

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

BIWESLEY DE QUEIROZ BARBOSA

MORTALIDADE MATERNA: ANÁLISE DOS CASOS OCORRIDOS EM 2008

**São Luís
2009**

BIWESLEY DE QUEIROZ BARBOSA

MORTALIDADE MATERNA: ANÁLISE DOS CASOS OCORRIDOS EM 2008

Projeto de monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial de Conclusão do curso de graduação em Medicina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marília da Glória Martins

São Luís

2009

CDU

BIWESLEY DE QUEIROZ BARBOSA

MORTALIDADE MATERNA: ANÁLISE DOS CASOS OCORRIDOS EM 2008

Projeto de monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial de Conclusão do curso de graduação em Medicina.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marília da Glória Martins (Orientadora)
(Universidade Federal do Maranhão)

Mestre Frederico Vitório Lopes Barroso

Mestre Hilmar Ribeiro Hortegal

Prof. Ana Maria da Rocha Bringel
Departamento de Medicina III - Obstetrícia

DEDICATÓRIA

A Deus, por dar-me a chance de realizar este projeto.

À Dr^a. Marília da Glória Martins pelo indiscutível carinho, atenção e dedicação.

À minha namorada Camylla Layanny Santana Correa, grande entusiasta do meu trabalho.

Aos meus pais, presenças inquestionáveis na minha vida.

Aos meus irmãos, Bigman e Katiúscia que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste projeto.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Marília da Glória Martins, pela segura e positiva orientação, compreensão e amizade durante a realização deste trabalho.

Aos amigos Germana Gomes, Márcio Maranhão e Osdemar Maranhão pela imprescindível ajuda na realização deste projeto.

A João Pequeno Barbosa e Maria Marim por terem me trazido à vida e dedicado a mim incondicional amor.

Aos meus amigos Eriberto, Flavius, Jeferson e Sérgio que dividiram casa comigo por muitos anos.

RESUMO

Objetivo: trata-se de estudo retrospectivo, que teve como objetivo verificar a razão de mortalidade materna ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão no período de janeiro a dezembro de 2008, e analisar as causas dos óbitos, a procedência, o estado civil, a idade, a cor, a escolaridade e a ocupação profissional das pacientes. **Metodologia:** Os números dos prontuários foram buscados nos livros de registro do Centro cirúrgico obstétrico e ginecológico e nas UTI dos Hospital Presidente Dutra, e os dados foram coletados obedecendo os critérios previamente estabelecidos em ficha cadastro especialmente confeccionada para esta finalidade. Foram calculadas as razões de mortalidade materna e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). **Resultados:** foram identificados 7 óbitos maternos, destas 71,4% em mulheres pardas, 57,1% solteiras e quanto as causas, 42,8% foram devido aos transtornos hipertensivos. A razão entre causas obstétricas diretas e indiretas foi cerca de quatro. A RMM foi 177,3 p/100.000 nv. A idade de maior risco foi entre 31 e 35 anos com 57,1%. **Conclusão:** concluímos que a mortalidade materna são indicativos da qualidade precária da assistência prestada à saúde da mulher. Estudos adicionais, voltados para a investigação de desigualdades associadas à ocorrência de óbitos maternos, serão úteis não só para a melhor caracterização da mortalidade materna, mas também para a definição de estratégias voltadas para a sua redução.

Palavras-chave: Mortalidade materna, indicador de saúde, saúde da mulher

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Causas de óbito materno no HUUFMA no ano de 2008.....	21
Tabela 2.	Procedência das mulheres que faleceram no Hospital Universitário - UFMA no ano 2008.....	22
Tabela 3.	Distribuição dos óbitos maternos por faixa etária ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.....	23
Tabela 4.	Demonstrativo dos Óbitos Maternos de acordo com o estado civil ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.....	24
Tabela 5.	Óbitos maternos por cor ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.....	24
Tabela 6.	Óbitos maternos por escolaridade ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.....	25
Tabela 7.	Óbitos maternos por ocupação profissional ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.....	25

SUMÁRIO

1 Introdução

2 Revisão de Literatura

2.1 Aspectos históricos

2.2 Conceitos de Mortalidade Materna

2.3 Classificações de Morte Materna

2.4 Causas de Morte Materna

2.5 Mortalidade Materna e fatores de risco

2.5.1 Idade Materna

2.5.2 Assistência pré-natal

2.5.3 Via de Parto

2.5.4 Nível socioeconômico

2.6 Mortalidade Materna no Mundo

2.7 Mortalidade Materna no Brasil

2.8 Vigilância de óbito materno

2.9 Políticas públicas de combate à morte materna

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

3.2 Objetivos Específicos

4 Pacientes e Métodos

4.1 Tipo de estudo

4.2 Período estudado

4.3 Local de realização do estudo

4.4 Critérios de inclusão

4.5 Coletas de dados

4.6 Aspectos éticos

4.7 Análise estatística

5 Resultados

6 Discussão

7 Conclusões

8. Referência bibliográfica

Apendice

1 INTRODUÇÃO

A bíblia relata uma morte materna ocorrida há mais de cinco mil anos. Quando conta que, partindo de Betel, Jacó se dirigia à cidade de Éfrata e nesse momento, Rachel sua esposa, entrou em trabalho de parto. Como nos diz a bíblia tratou-se de um trabalho de parto demorado e logo após o nascimento de Benjamin, ultimo integrante das 12 tribos de Israel, Raquel morreu¹.

Mortalidade Materna (MM) é assunto da mais alta relevância principalmente por ser tema que envolve os laços mais íntimos da nossa existência e por tanto da perpetuação da espécie humana. Sem dúvida, o falecimento da mulher no ciclo grávido-puerperal causado por motivos evitáveis não só macula-nos profundamente como nos faz mergulhar nas conjecturas que parecem de extensão incalculável, principalmente quando nos defrontamos com os motivos primários e singelos que por vezes retratam o menosprezo da assistência pública. O problema príncipe é a falta de noções básicas de educação para que as mulheres encarem o valor da assistência pré-natal como fator incomparável para prevenir doenças e a mortalidade materna².

De acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Morte Materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais³.

A Mortalidade Materna, no contexto mundial, é utilizada como parâmetro para se avaliar a qualidade do serviço de saúde ofertado a uma população, sendo, pois, um bom indicador de saúde, bem como de iniquidade⁴. Em outras palavras, quanto menor for a razão de mortalidade materna (RMM) de uma localidade, melhor a qualidade de saúde disponibilizada.

