

MORTALIDADE MATERNA NO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA RESULTADOS GERAIS

MATERNAL MORTALITY IN THE CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA GENERAL RESULTS

Lígia Vilalva Figueira¹, Joe Luiz Vieira Garcia Novo²

RESUMO

Objetivos: estudar as principais causas de mortalidade materna ocorridos no CHS, importante centro hospitalar de referência. Métodos: estudo observacional retrospectivo dos prontuários médicos de mulheres de 10 a 49 anos de idade, assistidas no CHS de janeiro/2000 a dezembro/2006. Variáveis maternas estudadas: idade, cor, cidade de procedência, estado civil, escolaridade, assistência pré-natal, paridade, idade gestacional, condições gerais à internação, tipos de partos, complicações e causas de óbitos. Variáveis fetais analisadas: vitalidade, peso, complicações. Resultados: no CHS ocorreram 21.386 partos, nascendo 18.753 recém-nascidos vivos, identificaram-se 33 óbitos maternos prevalecendo: idade de 20 - 39 anos (66,66%), 23 (69,69%) procedentes de cidades circunvizinhas, atendimento de retaguarda em 24 pacientes (72,72%), 18 (54,54%) de cor branca, 14 (42,43%) casadas, 22 (66,66%) multíparas, 17 (51,51%) realizaram pré-natal, idade gestacional 20 - 35 semanas (57,57%), 24 (72,72%) em estado geral grave, 14 (56,25%) mortalidade de causas diretas e 18 (43,75%) indiretas, RMM = 175,97. Em 11 recém-nascidos (32,00%) houve vitalidade, 2/3 deles de baixo-peso (61,53%). Conclusão: os programas de saúde destinados à mulher ainda são deficitários merecendo revisões coordenadas e funcionais. Os óbitos têm alta complexidade e as soluções se impõem para evitar as perdas familiares. Auxílio: PIBIC/CEPE. Trabalho de Iniciação Científica - fomento através do CNPq. Descritores: mortalidade materna, causas de morte, distribuição por idade, reprodução.

ABSTRACT

Purpose: to study main causes of maternal mortality occurring in the CHS, important tertiary center hospital. Methods: in a descriptive retrospective observational study from medical female's handbooks, of 10 to 49 years old, attended in the CHS from January/2000 to December/2006. Maternal variables studied: age, color, procedure city, civilian state, school conditions, prenatal care, parity, gestational age, and general state in hospital internment, types of deliveries, complications and causes of deaths. Fetus variables analyzed: vitality, weight, complications. Results: in the CHS occurred 21.386 deliveries, 18.753 newborns alive, identifying 33 maternal deaths, prevailing: 20 - 39 years old (66,66%), 23 (29,29%) from neighbours cities, rearguard assistance in 24 patients (72,72%), 18 (54,54%) with white color, 14 (42,43%) married, 22 (66,66%) multiparous, 17 (51,51%) with prenatal care, gestational age 20 - 35 weeks (57,57%), 24 (72,72%) in bad general survival conditions, 14 (56,25%) mortality from direct causes and 18 (43,75%) indirect, RMM = 175,97. Conclusion: the health programs applied to woman, just now, are in deficit deserving functional and co-ordination revisions. The deaths have difficult

solution, high complexity, and the solutions is necessary to avoid damages of the family. Support PIBIC-CEPE.

Key-words: maternal mortality, cause of death, age distribution, reproduction.

INTRODUÇÃO

As modificações induzidas pela gravidez durante o ciclo grávido puerperal são consideradas como evento normal e fisiológico durante o período reprodutivo da maioria das mulheres. Porém, apesar de serem fisiológicas, induzem alterações no organismo materno, colocando-o às proximidades da patologia e, se abandonado à deriva, estas alterações poderão resultar em doenças, complicações e também na própria morte.¹

A morte materna é conceituada como aquela direta ou indiretamente, relacionada com o ciclo reprodutivo de uma mulher independentemente da localização, duração da gestação e/ou complicações do período puerperal.²

A mortalidade materna é, na atualidade, assunto de grande interesse envolvendo polêmicas médicas, assistenciais e governamentais. Representa grave problema de saúde pública. É fenômeno anacrônico, 90% - 95% delas seriam de causas evitáveis, cerca de 30% - 50% na evolução da gestação, 3% - 29% durante o trabalho de parto e o restante no puerpério.³

