parto no município de Governador Valadares, 2002-2004.116

TABELA 22 – Distribuição dos óbitos em relação ao percurso da assistência hospitalar no município de Governador Valadares, 2002-2004.118

TABELA 23 – Distribuição dos óbitos maternos conforme classificação de evitabilidade do Comitê de Prevenção de Morte Materna no município de Governador Valadares, 2002-2004.120

TABELA 24 – Distribuição dos casos de óbitos maternos conforme fatores de evitabilidade de acordo com a análise do Comitê de Prevenção de Morte Materna no município de Governador Valadares, 2002-2004.121

TABELA 25 – Razão de Mortalidade Materna (RMM) em Governador Valadares 2002-2004, antes e após da realização da pesquisa.172

RESUMO

O estudo busca investigar a mortalidade materna e a sua evitabilidade em mulheres em idade fértil, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004, em Governador Valadares. Os dados para o desenvolvimento do estudo são de fonte secundária, fornecidos pelo Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de fichas das investigações de óbito do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, além das bases de dados do SIM e SINASC. As investigações consistiram em identificar os óbitos maternos, avaliar os fatores responsáveis, identificando aspectos relacionados à sua evitabilidade, procedendo à busca de informações junto às famílias e em prontuários nas Unidades de Saúde e Hospitais. Empregou-se o fluxograma analisador proposto por Merhy e Chakkour (1997) para análise do fluxo assistencial, acesso e qualidade da assistência, tentando-se detectar indícios de falhas ocorridas na assistência e outros fatores que contribuíram com o evento em estudo - o óbito materno. Para a avaliação da evitabilidade dos óbitos, utilizou-se a classificação sugerida pelo Ministério da Saúde no manual de morte materna (Brasil, 2002), visando analisar as possíveis falhas nos diversos momentos da assistência à saúde e as dificuldades sócio-familiares. Foram identificados 323 óbitos de mulheres em idade fértil no universo de 345 mortes, sendo um excluído após a investigação por ser do sexo masculino. Selecionados no universo do estudo para investigação, 106 (30,6%) correspondente ao ano de 2002, 90 (26,1%) ao ano de 2003 e 127 (36,9%) ao ano de 2004. Foram comparadas as bases de dados tanto do SIM de Governador Valadares, quanto do SIM da SES/MG (MS) e foram encontrados mais 21 óbitos na base do SIM/SES/MS. Essa diferença equivalente a 6,1%, refere-se aos óbitos residentes no município de Governador Valadares, ocorridos em outra localidade. Estes 21 óbitos de mulheres em idade fértil também foram investigados e dentre eles foi identificado um óbito materno em 2004. Do total de óbitos investigados foram identificados os seguintes óbitos maternos: 1 (2002), 1 (2003), 4 (2004). Quanto aos critérios de evitabilidade do óbito materno sugeridos pelo MS, 50% dos óbitos maternos ocorridos no triênio estudado foram classificados como redutíveis, por medidas preventivas de planejamento familiar e habilidade profissional na condução dos casos. Os outros 50% que ocorreram foram classificados como 16,6% óbito materno indireto, provavelmente evitável e 33,4% (DHEG e Hemorragia) redutível por medidas preventivas durante o pré-natal e da boa condução profissional nos casos. A Razão de Mortalidade Materna para o triênio foi recalculada e passou de 24,2/100.000 para 36,2/100.000 após a investigação. Concluiu-se que o cruzamento sistemático das bases do SIM e SINASC e o confronto das bases municipais e estaduais visando a identificação dos óbitos maternos é relevante na identificação e correção da Razão da Mortalidade Materna, o que auxilia o planejamento das ações interventivas com vistas à redução dos óbitos maternos.

PALAVRAS – CHAVE: mortalidade materna; mulheres em idade fértil; evitabilidade; linha do cuidado.

ABSTRACT

The present study searches for maternal death rate in Governador Valadares, Minas Geraes Brasil, among fertile aged women and its avoidability. Data used in study development were collected from secondary sources - Epidemiologic Department- Municipal Health Secretary maternal Death Prevention Committee (death records), beyond data achieved from SIM (Federal Information System on Mortality) and SINASC (Infant Mortality System on alive childbirth). All women deaths happened from January/2002 to December/2004 in fertile age were investigated in the way to identify maternal deaths its causing factors aiming issues related to its avoidability, searching informations from family and Hospital and Unit Care patient's charts. Collected data were analyzed by flowchart proposed by Merhy and Chakour(1997) in the way to check care flow, access to and quality care, trying to detect indirect signal of bad care and other factors responsible for maternal deaths. Maternal deaths avoidability was evaluated by classification suggested for Health Ministry criteria (Brasil 2002) that comprises since care fails to social-familiar difficulties. Among a total 345 deaths studied, 323 were maternal deaths selected that were separated according time – 100(30,6%) in 2002, 90 (26,1%) in 2003 and 127(36,9%) in 2004. Data provided from Municipal SIM, MG-State SIM were compared identifying more 21 deaths; in this last one source. This difference compound 6,1% over total refer to women died out of their cities. One more death was recognized in 2004 previously unobserved. About 50% of maternal deaths were classified as avoidable by preventive means such as familiar planning and professional skills. The other one 50% were classified in 16,6% indirect maternal deaths, probably avoidable and 33,4% (hemorrhage and preclampsia) could be reduced by means of prenatal preventive care. Maternal Mortality Ratio related to this three years was reestimated ascending from 24,2/100000 to 36,2/100000 after investigation. In this way we concluded that cross analyzes for SIM and SINASC data as well as municipal rates and state rates aiming to identify new maternal deaths. Maternal Mortality Ratio adjustment provides planning actions aiming reduce itself.

KEY - WORDS: mortality maternal; aged fertile women ; avoidability; care line.

1 – INTRODUÇÃO

A morte materna revela a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher, o sub-registro e sub-informação das declarações de óbito. A maioria das mortes maternas poderia ser evitada, caso houvesse intervenção oportuna e adequada. Torna-se importante a realização de estudos sobre o tema, visando realçar este grave problema de saúde pública, trazendo mais luzes sobre a realidade oculta, ou parcialmente revelada.

Pode-se dizer que somente a partir da segunda metade da década de 80, no século passado, passou a ser dada a devida importância à mortalidade materna, como problema de saúde pública nos países chamados de terceiro mundo.

A conscientização da gravidade da situação e a conseqüente tomada de posição a esse respeito certificaram-se a partir da *International Conference on Safe Motherhood*, realizada em Nairobi, Quênia, em 1987, quando a mortalidade materna passou a ser vista como grave problema de saúde da mulher e de saúde pública nos países em desenvolvimento. Uma das metas propostas foi a redução da mortalidade materna de forma a atingir, no ano de 2000, valores correspondentes a 50% daqueles observados em 1985 (LAURENTI et al, 2000a).

Nas Américas, a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais evidente quando se analisam as razões de morte

materna. Enquanto o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a 9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, países como a Bolívia, Peru e Haiti chegam a mais de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2002).

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

Segundo Laurenti et al (2004), no Brasil, a análise de óbitos em mulheres em idade fértil nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontou para o fato de que a mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto, não aparece dentre as dez primeiras causas de morte encontradas. No entanto, pode-se perceber que a gravidade do problema é evidenciada, quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2004a).

Segundo Tanaka (1995), os cuidados com os eventos que ocorrem durante o desenrolar da gestação, que se constitui num dos momentos mais importantes da vida da mulher, demonstrando inclusive o respeito à sua cidadania, revelam o grau de desenvolvimento de uma sociedade. A doença não somente tem relação causal com a situação econômica e social de uma determinada população, como também os cuidados médicos oferecidos

refletem a estrutura desta coletividade, em particular, sua estratificação de classes, o que é claramente revelado nos serviços de saúde brasileiros.

Se considerado que a morte de uma mulher por complicação durante a gravidez ou parto, poderá causar uma desagregação da célula familiar, assim como uma probabilidade maior da morte do recém-nascido e o comprometimento do desenvolvimento dos outros filhos, em especial os menores de cinco anos, pode-se inferir que todos estes eventos resultam do papel exercido pela mãe na socialização das crianças e na estruturação familiar, podendo a morte precoce causar abandono escolar ou mesmo desajuste social das crianças. Adicionado a isto se tem o risco social, um conceito que engloba desde a pobreza, o baixo nível de escolaridade formal, a precariedade do sistema hospitalar, até a má qualidade do atendimento à saúde; situações estas que vulnerabilizam as mulheres, expondo-as a morbimortalidade durante a gestação (PORTAL MÉDICO, 2004).

Isso evidencia a relevância de estudos que centrem foco em pesquisas que visem à identificação dos principais entraves das notificações e dos registros da mortalidade materna, além de favorecer o conhecimento acerca da realidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde pública.

É inegável que a saúde da população de um país é de responsabilidade do Estado, como também as conseqüências advindas da ausência de tais cuidados. Assim, a mortalidade materna e infantil representa problemas de saúde pública prioritários para o governo brasileiro. Ambas são importantes

indicadores das condições de saúde e ambientais, como também do nível socioeconômico da população (BRASIL, 2004a). O indicador de mortalidade materna reflete as condições da assistência no pré-natal e ao parto, além de aspectos biológicos da reprodução humana e de doenças associadas ao período gravídico-puerperal. Esta informação é essencial à tomada de decisão e se constitui um dos meios para a construção do conhecimento em saúde.

Observa-se que o conhecimento da razão da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde, governo e sociedade, uma vez que as causas maternas são as mais mal declaradas, levando a um real desconhecimento da magnitude deste problema (LAURENTY, 2000a).

A partir das investigações do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno de Governador Valadares (CMPMM-GV), obteve-se a confirmação dos dados de mortalidade materna, decorrentes de falhas no preenchimento das declarações de óbito, que ora se apresentavam inadequadas, ora não preenchidas.

O atual projeto surgiu neste contexto propondo conhecer a fidedignidade das informações contidas nas DO's, bem como identificar as causas das mortes, na faixa etária de 10 a 49 anos no Município de Governador Valadares, visando ainda recalcular a razão da mortalidade materna no Município.

2 – REVISÃO DA LITERATURA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE MATERNA E O SUBREGISTRO

2.1 – Morte Materna: definição e classificação

Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1998).

As mortes maternas correspondem ao capítulo XV da CID-10 “Gravidez, Parto e Puerpério” (excluídos os códigos O96 e O97), acrescentando-se as mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos da CID, especialmente (I) doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; (II) necrose pós-parto da hipófise (E23.0); (III) osteomalácia puerperal (M83.0); (IV) tétano obstétrico (A34); e (V) transtornos mentais e comportamentais associadas ao puerpério (F53) (OMS, 1998).

As mortes maternas podem ser classificadas em mortes obstétricas diretas e mortes obstétricas indiretas.

A *morte materna obstétrica direta* é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto e puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0 (BRASIL,2002).

A *morte materna obstétrica indireta* é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10. 0 a O10. 9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação) (BRASIL, 2002).

A CID-10 estabelece ainda os conceitos de *morte materna tardia*, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (CID O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (CID O97) (OMS, 1998).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO adota o conceito de *morte materna não obstétrica*, que não entra na definição da OMS: é a morte resultante de causas acidentais ou incidentais não relacionadas com a gravidez e seu manuseio (LAURENTI, 1995). Também chamada por alguns autores como *morte não relacionada*, estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna (BRASIL 2004 b).

Morte relacionada à gestação – é a morte de uma mulher grávida ou dentro dos 42 dias do término da gestação, qualquer que seja a causa do óbito.

A Quadragésima Terceira Assembléia Mundial de Saúde em 1990 recomendou que os países incluíssem nos atestados de óbito questões relativas ao estado de gravidez no momento da morte, ou a gravidez durante o ano que precedeu a morte (LAURENTI et al, 2000a). Desde 1995 esta variável foi incluída no campo 43 e 44 da declaração de óbito, adotada pelo Ministério da Saúde no país.

Laurenti et al. (1990b) em pesquisa realizada, questionam qual o período em que uma determinada morte deva ser considerada morte materna, sendo evidente que com os avanços da tecnologia médica, tais mortes podem ocorrer depois dos 42 dias do parto. Além disto, certas condições que seriam consideradas não relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, deveriam ser contabilizadas como mortes maternas, pois há uma relação direta entre a ocorrência da condição (a piora ou desencadeamento da mesma) e a gravidez (LAURENTI et al, 1990b).

É considerada *morte materna mascarada ou presumível* aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na D.O. por falhas no seu preenchimento. Ocorre quando se declara como fator ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou a morte. Desta forma, se oculta a causa básica e impede-se a identificação do óbito

materno (BRASIL, 2004a). Assim, tem-se em um determinado óbito a causa septicemia, porém o que levou a paciente a esse quadro foram complicações no ciclo gravídico puerperal.

A morte materna não declarada é assim considerada quando as informações registradas na D.O. não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna (BRASIL, 2004a).

2.2 – Razão de Mortalidade Materna

Freqüentemente, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é chamada de “Taxa” ou “Coeficiente”. Contudo, ela só poderia ser designada assim 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 o uso da expressão “Razão” (BRASIL, 2002).

Nesse cálculo devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10, como também algumas doenças que não constam neste capítulo, desde que fique comprovada sua relação com o estado gravídico-puerperal.

A RMM estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação ao total de mulheres que estiveram grávidas (OMS, 1998). O cálculo é feito dividindo-se o número de óbitos femininos por causas maternas pelo total de nascidos vivos na população em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Quando se descrevem níveis de mortalidade materna, existe sempre uma tendência em classificá-los segundo os valores em altos, médios ou baixos. Pode-se dizer que o nível baixo de mortalidade materna é aquele abaixo de 15 mortes por 100.000 nascidos vivos. Valores entre 20 a 50 mortes por 100.000 nascidos vivos são considerados como nível médio e, entre 50 e 100 mortes por 100.000 nascidos vivos, alto (LAURENTI, 1995).

2.3 – A situação da mortalidade materna no Brasil e no mundo

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e de Estatística (IBGE, 2000), a população feminina brasileira está estimada em 89.807.839 habitantes para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,7% da população total. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, somam 57.898.352 e representam 64.5% do total da população feminina, configurando-se um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde no Brasil registra queda da mortalidade materna de 1999 a 2001, que pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade e foi considerada uma prioridade do Governo Federal e de várias iniciativas estaduais e municipais que foram deflagradas para reduzi-la. Com isto a partir do ano de 1998, diminuíram os óbitos por internações obstétricas no SUS, passando de 34,8 óbitos, para 28,6 óbitos por 100.000 internações. Neste período, também caiu o número de mulheres que morrem no parto em relação ao número de partos realizados, passando de 32,48 para 24 óbitos em 100.000 partos (BRASIL, 2003).

Em pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, coordenado por Laurenti et al (2004), verificou-se uma subnotificação significativa no número de óbitos maternos. Uma das conclusões desta pesquisa é a constatação de subregistro de 40%. Por este motivo o autor sugeriu o seu ajuste por meio de um fator de correção de 1,4 para que a RMM seja mais fidedigna com a realidade (Brasil, 2004a).

A partir desta pesquisa, aplicou-se o fator de correção proposto por Laurenti et al (2004) e a razão de mortalidade materna no Brasil, de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, obtida a partir de óbitos declarados (SIM/SINASC), foram corrigidos, passando a razão de mortalidade materna para 74,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2004c).

O PORTALMEDICO (2004) apresenta dados sobre os indicadores de mortalidade materna, informando que a América Latina está longe de ser o continente com mais elevados índices de mortalidade. Alguns países africanos, como, por exemplo, Gâmbia registra coeficiente da ordem de 2360 por 100.000 nascidos vivos, o Congo, com 6000 mortes por 100.000 nascidos vivos. O fato é que a análise do coeficiente de mortalidade materna demonstra o quanto a morte materna é também um indicador de determinação política garantida pelos direitos fundamentais, como o direito à saúde.

Para o cálculo do número de óbitos maternos esperados para Minas Gerais, a Secretaria de Saúde do Estado registrou o perfil da mortalidade materna declarada no Estado de RMM 42,5 por 100.000 nascidos vivos (SES-MG, 2000).

Em Governador Valadares, cidade mineira com 253.863 habitantes, localizada no leste de Minas Gerais e referenciada como pólo macro regional de saúde, dentro do plano de regionalização da Secretaria de Estado da Saúde, verificou-se que apesar da oferta crescente de atendimentos médicos nos serviços públicos e privados, nos anos 2000-2002, houve uma crescente elevação nos registros de mortes sem assistência além dos numerosos casos em que a declaração ainda era realizada em cartório sem a interferência do profissional médico (TOSETTO E SOUZA, 2004).

Tosetto e Souza (2004) registraram ainda que durante este trabalho identificaram-se declarações de óbitos (D.O.) incompletas e/ou mal preenchidas; falta de responsabilização em relação aos documentos por parte dos estabelecimentos de saúde e cartórios; preenchimento de itens ou correção de dados inexatos das D.O. no momento do registro, aceitação de rasuras em documentos; desinformação dos usuários em relação aos seus direitos; bem como falha no sistema de recolhimento das D.O. nos estabelecimentos de saúde e cartórios, uma vez que a primeira e segunda via da D.O. eram entregues às famílias para que fizessem o registro no cartório. Nesse percurso, ficavam retidas no cartório e só então devolvidas as primeiras vias à Secretaria Municipal de Saúde em prazo indeterminado.

Diante desta experiência, reuniu-se com os responsáveis pelos cartórios, hospitais e IML e estabeleceu-se o fluxo das D.O. conforme ANEXO III. Porém este trabalho sem a sensibilização dos profissionais médicos não era o suficiente, uma vez que as declarações continuavam mal preenchidas. Buscou-se então contato com o Comitê Estadual de Mortalidade Materna que orientou o município realizar um seminário com o tema Saúde da Mulher. Foram então nomeados os representantes dos conselhos de classe, conselho municipal de saúde, universidade, hospitais, sindicatos dos médicos, e a partir daí institui-se o Comitê de Prevenção de Morte Materna de Governador Valadares (CPMMGV), que teve sua primeira reunião em fevereiro de 2003.

A partir do desenvolvimento deste trabalho, o município registrou nos Relatórios Anuais da Secretaria Municipal de Saúde grande variabilidade no período de 2001 a 2004, apresentando RMM de 68/100.000 NV (2001), 23,4/100.000 NV (2002), 22,7/100.000 NV (2003), 36,1/100.000 NV (2004). Esta flutuação decorre do fato de se tratar de evento pouco freqüente, no qual a oscilação de 1 ou 2 casos pode alterar em muito o cálculo da RMM. Por isto, o mais adequado seria o cálculo da RMM para um triênio.

Portanto, o quadro da mortalidade materna no Município de Governador Valadares apresenta-se abaixo do índice do Estado e do Brasil, e, por conseguinte, está longe de apresentar um alto índice de mortalidade, se comparado com outros países em desenvolvimento. Porém, se consideradas as pesquisas realizadas pelo Laurenti et al (2004) e aplicado o índice de correção sugerido, tais dados sofrerão alterações, que carecem de revisão dos registros e estudos das possíveis subnotificações.

2.4 – O sub-registro e a qualidade da informação

Levando-se em conta apenas os óbitos declarados, a razão de mortalidade materna brasileira declinou durante a década de 80, no século passado, mantendo-se próxima de 60/ 100.000 nascidos vivos, quando sofreu uma discreta elevação, em especial pelo aumento da razão de mortalidade materna por *causas obstétricas indiretas*. Como estes óbitos são de difícil registro, deduz-se que este aumento tenha sido devido a uma melhoria na qualidade das informações, provavelmente, associado ao processo de

investigação de óbitos de mulheres em idade fértil por meio dos comitês de morte materna.

Também em 1996 o Ministério da Saúde modificou o formulário para a Declaração de Óbito, introduzindo perguntas específicas para captar óbitos maternos (BRASIL, 2004a). Isso porque, para melhoria do registro de morte materna torna-se imprescindível o preenchimento da DO (Declaração de Óbito) e também da D.N. (Declaração dos Nascidos Vivos) para que seja possível calcular a Razão da Mortalidade Materna.

No entanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c), no Brasil, a real magnitude da mortalidade materna ainda é desconhecida, devido ao fato de que as declarações de óbito, principal documento de registro para o controle do fenômeno, não serem confiáveis em sua totalidade, havendo tanto um sub-registro, quanto uma má qualidade na notificação.

Laurenti et al, (2000b) afirmam que dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: o sub-registro das declarações de óbito e o preenchimento incorreto das DO. A sub-informação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e também por ignorarem a relevância desse documento como fonte de dados de saúde.

Jorge et al (2002), afirma que freqüentemente os médicos registram, na declaração de óbito, a complicação e não a causa básica e, assim, as estatísticas de mortalidade por causas ficam comprometidas quanto a sua qualidade.

Estudos conduzidos por Laurenti, analisando os campos 43 e 44 da declaração de óbito evidenciaram o não preenchimento destes campos pelos médicos, anotando como “ignorado” em mais de 70% das DO’s investigadas, mesmo naquelas declarações definitivamente caracterizadas como maternas (LAURENTI et al, 2000b).

Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou pela falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2004a).

Autores como Malta et al. (2001a) e Laurenti et al (2000b), reforçam que os indicadores de mortalidade, embora sejam os mais usados em saúde pública, no interior do Brasil sofrem distorções relacionadas à qualidade dos serviços de registros de dados vitais e ao sub-registro.

A preocupação com o registro de óbitos vem desde 1948, quando houve a necessidade de se notificar os óbitos, apresentando na D.O. a causa básica da morte. Desde então, a Organização Mundial de Saúde responsabilizando-

se pelas revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID), passou a adotar também o “modelo internacional de atestado de óbito”, modelo padronizado que começou a ser utilizado internacionalmente por todos os países membros a partir de 1950, ano de vigência da 6ª revisão da CID. Passou-se, então, a preocupar-se em educar e treinar os médicos quanto às informações a serem registradas nos atestados, utilizando-se para isto folhetos, artigos ou livretos (LAURENTI, 1995).

Apesar desse empenho realizado desde 1950, os profissionais admitem a falta de conhecimento dos médicos sobre essa questão, o que leva a uma desconfiança em relação às estatísticas de mortalidade por causa (LAURENTI, 1995). Conforme já mencionado neste capítulo, o registro da complicação e não da causa básica do óbito, constitui-se uma grave distorção no processo de informação.

Um dos métodos utilizados para tentar corrigir tais distorções consiste em analisar óbitos de mulheres em idade fértil, investigando a presença de gravidez no momento da morte ou nos doze meses que a precederam e, em caso positivo, tentar estabelecer um nexo de causalidade entre gestação, parto, ou puerpério e a causa da morte, que passaria então a ser computada como materna - direta ou indireta (JORGE et al, 2002).

Vale enfatizar a importância do preenchimento correto da D.O. pelos médicos, evitando as máscaras e identificando os fatores que realmente ocasionaram o quadro patológico, sem os quais não ocorreria a morte.

Assim, será possível identificar o óbito materno, definir o perfil da mortalidade e elaborar políticas de redução às causas do óbito com maior eficiência (BRASIL, 2004a).

2.5 – As causas mais freqüentes de mortalidade materna

A partir de estudos realizados no Brasil entre 1996 a 2001, o Ministério da Saúde concluiu que dentre as causas do óbito materno, predominam em todo período e em todas as regiões as causas obstétricas diretas, representando mais da metade das causas de mortes maternas. Nas regiões Norte e Nordeste este grupo de causas representou mais de 70% do total de óbitos.

Classificadas como causas diretas, encontram-se doenças que surgem como complicação do ciclo grávido puerperal. Destacam-se a doença hipertensiva específica da gestação - em todo o período- (a eclâmpsia-O15 e a pré-eclâmpsia-O14), representando 18,7% dentre todas as causas de óbito materno, tendo como notificação dessas principais causas a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis. As causas diretas predominam em relação às causas indiretas (Brasil, 2004a).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) as causas indiretas (doenças pré-existentes ou que surgiram durante o ciclo grávido puerperal e que por ele são agravadas) são as mais importantes nas regiões sul e sudeste, representando 35% dos óbitos maternos, e as que mais se destacaram

foram àquelas classificadas no código O99 - doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, anemias, defeitos de coagulação, dentre outras.

2.6 - Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna

O relato da evolução ao longo do tempo da mortalidade materna foi realizado pelo Comitê de Morte Materna do Paraná, que retratou o tempo decorrido para diversos países atingir a redução do coeficiente de mortalidade materna. Nos Estados Unidos, levou-se 52 anos, de 1940 a 1992 para reduzi-la em 98% de 376 para 7,8 por 100.000 nascidos vivos. Da mesma forma, a Inglaterra consumiu 50 anos (de 1935 a 1985) para conseguir a redução de 440 para 8,0 por 100.000. Costa Rica levou 39 anos para decrescer de 212,9 para 30,0 por 100.000 (86% de redução) e Cuba, 27 anos (1970 a 1997) para decrescer de 70,05 para 21,6 por 100.000 nascidos vivos (PORTALMÉDICO, 2004).

O processo de redução de Mortalidade Materna nos países desenvolvidos ocorreu em função de esforços como a implantação da assistência pré-natal para toda população, e essa foi uma estratégia de Saúde Pública. Outras medidas importantes na década de 60 foram a introdução da antibioticoterapia, da hemoterapia e da anestesia com tecnologia adequada e de baixo risco (PORTALMÉDICO, 2004).

Já a redução em Cuba e Costa Rica ocorreu a partir de investimentos na educação da população, na qualidade dos serviços oferecidos, no controle eficaz das patologias obstétricas mais comuns e nas ações de planejamento familiar. Este esforço realizado por Costa Rica e Cuba merece ser reconhecido, pois os países vizinhos, com condições culturais e socioeconômicas similares continuavam apresentando na década de 50 altas taxas de mortalidade materna (PORTAL MÉDICO, 2004).

Apesar dos primeiros Comitês de Morte Materna terem se estabelecido nos Estados Unidos, na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, no ano seguinte, a experiência internacional mais conhecida do trabalho dos Comitês acabou sendo a do Reino Unido (BRASIL, 2004b).

No entanto, ressalta-se a experiência de Cuba com os Comitês, uma vez que desde 1987 existe 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. Estas avaliações de óbitos retornam às instituições de saúde onde eles ocorreram, e os dados gerados alimentam o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna (BRASIL, 2004b).

A mobilização internacional em torno do problema da mortalidade materna tem na Conferência Internacional sobre a Maternidade Sem Risco (*Safe Motherhood Conference*) em 1987- Nairobi, um importante demarcador, um evento de grande repercussão mundial, e que teve como uma das metas

propostas a redução da mortalidade materna, de forma a atingir, no ano de 2000, valores correspondentes a 50% daqueles observados em 1985 (BRASIL, 2002). Sendo assim, tal evento se converteu em marco referencial, sobretudo para os países menos desenvolvidos, dado que foi a partir daí que a questão assumiu mais espaço na agenda das discussões relativas à saúde pública.

A partir desta Conferência, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, esse pacto pela saúde refletiu-se no estímulo à implantação de novos Comitês de Morte Materna a partir de 1990, com a 23ª Conferência Sanitária Pan-americana. Nessa reunião, foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outras, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna (LAURENTI et al, 2000a).

No Brasil, a implantação dos Comitês Estaduais de Morte Materna tem sido adotada como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

Desde então vários programas foram propostos, entre os quais se destaca o “Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna”, da

Organização Pan-Americana de Saúde, de 1990, que também foi adotado por países da região das Américas (LAURENTI et al, 2000a).

Devido a esse desafio, foram criados pelo Ministério da Saúde no Brasil, os Comitês de Morte Materna os quais congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, cuja área de atuação é a saúde materna e perinatal. Esses comitês buscam identificar a magnitude da mortalidade materna por meio das suas causas, dos fatores que a determinaram e ainda, propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. A formação desses comitês contribuiu também para a melhoria da informação sobre o óbito materno e possibilitou avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes (BRASIL, 2002).

É importante salientar a estratégia de formação da equipe de consultores, que, por ser constituída por gestores estaduais, professores universitários e representantes de sociedades científicas, apresentava-se heterogênea, e é exatamente essa característica que favoreceu o olhar multidisciplinar, e portanto, uma avaliação sobre as diversas facetas da mortalidade materna. Isso também contribuiu para a formação dos comitês estaduais e municipais, já que se consolidaram como estratégias dos comitês, que objetivavam garantir as políticas propostas, tendo em vista as reais necessidades dos diferentes segmentos da população.

Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o País, o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados Comitês Estaduais

de Morte Materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Estes comitês contaram também com assessoria técnica do Ministério para a definição de planos de ação, a captação de recursos financeiros, e para sensibilização de autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção às mortes maternas.

Em 1994, foi constituída a Comissão Nacional de Morte Materna, grupo que reúne representantes de organizações governamentais, sociedades científicas bem como movimento de mulheres e técnicos com conhecimentos e experiências relevantes (BRASIL, 2002). Porém, a implantação de comitês oscila entre avanços e retrocessos. Isso pode ser observado pela flutuação entre a permanência/implantação ou não dos comitês em determinados estados. Em 2001, registrava-se a existência de 141 Comitês Regionais, 387 Municipais e 150 Hospitalares. No mesmo ano, dos 27 Comitês Estaduais de Prevenção de Morte Materna implantados, foram desativados os comitês dos Estados do Amapá, Pará, Rondônia e Espírito Santo, o que indica a necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade (BRASIL, 2004b).

Os Comitês de Prevenção da Morte Materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência, tendo uma atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2002, p.21). Para a criação de um Comitê de Morte Materna o Ministério da Saúde recomenda inicialmente promover um seminário ou oficina como primeiro passo para sensibilizar os representantes das instituições escolhidas para compô-lo. Nessa ocasião, é aconselhável colocar em debate: as informações relativas à assistência obstétrica e ao planejamento familiar; os dados e classificações de óbitos maternos

disponíveis; e as características, funções, finalidades e operacionalização dos Comitês. Uma vez confirmado o interesse das instituições presentes em compor o Comitê de Morte Materna, é feita a convocação oficial (Brasil, 2002, p. 25).

No Brasil, desde os primeiros anos da década de 90, têm sido realizados programas para reduzir a mortalidade materna e, em alguns municípios e mesmo nos estados como um todo, os dados oficiais têm sido corrigidos pelos Comitês de Prevenção de Morte Materna, após processo de investigação e revisão das causas do óbito (BRASIL, 2004b).

Considerando a dimensão do Brasil, bem como as diferentes realidades sociais, econômicas e políticas, é inegável a importância da existência de Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, já que é por meio desses que se poderá identificar os problemas regionais e estabelecer medidas apropriadas para saná-los.

Porém, fica o questionamento se os comitês de Morte Materna têm alcançado um dos seus objetivos,- identificar a magnitude da mortalidade materna, uma vez que, conforme uma análise da pesquisa nas capitais brasileiras e no Distrito Federal realizada por Laurenti et al (2004) existe uma diferença entre a Razão de Mortalidade declarada e aquela encontrada após a investigação.

2.7 – As leis que apóiam a vigilância ao óbito

Apoiando a vigilância ao óbito, foram criadas leis e portarias que respaldassem e regulamentassem o trabalho de controle da Mortalidade Materna. Segundo a Lei 6015 de 31 de dezembro de 1973, Artigo 77, nenhum sepultamento deve ser realizado na ausência da certidão de óbito emitida pelo cartório local, extraída após lavratura do assento do óbito à vista da Declaração de Óbito. As informações declaradas ficam registradas nos Livros de Registros competentes e não são modificadas, a não ser por decisão judicial (BRASIL, 2002).

A portaria nº. 1399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999, estabelece na seção III, artigo 3º, inciso XIII, que a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades. Entende-se, daí, que as ações de vigilância epidemiológica de morte materna devem ser executadas pelas Secretarias Municipais e, de forma complementar ou suplementar, pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Dada a importância da realização dessa prática, nos locais onde os setores de vigilância epidemiológica não estão aptos a assumi-la, recomenda-se que os Comitês de Morte Materna o façam. Neste caso, as atividades devem ser desenvolvidas em parceria com os departamentos de vigilância

epidemiológica, de forma a alimentar seus sistemas de informação de estatísticas vitais.

A notificação compulsória do óbito materno foi declarada no dia 28 de maio de 2003 pelo Dr. Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde, levando em consideração que a redução da morte materna é uma prioridade. Assinou a portaria no. 653 estabelecendo que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Definiu ainda, que o instrumento para notificação compulsória é a declaração de óbito, que deve seguir o fluxo estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde para regulamentação do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Esta portaria incentivou a investigação como rotina dos serviços, levando à adoção da prática pelos municípios.