Porém, a morte materna não é atributo só de regiões carentes. Verificamos a ocorrência desta em grandes cidades⁵⁻⁸ e países do Primeiro mundo¹⁰⁻

¹³, providos dos melhores recursos destinados à preservação da vida, o que nos leva a questionar sobre o sistema de saúde como um todo.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente em países em desenvolvimento¹⁴.

Entretanto, apesar de termos o conhecimento para promover a redução da mortalidade materna, estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵ apontam a ocorrência de aproximadamente 600.000 óbitos de mulheres por ano, devido a causas relacionadas à gestação e ao puerpério. Essas mortes acontecem predominantemente em países menos desenvolvidos e desprovidos de recursos de saúde¹⁶. As estimativas da OMS para o Brasil apontam um RMM recorde de 220/100.000NV^{16, 17}, apesar de os dados oficiais acusarem uma RMM de 64,8¹⁸.

A baixa qualidade das informações, mesmo em países desenvolvidos com bom sistema de registro vital, impede que esse indicador traduza a verdadeira magnitude do problema¹⁹. A subinformação, ou seja, o preenchimento incorreto da declaração de óbito (DO) e o sub-registro do evento nas estatísticas oficiais são dois fatores que dificultam o monitoramento do nível da mortalidade materna no Brasil⁹. Sabe-se que a sub-declaração das mortes maternas nos atestados de óbito é bastante alta, nos países subdesenvolvidos²⁰⁻²³.

O estado do Paraná, que dispõe de Comitê de Mortalidade Materna (CMM) e corrige os dados das DO a partir da investigação dos casos, encontrou, para 1999, quase o dobro de óbitos maternos quando comparado com o sistema oficial²⁴.

Uma estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno é a criação e o fortalecimento de comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar. Os comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é Saúde da Mulher. Os comitês, portanto, exercem um importante papel de controle social. Seus objetivos são identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os

fatores que a determinam, e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes². Na cidade de São Paulo, onde existe um dos Comitês de Mortalidade Materna mais atuante, verifica-se uma sub-notificação do óbito materno em torno de 50% a 60%²⁵.

Em publicação da OMS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)²⁶, é comentado que a redução da mortalidade materna é uma das principais metas discutidas em conferências internacionais atuais, estando, também, incluída nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas²⁷. A avaliação desta redução não é fácil, dado que a mensuração da mortalidade materna é relativamente complexa. Isto ocorre tanto pela inexistência de dados para algumas regiões e países, como pela parcial fidedignidade da informação, mesmo naquelas áreas onde há declaração médica da causa da morte e bom sistema de registros vitais.

No entanto, é preciso não perder de vista que o uso dessas estimativas deve ter caráter temporário. O que necessita ser, realmente, estimulado é o aprimoramento do sistema de informação em mortalidade, incluindo o melhor preenchimento da declaração médica da causa de morte⁴

Diversas conferências internacionais têm dado ênfase e proposto metas de redução da mortalidade materna, com prazos de alguns anos para serem alcançados²⁸.

Dessa forma, faz-se necessária a mensuração periódica da mortalidade materna para monitoramento ao longo do tempo, apesar da dificuldade envolvida nesse processo.

Diante de tantas desconfiças a cerca dos óbitos maternos, que margeiam as importantes Instituições do cuidado integral com a saúde da mulher, nos entristece profundamente quanto sabemos que estes óbitos são na sua maioria absoluta evitáveis, com poucos recursos, porém com a qualidade dos profissionais assistentes. Caberá às Instituições Públicas, implementar as ações de cunho para

cuidar da saúde das mulheres grávidas. Estas preocupações me induziram a pesquisar porque morrem tantas mulheres e suas causas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Aspectos Históricos

Por muitos séculos, pouco se sabia sobre medicina e o que se sabia era restrito a uma minoria²⁹. A morte materna foi, por muitos anos, considerada como uma tragédia familiar, sem lhe ser a devida importância³⁰.

Na metade do século XVII foram criadas as maternidades e a população mais carente passou a ter mais acesso à assistência médica durante o parto. No entanto o desconhecimento sobre a existência dos microorganismos resultava em descaso quanto à assepsia o que elevou a mortalidade materna de 2,6% para 9%³¹. A grande maioria das mortes era decorrente de um quadro infeccioso que acometia as puérperas, denominado de “febre puerperal”.

Meio século se passou até que o médico húngaro, Philipp Semmelweis através de suas observações clínicas em animais de laboratório, orientou seus alunos e assistentes que lavassem as mãos com solução anti-séptica após aula de anatomia, antes de examinar as parturientes ou executar um parto. Apesar das críticas, suas orientações ocasionaram uma redução importante na “febre puerperal”³².

Em 1879, Louis Pasteur utilizando o microscópio, identificou o *Streptococcus* como agente causador da “febre puerperal”³³.

Somente no século XX o estudo da mortalidade materna ganhou a importância e o reconhecimento merecidos³⁴. Sendo que em 1928 foram estabelecidas regras para um estudo adequado da mortalidade materna, realizado na cidade de Nova York.

Em 1985 a OMS incluiu na Classificação Internacional de Doenças uma definição concreta dos conceitos envolvendo morte materna, que serviram de marco para uma uniformidade de classificação e posterior comparação entre vários países³.

Sabendo da existência de altos índices de subnotificação, mesmo em países desenvolvidos, a 43ª Assembléia Mundial de Saúde (1990) recomendou a inclusão de questões sobre gravidez e puerpério nas declarações de óbito³⁴.

Mesmo com a inclusão destas questões nas declarações de óbito, o preenchimento do campo específico continua sendo feito de maneira inadequada e a subnotificação de casos ainda é alta em grande parte do mundo³⁴.

2.2. Conceitos de Mortalidade Materna

Entende-se como morte materna aquela que está relacionada direta ou indiretamente com o processo reprodutivo, desde que iniciada a gestação. Inclui também, desta forma, as mortes resultantes de aborto ou prenhez ectópica, além das advindas de complicações do ciclo grávido-puerperal³⁵.

Conforme definição da OMS em 1975, e mantida até o presente, morte materna é “a morte da mulher durante a gestação ou no período de até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação, ou por medidas tomadas com relação à gestação, excetuando-se, porém as causas acidentais ou incidentais”²⁵. Mais recentemente, a própria Organização Mundial da Saúde passou a considerar um período mais longo, de até um ano após o término da gestação, para o conceito de morte materna ³⁴.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) tem questionado essa definição como não sendo a mais adequada e discutido a importância de se considerar as mortes maternas não-obstétricas, também chamadas de não-relacionadas. Pode-se citar, por exemplo, a morte de uma gestante conseqüente a acidente de trânsito ou após cirurgia de um tumor cerebral. Chega mesmo a recomendar que todas as mortes, independentemente da causa, que ocorram até 42 dias após o término do processo gestacional e todas as mortes nas quais tenha sido possível identificarem como desencadeante o processo gestacional, até um ano pós-parto, devam ser consideradas como óbito materno ³⁵.