Estima-se que anualmente ocorram durante o ciclo grávido-puerperal cerca de 600.000 óbitos maternos no mundo. Análises estatísticas sinalam 86% dos casos acontecendo em países em desenvolvimento, nos quais se têm 99% das mortes maternas.⁴

Nos países em desenvolvimento, as mortes maternas atuam como uma epidemia silenciosa, coexistindo com serviços de saúde inadequados para as gestantes, falta de planejamento familiar, efeito de estado de pobreza, legando desigualdades sociais.⁵

Os países desenvolvidos detêm cerca da 1% da mortalidade materna mundial, de modo geral, graças às ações executadas em sua assistência médica, que geraram tendência à retração de seus índices de morte materna. Tais ações seriam interligadas a progressos na prática assistencial obstétrica, uso de novos processos de atendimento anestésico, laboratorial e hemoterápico.

Sinalem-se também a utilização de procedimentos mais avançados, corrigindo e/ou evitando complicações pertinentes às patologias associadas durante a gestação, parto e involução puerperal.

É importante ressaltar que nestes países, em geral, coexistem políticas assistenciais de assistência à saúde e acompanhamento pré-natal diferenciados, além de padrões sócio-econômicos melhores que dos países subdesenvolvidos.²

Os estudos revelam que existem anualmente na América Latina, ao redor de trinta mil mortes maternas, contribuindo o Brasil com cerca de cinco mil.^{3,5}

No Brasil, os números são desfavoráveis se comparados a países desenvolvidos e, ainda, mesmo aqueles em desenvolvimento.³

A mortalidade materna brasileira é elevada, a obtenção de dados confiáveis é pouco provável e as estatísticas oficiais seguramente não refletem a verdadeira realidade de nosso país.²

Estudos publicados enfocando a mortalidade materna brasileira desvelam as causas maternas prevalentes, ligadas diretamente às complicações exclusivas da gestação, como abortamento, hemorragia, infecção, eclâmpsia, etc.

No Brasil observa-se certa tendência a mau preenchimento dos atestados de óbitos, os quais geram estatísticas incorretas, com poucos dados de veracidade em relação à mortalidade materna, além de sub-notificação dos óbitos maternos.

Cite-se ainda que os hospitais de referência e os universitários detêm as casuísticas mais confiáveis de mortalidade materna, em cifras elevadas, pois acumulam a maior parte das patologias obstétricas brasileiras.²

Há muito tempo criaram-se meios que possam livrar as mulheres do risco ligado à concepção. A maioria das mortes maternas é perfeitamente evitável, através da condução assistencial adequada no pré-natal, durante o parto e na involução puerperal.⁴

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) conceituam que a morte materna representa o melhor indicador de sua condição de mulher. Desvela as possibilidades de acesso à assistência à saúde, incluindo, portanto, a adequação do sistema de assistência de saúde em responder às suas necessidades.⁶

As medidas assistenciais preventivas que devam ser instituídas com a finalidade de diminuir a mortalidade materna, de modo geral, devem observar as características próprias de cada população para que seus resultados sejam precisos e resolutivos.² Não se deve aceitar que a qualidade de vida exista somente em países desenvolvidos.³

O acompanhamento da mortalidade materna tem sido utilizado para demonstrar as condições de saúde que são oferecidas a uma determinada população e, conseqüentemente, a real condição sócio-econômica desta comunidade.

A avaliação das principais causas de morte materna de um país, e/ou área geográfica, será o primeiro passo a ser realizado antes que se tente promover ou determinar as estratégias eficazes para a remissão deste problema de saúde pública.⁴

Sinale-se que o grupo de causas que contém as mortalidades maternas é considerado como o mais mal informado pelos médicos nas Declarações de Óbito.