2.8 - A evitabilidade dos óbitos

O Ministério da Saúde (2002), a partir da formação dos Comitês de Prevenção de Morte Materna e da formalização dos critérios de análise da evitabilidade dos óbitos, pôde analisar as possíveis falhas ou problemas detectados nos diversos momentos da assistência à saúde, bem como as dificuldades sócio-familiares. Para tanto, sugeriu-se que fosse seguido como critério de evitabilidade a análise dos seguintes fatores:

- 1- Comunidade/família/ gestante
- 2- Profissional
- 3- Institucional
- 4- Sociais
- 5- Intersetoriais

As diversas ocorrências nos vários momentos da assistência à saúde possibilitam a avaliação da evitabilidade do óbito por ação oportuna e resolutive do setor de saúde e torna possível a identificação das ações de saúde que podem influenciar positivamente nos resultados e na prevenção de novas ocorrências.

De acordo com esta classificação, pode-se alcançar um dos principais objetivos da investigação de óbitos, que é a identificação de ações que podem melhorar as respostas do setor de saúde aos problemas encontrados. Para tanto, faz-se necessário que os registros dos fatores de evitabilidade sejam precisos de modo a legitimar os encaminhamentos dos serviços de saúde.

A análise da condição sócio-cultural da comunidade em que a gestante está inserida, bem como da sua família, e as dificuldades da mesma em compreender as situações de risco para sua saúde ou outros problemas relacionados, devem compor a avaliação abrangente da situação do óbito, como também a avaliação dos profissionais de saúde, das instituições e das relações entre esses diversos setores.

A precisão dos dados da D.O. deve ser também foco de avaliação, com orientação para sua correção no SIM, de acordo com a necessidade detectada.

Taucher *apud* Parpinelli et al (2000), definiu um conjunto de critérios que individualmente compõem a possibilidade de se evitar o óbito, ao invés de utilizar lista de doenças. Estes critérios da evitabilidade da morte que classificam as mortes evitáveis são divididos em quatro categorias:

- Evitáveis por medidas preventivas (vacinação, doenças sexualmente transmissíveis);
- Evitáveis por diagnóstico e tratamento precoces;
- Evitáveis por medidas de saneamento básico;
- Evitáveis por aplicação de conjunto de medidas (sociais e de diferentes níveis de atenção médica).

Tais critérios classificam ainda outras causas como as mortes dificilmente evitáveis, segundo nível de tecnologia disponível para o momento e ou pelo tipo de população.

Diante destes critérios Parpinelli et al (2000) introduz as seguintes modificações:

- Doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)-CID10^a revisão (B20-B24), classificada como causa evitável por medidas preventivas;

- Neoplasia maligna de mama (C50), introduzida no critério de morte dificilmente evitável;
- Neoplasia maligna de placenta (C58), neoplasia maligna de vulva (C51) e neoplasia maligna de vagina (C52), categorizadas como mortes evitáveis por diagnóstico e tratamento precoce;
- Septicemia (A40-A41); neoplasias não especificadas (C76-C80), distúrbios da coagulação (D65), doenças cardíacas mal definidas, com pericardite aguda não especificada (I30), parada cardíaca não especificada (I50), edema agudo de pulmão (J80-J84), pneumotórax (J93), derrame pleural (J90), classificadas como causas mal definidas.

O óbito evitável segundo Malta & Duarte (2005), pode ser compreendido como um “evento-sentinela”, constituindo-se um dos métodos para vigilância à saúde, proposto por Rutstein et al. (1976), correspondendo às doenças, incapacidades ou óbitos preveníveis por um sistema de saúde eficiente e considerado como um indicador da qualidade dos serviços.

2.9 - Linha do Cuidado

Visando à compreensão do óbito materno, adotou-se o conceito de linha do cuidado, proposto por Merhy & Cecílio (2003). Segundo os autores, o desenho da linha do cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica a partir de redes macro e micro institucionais, em processos extremamente dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma “Linha

de Produção” voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades.

A concepção da linha do cuidado, parte da “missão” institucional do estabelecimento/serviço de saúde, definida a partir de quais produtos, para que clientela e com quais características (MERHY & CECÍLIO, 2003, MALTA, 2001b).

Segundo Malta,

Linha do cuidado pressupõe produtos, clientela e qualidade da assistência, sendo alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e operando vários serviços. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto, seja em serviços de urgência, consultórios ou clínicas da operadora ou contratada/conveniada com a mesma. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende conforme as necessidades do beneficiário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MALTA 2001b).

De acordo com Malta (2004), “O fluxo pressupõe um nível de acompanhamento, ou de responsabilização da operadora/prestador/cuidador por esse usuário”. Nesse sentido, a utilização de ‘tecnologias duras’ (exames, imagens, procedimentos), exige do “cuidador”, que atende o usuário, uma atitude responsável e atenta diante do retorno que dará ao mesmo. Isso porque a utilização de tais tecnologias implicará o retorno ao “cuidador” que definirá sempre pela necessidade de novos procedimentos ou pela instituição de determinada terapêutica. A figura do cuidador é central

e pressupõe o uso intenso da "tecnologia leve", entendida nesse contexto como a capacidade de escuta e tomada de decisões do profissional.

Nessa perspectiva, o papel do profissional da saúde assume grande relevância no processo. Diante disso é preciso salientar que a formação desse “cuidador” deverá passar pelo resgate de valores éticos e morais, e ainda, que esse deverá desenvolver habilidades de comunicação que lhe permita interagir com o outro, de modo a compreender as reais necessidades. Boff (2001) observa que “O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho”.

Dado que existe uma interdependência entre as diversas etapas do processo, que também envolve diversos profissionais, faz-se necessário que a interação entre os diferentes setores, bem como, a inter-relação entre esses profissionais tome como referência a comunicação cuidadosa, a partir da escuta, da compreensão do não-verbal, tendo em vista as necessidades e o contexto cultural dos interlocutores.

Malta (2004) afirma que as denominadas “tecnologias leves” compreendem um espaço relacional pleno de subjetividades, implicando no encontro entre o usuário e o cuidador. Segundo a autora, “O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência”.

Esse fluxo, que se faz sempre marcado por subjetividades, não poderá ser desenvolvido de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões. Daí a necessidade de todo o processo estar centralizado no cuidado.

Boff cita:

Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. Significa organizar o trabalho em sintonia com a natureza, seus ritmos e suas indicações. Significa respeitar a comunhão que todas as coisas entretêm entre si e conosco. Significa colocar o interesse coletivo da sociedade, da comunidade biótica e terrenal acima dos interesses exclusivamente humanos (BOFF, 2001, p.102).

Malta considera:

O processo assistencial atual está centrado em procedimentos, atos desconexos e fragmentados, como que substituindo os mecanismos de responsabilização. A retomada de uma perspectiva de um projeto terapêutico adequado a cada usuário na sua singularidade, implica um fluxo contínuo, monitorado e controlado pelos atores que figuram como “gestores do cuidado” ou cuidadores. A análise da linha do cuidado possibilita mapear todos os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, permitindo avaliar as tecnologias utilizadas na assistência ao beneficiário (tipo, fluxos, mecanismos de regulação, negação de acesso, utilização dos recursos das clínicas especializadas, vigilância à saúde e ruídos produzidos). A pactuação, a contratualidade e intencionalidade presentes entre os diversos atores implicados na estruturação, funcionamento e estruturação da assistência à saúde dos beneficiários podem ser descritas e avaliadas através do acompanhamento da linha do cuidado. O esperado é um “caminhar” sem obstáculos, seguro e tranquilo na rede de serviços, pois isto garantirá a qualidade da assistência (MALTA, 2004).

Vale ressaltar que, conforme aponta a autora, a “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico. Ela deve continuar em consonância com o modelo assistencial que opera nesta linha, através do acompanhamento deste usuário, de modo a garantir a integralidade do cuidado visualizado no fluxograma analisador (MALTA, 2004).

2.9.1 - Fluxograma Analisador

A simbologia do fluxograma analisador consiste num diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si e em torno de certa cadeia de produção (MALTA, 2001b).

Conforme afirma Malta (2001b),

“O desenho de uma elipse mostra tanto o começo quanto o fim de uma cadeia produtiva, é a representação da entrada e da saída do processo global de produção. O retângulo mostra os momentos nos quais se realizam as etapas de trabalho importantes na cadeia produtiva (consumo de recursos e a produção de produtos bem definidos). O losango representa momentos de enfrentamento e de tomada de decisão. Os momentos da assistência que revelam indícios de fragmentação do cuidado são representados pelo desenho de um raio, permitindo a percepção da qualidade do serviço prestado, pois concede a visualização e identificação de ruídos ou problemas decorridos”.

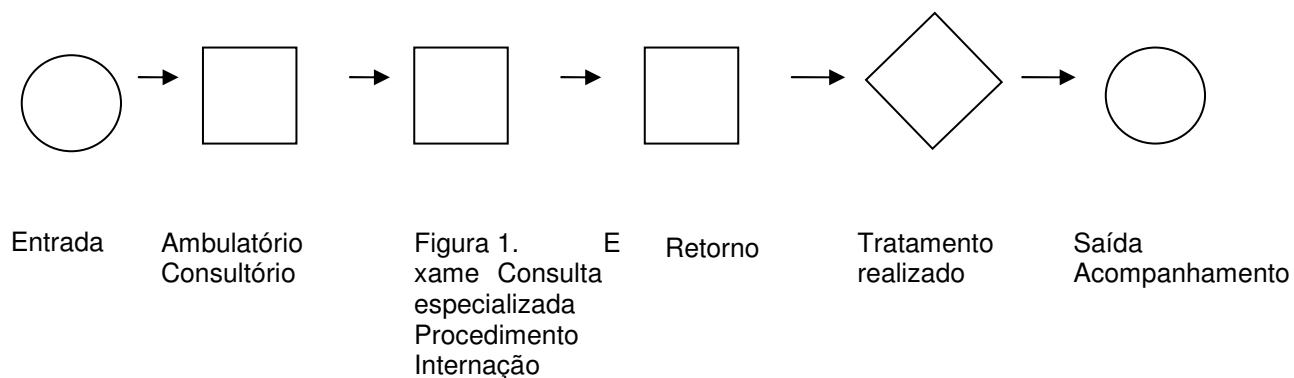
A autora ainda afirma que o diagrama permite a representação do que ocorre em serviço de saúde, ou o fluxo de determinado usuário, esquematizando, de uma forma objetiva, todos os processos-chave que ocorrem no evento analisado. Isso acontece particularmente nos serviços de

saúde ligados a um trabalho diretamente assistencial, tanto nas intervenções individuais como nas coletivas. O fluxograma ainda permite a abertura de novos questionamentos, conforme as interrogações que lhe sejam feitas, revelando um processo investigativo, reflexivo e acumulativo. Representa um instrumento que implica reconstruir os fluxogramas reais que os usuários percorrem, registrando as entradas no processo, as etapas percorridas, as saídas e os resultados alcançados, o que permite a análise do caso. Isso significa atravessá-lo pelo olhar analisador e perguntar a este processo fotográfico as questões que interessam, tanto do ponto de vista do usuário quanto do ponto de vista do projeto (MERHY & CHAKKOUR et al, 1997; MALTA et al., 2001a; MALTA, 2001b).

Conforme afirma Malta (2001b),

“O fluxograma constitui importante ferramenta para entendimento dos fluxos que ocorrem nos serviços, ou com determinado usuário. Esse instrumento pode ser utilizado nas unidades enquanto instrumento gerencial que visa desvendar o cotidiano das unidades, servindo também para a reflexão das equipes acerca do seu cotidiano, para descortinar diversas situações, bem como pode ser utilizado para análise de situações específicas. Visa estudar, por exemplo, o percurso de determinados usuários em busca de solução para seus problemas, sua trajetória nos diversos serviços, o processo de produção em saúde, as decisões tomadas, ou a não decisão, os resultados obtidos”.

A visualização do fluxograma possibilita identificar inúmeros problemas advindos do processo assistencial, seus estrangulamentos, o limite da clínica, a não-existência do acolhimento aos usuários, seus percursos infintos, a dificuldade do acesso e a baixa resolutividade das equipes. Por expor todos os pontos críticos da cadeia assistencial, permitindo repensar o processo de trabalho, Malta (2001b) aposta na adoção deste instrumento no percurso da investigação do óbito, pois ele possibilita a visualização de todos os momentos do usuário em busca de uma resposta assistencial e o mapeamento dos momentos de provável ruptura da linha do cuidado (não assistência, dificuldade do acesso ou não acesso, erros produzidos, omissão e falta de integralidade).

FIGURA 1 - Fluxograma da Linha de Produção do Cuidado em Saúde**RESULTADO**

Produto final: Usuário cuidado
 Autonomia do usuário
 Monitoração por indicadores de saúde

Fonte: Malta (2004).

Uma grande vantagem de se trabalhar na perspectiva de mapear a linha de cuidado, está na possibilidade de acompanhar o seu fluxo, monitorando situações inadequadas ou situações de alerta. O monitoramento poderá ocorrer por meio de indicadores selecionados, advindos das ocorrências não esperadas, que sejam "ruidosas" o suficiente para alertar sobre a exceção ocorrida (MALTA, 2004).

Algumas ocorrências podem ser tratadas como "evento sentinela", por exemplo, o óbito infantil ou materno. Os Comitês de prevenção do óbito infantil e materno integram uma realidade no país e em diversos municípios estão prestando inúmeras contribuições no esclarecimento das causas de

óbito (BRASIL, 2002; MALTA, 2004). O “evento sentinela” constitui-se um evento não esperado e cuja detecção serve de alerta para determinado fato conforme observa Rutstein et al. (1976).

2.9.2 - As Indagações do Estudo

O conhecimento da razão da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde, governo e sociedade, uma vez que as causas maternas são as mais mal declaradas, levando a um real desconhecimento da magnitude deste problema (LAURENTI et al, 2000a).

Considerando os registros de óbitos existentes, tem-se que a mortalidade materna apresenta um número pouco representativo, porém, questiona-se como mensurar a magnitude da mortalidade materna, bem como o cálculo da sua razão, tendo em vista o fato de que as causas de mortes maternas são as mais mal declaradas.

A partir dessa questão central, outras emergem e se entrecruzam. Questiona-se a mortalidade materna a partir dos registros de óbitos de mulheres em idade fértil, especificamente no município de Governador Valadares, a ocorrência de sub-registro, bem como a qualidade das informações da base de dados. A ocorrência do óbito materno desperta ainda questionamentos sobre os principais problemas observados no percurso da linha do cuidado, as principais causas e a sua evitabilidade.

A partir do “Seminário Saúde da Mulher” realizado em GV, em novembro de 2002, profissionais da saúde deste município estimulados pelo Comitê Estadual de Morte Materna, criaram o Comitê Municipal de Morte Materna, constituído por representantes dos hospitais da cidade (público e privados), entidades de classe e Universidade do Vale do Rio Doce (UNIVALE). Foi elaborado o regimento, o cronograma de atuação do comitê e iniciada a investigação dos óbitos maternos a partir de fevereiro de 2003. O que a equipe do comitê pôde registrar é que as declarações de óbito ora se apresentavam sem preenchimentos adequados, ora não preenchidas.

O atual projeto surgiu neste contexto propondo conhecer a qualidade e magnitude das informações contidas nas DO, bem como identificar as causas das mortes, na faixa etária de 10 a 49 anos no Município de Governador Valadares, visando identificar a magnitude da mortalidade materna e buscar respostas aos seguintes questionamentos: Qual é a real RMM no município? Os dados estão sub-enumerados? A implantação do Comitê de Morte Materna no município tem alcançado seu objetivo, ou seja, conhecer a mortalidade materna real e as orientações de medidas para sua redução? Como tem sido a assistência prestada a estas mulheres? Estes óbitos seriam evitáveis?

3 – OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Analisar e recalcular a mortalidade materna no município de Governador Valadares, identificando a evitabilidade desses óbitos.

3.2 – Objetivos Específicos

Descrever o quadro de mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de Governador Valadares no período de 2002 a 2004.

Conhecer a qualidade das informações da base de dados de óbito materno em Governador Valadares.

Verificar a ocorrência de sub-registro.

Identificar as principais causas de óbito materno e a sua evitabilidade.

Analisar os óbitos maternos segundo o percurso da linha do cuidado, identificando os principais problemas observados na assistência que resultaram no evento.

Recalcular a razão de mortalidade materna no Município de Governador Valadares.

4 – METODOLOGIA

4.1 - População Alvo

Foram considerados sujeitos desta pesquisa os casos de morte de mulheres em idade fértil, residentes no município de Governador Valadares, Minas Gerais, cujos óbitos estavam informados nas bases de dados do SIM / GV e SIM / SES no período compreendido de 2002-2004.

4.2 - Base de Dados

Trata-se de estudo descritivo de fonte secundária, utilizando-se os dados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), declarações de óbitos original e os registros do Comitê de Mortalidade Materna do município de Governador Valadares nos anos 2002- 2004.

Analisaram-se os óbitos de mulheres em idade fértil, entre 2002 a 2004, registrados pelo Comitê de Morte Materna de Governador Valadares, cuja investigação foi realizada pelos visitantes do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde Municipal, com vistas a identificar os óbitos maternos.

Re-estudo das fichas que foram identificados pelos visitantes e submetidos à análise e discussão dos membros do comitê de óbito materno municipal

com outros profissionais que estiveram envolvidos no atendimento. As fichas utilizadas pelo Comitê são aquelas padronizadas pelo Ministério da Saúde (ANEXO I).

Para análise da completude da investigação realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna (CMPMM) foram examinados inicialmente os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos registrados no SIM/GV e os dados de Nascidos Vivos registrados no SINASC, utilizados para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna no município.

Foi realizado o cruzamento dos dados contidos no Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SIM/SES), com aquele disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares (SIM/GV), com o objetivo de comparar as bases existentes, uma vez que os óbitos de mulheres residentes em GV poderiam ter ocorrido em outros municípios.

Identificados os óbitos ocorridos fora de GV, pôde-se constatar que esses eram apenas registrados no SIM/SES, e, portanto não constavam nos registros do município. Visando à completude das informações de mortes de mulheres em idade fértil residentes em Governador Valadares e a correção do RMM, procedeu-se a investigação, seguindo os mesmos procedimentos preconizados pelo CMPMM, porém, como estes óbitos ocorreram fora do Município, esta busca foi realizada somente no domicílio. Foi utilizado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II), aprovado pelo COEP, (ANEXO III).

Após essa etapa, fez-se o cruzamento dos dados dos registros do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em mulheres em idade fértil.

Realizou-se ainda, investigação cuidadosa nos arquivos da FUSOBRAS (Fundação de Obras Sociais), órgão responsável pelo gerenciamento dos cemitérios da cidade, para verificar se as declarações de óbitos conferiam com os sepultamentos ocorridos. Este procedimento buscou verificar sepultamentos clandestinos, ou não notificados, o que poderia alterar a base de dados oficiais.

Todos estes procedimentos tiveram por objetivo verificar se os óbitos investigados pelo Comitê de Morte materna do Município correspondiam ao total de óbitos ocorridos.

Para efetuar a comparação entre os registros contidos no SIM/SES e SIM/GV das mulheres em idade fértil, utilizou-se o programa Excel e também foram confrontados, manualmente, com as declarações de óbitos. Após conferência dos registros do SIM e das D.O's, foram identificados e selecionados os dados de óbitos que não apareceram nas duas bases de dados.

As diferenças entre a base de dados do SIM/GV e do SIM/SES podem ocorrer no período inicial, quando a base de dados do município ainda não foi fechada, pois podem acontecer óbitos de mulheres residentes no município, mas que ocorreram em outras localidades. O SIM/SES é alimentado pela base de dados de Governador Valadares (GV) e também de todas as outras localidades do estado. No período de um a dois anos após as trocas de informações de registro, espera-se que todas as bases sejam iguais, entretanto é recomendável checagem e cruzamento das bases para a inclusão de todos os registros.

4.3 - A Investigação

Este estudo teve como guia o método RAMOS, citado por Laurenti et al (2000b), que envolve a identificação e a investigação do óbito nos prontuários hospitalares, nas unidades básicas de saúde, visitas domiciliares e nos relatórios de necropsia de causas de óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

Laurenti et al (2000b) relata que esta metodologia foi idealizada por Puffer & Griffith em 1967, e mesmo não sendo método específico para mortes maternas, revela o quanto essas causas são sub-enumeradas.

No Brasil, este método foi inicialmente usado por Laurenti et al. (1990a), no Município de São Paulo e posteriormente por Tanaka & Mitsuiki (1999). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a

Infância (UNICEF, 2001), o consideram como o padrão ouro para estimar mortalidade materna (WHO, 2001). Em Pernambuco, ele foi utilizado por Albuquerque (1994) e Valongueiro (1996), apud Valongueiro (2004), para estimar mortalidade materna na Cidade do Recife e em quatro regiões do estado (VALONGUEIRO, 2004).

4.4 - Análise dos Óbitos

As causas de morte materna foram descritas e agrupadas segundo as causas diretas, indiretas e os óbitos não obstétricos, analisadas as diferentes faixas etárias de ocorrência do óbito (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49); a instituição de ocorrência do óbito, o distrito de residência, relacionando-os com os dados do SINASC referentes ao número de consultas do pré-natal.

Os dados foram analisados segundo os grupos de causa da Classificação, Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, tempo e local de ocorrência, dentre outras variáveis (CID). Procedeu-se à análise dos casos quanto a possível evitabilidade do óbito. Aplicou-se o fluxograma analisador, descrito por Merhy & Chakkour et al (1997), possibilitando o entendimento da “linha do cuidado” de cada um desses óbitos. A construção e análise do fluxograma permitiram identificar o percurso na linha do cuidado, o reconhecimento dos principais problemas que resultaram na sua ruptura, a avaliação das prováveis causas que desencadearam o óbito e as possibilidades de prevenção.

A Razão de Mortalidade Materna corrigida foi calculada após a identificação dos óbitos não registrados pelo SIM/GV.

4.5 - Análise da Evitabilidade

Para análise de evitabilidade do óbito foram utilizadas as informações dos campos relacionados na ficha de investigação, que dizem respeito ao acesso, qualidade da assistência prestada, capacitação dos profissionais, além de possíveis falhas estruturais e institucionais (restrição de leitos obstétricos, sangue, hemoderivados ou medicamentos, falha no sistema de referência e contra-referência entre outros). Buscou-se ainda relacionar a evitabilidade com as condições sócio-econômicas da mulher (escolaridade, ocupação), local de moradia e rede de proteção social.

Os critérios da evitabilidade adotados para a análise dos óbitos maternos têm como referência o Manual dos Comitês de Prevenção de Morte Materna (BRASIL, 2002). Assim, não se limitam à análise das medidas terapêuticas adotadas, mas, sobretudo, a aplicação dos cinco fatores de evitabilidade apresentados na Ficha-resumo de investigação confidencial do óbito materno.

Nesse sentido, considera-se como primeiro fator a comunidade e a mulher. Nele, deve-se considerar os casos em que ocorreu a recusa da paciente em procurar a assistência, ou em seguir as orientações dos profissionais de

saúde, seja por questões religiosas e culturais, seja por falta de conhecimento do problema.

O segundo fator considera os casos de negligência, imperícia ou imprudência dos profissionais de saúde que atenderam a mulher, seja por falta de capacitação ou capacitação imprópria.

Quando os problemas político-administrativos contribuem para o óbito, tem-se o fator 'institucional'. Nesse, pode-se citar os casos em que ocorrem a falta de captação precoce e busca ativa da mulher, a carência de leitos obstétricos, falta de sangue, ou ainda, inexistência de sistema de referência e contra-referência.

Os casos em que as condições socioeconômicas da mulher contribuem para o óbito, têm-se como critério de referência o fator social '.

Além dos fatores acima citados, considera-se também o intersetorial: quando a falta de estradas, disponibilidade limitada dos meios de transporte, segurança pública ineficiente e falta de saneamento básico, contribuem para o óbito.

5 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.1 - Caracterização do Município de Governador Valadares em relação à saúde

O município de Governador Valadares teve no período de 1991 e 2000, taxa média de crescimento anual de 0,81%, passando sua população de 230.524 para 247.131 habitantes neste período. Com o aumento da taxa de urbanização, a população rural decresceu de 15.426 em 1991 para 11.033 em 2000 (IBGE, 2000; PNUD, 2000).

A longevidade (esperança de vida ao nascer) e a mortalidade (proporção de óbito de uma comunidade) são importantes indicadores das condições de vida e saúde de uma localidade, e podem ser mensurados por meio da disponibilidade e do acesso aos serviços públicos de saneamento, condições de moradia e familiares, além da educação (IBGE, 2000).

Outro importante aspecto da qualidade de vida refere-se às condições de saúde de uma população, analisada pelo acesso aos serviços de saúde, bem como a qualidade da assistência prestada - condição imprescindível para se fazer saúde.

Em 2000, o Sistema Municipal de Saúde de Governador Valadares possuía na zona urbana para a organização da atenção básica de saúde, 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 Programas de Saúde da Família

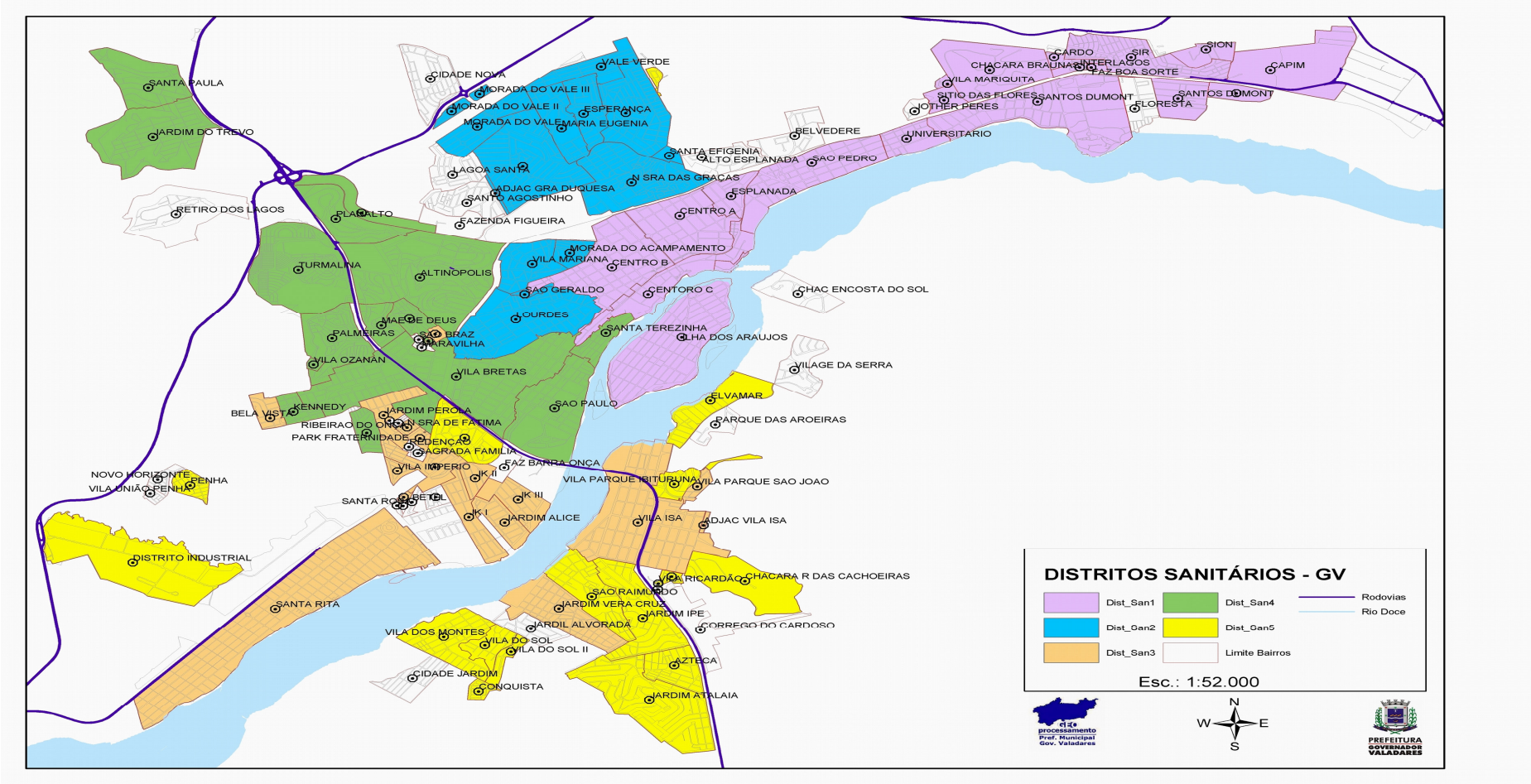
PSF) (GOVERNADOR VALADARES, 2000). Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde contava com os mesmos programas de 2003: possuía 28 PSF na zona urbana, que adscrive cerca de 40% da população (100.000) e 4 PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) urbanos instalados em algumas estruturas de UBS, que atendiam em média, no município 50.000 habitantes.

O Ministério da Saúde preconiza para o PSF atendimento de até 4.500 pessoas por equipe e para o PACS, o atendimento de até 750 habitantes por agente comunitário de saúde, ou seja, 150.000 habitantes (BRASIL, 2003). De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde, a cobertura em atenção básica da população urbana do município no ano de 2004 era de aproximadamente 60% (GOVERNADOR VALADARES, 2004).

O Município foi dividido no ano de 2000, conforme o Plano Municipal de Saúde, em cinco Distritos Sanitários (conforme Anexo IV), com média populacional de 50.000 habitantes, com exceção do Distrito Sanitário 5, que possuía cerca de 32.000 habitantes (GOVERNADOR VALADARES, 2000). Não foram feitas estimativas para os anos subseqüentes.

Buscou-se identificar e visualizar os bairros nos seus distritos por meio do mapeamento de Governador Valadares fornecido pelo Setor de Geo-Processamento da Prefeitura Municipal, (FIGURA 1) o que favoreceu a leitura e discussão acerca dos dados encontrados.

FIGURA 2 - Mapa com Identificação dos Distritos



5.2 - Descrição dos óbitos e da qualidade das informações da base de dados no Município de Governador Valadares

5.2.1 - Fluxo das declarações de óbitos

A investigação dos óbitos maternos possibilitou avaliar que o fluxo das declarações de óbitos (DO) do Município de Governador Valadares está formalizado e é ágil. A declaração de óbito no cartório é substituída pela certidão de óbito e uma via é entregue à Fundação de Obras Sociais (FUSOBRAS), órgão responsável pelo gerenciamento dos cemitérios da cidade para que o sepultamento seja realizado. As certidões para os sepultamentos ocorridos no município nos anos 2002-2004 conferiram com as DO's existentes no Departamento de Saúde Coletiva/ Gerência de Epidemiologia (DSC/GEPE).

A partir do conhecimento do fluxo das declarações de óbitos (ANEXO III), buscou-se identificar os óbitos gerais do município, bem como os óbitos de mulheres em todas as faixas etárias para relacionar com os óbitos de mulheres em idade fértil e conhecer a proporção desta ocorrência.

A TAB. 1 mostra a mortalidade geral no município de Governador Valadares nos anos 2002-2004, relacionando por ano com a mortalidade feminina em todas as idades. A mortalidade feminina representou 42% da mortalidade geral do triênio.

TABELA 01 - Distribuição dos óbitos gerais e dos óbitos femininos no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Ano	Óbitos Governador Valadares			
	Total	%	Feminino	%
2002	1461	31,3	626	13,4
2003	1570	33,7	644	13,8
2004	1633	35,0	690	14,8
TOTAL	4664	100	1960	42,0

Fonte: Dados retirados do SIM, DSC/GEPE, SMS - GV

Nota: A percentagem foi calculada em relação ao total de óbitos no triênio.

6 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 - Distribuição do total de óbitos femininos e dos óbitos de mulheres em idade fértil, residentes no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

A partir da identificação dos óbitos de mulheres em todas as faixas etárias, residentes no município de Governador Valadares, foram selecionados no sistema de informação de mortalidade (SIM), 345 óbitos de mulheres em idade fértil, que representou 17,6% dos óbitos femininos ocorridos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004, conforme TAB 2.

TABELA 2 - Distribuição do total de óbitos femininos e dos óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Ano	Óbitos Governador Valadares			
	Feminino	%	OMIF	%
2002	626	31,9	114	5,8
2003	644	32,8	97	4,9
2004	690	35,3	134	6,9
TOTAL	1960	100%	345	17,6

Fonte: Dados retirados do SIM, DSC/GEPE/SMS - GV e do SIM/SES.

Nota: A percentagem foi calculada em relação ao total de óbitos femininos no triênio.