2.3. Classificação de Mortalidade Materna

A morte materna pode ser classificada em dois grupos, o dos óbitos por causas obstétricas diretas e o por causas obstétricas indiretas²⁵.

As mortes obstétricas diretas são aquelas que resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações. As mortes obstétricas indiretas são as que resultam de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolvem durante a gravidez e que não foram devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez³⁶.

2.4. Causas de Morte Materna

As quatro principais causas de morte materna no Brasil, entre as obstétricas diretas, são: as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto. As causas obstétricas diretas são responsáveis por 66% das mortes maternas em nosso país³⁷.

Em vários países, mesmo desenvolvidos, as causas obstétricas diretas são as que têm maior peso sobre a ocorrência de mortes maternas, mas as causas indiretas, que são decorrentes de patologias graves que se associam à gestação, também exercem influência importante³⁵.

As causas obstétricas diretas são mais evitáveis que as indiretas, pois dependem da qualidade da assistência durante o ciclo grávido-puerperal. Estudo realizado na França mostrou que 66% dos óbitos ocorridos no período estudado eram evitáveis, sendo que 54,1% foram devidos à inadequação da assistência, 10,8% à negligência da paciente e 2,7% à má prática³⁸.

Segundo esse estudo, que analisou a evitabilidade e qualidade da assistência também na Holanda e Reino Unido, os problemas assistenciais ocorrem

principalmente nas causas hipertensivas e nas hemorrágicas: “a inexperiência do médico em cuidar da doença e a demora em admitir a gravidade do caso são fatores que levam à morte”³⁸.

Em 1998, foi realizada uma análise no Brasil sobre as mortes maternas devidas às síndromes hipertensivas e verificou-se que 22,4% eram devidos as síndromes hipertensivas de acordo com as declarações de óbito; estando as síndromes hemorrágicas presentes em 12,4%; as infecções puerperais, em 7%; e o aborto (excluídos os casos de gravidezes molares e ectópicas), em 4,7% dos casos. É importante relatar que a embolia puerperal obstétrica foi registrada em 2,6% dos casos e que todas as causas obstétricas indiretas, excluídas as hipertensões preexistentes, somaram 33%³⁹.

As síndromes hipertensivas são responsáveis por quase um quarto das mortes maternas no Brasil, o que indica problemas na qualidade da assistência ou falta de pré-natal. Além dos problemas ligados à qualidade da atenção à saúde, estudo realizado no Paraná sobre a mortalidade materna entre mulheres da raça negras, comparando-as com as de outras raças, mostrou que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres etnicamente negras e em mulheres da raça amarela⁴⁰.

As causas hemorrágicas estão ligadas diretamente à qualidade da assistência, na qual a oportunidade da atenção é fator decisivo. A falta de disponibilidade de sangue nos hospitais faz, por vezes, com que a assistência seja tardia e o agravo à saúde da mulher, irreversível⁴¹.

2.5. Mortalidade Materna e Fatores de Risco

Os principais fatores que contribuem para a morte materna podem ser divididos em orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais. Esses fatores estão intimamente relacionados entre si, constituindo elos de uma cadeia de eventos, cuja fragilidade é determinada pelo elo mais fraco, que pode, portanto, determinar o risco e a morte. Dentre esses fatores, podem ser mencionados: a idade materna,

assistência pré-natal e qualidade da assistência, via de parto e nível sócio-econômico⁴².

2.5.1. Idade Materna

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS mostra o crescimento da fecundidade entre mulheres brasileiras de 15-19 anos, em confronto à queda significativa no grupo de 20-24. Essa tendência acentua-se nas décadas de 80 e 90, sendo os diferenciais nas taxas de fecundidade em adolescentes encontrados por áreas geográficas e grupos sociais, afetando mais regiões rurais e mulheres com status socioeconômico precário, assim como o nível de instrução⁴³. Muitos problemas vêm sendo relacionados à gestação na adolescência, sendo o mais grave deles, a morte relacionada à gravidez, parto ou puerpério. Inúmeros países em desenvolvimento têm a mortalidade materna entre as três principais causas de morte em adolescentes⁴⁴.

A gravidez precoce e a freqüente inadequação dos serviços de saúde têm contribuído para o aumento das gestações de risco e da mortalidade materna no Brasil⁴³.

2.5.2. Assistência Pré-Natal

A maioria dos países latino-americanos, incluindo-se o Brasil, está desenvolvendo programas de saúde materna com ênfase à redução da mortalidade materna, seguindo o "Plano de Ação Regional Para a Redução da Mortalidade Materna" da OMS²⁴.

Entre as ações da atenção básica dirigidas à saúde materna da população, cita-se que o Controle do pré-natal e puerpério como fator de diminuição da morbimortalidade materna e infantil.

No Brasil, para um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, segundo o Ministério da Saúde, deverá por meio das

unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas na Portaria GM N.º 569, de 1.º de junho de 2000. Na análise da efetividade dessa assistência pré-natal, particularmente nos casos de óbitos maternos, a partir dos dados disponíveis nos sistemas de informações e nas investigações efetuadas, foram avaliados os seguintes indicadores:

2.5.3. Via de Parto

O tipo de parto é um dos fatores que contribuem para a morte materna. Hoje, sabe-se que o parto por cesariana expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte⁴⁵.

“A falsa associação de causa e efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para o aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e particularmente no Brasil”⁴⁵.

Infelizmente, não se dispõe de dados nacionais sobre mortalidade materna por via de parto, o que impossibilita a construção dessa taxa. A pesquisa feita por Tanaka e Mitsuiki (1999)⁴⁶ mostrou que, para os 15 municípios estudados, a razão de mortalidade materna por cesariana foi 3,7 vezes maior do que no parto normal, cujas razões foram de 46,20 e 12,57 por cem mil nascidos vivos respectivamente.

É importante relatar que a maior razão de mortes maternas por cesárea pode ser decorrente das condições de saúde das mulheres ou de as mesmas estarem mais predispostas a complicações por terem feito cesárea anteriormente e, portanto, apresentarem maior risco de quadros hemorrágicos. Alguns estudiosos afirmam que, em procedimentos realizados em condições equivalentes, a morte por cesárea é maior que em parto normal⁴⁷.

2.5.4. Nível Socioeconômico

Segundo Chaves, Fonseca e Amin, (ano) em muitos casos, o risco de a gestante vir a falecer é observado durante a gestação. São mulheres desinformadas, com nível socioeconômico baixo e já acometidas de algumas patologias associadas. Não lhes é oferecida assistência à saúde adequada ou informações de planejamento familiar. O que se percebe, então, é que não se detecta, nem se corrige o risco de morte⁴⁸.