Características sociais, religiosas e psicológicas, além de problemas legais para mortes por abortamento, em geral, falseiam a causa real da morte. Os médicos sentem-se desconfortáveis, não gostam de declarar mortalidade materna como causa de morte, uma vez que o ciclo grávido puerperal seria evento

fisiológico da mulher.⁷

Conhecer a magnitude para identificar os problemas em nosso meio, com certeza, seria um dos primeiros passos. A partir dela poderiam ser elaboradas estratégias com a finalidade de se reduzir a mortalidade materna.⁵

Visando identificar a qualidade de atuação assistencial do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) como serviço obstétrico de referência regional, pretende-se estudar a vivência assistencial em mortalidade materna. Através deste estudo tem-se a pretensão de se conhecer melhor a mortalidade materna em nosso meio e, talvez, de procedimentos para sua remissão. É dever de todos os serviços obstétricos universitários e/ou de referência, para o bem das comunidades, que tragam à luz as suas casuísticas e resultados obtidos.

MATERIAL E MÉTODO

O material de estudo foi constituído através da análise retrospectiva de prontuários das pacientes gestantes, parturientes e/ou puerperas, nas faixas etárias de 10 a 49 anos, que representam o período reprodutivo das mulheres^{8,9} assistidas na maternidade do CHS e/ou unidades de urgência do hospital e que faleceram de 01/01/2000 a 31/12/2006.

A pesquisa foi estendida aos hospitais da região que durante este período de tempo receberam transferências de pacientes internadas na maternidade e unidades de urgência do CHS para continuidade de tratamento e que vieram a falecer.

Através da Classificação Internacional de Doenças em sua última edição (10ª) (CID 10), definiram-se as mortes maternas em três grupos. A morte materna foi considerada como óbito proveniente de toda e qualquer causa, ocorrido durante a gestação e/ou até 42 dias de seu final, independente de sua localização ou duração, excluídas as causas acidentais ou incidentais, através de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou medidas relacionadas ou agravadas pela gestação.

Considerou-se morte obstétrica direta como sendo a resultante de complicações obstétricas peculiares ao ciclo grávido-puerperal. A morte obstétrica indireta aquela que se surgiu em decorrência de enfermidade preexistente, ou que se desenvolveu durante a gestação, não relacionada a causas obstétricas diretas, mas que foi agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez. A morte materna tardia considerou-se como o óbito decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas entre 43 a 365 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito.¹⁰

Seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) avaliou-se a medida da mortalidade materna através da razão de mortalidade materna (RMM), calculada pelo número de mortes maternas, divididas pelo número de recém-nascidos vivos de uma mesma área geográfica, durante um ano, multiplicada por 10.000.^{1,4,10}

Foram analisadas as causas básicas de óbito materno caso a caso após a avaliação definida através do CID 10.¹⁰ Os casos tiveram as causas básicas de óbito analisadas com auxílio de necrópsias, entrevistas com médicos assistentes e/ou visitas domiciliares.³ As características maternas foram analisadas (idade, escolaridade, cor, estado civil, profissão, gestações e paridade pregressas, idade gestacional, assistência pré-natal), transferências de outros hospitais, tipos de partos ocorridos, avaliação dos recém-nascidos, o local do óbito (hospital, residência, via pública, transporte), além de possíveis evitabilidades e/ou inevitabilidades dos óbitos.³

Para cada paciente preenchemos uma observação detalhada e confidencial de seus dados gerais, antecedentes familiares, hábitos e vícios (tabagismo, alcoolismo e drogas ilícitas), antecedentes pessoais, diagnósticos obstétricos pregressos e atual, assistência pré-natal, internação, atendimento, medicamentos, conduta (expectante e resolutiva), tipo de parto sem e/ou com indução, anestesia utilizada, indicações e/ou complicações cirúrgicas (imediatas e tardias), UTI, alta materna, placenta, óbito materno (tempo na UTI e diagnóstico) e necropsia. O acompanhamento pré-natal foi observado a sua realização ou não, local e número de consultas.

No evento da internação anotaram-se: idade gestacional (calculada pela data da última menstruação e/ou exame ultrassonográfico), estado geral materno (bom, regular e/ou mau), pressão arterial diastólica na admissão hospitalar, tempo até conduta obstétrica inicial e tempo até qualquer conduta.

Quanto ao atendimento classificou-se como primário ou secundário. No atendimento primário, as pacientes vieram diretamente ao CHS sem qualquer medicação prévia. No atendimento secundário elas foram encaminhadas e já medicadas através de outro serviço.