6.2 - Características sócio-demográficas dos óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) no Município de Governador Valadares, identificadas pelo preenchimento das declarações de óbitos (DO) nos anos 2002-2004.

Os indicadores de saúde são os instrumentos utilizados pela epidemiologia e demografia para avaliar a situação de saúde de uma população, no entanto, segundo Volochko (1992), as estatísticas de mortalidade contam histórias muito incompletas sobre a doença e seus determinantes individuais e sociais. Buscou-se, portanto, por meio da avaliação das variáveis sociodemográficas das DO's mostrar na TAB 3, as características das condições sociais e de saúde desta população que foi a óbito.

Quanto à distribuição dos óbitos por Distrito Sanitário (DS), pode-se observar na TAB 3 o predomínio de mortes no DS-IV na ordem de 30,1% utilizando-se para este cálculo o valor dos OMIF no triênio.

A identificação do estado civil foi assinalada o campo de solteira, em 47,5% do total de óbitos de mulheres em idade fértil.

Pôde-se constatar a maior ocorrência de óbitos na faixa etária de 40 a 49 anos (43,5%), em seguida a faixa etária de 30 a 39 anos (25,2%), representando um total de 68,9% ocorridos em mulheres em idade fértil nos anos 2002 -2004.

O grau de instrução das mulheres pode ser visto como um indicador de condição social, já que o maior grau de instrução facilita o acesso ao emprego e melhoria da posição socioeconômica da família. Segundo Rodrigues et al., (1997) o grau de instrução é considerado fator de interferência positiva na qualidade de vida das mulheres, no entanto, não foi possível avaliar esse dado, em função da falta de preenchimento das declarações de óbitos (35,3%), bem como do campo ignorado assinalado neste item (16,2%), o que equivale a 51,5% de ausência desta informação, o que confirma a subnotificação de dados e, portanto, dificultou a leitura da caracterização do nível instrucional das mulheres em idade fértil que foram a óbito nesse triênio.

Segundo Hill-Cochrane *apud* Ferreira (2001) o nível instrucional da mulher é considerado como reflexo dos padrões gerais de vida, como também é um fator determinante na qualidade de vida do grupo familiar. As mulheres mais instruídas têm maior informação preventiva, bem como capacidade para compreendê-la e colocá-la em prática. Dentre as 167 DO com informação sobre o grau de instrução preenchidas, 5,5% registraram nenhum grau de instrução.

Em relação à ocupação destas mulheres, aparece como destaque, 49% “do lar”, o que sugere a não qualificação das mesmas para o mercado de trabalho. Das ocupações encontradas nas declarações de óbitos foram agrupadas no item de “outras” as seguintes informações: acompanhante, advogada, dentista, cabeleireira, agricultora, autônoma, auxiliar de

enfermagem, auxiliar de serviços gerais, comerciante, costureira, cozinheira, funcionária pública, secretária, perfazendo um total de 19,4%.

Apesar da subnotificação do grau de instrução nas declarações de óbito, pode-se pressupor que os dados relacionados à ocupação das mulheres, especificamente, os 49% “do lar”, sugere o baixo grau de instrução e qualificação das mesmas.

Foi realizado o cálculo de coeficiente de mortalidade e identificado o coeficiente de mortalidade em mulheres em idade fértil em Governador Valadares para o triênio 2002-2004 para cada 100.000 hab, por faixa etária.

O coeficiente de mortalidade encontrado para a faixa etária de 10 a 14 anos foi de 32,4/100.000hab, na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 26,3/100.000hab e na faixa etária de 20 a 29 anos foi de 81,5/100.000hab. Os maiores coeficientes foram encontrados nas faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, sendo 141,1/100.000 e 323,6/100.000hab respectivamente.

Esses coeficientes confirmam a predominância da distribuição percentual dos óbitos nestas faixas etárias: 40 a 49 anos (43,5%) e 30 a 39 anos (25,2%) (Tabela 3)

TABELA 3 - Distribuição percentual das mortes de mulheres em idade fértil e caracterização sócio-econômica da população estudada no município de Governador Valadares 2002 – 2004.

Variável / Ano	2002		2003		2004		TOTAL	
	114	100	97	100	134	100	345	100
Local de Residência	n	%	n	%	N	%	n	%
D. Sanitário I	21	18,4	14	14,4	14	10,4	49	14,2
D. Sanitário II	26	22,8	16	16,5	24	18,0	66	19,1
D. Sanitário III	15	13,1	17	17,5	23	17,2	55	16,0
D. Sanitário IV	31	27,2	29	30,0	44	32,8	104	30,1
D. Sanitário V	13	11,4	14	14,4	22	16,4	49	14,2
TOTAL	106	92,9	90	92,8	127	94,8	323	93,6
Estado Civil								
Solteiro	51	44,7	48	49,5	65	48,5	164	47,5
Casado	36	31,5	22	22,7	42	31,5	100	29,0
Separado judicial	08	7,0	09	9,3	09	6,6	26	7,5
Viúvo	03	2,6	04	4,1	05	3,7	12	3,5
Sem registro	07	6,2	06	6,2	04	3,0	17	4,9
Ignorado	01	0,9	01	1,0	02	1,5	04	1,2
TOTAL	106	92,9	90	92,8	127	94,8	323	93,6
Faixa etária								
10 a 14	02	1,7	03	3,1	07	5,2	12	3,5
15 a 19	02	1,7	05	5,1	04	3,0	11	3,2
20 a 29	22	19,3	14	14,5	22	16,4	58	16,8
30 a 39	25	22,0	27	27,8	35	26,1	87	25,2
40 a 49	54	47,3	39	40,2	57	42,6	150	43,5
Ignorado	01	0,9	02	2,1	02	1,5	05	1,4
TOTAL	106	92,9	90	92,8	127	94,8	323	93,6
Grau Instrução								
Nenhuma	04	3,5	03	3,1	12	9,0	19	5,5
1ºG Incompleto	10	8,7	05	5,2	17	12,7	32	9,3
1ºG Completo	15	13,1	11	11,3	18	13,4	44	12,8
2ºG Incompleto	05	4,4	12	12,5	15	11,2	32	9,3
2ºG Completo e +	07	6,2	03	3,1	08	6,0	18	5,2
Não preenchido	49	43,0	46	47,5	27	20,1	122	35,3
Ignorado	16	14,0	10	10,1	30	22,4	56	16,2
TOTAL	106	92,9	90	92,8	127	94,8	323	93,6
Ocupação								
Do Lar	63	55,2	48	49,5	58	43,4	169	49,0
Estudantes	08	7,0	04	4,1	08	6,0	20	5,8
Aposentado	05	4,4	08	8,2	09	6,7	22	6,3
Professor	04	3,5	05	5,1	05	3,7	14	4,1
Outros	15	13,2	17	17,6	35	26,0	67	19,4
Não registro	11	9,6	08	8,3	12	9,0	31	9,0
TOTAL	106	92,9	90	92,8	127	94,8	323	93,6

Fonte: Dados retirados das DO, DSC/GEPE/SMS-GV.

Obs: 323 óbitos que ocorreram no município, realizado investigação e análise das DO e 22 óbitos que ocorreram fora do município, identificados após investigação, a partir do cruzamento do SIM/SES com o SIM/GV, totalizando 345 óbitos de mulheres em idade fértil.

Nota: A percentagem foi calculada em relação ao total de OMIF no triênio.

6.3 - Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência no Município de Governador Valadares 2002 – 2004.

A TAB. 04 mostra o local de ocorrência dos óbitos no triênio, que foram investigados pelo CMPMM, bem como pelos visitantes do departamento de epidemiologia, após orientação da coordenação do GEPE. Registrou-se 56,8% de óbitos ocorridos nos hospitais e outros estabelecimentos de saúde; 25,2% no domicílio; 7,5% em vias públicas e transportes e 4,1% foram enquadrados em outros (afogamento, motel, igreja, vítima de homicídio arma branca). Chama atenção os óbitos ocorridos em vias públicas e outros, considerados violentos e que juntos perfazem 11,6% do total dos OMIF. Além disto, os óbitos domiciliares ocorridos no município perfazendo 9,3% de óbitos no ano de 2002, 8,1% no ano de 2003 e 7,8% no ano de 2004, totalizando 25,2% no triênio, revelando a dificuldade de acesso à instituição de saúde pelo usuário da rede pública na busca da assistência.

Dos 87 óbitos no triênio ocorridos no domicílio, foram identificadas 76 mortes tendo como causa “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte” (R00 – R99) da CID 10. Dessas 76 mortes investigadas, a causa do óbito permaneceu como morte sem assistência (R-98) em 44,8%, identificou-se 20,7% de doenças do aparelho circulatório (I00 – I99) e 15% as neoplasias (C00 – D48).

Vale ressaltar que em 2002 dos 29 registros de “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte” (R00 – R99) da CID 10, 91% permaneceram com o mesmo código. Em 2003, dos 23 registros “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte” (R00 – R99) da CID 10, 30% permaneceram com o mesmo código. Em 2004, dos 24 registros “sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte” (R00 – R99) da CID 10, 12,5 % permaneceram com o mesmo código.

Os dados acima registram a melhoria da vigilância, com o esclarecimento, após o óbito, da doença pré-existente. Porém, em relação ao preenchimento das DO's, observou-se que mesmo com a crescente oferta da assistência médica nos serviços públicos e privados no município, não ocorreu a crescente qualidade nas informações registradas nas declarações de óbitos.

Na população do Brasil, as causas mal definidas chegaram a 13,3% em 2003, havendo diferenças regionais importantes. O Maranhão, por exemplo, apresentou 37,5% de óbitos por causas mal definidas. Considerando que estes óbitos englobam os domiciliares e aqueles ocorridos em estabelecimentos de saúde, cuja causa não foi diagnosticada, tais dados sugerem a desigualdade de acesso à saúde e a não equidade no momento do óbito (BRASIL, 2005).

Importante enfatizar que o trabalho do CMPMM de GV iniciou a partir fevereiro de 2003, dando início aos trabalhos de investigação e propostas de melhoria na qualidade da assistência para o Gestor da Saúde em Governador Valadares.

TABELA 04 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência no município de Governador Valadares 2002-2004.

Local de ocorrência dos óbitos no triênio 2002-2004	N	%
Hospitais e outros estabelecimentos de saúde	196	56,8
Domicílio	87	25,2
Transporte e via pública	26	7,5
Outros	14	4,1
Óbitos identificados posteriormente	22	6,4
Total	345	100

Fonte: DO/SMS/GV, 2002-2004.

6.4 - Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência/distrito sanitário no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

A morte domiciliar e sem assistência revela dois aspectos importantes nessa pesquisa: o grau de instrução e o baixo nível socioeconômico da população. Pesquisa realizada em Governador Valadares (2002), pela Prefeitura

Municipal, diagnosticou as quinze áreas de concentração de pobreza no município e revelou que nessas áreas, 84% das moradias não têm acesso à rua, o que dificulta a mobilidade desta população. Mereceu maior destaque a falta de pavimentação, a inexistência de drenagem superficial e subterrânea que acresce a gravidade deste problema, já que representa situação de risco para a população, devido à erosão do terreno e inundação, bem como desmoronamento de construções precárias. Isso explica o alto índice de mortes sem assistência e no domicílio.

A TAB 05 mostra a distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência/ Distrito Sanitário. Vale salientar que das quinze áreas de grande pobreza apontadas pela pesquisa Governador Valadares (2002), sete bairros se enquadram no Distrito Sanitário 4. Nesse distrito, a ocorrência dos óbitos domiciliares ocupou o lugar de destaque (7,8%), o que sugere a inter-relação entre o baixo grau de instrução, nível socioeconômico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o óbito domiciliar e sem assistência. O Distrito Sanitário IV apresenta 30,1% dos óbitos totais de mulheres em idade fértil do município.

Outro dado que pode ser observado é que a maior ocorrência dos óbitos em via pública está nos distritos 1 e 4, cuja característica comum é que os bairros desses distritos dão acesso ao anel rodoviário e rodovias.

TABELA 05 Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por local de ocorrência/Distrito Sanitário no município de Governador Valadares 2002 - 2004.

2002-2004	Domicílio		Hospitais		Via Pública		Outras		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
D. Sanitário. I	15	4,3	27	7,8	6	1,7	1	0,3	49	14,2
D. Sanitário. II	24	7,0	29	8,4	5	1,4	8	2,3	66	19,1
D. Sanitário. III	10	2,9	39	11,3	5	1,4	1	0,3	55	16,0
D. Sanitário IV	27	7,8	68	19,7	6	1,7	3	0,9	104	30,1
D. Sanitário. V	11	3,2	33	9,6	4	1,3	1	0,3	49	14,2
Total	87	25,2	196	56,8	26	7,5	14	4,1	323	93,6

Fonte: DO/SMS/GV, 2002-2004.

Outros = afogamento, motel, igreja, vítimas acidente em anel rodoviário, vítima homicídio arma branca.
Obs: 22 óbitos foram identificados após investigação, totalizando 345 óbitos de mulheres em idade fértil.

Buscou-se conhecer a distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por faixa etária e escolaridade por distritos sanitários, conforme TAB-06 no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Pode-se observar que a ocorrência de óbitos na faixa etária de 30 a 39 e 40 a 49 é preponderante em todos os distritos. Quanto ao grau de escolaridade, o preenchimento das variáveis “ignorado” e o “não preenchimento” evidenciou a ausência de informação que mostra o preenchimento inadequado da D.O.

TABELA 6 Distribuição dos óbitos por faixa etária e escolaridade por Distritos Sanitários no município de Governador Valadares, 2002-2004.

DIST. SANIT.	D.S.I		D.S.II		D.S.III		D.S.IV		D.S.V		TOTAL	
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
10 A 14	1	0,3	1	0,3	5	1,4	3	0,9	2	0,6	12	3,5
15 A 19	4	1,2	4	1,2	0	0	3	0,9	0	0	11	3,2
20 A 29	9	2,6	12	3,5	12	3,5	18	5,2	7	2,0	58	16,8
30 A 39	13	3,7	16	4,5	13	3,7	27	7,8	18	5,2	87	25,2
40 A 49	21	6,1	32	9,3	23	6,7	52	15,0	22	6,4	150	43,5
Ignorado	1	0,3	1	0,3	2	0,6	1	0,3	0	0	5	1,4
TOTAL	49	14,2	66	19,1	55	15,9	104	30,1	49	14,2	323	93,6

Escolaridade	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nenhuma	3	0,9	6	1,7	2	0,6	5	1,4	3	0,9	19	5,5
1º Grau inc	2	0,6	3	0,9	8	2,3	12	3,5	7	2,0	32	9,3
1º Grau comp	8	2,3	11	3,2	6	1,7	10	2,9	9	2,6	44	12,7
2º Grau inc	6	1,7	7	2,0	9	2,6	6	1,7	4	1,2	32	9,3
2º Grau comp	7	2,0	5	1,4	3	0,9	2	0,6	1	0,3	18	5,2
Ignorado	17	5,0	23	6,7	21	6,1	54	15,7	15	4,3	130	37,7
Não preenchido	6	1,7	11	3,2	6	1,7	15	4,3	10	2,9	48	13,9
TOTAL	49	14,2	66	19,1	55	15,9	104	30,1	49	14,	323	93,6

Fonte: DO/SMS/GV, 2002-2004.

Obs: 22 óbitos foram identificados após investigação, totalizando 345 óbitos de mulheres em idade fértil.

6.5 - Distribuição das causas nos óbitos de mulheres em idade fértil no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

Apesar das limitações dos estudos de mortalidade realizados por meio de dados secundários, estes revelam as condições de vida ao evidenciar mortes evitáveis precoces e sem justificativas.

Distribuídas na TAB. 07 estão as causas dos óbitos de acordo com os capítulos da CID 10. As causas foram identificadas antes e após a investigação realizada por visitantes do Departamento de Epidemiologia do município.

Após investigação, as cinco causas mais importantes em 2004 foram: em primeiro lugar o capítulo IX referente às doenças do aparelho circulatório, ocupando o segundo lugar o capítulo II referente às neoplasias, o terceiro lugar foi o capítulo XX referente a causas externas, em quarto as doenças do aparelho digestivo (cap. XI) e em quinto os sintomas e sinais mal definido (cap. XVIII).

As causas mal definidas ocupam o 1º lugar antes da investigação e caem para o 5º lugar em 2003 e 2004, o que evidencia que a investigação tem contribuído no esclarecimento das causas de óbito, possibilitando melhores evidências para o planejamento em saúde.

O Ministério da Saúde aponta que apesar da mortalidade materna ter pouca representatividade no total de óbitos femininos, é desanimador quando se comprova que os óbitos destas mulheres são por causas nitidamente evitáveis (Brasil, 2004a).

TABELA 7 - Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil por causa básica por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID), ocorridas no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Causa Básica	Investigação 2002		Investigação 2003		Investigação 2004	
Causa Morte	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
Cap.I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	07	06	04	05	11	07
Cap.II. Neoplasias (C00-D48)	01	10	05	24	04	22
Cap.III. Doenças sangue, órgãos hematopoiéticos, alguns transt imunitários (D50-D89)	00	01	00	02	02	04
Cap.IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	02	04	05	04	02	06
Cap. V. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	00	01	00	02	01	02
Cap.VI. Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	01	02	02	03	02	05
Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	10	18	05	16	09	29
Cap. X. Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	11	05	14	07	17	09
Cap. XI. Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	02	03	00	01	02	11
Cap.XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L93)	00	00	00	00	00	02
Cap.XIII. Doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	01	03	00	01	00	04
Cap. XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	03	00	00	00	00	00
Cap.XV. Gravidez, parto e puerpério (O00-O99).	00	01	01	02	01	02
Cap.XVIII. Mal definidas (R00-R99)	57	40	46	08	60	07
Cap.XIX. Lesões, envenenamento, alg outras conseqü de causas externas (S00-T98).	10	00	07	00	13	00
Cap.XX Causas externas(V01-Y98)	01	12	01	15	03	19
TOTAL	106	106	90	90	127	127

Fonte: DO/SMS/GV, 2002-2004.

6.6 – Coeficiente de mortalidade por causas de óbitos por faixa etária.

Foram calculados os coeficientes de mortalidade por causa em relação às faixas etárias. A TAB. 8 mostra estes resultados. O cálculo foi realizado dividindo-se o número de óbitos por determinada causa, em determinado grupo etário, pela população feminina do mesmo grupo etário, para o triênio 2002-2004 e multiplicando-se por 100.000.

Os maiores coeficientes ocorreram nas faixas mais elevadas: 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Dentre os óbitos em mulheres de 40 a 49 anos, as quatro primeiras causas foram: capítulo XVIII (79,83/100.000) mal definidas, em seguida o capítulo IX (69,04/100.000) doenças do aparelho circulatório, em terceiro lugar o capítulo II (62,57/100.000) as Neoplasias, em quarto lugar o capítulo IX (30,20/100.000) doenças do aparelho respiratório. Em quinto lugar (17,26/100.000) ficaram as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças das glândulas endócrinas, nutricionais e metabólicas e as causas externas.

Em mulheres de 30 a 39 anos as quatro primeiras causas de morte foram: as Neoplasias (38,92/100.000), doenças do aparelho circulatório (35,68/100.000), sintomas e sinais mal definida (16,22/100.000) causas externas (12,97/100.000). Em quinta ocupação doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo (8,11/100.000).

As causas externas destacam-se como primeira causa nas mulheres mais jovens (20 a 29 a; 15 a 19a e 10 a 14 anos), chamando atenção para o grave problema junto a essas faixas etárias.

TABELA 8. Coeficientes específicos de mortalidade por causas de óbitos por faixas etárias no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Faixa etária/ Causas de morte de maior ocorrência	40 a 49	30 a 39	20 a 29	15 a 19	10 a 14	Ignorado
XVIII. Mal definidas (R00-R99)	79,83	16,22	8,43	2,39	2,70	00
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	69,04	35,68	12,64	00	00	00
II. Neoplasias (C00-D48)	62,57	38,92	2,81	2,39	00	00
X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	30,20	1,62	4,21	2,39	5,40	00
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	17,26	8,11	7,02	00	00	00
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90).	17,26	4,86	4,21	00	00	00
XX. Causas externas (V01-Y98)	17,26	12,97	25,29	14,34	16,21	00
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	15,1	8,11	2,81	00	2,7	00
Outras causas	15,1	11,35	8,43	4,78	5,4	1,93
XV - Gravidez, parto e puerpério (O00-O99).	00	3,24	5,62	00	00	00

Fonte: DO/SMS/GV, 2002-2004.

7 – INVESTIGAÇÕES DOS ÓBITOS

O primeiro passo da investigação foi feito pelos visitantes do DSC/GEPE sob a orientação da coordenação do serviço, em parceria com o CMPMM, e constituiu na investigação dos OMIF nos hospitais e domicílios. O segundo passo, realizado pela pesquisadora consistiu em comparar as bases de dados do SIM (GV) e SIM (SES).

Ao avaliar os dados contidos tanto no Sistema de Informação de Mortalidade do Município como no Estado, observaram-se diferenças entre os dados dos bancos (TAB. 09). Encontraram-se diferenças nas duas bases, nos três anos investigados, sendo que a base de dados do SIM/GV registrava menor número de óbitos. A diferença foi de oito óbitos no ano 2002, sete óbitos em 2003 sete óbitos em 2004 (TAB. 09).

A base do SIM/SES reúne óbitos ocorridos em outras localidades, podendo conter maior número de registros, que o SIM do município. Espera-se que ao final de dois ou três anos as bases contenham os mesmos registros. Está sendo implantado novo software pelo Ministério da Saúde do SIM e do SINASC, com atualização “on line” dos registros. Assim todas as bases serão alimentadas em tempo real e a atualização será automática, reduzindo o problema detectado na atual pesquisa (Brasil, 2006).

O terceiro passo consistiu em realizar o cruzamento entre o SIM e o SINASC. Foram usadas as bases nominais das mães das duas bases. Este

cruzamento visou identificar as mães que tiveram Recém-Nascidos (RN) e que foram a óbito (SIM) e não foram notificadas como óbito materno. Detectou-se a partir deste cruzamento um registro de óbito materno direto, que não havia sido incluído no cálculo da RMM no município.

TABELA 9. Distribuição do total de óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) identificados por ano e por registro nas DO's e no SIM/GV e SIM/SES, no município de Governador Valadares, 2002-2004.

	2002		2003		2004		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total de Registros de óbitos – SIM/SES	114	33,0	97	28,1	134	38,9	345	100
Total de Registros SIM GV	106	30,6	90	26,1	127	36,9	323	93,6
Diferença	08	2,4	07	2,0	07	2,0	22	6,4

Fonte: Dados retirados das DO, DSC/GEPE/SMS-GV, SIM/SES.

Nota: A percentagem foi calculada em relação ao total de OMIF no triênio 2002-2004.

A TAB. 10 registra os óbitos em mulheres em idade fértil identificados no triênio (345). Desses, 303 (87,8%) foram investigados pelo CMPMM. Portanto, 42 óbitos não foram inicialmente investigados, sendo 6,1% (em 2002), 3,5% (em 2003), 2,6% (em 2004). Destes 42 não investigados pelo CMPMM, 22 óbitos só foram identificados pela atual pesquisa, por meio do cruzamento entre as bases do SIM/GV e SIM/SES.

Os demais 20 óbitos, não foram localizados em função de endereços incorretos, impedimento de acesso por membros de “gangs” a determinados locais, ou ainda desconhecimento da vizinhança, por isso não se procedeu a investigação pelo CMPMM.

TABELA 10. Distribuição do número de óbitos de mulheres em idade fértil investigados no município de Governador Valadares, 2002 – 2004.

	OMIF		Investigadas/CMPMM		Não Investigados	
ANOS	N	%	N	%	N	%
2002	114	33,1	93	27,0	21	6,1
2003	97	28,1	85	24,6	12	3,5
2004	134	38,8	125	36,2	09	2,6
TOTAL	345	100	303	87,8	42	12,2

Fonte: Dados retirados das D.O's, formulários da investigação DSC/GEPE/SMS-GV.
Nota: A percentagem foi calculada em relação ao total de OMIF no triênio 2002-2004.

A TAB. 11 mostra a distribuição dos casos investigados: 303 (87,8%), foram investigados pelo CMPMM; vinte casos (5,8%), já haviam sido identificados como OMIF, mas não foram localizados. Dos óbitos resgatados no cruzamento do SIM/GV com o SIM/SES, 01 (0,3%) foi excluído por erro de identificação de gênero (óbito masculino); 14 (4,1%) foram investigados pela pesquisadora e 7 (2,0%), de acordo com o endereço fornecido no SIM/SES, não foram localizados, sendo importante ressaltar que esses óbitos ocorreram em outros municípios.

Portanto foram consideradas perdas na pesquisa 5,8% não investigados pelo CMPMM e outros 2,0% localizados na base de dados pela pesquisa, mas não investigados, totalizando 7,8%.

A investigação dos 14 novos casos gerou novos dados para o CMPMM. Todos os casos foram informados ao DSC/GEPE para inclusão de quatro óbitos na estatística do município no ano de 2002, quatro para o ano de 2003 e seis no ano de 2004.

Os resultados mostraram aspectos bastante interessantes e relevantes. Dos 22 óbitos que ocorreram fora do município, somente 14 foram investigados pela pesquisadora, por meio de contato com familiares e vizinhos, quando foi possível detectar 35,7% de óbitos relacionados a causas externas de morbidade e mortalidade, 35,7% refere-se às neoplasias e 21,4% englobam as causas relacionadas a doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e doenças do aparelho geniturinário.

Identificou-se nesse grupo, um óbito materno (7,2%), declarado no banco de dados do SIM/SES como causa básica CID O756.9 (Demora do parto após ruptura de membrana). Registrado como N921 (Metrorragia) na linha C da DO, como O822 (Parto por Cesárea para histerectomia) na linha B e A419 (Septicemia) na linha A.

Considerando esse diagnóstico registrado pelo SIM/SES, e a não identificação da família no município de Governador Valadares, buscou-se apoio no Comitê Estadual de Prevenção de Morte Materna para investigar este óbito que ocorreu em Belo Horizonte. Na oportunidade, pôde-se conhecer o histórico da paciente.

Conforme registros encontrados, constatou-se que a usuária foi admitida no dia 03 de fevereiro de 2004, no Hospital São Francisco, com o diagnóstico de intercorrência pós transplante renal, evoluindo com metrorragia crônica, tendo sido submetida à histerectomia.

Na Declaração de Óbito, identificou-se na linha A, septsemia; linha B, histerectomia; na linha C, metrorragia e na linha D, Miomatose uterina.

Tais informações puderam descartar o enquadramento desse óbito dentro do quadro de Mortalidade Materna, uma vez que após a investigação dos novos dados, constatou-se além das informações acima, o registro de salpingotripsia bilateral em 1989, o que confirma a falta de precisão das informações registradas no SIM/SES e evidencia a necessidade da investigação de todos os óbitos em mulheres em idade fértil, para confirmação do diagnóstico de óbito materno.

Dentre os sete óbitos identificados no banco de dados do SIM/SES e não localizados, tiveram como motivos da não investigação a casa que se encontrava desocupada, o vizinho que desconhecia o morador, o endereço

informado no SIM que não conferia com a realidade, o morador de aluguel que desconhecia o proprietário e a dificuldade da relação humana quando se fala em mortalidade.

TABELA 11 - Distribuição do total de óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) identificados por ano e por registro nas DO's, no SIM/GV e no SIM/SES, Governador Valadares, 2002-2004.

Total de Registros de óbitos – SIM/SES/MS	N.º	%
Casos investigados pelo CMPMM	303	87,8
Casos excluídos	01	0,3
Casos SIM/SES investigados pela pesquisadora	14	4,1
Casos SIM/SES não investigados	07	2,0
Casos não localizados pelo CMPMM	20	5,8
Total de casos	345	100,0

Fonte: Comitê de Prevenção do óbito Materno, dados do SIM/GV e SES e fichas de Investigação de Óbito /Departamento de Epidemiologia de Governador Valadares 2002 - 2004.

OBS: Os casos descritos como investigados e "não investigados" formam o grupo de óbitos ocorridos em outro município e que só constavam no banco de dados do Estado-SIM/SES

7.1 - Preenchimento dos campos 43 e 44

O campo 43 da Declaração de Óbito que registra morte da mulher durante a gravidez, parto ou aborto foi preenchido em 40,2%, sendo que em 3,7% foi assinalado como ignorado, o não preenchido em 59,5%, e identificado como variáveis com erro em 0,3% dos OMIF no triênio 2002-2004.

O campo 44 da DO que registra morte da mulher durante o puerpério foi preenchido em 37,2%, sendo que em 2,8% foi assinalado como ignorado, o não preenchido em 61,9%, e identificado como variáveis com erro em 0,9% dos OMIF.

Foram consideradas variáveis com erro aquelas que após investigação das mulheres em idade fértil foi alterada para presença ou não da gravidez.

A TAB. 12 mostra o não preenchimento destes campos pelos médicos, o que revela claramente a má qualidade das informações da DO, no que diz respeito à resposta relativa à presença ou não de gravidez em mulheres em idade fértil. A ausência de preenchimento desses campos traz como consequência a sub-notificação, além da dificuldade de construção de um diagnóstico da qualidade da assistência prestada.

Como lembra Laurenti et al (2000a), este resultado pode ser em consequência de ato negligente ou de descaso por parte do médico ou ainda pode sugerir que este item está mal descrito, bem como o profissional mal instruído, o que leva à dúvida durante o preenchimento da declaração de óbito.

TABELA 12 Distribuição do preenchimento dos campos 43 e 44 na Declaração de Óbito no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Ano	Preenchidas				Não preenchidas				Variáveis com erro		Total	
	43		44		43		44					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2002	35	5,4	31	4,8	74	11,5	73	11,3	1	0,2	214	33,2
2003	37	5,7	33	5,1	52	8,0	57	8,8	0	0,0	179	27,6
2004	58	9,0	56	8,7	66	10,2	70	10,8	3	0,5	253	39,2
TOTAL	130	20,1	120	18,6	192	29,7	200	30,9	4	0,7	646	100,0

Fonte: DO/SMS/GV, 2002-2004.

7.2 - Óbitos Maternos identificados pela pesquisa

Neste estudo todos os óbitos de mulheres de 10 a 49 anos foram considerados como mortes maternas presumíveis e só após serem reinvestigados foram descartados quando não classificados como mortes maternas.

Foi identificado um novo caso pela pesquisa, resultante do cruzamento entre o SIM/GV e SINASC/GV (TAB. 13).

Após o cruzamento dos dados do SIM/GV e SINASC/GV, buscou-se a partir da identificação do registro desta mulher nos dois bancos, a confirmação do óbito materno, reavaliando assim, as variáveis 43 e 44. Ao constatar o óbito materno, pôde-se identificar que o registro do profissional médico confirmava essa informação, porém havia uma observação da visitadora na lateral da DO que declarava: “a paciente não esteve grávida nos últimos doze meses”. A partir dessa observação, o comitê não prosseguiu a investigação, validando a informação da visitadora. Esse acontecimento retrata a importância da seleção e sensibilização das equipes que desenvolvem este trabalho, bem como a necessidade de se ter profissionais capacitados e sobretudo, cientes da relevância da fidedignidade desses registros.

TABELA 13 Mortes Maternas identificadas antes e após a pesquisa no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Morte Materna/Ano	Antes pesquisa	Após pesquisa
2002	1	
2003	1	
2004	2	1*
TOTAL	4	5

Fonte: Dados retirados das DO, DSC/GEPE/SMS-GV, SIM/SES.

OBS: * 1 caso observado pela pesquisadora revisando as investigações realizadas pelo CMPMM/GV e cruzamento das bases SIM e SINASC.

Após a análise das Declarações de Óbito e estudos das bases de dados do SIM/SMS, SIM/SES e da base de dados do SINASC/GV foram identificados como óbitos maternos declarados, aqueles que estavam descritos na DO, em óbito materno mascarado, aquele cuja causa básica relacionada ao estado gravídico-puerperal não constava na D.O. por falhas no seu preenchimento. Registrados como “após pesquisa” o óbito materno declarado, porém não identificado pelos visitantes e nem pelo CMPMM, portanto não constavam na RMM do ano da sua ocorrência. Vale ressaltar que somente o óbito “após pesquisa” revela a informação não identificada pelo CMPMM.

A TAB 14 mostra os óbitos agregados após análise crítica das DO e dos bancos de dados, descartando 332 óbitos (96,2%) como mortes não maternas e 13 relacionadas à gestação.