Em relação às causas diretas da morte materna, pode-se dizer que, de maneira geral, estas podem ser prevenidas, com um bom acompanhamento de pré-natal, realização de consultas e exames adequados. Isto é fundamental, para maior conhecimento do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério⁴⁹.

A mortalidade materna é um indicador da saúde feminina, assim como de toda a população. Ao se analisar a mortalidade materna, é importante conhecer o status social e econômico da mulher e seu acesso à saúde⁵⁰.

Como indicador de saúde, coeficiente de mortalidade materna, possibilita avaliar a assistência que é dada a mulher durante o pré-natal, no período do parto e no pós-parto⁵¹.

A mortalidade materna também é um indicador de desenvolvimento humano e socioeconômico de um país. Demonstra determinação política em ações de saúde, como é o caso de países como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, com índices de mortalidade materna menores que 40 por 100.000 nascidos vivos¹⁴.

A melhoria da assistência à gravidez, parto e puerpério, observada principalmente nos países desenvolvidos, propiciou uma queda significativa da mortalidade materna provocada por causas obstétricas diretas e uma conseqüente ascensão proporcional das indiretas, determinada pelas doenças intercorrentes, de bem mais difícil controle. Nos Estados Unidos, por exemplo, as causas obstétricas indiretas predominam sobre as diretas como determinantes de óbito materno⁵².

2.6. Mortalidade Materna no Mundo

De acordo com a United Nations Population Fund (UNFPA) a estimativa para o número de mortes materna ligadas ao ciclo grávido-puerperal para 2005 seria de 536.000 em todo o mundo, sendo que de deste total 533.000 mulheres seriam pertencentes à países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos⁵⁵.

O valor máximo aceito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos⁵⁶. Países desenvolvidos apresentam taxas de mortalidade materna que se situam entre 3 e 12/100.000 NV⁵⁷, sendo que ao final da década 1970 países como Suécia, Dinamarca, Holanda e Estados Unidos da América (EUA), já apresentavam coeficientes menores que 10/100.000 NV⁵⁸. Em 2005 o Ministério da Saúde estimou a taxa de mortalidade materna no Brasil em 74,68 100.000 NV⁵⁹.

2.7. Mortalidade Materna no Brasil

As mortes maternas correspondem a cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil⁴¹.

No Brasil não existem pesquisas para dimensionar a magnitude da mortalidade materna em cada estado, mas somente alguns estudos locais e estaduais, os quais têm sido utilizados para estimar as razões de morte materna no país e por região, aplicando-se fatores de correção para diminuir o impacto da subinformação desses óbitos maternos²⁴.

O fator de correção da subinformação da morte materna para o Brasil como um todo é de duas vezes, isto é, estima-se que, para cada morte declarada como materna, existe uma que não foi declarada como tal⁴⁶.

Desta forma, se os dados atuais indicam que no Brasil, em 1998, a razão de mortalidade materna foi de 63,4 por cem mil nascidos vivos, ela na realidade deve estar, no ano referido, muito próxima de 127 por cem mil nascidos vivos. Este valor nos aproxima dos países mais pobres da América Latina⁴¹.

Por ser um sensível indicador de desigualdades sociais, a morte materna reflete o grau de desenvolvimento econômico e social de cada localidade. Assim, como era de se esperar, as regiões menos desenvolvidas do país apresentam um maior coeficiente de mortalidade feminina por causa materna. A morte de mulheres de 10 a 59 anos por causa materna ocupa a oitava posição entre todas as causas de óbito de mulheres nessa faixa etária nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, a nona na região Sul e a décima na Sudeste, para o ano de 1997⁴¹.

2.8. Vigilância do Óbito Materno

No Brasil, há um bom Sistema de Informações sobre Mortalidade, gerido pelo Ministério da Saúde (SIM/MS), implantado desde meados da década de 70, e cujo número total de eventos captados está próximo a um milhão de óbitos/ano. Por meio de métodos demográficos, estima-se que a cobertura do SIM/MS seja de cerca de 85%. Essa subinformação concentra-se, quase que exclusivamente, nas Regiões Norte e Nordeste do país. Nos Estados do Sul e Sudeste, onde vive a maior parte da população brasileira (57,4%), a abrangência é muito boa, aproximando-se de 100%, particularmente nas suas capitais⁶⁰.

Em 2002, o Ministério da Saúde tornou compulsória a investigação do óbito de mulheres em idade fértil, visando à redução da mortalidade materna em nosso país. Desde então, os setores locais de Vigilância Epidemiológica e os Comitês de Estudo de Mortalidade Materna, devem identificar os óbitos maternos e desvendar os eventos que contribuem para sua ocorrência, reduzindo desta forma a subnotificação e contribuindo para dar maior visibilidade à morte materna como causa de morte evitável¹⁸.

2.9. Políticas Públicas de Combate à Mortalidade Materna

Em 1987, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura realizada em Nairobi, no Quênia, colocou pela primeira vez em nível internacional a discussão

sobre o problema da morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Para o Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), o segundo momento importante em que se discutiu essa questão foi em 1990, por ocasião da Conferência da Infância. Nessa reunião, os países presentes – inclusive o Brasil – foram signatários da Declaração e Plano de Ação para a redução em 50% de suas taxas de mortalidade materna. Essa meta foi reenfaticada em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, e em 1995, na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, China¹⁷.

Em maio de 1998, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, pela primeira vez, uma portaria (MS/GM 2.816) de âmbito nacional que determinava controle rigoroso sobre o pagamento de, no máximo, 40% de cesarianas sobre o total de partos para o ano de 1998, 37% no segundo trimestre de 1999, 35% no segundo semestre de 1999 e 30% no primeiro semestre de 2000. Essa portaria visava diminuir, entre outros problemas, as complicações e mortes decorrentes desse procedimento¹⁴.

Infelizmente, a realidade não se alterou desde 1985 e a meta de redução da mortalidade materna em 50% até 2000 não foi alcançada. Assim, todos os planos de ação preconizados ou mesmo assinados - Conferência da Infância, Conferência do Cairo e Conferência de Pequim - não foram cumpridos, sendo que os direitos das mulheres à vida, ao planejamento familiar e a uma melhor qualidade de assistência ainda não foram alcançados em nosso país, apesar de continuarem como metas governamentais.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

✓ Analisar todos os casos de óbitos maternos ocorridos no ano de 2008 no Hospital Universitário **Presidente Dutra**, no período de Janeiro a Dezembro de 2008.