Os tipos de partos foram anotados como normal, fórcepe e cesáreo, advindos espontaneamente e/ou através de indução (tipo e duração), assim como as indicações cirúrgicas. As complicações maternas foram consideradas logo após a parturição como imediatas e/ou tardias, acompanhadas em enfermaria e/ou UTI. As necrópsias realizadas foram anotadas na planilha específica.

Estudaram-se nos conceitos as repercussões decorrentes das alterações maternas. Os recém-natos com idade gestacional inferior a 37 semanas completas foram considerados prematuros (Capurro e col, 1978). O bem-estar fetal e/ou hipóxia dos nascituros avaliou-se através do escore de Apgar (1953) do 5º minuto. A síndrome de desconforto respiratório neonatal teve seu diagnóstico após avaliação do neonatologista. A adequação do peso ao nascer dos recém-natos estimou-se através da tabela de Battaglia e Lubchenko (1967).¹¹

As variáveis analisadas dos recém-nascidos foram agrupadas em: primeiros cuidados iniciais, avaliação de vitalidade (Apgar no primeiro e quinto minutos), avaliação de idade gestacional (Capurro), sexo, peso, reanimação e seu tipo, permanência e classificação do recém-nascido e óbito (tempo decorrido do nascimento, causa, complicações e necrópsia).¹²

Definiu-se como hipoglicemia quando a glicemia dos recém-nascidos foi igual ou inferior a 30 mg/dL após 2 horas de pós-parto, e hiperbilirrubinemia se a dosagem sanguínea da bilirrubina superou a 11 mg/dl. Estipulou-se o tempo utilizado pelos conceitos no berçário até terem condições de alta, como normal até 7 dias, e prolongado quando após o 8º dia.¹¹

O peso dos conceitos foi avaliado em gramas. Receberam a denominação de nativos, independentemente da idade gestacional, os nascituros que exibiram qualquer sinal de vitalidade após sua expulsão completa da mãe, estando seccionado ou não o cordão umbilical, e peso igual ou superior a

500 g. Consideraram-se natimortos os recém-nascidos sem sinais visíveis de vitalidade ao nascer. Neomorto foi o nativo que veio a falecer a seguir: neomorto precoce se o óbito aconteceu até o 7º dia de vida extra-uterina, ou neomorto tardio se o falecimento ocorreu entre o 8º e 28º dias de após o parto.¹¹

O período neonatal considerou-se como sendo aquele compreendido desde o nascimento até o conceito completar 28 dias. Os sete dias iniciais foram denominados como período neonatal precoce, e do 8º ao 28º dia como o período neonatal tardio.³

Os recém-nascidos foram estudados em sua vitalidade (Apgar), idade gestacional (Capurro), sexo (masculino, feminino), peso (em gramas), reanimação e os procedimentos realizados e suas permanências no berçário. Foram classificados como termo e pré-termo com baixo peso e/ou peso normal, e como adequado, pequeno e/ou grande à idade gestacional.

Anotaram-se as complicações da estada dos recém-nascidos no berçário. Em relação ao óbito estudaram-se: tempo decorrido do nascimento, causa, complicações e necrópsia.

O presente estudo respeitou as normas da Declaração de Helsinque e da resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos. A pesquisa iniciou-se após a sua aprovação através do Comitê de Ética do CHS.

RESULTADOS

Entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006 ocorreram no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, 21.386 partos, dos quais nasceram 18.753 recém-nascidos vivos, identificaram-se 33 óbitos maternos, com a distribuição anual observada na tabela 1, em pacientes com faixa etária prevalente de 20 a 39 anos (66,66%); 23 delas (69,69%) provieram das cidades circunvizinhas, funcionando como hospital de retaguarda e, portanto, como atendimento secundário em 24 pacientes (72,72%) (Tabela 2).

Entre as pacientes estudadas, 18 eram de cor branca (54,54%), 14 (42,43%) eram casadas, predominando o ensino fundamental como instrução em 15 pacientes (45,45%). As falecidas eram, em sua maioria multíparas, 22 pacientes (66,66%). Identificaram-se 17 pacientes que realizaram acompanhamento pré-natal (51,51%) (Tabela 2).