TABELA 14 Revisão dos óbitos de mulheres em idade fértil após análise crítica das DO e das investigações realizadas no município de Governador Valadares, 2002-2004.

	2002	2003	2004	TOTAL
Morte Materna Obstétrica				
Declarada	01	0	02	03
Não Declarada	0	01	01	02
Morte Materna Tardia				
Declarada	02			02
Não Declarada		02		02
Materna Não Obstétrica	01		03	04
Relacionadas à Gravidez	04	03	06	13

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação do CMPMM.

8 - CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DO QUADRO DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES NO TRIÊNIO 2002-2004.

Dos 345 óbitos de mulheres em idade fértil ocorridos no município de Governador Valadares, identificaram-se 13 casos de óbitos relacionados à gestação. Foram organizados em dois grupos: - o segundo grupo inclui oito óbitos que não se enquadram no cálculo da RMM e o primeiro inclui os cinco óbitos que fizeram parte do cálculo da RMM.

Encontra-se no segundo grupo a Mortalidade Materna Tardia, que é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez - CID O96 (BRASIL, 2002). Identificaram-se também nesse grupo os óbitos não relacionados à gravidez e seu manejo, também chamados de morte materna não obstétrica que é aquela resultante de causas acidentais ou causas incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo, que ocorreram durante a gravidez ou logo após a mesma (BRASIL, 2002).

No primeiro grupo agruparam-se cinco óbitos classificados como mortes maternas obstétricas diretas e indiretas.

Valongueiro (2004) ressalta a importância de se discutir como classificar os óbitos sem perder a comparabilidade e ao mesmo tempo garantir que as

circunstâncias nas quais os mesmos ocorreram (na presença de uma gravidez) sejam percebidas.

A TAB. 15 mostra a distribuição do segundo grupo, na qual foram identificados três óbitos por causa externa – aqui tomada como acidentais (37,5%), sendo dois homicídios e um sugere-se afogamento no Rio Doce, um incidental (12,5%) linfoma ulcerado e quatro (50,0%) óbitos maternos tardios, cujo diagnóstico registrado foi três casos de miocardiopatia periparto e um de Lupus.

TABELA 15 Distribuição das causas de Mortes Maternas tardias e não obstétricas, ocorridas no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Tipo/ momento do óbito	Precoce		Tardio		Total	
	N	%	N	%	N	%
<u>Morte Materna não Obstétrica</u>						
<u>Causa externa</u>						
Homicídio	02	25,0			02	25,0
Suicídio	01	12,5			01	12,5
<u>Causa incidental</u>						
Linfoma ulcerado	01	12,5			01	12,5
<u>Morte Materna Tardia</u>						
Miocardiopatia periparto			03	37,5	03	37,5
Lupus			01	12,5	01	12,5
Total	04	50,0	04	50,0	08	100

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação e do SIM

A TAB. 16 mostra o primeiro grupo do universo das mortes maternas em Governador Valadares, agrupados em óbitos maternos diretos e indiretos. Ocupando o primeiro lugar encontram-se a eclampsia e aborto, causas das mortes maternas (direta), representando 80%, e uma morte materna indireta 20%, cuja causa foi registrada como Status Epilépticos Severo.

De acordo com Victora & Barros (2001), cerca de quatro em cinco mortes registradas são por causas obstétricas diretas e uma para cada cinco mortes é por causas indiretas.

Conforme a descrição acima, pode-se perceber que também no município de Governador Valadares as causas diretas se sobrepõem às indiretas.

Laurenti et al (2000b) registra em 1987 a existência de 93% de mortes maternas por causas diretas e apenas 7% obstétricas indiretas, e ainda, nas regiões sudeste e sul, verificaram-se as maiores proporções por causas obstétricas indiretas, respectivamente 10,3% e 10,9%. Esses dados revelam que essas regiões, desde 1987, já configuravam um quadro diferenciado se comparado às demais regiões brasileiras, onde a porcentagem dos óbitos maternos diretos são bem maiores, o que sugere a falta de cobertura e a má qualidade da assistência obstétrica prestada às populações das regiões menos desenvolvidas.

TABELA 16 Classificação das Mortes Maternas de causas direta e indireta, no município de Governador Valadares, 2002-2004

Tipo	Precoce	
	N	%
Óbito Materno		
Obstétricas diretas	04	80
Possivelmente Obstétricas indiretas	01	20
Total	05	100

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação e do SIM

8.1 - Distribuição dos óbitos Maternos Diretos e Indiretos por Distritos Sanitários no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

A faixa etária de maior ocorrência dos óbitos maternos foi de 20 a 29 anos. Dos cinco óbitos pesquisados e apresentados na TAB. 17 quatro foram registrados como moradores do distrito IV.

Conforme já exposto na análise e descrição da TAB 05 e citado na pesquisa Governador Valadares (2002), o Distrito sanitário IV está dentro da área caracterizada como de “extrema pobreza”.

Dos cinco óbitos mostrados nessa tabela, quatro foram registrados como óbito materno direto. Dos quatro que foram registrados como moradoras do distrito IV, três apresentaram óbito materno direto. Dessa forma, pode-se sugerir uma estreita relação entre o Óbito Materno Direto (OMD) e a situação socioeconômica da população, bem como entre a cobertura da qualidade da assistência obstétrica prestada e o OMD.

A TAB 17 mostra um Óbito Materno Indireto e quatro diretos. Dos quatro óbitos diretos, somente um foi encontrado no cruzamento dos registros do SIM/SINASC/GV (DHEG), três desses óbitos tiveram como diagnóstico o aborto, sendo dois infectados e um hemorrágico.

De acordo com a TAB-17 o local de ocorrência dos óbitos foi em hospitais da cidade. O Hospital Municipal teve nessa tabela maior ocorrência de óbitos,

porém vale ressaltar que este é o único hospital público da cidade que atende também a região, sendo também o único credenciado pelo SUS que possui tanto UTI adulto como neonatal.

TABELA 17 Distribuição dos óbitos maternos por faixa etária, Distrito Sanitário, tipo de óbito, identificação no SINASC e local de ocorrência, no município de Governador Valadares, 2002 - 2004.

Anos	Faixa Etária	D.S.	Bairros	Local de Ocorrência	SINASC	Tipo de Óbito
2002	20-29	IV	Sto Antonio	HM	Não	OMD
2003	20-29	IV	Sto Antonio	HSVP	Não	OMI
2004	20-29	II	Vila Mariana	HM	Não	OMD
	20-29	IV	J. do Trevo	HM	Sim	OMD
	30-39	IV	Altinópolis	HM	Não	OMD

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação e do SIM

8.2 - Principais causas de óbito materno

Conforme mostra a TAB 18, a presente pesquisa indicou que 80% das mortes maternas foram devido a causas obstétricas diretas. Quanto aos diagnósticos específicos, predominaram os abortos com 60%. Totalizaram em 20% os óbitos ocorridos por Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), e 20% óbito materno indireto, doença pré-existente agravada na gravidez.

Victora & Barros (2001) registra as doenças hipertensivas como o principal grupo entre as mortes maternas diretas, ocupando 23,6% das mortes

registradas, seguindo a sepse (8,1%), problemas hemorrágicos durante o parto (8,0%) e contabiliza as complicações relacionadas ao aborto em 7,4% do total de mortes maternas, número certamente subestimado uma vez que é ilegal no país, o aborto voluntário.

A TAB. 18 registra que dos óbitos maternos, 60% tem como causa o aborto, sendo 40 % aborto infectado e 20%, aborto hemorrágico. Faundes et al (1987) afirma que a interrupção da gravidez realizada em condições técnicas impróprias favorece o aparecimento de graves infecções, e ainda, que há uma estreita relação entre a prática do aborto e o nível sócio-econômico das mulheres, uma vez que, não tendo assistência adequada nos programas de planejamento familiar ou condições de recorrer a serviços de melhor qualidade, ficam sujeitas aos fatores de risco de mortalidade.

A partir desses dados, pode-se estabelecer uma associação entre a Doença Específica da Gravidez e o atendimento na rede básica de saúde, bem como a relação entre a prática do aborto infectado e o nível socioeconômico da população.

TABELA 18. Distribuição dos óbitos maternos precoces segundo o diagnóstico no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Diagnósticos	N	%
Óbitos maternos diretos		
Eclampsias/hipertensões da gravidez	01	20
Abortos	03	60
Óbitos maternos indiretos		
Doença pré-existente agravada pela gravidez	01	20
Todas as causas	05	100

Fonte: Pesquisa mortalidade materna em Governador Valadares: 2002 – 2004.
Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação e do SIM

8.3 – Característica da assistência prestada aos cinco casos de óbitos maternos, segundo o percurso da Linha do Cuidado.

Dos 345 óbitos em mulheres em idade fértil, identificou-se 05 óbitos maternos no município de Governador Valadares no triênio 2002-2004, que correspondeu a 1,45%.

Para a análise dos cinco óbitos maternos que ocorreram no município foram utilizadas as informações contidas nos prontuários hospitalares das unidades de atenção básica de saúde (UBS, PACS e PSF), entrevista com profissionais de saúde e com familiares.

A TAB 19 mostra a distribuição dos óbitos em relação ao atendimento nas UBS/PSF/PACS no Município de Governador Valadares, no triênio 2002-2004. Nela buscou-se apontar se o paciente teve acesso à rede primária de assistência, se havia Cadastro Individual, Familiar, Registro da História, da Evolução, Participação em grupos de Planejamento Familiar e Registro de alerta no prontuário, identificando-se os casos afirmativos, negativos e sem registro. A tabela sinaliza com o “X” os registros e acessos obtidos pela paciente na rede de saúde.

Pôde-se observar que todas as pacientes que configuram o quadro desta pesquisa tiveram acesso às UBS/PSF/PACS e também possuíam registro no cadastro individual das unidades. Na investigação buscou-se a UBS pela proximidade do endereço da usuária fornecido ao Hospital, podendo-se constatar que além do registro na unidade próxima a esse endereço, havia também acesso e cadastro em outras unidades.

O acesso foi tomado como simples entrada ao sistema de saúde. Constatou-se a ausência de registros, o que dificultou a recomposição da história, seguimento e participação da paciente nos grupos de promoção à saúde, bem como registros de alerta no prontuário que possibilitassem identificar situações de gravidade/risco.

A análise das entradas em mais de uma unidade e a ausência de registros sugerem a existência de ruídos no processo de assistência à saúde. Dessa

forma, faz-se necessária a reflexão acerca do processo de acolhimento e comunicação/interação entre os profissionais de saúde e os usuários.

TABELA 19 Distribuição dos óbitos em relação ao atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

	Sim	Não	Sem registro
Acesso à UBS	X		
Cadastro individual	X		
Cadastro familiar			X
Registro da História			X
Registro da Evolução			X
Registro de participação de grupos de planejamento familiar			X
Registros de alerta no prontuário			X

Fonte: Comitê de Prevenção do óbito Materno
Fichas de Investigação de Óbito / CMPMM_GV 2002 - 2004

Em seguida analisou-se com mais detalhe o acesso e assistência ao pré-natal e parto, conforme TAB. 20. Identificou-se que dos cinco óbitos maternos analisados, somente dois tinham registros de acesso à assistência ao pré-natal e três não possuíam nenhum registro nas unidades básicas próximas as suas residências. Destes dois, somente um caso possuía registro de acompanhamento no pré-natal, bem como cartão da gestante. Em relação aos registros deste caso, tanto as informações contidas no prontuário como no cartão, observadas durante a entrevista com os

familiares eram telegráficas e ilegíveis, o que também se constitui um fator dificultador na avaliação da assistência prestada. Nos registros da evolução durante o pré-natal, identificaram-se como legíveis os dados referentes à verificação da pressão arterial bem como o peso durante a consulta de enfermagem.

O Cartão da Gestante é instrumento de registro que deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são importantes para referência e contra-referência, devendo, portanto ser entregue à gestante (BRASIL, 2000). A ausência de acesso às informações primordiais relacionadas ao pré-natal traz prejuízos à assistência, uma vez que pode interferir na seleção de conduta terapêutica do profissional, durante atendimento de urgência e emergência.

É inegável a importância do acesso ao Pré-Natal, bem como da qualidade da assistência e registro das informações, já que é por meio desses recursos é que se poderá intervir nos casos que apresentam doenças anteriores à gestação.

TABELA 20 Distribuição dos óbitos em relação ao acesso e assistência ao pré-natal e existência de doença anterior a gravidez no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

	Sim	%	Sem registro	%	Total
Acesso ao Pré-natal	2	40	3	60	5
Cartão de Pré-natal	1	20	4	80	5
Registro da assistência na UBS	1	20	4	80	5
Doença anterior a gravidez	2	40	3	60	5

Fonte: Comitê de Prevenção do óbito Materno

Fichas de Investigação de Óbito / CMPMM_GV 2002 – 2004.

Obs.: Foram seis óbitos maternos no período, entretanto, um ocorrido fora do município não foi investigado.

A TAB. 21 apresenta a distribuição dos óbitos em relação ao acesso e assistência ao parto, orientação pós-alta e registro de assistência prestada. Dos cinco casos investigados nessa pesquisa, três foram a óbito por aborto, um óbito durante a gestação por agravamento de doença anterior a gravidez, portanto, nesta tabela, analisou-se o único caso que teve acesso ao parto. Sobre ele, pode-se confirmar o acesso e a assistência ao parto, no entanto, a orientação após alta e o registro de assistência prestada são sub-notificados.

Considerando que a paciente apresentava doença anterior à gravidez e que houve falta de registro da assistência prestada, pode-se deduzir, a partir da alta precoce, a ausência de propedêutica de DHEG Grave e partograma.

TABELA 21 Distribuição dos óbitos em relação ao acesso e assistência ao parto no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

	Sim	Sem registro
Acesso ao Parto	1	4
Assistência ao Parto	1	4
Orientação após alta		5
Registro da assistência prestada		5

Fonte: Comitê de Prevenção do óbito Materno
Fichas de Investigação de Óbito / CMPMM_GV 2002 - 2004

A TAB. 22 apresenta os cinco casos de óbitos maternos investigados e a distribuição do percurso da assistência prestada, apontada em onze tópicos, que se materializaram em itens de avaliação da assistência prestada.

Dos cinco casos investigados nessa pesquisa, todos tiveram acesso ao primeiro hospital procurado e à prescrição médica – primeiro e sexto tópico do percurso da assistência. No segundo tópico – assistência no primeiro atendimento - verificou-se somente um caso, no entanto, cabe ressaltar que nesse caso a paciente esperou vinte e quatro horas pelo especialista e foi transferida para outro hospital por solicitação da família. Os tópicos três, quatro e cinco referem-se respectivamente à necessidade de atendimento de emergência, acesso a esse atendimento e assistência de emergência. Dos cinco casos, três necessitaram e tiveram acesso ao atendimento de emergência, mas somente um recebeu assistência. Em relação ao registro de evolução das pacientes - tópico 7, só foi identificado nos casos que foram acompanhados na unidade de tratamento intensivo (UTI), ainda assim, pôde-se observar a ausência de informações cronológicas e

ilegibilidade nos dados registrados. O tópico 8 refere-se ao registro de orientação após a alta, não identificado em nenhum dos casos. Vale deixar claro que nesse tópico buscou-se ressaltar que houve registro de mais de uma busca das pacientes pela assistência hospitalar, o que revela uma assistência desvinculada das demandas individuais, da ausência do cuidado e ineficiência da escuta. Com relação aos tópicos nove, dez e onze – registro da Necessidade, Solicitação e Acesso à UTI, identificou-se a necessidade de UTI em três prontuários e durante a investigação, pôde-se constatar que dos dois acessos solicitados, ambos foram atendidos.

Esses itens podem ser transformados em avaliadores da assistência prestada. Assim, nessa pesquisa criou-se um instrumento de avaliação onde em caso de acesso a algum desses itens, utilizou-se o score 1, a ausência desse acesso, o score zero. Portanto, esse critério possibilita, por meio da soma dos pontos, medir a qualidade da assistência dispensada. Adotou-se a partir desses índices, um critério para avaliação da assistência prestada a essas pacientes. Assim, dos cinco casos, três receberam score abaixo de cinco pontos, uma paciente recebeu 7 pontos e apenas uma recebeu 10 pontos. Pode-se então supor que de acordo com o score utilizado para análise, somente um caso teve acesso à assistência adequada.

TABELA 22 Distribuição dos óbitos em relação ao percurso da assistência hospitalar no município de Governador Valadares, 2002-2004.

Itens de avaliação da assistência	Caso I	Caso II	Caso III	Caso IV	Caso V
	Aborto infectado	Epilepsia	Aborto hemorrágico	Aborto séptico	DHEG
1-Acesso ao Hospital	1	1	1	1	1
2-Assistência no 1º atendimento	1	0	1	1	1
3-Necessitou atendimento de emergência	0	1	1	0	1
4-Acesso ao atendimento de emergência	0	1	1	0	1
5-Assistência de emergência	0	0	0	0	1
6-Registro da prescrição	1	1	1	1	1
7-Registro da Evolução	0	0	0	1	1
8-Registro da orientação após alta	0	0	0	0	0
9-Registro da necessidade de UTI	0	1	0	1	1
10-Registro da solicitação de leito na UTI	0	0	0	1	1
11-Acesso à UTI	0	0	0	1	1
Total de pontos	3	5	5	7	10

Fonte: Comitê de Prevenção do óbito Materno
Fichas de Investigação de Óbito / CMPMM_GV 2002 - 2004

8.4 - A evitabilidade da morte materna segundo análise do Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna no Município de Governador Valadares, 2002-2004.

Dos óbitos maternos diretos e indiretos, o Comitê Municipal analisou individualmente apenas três. Nessa análise utilizou-se como referência a classificação da evitabilidade conforme preconizado pelo Ministério da Saúde no Manual dos Comitês de Prevenção de Óbito Materno (BRASIL, 2002). A TAB 23 mostra os três óbitos analisados pelo Comitê. Os outros dois óbitos não foram analisados, isso porque um registro, referente ao ano 2002, foi anterior à existência do comitê no município, o outro foi detectado a partir da pesquisa e então informado ao comitê.

A TAB 23 mostra a distribuição dos óbitos maternos conforme classificação de evitabilidade realizada pelo Comitê de Prevenção de Óbito Materno. Dos três óbitos analisados, dois foram caracterizados como óbitos evitáveis e um provavelmente evitável.

TABELA 23 Distribuição dos óbitos maternos conforme classificação de evitabilidade do Comitê de Prevenção de Óbito Materno em Governador Valadares 2002-2004.

Evitabilidade	Caso 2	Caso3	Caso 4	TOTAL	
				N	%
Evitável		X	X	2	66,7
Provavelmente evitável	X			1	33,3
Inevitável					
Total				3	100

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação do CMPMM

A partir dessa classificação, de acordo com a análise do CMPMM-GV foram identificados os fatores de evitabilidade conforme mostra a TAB 24. Pode-se ressaltar que em todos os casos verificou-se mais de um fator de evitabilidade, em especial no que se refere aos cuidados profissionais.

A atual pesquisa refez o percurso da linha do cuidado, segundo a proposta de Malta (2001b), buscando compreender as falhas ocorridas na assistência que resultaram no óbito. Empregou-se o fluxograma analisador proposto por Merhy e Chakour et al (1997), buscando identificar os ruídos, ou falhas ocorridas. A seguir, descrevem-se os cinco óbitos investigados e o correspondente fluxograma analisador, síntese da linha do cuidado.

TABELA 24 Distribuição dos casos de óbitos maternos conforme fatores de evitabilidade de acordo com a análise do Comitê de Prevenção de Óbito Materno em Governador Valadares 2002-2004.

	Caso 2	Caso3	Caso 4	TOTAL
Fatores de evitabilidade				
Comunidade/família/gestante		X	X	2
Profissional	X	X		2
Institucional	X			1
Sociais			X	1
Intersectorialidade				0

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação do CMPMM.

8.5 – Classificação e discussão dos casos de óbitos maternos sob a perspectiva da linha do cuidado e sua evitabilidade.

Tomou como universo desse estudo somente os cinco óbitos maternos classificados em diretos e indiretos nos quais foi possível o acesso para investigação.

Caso n.1- 2002-Óbito Materno Direto, Declarado, Hospitalar.

MJSS, 28a, solteira, parda, 1º grau incompleto de escolaridade, comerciária, procedente do bairro Santo Antônio, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G3 P2 A1, deixou um filho de 10 anos e outro com 6 anos. Segundo relato da família e investigação em

prontuários constatou-se a inexistência de registros na Unidade Básica de Saúde das consultas médicas no pré-natal. A paciente procurou o Pronto Socorro do Hospital Municipal no dia 12/06/02 com queixa de cefaléia e dores generalizadas pelo corpo. Foi atendida e medicada pelo clínico plantonista com antiinflamatório. Não existe referência de gravidez ou aborto. A família informou que no dia 15/06/02 a paciente foi atendida no Hospital São Lucas (particular e não-conveniado ao SUS), porém durante a investigação nesse não foi encontrado registro desta paciente e nem acompanhamento médico neste período. No dia 16 de junho de 2002, a paciente foi internada no Hospital São Vicente, credenciado pelo SUS. Apresentava pequeno sangramento, icterícia e febre. Avaliada pelo ginecologista, que realizou curetagem uterina com retirada de restos ovulares compatíveis com abortamento infectado. Foi mantida no mesmo hospital, aos cuidados de um médico clínico geral, tendo o seu quadro evoluído para óbito após três dias de internação (Parada cardiorrespiratória). Dados incompletos são por falta de registros nos prontuários.

- **Registro na Declaração de Óbito (DO):** Septicemia e aborto séptico.
- **Não analisado pelo CMPMM.**
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Considerando a ausência de registros de evolução da paciente, a ilegibilidade das informações contidas nos formulários, bem como, a história relatada por um familiar, pode-se supor que o óbito tenha ocorrido em decorrência de falhas profissionais, falta de diagnóstico em tempo oportuno.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o

óbito: Existem indícios de falha na primeira busca de assistência prestada no Pronto Socorro, uma vez que não há registro da história, a paciente foi medicada somente pela queixa principal e liberada. Não há registro em sua ficha de atendimento de qualquer orientação realizada pelo profissional de saúde. A descrição da história talvez pudesse detectar algum sinal/sintoma que pudesse contribuir no diagnóstico e tratamento precoce, porém a inexistência de registros com relato da consulta e orientação médica durante este período, exige uma reflexão acerca da responsabilização do profissional de saúde na evitabilidade desta ocorrência.

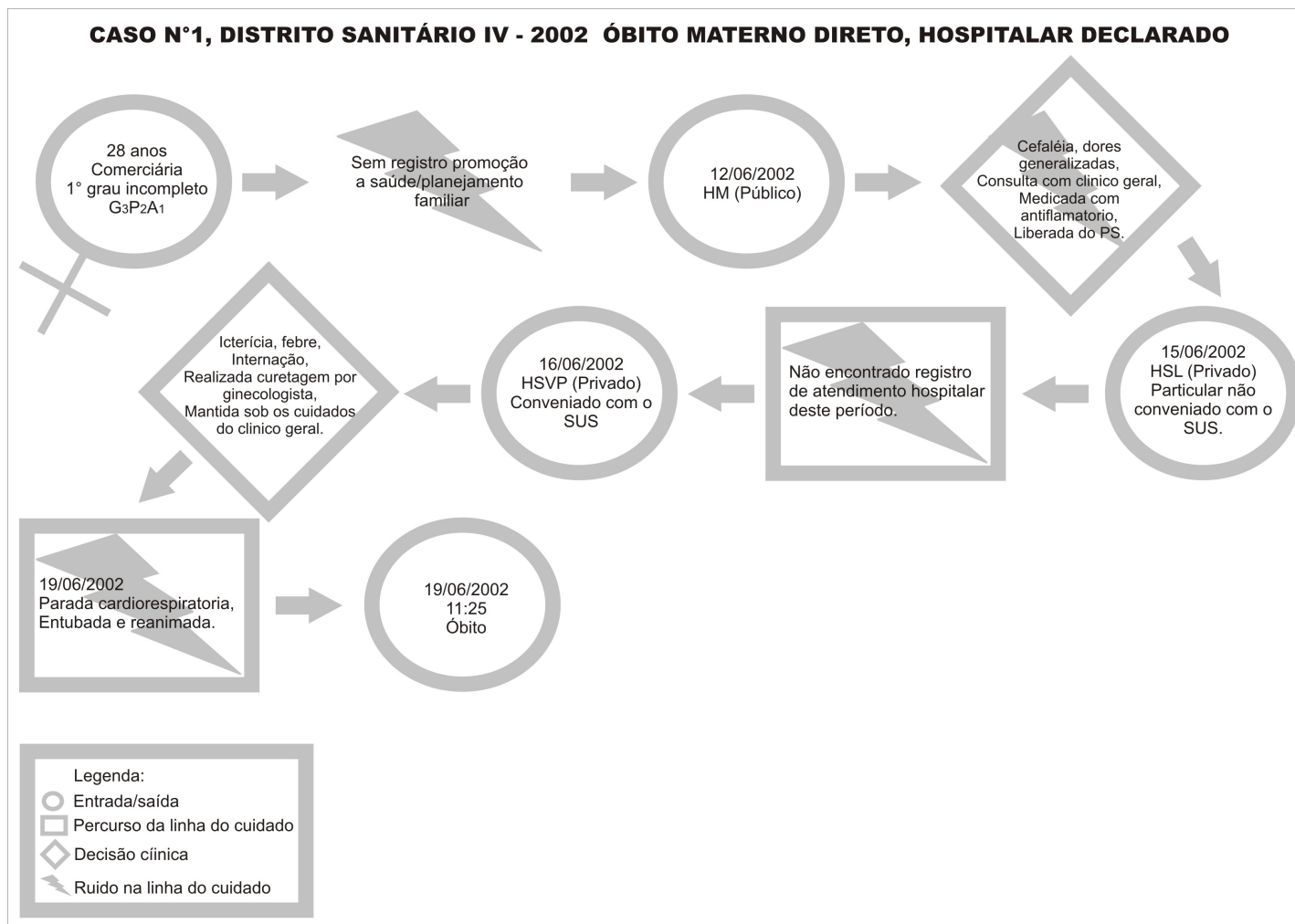
É importante que se reflita sobre a comunicação existente entre o cuidador e a paciente, bem como as informações não verbais que podem trazer sinais de agravamento do quadro. Analisando outros fatores de evitabilidade, podem-se acrescentar também as responsabilidades institucionais, pelo mecanismo já institucionalizado de operar no Pronto Socorro por meio da queixa conduta, não realizando diagnóstico adequado do caso.

Síntese dos Ruídos/problemas na linha do cuidado:

Ausência de registro em Unidade Básica de Saúde que pudesse compor a história e evolução da paciente bem como relatos de alerta no prontuário que possibilitassem identificar situações de gravidade/risco e participação da mesma nos grupos de promoção à saúde. Não captação precoce e não vinculação com profissional de saúde. Consulta no Pronto

Socorro, mediante queixa/conduita; ausência de registro hospitalar; parada cardio respiratória.

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA 01



Caso n.2- 2003-Óbito Materno Indireto, Hospitalar, Não Declarado.

EMS, 27a, solteira, parda, G3 P0 A2, 1º grau incompleto, do lar, procedente do bairro Santo Antonio, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. História de epilepsia desde sete anos de idade, era acompanhada por neurologista na policlínica e fazia uso regular de medicamento. Nas informações registradas na Unidade Básica de Saúde constam (PSF), que a paciente esteve grávida e abortou após queda, “anterior ao ano 2002”. No ano 2002, há o registro de nova gravidez confirmada por exame laboratorial, com última menstruação datada de 12 de maio e informação de sangramento no início da mesma, quando foi agendada (24/07/2002) para acompanhamento em Unidade Secundária, na assistência de gestação de alto risco. Nessa unidade consta que a data provável do parto seria fevereiro de 2003, porém a gestação terminou em aborto e inexistente a data da ocorrência. Em 2003, novo registro de amenorréia e consulta com clínico geral no PSF no dia 23 de outubro, com informação de que foi agendada para 25 de novembro de 2003 para seguimento de gestação de alto risco, porém não existe registro da inclusão da mesma no Programa Humanizado de Assistência ao Parto Normal e Nascimento (PHPN) no PSF e nem dos resultados de exames laboratoriais. Durante a pesquisa, membro da família relatou que a partir da terceira gravidez, a paciente interrompeu seus medicamentos por conta própria. Essa informação não está registrada no prontuário nem do PSF e nem da atenção secundária. Vivia com o companheiro há 4 anos. Internada no dia 12/11/03 no PSHM com crises frequentes de convulsão e até a tarde do dia 13/11/03 não havia sido avaliada pelo neurologista. Familiar queria mostrar resultados de exames antigos para o neurologista e foi orientada pelo

serviço social que deveria agendar pela central uma consulta com neurologista. Sentindo-se perdida a família solicitou e foi realizada transferência para outro hospital (HSVP), credenciado pelo SUS, porém não possui UTI. Assistida pelo neurologista que não compreendeu porque não foi acionado se estava no hospital anterior, foi medicada, porém continuou apresentando convulsão e o quadro febril não cedia. Avaliada pela ginecologia uma vez que estava no primeiro trimestre da gravidez, houve o registro da necessidade da UTI em função da gravidade do caso. Foi a óbito no dia 15/11/03, constatado pelo plantonista.

Registro na DO: Insuficiência Respiratória Aguda

Status Epiléptico Severo

Parte II - Epilepsia.

- **Analisado pelo CMPMM:** Provavelmente evitável.
- **Fatores da evitabilidade registrados pelo CMPMM:** profissional.
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Óbito ocorrido em decorrência de falhas profissionais que atenderam e não perceberam a gravidade da paciente e em decorrência de falhas Institucionais.

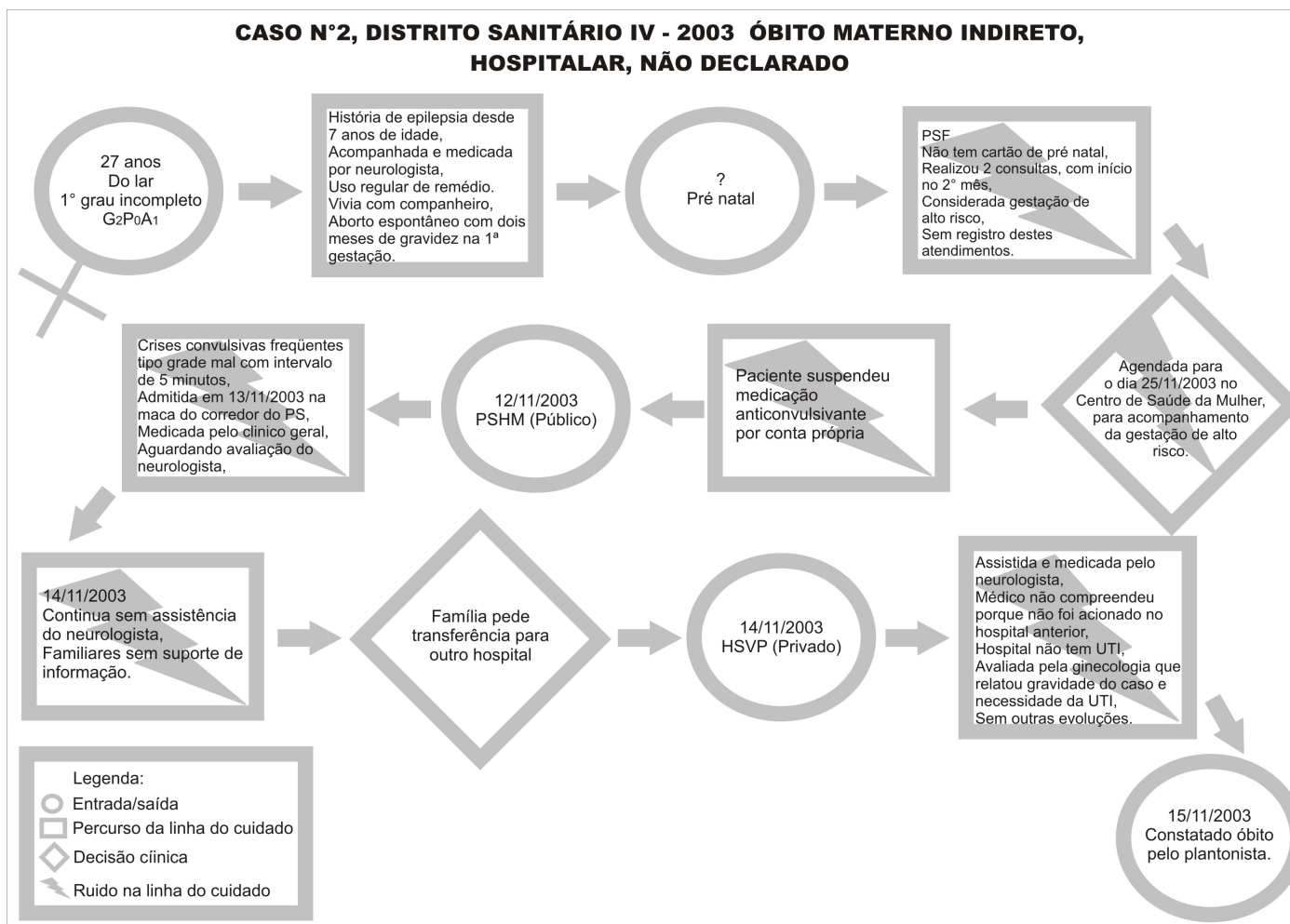
Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito: Existem indícios de falha no seguimento do protocolo (PHPN) na Unidade Primária de Saúde, uma vez que houve subnotificação de registros, além da falta de acolhimento e acompanhamento adequados, o que comprometeu o estado de saúde da paciente a partir da suspensão dos anticonvulsivantes sem quaisquer registro de orientação acerca dos riscos dessa atitude. Pode-se acrescentar que também houve falha na

primeira busca de assistência prestada no Pronto Socorro, uma vez que além de não existir o registro da história, a paciente foi medicada e deixada em uma maca por mais de 24 horas, sem avaliação da gravidade do caso, sem preenchimento da ficha de atendimento, bem como a descrição da evolução do seu quadro. A pedido dos familiares que se encontravam aflitos e sem orientação, a paciente foi transferida para outro hospital, que não possui UTI, e somente nele foi avaliada pelo especialista (neurologista), que se mostrou surpreso por não ter sido contactado, uma vez que se encontrava no primeiro hospital.