3.2 Específicos

- ✓ Verificar a procedência
- ✓ Verificar o estado civil
- ✓ Verificar a idade
- ✓ Verificar a cor
- ✓ Verificar escolaridade
- ✓ Verificar a ocupação profissional
- ✓ Verificar as causas dos óbitos maternos
 - ✓ Razão de Mortalidade Materna

4. PACIENTES E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Estudo de caso, analítico e observacional

Metodologia: explicar

4.2. Período do Estudo

Janeiro a Dezembro de 2008.

4.3. Local de Realização do Estudo

Hospital Universitário Presidente Dutra - Unidade Materno Infantil, em São Luís - Maranhão.

4.4. Critérios de Inclusão

A amostra consistiu de todas as mulheres que faleceram no período da gestação, parto e até 42 dias pós - parto.

4.5. Coleta de dados

Análise de prontuários das pacientes gestantes ou no **puerperio** que vieram a óbito no período de janeiro a dezembro de 2008 através do preenchimento de ficha protocolo na qual serão identificadas as seguintes variáveis: causa do óbito, procedência, estado civil, idade, cor, escolaridade, ocupação profissional.

4.6. Aspectos Éticos

O trabalho foi submetido à apreciação na Comissão de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Unidade Materno Infantil e cumpriu os requisitos exigidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 para pesquisa envolvendo seres humanos.

4.7. Análise Estatística

Os dados coletados foram incluídos num banco de dados e processados utilizando-se programa estatístico. A análise estatística foi realizada utilizando-se testes, quando indicado, sendo considerado, na análise comparativa, limite de significância $p \leq 0,05$.

5 RESULTADOS

O número de óbitos maternos encontrados foi de 7 mulheres durante todo o período estudado. Dentre elas 3 por causas não obstétricas 28,5% e 4 por causas obstétricas 57,2%. Dentre as causas de óbito materno a síndrome HELLP mostrou-se mais prevalente com 28,5%. Todas as demais causas foram encontradas em mesma proporção 14,3%. A descrição das mesmas se encontra na Tabela 1.

Tabela 1. Causas de óbito materno HUUFMA no ano de 2008.

Causa Morte	n	%
Obstétrica Direta		
Eclâmpsia	1	14,3
Síndrome Hemorrágica	1	14,3
Síndrome HELLP	2	28,5
Obstétrica Indireta		
SIDA	1	14,3
Não Obstétrica		
Hipertensão Intracraniana	1	14,3
Meningite Bacteriana	1	14,3
Total	7	100

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e Unidade Materno Infantil, e UTI do HPD do HU2008.

Verifica-se na Tabela 2 que 85,7% dos óbitos maternos identificados nesse estudo eram procedentes de cidades do interior do Maranhão, sendo apenas 1 caso residente na capital, representando um percentual de 14,3% dos óbitos.

Tabela 2. Procedência das mulheres que vieram a óbito materno no HUUFMA no ano de 2008

Procedência	n	%
Vargem Grande	2	28,5
Chapadinha	1	14,3
Santa Luzia	1	14,3
Zé Doca	1	14,3
Maracaçumé	1	14,3
São Luis	1	14,3
Total	7	100

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA Unidade Materno Infantil, 2008.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos óbitos maternos segundo a faixa etária, sendo que todos os óbitos ocorreram em mulheres entre 20 e 34 anos que corresponde a faixa etária de maior fecundidade.

Tabela 3. Distribuição de óbitos maternos por faixa etária no HUUFMA no ano de 2008.

Faixa Etária	n	%
10 a 15 anos	0	0
16 a 20 anos	0	0
21 a 25 anos	2	28,6
26 a 30 anos	1	14,3
31 a 35 anos	4	57,1
36 a 40 anos	0	0
41 a 45 anos	0	0
46 a 49 anos	0	0
Total	7	100

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA Unidade Materno Infantil, 2008.

O número de óbitos em mulheres solteiras encontrado no estudo foi o dobro do número de óbitos encontrado em mulheres casadas, representando 57,1% dos óbitos.

Tabela 4. Óbitos maternos por estado civil ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.

Estado Civil	n	%
Solteira	4	57,1
Casada	2	28,6
Desconhecido	1	14,3
Total	7	100

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA Unidade Materno Infantil, 2008.

Houve um predomínio de óbitos maternos em mulheres pardas 71,4%, sendo que os óbitos em mulheres negras e brancas apresentaram a mesma proporção 14,3%, esses dados estão representados na Tabela 5.

Tabela 5. Óbitos maternos por cor ocorridos no HUUFMA no ano de 2008

Cor	n	%
Branca	1	14,3
Negra	1	14,3
Parda	5	71,4
Total	7	100

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA Unidade Materno Infantil, 2008.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos óbitos maternos segundo a escolaridade. Notamos que 57,1 dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com escolaridade de 8 e 11 anos.

Tabela 6. Óbitos maternos por escolaridade ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.

Escolaridade	n	%
1 a 3 anos de estudo	1	14,3
4 a 7 anos de estudo	2	28,6
8 a 11 anos de estudo	4	57,1
12 anos ou mais de estudo	0	0
Total	7	100

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA Unidade Materno Infantil

A profissão de lavradora apresentou o maior percentual de óbitos maternos 42,8%, seguido pela ocupação profissional de doméstica 28,6%.

Tabela 7. Óbitos maternos por ocupação profissional ocorridos no HUUFMA no ano de 2008.

Ocupação Profissional	n	%
Doméstica	2	28,6
Recepcionista	1	14,3
Técnica em enfermagem	1	14,3
Lavradora	3	42,8

Fonte: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUUFMA Unidade Materno Infantil, 2008

6 DISCUSSÃO

A morte materna sem dúvidas é um tema bastante difícil de ser abordado, pois significa trabalhar além dos dados, trabalhar com o sentimento de perda e desestruturação familiar.

Ao se fazer um tipo de estudo como esse fica claro a desigualdade social imposta ao ser humano e principalmente a mulher em nosso país. Podem-se perceber as dificuldades enfrentadas por milhares de brasileiros e principalmente de maranhenses em busca de atendimento médico. Nota-se a peregrinação dessas maranhenses do interior do Estado para sua capital em busca de melhores condições saúde, hospitais mais estruturados e em alguns casos profissionais mais bem preparados para lidar com situações que podem levar ao óbito materno.

A dificuldade envolvida em reconhecer quando a morte de uma mulher em idade fértil ocorreu devido a uma causa materna é grande. O correto preenchimento das declarações de óbito pode ser influenciado por vários fatores: assistência médica no momento do óbito, tipo de serviço (emergência, UTI, obstetrícia, clínica médica), profissional que prestou a assistência e quem preencheu a declaração de óbito. O diagnóstico da causa básica de morte materna torna-se mais difícil quando o óbito ocorre no início da gravidez ou no puerpério, ou se a causa da morte foi indireta, especialmente se não houvesse conhecimento prévio da gravidez.