Foram internadas para assistência hospitalar em idade gestacional prevalente de 20 a 35 semanas (57,57%). Em 24 das pacientes (72,72%) era grave o estado geral à admissão hospitalar, praticando-se parto cesáreo em 13 delas (39,39%).

Em relação aos recém-nascidos a vitalidade esteve presente em 11 deles (32,00%), 2/3 eram de baixo peso (61,53%) (Tabela 3).

Na distribuição anual dos óbitos maternos ocorridos, observou-se mortalidade de causas diretas em 14 casos (56,25%), e em 18 (43,75%) de causas maternas indiretas (Tabela 4). A tabela 5 mostra a Razão de Mortalidade Materna em alguns serviços obstétricos de referência em nosso país.

Tabela 1. Distribuição anual do número de partos, de recém-nascidos vivos e número de mortes maternas.

Ano estudado	Número de partos	Número de recém-nascidos vivos
2006	2494	2283
2005	2395	2254
2004	2643	2466
2003	3133	2963
2002	3213	2533
2001	3721	2918
2000	3787	3342
TOTAL	21386	18359
Ano estudado	Número de mortes maternas	%
2006	7	21,21
2005	7	21,21
2004	2	6,06
2003	7	21,21
2002	4	12,12
2001	3	9,09
2000	3	9,09
TOTAL	33	100,00

Tabela 2. Distribuição segundo as características maternas

Faixa Etária	Número	%
10-19	4	12,12
20-29	12	36,36
30-39	10	30,30
40-49	5	15,15
Desconhecida	2	6,06
TOTAL	33	100,00
Cidade de procedência	Número	%
Sorocaba	9	27,27
Outra	23	69,69
Desconhecida	1	3,14
TOTAL	33	100,00
Tipo de Atendimento	Número	%
Primário	6	18,18
Secundário	24	72,72
Desconhecido	3	9,09
TOTAL	33	100,00
Raça	Número	%
Branca	18	54,54
Não branca	4	12,12
Desconhecida	11	33,33
TOTAL	33	100,00
Estado Civil	Número	%
Casada	14	42,43
Não casada	10	30,30
Desconhecido	9	27,27
TOTAL	33	100,00
Escolaridade	Número	%
Analfabeta	1	3,03
Ensino Fundamental	15	45,45
Ensino Médio	-	-
Ensino Superior	-	-
Desconhecida	17	51,51
TOTAL	33	100,00
Paridade	Número	%
0	7	21,21
1- >5	22	66,66
Desconhecida	4	12,12
TOTAL	33	100,00
Pré-natal	Número	%
Sim	17	51,51
Não	3	9,09
Desconhecida	13	39,39
TOTAL	33	100,00

Tabela 3: Distribuição segundo as características maternas e dos recém-nascidos

Idade Gestacional (semanas)	Número	%
<20	4	12,12
20-30	11	33,33
31-35	8	24,24
36-40	7	21,21
Desconhecida	3	9,09
TOTAL	33	100,00
Condição de internação	Número	%
Grave	24	72,72
Regular	5	15,15
Boa	4	12,12
Desconhecida	-	-
TOTAL	33	100,00
Tipo de Parto	Número	%
Normal	5	15,15
Fórcipe	2	6,06
Cesárea	13	39,39
Não pariram	6	18,18
Desconhecido	4	12,12
TOTAL	33	100,00
Vitalidade Fetal	Número	%
Presente	11	33,33
Ausente	6	18,18
Desconhecida	16	48,48
TOTAL	33	100,00
Peso (g) dos recém-nascidos	Número	%
500-1000	2	6,06
1001-1500	5	15,15
1501-2500	1	3,03
> 2500	10	30,30
Desconhecido	15	45,45
TOTAL	33	100,00