Síntese dos Ruídos/problemas na linha do cuidado:

Ausência de registro no pré-natal; de vínculo com profissionais da atenção básica de saúde, inexistência de registros no prontuário da atenção secundária, ausência/demora de assistência com especialista no Pronto Socorro, mediante queixa/condução; ausência de registro hospitalar; transferência para outro hospital com menor recurso a pedido da família, parada cardiorrespiratória.

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA 02



Caso n.3- 2004-Óbito Materno Direto, Hospitalar, Declarado.

MMS, 38a, casada, branca, G1 P0 A1, 1º grau incompleto, costureira, procedente do bairro Altinópolis, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tinha filhos e nem relato de gravidez anterior. Fazia uso de Puran T4 para tratamento de hipotireoidismo. Atendida no HM, dia 18/10/04 com história de atraso menstrual de dois meses e teste de gravidez positivo. Relato verbal da família de duas consultas na unidade básica de saúde com ginecologista, mas não tinha cartão de pré-natal e não possuía registro na Unidade. Avaliada pelo ginecologista do plantão que solicitou ultrassom obstétrico. Não existe registro das orientações fornecidas. O resultado do exame solicitado informou espessamento endometrial e restos ovulares. Segundo relato da família, a paciente recebeu alta médica e foi para casa da mãe numa roça próxima a cidade de Governador Valadares, informa também que ela estava bem. Dia 25/10/04 apresentou sangramento quando estava na roça e por falta de condução, só conseguiu chegar a GV no período da tarde. Retorna ao mesmo hospital apresentando quadro de choque hipovolêmico, com distensão abdominal. Internada em estado grave, chocada, PA inaudível, pele e mucosa descorada, útero amolecido, canal cervical entreaberto. Não atendida na urgência que encaminhou para a sala de parto onde foi realizado outro ultrassom que evidenciou endométrio acentuadamente espessado e restos ovulares, puncionado veia, paciente teve uma parada cardiorrespiratória antes do procedimento de curetagem.

- **Registro na DO** – A - Choque Hipovolêmico
B - Aborto incompleto
- **Analisado pelo CMPMM:** - Evitável
- **Fatores da evitabilidade registrados pelo CMPMM:** - Profissionais
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Óbito ocorrido em decorrência de falhas profissionais que atenderam (não consta registro de orientações à paciente).

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o

óbito: Existem indícios de falha na primeira busca de assistência prestada pelo ginecologista no Hospital Municipal, uma vez que com os registros telegráficos e ilegíveis, não se pôde conhecer se a paciente fora orientada sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro, porém a pesquisa acerca do caso permite afirmar que sim. A paciente saiu do hospital para casa já com diagnóstico de abortamento, mesmo assim foi para a casa da mãe na roça, onde o sangramento iniciou no período da manhã. Não foi, portanto orientada quanto a gravidade do caso e nem se procedeu aos procedimentos terapêuticos (curetagem pós aborto). Devido à dificuldade de transporte a paciente só conseguiu chegar ao hospital à tarde, já em choque.

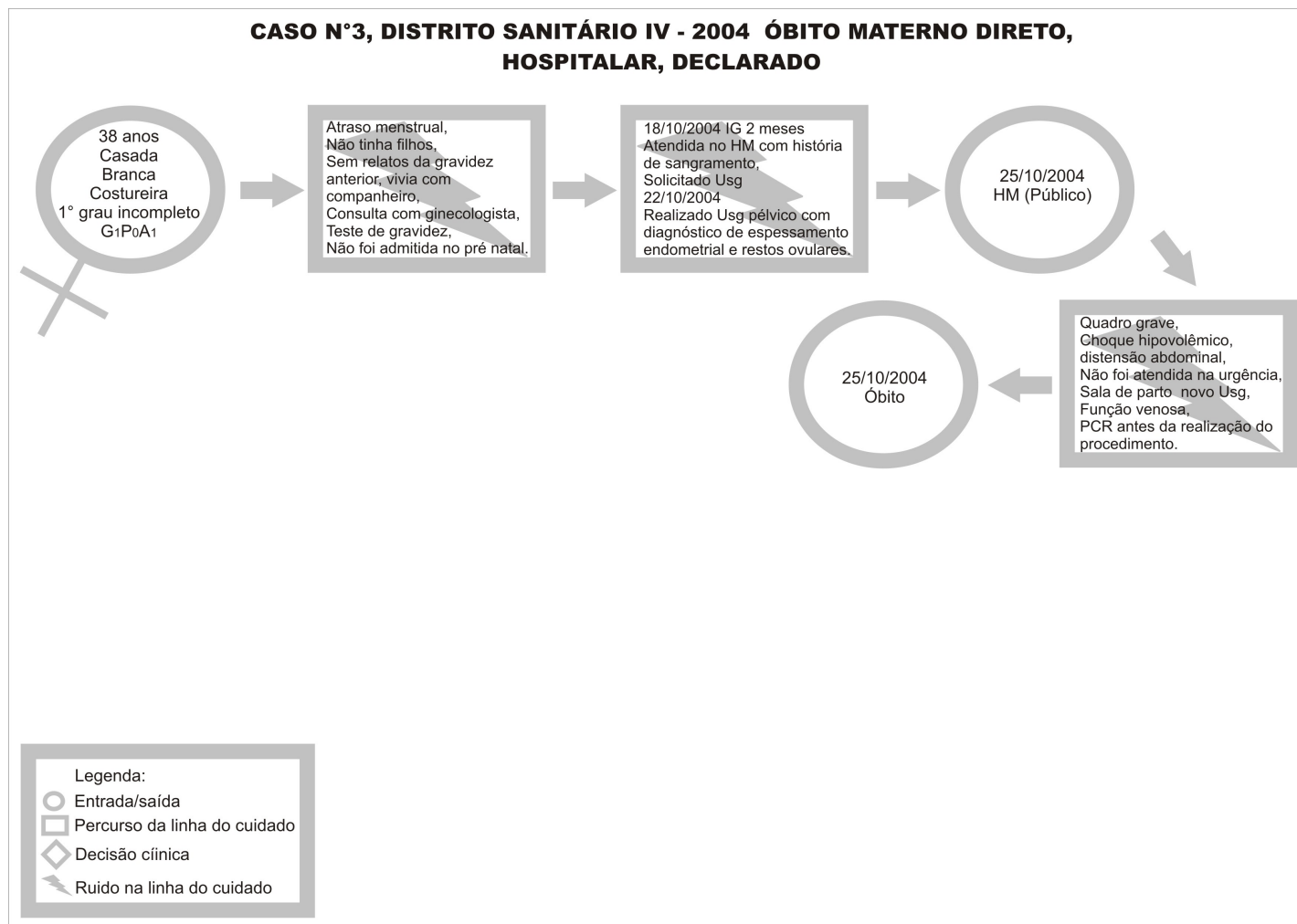
Um outro fator/ problema que contribuiu para o óbito, que também diz respeito à qualidade da assistência é o fato de a paciente não ter sido atendida na emergência, apesar da condição de internação grave, quadro de choque hipovolêmico e distensão abdominal. Houve encaminhamento para sala de parto onde foi realizada ultrassonografia

antes da curetagem. A paciente foi a óbito antes de iniciar o procedimento.

Síntese dos Ruídos/problemas na linha do cuidado:

Ausência de registro no pré-natal; de vínculo com profissionais da atenção básica de saúde, ausência/demora de assistência no Pronto Socorro, ausência de registro de atendimento hospitalar; demora da decisão terapêutica; parada cardiorrespiratória.

FIGURA 5 - FLUXOGRAMA 03



Caso n.4- 2004-Óbito Materno Direto Mascarado, Hospitalar, Não Declarado.

MPM, 25a, casada, parda, G6 P5 A1, 1º grau incompleto, auxiliar de cozinha, procedente do bairro Vila Mariana, Distrito Sanitário II, usuária do SUS. Não vivia com o companheiro, não tinha doença anterior a gravidez. Família informa que a paciente não fez pré-natal porque não queria a gravidez. O aborto foi provocado por “curiosa” e a expulsão do concepto ocorreu no hospital. Procurou o Hospital São Vicente de Paula no dia 11/06/04 com queixa de febre, dor na barriga, dificuldade para urinar, falta de apetite, náuseas e pequeno sangramento vaginal, consultada e medicada pelo ginecologista. Família informa que o médico disse para a paciente que o bebê estava vivo. Nem o médico e nem a família sabiam que a falecida havia tentado abortar. No dia 20/06/04 internou no Hospital Municipal com gestação de 3 para 4 meses, hipótese de infecção urinária e ameaça de aborto. Abortou no Hospital dia 23/06/04, realizado curetagem e diagnosticado aborto infectado. No dia 25/06/04 realizado nova curetagem para revisão da cavidade, 27/06/04 nova curetagem e iniciado antibioticoterapia. No dia 29/06/04 piora do quadro e o ultrassom apresentou massa pélvica. Realizado laparotomia exploradora, histerectomia abdominal total, anexectomia direita, abscesso tubo-ovariano e trombose de vasos ovarianos à direita. No dia 30/06/04 admitida na UTI com quadro de septicemia, tromboflebite pélvica séptica e SARA. Colocada no respirador. No dia 11/07/04 laparotomia de revisão com lavagem da cavidade e retirada de fibrina. No dia 30/07/04 nova laparotomia por suspeita de coleção intra-

abdominal e teve uma parada cardiorrespiratória na mesa cirúrgica e foi a óbito.

- **Registro na DO** – A - Choque Séptico
B - Peritonite
C - Piometrite
- **Óbito mascarado** - Aborto infectado
- **Analisado pelo CMPMM:** - Evitável
- **Fatores da evitabilidade registrados pelo CMPMM:** - profissional
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Óbito ocorrido em decorrência de falhas nas atitudes dos profissionais que atenderam e não perceberam a necessidade da paciente.

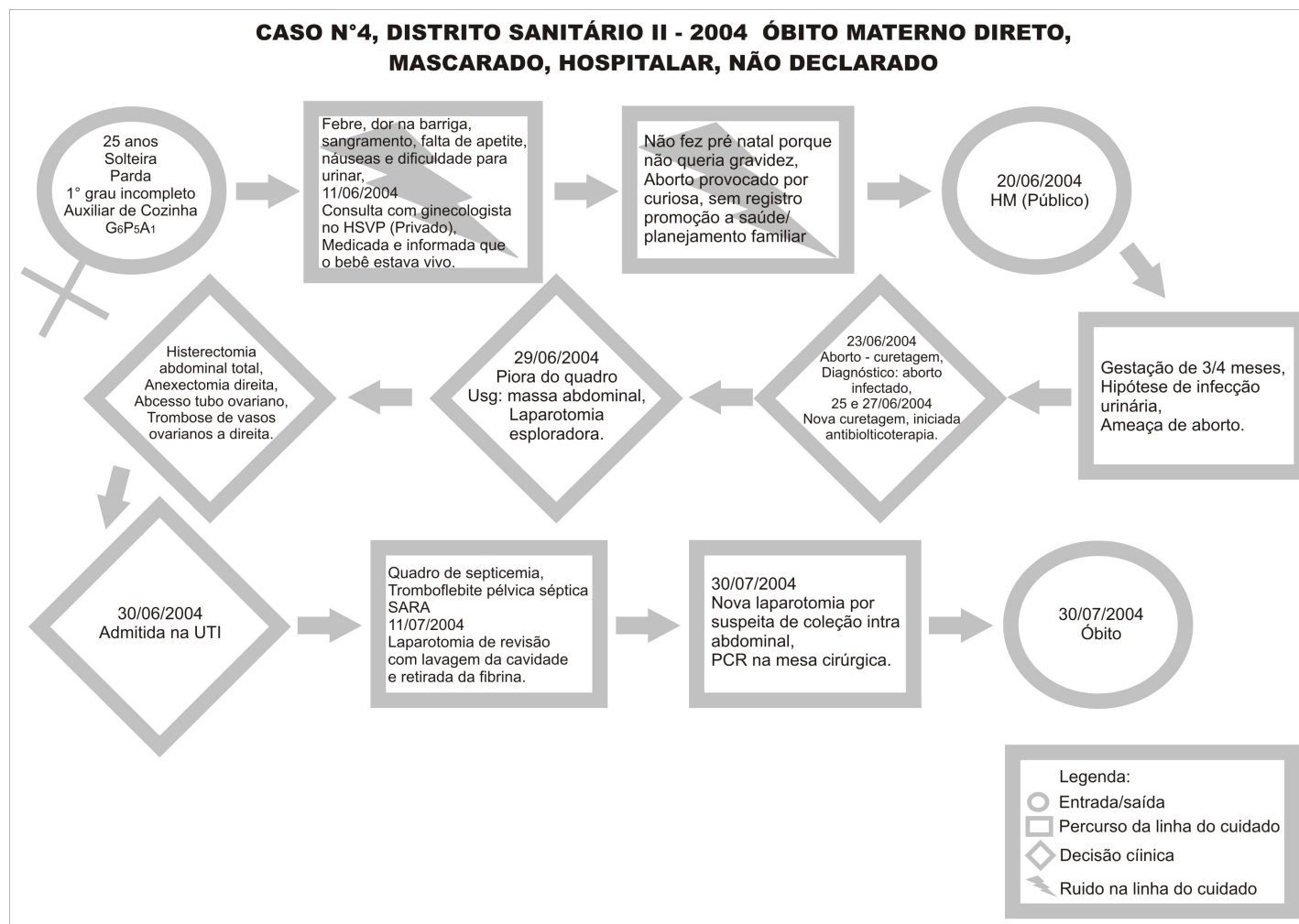
Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito: Durante a pesquisa a família informou que o aborto foi provocado por curiosa e realizado em condições inseguras de acordo com o relato de uma amiga. Existem indícios de falha na primeira busca de assistência prestada pelo ginecologista no Hospital São Vicente de Paula em 11/06/04, uma vez que não existe história desta paciente na ficha de atendimento, as informações existentes são telegráficas, ilegíveis e sem informação se a paciente recebeu orientação para buscar assistência na rede básica. A família informa verbalmente que ao sair do hospital para casa a paciente recebeu uma informação médica de que o bebê estava vivo. Ou seja, no primeiro atendimento hospitalar não houve escuta que pudesse perceber a rejeição a gravidez, não fazendo o diagnóstico do aborto. Outro registro de atendimento após 9 dias não resultou em

conduta adequada, evoluindo para aborto complicado 12 dias após o primeiro atendimento. Seguiram-se complicações (abscesso, trombose, sépses) e o quadro tornou-se irreversível.

Síntese dos Ruídos/problemas na linha do cuidado:

Ausência de registro em Unidade Básica de Saúde que pudesse compor a história e evolução da paciente, bem como relatos de alerta no prontuário que possibilitassem identificar situações de gravidade/risco e participação da mesma nos grupos de promoção à saúde. Não captação precoce e vinculação com profissional de saúde. Consulta no Pronto Socorro, mediante queixa/conduta; ausência de escuta e registro hospitalar nas primeiras buscas de assistência médica.

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA 04



Caso n.5- 2004-Óbito Materno Direto, Hospitalar, Declarado, Não incluído no cálculo do Comitê de Prevenção de Morte Materna em Governador Valadares.

SSS, 28a, solteira, parda, G2 P2 A0, 1º grau incompleto, do lar, procedente do bairro Jardim do Trevo, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Vivia com o companheiro e tinha uma criança de 8 anos. Fazia controle ambulatorial de câncer de mama que foi diagnosticado em 2001 e realizado mastectomia conservadora. Em 2002 foi realizado QT e Rxt. Iniciou o pré-natal no quinto mês de gravidez (não consta registro de data no prontuário) e a última consulta registrada foi dia 24/08/04, quando foi encaminhada ao hospital por apresentar hipertensão arterial sistêmica, edema+/++++, ganho de peso excessivo nas últimas duas consultas, 16/07/04 e 17/08/04. Realizado parto vaginal às 3h25min do dia 25/08/04. Alta no dia 26/08/04 sem registros da evolução no hospital, da condição de alta e da orientação fornecida à puérpera. Nos registros da enfermagem constava presença de hipertensão. No dia 31/08/04, sétimo dia após o parto, foi admitida no PSM onde foi medicada e mantida em oxigenação por três horas, sendo transferida para UTI com quadro grave, edema agudo de pulmão (EAP), dispnéia acentuada, febre, taquicardia, hipotensão. Foi avaliada pela ginecologia que informou puerpério fisiológico e mama ingurgitada. Evoluiu no mesmo dia para insuficiência respiratória aguda, colocada em ventilação mecânica, com uso de drogas vasoativas e antibioticoterapia. Evoluiu para insuficiência hepática e renal e foi a óbito em 04/09/04.

- **Registro na DO – A – Septicemia**

B - Broncopneumonia

- **Óbito Declarado**

- **Analisado pelo CMPMM:** - Não identificado.

- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

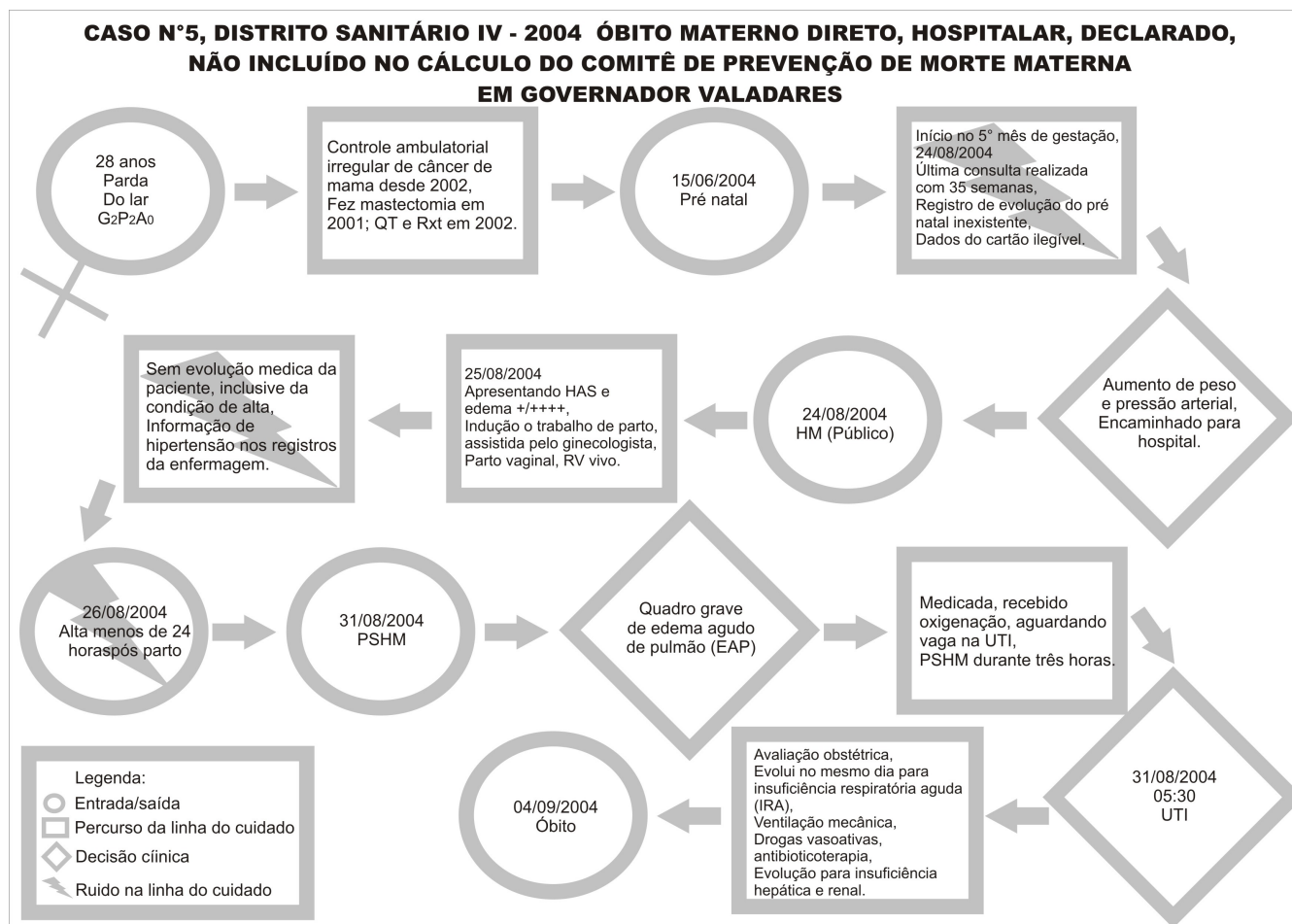
Óbito ocorrido em decorrência de falhas profissionais que atenderam, deram alta precoce e não perceberam a necessidade da paciente.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Pré-natal iniciado tardiamente (5º mês) em paciente com história anterior de câncer de mama. A gestação evoluiu com hipertensão e edema sem registros no pré-natal. Alta após 24 horas do parto, há presença de registro de hipertensão não valorizada pelo médico. As anotações relativas às orientações no prontuário são inexistentes, o que dificultou a análise do acompanhamento do caso. Retornou no 7º dia após parto com edema agudo de pulmão que evoluiu para óbito.

.

FIGURA 7 - FLUXOGRAMA 05



8.6. Classificação e discussão dos casos de Mortes Maternas Tardias e Não Obstétrica sob a perspectiva da linha do cuidado e sua evitabilidade.

Retomando os números dessa pesquisa, vale rememorar que dos 13 óbitos encontrados e analisados pela pesquisadora, somente cinco foram incluídos no cálculo de RMM no município. No entanto, oito mortes não entraram no cálculo da RMM e representaria o equivalente a um aumento de mortes de 160% no cálculo de RMM, caso fossem incluídas. Essas oito mortes não incluídas serão aqui descritas como causas não relacionadas e aquelas relacionadas à gravidez.

Optou-se pela inclusão desses casos no corpo desse trabalho devido à relevância da identificação e da descrição das causas dos óbitos para que se pudesse a partir desse conhecimento, sugerir um repensar nos motivos que ceifaram tantas vidas e desestruturaram tantas famílias.

8.6.1. Morte Materna não Obstétrica

Segundo o Ministério da Saúde (2002), “A Morte Materna Não Obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da Razão de Mortalidade Materna”.

As causas externas, que aparecem como 1ª causa identificada em mulheres abaixo de 29 anos chamam a atenção para a necessidade de uma leitura e análise desse dado. Torna-se, portanto relevante a discussão e reflexão sobre esses índices com a sociedade e com os demais setores, de modo a garantir uma atuação multidisciplinar e intersetorial.

No estudo aqui apresentado, três novos óbitos, não relacionados à gestação e, portanto não foram incluídos no cálculo da RMM, devem ser indagados quanto à necessidade de avançar em busca de novos conceitos e novas metodologias de investigação. - A adolescente de 14 anos, (caso 6), que supostamente cometeu suicídio no pós-parto, o que a teria levado a esta atitude? Como a maternidade precoce influenciou ou desencadeou esse comportamento? - Nos casos do homicídio cometido pelo companheiro (casos 7 e 8), como a gravidez pode ter contribuído para provocar esta decisão? Essas são dúvidas que devem ser consideradas e aprofundadas em debate: até quando a gravidez/parto (não) pode desencadear o aumento

das causas externas, suicídios, homicídios, por acertos de contas e/ou revelações?

8.6.1.1. Descrição dos óbitos por causas externas:

Caso n.6- 2002 - Óbito Materno, Não Declarado, Rio Doce.

GSB, 14a, solteira, branca, 1º grau incompleto de escolaridade, estudante, não vivia com o companheiro, procedente do bairro São Raimundo, Distrito Sanitário V, usuária do convênio Bom Samaritano. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G1 P1 A0, deixou um filho com um mês de idade. Não tinha doença anterior à gravidez. Iniciou o pré-natal no segundo mês de gestação, fazendo ao todo sete consultas. Não desenvolveu problemas clínicos durante a gravidez e nem foi internada. Parto cesariano, deu a luz a RN vivo, no dia 29 de março de 2002. Alta hospitalar sem intercorrência. Família informa que a filha foi tomar banho no Rio Doce, contra a vontade da mãe e só foi encontrada morta no dia 01 de abril de 2002, três dias após a saída da sua casa.

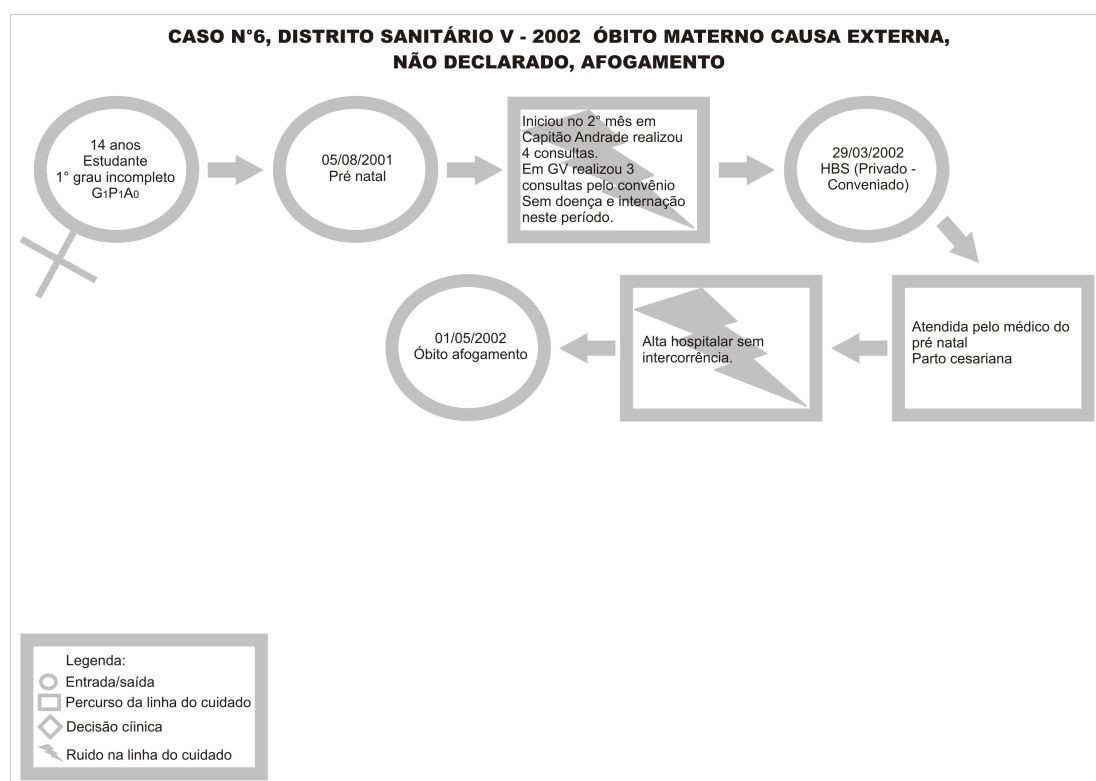
- **Registro na DO /IML – A – Asfixia por afogamento**
- **Óbito Não Declarado**
- **Analisado pelo CMPMM: - Não.**
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Óbito ocorrido em decorrência de falhas profissionais, que atenderam e não perceberam a necessidade da paciente.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Pode-se questionar se a causa morte não esteja relacionada a suicídio em decorrência de quadro depressivo pós-parto. Sugere-se falta de vínculo desde a primeira consulta em GV, bem como a não percepção da fragilidade da paciente por parte do profissional que a acompanhou desde o pré-natal. Este caso síntese demonstra como a gravidez precoce pode desestruturar a vida de uma adolescente e como se torna importante a análise das causas externas no contexto da gestação, mesmo não sendo as mesmas componentes da RMM. Sem dúvida, o fato de estar grávida, ter tido parto recente, pode ter contribuído para o evento final - morte da paciente.

FIGURA 8 - FLUXOGRAMA 06



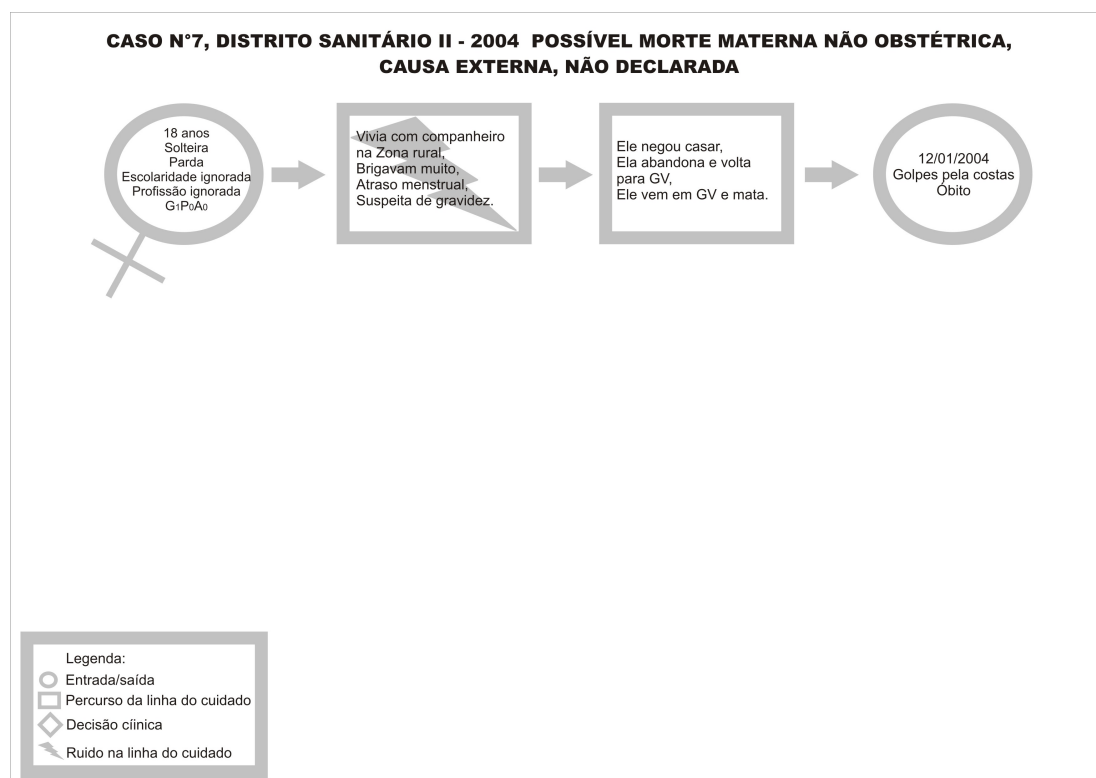
Caso n.7 2004 - Possível morte materna não obstétrica, Causa Externa, Não Declarada.

LRC, 18a, solteira, parda, G1 P0 A0, escolaridade ignorada, profissão ignorada, procedente do bairro Santa Helena, Distrito Sanitário II, usuária do SUS. Vivia com o companheiro na zona rural, mas brigavam muito. Sem registro de doença anterior a suspeita desta gravidez, amenorréia de dois meses. A partir do atraso menstrual pediu ao companheiro para se casar com ela e ele negou. Ela veio para GV e começou trabalhar. O companheiro veio atrás da moça e no dia 12/01/04, no serviço, foi golpeada pelas costas e foi a óbito.