O sub-registro de óbito e a subdeclaração das causas maternas são problemas conhecidos que subestimam a mortalidade materna, inclusive em países desenvolvidos, onde, em geral, metade das mortes maternas tende a ser atribuída a outras causas¹⁸. Os Comitês de Mortes Maternas investigam casos de mortes maternas declaradas ou suspeitas, e em muitos, óbitos de mulheres na idade fértil (10 a 49 anos de idade). As mortes maternas investigadas e analisadas nesse estudo correspondem a todas as mortes maternas declaradas e às mortes por causas presumíveis de morte materna, que após a investigação comprovaram-se ser efetivamente óbitos maternos.

6.1 Casuísticas do Brasil e a encontrada por este estudo.

O Brasil por ser um país de dimensões continentais é detentor de uma diversidade socioeconômica impar, apresentando realidades que variam de acordo com o grau de desenvolvimento e infra-estrutura de cada região. LAURENT et al²⁴ reafirma a necessidade da utilização da RMM como controlador da eficácia dos programas voltados para a área da saúde.

No nosso estudo, considerando o período estudado, obtivemos uma RMM de 177,3/100.000 NV. A OMS/UNICEF considera aceitável uma razão de morte materna entre 10 e 20 por 100.000 nascidos vivos¹⁷.

Na elaboração de um projeto estratégico visando à redução da mortalidade materna devemos analisar pelo menos três condições: o perfil das principais causas determinantes, o seu comportamento segundo as diferentes faixas etárias e sua distribuição geográfica para propormos medidas resolutivas.

6.1.1 Comparação entre as idades

O estudo do comportamento da mortalidade materna frente às varias faixas etárias é um evento multicausal, podendo apontar mecanismos e estratégias importantes para a redução desta ocorrência³⁴. Os países desenvolvidos, sabedores dos diferentes perfis das doenças frente às diferentes faixas etárias, obtiveram drásticas reduções da mortalidade materna instituindo medidas apropriadas às faixas mais acometidas, tal como planejamento familiar ostensivo nos extremos das idades reprodutivas. Enquanto a primiparidade na adolescência favorece o aparecimento da pré-eclampsia³⁴, a associação entre idade acima dos 35 anos e multiparidade é freqüente nos quadros hemorrágicos¹¹.

Segundo estimativas da OMS (1995), um terço das mulheres latino-americanas menores de 20 anos de idade engravida e o risco de morte para adolescentes, por problemas relacionados à gestação, é duas vezes maior do que

nas mulheres de 20-24 anos³⁵. Os resultados encontrados no presente estudo não corroboraram com os resultados mencionados pela OMS. Tendo, no nosso estudo, a faixa etária entre 31 e 35 anos a maior representatividade 57,1%.

6.1.2 Codificações e classificações

O conhecimento das doenças ou patologias que ocasionam a morte materna é de fundamental importância na elaboração de propostas eficazes para a redução deste evento. Sendo, portanto imprescindível que o caso de mortalidade materna seja bem codificado, facilitando a sua classificação.

Alguns casos são de difícil classificação em virtude das divergências entre opiniões e relatos pouco precisos. Como por exemplo, a divergência na classificação de um caso de morte materna em decorrência de um estado mórbido como AIDS/SIDA, neoplasias diversas e outros agravos à saúde, que suscitam dúvidas em sua classificação pelo mundo todo³⁴.

Portanto somente o contínuo debate poderá trazer luz as nossas dúvidas.

6.1.2.1 Morte Materna Obstétrica Direta

No estudo realizado por Laurenti et al (2004) observou-se um predomínio dos óbitos maternos diretos em relação aos indiretos. O que também foi confirmado nesse estudo²⁴.

A principal causa básica de morte materna obstétrica encontrada nesse estudo foi a Síndrome HELLP 28,6%. Esses resultados corroboram com a maior parte dos estudos brasileiros ou em outros países em desenvolvimento^{61,62,63,64}.

As hemorragias constituíram 14,3% dentre as mortes obstétricas diretas. É reconhecido que estas geralmente constituem a primeira causa em populações

menos favorecidas e com maior fecundidade, estando basicamente relacionadas ao atendimento institucional ao parto.

A MMOD deve ser sem dúvida o primeiro foco a ser combatido na tentativa de promover uma queda no indicador de morte materna, pois se trata de um evento que pode ser modificado na maioria das vezes através da intervenção do obstetra.

6.1.2.2 Morte Materna Obstétrica Indireta

Um ponto importante em relação à morte materna por causa indireta é a subnotificação, pois as complicações decorrentes de causas obstétricas diretas são geralmente atendidas pelo obstetra que ao emitir uma D.O. tem sempre em mente o estado gestacional, enquanto nas complicações decorrentes de causas obstétricas indiretas as pacientes são geralmente atendidas por um clínico geral, intensivista ou cirurgião, o que aumenta a chance de subnotificação.

Como já comentado anteriormente existe uma grande dificuldade em classificar uma morte materna em decorrência de AIDS/SIDA devido às opiniões divergentes. No presente estudo tivemos um único caso relacionado à AIDS/SIDA. Que foi classificado como morte materna indireta.

6.1.3 Variáveis qualitativas

6.1.3.1 Escolaridade

Resultados apontados pela CPI da Mortalidade Materna⁶⁶ demonstraram maior percentagem de analfabetismo, entre as vítimas de mortalidade materna, do que dentre a população em geral. Nesse estudo foi verificado uma maior ocorrência de óbitos maternos em mulheres que estudaram entre 8 e 11 anos⁶⁵.

6.1.3.2 Estado civil

Em relação ao estado civil das mulheres pesquisadas, 57,1% eram solteiras; 28,6%, casadas; 14,3%, de estado civil ignorado. De acordo com a CPI da Mortalidade Materna ⁶⁶, as mulheres solteiras apresentam maior probabilidade para o óbito, considerando o abandono como fator contribuinte para este fim⁶⁵.

6.1.3.3 Cor

Dos óbitos em relação a cor, 71,4% eram de mulheres pardas, seguidos pelo percentual relativo à cor negra e branca com iguais percentuais, com 14,3%. Apesar de os óbitos predominarem em mulheres de cor parda, é impreciso traçar a cor que apresenta maior risco, em decorrência da intensa miscigenação racial ⁶⁶.

6.1.4 Procedência

Foi observada uma importante predominância de pacientes oriundas do interior do estado, contribuindo com 85,7% dos casos de óbito materno no HUMI no ano de 2008.