Tabela 4. Distribuição das pacientes segundo as causas de óbito materno

2006	Abscesso hepático em laqueadura periumbilical + septicemia Cardiopatia descompensada + edema agudo de pulmão Descolamento prematuro da placenta + atonia uterina Perfuração de alça intestinal (parto cesáreo) + septicemia Aneurisma cerebral Broncopneumonia + sepse Cardiopatia descompensada
2005	Perfuração uterina pós-curetagem + septicemia HELLP síndrome + coagulação intravascular disseminada Pré-eclâmpsia + acidente vascular cerebral hemorrágico Eclâmpsia Síndrome nefrótica + tromboembolismo Ferimento através de arma de fogo Descolamento prematuro da placenta em acidente automobilístico
2004	Acretismo placentário + ruptura uterina Eclâmpsia + pielonefrite + sepse
2003	Esteatose aguda + síndrome de Sheeham II + atonia uterina Broncopneumonia + sepse Descolamento prematuro de placenta Eclâmpsia + HELLP síndrome + descolamento prematuro de placenta Cardiopatia descompensada + tromboembolismo Acidente vascular cerebral hemorrágico Úlcera gástrica perfurada + sepse
2002	Esteatose aguda + atonia uterina + choque hipovolêmico Pneumonia aguda + insuficiência respiratória aguda Feocromocitoma Meningite aguda + HIV
2001	Insuficiência respiratória aguda + choque séptico Acidente vascular cerebral hemorrágico Pré-eclâmpsia + edema agudo de pulmão
2000	Neoplasia ovariana metastática + insuficiência respiratória Toxoplasmose cerebral + choque séptico Hemorragia cerebral não especificada

Tabela 5. Razão de Mortalidade Materna relatada em serviços obstétricos de referência

Serviço Obstétrico	Ano	RMM
Moraes ²⁰ (Goiânia)	1975 – 1988	442,0
Camargo ²¹ (Porto Alegre)	1979 – 1988	130,4
Mattar ²² (São Paulo)	1983 – 1988	433,2
Aguiar ¹⁷ (Belo Horizonte)	1984 – 1989	165,0
Berezowski ²³ (Botucatu-SP)	1983 – 1992	421,8
Valadares Neto ²⁴ (Teresina)	1990 - 1992	90,46
Sass ¹⁶ (São Paulo)	1983 – 1993	729,2
CHS (Sorocaba-SP)	2000 – 2006	136,17

DISCUSSÃO

A mobilização mundial focando a mortalidade materna surgiu há cerca de trinta anos, convertendo-se em marco fundamental principalmente para os países menos desenvolvidos e, a partir desta data, o tema assumiu mais espaço na agenda de discussões relativas à saúde pública.¹³

A Resolução número 256 do Conselho Nacional de Saúde veio para definir o óbito materno nos municípios e estados como evento de notificação compulsória para a identificação e avaliação da vigilância epidemiológica.¹⁴ Esta resolução tem como finalidade proporcionar informação oportuna, favorecendo o seu uso em níveis do sistema local de saúde, auxiliando a capacidade analítica da situação da saúde materna, com o fito de adequar a sua produção de serviços, às necessidades específicas da população feminina brasileira.³

A morte materna representa o melhor método avaliador das condições de saúde feminina, demonstrando as qualidades de acesso e de adequação de resposta às necessidades de um sistema de assistência à saúde coletiva.⁶ Sinaliza, conseqüentemente, a realidade das condições sócio-econômicas desta comunidade.⁴

Os resultados desta avaliação inicial revelam que a mortalidade materna representa patologia relevante do ponto de vista materno-fetal no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, em similaridade com outros hospitais brasileiros de referência.^{15,16}

A maioria das pacientes incluídas nesta patologia foi internada para serem assistidas em estágio geral grave, mercê da demora, dificuldades de chegada e/ou remoção delas dos hospitais primários e secundários, além de poderem estar nestes locais utilizando esquemas terapêuticos insuficientes.¹⁷

A casuística apresentada neste relatório revela o obituário materno proveniente de causas maternas diretas (56,00%) e indiretas (44,00%) em consonância com os relatos em nosso país,^{18,19} atreladas em pacientes de classes social e escolar baixos, refletindo a carência assistencial dos sistemas atuais de saúde à população brasileira pobre.³

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) durante o período analisado foi de 129,13 (Tabela 5), resultado não depurado para somente pacientes residentes em Sorocaba.