- **Registro na DO /IML – A – Anemia aguda**
B – Homicídio por arma branca
- **Óbito Não Declarado**
- **Analisado pelo CMPMM: - Sim.**
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**
Óbito ocorrido em decorrência de fatores sociais.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Apesar de obscuro e da dificuldade de encontrar dado que possa identificar o fator que contribuiu para que o homicídio ocorresse, sugere-se que a gravidez, uma vez não planejada fosse indesejada pelo parceiro, dificuldades afetivo-sociais, substituição de valores morais de respeito a vida por pensamentos de onipotência sobre o outro.

FIGURA 9 - FLUXOGRAMA 07

Caso n.8 2004-Possível morte materna não obstétrica, Causa Externa, Não Declarado, Inconclusivo.

LAS, 22a, solteira, parda, G2 P1 A0, escolaridade ignorada, secretária, procedente do bairro Santa Rita, Distrito Sanitário III, usuária do SUS. Viviam com o companheiro. Sem registro de doença anterior. Havia suspeita de gravidez, já que a paciente apresentava amenorréia de três meses, porém não tinha iniciado o pré-natal, uma vez que estava agendada para fazer BHCG dia 05/04/04. Foi assassinada enquanto trabalhava no dia 05/04/04.

- **Registro na DO /IML – A – Hemorragia Interna**

B – Disparo de arma de fogo

- **Óbito Não Declarado**
- **Analisado pelo CMPMM: - Sim.**

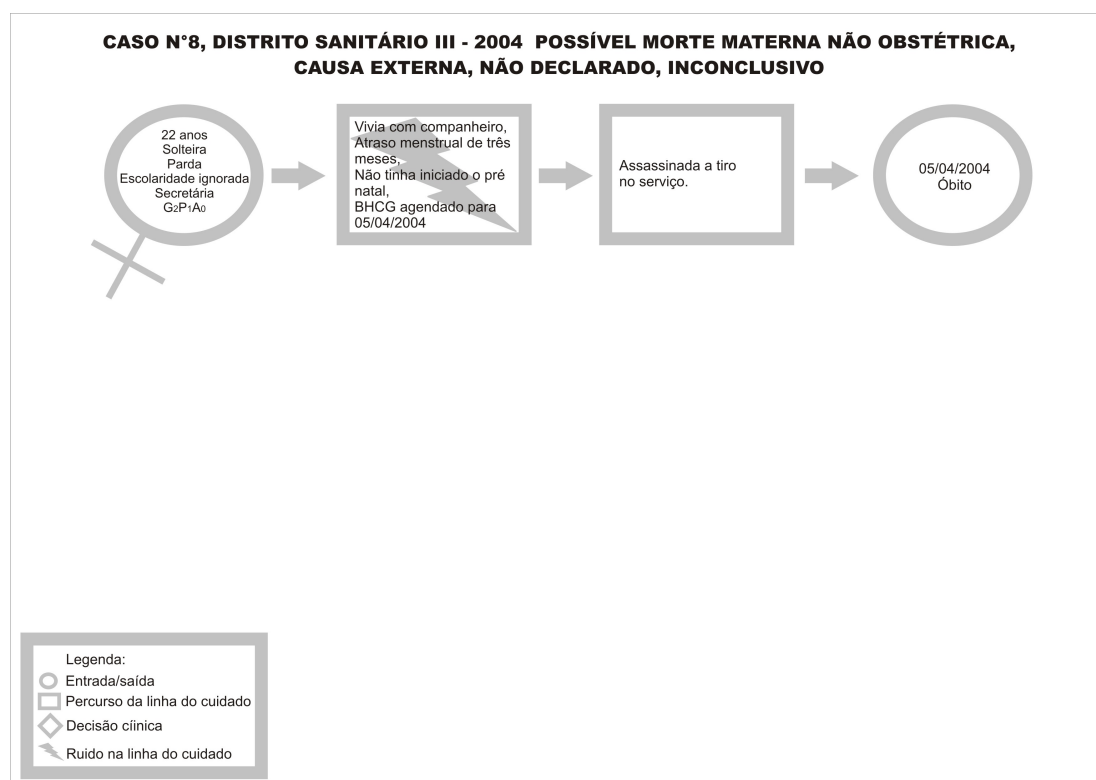
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Óbito ocorrido em decorrência de fatores sociais.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Apesar de obscuro e da dificuldade de encontrar dado que possa identificar o fator que contribuiu para que o homicídio ocorresse, pode-se questionar se esse não esteja relacionado a acertos de contas e/ou revelações, substituição de valores morais de respeito a vida por pensamentos de onipotência sobre o outro.

FIGURA 10 - FLUXOGRAMA 08



8.6.1.2. Causa incidental

Caso n.9 2004-Morte materna não obstétrica - incidental, Hospitalar, Declarado.

MAJ, 38a, solteira, branca, G3 P2 A0, analfabeta, doméstica, procedente do bairro Turmalina, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Família não informa doença anterior à gravidez, vivia com o companheiro. Iniciou pré-natal no segundo mês de gravidez, na unidade básica de saúde do centro. Não foi encontrado prontuário durante a investigação. Apresentou no início de dezembro dor abdominal, consultou no Pronto Socorro do Hospital Municipal e foi transferida para o Hospital São Vicente de Paulo, onde foi internada para realização da cirurgia proposta, ficando quatro dias em jejum, não foi operada e foi transferida para o Hospital Municipal. Realizada cirurgia abdominal e biópsia que constatou linfoma ulcerado intestinal com metástase para o fígado, apêndice e ovário. Alta em 16/12/03. Nova internação em 06/01/04 com quadro grave, apresentando vômito, desidratada e hepatoesplenomegalia. Solicitado pelo clínico geral exames complementares e ultrassom abdominal. No dia 07/01/04 o resultado do ultrassom foi compatível com imagens nodulares hepáticos, nefropatia parenquimatosa a direita difusa, hidronefrose e líquido sugestivo de ascite. O ultrassom obstétrico informa gravidez de 12/13 semanas, sem alteração no momento. A hipótese diagnóstica do clínico geral foi de septicemia. O quadro evoluiu para piora progressiva com oligúria e distensão abdominal. Internada em enfermaria, solicitado avaliação do nefrologista, que não

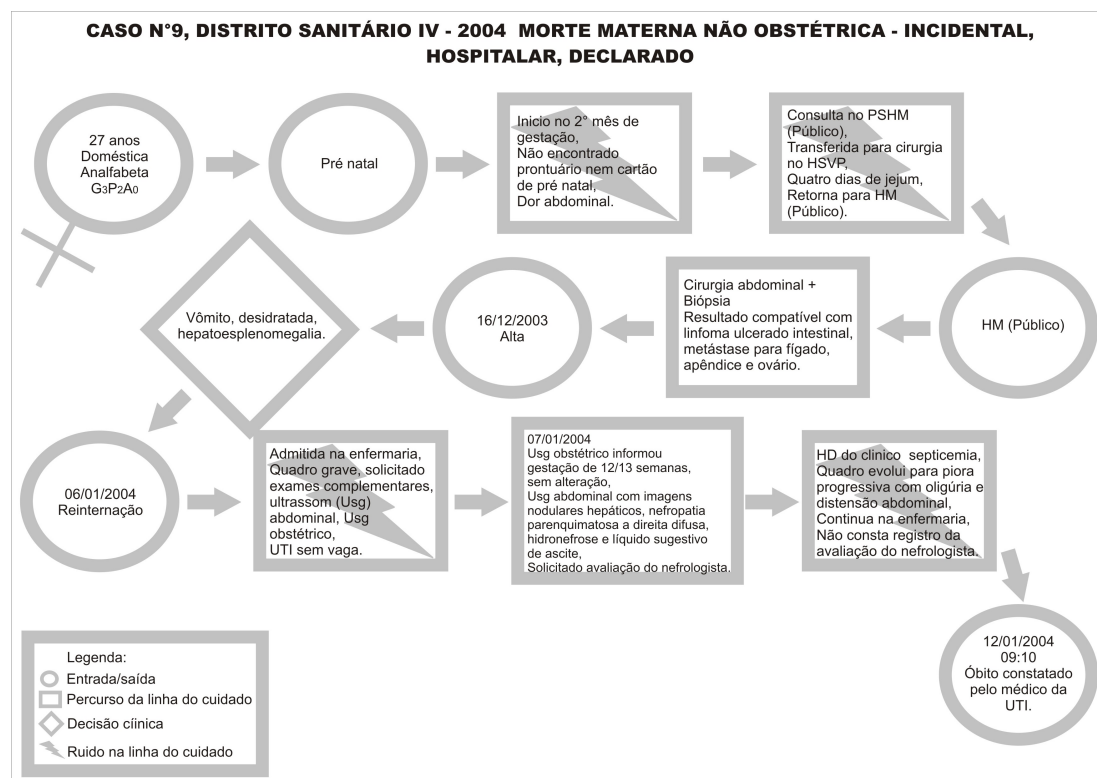
consta nos registros. Foi a óbito dia 12/01/04, constatado pelo médico da UTI.

- **Registro na DO – A – Caquexia neoplásica**
B – Linfoma intestinal
C – Metástase generalizada
- **Óbito - Declarado**
- **Analisado pelo CMPMM: - Sim.**
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**
Inevitável.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Inevitável

FIGURA 11 - FLUXOGRAMA 09



8.6.2. Mortes Maternas Tardias

Segundo o Ministério da Saúde 2002, “a morte materna tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a quarenta e dois dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O 96)”.

A partir de tal conceito, pode-se entender o não enquadramento das mortes maternas tardias na RMM, porém, pode-se sobretudo questionar se a não inclusão desses casos não favorecem a subnotificação e portanto, o conhecimento da real magnitude da mortalidade materna. Laurenti et al. (1990b) em pesquisa realizada, questionam qual o período em que uma determinada morte deva ser considerada morte materna, sendo evidente que com os avanços da tecnologia médica, tais mortes podem ocorrer depois dos 42 dias do parto. Além disto, certas condições que seriam consideradas não relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, deveriam ser contabilizadas como mortes maternas, pois há uma relação direta entre a ocorrência da condição (a piora ou desencadeamento da mesma) e a gravidez.

Considerando os números encontrados nessa pesquisa – dos oito casos não incluídos na RMM, três apresentaram a Miocardiopatia periparto como causa morte, pode-se perceber a sinalização para uma demanda de atenção para esses casos e ainda, uma necessidade de se rever os critérios de inclusão

no cálculo da RMM, para que se possa construir um quadro fidedigno da real magnitude da Mortalidade Materna.

8.6.2.1. Miocardiopatia periparto

Entre os óbitos maternos tardios identificaram-se três casos com diagnóstico de Miocardiopatia periparto (MCP) que segundo Pearson et al (2000) apud Moreira et al (2005) é uma insuficiência cardíaca rara de causa desconhecida, que ocorre durante a gravidez (um mês antes do parto) ou no período pós-parto (até cinco meses), em mulheres previamente saudáveis, sem doença cardíaca pré-existente. Seu diagnóstico só é realizado após a exclusão de outras causas de miocardiopatia. Considera-se que a incidência seja de 1:3000 a 1:4000 recém-nascidos vivos, em correlação entre 1000 a 1300 mulheres afetadas a cada ano nos Estados Unidos.

Mesmo sendo uma patologia rara na descrição científica, a sua relevância é demonstrada por meio da alta taxa de mortalidade, que varia entre 18% e 56%, que tem sua variabilidade relacionada com a diversidade de evolução clínica, uma vez que a miocardiopatia periparto pode cursar com completa normalização da dimensão e função cardíaca ou com insuficiência ventricular progressiva até o óbito. Mesmo no caso em que o ventrículo esquerdo retorna ao normal, existem evidências de que a reserva contrátil fica comprometida e pode haver recorrência da doença (ELKAYAM et al (2001) apud MOREIRA et al (2005)). Acrescenta-se ainda que existam relatos de evolução significativamente pior entre as mulheres com

miocardiopatia periparto, quando comparadas às mulheres com cardiomiopatia dilatada, diagnosticada antes da gravidez (BERNSTEIN et al (2001) apud MOREIRA et al (2005)).

Pearson et al (2000) apud Moreira et al (2005) informam como fatores de risco que têm sido relacionados à miocardiopatia periparto a multiparidade, idade materna avançada (> 30 anos), gemelaridade, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e raça negra. Acrescenta-se ainda em um estudo realizado por Witlin et al (1997) apud Moreira et al (2005) que considera também a obesidade e a cesárea como fatores predisponentes, e um outro realizado por Ford et al (2000) apud Moreira et al (2005) que registra como fator de risco a história de hipertensão crônica.

O prognóstico das mulheres com miocardiopatia periparto parece depender da normalização do tamanho e da função ventricular esquerda até seis meses depois do parto (PEARSON et al (2000) apud MOREIRA et al (2005)). Dentre as mulheres com disfunção ventricular esquerda persistente, a taxa de mortalidade cardíaca foi de 85% em cinco anos, enquanto no grupo de pacientes com função ventricular normal, não ocorreram mortes de etiologia cardiovascular no mesmo intervalo de tempo (DEMAKIS et al (1971) apud MOREIRA et al (2005)).

Caso n.10 2002-Óbito Materno Tardio, Declarado, Hospitalar.

VOC, 20a, solteira, parda, 1º grau incompleto de escolaridade, do lar, procedente do bairro Bela Vista, Distrito Sanitário III, usuária do SUS. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G2 P2 A0, deu a luz a dois RN vivos. Vivia com o companheiro. Na ultima gestação fez pré-natal no Espírito Santo, não tinha cartão de pré-natal e o parto ocorreu no dia 20 de julho de 2001. Segundo relato de familiares não desenvolveu problemas de saúde e não teve internação durante a gravidez. Alta após o parto sem intercorrência. No puerpério mais ou menos cinco meses após o parto, teve sua primeira internação em Governador Valadares em 04 de janeiro de 2002, apresentando oligúria, edema dos membros inferiores, palidez cutânea, fraqueza, dispnéia aos pequenos esforços, tonteira, vômito, afebril. Saiu de alta com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, anemia e nefropatia (glomerulonefrite). Nos registros do prontuário durante esta internação, existe relato da paciente de que após o parto, em setembro de 2001 apresentou subitamente dispnéia aos mínimos esforços e que nesta época esteve internada no Hospital Evangélico de Vila Velha, onde teve o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) com indicação de transplante cardíaco. Em 15 de janeiro de 2002, paciente foi admitida na UTI apresentando dispnéia acentuada e anasarca. Foi diagnosticada como Miocardiopatia Dilatada evoluindo para ICC classe IV, com indicação de transplante. Foi a óbito dia 28 de janeiro de 2002. Dados incompletos são por falta de registros nos prontuários.

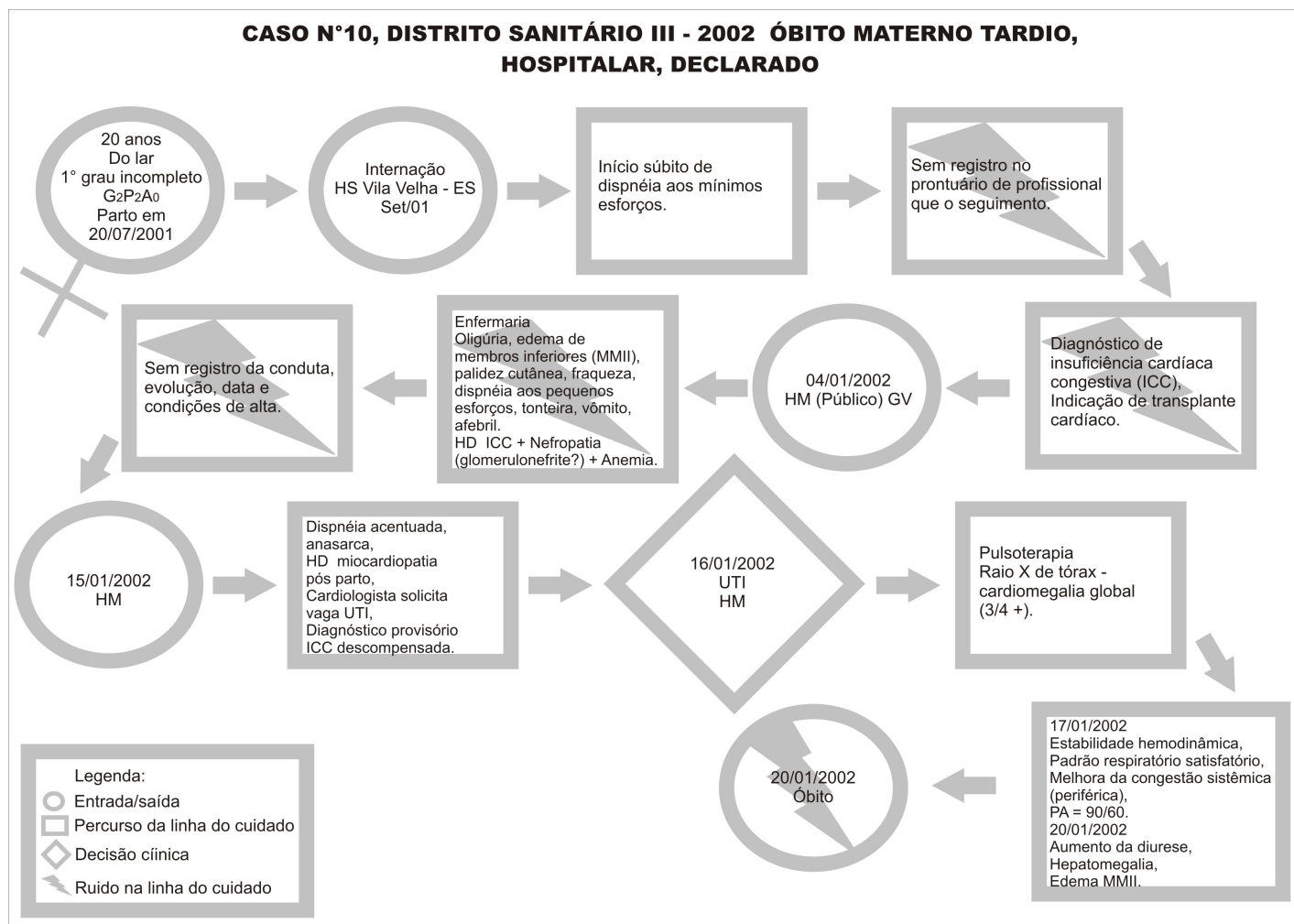
- **Registro na DO** –
 - A – Insuficiência Respiratória Aguda
 - B – Insuficiência Cardíaca Congestiva
 - C – Assistolia
- **Óbito** - Declarado
- **Analisado pelo CMPMM:** - Não.
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Óbito ocorrido em decorrência de fatores Institucionais e provavelmente a fatores profissionais.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Existem falhas nos registros que são telegráficos e ilegíveis e também inexistentes, o que não se permite certificar se a paciente fora orientada sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro, ou da necessidade de ser submetida a cirurgia cardíaca, assim como referenciá-la para algum centro de maior recurso.

FIGURA 12 - FLUXOGRAMA 10



Caso n.11 2003 - Óbito Materno Tardio, Hospitalar, Não Declarado.

ER, 22a, solteira, preta, 1º grau completo de escolaridade, do lar, procedente do bairro Centro, Distrito Sanitário I, usuária do convênio HOSPMED após o parto. Não tem relato de doença anterior à gravidez, viveu com o companheiro até três semanas antes de falecer. G1 P1 A0. Fez seis consultas no pré-natal com registro do seu início no 3º mês de gravidez e término no 8º mês. Iniciou trabalho de parto prematuro e teve sua primeira internação antes do parto em maio de 2003, no Hospital Nossa Senhora das Graças com queixa de cansaço, falta de ar, iniciou o uso de inibina e foi transferida para o Hospital Municipal no dia seguinte. Não foi considerada Gestação de Alto Risco. A família relata que a falecida reclamava cansaço freqüente, falta de ar, falta de apetite e vômitos constantes. Parto vaginal com 35 semanas, hospitalar, realizado por ginecologista no dia 12 de maio de 2003. Ficou internada por uma semana após o parto, quando foi constatado por meio dos resultados de exames de RX e ECG que a falecida tinha problema cardíaco. Na alta foi orientada a procurar o cardiologista que a atendeu para acompanhamento ambulatorial. Não há registro de consultas com especialista na policlínica ou de outras internações no Hospital Municipal até o dia do óbito. Família informou que a falecida consultou particular com médico amigo. O ECO solicitado na alta, não foi autorizado pelo convênio, realizado particular. Re-internou no dia 28 de outubro de 2003 no Pronto Socorro Hospital Municipal em estado grave com diagnóstico de ICC descompensada e foi encaminhada direto para a UTI. Durante a internação apresentou-se torporosa, hipotérmica, taquicárdica, taquipnéica, hipotensa e foi dado suporte de oxigenação. Foi a óbito no dia 30 de outubro de 2003.

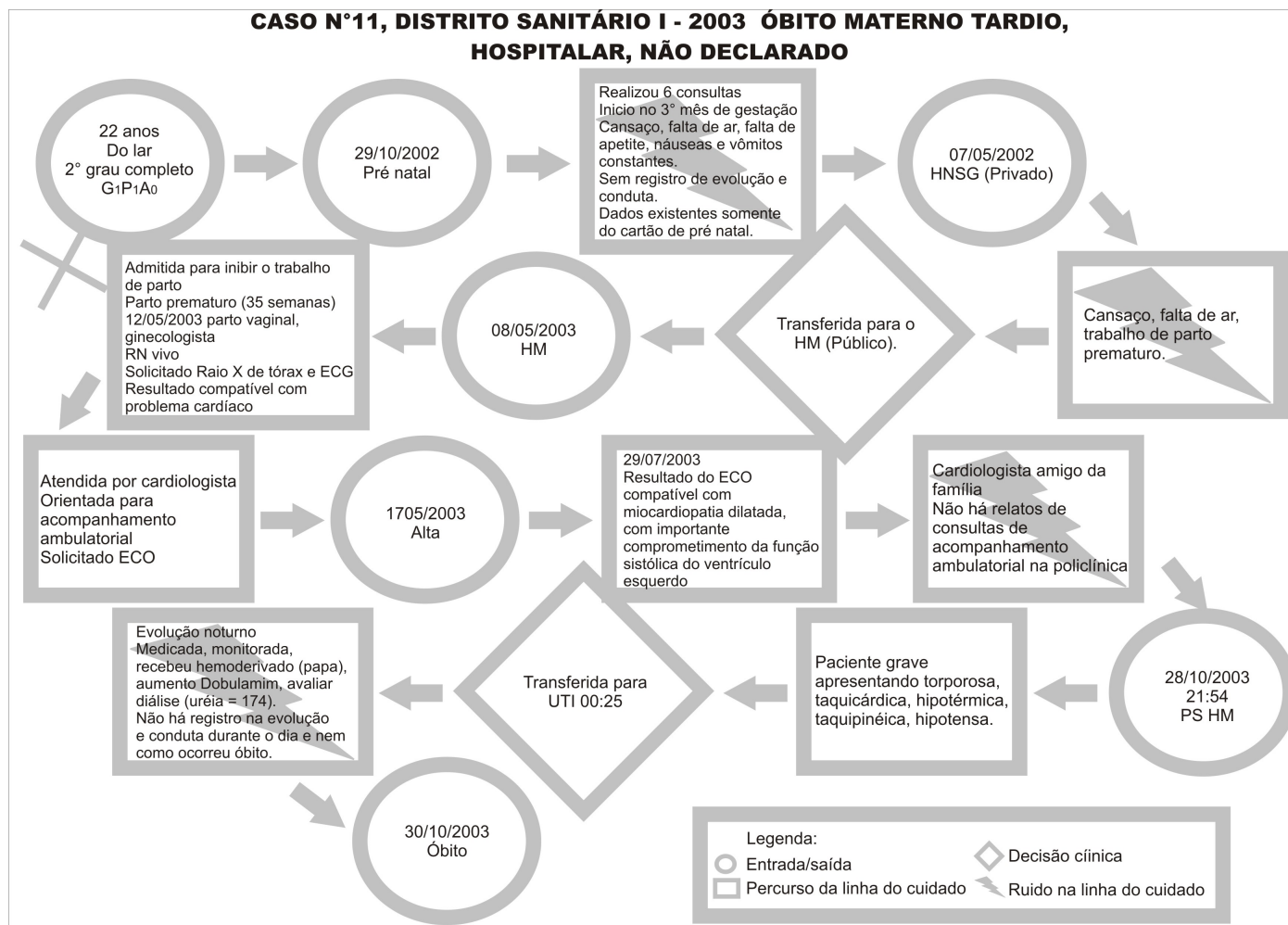
Causa básica: Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada.

- **Registro na DO** – A – Choque Cardiogênico
B – Miocardiopatia Dilatada
- **Óbito** – Não declarado
- **Analisado pelo CMPMM:** -. Sim
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**
Óbito ocorrido em decorrência de fatores Institucionais e provavelmente fatores profissionais.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Existem falhas nos registros que são telegráficos e ilegíveis e também inexistente, o que não se permite certificar se a paciente fora orientada sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro, ou da necessidade de ser submetida a cirurgia cardíaca assim como referencia-la para algum centro de maior recurso.

FIGURA 13 - FLUXOGRAMA 11



Caso n.12 2003-Óbito Materno Tardio, Hospitalar, Declarado.

JNS, 19a, solteira, branca, G1 P1 A0, 2º grau completo, estudante, procedente do Chonim de Cima, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tem relato de doença anterior à gravidez. Iniciou o pré-natal no 5º mês de gestação, dia 08/05/03 em Belo Horizonte, realizou seis consultas. Desenvolveu miocardiopatia periparto no último trimestre da gravidez, relato de uma internação durante a gestação com dispnéia e taquicardia dois dias antes do nascimento do filho. Parto vaginal, hospitalar, RN vivo, realizado por ginecologista no dia 26 /09/03. Ficou internada até o dia 02/10/03 e teve alta em boas condições. Internou em 09/10/03 com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Tromboembolismo pulmonar, secundário a miocardiopatia periparto. Recebeu alta com melhora do quadro e com medicação específica. Mudou-se para Governador Valadares (GV), próximo da família devido a gravidade do caso. No dia 15/11/03 internou na enfermaria do Hospital Municipal, em estado grave, com diagnóstico de miocardiopatia dilatada com ICC descompensada, apresentando ascite de grande volume, dispnéia aos pequenos esforços, edema dos membros inferiores (MMII), turgência jugular. Radiografia do tórax compatível com Hipertrofia Miocárdica, avaliada pelo cardiologista que medicou e solicitou Eletrocardiograma (ECC) e Ecocardiograma (ECO), sem data na evolução. No dia 19/11/03 o médico teve acesso ao resultado do ECO realizado em BH no dia 03/10/03, compatível com Miocardiopatia Dilatada VE com redução importante da função sistólica global. Regurgitação valvular mitral leve, hipertensão arterial pulmonar. No dia 20/11/03 prescrição sem evolução clínica e sem registro se os exames foram realizados, 21/11/03

teve alta hospitalar, porém sem informação escrita da condição clínica, das orientações dadas e da medicação indicada para uso domiciliar. No dia 22/11/03 internou em caráter de urgência com ICC descompensada, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dor torácica e lombar a esclarecer. No dia 23/11/03 avaliada e acompanhada pelo cardiologista, internada em enfermaria. No dia 25/11/03 melhora da dispnéia, ausência de edema em MMII, apresenta dor precordial, medicada. No dia 27/11/03 apresentou vômito e náusea, então, foi suspenso captopril em função da intoxicação digitálica. As 14h30min deste mesmo dia foi a óbito na enfermaria.

Causa básica: Miocardiopatia dilatada.

- **Registro na DO** – A – Miocardiopatia periparto
- **Óbito** – Declarado
- **Analisado pelo CMPMM:** -. Sim
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Foi descrito como inconclusivo em função de não dispor dos dados do acompanhamento ambulatorial.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Existem falhas institucionais e profissionais, além de haver ruídos nos registros, que são telegráficos e ilegíveis e também inexistentes, o que não se permite certificar se a paciente fora orientada sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro, ou da necessidade de ser submetida a cirurgia cardíaca assim como referenciá-la para algum centro de maior recurso.

Observação: O fluxograma 12 a, refere-se a assistência que recebeu em Belo Horizonte, e o 12 b refere-se a assistência que recebeu em GV.