Quanto à relevância é um estudo que deve ser realizado periodicamente para a obtenção de dados que possam ser utilizados para entender melhor as principais características da mortalidade materna visando à elaboração de planos estratégicos para diminuir esse indicador de saúde da mulher.

Dentre as limitações da pesquisa temos a subnotificação da morte materna e o mal preenchimento das D.O., além da falta de informações a respeito de vários dados nos prontuários pesquisados, como por exemplo: informações a respeito dos antecedentes obstétricos das pacientes que vieram a óbito maternos, informações a respeito da gestação atual que levou a paciente ao óbito entre outros dados que teriam relevância na elaboração de trabalho ainda mais representativo

8 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu-nos concluir que:

- a) Ocorreram sete óbitos maternos no Hospital Universitário Presidente Dutra - Unidade Materno Infantil, no período de janeiro a dezembro de 2008, sendo cinco óbitos maternos em decorrência de causas obstétricas e dois óbitos em decorrência de causas não obstétricas.
- b) Entre os óbitos maternos por causas obstétricas, quatro foram em decorrência de causa obstétrica direta e uma em decorrência de causa obstétrica indireta.
- c) Em relação a procedência podemos perceber que seis pacientes **que vieram a óbito materno eram procedentes do interior do Estado, sendo apenas uma da capital.**
- d) O estado civil predominante entre os óbitos maternos foi o de solteira com quatro casos, entre as casadas ocorreram dois óbitos e um dos óbitos não se pode definir o estado civil.
- e) Quanto a faixa etária entre as mulheres entre 21 a 25 anos de idade ocorreram dois óbitos maternos, já na faixa etária de 26 a 30 anos ocorreu apenas um óbito, sendo os outros quatro casos encontrados na faixa etária de 31 a 35 anos de idade., **e quanto a cor predominou as mulheres pardas.**
- f) O maior numero de óbitos maternos em relação a escolaridade ocorreu entre 8 e 11 anos de estudo com quatro casos. Na faixa entre 1 e 3 anos de estudo ocorreu um óbito e na faixa entre 4 e 7 anos de estudo ocorreram dois óbitos.
- g) A ocupação profissional predominante entre os óbitos maternos foi a de lavradora com três óbitos maternos.

9 REFERÊNCIAS

1. **A Bíblia Sagrada – Tradução na linguagem de hoje.** 4.ed.Sociedade Bíblica do Brasil, 1998.
2. **Martins MG,1998.**
3. World Health Organization. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão.* CBCD, São Paulo; 1995.
4. LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P. de and GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, v. 16, n. 1
5. SZMOISZ,S.;VUEGEN,S.E;PLAZA,A.S.;BARRACCHINIR,R.;CHECA,S.;DERLINDATIA.;ESPI NOLA,D.A.;RUGOLO,E.C.ARGENTINA:risk factors and maternal mortality in LaMatanza,Province of BuenosAires,1990.**World Health Statistics Quarterly. Rapport Trimestriel de Statistics Sanitaires Mondiales**,v.20,n.1,p.4-7,1995.
6. BOYACIYAN,K.;MARCUS,P.A.F.;VEGA,C.E.P.;BARBOSA,S.A.;PAZERO,L.C.Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1993 a 1995.**Rev Bras Ginecol Obstet**,v.20,n.1,p.13-18,1998.
7. ÂNGULO-VAZQUEZ,J.;ORNELAS ALCANTAR,J.;RODRIGUEZARIAS,E.A.;INIGO RIESGO,C.A.;TORRES GOMEZ,L.G.Maternal mortality at the Gynecologic-Obstetric Hospital of the Western National Medical Center,Mexico.A 12-year review.**Ginecol Obstet Mex**,v.67,p.419-424,1999.
8. THEM E FILHA,M.M.;DA SILVA,R.;NORONHA,C.P.Maternalmortality in the city of Rio de Janeiro,1993-1996.**Cad Saude Publica**,v.15,n.2,p.397-403,1999.
9. DA PONTE,A.;GUIDOZZI,F.;MARINEANU,A.Maternamortality in a tertiary Center after introduction of free antenatal care.**International Journal of Gynaecology and Obstetrics**,v.71,n.2,p.127-133,2000.
10. PICAUD,A.;NLOMENZE,R.A.;FAYE,A.;OGOWET_IGUMU,N.Maternalmortality at the Hospital Center of Librville (1984-1987).**Journal Ginecolo Obstet Biol Reprod**,v.18,n.4,p.445-450,1989.
11. HOGBERG,U.;INNALA,E.;SANDSTROM,A.Maternalmortality in Sweden,1980-1988.**Obstetrics and Gynecology**,v.84,n.2,p.240-244,1994.
12. HONDA,H.;ISHII,A.The changes of maternal deaths in Japan.**Journal of perinatal Medicine**,v.23,n.4,p.273-277,1995.
13. SALANAVE,B.;BOUVIER_COLLE,M.H.;VARNOUX,N.;ALEXANDER,S.;MACFARLANE,A.Clas sification differences and maternal mortality: a European study. OMS Group.Mothers'Mortality and Sever morbidity. **International Journal of Epidemiology**,v.28,n.1,p.64-69,1999.
14. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*, 2ª Edição. Brasília; 2002.
15. WHO.Reduction of maternalmortality:a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statem ent.Disponível em: www.who.int. Acesso em 10/04/2009
16. WHO.Revised 1990 estimates of maternal mortality:a new approach by WHO and UNICEF. Disponível em: www.who.int. Acesso em 10/04/2009
17. WHO/UNICEF/UNFPA.Maternal mortality in 1995:WHO/UNICEF/UNFPA estimates. Disponível em www.who.int. Acesso em 10/04/2009
18. ÁREA TECNICA DE SAUDE DA MULHER. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde, 2002.
19. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, Unicef and UNFPA. Geneva: WHO; 2003) (Royston E, AbouZahr C. Measuring maternal mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:540-2.
20. Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Mello Jorge MH. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. I - Metodologia e resultados gerais. *Revista de Saúde Pública* 1990; 24(2) : 128-133.