No Brasil este dado é calculado com valores ao redor de 85,6, porém este valor também não representa a realidade em nosso país.¹⁸

Os resultados apresentados neste relatório final (Tabela 4) espelham-se àqueles de maternidades brasileiras de referência, onde se concentram patologias obstétricas cujos valores estão bem acima da média dos valores médios das maternidades do Brasil. Observa-se que dentre as causas mais presentes sobressaem-se as diretas, e nelas predominam a hipertensão e as infecções, em geral, decorrentes de procedimentos ligados ao parto cirúrgico.^{17,20,21,22,23,24}

A prevalência de causas obstétricas diretas direciona o

raciocínio de que em nosso país há, ainda nos dias de hoje, baixa capacidade de prevenção de morte materna no nosso sistema de saúde.²⁵

No Brasil a RMM é de valor extremamente variável de acordo com as regiões brasileiras. Nestas variações se incluem subnotificações, existência de cemitérios clandestinos, certidões de nascimentos incorretas, cartórios com registros incompletos.^{18,26}

Em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá, por exemplo, as taxas de mortalidade materna são inferiores a 9 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Tais valores são atrelados a programas eficientes de assistência ao ciclo grávido puerperal, associados aos melhores níveis sociais, culturais e econômicos das mulheres.^{2,25}

Reconhecida a Razão de Mortalidade Materna, associada ao diagnóstico etiológico individualizado dos óbitos nos serviços primários, secundários e terciários, existem condições de se estabelecerem metas assistenciais corretivas prioritárias à profilaxia das mortes maternas.¹⁹ É relevante a formação e atuação vigilante da Comissão de Qualidade Hospitalar com controles de prontuários,¹⁶ de atestados de óbitos corretamente preenchidos,¹⁷ de verificações necroscópicas¹⁹ assessoradas por Comitês de Mortalidade Materna permanentes.^{3,5,17,21} Estes comitês devem abranger instâncias estadual, regional e municipal integrando um sistema de vigilância epidemiológica de mortalidade materna.⁵

A frequente subnotificação dos casos de mortes maternas nos serviços obstétricos, sepultamentos em cemitérios clandestinos e duvidosas certidões de óbitos tenderão a desaparecer.¹⁹

Todos os serviços obstétricos devem ser periodicamente conferidos e avaliados, ter o apoio de hospitais gerais com UTI disponíveis, possuírem hemocentro e leitos especiais para gestantes de alto risco.^{15,16,19}

Os hospitais primários e secundários necessitam ser treinados periodicamente.¹⁵ São obrigações dos hospitais realizarem reuniões anatomo-clínicas dinâmicas, a fim de aprimorar as equipes médicas, e divulgar conhecimentos adquiridos.¹⁹

É fundamental a implantação de medidas básicas de saúde centradas em planejamento familiar consistente, serviço de pré-natal eficiente imbricado com drenagem de casos patológicos para serviços de alto risco. O atendimento às gestantes deverá ter caráter regional, não causando dificuldades em deslocamentos para que haja bom acompanhamento pré-natal e se tenha eficiente assistência ao parto e puerpério. O país que pretenda diminuir seus índices de mortalidade materna deverá reservar a esta patologia uma visão de direitos humanos e justiça social relevante.²⁵

As estratégias benéficas mais importantes durante o atendimento pré-natal fundamentam-se em intervenções relacionadas à promoção da saúde materna, prevenção de riscos e garantia de suporte nutricional.²⁷

O parto institucional realizado em unidades de saúde adequadamente preparadas para este fim, através de profissionais de saúde treinados e capacitados, é a principal estratégia para reduzir o elevado número de Mortalidade Materna em nosso país.²⁸

A morte de uma mulher em sua idade reprodutiva quando relacionada à gravidez é uma tragédia para a sua família e vergonha para o estado de saúde de um país.²⁹

A mortalidade materna é real indicador da realidade social de um país e de seu povo, bem como da determinação política de realizar ações de saúde comunitária. A qualidade de vida não deve ser prioridade dos países desenvolvidos. Há necessidade de reformulação dos sistemas de saúde, favorecendo a informação à comunidade sobre os riscos da gestação.³

CONCLUSÕES

1. Entre 01/01/2000 a 31/12/2006 no CHS ocorreram 21.386 partos, dos quais nasceram 18.753 recém-nascidos vivos.
2. Foram identificados 33 óbitos maternos, das quais 23 deles (69,69%) provieram das cidades circunvizinhas e em 24 pacientes (72,72%) era grave o estado geral à internação como hospital de retaguarda.
3. A mortalidade de causas diretas ocorreu em 14 pacientes (56,25%), e em 18 (43,75%) de causas maternas indiretas; hipertensão arterial e infecções associadas a partos cirúrgicos, na ordem, foram as causas mais encontradas.
4. A Razão de Mortalidade Materna do CHS no período estudado foi de 136,17, valor elevado, similar aos relatados nos demais serviços obstétricos de referência no Brasil.
5. A Mortalidade Materna representa patologia relevante do ponto de vista materno-fetal no CHS.

REFERÊNCIAS

1. Cecatti JG, Calderon IMP. Intervenções benéficas durante o parto para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:357-65.
2. Faúndes A, Cecatti JG, Parpinelli MA, Serruya SJ. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 1191-200. Mortalidade materna.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1994.
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade de Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24:455-62.
5. Rezende CHA, Moreli D, Rezende IMAA. Mortalidade em cidade de médio porte, Brasil, 1997. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34:323-8.
6. WHO/UNICEF (World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund), 1996. Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM 96, 11. Unicef/PZN/96.1 Geneva: WHO/UNICEF.
7. Cecatti JG, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife. I. Avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. *Cad Saúde Pública.* 1997; 13:59-65.
8. Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. I - Metodologia e resultados gerais. *Rev Saúde Pública.* 1990; 24:128-33.
9. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy EE, Faúndes A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14:41-8.
10. Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª rev. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1995.
11. Tabora WC, El-Kadre D, Bertini AM, Camano L. Morbidade e mortalidade perinatais dos estados hipertensivos na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1991; 13:49-55.
12. Braga LFCO, Nazareno ER, Fanini ML, Soares VMN, Hirata VM. Relatório dos Comitês de Morte Materna do Paraná. *Femina.* 1993; 21:794-811.
13. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:183-9.
14. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 256, de 1 de outubro de 1997. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)* 12 fev. 1998. Seção 1, p. 4.
15. Martins-Costa, S, Ramos JG, Cericatto R, Schlatter D, Petry SM. Causas de mortalidade materna no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS. Análise de 15 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1997; 19:507-13.
16. Sass N, Mattar R, Rocha NSC, Camano L. Coeficientes de mortalidade materna geral e decorrentes de hipertensão arterial na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo no período de 1983 a 1993. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995; 17:989-98.
17. Aguiar RALP, Rezende CAL, Cabral ACV, Assrey S, Perrupato R. Mortalidade materna no Hospital das Clínicas da UFMG: uma análise retrospectiva de 6 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1991; 13:224-7.
18. Serruya SJ, Lago TDG. A mortalidade materna no Brasil. *J FEBRASGO.* 2001; 8:6-8.
19. Boyaciyan K, Marcus PAF, Vega CEP, Barbosa AS, Pazero LC. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998; 20:13-8.
20. Moraes VA, Naves AG, Pinheiro PN, Viggiano MGC. Mortalidade materna na Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Goiânia-INAMPS-GO no período de 1975 a 1988. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1991; 13:216-21.
21. Camargo ES, Carvalho RL, Nonnemacher B, Guedes NA, Costa PL. Mortalidade materna na Maternidade Mário Totta: um estudo de 10 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1990; 12:57-60.
22. Mattar R, Vigorito NM, Stávale JN, Camano L. Morte materna em hospital de referência. *Hospital São Paulo. Femina.* 1990; 18:292-3.
23. Berezowski AT, Suetake H, Missiato M, Rudge MVC. Mortalidade materna. Análise dos últimos dez anos do Centro Médico-Universitário de Botucatu-UNESP. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995; 17:1001-7.
24. Valadares Neto JD, Martins MPSS, Valadares SM, Costa Filho NF. Mortalidade materna na Maternidade Dona "Evangalina Rosa" (Teresina-PI). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995; 17:977-84.
25. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vitorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25:431-6.
26. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7:452-60.
27. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28:310-5.
28. Alencar Júnior CA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28:377-9.
29. Amaral E, Luz AG, Souza JPD. A morbidade grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29:484-9.