FIGURA 14 - FLUXOGRAMA 12a

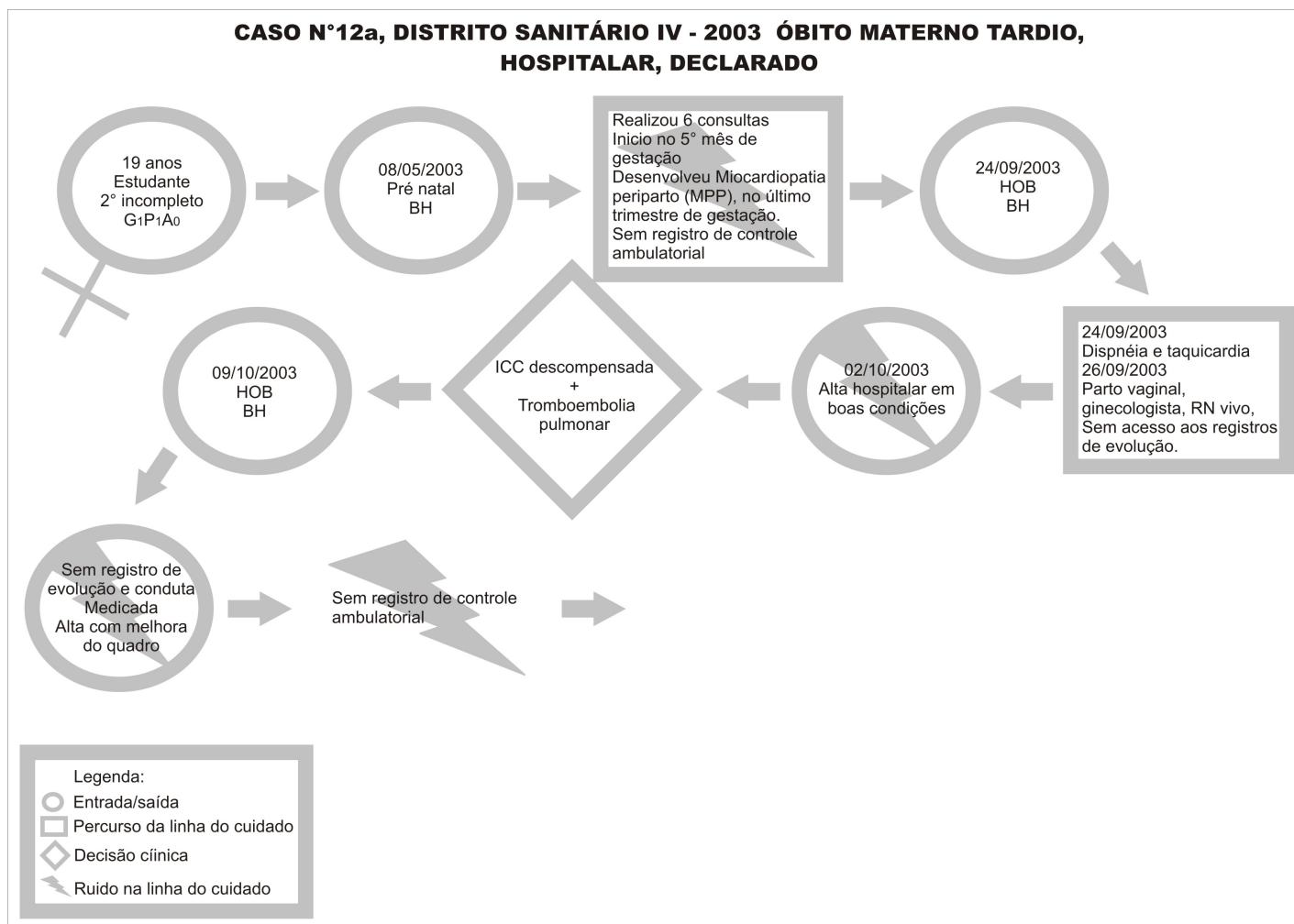
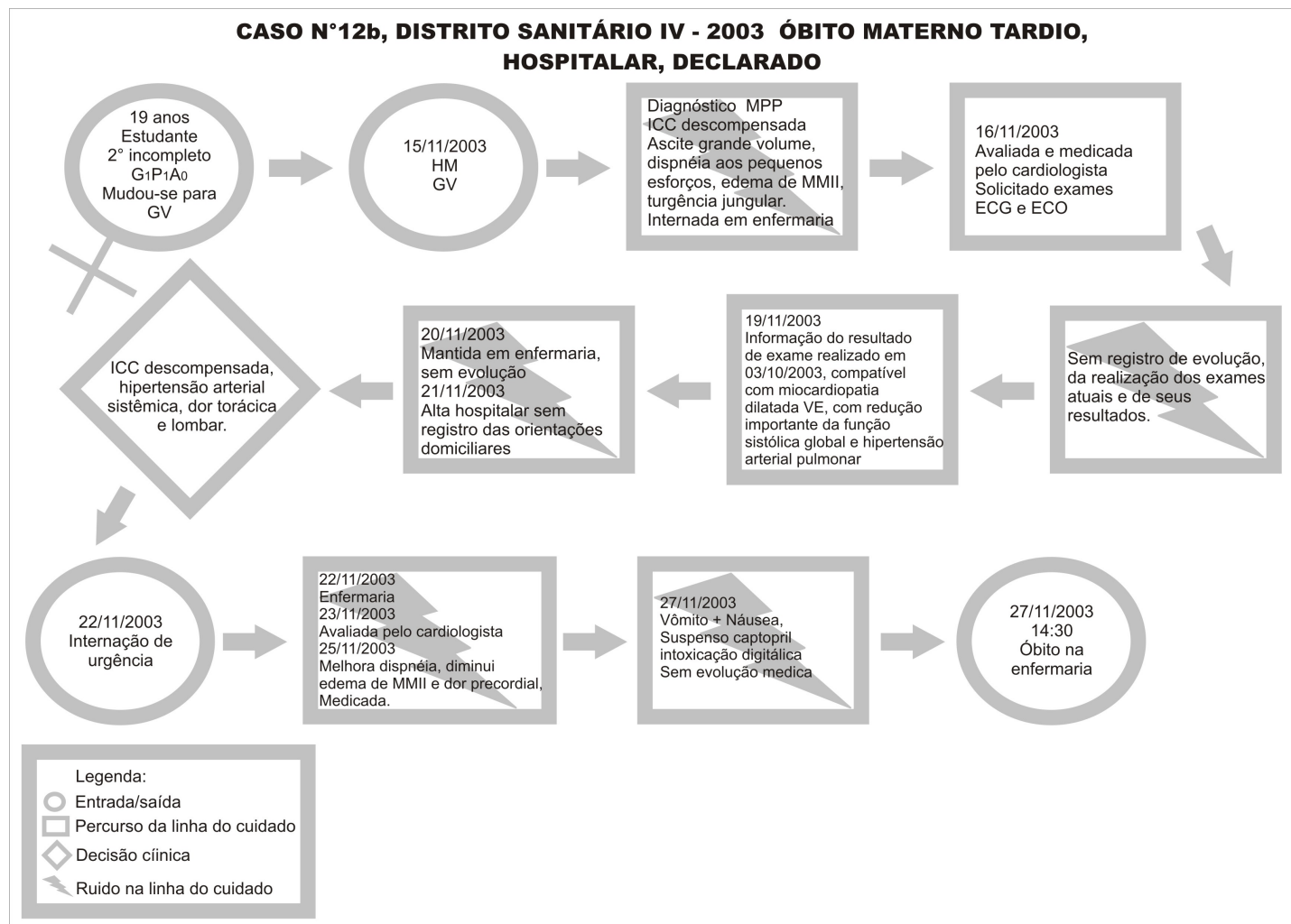


FIGURA 15 - FLUXOGRAMA 12b



8.6.2.2. Lupus

Em 2005, Pereira descreve que a gravidez é uma condição fisiológica onde ocorrem várias mudanças imunoendócrinas que têm como finalidade facilitar a imunossupressão e a tolerância aos antígenos paternos e fetais. Entre as mudanças imunoendócrinas registra que durante a gravidez ocorre a supressão das citocinas tipo Th1 na resposta dos linfócitos, levando a uma prevalência na resposta do tipo Th2.

Ballone (2003) registra que a LES (Lupus Eritematoso Sistêmico) é uma doença crônica, auto-imune, que causa inflamações em várias partes do corpo, especialmente na pele, articulações, sangue e rins e que prevalece a resposta imune do tipo Th2, demonstrando que as mudanças hormonais da gravidez podem desencadear as manifestações do LES que são dependentes da resposta imune humoral.

Acrescenta-se ainda que no Lúpus Eritematoso Sistêmico sintomas de depressão, tais como a apatia, letargia, perda de energia ou interesse, insônia, aumento nas dores, redução do apetite e do desempenho sexual são descritos, porém atribuídos à própria doença e, com isso, minimizando a importância clínica desse estado afetivo passível de tratamento (BALLONE, 2003).

Essas informações mostram que todas as mulheres grávidas com LES devem ser cuidadosamente acompanhadas por um obstetra especializado em atendimento de Gestação de Alto Risco bem como o reumatologista.

Deve-se, no entanto acrescentar que esse profissional com sensibilidade clínica possa contribuir para que casos de depressão no paciente lúpico, não passe despercebido e sem tratamento, uma vez que a crença de que as pessoas com uma doença crônica “tem razões para se sentirem deprimidos porque estão doentes” como se isso justificasse o não tratamento e o descaso diante do fato. Essa crença interfere no diagnóstico precoce, no tratamento precoce, e no alívio igualmente precoce da depressão (BALLONE, 2003).

Caso n.13 2002-Óbito Materno Tardio, Declarado, Hospitalar, Não Relacionado com a Gravidez.

ECS, 19a, solteira, parda, 1º grau incompleto de escolaridade, procedente do bairro São Paulo, Distrito Sanitário IV, usuária do SUS, morava com a mãe. Único relato de alteração da saúde anterior à gravidez era enxaqueca e não fazia tratamento. G1P1A0. Fez seis consultas no pré-natal a partir do 1º mês da gestação, sendo a última consulta no sexto mês. Durante a gravidez apresentou falta de ar e dor pélvica, mas não foi internada neste período. Quinze dias antes do parto foi encaminhada para consulta no CERSAM para tratamento de depressão. Teve parto vaginal, hospitalar, realizado por ginecologista no dia 3 de julho de 2002. Alta após o parto sem

intercorrência. Dois meses após o parto foi internada no Hospital São Vicente de Paula sob tratamento do clínico geral por sete dias que diagnosticou quadro como LUPUS. No dia 15 de setembro de 2002, cinco dias após a alta da primeira internação, foi novamente internada no Hospital Municipal, acompanhada por clínico geral e faleceu no dia 04 de outubro de 2002.

Causa básica: Vasculite Auto-imune (LUPUS)

- **Registro na DO –** A – Choque Séptico
 B – Bronopneumonia

- **Óbito –** Declarado

- **Analisado pelo CMPMM:** -. Não

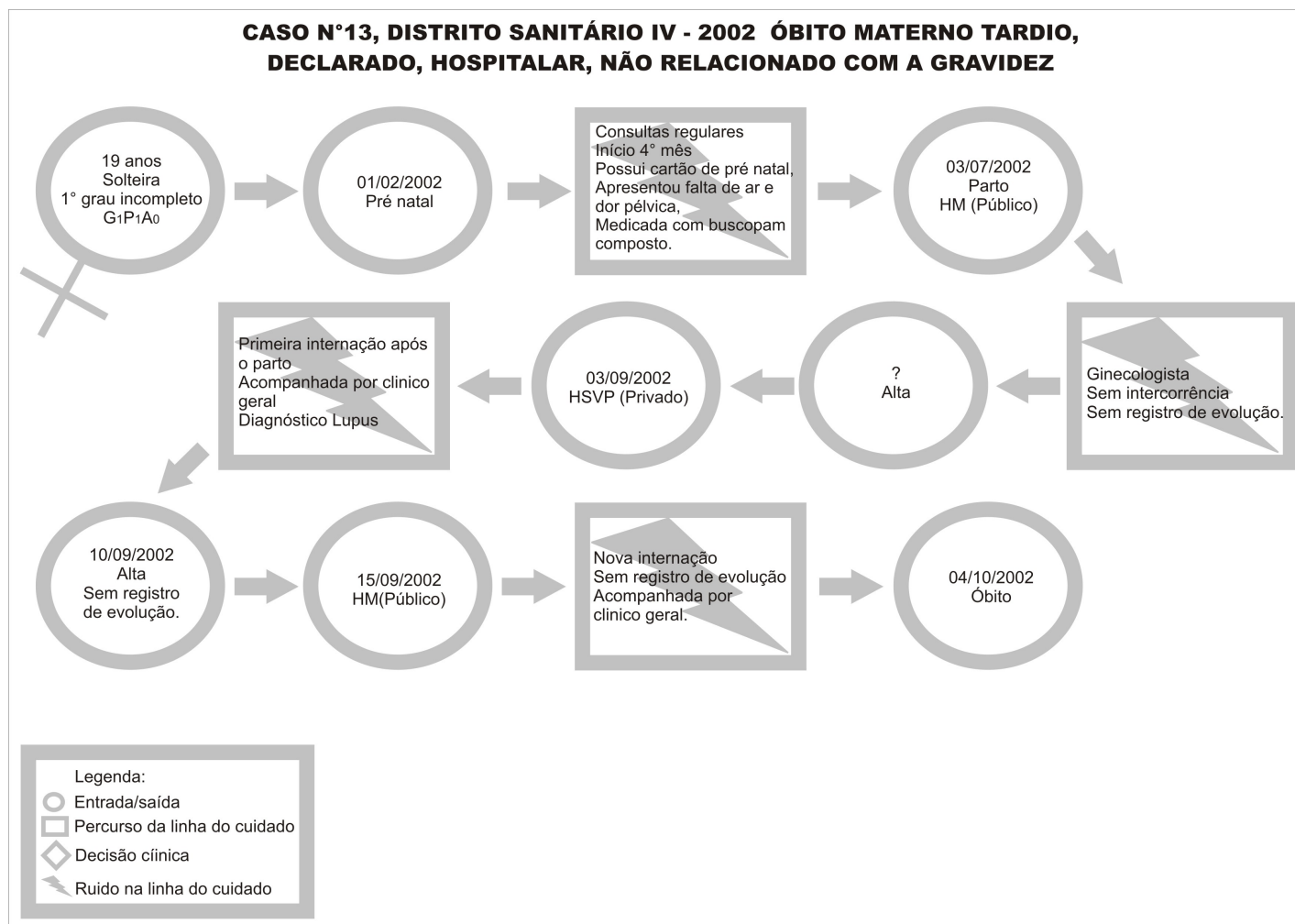
- **Classificação de evitabilidade do Ministério da Saúde:**

Descrito como inconclusivo em função de não dispor dos dados do acompanhamento ambulatorial.

Principal fator / problema que possivelmente contribuiu para o óbito:

Pode-se questionar o fato de que somente quinze dias antes do parto foi encaminhada para consulta e tratamento de depressão. Há portanto indícios de falhas profissionais, além de falhas nos registros que são telegráficos e ilegíveis como também inexistentes, o que não se permite certificar se a paciente fora orientada sobre a doença existente ou se a doença surgiu e se agravou durante a gravidez, sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro e do tratamento.

FIGURA 16 - FLUXOGRAMA 13



8.7. Descrição dos ruídos na linha do cuidado

Observou-se que todas as pacientes tiveram acesso ao serviço de assistência hospitalar, porém notou-se que os atendimentos não possuem vínculo e nem envolvimento do cuidador com o paciente, uma vez que esse, desde o primeiro acesso na busca de assistência, não tem sua história individualizada e contextualizada por aquele. Dessa forma, no processo de comunicação entre o profissional da saúde e o usuário acontecem ruídos que comprometem o processo relacional entre as partes, e assim, o paciente não obtém resposta às suas demandas físicas e psicológicas.

Além da ausência do vínculo do cuidador com a própria assistência, pode-se ainda constatar que a ausência ou quase inexistência de registro da história, do exame físico, da evolução do quadro da paciente se constitui um ruído dentro da linha do cuidado, isso porque, se não existe registro, com que saber está se operando? Como comunicar o quadro clínico para outros profissionais?

Constatou-se ainda que não existe escuta das demandas subjetivas, trata-se somente as doenças, desenvolvendo assistência fragmentada, já que o atendimento lida somente com a queixa propriamente dita, e não com todo o histórico.

No atendimento de urgência não é muito diferente, só existe a prescrição médica e muitos destes trata-se de queixa conduta, ou seja, não existe diagnóstico, apenas o tratamento é prescrito em função dos sintomas. Cabe questionar em que medida existe significado nas relações dos cuidadores e os pacientes, e ainda, qual o grau de compromisso, ações terapêuticas e saberes existentes nesta relação?

De acordo com as informações dos prontuários, não existe registro de avaliação física, a maioria das pacientes estava sem intercorrência. Assim, como identificar alteração do quadro clínico se não existe descrição na evolução?

Acrescenta-se ao fator registro, a ilegibilidade nas informações dos prontuários. Essas, quando estão presentes são telegráficas e incompreensíveis em função da qualidade da escrita, o que sugere o retrato do descaso, do desrespeito com a história e com a importância do seguimento do indivíduo.

Na lingüística, ruídos são os diferentes elementos que interferem na comunicação. Segundo Barros (2004), os ruídos intervêm durante todo processo da informação e fazem diminuir a eficiência da comunicação. Na saúde, a concepção de ruído não é diferente, uma vez que é notável que toda quebra na linha do cuidado advém da falta de informação, que por sua vez é consequência dos ruídos no processo de comunicação. Os ruídos podem ser físicos – barulhos, ruídos, problemas no canal de comunicação,

psicológicos – desatenção, desinteresse, ou culturais - problemas de código ou subcódigos. A partir do exposto, faz-se necessário repensar com que finalidade se registra o que não se lê, e ainda, para quem e para quê o emissor/locutor registra?

Dessa forma, o ruído na assistência à saúde está associado às falhas na produção da informação, aqui tomada como uma ferramenta analisadora que favorecerá as mudanças necessárias no processo de “fazer saúde”.

A análise dos ruídos produzidos no percurso da linha do cuidado visa à compreensão dos erros, que são na maioria das vezes repetidos em situações semelhantes. A análise serve como processo formativo para os técnicos envolvidos, evitando novos eventos e resultando em vidas poupadas. Aos gestores e direção intermediária serve como analisadores da assistência prestada, visando à identificação das lacunas e o planejamento das ações.

9 - RECÁLCULO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA.

A falta de informações confiáveis sobre a mortalidade materna, bem como a necessidade de se conhecer a dimensão do problema na região de Governador Valadares motivaram a investigação dos óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil. Esse trabalho iniciou-se no município em 2000, sob a responsabilidade do DSC/GEPE.

Em 2003, implantou-se o Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna, quando iniciou a investigação dos óbitos maternos, avaliação e cálculo da Razão de Mortalidade.

A TAB 25 mostra a razão de mortalidade materna em Governador Valadares, no triênio 2002-2004, antes e após a realização desta pesquisa. Conforme a descrição na tabela abaixo, a RMM no ano de 2002 foi 18,4 por 100.000 nascidos vivos, em 2003, 17,9 por 100.000 nascidos vivos antes e após a realização da pesquisa. Em 2004 a RMM antes da realização da pesquisa ficou registrado em 36,1 por 100.000 nascidos vivos e após a pesquisa com o acréscimo de um óbito materno a partir do cruzamento do SIM/SINASC, houve o recálculo da RMM e foi registrada em 54,1 por 100.000 nascidos vivos, tendo como fator de correção encontrado no triênio 1,25.

**TABELA 25 Razão de Mortalidade Materna em Governador Valadares
2002-2004, antes e após da realização da pesquisa.**

Ano	Antes da pesquisa			Após a pesquisa	
	Nascidos Vivos*	Óbitos Maternos**	RMM	Óbitos Maternos**	RMM
2002	5437	01	18,4	01	18,4
2003	5583	01	17,9	01	17,9
2004	5543	02	36,1	03	54,1
TOTAL	16563	04	24,2	05	30,2

Fonte: Pesquisa mortalidade materna em Governador Valadares, 2002 – 2004.
Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação, SIM/GV, SIM/SES/MS, SINASC/GV.

Interessante observar a importância da investigação na elucidação da morte materna e também da importância da qualificação dos investigadores. Além disso, a utilização de estratégias como cruzamento das bases de dados locais e nacionais favorece a identificação de novos casos.

Vale ainda ressaltar a flutuação da RMM 18,4; 17,9 e 54,1/100.000. A flutuação ocorre em eventos raros, quando um novo caso gera aumento considerável da taxa sem, entretanto consistir em aumento de risco, por isso a importância de trabalhar com razões médias para o triênio, visando à estabilização da RMM para o período.

10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil algumas investigações têm sido realizadas com o objetivo de conhecer e/ou corrigir os dados oficiais sobre Morte Materna, buscando por um lado identificar os entraves que dificultam estimar de forma fidedigna a mortalidade materna, por outro, conhecer a real magnitude desse problema.

Visando conhecer a realidade da mortalidade materna no município de Governador Valadares, a pesquisa buscou dados no SIM/GV, de modo a oferecer uma visão da mortalidade no triênio 2002-2004. A partir desses dados, pôde-se constatar que os óbitos femininos representam 42% em relação aos óbitos totais no município. Dos óbitos femininos totais, 17,6% representa os óbitos de mulheres em idade fértil. Dos óbitos de mulheres em idade fértil, 1,2% representa os óbitos maternos.

A pesquisa buscou também descrever as principais causas do óbito de mulheres em idade fértil, classificadas segundo os capítulos da CID 10. Após investigação, as cinco causas mais importantes em 2004 foram as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX), Neoplasias (capítulo II), Causas externas (capítulo XX) doenças do aparelho digestivo (cap. XI) e os sintomas e sinais mal definidos (cap. XVIII).

A pesquisa dos óbitos de mulheres em idade fértil também revelou as faixas etárias mais recorrentes, com suas respectivas causa-morte, bem como, as

localizações/ local de ocorrência no município, o que permitiu a construção de um quadro que retrata a realidade social das pacientes que foram a óbito.

Pôde-se registrar que 68,7% dos OMIF ocorreram nas faixas etárias de 30 a 39 anos (25,2%) e 40 a 49 anos (43,5%), tendo como principais causas de morte (38,92/100.000) as Neoplasias, (35,68/100.000) doenças do aparelho circulatório, (16,22/100.000) mal definidas, (30 a 39), e (79,83/100.000) mal definidas, 69,04/100.000) doenças do aparelho circulatório, (62,57/100.000) neoplasias (40 a 49).

Quanto à localização/ local de ocorrência dos óbitos, a descrição dos OMIF mostrou predomínio de mortes no DS-IV. Vale salientar que das quinze áreas de grande pobreza apontadas pela pesquisa do Governador Valadares (2002), sete bairros se enquadram no Distrito Sanitário IV. Nesse distrito, a ocorrência dos óbitos domiciliares ocupou o lugar de destaque, o que sugere a inter-relação entre o baixo grau de instrução, nível sócio – econômico, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o óbito domiciliar e sem assistência.

Considerando as causas mal definidas e as doenças do aparelho circulatório, pode-se sugerir a falta de acesso da usuária à assistência na Unidade Primária de Saúde, o não cadastramento nos Programas de Promoção à Saúde, bem como a não captação da paciente, o que poderia contribuir para o diagnóstico e tratamento precoces.

Ainda sobre as causas mal definidas, registrou-se que dos 87 óbitos domiciliares (25,2%) identificados na pesquisa, houve registro de 76 óbitos de morte sem assistência, o que também aponta para a dificuldade de acesso aos serviços.

A partir dessas informações, pôde-se não só detectar problemas no sistema de informação, como também identificar óbitos subnotificados. Selecionou-se nos bancos de dados SIM/GV e SIM/SES os registros acerca dos OMIF por meio do cruzamento das informações. Encontraram-se diferenças nas duas bases nos três anos investigados, sempre a base de dados do SIM/GV registrava menor número de óbitos.

Foram confrontadas as informações contidas nos registros do SIM e SINASC, o que permitiu encontrar um óbito que não havia sido identificado como materno pelo Comitê de Mortalidade Materna.

Portanto, é importante se estabelecer passos sistemáticos na investigação dos óbitos maternos, ou seja, proceder ao cruzamento das bases de dados SINASC e SIM, bem como ao cruzamento do SIM gerado no município, com aqueles agregados com informações de outras localidades (SIM/SES/MS).

Pôde-se também certificar a relevância da verificação das variáveis 43 e 44 como fonte de identificação de morte materna. No entanto, ainda é preciso desenvolver ações que possibilitem a sensibilização dos profissionais para o

seu correto preenchimento, passo imprescindível no processo de investigação e identificação dos óbitos.

Em relação ao preenchimento das DO's, observou-se que mesmo com a crescente oferta da assistência médica nos serviços públicos e privados no município, não ocorreu a crescente qualidade nas informações registradas nas declarações de óbitos. As causas mal definidas ainda ocupavam o 1º lugar antes da investigação e caem para o 5º lugar em 2003 e 2004, o que deixa claro a importância que a investigação assume para o esclarecimento das causas de óbito, possibilitando então, melhores evidências para o planejamento em saúde.

Quanto às causas da mortalidade materna no município de Governador Valadares, constatou-se que 80% das mortes foram devido a causas obstétricas diretas. Quanto aos diagnósticos específicos, predominaram os abortos com 60%, o que sugere a não captação dessas pessoas na participação de promoção à saúde por meio do planejamento familiar. Totalizaram em 20% os óbitos ocorridos por Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) 20% óbito materno indireto, doença pré-existente agravada na gravidez.

A faixa etária de maior ocorrência dos óbitos maternos foi de 20 a 29 anos, assim, dos cinco óbitos investigados, 80% se enquadram nessa faixa etária.

Conforme já exposto neste trabalho, o Distrito sanitário IV está dentro da área caracterizada como de “extrema pobreza”. Dos cinco óbitos investigados, 60% das pacientes residiam em bairros do Distrito Sanitário IV.

Esses dados revelam um dos aspectos das implicações sociais provocadas pela mortalidade materna, uma vez que esse período representa a fase da vida produtiva e reprodutiva da mulher. Acrescenta-se às implicações sociais, o próprio risco social, aqui tomado como um conceito que engloba desde a pobreza ao baixo nível de educação formal.

Quanto à classificação dos óbitos em diretos e indiretos, 80% foram caracterizados como óbito Materno Direto, sendo esses óbitos relacionados com causa materna, e, portanto evitáveis. Considerando a necessidade do conhecimento para a participação das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, pode-se deduzir que haja uma estreita relação entre a OMD e a situação sócio econômica da população, bem como entre a cobertura da qualidade da assistência obstétrica prestada e o OMD.

Pode-se constatar ainda que dentre as causas de óbitos de mulheres em idade fértil, a mortalidade materna não aparece entre as principais (10^a classificação), apresentando-se, portanto, como uma causa de pouca representatividade. Porém, se considerado que 98% dos óbitos maternos são evitáveis, torna-se indiscutível a relevância de estudos que possam conhecer a realidade e os recursos preventivos.

É notável que as pesquisas e bibliografias que tematizam a mortalidade materna centram foco nas mortes maternas por causas diretas e indiretas, ficando evidente a maior incidência de mortes por causa direta em regiões menos desenvolvidas, e assim a relação entre a porcentagem de óbitos maternos e a falta de cobertura e qualidade da assistência obstétrica prestada.

É preciso estimular o aprimoramento do sistema de informação em mortalidade, incluindo o melhor preenchimento da declaração médica da causa de morte, já que esse é um dos fatores que impedem o conhecimento da real magnitude materna no Brasil.

Poucas publicações se detêm na análise da evitabilidade dos óbitos, entretanto, algumas inferências puderam ser construídas a partir de dados encontrados nesta pesquisa. No presente estudo, dos cinco óbitos investigados, quatro são considerados evitáveis e um provavelmente evitável. No entanto, a evitabilidade depende da qualidade de assistência prestada, bem como, da comunicação eficaz entre os diversos serviços e profissionais dos diversos setores da saúde.

A análise da linha do cuidado revelou-se instrumento sensível na investigação do óbito, pois possibilitou a identificação dos fluxos e das falhas (ruídos) ocorridas durante o percurso assistencial.

A análise dos óbitos por meio do fluxograma revelou ainda a desatenção e a repetição de atos que evidenciam a falta de vínculo e de compromisso dos profissionais com o usuário. As falhas são repetidas:- ausência de registros nos prontuários; - diagnósticos graves não comunicados à paciente; - atuação centrada na queixa conduzida, diagnósticos claros (como o ultrassom com restos ovulares) e que não resultam em diagnóstico e a tomada de decisão imediata; paciente não ciente da gravidade do caso, dentre outros. O resultado é a perda de vidas.

O fluxograma constituiu-se em potente instrumento para a gestão, possibilitando identificação/visualização dos ruídos e facilitando para as equipes de saúde e gestores a tradução dos problemas ocorridos. Propõe-se o uso rotineiro desse instrumento pela comissão de Morte Materna no município, uma vez que possibilitará a sua comunicação tanto com as equipes que prestam atendimento, quanto com os gestores.

O trabalho nos chama à reflexão sobre a evitabilidade do óbito materno. Trazer à luz estes casos e descasos tem o objetivo de levantar a discussão e o reposicionamento dos técnicos de saúde, gestores e usuários, visando ao planejamento adequado e ao compromisso com os atos de saúde e com a vida.

Em Governador Valadares, a RMM no triênio 2002-2004 identificado pelo CMPMM foi de 24,2 por 100.000, nascidos vivos, sendo alterada pela

presente pesquisa para 36,2/100.000 nascidos vivos, a partir do acréscimo de um óbito encontrado, o que equivale ao fator de correção de 1,25.

A presente pesquisa além de ter favorecido o conhecimento acerca da magnitude da Mortalidade Materna no Município de Governador Valadares, ter possibilitado a descrição do quadro de Mortalidade de mulheres em idade fértil, bem como o conhecimento da qualidade das informações e análise da ocorrência de subregistro, possibilitou também a análise dos problemas observados na assistência, segundo o percurso da linha do cuidado. Porém, além desses aspectos, puderam-se perceber outras demandas de estudo.

Se considerado o número de óbitos analisados nessa pesquisa, bem como o número daqueles que não se incluíram na RMM, pode-se perceber a necessidade de uma revisão nos critérios de inclusão de morte materna para o cálculo de RMM.

Torna-se irrefutável a necessidade de se repensar, sobretudo a concepção das mortes tidas como não relacionadas e aquelas relacionadas com a gravidez, uma vez que tal reflexão constitui-se um dos meios para a construção de novos conhecimentos e, portanto, inclusão de novos estudos que favoreçam a visão real do quadro de mortalidade materna.

Vale ressaltar que dos 13 óbitos encontrados e analisados pela pesquisadora, somente cinco foram incluídos no cálculo de RMM no município. No entanto, as oito mortes não incluídas na RMM, referem-se às

mortes não relacionadas à gravidez e às mortes maternas tardias. Se os oito óbitos estão excluídos do cálculo da RMM, como fazer a análise da magnitude da Mortalidade Materna? Acredita-se, portanto que a não inclusão desses casos mascaram a real magnitude da mortalidade materna.

Torna-se relevante a discussão acerca da inclusão destes casos, uma vez que o indicador de mortalidade materna reflete as condições da assistência prestada à saúde da mulher durante o pré-natal e o parto, além de aspectos biológicos da reprodução humana e de doenças associadas ao período gravídico-puerperal.

Observa-se que o conhecimento da razão da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde, governo e sociedade, e ainda, que somente o conhecimento acerca da real magnitude desse problema poderá se constituir o importante meio para a produção de conhecimentos e de ações educativas interventivas.

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, R., 1994. *Estudo da Mortalidade Materna no Recife, 1992-1993*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Universidade de Campinas.

BARROS, Diana Luz Pessoa. *A comunicação humana*. In FIORIN, José Luiz (orgs). *Introdução à Lingüística I: objetos teóricos*. São Paulo: Contexto, 2004.p. 27.

Bernstein PS, Magriples U. Cardiomyopathy in Pregnancy: A Retrospective Study. *American Journal of Perinatology* 2001;18:163-8

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.199 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Manual de Mortalidade Materna*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Saúde da Família: ampliando a*

cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v.3, n1, p.113-125, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Princípios, Diretrizes e Metas para a atenção integral à saúde da Mulher: período 2004/2007*. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Manual morte materna, versão preliminar*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Mortalidade Materna: Saúde Brasil*. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Dados e Indicadores Selecionados*. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM – VERSÃO 2006, Brasília, DF. 2006. Acessado em 15 de outubro de 2005: www.saude.gov.br/sus.

Demakis JG, Rahimtoola SH, Sutton GC, et al. Natural Course of Peripartum Cardiomyopathy. *Circulation* 1971;44:1053-60.

Elkayam U, Tummala PP, Rao K, et al. Maternal and Fetal Outcomes of Subsequent Pregnancies in Women with Peripartum Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2001;344:1567-71.

FERREIRA, Rui Gilberto, Morte materna em Goiás: situação no início do ano 2000, *Rev.GO Atual*, n.10, p.7-12, out.,2001.

FORD, RF, Barton JR, O'Brien JM, Hollingsworth PW. Demographics, Management and Outcome of Peripartum Cardiomyopathy in a Community Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1036-8.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme; SILVA, João Luiz de Carvalho Pinto; PINOTTI, José Aristodemo, O problema da mortalidade materna. São Paulo, *Femina*, p.25-31, jan.1987.

GOVERNADOR VALADARES-MG. Prefeitura Municipal de Governador Valadares. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - biênio 200/2001. Governador Valadares: SMS, 2000, não paginado.

GOVERNADOR VALADARES-MG. Prefeitura Municipal de Governador Valadares. Plano Municipal de Redução da Pobreza Urbana em GV: - Diagnóstico e Diretrizes – março 2002.

GOVERNADOR VALADARES-MG. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Vigilância em Saúde – PLANVIGI/2004-2008. Governador Valadares: SMS/DSC, 2004, não paginado.

HILL-COCHRANE, S_ *Fertility and education: what do we really know?* Johns Hopkins University Press, 1979 apud FERREIRA, Rui Gilberto, Morte materna em Goiás: situação no início do ano 2000, *Rev. GO Atual*, n.10, p.7-12, out. 2001.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabrina Lea Davidson; LAURENTI, Ruy. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - mortes por causas naturais. *Ver. Brás. Epidemiol*, v.5, n.2, p. 197-211, ago.2002.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cássia Maria; LÓLIO, Cecília Amaro de; SANTO, Augusto Hasiak; MELLO Jorge, Maria Helena Prado de. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986: metodologia e resultados gerais. *Rev. Saúde Pública*. v.24, n.2, p.128-33, abr. 1990a.tab.

LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cássia Maria; LÓLIO, Cecília Amaro de; SANTO, Augusto Hasiak; JORGE, Maria Helena Prado de Mello,

Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, 1986: mortes por causas maternas, *Rev. Saúde Pública*. V.24, n.6, p.468-72, dez.1990b.tab.

LAURENTI, Ruy. Perfil da mortalidade materna, In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: HUCITEC, 1995.p.304-19, tab.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabrina Léa Davidson. Mortes Maternas no Brasil: análise do preenchimento da variável da declaração de óbito, *Inf.epidemiol. SUS*. v.9, n.1,p.43-50, jan-mar.2000a.tab.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P. de Mello; GOTLIEB, Sabrina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna; *Cad. Saúde Pública*. v.16, n.1,p. 23-30, jan - mar.2000b.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabrina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Rev.brás.epidemiol.*, dez.2004, vol.7, p. 449-460. ISSN 1415-790X.

LAURENTI, Rui. “*Mortalidade Materna: Desafios para sua redução e a questão da mensuração e coleta de dados*”. Texto apresentado na EUROCC CONFERENCE, realizada em Recife – PE em 16 de abril de 2004.

MALTA, Deborah Carvalho; ALMEIDA, Maria Cristina de Mattos; DIAS, Maria Angélica de Salles; MERHY, Emerson Elias. *A Mortalidade Infantil em Belo Horizonte por Área de abrangência dos Centros de Saúde*, 1994/1996. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p.1189-1198, 2001a.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2001b.

MALTA, D. C., *Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais*. Cd-rom. Fórum Nacional de Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. 2004.

MALTA e Duarte, Mortes evitáveis, uma revisão. Revista de Ciências d& Saúde Coletiva. No prelo. 2006.

MERHY, E. E. & CHAKKOUR, M. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E. E. & ONOKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. Parte II, Cap. III, p.113-150.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. *A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Mimeo. Campinas: UNICAMP, 2003.

MOREIRA, Caroline da Costa et al . Características clínicas associadas à evolução desfavorável na miocardiopatia periparto. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, n. 2, 2005.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, *Classificação Internacional de Doenças-CID-10*, 4ª ed. V.2. São Paulo: Edusp, 1998. P.138.

PARPINELLI, Maria Ângela; FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme; PEREIRA, Belmiro Gonçalves; JÚNIOR, Renato Pasini; AMARAL, Eliana. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva, v.22, n.9, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000.

PORTALMÉDICOCPIMORTALIDADEMATERNA.htm Toc521816611-
Mortalidade Materna - Caracterizando o Problema. Acessado em 15 de maio de 2004. <http://www.portalmedico.org.br/bibliotecavirtual/cpi/>

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. Atlas do índice de desenvolvimento humano no Brasil. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br> . Acesso em 22 de maio de 2005.

PEARSON GD, Veille J-C, Rahimtoola S, et al. Peripartum Cardiomyopathy: National Heart Lung, and Blood Institute and Office of Rare Diseases

(National Institutes of Health) Workshop Recommendations and Review. JAMA 2000;283:1183-8.

RODRIGUES, E. A. C. et al. *Infecções hospitalares prevenção e controle*. São Paulo, Savier, 1997. p. 236-247 e 269-274.

RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T.C.; CHILD, C.G.; FISHMAN, A.P. & PERRIN, E.B., Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. *The New England Journal of Medicine*, 1976. 294: 582 – 588.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Departamento de Epidemiologia. **Boletim Epidemiológico Anual**, 2000, BH.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES. Departamento de Epidemiologia. **Boletim Epidemiológico Anual**, 2001/2004, GV.

TANAKA, A. C. A. *A Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec-ABRACO, 1995.

TANAKA, A. C. & MITSUIKI, L., 1999. *Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras*. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

TAUCHER, E. Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. Tendências y causas. Santiago de Chile: CELADE; 1978.p.1-83 (Série A, 162).

TOSETO, V.G.; SOUZA, P.T.A. Mudança na estratégia de coleta de informações com alteração do perfil epidemiológico de mortalidade, EXPOEPI, No 4 , 2004, Brasília, DF.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF) AND UNITED NATIONS OF POPULATION FUND (FNUAP). 2001. *Maternal Mortality in 1995*. WHO, Geneva.

VALONGUEIRO, S. A., *Mortalidade Materna em Pernambuco: Um Estudo Quantitativo e Qualitativo*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.

VALONGUEIRO, S. A. Relatório Consultoria Morte Materna em Pernambuco. Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. Mimeo. 2004

VICTORA, C. G; BARROS, F. C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Medical Journal. *Rev. Paulista de Medicina*. 2001: 119 (1): 33-42.

VOLOCHKO, A., *Mortalidade de Mulheres – Mortalidade Materna SUS-4, São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992.

WITLIN AG, Mabie WC, Sibai BM. Peripartum cardiomyopathy: An Ominous diagnosis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:182-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *International Classification of Diseases*, 10th Revision (Edition authorized in Portuguese), São Paulo, Brazil Edusp.

12 - ANEXOS

ANEXO I - MODELO DE INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL E DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DO ÓBITO MATERNO

PARTE A	
INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	
1. NOME:	
2. DATA DE FALECIMENTO: / /	3. NÚMERO DA D.O
4. ENDEREÇO HABITUAL / RUA / Nº/ COMPLEMENTO	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:
5. TELEFONE:	
6. LOCAL DA OCORRÊNCIA:	
MUNICÍPIO:	
7. DESCREVA COM DETALHES A DOENÇA OU O FATO (ACIDENTE OU VIOLENCIA) QUE LEVOU À MORTE.	
8. A FALECIDA ESTAVA GRÁVIDA OU ESTEVE GRÁVIDA NOS 12 MESES ANTERIORES À MORTE?	EM CASO NEGATIVO, ENCERRAR A INVESTIGAÇÃO. EM CASO POSITIVO OU <u>NÃO SABE</u> PROSSEGUIR. NO CASO DE <u>NÃO SABE</u> SE HOUVER EVIDÊNCIAS DURANTE A ENTREVISTA DE QUE A FALECIDA NÃO FICOU GRÁVIDA ENCERRAR A INVESTIGAÇÃO.
1. SIM ☐	
2. NÃO ☐	
99. NÃO SABE	
NOME DO ENTREVISTADOR:	
	DATA: / /

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

9. DADOS PESSOAIS

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

10. HISTÓRIA OBSTÉTRICA (EXCLUINDO A GESTAÇÃO ATUAL)

(CASO ALGUMA RESPOSTA NÃO SE APLIQUE MARQUE 88))

10.1 QUANTAS VEZES ELA ENGRAVIDOU?						
10.2 QUANTAS FORAM PARTOS VAGINAIS?						
10.3 QUANTAS FORAM CESARIANAS?						
10.4 QUANTAS TERMINARAM EM ABORTO?						
10.5 QUANTOS NASCERAM VIVOS?						
10.6 QUANTOS NASCERAM MORTOS?						
10.7 QUANDO FOI A ÚLTIMA GESTAÇÃO ANTERIOR A ESTA? (ANOTAR O TEMPO E ANOS COMPLETOS.)						
10.8 ELA TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE NAS GESTAÇÕES ANTERIORES?						10.8.1 EM CASO POSITIVO, QUAL?
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE		88 NÃO SE APLICA

11. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

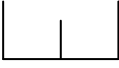
12. GESTAÇÃO ATUAL

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

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

DATA	IG	PESO	PA	AU	BCF	EDE-MA	APRES.	INTERCOR- RÊNCIAS	TERAPÊ U-TICA

12.1.4 SABE QUANTOS MESES TINHA DE GESTAÇÃO QUANDO COMEÇOU O PRÉ-NATAL? (de 01 a 9. caso não sabe, COLOCAR 99)				
12.1.5 SABE COM QUANTOS MESES ELA ESTAVA QUANDO FEZ A ÚLTIMA CONSULTA? (de 01 a 09. CASO NÃO SABE, COLOCAR 99)				
12.2 SABE SE ELA DESENVOLVEU ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ?				12.2.1 EM CASO POSITIVO, ANOTAR ENDEREÇO.
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE

12.3 ELA FOI CONSIDERADA GESTANTE DE RISCO E ENCAMINHADA A UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE ALGUM PROBLEMA RELACIONADO À GESTAÇÃO DE RISCO?					12.3.1.ELA FOI ATENDIDA NESSA UNIDADE DE REFERÊNCIA?									
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE		1. SIM		2. NÃO	99. NÃO SABE					
12.4.ELA FOI INTERNADA DURANTE A GESTAÇÃO?					12.4.1 EM CASO POSITIVO, QUANTAS VEZES FOI INTERNADA?									
1. SIM		2. NÃO		99. NÃO SABE										
12.4. POR QUÊ?														
13.1 – MOMENTO DO ÓBITO 														
										1 .DURANTE O ABORTO				
										2. APÓS ABORTO				
										3. NA GESTAÇÃO				
										4. NO PARTO (ATÉ 1 HORA APÓS PARTO).				
										5. NO PUERPÉRIO(ATÉ 42 DIAS DO TÉRMINO DA GESTAÇÃO)				
										6. ENTRE O 43º DIA E ATÉ 1 ANO APÓS O TÉRMINO DA GESTAÇÃO				
										99. NÃO SABE				

13.2 ONDE ELA MORREU? 	1. NO HOSPITAL 2. EM CASA 3. NA VIA PÚBLICA 4. NA CASA DA PARTEIRA 5. OUTRO LUGAR (ESPECIFICAR)	
13.3 EM CASO DE HOSPITAL:		
13.3.1 NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 		
13.3.2 QUAL FOI O SETOR HOSPITALAR EM QUE OCORREU O ÓBITO? 	1. UTI 2. ENFERMARIA 3. CENTRO OBSTÉTRICO 4. PRONTO ATENDIMENTO 5. OUTROS 99. NÃO SABE	
13. 4 ENDEREÇO DO LOCAL DO ÓBITO		
14.1 LOCAL DO PARTO OU ABORTO 	1. HOSPITAL 2. DOMICÍLIO 3. OUTRO 99. NÃO SABE	
14.1.1 EM CASO DE ABORTO/PARTO, EM QUE DATA OCORREU?	__/__/__	
14.1.2 ELA RECEBEU ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO HOSPITAL QUE PROCUROU EM TRABALHO DE PARTO OU POR OCASIÃO DO ABORTO? EM CASO DE PARTO PASSAR PARA 14.2.1	1. SIM 2. NÃO 99. NÃO SABE	

14.1.3.O ABORTO FOI: 	1. ESPONTÂNEO 2. INDUZIDO 3. PROVOCADO 99. NÃO SABE
14.1.4 APÓS O ABORTO A FALECIDA APRESENTOU ALGUM DESTES SINTOMAS? 	
01. NÃO APRESENTOU NDA	06. DIFICULDADE DE URINAR OU DEFECAR
02. FEBRE	07. FALTA DE APETITE/NÁUSEAS
03. SANGRAMENTO VAGINAL	08. TONTURAS/DESMAIOS
04. SECREÇÃO VAGINAL COM MAL CHEIRO	09. TRISTEZA/DEPRESSÃO
05. DOR NA BARRIGA	10. OUTROS
99. NÃO SABE (PASSAR PARA O ITEM 14.3) 	
14.2.1 QUAL FOI O TIPO DE PARTO? 	1. NÃO TEVE PARTO ELA MORREU COM O BEBÊ NA BARRIGA 2. PARTO VAGINAL 3. CESARIANA 99. NÃO SABE
14.2.2 QUEM FEZ O PARTO? 	1. MÉDICO 2. ENFERMEIRA 3. PARTEIRA 4. OUTROS (ESPECIFICAR) 99. NÃO SABE

14.2.3 ELA TEVE PROBLEMA DURANTE OU DEPOIS DO PARTO 	1. SIM 2. NÃO 99. NÃO SABE.
14.2.4 SE POSITIVO QUAL?	
14.3 EM ALGUM MOMENTO DA GRAVIDEZ, PARTO, ABORTO OU PUERPÉRIO ELA PRECISOU IR PARA A UTI? 	1.SIM 2.NÃO (IR PARA O ITEM 14.4.1) 99. NÃO SABE
14. 3.1 SE POSITIVO, A UTI ERA: 	1. NO MESMO HOSPITAL 2. EM OUTRO (QUAL?) 3. NÃO SABE 4. NÃO CONSEGUIU VAGA
14.3.2 ELA TEVE ALTA DEPOIS QUE ABORTOU OU PARIU? 	1. SIM 2. NÃO (IR PARA O ITEM 15) 99. NÃO SABE
14.3.3 SE POSITIVO, QUAL O PROBLEMA DE SAÚDE QUE ELA TEVE DEPOIS DO ABORTO/PARTO QUE LEVOU A MORTE ?	
14.3.3 1 ELA FOI INTERNADA NOVAMENTE? 	1. SIM 2. NÃO (IR PARA O ITEM 15) 99. NÃO SABE
14.3.4 SE SIM, AONDE?	

15 CONDIÇÕES DO NASCIMENTO (EM CASO DE PARTO DOMICILIAR)	
15.1 O BEBÊ NASCEU 	1. VIVO 2. MORTO 99. NÃO SABE

16. Alguma crítica em relação ao atendimento hospitalar, ou a qualquer outro serviço de saúde, que ela tenha procurado quando precisou resolver o problema que a levou à morte? (problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vagas, falta de medicamento, discriminação do serviço com relação à família entre outras)

NOME DO ENTREVISTADOR:

(Acho que aqui seria interessante incluir eu que quando a visita domiciliar não for suficiente para levantar todas as informações desta parte B o investigador deve procura ambulatório o hospital que atendeu a mulher)

TIPO DE SEGURO SAÚDE:

17 – HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO

17.1.DATA DA INTERNAÇÃO: ____ / ____ / ____

17.1.1 PROCEDÊNCIA	01. DOMICÍLIO NO MESMO MUNICÍPIO.....1
	02. DOMICÍLIO EM OUTRO MUNICÍPIO.....2
	03. TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL NO MESMO MUNICÍPIO
	04. TRANSFERIDA DE HOSPITAL EM OUTRO MUNICÍPIO
	05. ENCAMINHADA DE OUTRO HOSPITAL NO MESMO MUNICÍPIO
	06. ENCAMINHADA DE HOSPITAL EM OUTRO MUNICÍPIO
	07. ENCAMINHADA DE SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL DO MESMO MUNICÍPIO
	08. ENCAMINHADA DE SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL DE OUTRO MUNICÍPIO
	09. SEM INFORMAÇÃO

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

17.1.3HIPÓTESE DIAGNÓSTICA REGISTRADA NO PRONTUÁRIO:

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

17.2 EVOLUÇÃO

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

17.2.2 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

17.2.3 ANOTAÇÕES DO ANESTESISTA:

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

18 – GESTAÇÃO ATUAL											
18.1 DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO ____/____/____ 18.2 DATA PROVÁVEL DO PARTO ____/____/____											
19 TERMINO DA GESTAÇÃO											
19.1 A GESTAÇÃO TERMINOU EM 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NÃO HOUVE EXPULSÃO DO EMBRIÃO/FETO</td></tr> <tr><td>ABORTO ESPONTÂNEO</td></tr> <tr><td>ABORTO INDUZIDO PERMITIDO POR LEI</td></tr> <tr><td>ABORTO PROVOCADO</td></tr> <tr><td>ABORTO SEM MENÇÃO DE ESPONTÂNEO OU PROVOCADO</td></tr> <tr><td>EXPULSÃO DA MOLA HIDATIFORME</td></tr> <tr><td>COMPLICAÇÕES POR GRAVIDEZ ECTÓPICA</td></tr> <tr><td>PARTO VAGINAL</td></tr> <tr><td>PARTO FORCEPS</td></tr> <tr><td>CESARIANA</td></tr> </table>	NÃO HOUVE EXPULSÃO DO EMBRIÃO/FETO	ABORTO ESPONTÂNEO	ABORTO INDUZIDO PERMITIDO POR LEI	ABORTO PROVOCADO	ABORTO SEM MENÇÃO DE ESPONTÂNEO OU PROVOCADO	EXPULSÃO DA MOLA HIDATIFORME	COMPLICAÇÕES POR GRAVIDEZ ECTÓPICA	PARTO VAGINAL	PARTO FORCEPS	CESARIANA
NÃO HOUVE EXPULSÃO DO EMBRIÃO/FETO											
ABORTO ESPONTÂNEO											
ABORTO INDUZIDO PERMITIDO POR LEI											
ABORTO PROVOCADO											
ABORTO SEM MENÇÃO DE ESPONTÂNEO OU PROVOCADO											
EXPULSÃO DA MOLA HIDATIFORME											
COMPLICAÇÕES POR GRAVIDEZ ECTÓPICA											
PARTO VAGINAL											
PARTO FORCEPS											
CESARIANA											
19.2 DATA DO TERMINO DA GESTAÇÃO	____/____/____										
19.3 IDADE GESTACIONAL	EM SEMANAS _____ SE NÃO HOUVER COLOCAR EM MESES _____.										

19.4.1 EM CASO DE ABORTO PROVOCADO OU INDUZIDO.QUAL FOI O PROCEDIMENTO UTILIZADO PARA INDUÇÃO DO ABORTO? (NESTE ITEM PODE SER ASSINALADO MAIS DE UM PROCEDIMENTO)	01.AMIU/ SUCÇÃO 02. DROGAS QUAL? _____ 03. CURETAGEM 04. SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS 05. FÍSICOS (SONDAS,ETC) 06. MICRO-CESÁREA 07. CHÁS CASEIROS 08. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 99. NÃO SABE
19.4.2 INTERCORRÊNCIAS NO ABORTO	01. NÃO APRESENTOU NADA 02. FEBRE 03. SANGRAMENTO VAGINAL 04. SECREÇÃO VAGINAL COM MAL CHEIRO 05. DOR NA BARRIGA 06. DIFICULDADE DE URINAR OU DEFECAR 07. FALTA DE APETITE/NÁUSEAS 08. TONTURAS/DESMAIOS 09. TRISTEZA/DEPRESSÃO 10. INFECÇÃO 11. PERFURAÇÃO 12. OUTROS (ESPECIFICAR) 88. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 99. NÃO SABE

19.5 PARTO (RESPONDER QUANDO A GESTAÇÃO TERMINOU EM PARTO COM MAIS DE 20 SEMANAS) 19.5.1 INDUÇÃO DO PARTO	1.SIM 2.NÃO 88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 99.NÃO SABE
19.5.2 DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO (PARTOGRAMA)	_____HORAS 88. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
19.5.3 DROGAS USADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	NOME DA DROGA E DOSAGEM _____ SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO
19.5.4 BOLSA ROTA	1.SIM 2.NÃO 88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 99.NÃO SABE
19.5.5 SE A BOLSA ESTAVA ROTA ANOTAR O TEMPO	_____HS 88. SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO

19.5.6 INTERCORRÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO .	1.SEM COMPLICAÇÕES 2.ECLÂMPSIA 3.PRÉ-ECLÂMPSIA 4.SANGRAMENTO 5.TP PROLONGADO 6.OBSTRUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO 7.HIPERTONIA 8.SOFRIMENTO FETAL 9.CORIOAMNIONITE 10.OUTRA (ESPECIFICAR) 88.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 99.NÃO SABE
19.5.7 INTERCORRÊNCIA NO PARTO	1.SEM COMPLICAÇÕES 2.ATONIA UTERINA 3.RETENÇÃO PLACENTÁRIO 4.LACERAÇÃO DE PARTES MOLES 5.OUTRAS (ESPECIFICAR 6.SEM INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO 7.NÃO SABE

19.5.8 INDICAÇÃO DA CESARIANA 	1.O PARTO FOI VAGINAL 2.DUAS OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES 3.CESÁREA EM MORTE MATERNA IMINENTE OU POST MORTEM 4.SOFRIMENTO FETAL 5.DESPROPORÇÃO CEFALO-PELVICA 6.DISTOCIA FUNCIONAL 7.DPP/FETO VIVO 8.PROLAPSO DE CORDÃO 9.IMINÊNCIA E/OU ROTURA UTERINA 10.OUTRA (ESPECIFICAR) 11.SEM INFORMAÇÃO
19.6 INFORMAÇÕES ADICIONAIS 19.6.1 OUTROS PROCEDIMENTOS REALIZADOS ALÉM DO PARTO, DA CESÁREA OU ABORTO 	0.NÃO HOUE NECESSIDADE DE REALIZAR OUTROS PROCEDIMENTOS 1.HISTERECTOMIA 2.LIGADURA DE ARTÉRIAS HIPOGASTRICAS 3.OUTROS (ESPECIFICAR) _____ 99.SEM INFORMAÇÃO
19.7.1 ANESTESIA 	1.SIM 2.NÃO(SE, NÃO IR PARA O ITEM 19.13) 99.SEM INFORMAÇÃO

19.7.2 TIPO DE ANESTESIA 	1.LOCO REGIONAL	
	2.PERIDURAL	
	3.RAQUIDIANA	
	4.GERAL	
	5.SEM INFORMAÇÃO	
19.7.3 QUEM REALIZOU? 	1. ANESTESISTA	
	2. OUTRO (ESPECIFICAR)	
	3. SEM INFORMAÇÃO	
19.7.4COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA 	SIM	
	NÃO	
	SEM INFORMAÇÃO	
19.7.5 SE SIM, QUAL?		
19.8.1 HOUVE NECESSIDADE DE SANGUE/HEMODERIVADOS? 	1. SIM	
	2. NÃO.(SE NÃO, IR PARA O ITEM 20.1)	
	99. NÃO SABE	
19.8.2 ELA RECEBEU SANGUE/ HEMODERIVADOS? 	1.SIM	
	2. NÃO	
	99. SEM INFORMAÇÃO	

19.8.3 DE QUE NATUREZA 	1.PAPA DE HEMÁCIAS 2.PLASMA FRESCO CONGELADO 3.CRIOPRECIPITADO 4.CONCENTRADO DE PLAQUETAS 5.OUTROS 99.SEM INFORMAÇÃO
19.9.4 QUAL FOI O INTERVALO DE TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRESCRIÇÃO E A ADMINISTRAÇÃO DO SANGUE OU HEMODERIVADOS?	
19.9.5 QUAL FOI A QUANTIDADE DE BOLSAS ADMINISTRADAS? _____	
20 CONDIÇÕES AO NASCER	
O RECÉM-NASCIDO NASCEU 	1. VIVO 2. MORTO
20.2 SE MORTO, FOI:	1. ANTES DO PARTO 2. INTRAPARTO 99. NÃO SABE
20.3 PESO (EM GRAMAS)	_____G
20.4 APGAR	1º MINUTO _____
	5º MINUTO _____

21. DADOS DO PUERPÉRIO

21.1. INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO ATÉ 2 HORAS PÓS-PARTO. 	1.SEM INTERCORRÊNCIA 2.SANGRAMENTO 3.ATONIA UTERINA 4.PLACENTA ACRETA 5.OUTRA(S) (ESPECIFICAR) 99.SEM INFORMAÇÃO
21.2 INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO DE 2 HORAS PÓS-PARTO ATÉ A ALTA HOSPITALAR 	1.SEM INTERCORRÊNCIA 2.SANGRAMENTO 3.INFEÇÃO PUERPERAL 4.EMBOLIAS 5.OUTRA(S) (ESPECIFICAR) 99.SEM INFORMAÇÃO
21.3 INTERCORRÊNCIAS DA ALTA ATÉ 42 DIAS PÓS TERMINO DA GESTAÇÃO. 	1.SEM INTERCORRÊNCIAS 2.SANGRAMENTO 3.INFEÇÃO PUERPERAL 4.TROMBOSE VENOSA PROFUNDA 5.EMBOLIAS 6.DEPRESSÃO PUERPERAL 7.OUTRA(S) (ESPECIFICAR) 99.SEM INFORMAÇÃO

21.4 CONDIÇÕES DE ALTA 	1.BOM ESTADO GERA 2.ÓBITO 3.TRANSFERÊNCIAS 4.OUTRA(S) (ESPECIFICAR) 99.SEM INFORMAÇÃO
21.5 PROFISSIONAL QUE PRESTOU ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA 	1.OBSTETRA 2.ENFERMEIRA 3.CLÍNICO GERA 4.PARTEIRA 5.OUTRO (ESPECIFICAR) 99.SEM INFORMAÇÃO
22 CUIDADOS INTENSIVOS	
22.1 HOUE NECESSIDADE DE UTI? 	1.SIM 3. NÃO (SE NÃO, IR PARA O ITEM 23) 99. SEM INFORMAÇÃO
22.2 FOI ENCAMINHADA À UTI? 	1. SIM 2. NÃO 99.SEM INFORMAÇÃO

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

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

PARTE D – LAUDO DE NECRÓPSIA

NOME DA FALECIDA: _____

DATA DE FALECIMENTO ____/____/____

NÚMERO DA D.O. _____

CAUSA MORTE: _____

DESCRIÇÃO DO LAUDO DE NECRÓPSIA:

(OU DE INFORMAÇÕES RELEVANTES DA GUIA POLICIAL)

EXAME MACROSCÓPICO (TRANSCREVER OS PRINCIPAIS ACHADOS)

EXAME MICROSCÓPICO E/OU TOXICOLÓGICO:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO.....

FICHA-RESUMO DE INVESTIGAÇÃO CONFIDENCIAL DO ÓBITO MATERNO (ESTA FICHA SOMENTE DEVERÁ SER ANEXADA QUANDO DA ANÁLISE FINAL DO CASO)

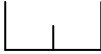
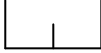
RESUMO DO CASO (DEVE CONTER:- INICIAIS DA FALECIDA, IDADE, GESTA, PARA, Nº PARTOS NORMAIS, ABORTOS E CESÁREAS, Nº. DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E INÍCIO DO MESMO, IDADE GESTACIONAL, MOMENTO DO ÓBITO - DURANTE A GESTAÇÃO, ABORTO, PARTO OU PUERPÉRIO), SUMÁRIO DA HISTÓRIA OU FATO QUE LEVOU AO ÓBITO.

FONTES DE DADO CONSULTADAS:

- () ENTREVISTA DOMICILIA
 () REGISTROS AMBULATORIAIS
 () PRONTUÁRIOS HOSPITALARES
 () LAUDO DE NECRÓPSIA
 () ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CAUSA DE ÓBITO NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO ORIGINAL, SE HOUVER.	PARTE I - A _____ - B _____ - C _____ - D _____ PARTE II _____ _____	CÓDIGO CID -10
O CAMPO 43 E 44 DA DO FOI PREENCHIDO?	1. SIM 2. NÃO	
CAUSA BÁSICA DE ÓBITO CORRIGIDA	_____ _____	CID-10
NA OPINIÃO DO COMITÊ A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL FOI ADEQUADA	1. SIM 2. NÃO 3. INCONCLUSIVO	
SE NEGATIVO, QUAIS OS MOTIVOS?		
SE INCONCLUSIVO, POR QUÊ?		

NA OPINIÃO DO COMITÊ A ASSISTÊNCIA NO PARTO OU ABORTO FOI ADEQUADA ☐ ☐ ☐	1. SIM 2. NÃO 3. INCONCLUSIVO
SE NEGATIVO, QUAIS OS MOTIVOS?	
SE INCONCLUSIVO, POR QUÊ?	
NA OPINIÃO DO COMITÊ A ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO FOI ADEQUADA? ☐ ☐ ☐	1. SIM 2. NÃO 3. INCONCLUSIVO
SE NEGATIVO, QUAIS OS MOTIVOS?	
SE INCONCLUSIVO, POR QUE?	
EVITABILIDADE ☐ ☐ ☐	01. EVITÁVEL 02. PROVAVELMENTE EVITÁVEL 03. INEVITÁVEL
FATORES DE EVITABILIDADE ☐ ☐ ☐	01. COMUNIDADE/FAMÍLIA/GESTANTE 02. PROFISSIONAL 03. INSTITUCIONAL 04. SOCIAIS 05. INTERSETORIAIS
CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO ☐ ☐ ☐	01. MATERNO (ATÉ 42 DIAS PÓS TERMINO DA GESTAÇÃO) 02. MATERNO TARDIO (de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação) 03. NÃO OBSTÉTRICO 09 IGNORADO

ÓBITO MATERNO 	01. OBSTÉTRICO DIRETO 02. OBSTÉTRICO INDIRETO 03. INCONCLUSIVO SE OBSTÉTRICO DIRETO OU INDIRETO 04. NÃO RELACIONADO À GRAVIDEZ
ÓBITO MATERNO 	1. DECLARADO 2. NÃO DECLARADO

Recomendações do comitê: - correção da DO :

Parte I

Parte II

Assistência hospitalar

Assistência pré-natal

Outras

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

PESQUISA: Investigação da morte materna na cidade de Governador Valadares-MG, no período de 2002-2004.

Eu, _____ (nome completo) fui informada sobre a pesquisa proposta “Investigação da morte materna na cidade de Governador Valadares-MG, no período de 2002-2004”. Fui devidamente informada dos objetivos deste estudo que visa conhecer a mortalidade materna no município de Governador Valadares, a existência de óbitos não notificados, as principais causas de óbitos maternos, a qualidade da assistência prestada. Declaro que fui devidamente informado dos objetivos da pesquisa e tenho a devida garantia de esclarecimento, sobre os objetivos, metodologia, e resultados.

Nesse sentido, livre e espontaneamente concordo em participar da pesquisa, sob a forma de conceder entrevistas aos pesquisadores da mesma, sabendo que, posso interrompê-la em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista e que posso recusar a participar do estudo sem expressar nenhuma razão.

Está garantido que eu não sofrerei nenhum prejuízo em função de minha não participação. Estou ciente de que os dados por mim declarados serão confidenciais, assegurando-se a minha privacidade, a não identificação das minhas declarações, ou seja, garantindo-se meu anonimato. Os dados do questionário serão utilizados apenas para fins de pesquisa e os resultados divulgados em congressos, encontros e revistas científicas.

É de vontade participar deste estudo e afirmo que fui devidamente orientada sobre a sua finalidade, bem como sobre a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos. Assim assino este TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO, em duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra devolvarei à pesquisadora.

Local _____ Data _____

Assinatura

Endereço _____

Tel: _____

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS – COEP - Tel: (031) 3499-4592

Av Presidente Antônio Carlos 6.627

Prédio da Reitoria 7º andar sala 7.018

31.270-901- Belo Horizonte MG

Pesquisadora responsável

Yara Maria Diniz Figueiredo (aluna do curso de mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais)

Endereço: Rua Suíça Nº 379 Grã Duquesa CEP 35057- 670

Governador Valadares, MG.

Telefones: (33) 32763013 e 91172665

ANEXO III – CARTA DE APROVAÇÃO DO COEP

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 217/05

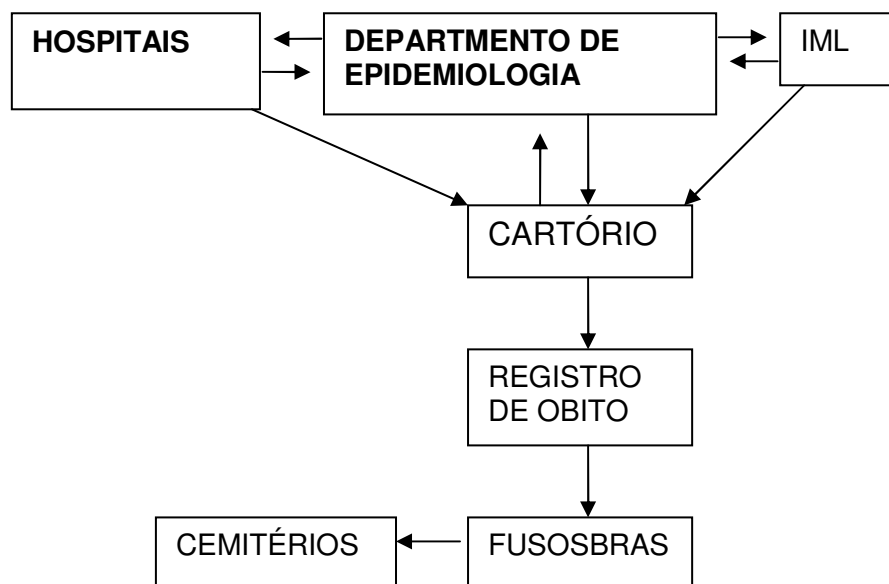
Interesse: Profa. Deborah de Carvalho Malta
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 24 de agosto de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Investigação da morte materna na cidade de Governador Valadares** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO IV**FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO EM GOVERNADOR VALADARES**

Fonte: Dados retirados do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, MG.

ANEXO V-DIVISÃO DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES EM DISTRITOS SANITÁRIOS

DISTRITO SANITÁRIO 1 Centro A, Centro B, Centro C, Ilha, Esplanada, São Pedro, Universitário, SIR, Chácara Braúnas, Cardo, Santos Dumont, Capim, Vila Mariquita, Sion, Sitio das Flores.

DISTRITO SANITÁRIO 2 Centro A, Lourdes, Vila Mariana, Morada do Acampamento, Nossa Senhora das Graças, Grã Duquesa, Esperança, Maria Eugenia, Morada do Vale, Santa Helena, Santa Efigênia, Vale Verde, São Geraldo.

DISTRITO SANITÁRIO 3 Vila Bretas, JK I, JK II, JKIII, Santa Rita, Bela Vista, São José, Nossa Senhora de Fátima, Vila Império, Jardim Pérola, Parte do São Raimundo, São Cristóvão, Vila Isa, Jardim Alice, Jardim Vera Cruz.

DISTRITO SANITÁRIO 4 Centro A, Lourdes, Vila Bretas, São Paulo, Santa Terezinha, Santo Antonio, Planalto, Altinópolis, Jardim do Trevo, Vila Ozanam, Santa Paula, Mãe de Deus, Palmeiras, Vila Rica, Fraternidade, Kennedy, Turmalina, Chonin, Assentamento Oziel Pereira.

DISTRITO SANITÁRIO 5 Penha, Distrito Industrial, Vila União, Conquista, São Raimundo, Ipê, Vila dos Montes, Azteca, Atalaia, Vila do Sol, Vila Rica, Elvamar, Vila Park Ibituruna, Recanto Cachoeira, Cachoeira Enc. do Sol, Baguari, Jardim Primavera, Monte Carmelo, Santo Antonio do Porto, Brejaubinha, Córrego dos Borges, Vila Ricardo.