21. Laurenti R. Maternal mortality in Latin America Urban Areas: The case of São Paulo, Brazil. *Bulletin of the PAHO* 1993; 27(3) : 205-214.
22. Walker GL, Mc Caw AM, Ashley DEC, Bernard GW. Maternal mortality in Jamaica. *The Lancet* 1986; I(8479) : 486-488.
23. WHO/UNICEF Revised Estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FHR/ MSM/96.11, UNICEF/PZN/96.1, 1996.
24. Laurenti R. Medindo a mortalidade materna. São Paulo-SP: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/Universidade de São Paulo; 2001.
25. Pazero LC, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyan K, Barbosa SA. Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998, 20:395-403.
26. WHO, UNICEF and UNFPA. *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*; 2002.
27. United Nations - Department of Public Information. *We the peoples. The role of the United Nations in the 21st Century*. New York; 2000 (disponível em www.un.org/millennium).
28. World Health Organization. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/Unicef World Bank Statement. Geneva; 1999.
29. Albania: abortion and contraception now legal. **Repro Health Matters**, n.1,p.106,1993.
30. Souza ML: Coeficiente de mortalidade materna segundo o tipo de óbito, grupo etário, paridade, local de residência e tipo de parto. *Obituário hospitalar, 1975 a 1979*. Florianópolis, SC(Brasil). **Rev Saúde Públ, 1983; 17: 279-289**.
31. LOUDON, I. Puerperal fever, the streptococcus, and the sulphonamides, 1911-1945. *Br Med J (Clin Res Ed)*, v.295, n.6596, p.485-90, 1987.
32. Rotter ML. Hand washing and hand disinfection. In: Mayhall CG, ed. *Hospital Epidemiology and Infection Control*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:1339-1355.
33. Musher DM. *Streptococcus pneumoniae*. In: Mandel GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practices of Infectious Diseases*, 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995; 1811-26.
34. VEGA, Carlos Eduardo Pereira and KAHHALE, Soubhi. **Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1995 A 1999, com ênfase em hipertensão arterial**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2004, vol.26, n.8, pp. 672-672. ISSN 0100-7203.
35. Organização Mundial da Saúde: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10^a Revisão, Volume 1 Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo, 1995.
36. Henry AO, Shhedy MT, Beischer NA: When is a maternal death a maternal death ? A review of maternal death at the Mercy Maternity Hospital, Melbourne. **Med J Austr 1989; 151: 628-631**.
37. Souza ML: Coeficiente de mortalidade materna segundo o tipo de óbito, grupo etário, paridade, local de residência e tipo de parto. *Obituário hospitalar, 1975 a 1979*. Florianópolis, SC(Brasil). **Rev Saúde Públ, 1983; 17: 279-289**.
38. Cecatti J.G., Albuquerque R.M., Hardy E., Faúndes A; **Mortalidade Materna em Recife. Causas de óbitos maternos**, *Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 1998; 20(1): 7-11.
39. BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. Ministério da Saúde. **CD-Sistema de informação sobre mortalidade 1979-1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. acesso em :12/04/2009.

40. BOUVIER-COLLE, M. H. et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v.20, n.3, p.717-721, 1991.
41. BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. Ministério da Saúde. **CD-Sistema de informação sobre mortalidade 1979-1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. acesso em : 08/03/2009.
42. **Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996**. Maternal mortality in the city of Rio de Janeiro, 1993-1996. **Cad. Saúde Pública vol.15 n.2 Rio de Janeiro Apr./June 1999** doi: 10.1590/S0102-311X1999000200024
43. CAMARANO, AC. Fecundidade e anticoncepção da população jovem, In: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**, Brasília, DF, p.109-133, 1998. 34 BLUM, R, W, Global trends in Adolescent Health. **Journal of American Medical Association**, EUA, n.265, p 2711, 1991.
44. COSTA, MCO, FORMIGLI, VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescente, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 35, p. 177-184, 2001.
45. CECATTI, G.; PIRES, H. M. B.; GOLDENBERG, P. Cesárea no Brasil: um direito de opção. In GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Population Council, cap. 9, 1999. p.237-259.
46. TANAKA, A. C. d'A.; MITSUIKI, L. **Maternidade, dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.
47. NOTZON, F. C. International differences in the use of obstetric interventions. **Jama**, Chicago, v.263, n.24, p.3286-91, 1990.
48. Chaves Netto H, Fonseca ALA, Amim Junior J. Prevenção da morte materna na gestação de alto risco. In: Cecatti A. **Mortalidade materna uma tragédia evitável**. Campinas (SP): UNICAMP; 1991. p. 99-118.
49. Fonseca LAM, Laurenti R. Evolução da mortalidade materna. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo (SP): NUPENS/USP; 1995. p. 186-192.
50. **Rev. bras. enferm. vol.59 no.3 Brasília May/June 2006** doi: 10.1590/S0034-71672006000300010
51. SILVA, Kátia S. da. **Mortalidade materna: avaliação da situação no Rio de Janeiro, no período de 1977 a 1987**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1992, vol.8, n.4, pp. 442-453. ISSN 0102-311X
52. Kaunitz AM, Hughes JM, Grimes DA, Smith JC, Rochat RW, Kafrisen ME: Causes of maternal mortality in the United States. **Obstet Gynecol**1985; **65: 605-612**.
53. Royston E, Armstrong S: Preventing maternal deaths. World Health Organization, Geneva, 1989.
54. MARTINS, A. L. **Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná.
55. United Nations Population Fund. Maternal mortality update 2004: delivering into good hands. <http://www.unfpa.org> (acessado em 24/Mar/20)
56. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993-1996. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;15(2):397-403.
57. Laurenti R. Perfil da mortalidade materna. In: Minayo MCS, organizador. **Os Muitos brasis – saúde e população na década de 80**. São Paulo-SP: Hucitec; 1995; p. 304-319.

58. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. 2a ed. rev. e atual. São Paulo-SP: Editora Pedagógica e Universitária; 1987.
59. Departamento de Informática do SUS. Indicadores e dados básicos Brasil 2004. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 23/MARÇO/2009).
60. RIPSa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores e Dados Básicos*. Brasil; 2002. (disponível em <http://www.datasus.gov.br/>)
61. Braga LFCO, Nazareno ER, Fanini ML, Carvalho MTW., Soares VMN, Hirata, VM: Relatório do Comitê de Morte Materna do Paraná - 1990. **Femina 1992; 20: 186-195.**
62. Cecatti JG. Análise da mortalidade materna no município de Campinas, no período de 1985 a 1991. Tese de Doutorado, Campinas, 1992: Universidade Estadual de Campinas.
63. Ministério da Saúde: Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação Materno-Infantil. Brasília, 1994.
64. Organización Mundial De La Salud: Guia para El estudio de la mortalidad materna en los países en desarrollo. Tasas y causas. Ginebra, 1987.
65. **Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal** Rev. bras. enferm. vol.59 no.3 Brasília May/June 2006
66. Brasil. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI Da Mortalidade Materna. Brasília; 2000.

APÊNDICE**FICHA PROTOCOLO**

Prontuário: _____

Nome: _____

Idade: _____ Raça: branca () negra () parda ()

Causa do óbito: _____

Procedência: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação profissional: _____

Observações:
