

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

**Mortalidade materna no município de Cuiabá no
período de 1996 a 2005**

Eluaní Silvano Vilarinho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lenir Vaz Guimarães

**Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisabeth Carmen
Duarte**

CUIABÁ

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Mortalidade materna no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005

Eluaní Silvano Vilarinho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lenir Vaz Guimarães

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisabeth Carmen Duarte

CUIABÁ – MT

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

V697m Vilarinho, Eluaní Silvano

Mortalidade materna no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005 / Eluaní Silvano Vilarinho. – 2009.

118p. : il. ; color ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Epidemiologia, 2009.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Lenir Vaz Guimarães”.

“Co-orientação: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Carmen Duarte”.

CDU – 618.2-036.88(817.2)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente
Söhn – CRB-1/931

Índice para Catálogo Sistemático

1. Mortalidade materna
2. Mortalidade materna – Estudo descritivo
3. Mulheres – Período gravídico-puerperal
4. Mulheres – Idade fértil
5. Mortalidade materna – Saúde Pública
6. Saúde Pública – Cuiabá (MT)

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedicatória:

À minha filha Carolina, motivo da minha luta, das minhas alegrias e inspiração, pelo apoio e ajuda nos momentos mais difíceis desse trajeto.

Ao meu querido irmão Washington (in memoriam) pelo exemplo de garra na busca do conhecimento científico e que de onde estiver, estará feliz pela minha vitória.

Aos meus pais que na sabedoria de suas vivências conseguiram compreender e valorizar o meu esforço. Meus eternos agradecimentos.

Agradecimentos

À professora Dra. Lenir Vaz Guimarães, pela orientação, pelo extenso conhecimento científico e capacidade de transmitir conhecimentos que durante todo esse processo de construção contribuiu, tanto para o meu crescimento pessoal como profissional;

À professora Dra. Elisabeth Carmen Duarte, pela orientação sábia que contribuiu de forma imprescindível para esta pesquisa;

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, meus sinceros agradecimentos pelos conhecimentos adquiridos durante esse processo de ensino;

A todos os meus colegas do mestrado pelo companheirismo e colaboração;

Aos funcionários do Instituto de Saúde coletiva, em especial à Jurema, Hailton e Fernanda pela atenção e ajuda;

Aos meus colegas da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, principalmente a minha amiga Marta Metelo, pelo apoio e compreensão durante a caminhada;

Aos meus colegas, professores da Universidade de Cuiabá (UNIC) pelo apoio, incentivo e ajuda nos momentos de dificuldades.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá pelo acesso às informações imprescindíveis à construção da pesquisa;

Aos funcionários da Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, em especial à Lucíula, Nelma, Marli, Vera e Marlene, pela colaboração e confiança durante o período de coleta de dados;

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato grosso, pelo fornecimento do banco de dados do SIM e SINASC, instrumento crucial para esta pesquisa;

À Mara, da Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pelo fornecimento dos dados, pela cordialidade e ajuda;

Ao amigo Alexandre Mingarelli que com os seus conhecimentos de informática me prestou importante contribuição na pesquisa;

Aos membros do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Município de Cuiabá, do qual faço parte, pela colaboração e incentivo;

A todos os meus amigos que sempre torceram pelo meu sucesso.

*“Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo.
Aquilo que colocamos nela corre por nossa conta”.*

Chico Xavier

Vilarinho ES. Mortalidade materna no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.

Resumo

Introdução - A mortalidade materna encontra-se entre os indicadores fundamentais para a determinação das condições sócio-econômicas e culturais de uma população, refletindo também a qualidade da atenção à saúde dispensada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. **Objetivo** – Conhecer a distribuição da mortalidade materna, a assistência prestada no período gravídico-puerperal e suas principais causas, no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005. **Métodos** - Trata-se de um estudo descritivo, com base em dados secundários de mulheres em idade fértil que morreram durante a gestação, parto ou puerpério. As variáveis do estudo consistem em características relativas a condições de vida, morbidade e assistência durante a gestação, parto, puerpério e condições do óbito. As informações foram obtidas nos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) e nas Fichas de Investigação de Óbitos. Os dados obtidos foram digitados em um banco elaborado no programa EPI-INFO e analisado no programa Excel versão 2003. Calculou-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM) total e específica e frequências segundo variáveis explicativas analisadas. **Resultado** – Foram analisados 61 óbitos maternos ocorridos em mulheres residentes no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005. A RMM foi de 62,73/100.000NV. A distribuição das mulheres segundo variáveis sócio-demográficas indicou maior risco de morte em mulheres de 35 anos e mais, de cor parda, solteiras com escolaridade menor de quatro anos de estudo, que exerciam ocupação do lar e residiam na região sul do município. O risco de morrer durante a gestação e puerpério foi de 10,28 e 37/100.000NV, respectivamente. A RMM por causas obstétricas diretas foi de 51,42/100.000NV, sendo as causas mais frequentes, doenças hipertensivas (15,42/100.000NV), seguida por abortos (10,28/100.000NV), complicações do trabalho de parto e parto (9,25/100.000NV) e complicações no puerpério (7,19/100.000NV). **Conclusão** – os resultados mostram que a RMM no município de

Cuiabá é alta e apontam para causas ligadas à assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, evitáveis por medidas eficazes de prevenção e assistência estruturada, integralizada e humanizada.

Descritores: Saúde Pública, Mortalidade Materna, Epidemiologia, Estudo Descritivo

Vilarinho ES. Maternal mortality in the municipality of Cuiabá in the period between 1996 and 2005. [Dissertation in Collective Health of the Master's course]. Cuiabá: Federal University of Cuiabá; 2008.

Abstract

Introduction - Maternal mortality is among the fundamental indicators to determine the socioeconomic and cultural conditions of a population, also reflecting the quality of the health attention provided to women during the childbearing period. **Objective** – To know the assistance provided in the childbearing period, the maternal mortality distribution and its main causes in the municipality of Cuiabá in the period between 1996 and 2005. **Methods** – It is a descriptive study, based on secondary data of women in fertile age who died during pregnancy, childbirth, and in the postnatal period. The variables of the study are characteristics relate to life conditions, morbidity and assistance during pregnancy, childbirth, postnatal period, and the conditions of the death. The pieces of information were obtained in the Mortality Information System (SIM) and Born Alive Information Systems (SINASC), in the Records of Investigation of Deaths. The obtained data were typed into a database elaborated in the EPI-INFO software and analyzed in Excel, version 2003. The total and specific RMM (Reason of Maternal Mortality) and their frequencies were calculated according to analyzed explanatory variables. **Result** – 61 maternal deaths occurred in women residing in the city of Cuiabá in the period between 1996 and 2005 were analyzed. RMM was 62.73/100,000 BA (Born Alive). The distribution of women according to socio-demographic variables indicated higher death risk in brown-colored, unmarried 35 year-old and older women, with less than 4 years of education, who worked and lived in the South Region of the municipality. The risk of dying during pregnancy and the postnatal period was 10.28 and 37/100,000 BA, respectively. The direct obstetric causes presented an RMM of 51,42/100,000 BA, and the most frequent reasons were hypertension diseases (15,42/100,000 BA), abortions 10,28/100,000 (BA), complications during labor and childbirth 9.25/100,000 BA), and complications during the postnatal period (7.19/100,000

BA). **Conclusion** – the results showed that the RMM in the municipality of Cuiabá is high and indicate causes connected to the assistance provided to women during the childbearing period, avoidable through effective measures of prevention and structured, integrated and humanized assistance.

Descriptors: Public health, Maternal Mortality, Epidemiology, Descriptive Study

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Razão de Mortalidade Materna segundo ano de ocorrência de óbitos no Brasil, Região Centro Oeste, Mato Grosso e Cuiabá. Cuiabá, MT, 1996-2005	45
Figura 2	Número de óbitos maternos segundo intercorrências na gestação atual e duração da gravidez. Cuiabá, MT, 1996-2005	52
Figura 3	Número de óbitos maternos (n=61) segundo idade gestacional no momento do parto e aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005	54
Figura 4a	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas ao motivo do óbito na avaliação dos familiares da assistência ao parto/aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005	56
Figura 4b	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas a avaliação dos familiares da assistência ao parto/aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos óbitos maternos investigados pelo município de Cuiabá no período de 1996 a 2005	43
Tabela 2 -	Distribuição de óbitos maternos (n=61), segundo desfecho da gravidez no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005	43
Tabela 3 -	Distribuição anual de óbitos maternos segundo ano de ocorrência. Cuiabá, MT, 1996-2005	44
Tabela 4 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=37) segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá, MT, 2000-2005	46
Tabela 5 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à assistência ao pré-natal. Cuiabá, MT, 1996-2005	47
Tabela 6 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=27) segundo informações de familiares sobre a busca de outros serviços durante a gestação. Cuiabá, MT, 1996-2005	48
Tabela 7 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 1996-2005	48
Tabela 8 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=37) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 2000-2005	49
Tabela 9 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 1996-2005	49-50
Tabela 10 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis da gestação relacionada ao óbito Cuiabá, MT, 1996-2005	51
Tabela 11 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à ocorrência de parto ou aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005	53
Tabela 12 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) de acordo com a assistência ao parto e aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005	55-56

Tabela 13 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo intercorrências clínicas no puerpério. Cuiabá, MT, 1996-2005	57
Tabela 14 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à identificação do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005	58
Tabela 15 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à caracterização do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005	58-59
Tabela 16 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas ao local de ocorrência do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005	59-60
Tabela 17 -	Distribuição de óbitos maternos segundo grupos de causa básica de morte. Cuiabá – MT, 1996 – 2005	60
Tabela 18 -	Distribuição de óbitos maternos segundo causas obstétricas diretas. Cuiabá – MT, 1996 – 2005	61
Tabela 19 -	Distribuição de óbitos maternos segundo causas obstétricas indiretas. Cuiabá – MT, 1996 – 2005	61
Tabela 20 -	Distribuição das causas básica de óbitos materno ocorridos no município de Cuiabá – Mato Grosso no período de 1996 a 2005	62
Tabela 21 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=50) por causas diretas segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá MT, 1996 a 2005	63-64
Tabela 22 -	Distribuição dos óbitos maternos (n=9) por causas indiretas segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá MT, 1996 a 2005	66

SIGLAS UTILIZADAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CEM	Centro de Especialidade Médica
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DASIS	Departamento de Análise da Situação de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DN	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUSC	Fundação de Saúde de Cuiabá
HELLP	Sigla usada para descrever a condição de paciente com pré-eclâmpsia grave que apresenta (H) hemólise, (EL) níveis elevados de enzimas hepáticas e (LP) contagem baixa de plaquetas.
HIG	Hipertensão Induzida pela Gravidez
HPSMC	Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEM	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NE	Não Especificado
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMMI	Razão de Mortalidade Materno excluído as codificações O96 e O97 do CID-10

RMM II	Razão de Mortalidade materna considerando os códigos O00 a O99 do CID-10
PSF	Programa de Saúde da Família
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	United Nation Population Fund (Fundo das Nações Unidas para a População)
UNICEF	Fondo de Población de las Naciones Unidas (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	17
1.1 – DISTRIBUIÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA	19
1.2 – CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA	21
1.3 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA	25
1.4 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	26
2 - OBJETIVOS	31
2.1 – GERAL	31
2.2 – ESPECÍFICOS	31
3 - MATERIAIS E MÉTODOS	32
3.1 – TIPO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
3.2 – LOCAL DE ESTUDO	32
3.3 – VARIÁVEIS DO ESTUDO	33
3.3.1– Variáveis sócio-demográficas	34
3.3.2 – Variáveis relacionadas a assistência ao pré-natal, parto e puerpério	34
3.3.2.1 – Assistência ao pré-natal	34
3.3.2.2 – Assistência ao parto ou aborto	35
3.3.2.3 – Assistência ao puerpério	36
3.3.3 – Variáveis relacionadas ao óbito	37
3.4 – FONTES DE DADOS DO ESTUDO	38
3.5 – COLETA DE DADOS	39
3.6 – PROCESSAMENTO DE DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
3.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
4 RESULTADOS	43
4.1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	45
4.2 – ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO OU ABORTO E PUERPÉRIO	46
4.3 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ÓBITO	57
4.3.1– Causas básicas de mortes maternas	60
4.3.1.1 Óbitos maternos por causas obstétricas diretas e indiretas segundo variáveis sócio-demográficas	62
5 DISCUSSÃO	67
5.1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	69
5.2 – ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO	72
5.3 – CARACTERÍSTICAS DO ÓBITO	78
5.3.1 – Causas básicas de óbitos maternos	81

6	CONCLUSÃO	90
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
8	ANEXOS	105
	Anexo 1 – Declaração de óbito	106
	Anexo 2 – Declaração de nascido vivo	107
	Anexo 3 – Ficha de investigação de óbito materno	108
	Anexo 4 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	117
	Anexo 5 – Termo de Aprovação Ética do Projeto de Pesquisa	118

1 – INTRODUÇÃO

A mortalidade materna encontra-se entre os indicadores fundamentais para a determinação da realidade social de uma nação, bem como das condições sócio-econômicas e culturais de uma dada população. Reflete também a qualidade da atenção à saúde, dispensada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes (TANAKA, 2001).

LAURENTI et al. (2000) num estudo sobre mortalidade no Brasil, refere que a mortalidade materna, desde a década de 40 do século XX é uma preocupação entre os países “mais ricos” e que em alguns desses países ou em suas regiões, este problema tornou-se até um evento raro. O autor destaca que a mortalidade materna é ainda um problema importante e aparentemente de difícil resolução nos países subdesenvolvidos ou “mais pobres”.

No Brasil, a mortalidade materna tem representado motivo de preocupação para os governantes. *“Desde os primeiros anos da década de 90 do século XX, tem sido realizados programas para reduzir a mortalidade materna e, em alguns municípios e mesmo Estados como um todo, com os dados oficiais corrigidos pelos Comitês de Estudo e Mortalidade Materna, está sendo possível averiguar que não está existindo redução, ou esta é muito pequena”* (LAURENTI, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2007), a redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas indicam configuração da violação dos direitos da mulher, um problema grave de saúde pública, que atinge desigualmente as regiões do País, ocorre com maior frequência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

PARPINELLI et al. (2000), analisando a mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva no município de Campinas, São Paulo, observou que cerca de 50% das mortes de mulheres em idade reprodutiva é evitável com medidas de

assistência, de complexidade variada, e sem dúvida, representa um custo menor que a perda pessoal, social e econômica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), citada por LAURENTI et al (2008), define Morte Materna como "a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais"

Na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1994) as causas de mortalidade materna estão divididas em dois grupos:

1. Morte Obstétrica Direta: é a resultante de complicações obstétricas do estado gestacional (gravidez, parto e puerpério), de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou da sucessão de eventos que culminaram nos fatores acima arrolados.
2. Morte Obstétrica Indireta: é o decesso advindo da doença prévia ou que apareceu ou prosperou na gravidez, e conquanto intercorrente (de causa não obstétrica), tem seu curso agravado pelos efeitos fisiológicos da prenhez.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS, 2006) aponta a evolução tecnológica, incluindo-se a terapêutica, como recursos que contribuiriam para que as graves complicações ocorridas nos ciclos gravídico-puerperais não levassem à morte antes do término do puerpério (42 dias), mas que viesse a ocorrer mais tardiamente. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), ao considerar este aspecto, incluiu a partir da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) códigos para "morte por qualquer causa obstétrica que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano após o parto"; estas são as chamadas "mortes maternas tardias" (096) e "morte por seqüela de causas obstétricas, que ocorrem um ano ou mais após o parto" (097).

1.1 – Distribuição da mortalidade materna

Na análise da distribuição mundial da mortalidade materna observa-se que esta se constitui como um grave problema de saúde pública. O Relatório Mundial de Saúde de 2005 apresenta um total anual de 529.000 mortes no mundo por complicações ligadas à gravidez, parto e puerpério, sendo em parte evitáveis por medidas assistenciais. (OMS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de até 20/100.000 nascidos vivos (N.V) (SMS-SP, 2002).

As estimativas de mortalidade materna feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e Banco Mundial foram de 536 mil óbitos para 2005. A África Subsaariana e a Ásia Meridional, ambas contabilizaram 86% das mortes maternas mundial. As regiões desenvolvidas tiveram RMM de 9/100.000NV. Entre as regiões em desenvolvimento que representaram 99% das mortes, a África Subsaariana apresentou uma RMM de 900/100.000NV, a Ásia Meridional 490/100.000NV, Oceania 430/100.000NV, o Norte da África 160/100.000NV, a América Latina e o Caribe 130.000/NV e a Ásia Oriental 50/100.000NV.

As organizações acima citadas observaram através deste trabalho que a nível mundial, ao longo da vida de uma mulher, morrer por uma causa relacionada à reprodução vai desde 1 em 26 na África Subsaariana a 1 em 48.000 na Irlanda, País considerado desenvolvido (OMS, 2008).

De acordo com os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, a Razão de Mortalidade Materna no Brasil foi estimada em 73,05 óbitos/100.000 Nascidos Vivos no ano de 2002. A região Centro-Oeste teve uma Razão de 61,25/100.000 nascidos vivos, superior à Razão da região Sudeste que foi de 48,32/100.000 nascidos vivos (MS, 2004).

No Brasil, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS, 2007), a razão de mortalidade materna (RMM) estimada para 2005 foi de 74,68 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Mas, sabe-se que nem todas as mortes são registradas como tendo causa relacionada à gestação, ao parto e ao puerpério. Segundo TANAKA e MITSUIKI (1999) em cada óbito notificado há pelo menos um que ninguém fica sabendo.

Procurando corrigir o problema da subnotificação das mortes maternas, o Ministério da Saúde vem, desde 1987, estimulando a implantação de Comitês de Mortalidade Materna como importante estratégia para melhoria do sistema de registro desses óbitos e conseqüentemente, para o aumento da quantidade e qualidade das informações disponíveis e promovendo pesquisas que levem a identificação de fatores de correção da mortalidade materna (MS, 2004).

Estudo de Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna, nas capitais brasileiras e Distrito federal, analisando o 1º semestre de 2002, após a aplicação de um fator de correção calculado em 1,4 a mortalidade materna para o conjunto das capitais que antes era de 38,9 por 100.000 nascidos vivos, passou para 54,3 por 100.000 nascidos vivos. Com essas informações, os autores supõem que a mortalidade materna para o Brasil como um todo, não deve ultrapassar os 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos (MS, 2006).

No mesmo estudo, a distribuição dessas mortes, segundo o conjunto das capitais de cada região, considerando à proporção que esses casos representam no total de mortes, os valores maiores de Razão de Mortalidade Materna foram observados no Nordeste, Norte e Centro-Oeste (54,7, 62,7 e 66,7) e os menores nas regiões Sudeste e Sul (45,9 e 35,1) respectivamente. Dessas, 67,1% ocorreram por causas obstétricas diretas; 25,4% por obstétricas indiretas; e 7,5% corresponderam a mortes maternas cujos diagnósticos específicos não foram possível determinar (correspondentes ao código 095 da CID – 10).

Em Mato Grosso, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Secretaria de Estado de Saúde, as Taxas de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos de 2001 a 2005, sem a utilização do fator de correção, foram de 38,1,

53,0, 51,9, 63,1 e 73,1 respectivamente. Ressalta-se que os dados apresentados em 2005 (73,1), são parciais considerando que o banco de dados de mortalidade deste ano ainda não está concluído (SMS-MT, 2006).

1.2 – Causas da mortalidade materna

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2001) a gestação é um fenômeno fisiológico e, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar disso, uma pequena parcela de gestantes, devido a características específicas podem apresentar maiores probabilidades de ter uma evolução desfavorável tanto para ela como para o feto. Esta parcela se constitui no grupo chamado de “gestantes de alto risco”.

Vários fatores associados ao risco de mortes maternas aumentam a probabilidade de que algumas mulheres, mais que outras, desenvolvam complicações graves ou fatais para si e para o concepto durante a gravidez, parto e puerpério. Tais fatores podem ser: biológicos, como a idade menor que 15 e maior que 35 anos e a estatura menor que 140cm, estados nutricionais deficientes; fatores clínicos representados por enfermidades pré-existentes que tem clara influência sobre a gravidez e o parto como, por exemplo, a diabetes e hipertensão arterial; fatores sócio-econômicos e ambientais e os relacionados com os serviços de saúde como o acesso, a eficácia e a qualidade da assistência (MS, 1994)

“As infecções, as hemorragias e as toxemias gravídicas são tradicionalmente, os grandes fatores de letalidade materna, de tal modo importantes que representavam não há grandes anos a quase totalidade do obituário” (REZENDE, 2005).

Os estudos realizados em nível mundial, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, mostram que as principais causas de morte materna estão relacionadas às infecções, hemorragias, toxemias gravídicas e complicações do aborto, sendo na sua maioria evitáveis por medidas assistenciais.

Em Senegal, KODIO et al (2002) constataram que dois terços das mortes maternas eram por causas obstétricas diretas, tendo como causa mais comum as hemorragias. O aborto foi um evento raro.

Em estudo para determinar a incidência e as causas de mortes em Ancara, Turquia, de 1982 a 2001, verificou que as principais causas de mortes obstétricas diretas eram pré-eclâmpsia/eclampsia, hemorragia, embolismo obstétrico, septicemia e abortamentos. A doença cardiovascular foi a principal causa obstétrica indireta de morte (AKAR et al, 2004).

Estudo realizado pela Coordenação de Saúde Reprodutiva do Centro Médico Nacional de La Raza, na cidade do México, mediante registros de 1993 a 2002, refere que a pré-eclâmpsia, eclampsia e septicemia representaram 71,7% dos casos de mortes maternas (ARREOLA et al., 2005).

No Brasil, podemos observar que desde os anos de 1980, os estudos demonstram que a realidade das causas básicas de mortes maternas não difere das referidas anteriormente, ficando as mortes relacionadas às doenças hipertensivas como sendo sempre as principais nos grupos de causas.

SIQUEIRA e TANAKA (1986) realizaram um estudo sobre mortalidade materna nos anos 80 e apontaram os estados hipertensivos como o principal grupo de causas de morte materna; como segundo grupo de causas mais importantes, a infecção puerperal; a terceira causa as hemorragias e como quarta causa aparece o aborto classificado como complicações do aborto e prenhez ectópica e molar.

Estudo sobre mortalidade materna em 15 cidades brasileiras, das regiões Norte e Centro-Oeste, incluindo seis cidades do estado de Mato Grosso, dentre elas a capital Cuiabá, realizado em 1997 apontou como causa de morte materna relacionada às complicações da gravidez, parto e puerpério, as obstétricas diretas com 14 óbitos (60,9%), sendo entre elas a principal causa a eclampsia com 5 óbitos (21,7%) e a segunda as síndromes hemorrágicas com 4 óbitos (17,4%), seguidas pelo aborto com 2 óbitos (8,7%), infecção puerperal com 2 óbitos (8,7%), e embolia pulmonar por cesárea com um óbito (4,3%). As causas obstétricas indiretas contabilizaram 39,1%

dos casos, representados pelas cardiopatias complicadas pela gestação e hemorragia digestiva alta (TANAKA e MITSUIKI, 1999).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2006), a mortalidade materna nas capitais brasileiras em 2002, segundo diagnósticos específicos, predominou os transtornos hipertensivos, com grande destaque para as doenças hipertensivas específicas da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), correspondentes a 24,9%. O abortamento foi responsável por 11,4% do total das mortes maternas, as complicações hemorrágicas, particularmente as devidas à placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e outras hemorragias foram responsáveis por 9% do total das mortes obstétricas diretas. Além disso, as complicações de parto e do trabalho de parto foram responsáveis por 10,4% do total e 15,6% das mortes obstétricas diretas. As complicações de puerpério, que foram responsáveis por 8,4% das mortes maternas e 12,6% das obstétricas diretas, estiveram representadas principalmente por infecções puerperais, aparecendo também alguns casos de embolia. As causas obstétricas indiretas, que representaram 25,4% do total das mortes maternas, tiveram como diagnósticos principalmente, diferentes tipos de cardiopatias e algumas doenças infecciosas que complicaram a gravidez, parto ou o puerpério

Além dos fatores acima referidos, VALONGUEIRO (2004) em estudo sobre mortalidade por aborto afirma que as complicações do aborto estão entre as quatro principais causas de morte materna em todo o mundo.

HADAD e SILVA (2000) num estudo sobre mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, no período de 1991 a 1995, observaram uma grande exposição das mulheres a fatores associados a causas externas, doenças crônicas e AIDS. Referem também que a maioria das causas de mortalidade materna encontradas são preveníveis e, portanto, revelam inadequação da assistência pré-natal, bem como, deficiências no atendimento ao parto e ao puerpério.

O tipo de parto é outro fator que pode contribuir para a morte da gestante. Como exemplo, podemos citar o parto por cesariana que expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte, principalmente relacionadas às infecções puerperais,

muito mais freqüentes após cesáreas do que parto vaginal. Os acidentes, complicações anestésicas e a aspiração de vômito são outros fatores que contribuem para aumentar o risco de morte materna durante uma cesárea. Assim, uma intervenção criada para proteger a mãe e a criança, quando indicada e realizada de forma inadequada torna-se um perigo para um ou para ambos (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

Embora o conceito de Mulher em idade Fértil segundo a definição oficial, é a de mulher entre 15 e 49 anos de idade, gestações podem ocorrer antes ou depois desses limites. Estas gestações que ocorrem nos dois extremos do período reprodutivo apresentam riscos especiais para a mãe e filho, ainda que os riscos sejam diferentes para cada grupo de idade. Além disso, as estatísticas de nascidos vivos registram mães com menos de 15 anos e com mais de 50. Muitos autores vêm trabalhando com os limites de 10 a 49 anos (LAURENTI et. al., 1990; SIQUEIRA et. al., 1999 e TANAKA e MITSUIKI, 1999), assim como o Ministério da Saúde nas recomendações sobre as investigações dos Comitês de Mortalidade Materna desde 1994.

Os estudos com adolescentes demonstram uma modificação no perfil da mortalidade destes, que sempre estiveram como grupo populacional menos exposto ao risco de adoecer e morrer. SIQUEIRA e TANAKA (1986) em estudo realizado sobre mortalidade na adolescência observaram que, dentre os problemas que estão sendo cada vez mais relatados nessa faixa etária, sobressaem àqueles ligados à reprodução. Tem sido evidenciado um aumento do número de adolescentes grávidas, com aumento também de complicações, o que leva a Organização Mundial de Saúde a caracterizar a gravidez na adolescência como um importante fator de risco para a mortalidade materna.

Estudo realizado por THEME-FILHA (1999) com o objetivo de conhecer o perfil da mortalidade materna no Rio de Janeiro de 1993 a 1996 afirma que as principais causas de mortes foram a hipertensão arterial, as hemorragias e as complicações puerperais, destacando-se os maiores riscos nos extremos da faixa etária (10 a 14 e 40 e mais anos) e nas mulheres com menor grau de instrução.

COSTA et al, (2003) afirmam que a idade materna igual ou superior a 40 anos é fator de risco para o surgimento da Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIG) independente da paridade e da presença da hipertensão arterial e da diabete

1.3 – Razão de mortalidade materna

Na mensuração do indicador de mortalidade materna, a utilização da medida de Razão de Mortalidade (RMM) é representada pelos óbitos devidos à gravidez, ao parto e ao puerpério ocorridos em um ano (numerador) dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período (denominador), multiplicado por cem mil. Se assumimos que o denominador da RMM (nascidos vivos) é um estimador da população de mulheres sob o risco de morte materna, podemos assumir que a RMM estima o risco de uma mulher nessa população vir a morrer devido às causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério. Este tipo de medida é útil por ser um excelente auxiliar na avaliação do estado de saúde das populações em geral, das mulheres em particular e da qualidade da assistência pré-natal (MERCHÁN-HAMANN et al., 2000).

Visando a comparação internacional, a OMS propõe o cálculo da RMM por meio dos óbitos por causas maternas ocorridos durante a gravidez, o parto e o puerpério, lembrando que este deve ser entendido como o período de até 42 dias após o término da gestação (parto ou abortamento). Com isso, o numerador da fração RMM será o conjunto de causas maternas diretas (O00 a O92) mais as indiretas (O98 e O99) e mais as causas maternas que se ignora se são indiretas e diretas (O95) (RMMI). Desta forma, encontram-se excluídos do cálculo de RMM as causas codificadas em O96 e O97 da CID-10, ou seja, as causas de mortes maternas tardia, e as seqüelas de morte materna considerando apenas as mortes ocorridas no período até 42 dias após o parto, isto é, no chamado período puerperal (MS, 2006).

A própria OMS reconhece, entretanto, que, para propósitos nacionais, pode ser calculada outra razão em que se leve em conta também as mortes ocorridas no

puerpério tardio (RMM II), ou seja, considerando os códigos de O00 a O99 da CID 10 (MS, 2006).

A OMS tem sugerido aos países a inclusão nas declarações de óbitos (DO), de dois itens nos quais são solicitadas respostas às questões “se a mulher estava grávida” ou se “esteve grávida nos últimos doze meses”, em relação à data da morte, incluídas na DO em vigor no Brasil desde 1996 nos itens 43 e 44. Com a inclusão desses itens é possível uma maior sensibilidade na detecção de óbitos por causas maternas tardias e seqüelas de causas maternas (MS, 2006).

1.4 – Sistemas de informação em saúde

Os indicadores de mortalidade são originados dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), gerenciados pelo Ministério da Saúde, com bancos de dados nacionais de acesso facilitado por diversos aplicativos e meios computadorizados, destacando-se entre estes os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os que tratam das informações em vigilância epidemiológica e da assistência ambulatorial e hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (MOTA, 2003).

“O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado em 1979, sendo o mais antigo sistema de informação existente no Ministério da Saúde (MS). Importante instrumento de monitoramento dos óbitos, o SIM permite ao MS identificar as principais causas de morte registradas nos Municípios, nos Estados e nas regiões brasileiras. Diante disso, devem ser notificados ao SIM todos os óbitos ocorridos no território nacional, acontecidos ou não em ambiente hospitalar, com ou sem assistência médica”. A gerência do sistema é realizada pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) do Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS (CGIAE/DASIS/SVS/MS, 2008).

De acordo com MOTA et al (2003), o SIM utiliza um instrumento padronizado de coleta de dados, a Declaração de Óbito (DO), contendo informações

sobre as características de pessoa, tempo e lugar, condições de óbito, inclusive sobre a assistência prestada ao paciente, causa básica e associada. Alguns fatores ainda comprometem a qualidade dos dados da DO, como o preenchimento inadequado de alguns campos, a subnotificação e o expressivo percentual de óbitos por sintomas e sinais mal definidos.

O Ministério da Saúde implantou o SINASC em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação e em muitos municípios já apresenta um número de registros maior do que o publicado pelo IBGE, com base nos dados de Cartório de Registro Civil (MS, 2007b).

O SINASC tem como instrumento de coleta de dados a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e seu preenchimento é feito nos hospitais e instituições de saúde que realizam partos e nos cartórios de registro civil para os partos domiciliares. Assim como na declaração de óbito, ocorrem retardo na alimentação do banco nacional de dados e falhas no preenchimento dos campos da DN. O SINASC é uma fonte importante para conhecimento da situação de saúde por contribuir para obter informações sobre natalidade, morbidade e mortalidade infantil e materna e sobre as características da atenção ao parto e ao recém nascido, essenciais para a vigilância à saúde e para a avaliação e organização de serviço (MOTA, 2003).

Estudos demonstram que no Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), apresenta uma cobertura próxima de 100%, particularmente nas capitais. Entretanto, mesmo nas regiões com melhor cobertura, observa-se falhas no registro de declarações de óbitos, gerando problemas de subnumeração das mortes, dificultando assim, a mensuração exata do problema em questão (LAURENTI et al., 2004).

Para o Ministério da Saúde (MS, 2006) a cobertura do Sistema de Informação no Brasil é adequada, e estima-se que a subnumeração de óbitos não exceda a 20%. Porém observa-se que essa cobertura pode ser considerada boa nas capitais e em

algumas cidades de médio e grande porte, fugindo a esse padrão em algumas áreas menos populosas do norte e nordeste.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2007a), para a mortalidade materna, a subinformação e o sub-registro são dois fatores que dificultam o real monitoramento do nível e das tendências de mortalidade materna. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito. Já o sub-registro ocorre pela omissão do registro de óbito em cartório, comum nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste e ocorre tanto pela dificuldade de acesso ao cartório, pela existência de cemitérios irregulares ou mesmo pela não valorização de tal documento por uma parcela da população.

Ciente de tal problema, o Ministério da Saúde vem dispensando esforços no sentido de corrigir tais distorções com implantação de fatores de correção da numeração dos dados do sistema (MS, 2006).

Segundo LAURENTI (1994), o atestado de óbito, por sua finalidade estatística, tem na causa da morte seu principal elemento. Sem o mesmo, a morte não existirá oficialmente.

Considerando tais dificuldades, várias estratégias são viabilizadas pelos órgãos responsáveis pela vigilância epidemiológica no sentido de tornar o mais próximo possível da realidade, o perfil epidemiológico, principalmente no que se refere ao estudo da mortalidade materna.

A atuação dos Comitês de Mortalidade Materna implantados no país se constitui como uma dessas estratégias que hoje contribui de forma significativa na melhoria dessas informações.

Os comitês exercem um importante papel no controle social, integram instituições governamentais e da sociedade civil organizada, cuja área de atuação é a saúde da mulher. Seus objetivos são aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre os níveis de morte materna, seus efeitos sociais e de saúde e as formas de evitá-la, avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher durante o período

gravídico-puerperal e propor medidas que evitam a ocorrência de novas mortes (MS, 2002).

O Comitê de Mortalidade Materna do estado de Mato Grosso foi instituído em 1995 e em 1998 foi estruturado o Comitê de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade materna no município através de avaliações contínuas da magnitude e dos fatores associados ao problema, recomendando às autoridades competentes, medidas cabíveis a partir da sua estruturação (SMS/FUSC, 2000).

Segundo LAURENTI (2005), no ano de 2000 a comunidade internacional representada por 189 países, reuniu-se na Cúpula do Milênio da ONU (Organização das Nações Unidas) e assumiram o compromisso de cumprir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, objetivos estes que apontam para ações em áreas prioritárias que visam a superação da pobreza, com definição de metas que deverão ser alcançadas em sua maioria até 2015.

Dentre as metas traçadas para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, está a de reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015, que o governo assumiu a partir de 2004 com a criação pelo Ministério da Saúde (MS, 2004), do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos voltados para o desenvolvimento da área obstétrica, dos compromissos assumidos internacionalmente pelos países para a redução de mortalidade materna, dos esforços do Ministério da Saúde através de medidas direcionadas à redução da mortalidade como: implantação de Comitês de Investigação de Mortalidade Materna, incentivo à humanização do parto e à pesquisa, esse tipo de morte, considerada evitável por medidas simples de assistência pré-natal, perinatal e pós natal imediata, continua a acontecer.

Além disso, os profissionais que realizam a assistência e que são responsáveis pelo registro e notificação dos óbitos não parecem sensibilizados para a gravidade do problema e nem mesmo para a importância desse indicador na determinação da

realidade social e da qualidade da assistência, como base do planejamento de ações dos gestores do sistema de saúde nos programas de redução da mortalidade materna.

A mortalidade materna está associada a determinantes que envolvem questões ligadas a fatores biológicos, sócio-econômicos e de assistência em serviços de saúde. Diante disso, faz-se necessário o reconhecimento do perfil dessas mortes e as causas a elas associadas de forma a subsidiar o planejamento do setor nas ações capazes de gerar impacto na redução de tais mortes.

O presente estudo objetiva descrever a ocorrência de mortalidade materna e identificar as principais causas a elas associadas de forma a contribuir com o planejamento de ações no setor saúde que tenham repercussão na redução da mortalidade materna, ou seja, ações de prevenção e controle.

2 - OBJETIVOS

2.1 – Geral

Conhecer a distribuição da mortalidade materna, as características da assistência prestada no período gravídico-puerperal e as principais causas de morte materna em mulheres residentes no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005.

2.2 – Específicos

Estimar a razão de mortalidade materna no período de 1996 a 2005, no município de Cuiabá.

Descrever as características sócio-demográficas e reprodutivas das mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, que morreram por causas maternas no período de 1996 a 2005 no município de Cuiabá.

Descrever as principais características da assistência prestada a essas mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Identificar as principais causas de óbitos maternos ocorridos no período de 1996 a 2005 no município de Cuiabá.

Caracterizar as causas de óbitos segundo variáveis sócio-demográficas (idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação e local de residência).

3 - MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 – Tipo e população de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com base em dados secundários, envolvendo a totalidade das mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) residentes na área urbana do município de Cuiabá, que morreram durante a gestação, parto e puerpério, no período de 1996 a 2005.

3.2 - Local de estudo

Cuiabá é capital do Estado de Mato Grosso e localiza-se na região Centro Oeste do Brasil. Possui um território de 3.538 km². A sua economia está centrada no comércio e na indústria. O setor industrial é representado basicamente pela agroindústria. Na agricultura, cultivam-se lavouras de subsistência e hortifrutigranjeiros.

Com base no censo 2000-IBGE e contagem da população no ano de 2007, foi estimada para 2007 uma população geral de 526.830 habitantes (IBGE, 2009). A taxa de natalidade em 2004 foi de 17,3/1.000 habitantes e a taxa de fecundidade foi de 48,5/1.000 mulheres em idade fértil (PMC/SMS-CBÁ, 2005)

Referente a organização de saúde, o município de Cuiabá é um dos municípios integrantes do Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana, instância representante da SES/MT, cuja sede encontra-se localizada neste município (PMC/SMS-CBÁ, 2005).

O município passou a ter gestão plena no Sistema Único de Saúde em junho de 1998 através da resolução CIB nº. 16/98. O SUS/Cuiabá é uma instância de referência estadual e administrativamente e está dividido em quatro regiões administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste (PMC/SMS-CBÁ, 2005).

Além da rede básica apresentando uma cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) de 26,6%, o município contava no período de estudo com serviços que possuía capacidade para garantir a continuação da assistência de baixo, médio ou alto risco, tanto em nível de complexidade secundária, como terciária.

A rede de serviços na atenção básica em saúde do município era composta por setenta e três (73) Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo: trinta (30) Centros de Saúde, quatro (04) Postos de Saúde (área rural), vinte e nove (29) unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e dez (10) Clínica Odontológicas. A rede de atenção secundária compreende um conjunto de ações realizadas pelas cinco Policlínicas existentes no município, um Centro de Especialidade Médica (CEM), um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), cinco Centros de Testagem e Orientação em DST/AIDS, um Centro de Desenvolvimento de Terapia psicossocial, três Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dez Residências Terapêuticas, um Laboratório Central (LACEM) seis Unidades de Reabilitação (PMC/SMS-CBÁ, 2005).

Para o atendimento hospitalar e de Urgência e Emergência, conta com um Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC), com cento e sessenta e dois leitos. A rede hospitalar do SUS/Cuiabá conta com treze Hospitais, sendo dois públicos, nove privados e dois filantrópicos (PMC/SMS-CBÁ, 2005).

O presente estudo, planejado inicialmente para o período de 2001 a 2006, foi ampliado para uma série histórica de dez anos (1996 a 2005) por ser este, um período com um número mais significativo para análise das variáveis.

3.3 - Variáveis de estudo

As variáveis do presente estudo consistem em características relativas a condições de vida, morbidade e assistência durante a gestação, parto, puerpério e condições do óbito.

3.3.1 – Variáveis demográficas e sócio-econômicas

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Idade	Quantitativa contínua	Anos completos na ocasião do óbito: 10 – 19 20 – 34 e 35 e +;
Raça/cor	Qualitativa nominal	Branca, preta + parda, sem informação;
Estado civil	Qualitativa nominal	Solteira, casada, outros, sem informação;
Escolaridade	Quantitativa nominal	Em anos de estudo: nenhuma, < 4 anos, 4 a 7 anos, 8 e +, sem informação;
Ocupação	Qualitativa nominal	Ocupação habitual e ramo de atividade. Para as aposentadas, ocupação habitual anterior.
Residência por Região Administrativa	Qualitativa nominal	Região norte, região sul, região oeste e região leste, sem informação.

3.3.2 – Variáveis relacionadas à assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério.

3.3.2.1 – Assistência ao Pré-Natal

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Local onde foi realizado o pré-natal	Qualitativa nominal	Centro de saúde, hospital, policlínica, consultório particular, não realizou, sem informação;
Nº. de Consulta de pré-natal	Quantitativa contínua	Nenhuma, de 1 a 3, de 4 a 6, de 7 e mais, ignorado;
Encaminhamento no pré-natal	Qualitativa nominal	Sim, não, não realizou, sem informação;
Serviço de saúde procurado pela gestante quando não se sentia bem	Qualitativa nominal	Unidade básica de saúde, médico particular, hospital, pronto socorro, nunca procurava, outros;
Nº. de Gestações anteriores	Quantitativa discretas	Incluindo abortamentos, categorizado em: nenhuma, 1 a 2 gestações, 3 e +, sem informação;
Nº. de filhos Vivos	Quantitativa discreta	Nenhum, 1, 2, 3 e mais, sem informação;
Nº de filhos mortos	Quantitativa discreta	Nenhum, 1, 2, sem informação;

continua

continuação

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Intervalo entre o último parto ou aborto e o início da gestação atual, em que ocorreu o óbito	Quantitativa contínua	Categorizado em: primigesta, <1, 1 – 2, > 2, sem informação;
Complicações nas gestações anteriores	Qualitativa nominal	Primigesta, hipertensão arterial, infecção urinária, hemorragia, outras complicações, não complicação, sem informação;
Duração da Gravidez	Quantitativa contínua	Categorizado em semanas de gestação: < 22, 22 a 27, 28 a 31, 32 a 36, 37 a 41, 42 e +, sem informação;
Tipo de gravidez	Quantitativa discreta	Única, dupla, tripla e mais, sem informação
Intercorrências na Gestação	Qualitativa nominal	Sem intercorrências, hipertensão arterial, infecção urinária, cardiopatias, diabetes mellitus, hemorragias, trabalho de parto prematuro, outros, sem informação;

3.3.2.2 – Assistência ao parto ou aborto

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Evolução da Gestação	Qualitativa nominal	Parto, aborto, não houve parto ou aborto, sem informação;
Local de ocorrência do parto/aborto	Qualitativa nominal	Hospital, domicílio, não ocorreu, sem informação
Causa do aborto	Qualitativa nominal	Não se trata de aborto, espontâneo, induzido por razões médicas, induzido por outras razões, sem informação
Tipo de aborto	Qualitativa nominal	Não se trata de aborto, interrupção medicamentosa, interrupção por manipulação, micro cesárea, sem informação;
Tipo de Parto	Qualitativa nominal	Cesárea por problemas maternos, vaginal espontâneo, Cesárea eletiva, Cesárea por desproporção céfalo-pélvica, cesárea por acidentes hemorrágicos, cesárea por sofrimento fetal, não ocorreu parto, outros, sem informação;

Continua

continuação

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Idade gestacional no momento do parto/aborto	Quantitativa contínua	< 20 semanas, 20 a 27 semanas, 28 a 36 semanas, 37 a 41 semanas, superior a 42 semanas não houve o parto, sem informação;
Motivo da internação	Qualitativa nominal	Pré-eclâmpsia, aborto, trabalho de parto, embolia, síndrome infecciosa, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, amniorrex prematura, placenta prévia, sem informação;
Profissional que realizou o atendimento	Qualitativa nominal	Clínico geral, obstetra/ginecologista, enfermeiro, parteira, outro, sem informação;
Realização de anestesia	Qualitativa nominal	Sim, não, sem informação;
Tipo de anestesia	Qualitativa nominal	Geral, raquidiana, peridural, regional, sem informação;
Uso de ocitócito	Qualitativa nominal	Para indução do parto ou aborto: sim, não, sem informação
Transfusão sanguínea	Qualitativa nominal	sim, não sem informação;
Outras complicações durante o trabalho de parto e parto	Qualitativa nominal	Hemorragia, eclâmpsia, cardiológicas, tromboembolismo, infecções prévias, sem complicações, outras, sem informação;
Opinião dos familiares sobre a assistência ao parto/aborto	Qualitativa nominal	Negligência médica, problemas da gestação, gestante saudável, sem informação.
Qualidade da assistência ao parto ou aborto na opinião dos familiares	Qualitativa nominal	Satisfatório, não satisfatório, sem informação.

3.3.2.3 – Assistência ao puerpério

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Intercorrências clínicas durante o puerpério	Qualitativa nominal	Hemorragias, infecções puerperal, outras, sem complicações;

3.3.3 – Variáveis relacionadas ao óbito

Foi considerado como morte materna, o óbito de mulheres em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos) residentes no município de Cuiabá no período de estudo, a qual ocorreu durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o parto, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (MS, 1994).

Serão consideradas também para efeito do estudo, de acordo com a inclusão na declaração de óbito pela OMS a partir de 1995, as “morte por qualquer causa obstétrica que ocorra depois de 42 dias e antes de um ano após o parto”; ou seja, as chamadas “mortes maternas tardias” (096) e “morte por seqüela de causas obstétricas, que ocorrem um ano ou mais após o parto” (097) (MS, 2006).

Foram excluídas as mortes maternas não obstétricas, ou seja, aquelas resultantes de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas com a gravidez ou ao seu manejo, as mulheres que, mesmo possuindo investigação dos óbitos concluídos como óbito materno não se encontravam no Sistema de Informação de Mortalidade codificadas na causa básica como óbito materno e os óbitos classificados como não obstétricos.

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Data do óbito	Quantitativa discreta	Ano da ocorrência do óbito
Local de ocorrência do óbito	Qualitativa nominal	Hospital, domicílio, via pública, transporte, sem informação;
Tipo de estabelecimento de ocorrência do óbito	Qualitativa nominal	Hospital público, hospital privado/conveniado, hospital privado, em trânsito, domicílio, chegou em óbito, sem informação;
Procedência:	Qualitativa nominal	Domicílio, outro hospital, policlínica, sem informação;
Momento em que ocorreu o óbito	Qualitativa nominal	Na gestação, no parto, no puerpério, sem informação;

continua

continuação

Nome da Variável	Tipo da Variável	Operacionalização
Óbitos ocorridos no puerpério	Quantitativa discreta	≤ 42 dias, > 42 dias, < 1 ano; sem informação
Idade gestacional no momento do óbito	Quantitativa contínua	≤ 20 semanas, 21 a 27 semanas, 28 a 36 semanas, 37 a 41 semanas, > 42 semanas, após o parto, não houve parto, sem informação;
Condição do óbito	Qualitativa nominal	Óbito materno declarado, óbito materno não declarado, sem informação;
Classificação do óbito materno	Qualitativa nominal	Obstétrico direto, obstétrico indireto, Morte por causa não especificada, Morte por causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, sem informação
Morte evitável	Qualitativa nominal	sim, não, inconclusivo, sem informação;
Diagnóstico confirmado por:	Qualitativa nominal	Exames, cirurgia, necropsia, exame e cirurgia, exame e necropsia, sem informação;
Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte	Qualitativa nominal	Sim, não, sem informação;
Causa básica da morte	Qualitativa nominal	Doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal (CID – 10ª revisão).

3.4 – Fontes de dados do estudo

As informações foram obtidas nos seguintes Sistemas de Informações em Saúde:

- SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidades, tendo como instrumento a Declaração de Óbito (ANEXO 1)

- SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, tendo como instrumento a Declaração de Nascimento (ANEXO 2)

- Ficha de Investigação de Óbito (ANEXO 3)

Os registros utilizados no estudo foram provenientes dos bancos de dados do SIM e SINASC fornecidos pela Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso em arquivo Tabwin. As Fichas de Investigação para Óbito Materno pertencentes às mulheres estudadas foram disponibilizadas pela Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cuiabá, conforme anexo.

3.5 – Coleta de dados

O SIM se constituiu como principal fonte de informação para o estudo. Algumas variáveis, principalmente as relacionadas à assistência ao pré-natal, parto e puerpério, não foram encontradas no SIM por não serem dados específicos desse sistema de informação. O SINASC serviu de base para a segunda opção de coleta, porém, pela sua especificação, não foi suficiente para complementar todos os dados necessários ao estudo, sendo, portanto necessário a complementação a partir das fichas de investigação de óbitos maternos padronizadas pelo serviço de informação em saúde da Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e utilizada na investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil no município.

Foram encontradas na Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos, 27 fichas com investigações concluídas como óbito materno no período de estudo, porém, as mesmas não serviram para alimentar o sistema de informação. Destas, 13 (48%) das fichas possuíam parecer do Comitê de Mortalidade Materna do período classificando-as como óbito materno. As 14 (52%) restantes, apesar de apresentar indicação de códigos compatíveis com a codificação de óbitos maternos, não apresentavam conclusões definidas pelas equipes de investigação.

Diante da inexistência do registro dessas mortes no SIM as mesmas foram excluídas do estudo.

Dos 61 óbitos de mulheres estudados no período, 11 fichas de investigação não foram encontradas. Destas, 4 (36%) eram do ano de 1996 e segundo as informações obtidas na Gerência de Vigilância de Nascimentos e óbitos, neste ano as mortes ainda não eram investigadas pela Secretaria Municipal de Saúde e sim pela Secretaria Estadual de Saúde. Não foi possível localizá-las também neste órgão. As restantes eram: 2 (18%) de 1997, 1 (9%) de 1999, 1 (9%) de 2001 e 3 (27%) de 2002. Outra informação adquirida pelos funcionários da Gerência é que algumas fichas podem ter sido danificadas durante uma chuva, por uma goteira existente em cima de tais documentos. A preocupação com a falta das referidas fichas de investigação se dá pela grande possibilidade de viés de informação para o estudo, considerando que este instrumento tem o objetivo de complementar dados referentes às variáveis, inexistentes no SIM e SINASC.

Das fontes de dados utilizadas, as informações pertinentes ao estudo se encontravam distribuídas entre elas da seguinte forma:

No SIM – Data do óbito, nome, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, endereço, local de ocorrência do óbito, óbito ocorreu durante a gestação, parto ou aborto, óbito ocorreu durante o puerpério, diagnóstico confirmado por exames, cirurgia ou necropsia, causa básica do óbito.

No SINASC – Nome da mãe, idade da mãe, ocupação da mãe, quantidade de filho vivo, quantidade de filho morto, endereço, gestação, gravidez, parto, consulta, data do nascimento.

Nas Fichas de Investigações de Óbito Materno – Nome, endereço, bairro, idade, raça/cor, estado civil, formação escolar, data do óbito, local de ocorrência do óbito, nome do estabelecimento de ocorrência do óbito, data do último parto ou aborto, história obstétrica, complicações nas gestações anteriores, realização do pré-natal, número de consultas, local de realização do pré-natal, nome do estabelecimento onde realizou o pré-natal, complicações durante a gestação, encaminhamento no pré-natal, encaminhamento imediato da doença antes da

hospitalização, número de dias com sintomas da doença que levou a morte antes do atendimento médico, data do parto /aborto, evolução da gestação, local de ocorrência do parto/ aborto, causa do aborto, tipo de parto, diagnóstico preliminar, intervenção logo após internação, quem realizou o processo obstétrico cirúrgico, realização de anestesia, tipo de anestesia, uso de ocitócito, realização de transfusão sanguínea, outras complicações durante o trabalho de parto, parto e puerpério, causa do óbito após a investigação, condição do óbito, classificação do óbito materno, morte evitável.

Para o cálculo da RMM específica foram consideradas as variáveis do SINASC que possuíam correspondência com o SIM como as sócio-demográficas (idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação e local de residência por região administrativa), as relacionadas aos antecedentes obstétricos (nº de filhos vivos e nº de filhos mortos), as relacionadas a gestação atual (duração e tipo da gravidez).

Em razão da não existência de informação em algumas variáveis do SINASC nos anos anteriores a 2000, decidimos calcular as razões de mortalidade materna específica de apenas 37 mulheres que foram a óbito no período de 2000 a 2005.

Com relação às variáveis restantes, relacionadas à assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao óbito, não foi possível determinar o valor específico do nº de nascidos vivos por não haver correspondências destas, com o SINASC. Diante disto, o denominador utilizado para os cálculos de tais variáveis correspondeu ao nº de nascidos vivos geral do período de 1996 a 2005, ou seja 97.233 (noventa e sete mil, duzentos e trinta e três) nascidos vivos.

3.6 - Processamento de dados e análise estatística

Os dados obtidos nas fontes de informações acima referidos foram digitados em um banco elaborado no programa EPI-INFO e transferido posteriormente para o programa EXCEL versão 2003 onde foram analisados. Foram utilizadas distribuição de frequências para análises descritivas e calculados a RMM total e específica segundo variáveis explicativas analisadas. Para o cálculo da RMM foram utilizados

os dados do SINASC referente a cada ano de estudo para a cidade de Cuiabá no período de estudo, obedecendo a fórmula padrão: $RMM = \frac{n^{\circ} \text{ de óbitos obstétricos diretos e indiretos}}{n^{\circ} \text{ de nascidos vivos}} \times 100.000$.

3.7 - Considerações éticas

Às Instituições envolvidas foram solicitadas autorizações para obtenção das informações necessárias à realização da pesquisa (Anexo 4) e posteriormente encaminhadas juntamente com o projeto para avaliação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso, com aprovação do mesmo (Anexo 05). A confidencialidade acerca das mulheres e serviços de saúde envolvidos foi garantida durante todo o estudo.

4 – RESULTADOS

O presente estudo mostra que no período de 1996 a 2005 ocorreram em Cuiabá 39.166 óbitos. Destes, 27.359 (70%), eram residentes em Cuiabá, sendo 10.616 (39%) óbitos de mulheres e 2.268 (8%) de mulheres em idade fértil. Dos óbitos de mulheres em idade fértil, residentes no município, 61 (3%), encontram-se codificados no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES – MT, como óbito materno. Dos óbitos investigados 50 fichas foram localizadas (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição dos óbitos maternos investigados pelo município de Cuiabá no período de 1996 a 2005.

Categorias	Nº	%
Fichas de investigação de óbito encontradas	50	82
Fichas de investigação de óbito não encontradas	11	18
Total	61	100

Das mulheres identificadas, 34 (56%) tiveram filhos vivos, sendo uma com trigêmeos, 6 (10%) tiveram natimortos, 10 (16%), tiveram aborto, 7 (11%) não tiveram parto ou aborto e em 4 (7%) não havia informações, como mostra (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Distribuição de óbitos maternos (n=61), segundo desfecho da gravidez no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005.

Tipo de desfecho	Nº	%
Filhos Vivos	34	56
Natimortos	6	10
Aborto	10	16
Concepto não expulso do corpo materno	7	11
Sem informação	4	7

Ao analisar a distribuição da Mortalidade Materna no município de Cuiabá no período de 1996 a 2005, verifica-se uma distribuição não linear da mortalidade evidenciando períodos de diminuição e períodos de ascensão, variando entre 28,47/100.000NV em 1997 a 97,79/100.000NV em 2004 conforme mostra a **Tabela 3**.

Tabela 03 – Distribuição anual de óbitos maternos segundo ano de ocorrência. Cuiabá, MT, 1996-2005.

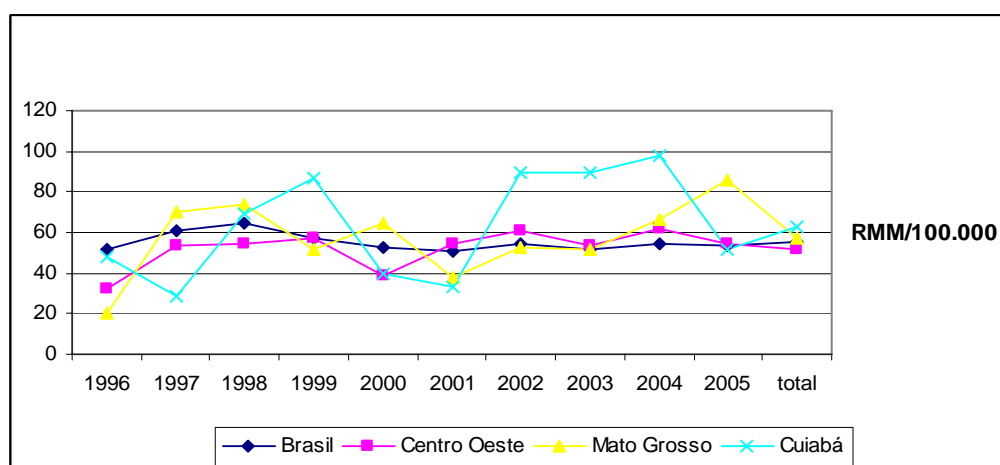
Ano	Nº	%	*RMM (por 100.000 NV)
1996	5	8	47,56
1997	3	5	28,47
1998	7	11	69,52
1999	9	15	86,76
2000	4	6	40,10
2001	3	5	33,10
2002	8	13	89,40
2003	8	13	89,26
2004	9	15	97,79
2005	5	8	52,12
Total	61	100	62,73

* RMM = Razão de Mortalidade Materna

Comparando a RMM Cuiabá com a RMM do Brasil, Centro Oeste e Mato Grosso, observa-se que Cuiabá foi a que mais oscilou durante o período, apresentando em relação às demais, picos significativos de aumento em 1999 com 86,76/100.000NV, 2002 com 89,40/100.000NV, chegando a 97,79/100.000NV em 2004, com um decréscimo importante em 2005 com 52,12/100.000NV, aproximando-se das RMM do Brasil e Centro Oeste que se mantiveram mais ou menos constantes durante todo o período com 53,37 e 54,47/100.000NV respectivamente. A RMM de Mato Grosso apresentou um comportamento semelhante ao de Cuiabá, porém, com variações menores, com uma tendência de aumento significativo à partir de 2004 com 66,39/100.000NV, chegando em 2005 com 85,86/100.000NV. A RMM no conjunto dos 10 anos de estudo foi de

55,20/100.000NV para o Brasil, 52,08/100.000NV para a região Centro-Oeste, 57,65/100.000NV para Mato Grosso e 62/100.000NV para Cuiabá.

Figura 1 – Razão de Mortalidade Materna segundo ano de ocorrência de óbitos no Brasil, Região Centro Oeste, Mato Grosso e Cuiabá. Cuiabá, MT, 1996-2005.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

4.1 – Características sócio-demográficas

A distribuição das mulheres segundo variáveis sócio-demográficas permitiu observar que a idade variou entre 13 a 44 anos. A maior frequência dos óbitos foi nas faixas etárias de 20 a 34 anos, com 37 mulheres (61%). A média de idade entre as mulheres estudadas foi de 28,2 anos.

A distribuição dos óbitos maternos segundo a razão de mortalidade indicou maior risco para as mulheres com idade de 35 anos e mais, assim como as de cor parda e solteiras. As mulheres que tinham escolaridade mais alta tiveram menor razão de mortalidade, enquanto que as mulheres que possuíam ocupação do lar o risco de morrer foi maior. As mulheres que trabalhavam fora do lar eram na sua maioria representadas pelas empregadas domésticas, estudantes e vendedoras.

Observou-se que segundo a região de residência, a razão de mortalidade foi maior na região sul do município (**Tabela 4**). Com relação a renda dessas mulheres, apenas em uma das fichas de investigação foi encontrado dados sobre tal informação, sendo o equivalente a dois salários mínimos para a época.

Tabela 4 – Distribuição dos óbitos maternos (n=37) segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá, MT, 2000-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM /100.000 NV)
Idade (em anos)	10 – 19	8	22	59,93
	20 – 34	19	51	48,44
	35 e +	10	27	317,15
Raça/cor	Branca	10	27	56,56
	Parda	27	73	73,11
Estado Civil	Solteira	24	65	97,15
	Casada	12	32	74,23
	Outros	1	3	6,93
Escolaridade (em anos)	< 4 anos	7	19	259,16
	4 a 7 anos	14	38	85,95
	8 e +	16	43	45,08
Ocupação	Do lar	26	70	72,43
	Fora do lar	11	30	59,20
Local de Residência por Região Administrativa	Regional Norte	8	21	66,87
	Regional Sul	14	38	97,21
	Regional Leste	7	19	48,22
	Regional Oeste	7	19	60,10

*RMM -= Razão de Mortalidade Materna

4.2 - Assistência ao pré-natal, parto ou aborto e puerpério

A assistência ao pré-natal foi prestada a 35 (57%) mulheres e 4 (7%) não realizaram nenhuma consulta. Uma grande parte das mulheres que realizaram pré-natal teve 4 a 6 consultas 14 (23%), sendo a Unidade Básica de Saúde (U.B.S), o local mais freqüente 15 (25%). Destaca-se a falta de informação 42 (69%) na

variável encaminhamento no pré-natal. Das 19 mulheres que foram obtidas as informações do pré-natal, apenas 10 (16%) foram encaminhadas para outro serviço durante o período de gestação (**Tabela 5**).

Tabela 5. Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à assistência ao pré-natal. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%
Nº de consultas	Nenhuma	4	7
	1 a 3	10	16
	4 a 6	14	23
	7 e +	11	18
	Sem informação	22	36
Local onde foi realizado o pré-natal	U.B.S	15	25
	Hospital	6	10
	Policlínica	4	7
	Consultório particular	3	5
	Não Realizou	4	7
	Sem informação	29	48
Encaminhamento no pré-natal	Sim	10	16
	Não	5	8
	Não realizou	4	7
	Sem informação	42	69

Em 27 (44%) fichas de verificação de óbitos havia informação do serviço procurado pela mulher quando não se sentia bem e a maior frequência foi de hospitais (10), seguidos de unidades básicas de saúde (7) conforme **Tabela 6**.

Tabela 6 – Distribuição dos óbitos maternos (n=27) segundo informações de familiares sobre a busca de outros serviços durante a gestação. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Categorias	Nº	%
Unidade básica	7	26
Médico particular	3	11
Hospital	10	37
Pronto Socorro	4	15
Nunca procurava	2	7
Outros	1	4

A análise dos óbitos maternos segundo antecedentes obstétricos indicou que 19 (31%) tinham entre 1 a 2 filhos. (**Tabela 7**).

Tabela 7 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Nº de gestações anteriores	Nenhuma	12	20	12,34
	1 - 2	19	31	19,54
	3 e +	16	26	16,45
	Sem informação	14	23	14,39

Com relação ao número de filhos vivos, verificou-se que 10 (16%) mulheres foram a óbito na sua quarta ou mais gestação, sendo a média de filhos vivos de 2,37. Para o cálculo da RMM específica para as variáveis nº de filhos vivos e nº de filhos mortos, foi levado em consideração o período de 2000 a 2005 (n=37) por falta de informações em anos anteriores. A RMM foi maior (132,15/100.000NV) à partir da 3ª gestação. Analisando a quantidade de filhos mortos, 38 mulheres (62%) não possuíam nenhum filho morto e a RMM foi maior (265,48/100.000NV) para as mulheres que possuíam 2 filhos mortos (**Tabela 8**).

Tabela 8 – Distribuição dos óbitos maternos (n=37) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 2000-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Nº de filhos vivos	Nenhum	12	20	36,51
	1	12	20	44,56
	2	13	21	97,53
	3 e +	10	16	132,15
	Sem informação	14	23	84,08
Nº de filhos mortos	Nenhum	38	63	57,92
	1	6	10	94,35
	2	3	5	265,48
	Sem informação	14	23	58,71

RMM = Razão de Mortalidade Materna

Considerando o intervalo entre o último parto ou aborto e o início da gestação atual, 8 mulheres (13%) apresentaram intervalo superior a 2 anos. As complicações ocorridas nas gestações anteriores foram hipertensão arterial em duas mulheres (3%) e em 40 mulheres (66%) não havia registro da informação (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Intervalo entre o último parto ou aborto e o início da gestação atual (em anos)	Primigesta	12	20	12,34
	< 1	1	2	1,02
	1 - 2	4	7	4,11
	> 2	8	13	8,22
	Sem informação	36	59	37,02

Continua...

Tabela 9 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas aos antecedentes obstétricos. Cuiabá, MT, 1996-2005.

		Continuação			
Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV	
Complicações em gestações anteriores	Primigesta	12	20	12,34	
	Hipertensão Arterial	2	3	2,05	
	Infecção Urinária	1	2	1,02	
	Hemorragia	1	2	1,02	
	Outras/complicações	3	5	3,08	
	Não complicação.	2	3	2,05	
	Sem informação	40	66	41,13	

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Com relação à duração da gravidez, o risco de morrer foi maior nas mulheres que tiveram gestação a termo (RMM 25,7/100.000NV) e as tiveram gestações interrompidas, antes de 22 semanas a RMM foi 13,4/100.000NV. Quanto ao tipo de gravidez, a RMM foi de 54,5/100.000NV para as mulheres que tiveram gravidez única e apenas uma mulher teve gravidez tripla (**Tabela 10**).

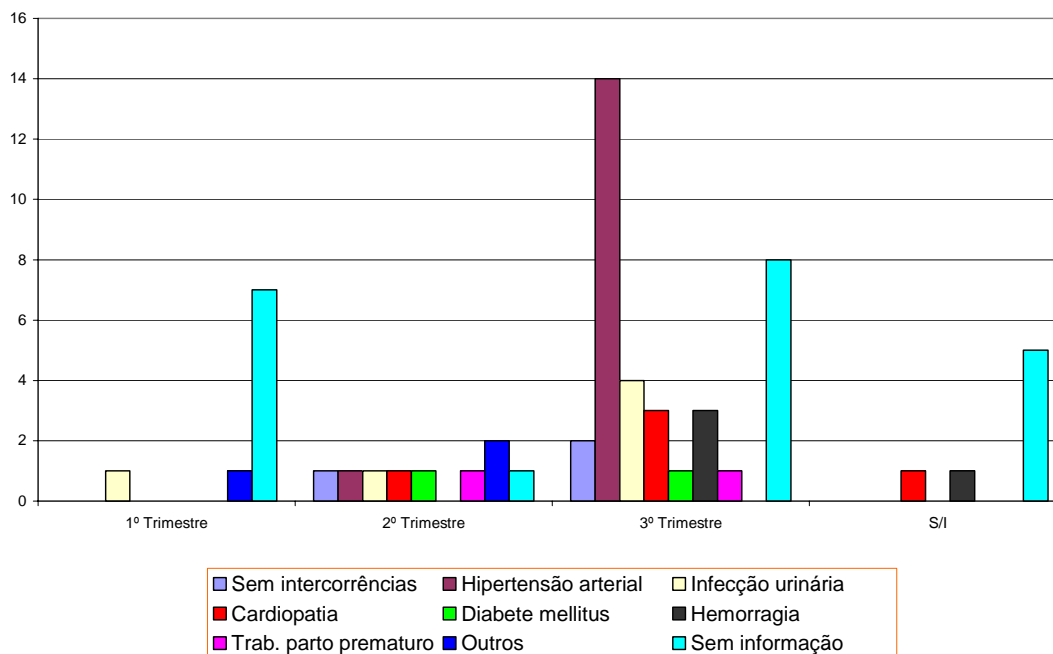
Tabela 10 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis da gestação relacionada ao óbito Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variável	Categoria	Nº	%	*RMM/100.000NV
Duração Gestação (em semanas)	< 22	13	21	13,36
	22 – 27	5	8	5,14
	28 – 31	3	5	3,08
	32 -36	8	13	8,22
	37 – 41	25	41	25,71
	Sem informação	7	11	7,19
Tipo de Gravidez	Única	53	87	54,50
	Tripla	1	2	1,02
	Sem informação	7	11	7,19
Intercorrências na gestação	Hipertensão arterial	15	25	15,42
	Infecção urinária	6	10	6,17
	Cardiopatias	5	8	5,14
	Hemorragias	4	7	4,11

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Com relação às intercorrências durante à gestação, encontramos informações de apenas 40 (66%) das mulheres. Das mulheres que apresentaram hipertensão arterial, 11 (18%) delas estavam entre 37 a 41 semanas de gestação. As infecções urinárias estiveram presentes desde o início da gestação, apresentando maior ocorrência no período de 32 a 36 semanas em 4 (7%) mulheres. As cardiopatias aparecem como terceira intercorrência, sendo a maior frequência também entre 37 e 41 semanas 3 (5%). Em quarto lugar aparecem as hemorragias com uma concentração maior no período de 32 a 41 semanas de gestação 3 (5%). A maior ocorrência de complicações na gravidez foi pela hipertensão arterial no terceiro trimestre de gestação. (**Figura 2**).

Figura 2. Número de óbitos maternos segundo intercorrências na gestação atual e duração da gravidez. Cuiabá, MT, 1996-2005.



As informações relativas ao acesso das mulheres aos serviços de saúde, dados estes não apresentados em tabelas, mostraram que 25 (41%) foram atendidas quando necessitaram dos serviços. Antes da hospitalização 22 mulheres foram atendidas por outros serviços de saúde. O número de dias com sintomas da doença que levou à morte sem atendimento médico variou de 1 até 60 dias, sendo 5 (8%) mulheres de 1 a 2 dias, 7 (11%) de 3 a 10 dias, e 2 (3%) mais de 10 dias. O mínimo de dias registrado foi 1 e o máximo 60 dias, sendo de 10,91 a média de dias com sintomas da doença sem atendimento.

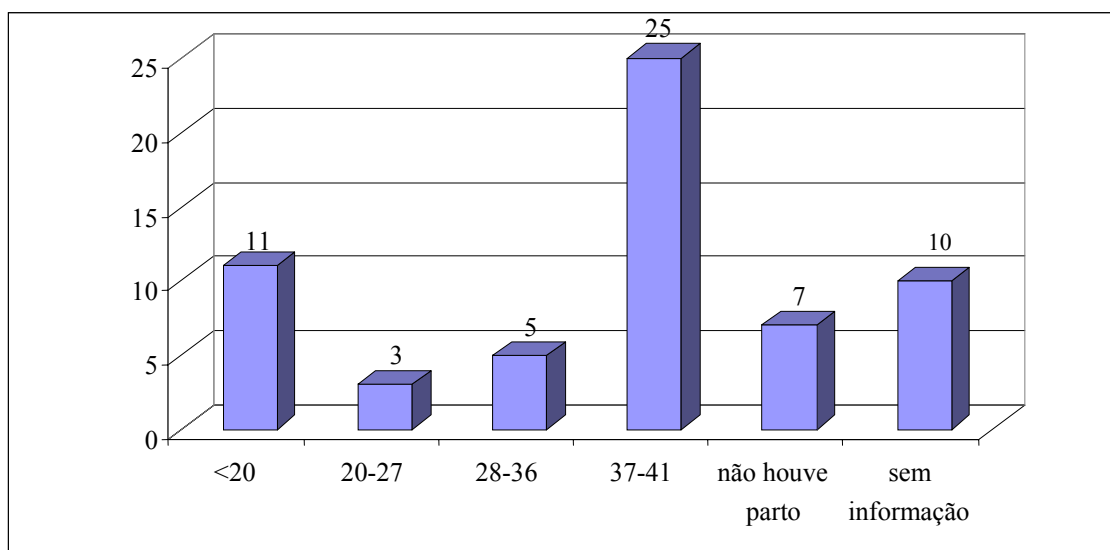
Com relação à evolução da gestação, 40 (66%) mulheres tiveram parto e 10 (16%) evoluíram para aborto. A grande maioria dos partos e abortos ocorreu nos hospitais em 43 mulheres (70%). Quanto ao tipo de aborto mais freqüente, em 09 (15%) mulheres foram espontâneos. Dos abortos informados, 2 (3%) foram por interrupção medicamentosa. Com relação ao tipo de parto o mais comum foi cesárea e 8 mulheres tiveram vaginal espontâneo, sendo as cesáreas motivadas principalmente por problemas maternos em 20 mulheres (33%) (**Tabela 11**).

Tabela 11 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à ocorrência de parto ou aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variáveis	Categoria	Nº	%
Evolução da gestação	Parto	40	66
	Aborto	10	16
	Não houve parto ou aborto	7	11
	Sem informação	4	7
Local de ocorrência do parto ou aborto	Hospital	43	70
	Domicílio	1	7
	Não ocorreu	7	11
	Sem informação	10	16
Tipo de aborto	Não se trata de aborto	47	77
	Espontâneo	9	15
	Induzido por outras razões	1	2
	Sem informação	4	7
Causa do aborto	Não se trata de aborto	47	77
	Interrupção medicamentosa	2	3
	Interrupção por manipulação micro-cesárea	1	2
	Sem informação	11	18
Tipo de Parto	Cesárea por problemas maternos	20	33
	Vaginal espontâneo	8	13
	Cesárea eletiva	3	5
	Cesárea por desproporção céfalo-pélvica	1	2
	Cesárea por acidentes hemorrágicos	1	2
	Cesárea por sofrimento fetal	1	2
	Não ocorreu parto	14	23
	Outros	5	8
	Sem informação	8	13

Com relação à idade gestacional das mulheres no momento de ocorrência do parto e aborto, 11(18%) delas tinham menos de 20 semanas e a maior frequência 25 (41%) tinha entre 37 a 41 semanas (**Figura 3**)

Figura 3 – Número de óbitos maternos (n=61) segundo idade gestacional no momento do parto e aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005.



Os motivos de internação das mulheres foram diversos, sendo os mais comuns a pré-eclâmpsia, com 15 (25%), seguida de aborto com 10 (16%), embolia e trabalho de parto com 7 (11%) cada. O médico obstetra/ginecologista foi o profissional que mais realizou atendimento a essas mulheres 34 (56%). Nesses atendimentos foi aplicada anestesia em 27 (44%) das mulheres sendo as anestésias raquidianas e gerais as mais utilizadas 24 (39%). Em apenas 3 (5%) das mulheres foi realizado o uso de ocitócitos. Foi realizada transfusão sanguínea em 14 (23%) das mulheres. Em 32 (52%) fichas das mulheres, encontramos informações sobre outras complicações durante o trabalho de parto ou aborto, mostrando que as mais importantes foram as hemorragias com 09 (15%), seguidas da eclâmpsia com 7 (11%) e as cardiopatias com 6 (10%) (**Tabela 12**).

Dos óbitos registrados no período, em 20 mulheres (33%) os familiares emitiram informações sobre a qualidade de assistência prestada durante o parto e aborto e desses, 14 (22%) consideraram a assistência como insatisfatória e o motivo principal apontado foi a negligência médica 10 (16%), conforme a **Figura 4a e 4b**.

Tabela 12 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) de acordo com a assistência ao parto e aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%
Motivo da internação	Pré-Eclampsia	15	25
	Aborto	10	16
	Trabalho de parto	7	11
	Embolia	7	11
	Síndrome infecciosa	5	8
	Eclampsia	4	7
	Descolamento Prematuro de placenta	2	3
	Amniorrex prematura	2	3
	Placenta prévia	1	2
	Sem informação	8	13
Profissional que atendeu	Médico Obstetra/ginecologista	34	56
	Sem Informação	27	44
Realizou anestesia	Sim	27	44
	Não	25	41
	Sem informação	9	15
Tipo de anestesia	Geral	15	25
	Raquidiana	9	15
	Peridural	2	3
	Regional	1	2
	Sem informação	34	56
Uso de ocitócito	Sim	3	5
	Não	8	13
	Sem informação	50	82
Transfusão de sangue	Sim	14	23
	Não	8	13
	Sem informação	39	64
Outras complicações durante o trabalho de parto e aborto	Hemorragia	9	15
	Eclampsia	7	11
	Cardiopatas	6	10
	Tromboembolismo	5	8

Continua...

Tabela 12 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) de acordo com a assistência ao parto e aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Continuação.	
		Nº	%
Outras complicações durante o trabalho de parto e aborto	Infecções prévias	2	3
	Sem complicações	1	2
	Outras	3	5
	Sem informação	28	46

Figura 4a – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas ao motivo do óbito na avaliação dos familiares da assistência ao parto/aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005.

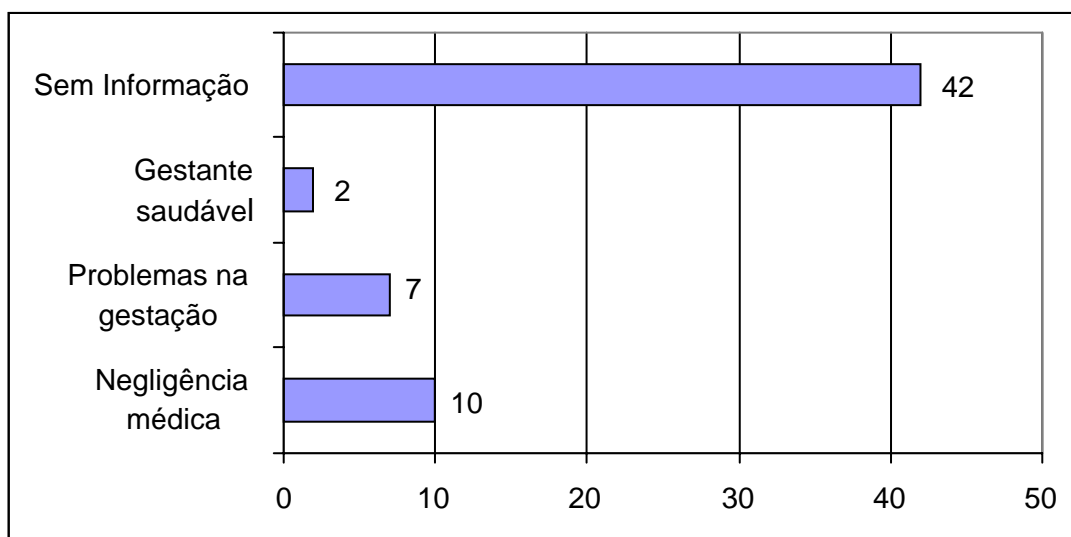
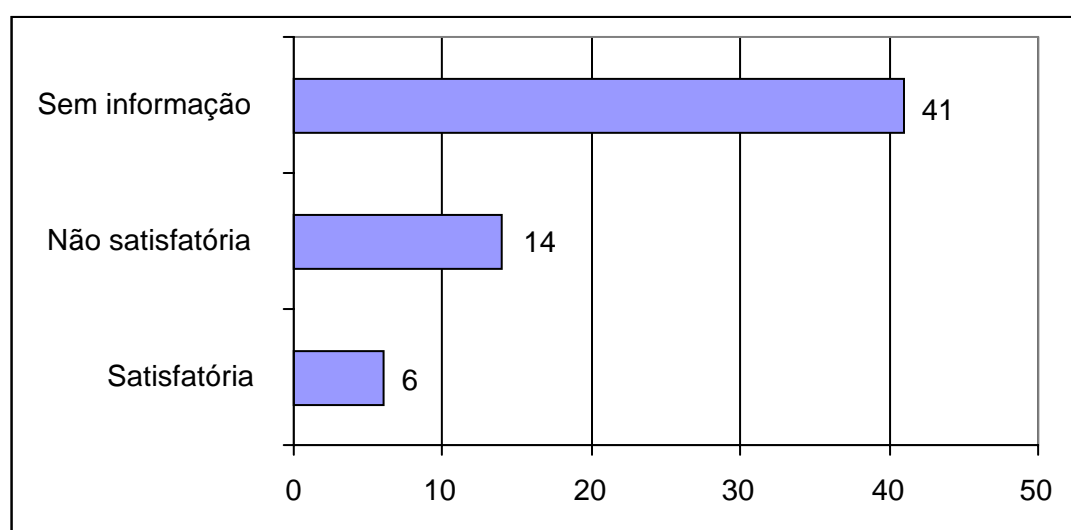


Figura 4b – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas a avaliação dos familiares da assistência ao parto/aborto. Cuiabá, MT, 1996-2005.



Com relação as variáveis relacionadas ao puerpério, apenas um registro foi encontrado da realização de consulta nesse período. Observamos, pelas informações encontradas nas fichas que 32 mulheres tiveram intercorrências clínicas no puerpério, sendo a principal delas a hemorragia com uma RMM de 9,2/100.000NV, seguida de infecções puerperais com 5,1/100.000 (**Tabela 13**).

Tabela 13 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo intercorrências clínicas no puerpério. Cuiabá, MT, 1996-2005.

Categorias	Nº	%	RMM/100.000NV
Hemorragia	9	15	9,25
Infecções puerperais	5	8	5,14
Outras	18	29	18,51
Sem complicações	10	16	10,28
Sem informação	19	31	19,54

RMM = Razão de Mortalidade Materna

4.3 - Variáveis relacionadas ao óbito

Com relação ao momento em que ocorreu o óbito, observamos que o risco de morrer foi de 10,2/100.000NV durante a gestação e de 37/100.000NV durante o período de puerpério. Dos óbitos ocorridos no puerpério, a RMM foi de aproximadamente 36/100.000NV no período de até 42 dias após o parto (**Tabela 14**).

Os óbitos maternos declarados resultaram em uma RMM de 33,93/100.000 NV (Tabela 15). Dos óbitos ocorridos, 50 (82%) foram classificados como mortes obstétricas diretas, 09 (15%) foram classificadas como mortes obstétricas indiretas, conforme mostra a **Tabela 15**. De acordo com a definição de evitabilidade de mortes, a RMM foi de 55,5/100.000 NV para as morte classificadas como evitáveis. A maior parte dos diagnósticos foram confirmados através de exames 21 (34%). As informações mostram que 50 (82%) dessas mulheres tiveram assistência médica (**Tabela 15**).

Segundo a distribuição dos óbitos maternos, 50 (82%) destes ocorreram no ambiente hospitalar e 08 (13%) não apresentaram informações sobre os

estabelecimentos de ocorrência. O hospital privado/conveniado foi o de maior ocorrência, com 26 (43%), seguido do hospital público com 22 (36%). As principais procedências dessas pacientes foram 35 (57%) do domicílio e 14 (23%) de outro hospital. (Tabela 16).

Tabela 14 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à identificação do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Momento em que ocorreu o óbito	Na gestação	10	16	10,28
	No parto	8	13	8,22
	Puerpério	36	59	37,02
	Sem informação	7	11	7,19
Óbitos ocorridos no puerpério	≤ 42 dias	35	97	35,99
	> 42 dias e < 1 ano	1	3	1,02
Idade gestacional no momento do óbito (em semanas)	≤20	10	16	10,28
	20 – 27	4	7	4,11
	28 - 36	3	5	3,08
	37 - 41	3	5	3,08
	Após o parto	36	59	37,02
	Sem informação	5	8	5,14

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Tabela 15 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à caracterização do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Condições do óbito	Óbito materno declarado	33	54	33,93
	Óbito materno não declarado	9	15	9,25
	Sem informação	19	31	19,54
Classificação do óbito	Obstétrico direto	50	82	51,42
	Obstétrico indireto	9	15	9,25
	Morte obstétrica de causa não especificada	1	2	1,02

Continua...

Tabela 15 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas à caracterização do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	<i>Continuação</i>
				*RMM/100.000NV
Classificação do óbito	Morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano	1	2	1,02
Morte evitável	Sim	54	89	55,53
	Sem informação	7	11	7,19
Diagnóstico confirmado por	Exame	21	34	21,59
	Cirurgia	5	8	5,14
	Necropsia	2	3	2,05
	Exame e cirurgia	8	13	8,22
	Exame e necropsia	1	2	1,02
	Sem informação	24	39	24,68
Recebeu assistência médica	Sim	50	82	21,59
	Não	3	5	3,08
	Sem informação	8	13	8,22

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Tabela 16 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas ao local de ocorrência do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005.

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Local onde ocorreu o óbito	Hospital	50	82	51,42
	Domicílio	1	2	1,02
	Via Pública	1	2	1,02
	Transporte	1	2	1,02
	Sem informação	8	13	8,22

Continua...

Tabela 16 – Distribuição dos óbitos maternos (n=61) segundo variáveis relacionadas ao local de ocorrência do óbito. Cuiabá-MT, 1996-2005.

Continuação

Variáveis	Categorias	Nº	%	*RMM/100.000NV
Tipo de estabelecimento de ocorrência do óbito	Hospital Público	22	36	22,62
	Hospital Privado/Conveniado	26	43	26,73
	Hospital Privado	2	3	2,05
	Em Trânsito	1	2	1,02
	Domicílio	1	2	1,02
	Chegou a óbito	1	2	1,02
	Sem informação	8	13	8,22
Procedência	Domicílio	35	57	35,99
	Outro hospital	14	23	14,39
	Policlínica	4	7	4,11
	Sem informação	08	13	8,22

* RMM = Razão de Mortalidade Materna

4.3.1 - Causas Básicas de Mortes Maternas

Com relação às causas básicas de mortes maternas, verificou-se que as RMM foram de 51,42/100.000 NV para as obstétricas diretas e de 9,25/100.000 NV para as causas obstétricas indiretas (**Tabela 17**).

Tabela 17 - Distribuição de óbitos maternos segundo grupos de causa básica de morte. Cuiabá – MT, 1996 – 2005.

Causa Básica	Nº	%	*RMM/100.000NV
Causas Obstétricas Diretas	50	82	51,42
Causas Obstétricas Indiretas	9	15	9,25
Morte obstétrica de causa não especificada	1	2	1,02
Morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto.	1	2	1,02
Total	61	100	62,73

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Na **Tabela 18**, apresentamos as freqüências dos agrupamentos das causas de mortes obstétricas diretas, onde podemos verificar que as principais causas estão relacionadas à edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez no parto e puerpério, aborto e complicações do trabalho de parto e parto.

Tabela 18 - Distribuição de óbitos maternos segundo causas obstétricas diretas. Cuiabá – MT, 1996 – 2005.

Causa Básica	Nº	%	*RMM (100.000 NV)
Abortos	10	20	10,28
Edema, proteinúria e transtornos hipert. na gravidez, parto e puerpério.	15	30	15,42
Outros transtornos relacionados à gravidez	5	10	5,14
Problemas ligados ao feto, à cavidade amniótica e ao parto	4	8	4,11
Complicações do trabalho de parto e do parto	9	18	9,25
Complicações do puerpério	7	14	7,19
Total	50	100	51,42

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Nas causas obstétricas indiretas, as doenças do aparelho circulatório foram as de maior importância, representando nesse conjunto 56% das mortes, com uma RMM de 5,14/100.000NV (**Tabela 19**).

Tabela 19. Distribuição de óbitos maternos segundo causas obstétricas indiretas. Cuiabá – MT, 1996 – 2005.

Causa Básica	Nº	%	*RMM /100.000 NV
Doenças do ap. circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério	5	56	5,14
Hipertensão arterial pré-existente	2	22	2,05
Outras doenças e afecções não especificadas complicando a gravidez, parto e puerpério	2	22	2,05
TOTAL	09	100	9,25

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

A Tabela 20 mostra as causas de morte de forma detalhada, ficando com as quatro principais causas as Doenças Hipertensiva Específica da Gravidez com 23%, o aborto com 18%, as cardiopatias com 11% e as hemorragias com 7%.

Tabela 20. Distribuição das causas básica de óbitos materno ocorridos no município de Cuiabá – Mato Grosso no período de 1996 a 2005.

Causa Básica da Morte	Nº	%
Abortamento	10	18
Doenças Hipertensivas	14	23
Cardiopatias	7	11
Hemorragias	4	7
Descolamento Prematuro de Placenta	3	5
Hipotonia Uterina	3	5
Infecção Puerperal	3	5
Infecção Urinária	2	3
Hipertensão Arterial Pré-existente	2	3
Embolia Pulmonar	2	3
Out. doenças e afec. compl. a grav., parto e puerp.	2	3
Diabete Mellitus	1	2
Compl. cardíacas p/anest. administ. na gravidez	1	2
Assistência prestada à mãe por morte int.-uterina	1	2
Demora do parto após ruptura espontânea	1	2
Complicações do trabalho do parto e do parto	1	2
Insuficiência Renal Aguda	1	2
Morte Obstétrica de causa não especificada	1	2
Morte de causa obstétrica com mais de 42 dias e menos de um ano após o parto	1	2
TOTAL	61	100

4.3.1.1 - Óbitos maternos por causas obstétricas diretas e indiretas segundo variáveis sócio-demográficas.

A distribuição dos óbitos por grupo etário indicou que as mulheres com idade menor de 20 anos e idade superior a 40 anos tiveram proporções semelhantes nos

tipos de causas de óbitos. Contudo, aquelas do grupo etário de 20 a 29 anos morreram principalmente por doenças hipertensivas. Já as mulheres com idade de 30 a 39 anos a maior proporção de óbitos foi por complicações do trabalho de parto e parto e puerpério como se observa na Tabela 21. As mulheres de cor não branca tiveram como causa básica de morte mais freqüente as complicações do trabalho de parto e parto e puerpério, seguidas das doenças hipertensivas, enquanto que aquelas que eram casadas morreram especificamente por complicações do trabalho de parto, parto e puerpério. Quanto à escolaridade das mulheres verificou-se que as mulheres que possuíam 8 anos e mais de estudo e que tinham como ocupação “do lar” tiveram como principal causa as doenças hipertensivas e complicações do trabalho de parto, parto e puerpério. De acordo com o tipo de estabelecimento de assistência na ocorrência do óbito observou-se que as proporções das causas básicas obstétricas diretas foram semelhantes nos estabelecimentos públicos e com maior predominância de complicações do trabalho de parto, parto e puerperio, nos estabelecimentos privados/conveniados (**Tabela 21**).

Tabela 21 - Distribuição dos óbitos maternos (n=50) por causas diretas segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá MT, 1996 a 2005.

Características Sócio- demográficas	Causas de Morte Materna Obstétrica Direta				Total Nº
	Aborto Nº	Doenças Hipertensivas Nº	Complicações do Trabalho Parto, parto e puerpério Nº	Outras causas Nº	
Faixa Etária					
< 20	2	1	3	3	9
20 – 29	3	9	4	1	17
30 – 39	5	4	8	4	21
40 e +	-	1	1	1	3
Cor					
Branca	3	4	3	-	10
Não Branca	4	9	10	9	32
Sem Informações	3	2	3	-	8

Continua...

Tabela 21 - Distribuição dos óbitos maternos (n=50) por causas diretas segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá MT, 1996 a 2005.

Continuação.

Características Sócio-demográficas	Causas de Morte Materna Obstétrica Direta				
	Aborto	Doenças Hipertensivas	Complicações do Trabalho Parto, parto e puerpério	Outras causas	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Estado Civil					
Solteira	6	6	6	8	26
Casada	1	7	8	1	17
Outros			1	-	1
Sem informações	3	2	1	-	6
Escolaridade					
Nenhuma	1	-	-	-	1
1 - 3	-	1	3	-	4
4 - 7	3	4	4	1	12
8 e +	2	9	8	8	27
Sem informações	4	1	1		6
Ocupação					
Do lar	3	13	10	7	33
Outras	6	2	6	2	16
Sem Informações	1	-	-	-	1
Estabelecimento					
Público	4	5	5	5	19
Públ./Conveniado	3	7	8	3	21
Privado	-	-	-	1	1
Outros	-	1	-	-	1
Sem Informação	3	2	3	-	8

Com relação às causas indiretas as características mais frequentes foram de mulheres de faixa etária de < de 20 anos e as de 20 a 29, de cor não branca, estado civil solteira, que possuíam de 4 a 7 anos de estudo e com ocupação do lar. Os

estabelecimentos de de saúde de maior ocorrência foram os públicos conveniados.

Quanto as características

das mulheres mais atingidas por outras causas maternas, podemos destacar: faixa etária de 30 anos e mais, cor branca, estado civil casada, escolaridade de 4 anos e mais e ocupação do lar. Os estabelecimentos de maior ocorrência foram os privados/conveniados (**Tabela 22**).

Tabela 22 - Distribuição dos óbitos maternos (n=9) por causas indiretas segundo variáveis sócio-demográficas. Cuiabá MT, 1996 a 2005.

Características sócio-demográficas	Causas de Mortes Maternas Obstétricas Indiretas			Total Nº
	Doenças do aparelho circulatório Nº	Hipertensão arterial pré-existente Nº	Doenças afecções NE, complicando gravidez, parto e puerpério Nº	
Faixa Etária				
< 20	2	1	-	3
20 – 29	2	-	1	3
30 – 39	-	1	1	2
40 e +	1	-	-	1
Cor				
Branca	1	-	1	2
Não Branca	4	2	1	7
Estado Civil				
Solteira	5	1	1	7
Outras	-	1	1	2
Escolaridade				
1 – 3	1	-	2	1
4 - 7	3	2		5
8 e +	1	-	2	3
Ocupação				
Do lar	3	1	1	5
Outras	2	1	1	4
Estabelecimento				
Público		2		2
Público/Conveniado	4		2	6
Via Pública	1			1

5 - DISCUSSÃO

O município de Cuiabá apresentou uma razão de mortalidade para o período bastante flutuante, com comportamento irregular, possivelmente sugerindo problemas relacionados com a qualidade das informações.

O Comitê de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá foi implantado em 1998 a partir de então, o município, através da Fundação de Saúde de Cuiabá, hoje Secretaria Municipal de Saúde implementou as ações de vigilância de óbitos, realizando investigação epidemiológica de todas as mortes informadas de mulheres em idade fértil, a fim de complementar informações para identificar, analisar e mensurar o risco de morte materna e os principais fatores relacionados a este evento. A partir da sua implantação, o comitê apresentou momentos de recuo e de reativação. Em 2006 foi aprovado o regimento interno do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, com reestruturação em meados de 2007 (SMS-CBÁ, 2008).

Diante desse histórico, arriscamos em afirmar que os momentos em que se observa diminuição e ascensão nos valores da RMM para o período, podem ter relação com os períodos de recuos e reativações do Comitê, considerando que a sua atuação possa de certa forma contribuir na melhoria das informações ou mesmo na qualidade da assistência, uma vez que segundo o Ministério da Saúde (MS, 2002), os seus objetivos, além de aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre os níveis de morte materna, suas causas, os fatores de risco associados, é também o de propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes.

Tal observação exige uma maior atenção, para o fato de que a melhoria da qualidade das informações pode representar uma elevação do número de mortes, porém isso não significa que esteja havendo um aumento real por qualquer situação específica.

A RMM em Cuiabá no período de 1996 a 2005, foi de 62,73/100.000 Nascidos Vivos, valor relativamente alto, considerando que pela OMS, o aceito é de até 20/100.000 Nascidos Vivos. Este valor, comparado a RMM do Brasil,

55,20/100.000NV, Região Centro Oeste com 52,08/100.000NV e Mato Grosso com 58,06/100.000NV para o período, também se apresenta alto. (DATASUS/MS, 2008 e SES-MT, 2007).

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (MS, 2006) e LAURENTI et al, (2004) apontam para o conjunto das capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, uma RMM de 38,9 por 100.000 nascidos vivos, sendo as maiores observadas para as capitais das regiões Norte (60,5/100.00NV) Nordeste (73,2/100.000NV) e a menor para a região Sul com 42,0/100.000NV, seguida pelas regiões Sudeste e Centro-Oeste com 45,4/100.000NV e 49,3/100.000NV respectivamente.

A RMM, observada em outros estudos que analisaram esse problema em algumas cidades brasileiras durante o período de estudo também é alta, representando motivo de preocupação para os gestores do sistema de saúde. COSTA (2002) encontrou na cidade de Recife, no período de 1994 a 2000 uma RMM em torno de 75/100.000NV. COSTA et al (2006), encontraram para o município do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2003, uma RMM de 60/100.000NV. Em Belém do Pará 2004, a RMM foi de 57,3/100.000NV (MOTA et al, 2008). Em estudo sobre morte materna declarada nas capitais de alguns estados brasileiros SOUSA et al. (2007), encontraram como valor mínimo e máximo de RMM, em Florianópolis com 46,4/100.000NV e em Palmas com RMM de 126,8/100.000NV.

Diante disso, a situação apresentada para Cuiabá neste período principalmente através dos valores de RMM e da oscilação durante o período é preocupante, porém, não difere muito da realidade nacional. Os problemas relacionados à qualidade das informações detectados durante o processo de coleta de dados são bastante significativos, deixando dúvida quanto à possibilidade de tais dados estarem ainda sub-notificados.

Das medidas adotadas pelo Brasil para melhorar a saúde materna, com o objetivo de cumprir com o compromisso firmado na ONU através dos Objetivos para atingir as metas de Desenvolvimento do Milênio, está a definição do Plano Nacional de Saúde para 2004 a 2007 que hoje, acreditamos ter impactado alguma mudanças significativas neste contexto. Dentre as metas traçadas neste plano, estão: a

promoção da atenção integral à saúde da mulher, redução em 15% das taxas de cesarianas, redução em 15% de complicações do aborto no âmbito do SUS e implantação de Comitês de Mortalidade Materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes (MS, 2005b).

5.1 - Características Sócio-demográficas

Através das características sócio-demográficas dessas mulheres, observa-se que o grupo mais atingido se encontrava na faixa etária de 20 a 34 anos, porém, o grupo de maior risco foi de 35 anos e mais com uma RMM de 317,15/100.000NV no período. O Ministério da Saúde (MS, 2005a), define como condições de risco para a idade as faixas etárias de menores de 15 anos e maiores de 35 anos, porém, as condições que representam riscos poderão estar presentes em outras faixas etárias, exigindo com isso maior atenção, tanto nos fatores mencionados no quadro sobre fatores de risco para a gestação atual como naqueles que poderão surgir como intercorrência fora dessas especificações

COSTA et al (2006), em estudo realizado para descrever a mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2003, observou que o risco de morte materna foi muito maior na faixa etária de 35 anos ou mais, apesar do maior número de óbitos maternos ter ocorrido na faixa de 20 a 34 anos e ser nessa faixa que se concentra o maior contingente de mulheres expostas ao risco de morte materna.

A partir da década de 1960, com o advento dos métodos anticoncepcionais mais seguros e eficazes, o planejamento dos filhos, com redução do número e aumento dos intervalos de nascimento, passou a ser exercido de maneira consciente. A introdução da mulher no mercado de trabalho, a necessidade de desenvolvimento de uma carreira, a disputa de espaços no mercado, a melhoria das condições socioeconômicas e a estabilidade financeira são fatores que fazem com que o início da atividade reprodutiva ocorra em idade mais avançada (YUKI ARIE et al, 2004). De certa forma, este poderá ser um fator de determinação de aumento da frequência

de óbitos maternos no grupo de mulheres neste faixa etária, considerada de maior risco.

Os resultados do estudo mostram também nas características sócio-demográficas que as mulheres de cor parda foram as mais atingidas pela mortalidade materna, e de acordo com MARTINS (2006), poderá estar refletindo um maior risco de morte em mulheres da raça negra que inclui a as pretas e pardas configurando uma importante expressão de desigualdade social que refletem em iniquidades em saúde. Neste estudo encontramos uma RMM de 73,11/100.000NV para este grupo de mulheres, confirmando com isso, as tendências dos resultados encontrados em outros estudos brasileiros. O mesmo autor, citado anteriormente, em estudo sobre mortalidade materna em mulheres negras por regiões brasileiras em 2002, aponta uma RMM de 48,73/100.000NV para as mulheres de cor branca e de 72,61/100.000NV para as mulheres de cor negra (MARTINS, 2004).

Verificou-se no presente estudo que a freqüência de óbito materno foi maior nas mulheres solteiras em relação às casadas, assim como também o risco de morrer que se apresenta maior para as mulheres solteiras, com uma RMM de 97,15/100.000NV, o que poderá ser explicado pela possibilidade de uma situação familiar insegura.

A maioria dessas mulheres apresentavam idade de 10 a 49 anos, eram de cor parda ou preta, possuíam de 8 e mais anos de estudo e ocupação do lar. As causas principais de morte foram hipertensão arterial e aborto

A não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente, assim como, em situação conjugal insegura, deve ser um fator a ser observado na assistência dessas mulheres que apresentam como grupo de maior freqüência. A maior incidência de óbitos maternos entre mulheres solteiras, pode estar relacionada ao desamparo na maternidade (SANTOS, 2005).

O estudo indicou quanto à variável escolaridade maior risco de óbitos nas mulheres que tiveram menos que 4 anos de estudo concordando com o Ministério da Saúde na definição de risco para a escolaridade da mãe: baixa escolaridade, é risco para menor que cinco anos de estudo regular. (MS, 2005). Para HAIDAR et al.

(2001), a escolaridade materna é um marcador obstétrico de risco para a gestante e o recém-nascido. Para esta afirmação os autores realizaram estudos que estimaram a correlação da escolaridade com os indicadores obstétricos e encontraram associações com baixo peso ao nascer, número de filhos igual ou maior que três, história pregressa de filhos mortos, maior número de partos e menor número de consultas de pré-natal. Por outro lado, o mesmo estudo mostra que existe um fator de proteção na associação do maior grau de instrução com a maior frequência de consultas no pré-natal (mais de seis), motivadas tanto pela maior valorização da importância do acompanhamento, como pela maior facilidade de acesso, apesar de apresentar maior chance de realizar parto cesáreo, que também constitui risco para a gestação.

Quanto à ocupação das mulheres o risco mais elevado de morte materna está entre as com ocupação do lar expresso por uma RMM de 72,43/100.000NV. As ocupações fora do lar eram caracterizadas com maior frequência em empregadas domésticas, estudantes e vendedoras. O estudo mostra uma participação bastante incipiente destas mulheres no mercado de trabalho com baixa ou nenhuma contribuição na composição da renda familiar representada pela alta frequência de ocupação “do Lar”. Esta situação pode contribuir para alguns fatores relacionados as condições psicológicas, nutricionais, físicas e de segurança dessas mulheres que aumentam o risco de morbidade e mortalidade materna. De acordo com o relatório da CPI da Mortalidade Materna a ocupação “do lar”, muitas vezes desvalorizada por não ser um trabalho remunerado, é uma atividade doméstica constante, desgastante e que demanda muito esforço físico, podendo acarretar risco de óbito durante o período gestacional (BRASIL, 2000).

Através da ausência de informações relativas ao endereço de residência de algumas mulheres, observou-se maior frequência de mulheres residentes na região sul de Cuiabá, com RMM também mais alta para esta região (97,21/100.000NV).
ver resultados

A maioria das mulheres que residiam na região sul possuíam raça cor parda, idade entre 20 e 34 anos, escolaridade de 4 e mais anos de estudo, solteiras e com ocupação do lar. Na sua maioria realizaram mais de 4 consultas de pré-natal,

morreram no 3º trimestre de gestação, tendo como causas mais frequentes a hipertensão arterial.

Os locais de residência das mulheres que foram a óbito em sua maioria eram em regiões periféricas o que poderá caracterizar um nível precário de condições de vida, com dificuldade de acesso a atendimento especializado e com possibilidade de risco para a maternidade. Estudo sobre perfil sócio-demográfico e causal da mortalidade materna realizado por RIQUELHO E CORREIA (2006) em Porto Alegre, demonstrou que os bairros com maior expressão na ocorrência de óbitos corresponderam a regiões mais populosas que envolvem áreas demográficas onde as pessoas possuem situação socioeconômica menos favorecida.

LEAL et al (2005), em estudo sobre as desigualdades raciais, sócio-demográficas, e da assistência ao pré-natal e ao parto, observaram persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas. Nas mulheres pretas e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro, além disso, puderam concluir que sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foi mais frequente nas negras seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade.

5.2 - Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério

Analisando os dados relacionados à assistência ao pré-natal, parto e puerpério, observamos deficiência de informações significativas para a análise de variáveis importantes para o nosso estudo. Ressaltamos também que a maior parte dessas informações teve como base para coleta de dados, a Ficha de Investigação de Óbitos Maternos da Secretaria Municipal de Saúde, reforçando com isso a necessidade de melhorar a qualidade da vigilância de óbitos no município, seja através da Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos ou do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Município de Cuiabá. Tal problemática pode também estar relacionada com as ações da atenção básica, considerando que a maior

freqüência de consultas foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, quatro delas já operando como Programa de Saúde da Família.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 1997), a unidade de saúde da família é destinada à realização da atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário e atenção à saúde.

A atenção primária define na maioria das vezes boa parte da condução do processo de qualidade da assistência no período gestacional.

Considerando que a gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz alterações no organismo da mulher, podendo levá-la a estados patológicos graves e de difícil controle, se não detectados em tempo hábil, e conduzidos de forma adequada. Este acompanhamento é feito através de ações de promoção (educação) proteção específica (ações de pré-natal) que no conjunto promoverão a prevenção de seqüelas e até mesmo de mortes maternas.

No Brasil, o pré-natal e a puericultura estão entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente no Programa de Saúde da Família, no entanto, pouco se conhece a respeito da efetividade destas ações nas Unidades Básicas de Saúde do país (PICCINI et al, 2007).

Apesar dos dados mostrarem que 57% das mulheres realizaram Pré-natal e a freqüência de grande parte do número de consultas ter sido maior e até superior àquele definido como mínimo pelo Ministério da Saúde (MS, 2005a) mínimo de 6 consultas para todo o período gestacional) e de 37 (60,7%) das mulheres terem apresentado intercorrência durante o período gestacional, as informações encontradas nas fichas de investigação de óbito mostram que apenas 10 (16,4%) delas foram encaminhadas para outros serviços durante o pré-natal.

SANTOS et al (2000), avaliando os critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS, observaram que, os usuários dos postos de saúde são oriundos dos estratos mais pobres da população, apresentando maiores problemas de saúde e necessitando de uma atenção de boa qualidade.

O atendimento do processo obstétrico foi realizado exclusivamente pelo profissional médico, mesmo sendo o profissional enfermeiro legalmente habilitado para a realização do parto sem distócia segundo a LEI 7.498 de 26 de julho de 1986 e resolução COFEN – 223 de 03 de dezembro de 1999 (COFEN, 2007).

A avaliação dos familiares quanto à qualidade do atendimento no pré-natal, indicou com maior frequência a negligência médica, atendimento não adequado problemas relacionados à gestação. Os dois primeiros resultados podem refletir o descontentamento do usuário na avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados à população e até mesmo com o Sistema de Saúde. Para GOMES et al (2006), os fatores que tem possibilitado a manutenção das altas taxas de mortalidade materna, perpassam pela qualidade da assistência e tem uma inter-relação com a gestante, com os profissionais que a assiste e com as instituições envolvidas. Os mesmos autores referem ainda que a instituição nem sempre está preparada para a assistência obstétrica, seja pela escassez de recursos ou até mesmo pelas lacunas existentes na formação obstétrica de alguns profissionais, somados a algumas características inerentes a algumas gestantes como nutrição, fatores psicológicos e sociais.

Nas informações obtidas nas fichas sobre a opinião dos familiares quanto a assistência, a maioria deles a consideram como insatisfatória e apontam como principal motivo a negligência médica.

TEIXEIRA e PEREIRA (2006) realizaram estudos no município de Cuiabá – MT, com o objetivo de analisar alguns aspectos culturais que atravessaram as vivências de mulheres ao se submeterem ao parto normal hospitalar do SUS, que apontaram pelos relatos, que o atendimento hospitalar é traduzido em dor, descaso, abandono, que reflete a violência física, psicológica ou emocional.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelece que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (MS, 2000d) Este Programa, criado e implantado através da Portaria nº 569 de 1/6/2000 Ministério da Saúde (MS, 2000d), com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas

de morbidade e mortalidade materna, pré-natal e neonatal no país, traz como principais linhas de ação: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º. mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo seis consultas de pré-natal; realização de exames laboratoriais de rotina, aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes; atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Com relação aos antecedentes obstétricos das mulheres estudadas, cerca de 20% delas eram primigestas. Das informadas que tiveram gestações anteriores, a maioria teve de 1 a 2 gestações. O maior risco de morte ficou entre as mulheres que tiveram 3 ou mais filhos vivos com RMM de 132/100,000NV e para as que tiveram 2 filhos mortos com RMM de 265,48/100.000NV. O intervalo interpartal mais freqüente das mulheres do estudo foi o superior a 2 anos e a complicação mais freqüente em gestações anteriores foi a hipertensão arterial.

O Ministério da Saúde (MS, 2005a) define como fator de risco para a gestação a história reprodutiva anterior, levando em consideração os seguintes antecedentes: morte perinatal explicada ao não, recém nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado, abortamento habitual, esterilidade/infertilidade, intervalo interpartal menor que 2 anos e maior que 5 anos, nuliparidade e multiparidade, síndromes hemorrágicas, pré-eclâmpsia ,cirurgia uterina anterior e macrossomia fetal.

Com relação à história reprodutiva anterior, o Ministério da Saúde (MS, 2005), destaca que o intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos pode representar um fator de risco na gestação atual. Neste estudo, a freqüência de intervalo superior a dois anos foi muito baixa, considerando a quantidade de mulheres que realizaram pré-natal. Destaca-se a limitação do presente estudo devido ao sub-registro nas variáveis avaliadas.

Quanto à duração da gestação atual, a maioria das mulheres teve suas gestações a termo, porém o número de gestações interrompidas antes de 22 semanas é preocupante. A perda ou óbito fetal com menos de 500g e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas é definida pelo Ministério da Saúde (MS, 2007a) como abortamento. Tal situação merece uma reflexão por parte dos profissionais de saúde com relação as medidas de promoção e proteção específica, durante ao pré-natal, destacando principalmente as medidas educativas para a prevenção da gravidez indesejada. Uma das medidas capaz de promover a prevenção do problema poderá estar relacionada à prática do planejamento familiar

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2002a), o planejamento familiar é uma pratica regulamentada em lei desde 1996 e estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis, estão obrigadas a garantir à mulher e ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde.

Segundo TEIXEIRA et al (2008), em estudo realizado sobre Gênero e Mortalidade Materna, evidenciaram que a assistência ao planejamento familiar como forma de evitar a gravidez indesejada e o aborto, ao pré-natal, parto e pós-parto, tem sido negligenciada, evidenciada por razões de mortalidade materna bastante elevadas, quando comparadas a de países desenvolvidos.

Durante a gestação as intercorrências mais comuns e relacionadas às causas diretas de mortes maternas foram a hipertensão arterial, as infecções urinárias e as hemorragias e relacionadas as causas indiretas tivemos como de maior importância as cardiopatias, problemas que bem acompanhados numa assistência de alto risco, podem ser controlados e dessa forma a morte evitada. Tais intercorrências tiveram no seu conjunto uma frequência maior nas gestações a termo (37 a 41 semanas).

LUZ et al. (2008), observaram, em estudo sobre morbidade materna grave atendidos no Hospital e Maternidade Celso Pierro de Campinas – SP em 2004 entre outubro de 2005 e julho de 2006, com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores de risco associados à morbidade materna grave numa maternidade terciária, que a

hipertensão (pré-eclâmpsia) representou 96% de outras morbidades graves e a hemorragia esteve presente em 60% dos casos de morbidade extremamente grave, seguida de hipertensão. .

Segundo FEITOSA et al (1991), a assistência pré-natal, iniciada em fase precoce da gestação e realizada conjuntamente pelo obstetra e pelo cardiologista, desempenha um papel de fundamental importância no sucesso da condução da gestante cardiopata.

Na maioria das mulheres, as gestações evoluíram para partos e foram a óbito no período puerperal, que pelas evidências parece concordar com estudo realizado por LEITE (2006), sobre Mortalidade Materna: Análise da trajetória das mulheres na cidade de Recife de 2001 a 2004, onde a mesma observou que a maioria das mulheres eram gestantes de risco e morreram no puerpério precoce.

O tipo de parto mais freqüente foi o cesariano, sendo sua grande parte motivados por problemas maternos.

Para FAÚNDES E CECATTI (1991), a alta freqüência de cesáreas quando eletivas poderá levar desnecessariamente riscos de morbidade e mortalidade ao recém nascido como prematuridade e angústia respiratória e à mãe riscos cirúrgicos, anestésicos e de infecções puerperais.

A eclâmpsia e o aborto foram os principais motivos de internação das mulheres, sendo a maioria delas atendidas pelo profissional médico com especialidade em ginecologia/obstetrícia. As anestésias raquidianas e geral foram as mais utilizadas nos atendimentos ao parto. Das complicações durante o trabalho de parto, as mais importantes foram as hemorragias, eclâmpsia, infecções prévias e cardiopatias.

O Ministério da Saúde (MS, 2000c), considera o abortamento como a terceira causa de morte materna no Brasil, com atendimento anual pelo Sistema Único de Saúde de 250.000 mulheres com complicações de aborto. Sendo assim, este se constitui como um problema grave de saúde pública. Neste estudo a situação não se difere da realidade nacional pelo número elevado de abortos identificados, constituindo-se como a 2ª principal causa de morte.

AMORIM et al (2008), analisando as causas de admissão em UTI Obstétricas na cidade do Recife de 2003 a 2007, observaram que a hipertensão arterial foi responsável por 78,4% desse tipo de admissões, seguidas pelas hemorragias e as infecções.

Num estudo feito com 114 mulheres sobre morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas Estado de São Paulo, LUZ et al.(2008), observaram que a maioria dos casos de morbidade materna extremamente grave deveu-se à hemorragia pós-parto, tendo ocorrido também quatro casos de internação em UTI, dois casos de histerectomia pós-parto, um de edema agudo de pulmão, um por septicemia e uma mulher com crise tireotóxica. A hipertensão foi o fator determinante quase exclusivo dos casos de outras formas de morbidade grave.

As informações sobre o puerpério foram consideradas as mais sub-informadas no presente estudo, apesar da maioria dos óbitos ocorrerem neste período. A baixa frequência de consultas e de exames durante o puerpério pode ser explicada pela alta frequência de óbitos ainda no puerpério imediato. As principais intercorrências foram as hemorragias e as infecções puerperais, porém deve-se ter cautela considerando a falta de informação que foi de 31%.

5.3 - Características do Óbito

Cerca de 80% dos óbitos ocorreram nos hospitais, sendo os hospitais públicos e conveniados os de maior ocorrência. Provavelmente esse predomínio decorre destes hospitais de referência para emergências e parto no modelo assistencial no Sistema de Saúde de Cuiabá. Das mulheres que internaram nos hospitais antes da morte, a maioria teve procedência domiciliar.

A grande maioria dos óbitos ocorreram após o parto, principalmente dentro dos primeiros 42 dias, e dos que ocorreram antes ou durante o parto, predominou a idade gestacional de 20 - 27 semanas. Essas mortes podem estar relacionadas com as patologias que motivaram as internações dessas mulheres, assim como às

complicações que surgiram no momento do parto, aborto e puerpério. Além disso, não podemos esquecer o número expressivo de cesarianas, que neste estudo, somaram 50,8%, procedimento este, que aumenta consideravelmente os riscos para a mãe e o filho pela grande possibilidade de complicações como hemorragias, infecções puerperais, complicações de anestésias, etc.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas, quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral (MS, 2005).

ARAÚJO et al. (2007), destaca que a atonia uterina complica um em cada vinte partos e é a etiologia mais comum da hemorragia pós parto e que os fatores de risco para este evento estão relacionados a gestações múltiplas, hidrâmnios, macrossomia, trabalho de parto precipitado ou prolongado, corioamnionite, ou simplesmente incapacidade para o músculo contrair pelo uso prévio de tocolíticos ou anestesia geral.

Para FAÚDES E CECATTI (1991), as infecções puerperais, são muito mais freqüentes após cesáreas do que parto vaginal, representando também, uma das causas de mortalidade materna. Outra causa apontada por eles está relacionada à anestesia. Apontam também os acidentes e complicações anestésicas e a aspiração de vômito como outros fatores que contribuem para um risco mais elevado de morte materna durante uma cesárea. Os autores destacam que, uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada inadequadamente, torna-se um perigo para um ou ambos, especialmente quando é utilizada somente por conveniência do médico e da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde. COSTA et al (2002) em estudo sobre Mortalidade Materna na Cidade do Recife ressalta a importância da associação de infecção com operação cesariana, considerando que a infecção puerperal apresentou-se como causa importante de óbito para o seu estudo, uma vez que quase 60% dos casos de morte por infecção, as mulheres sucedeu-se à cesariana.

AMORIM et al (2008), num estudo sobre morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife observou uma predominância de admissões no puerpério, que incluem a perda sangüínea no parto e puerpério e alertou para a possibilidade de tal evento descompensar o quadro clínico na presença de uma condição preexistente.

A frequência de óbitos declarados e considerados de causas obstétricas diretas foram bastante expressivo em relação aos de causas indiretas e outras. Cerca de 90% desses óbitos foram considerados evitáveis segundo MALTA et al. (2007), na avaliação da Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para faixas etárias de cinco a 75 anos.

Neste estudo, a maior parte dos diagnósticos foram confirmados por exames. A assistência médica foi prestada a 90% dessas mulheres.

O presente estudo remete a uma reflexão tanto por parte dos gestores dos serviços de saúde, como por parte dos profissionais sobre a qualidade da assistência prestada à mulher no período reprodutivo, especialmente à gestante de risco, relacionada à ações educativas, acompanhamento pré-natal de forma eficiente, sistema de referencia e contra-referencia resolutivo e assistencia ao parto e puerpério estruturada e de boa qualidade.

MOTA et al (2008), em estudo sobre a magnitude da mortalidade materna em Belém do Pará em 2004, aponta para evidências de que a morte materna é um relevante problema de saúde, não só pela magnitude como pela evitabilidade que envolve suas causas, traduzindo-se no acesso ao Sistema Único de Saúde e na pouca eficácia de seus serviços, na frequência às consultas do pré-natal e na assistência ao parto e puerpério. BOMFIM et al (2008), apontam alguns importantes elementos para a redução da mortalidade materna, tais como: assistência pré-natal de qualidade; sistema de referência e contra-referência, que vincule o pré-natal ao parto e regule a disponibilidade de leitos nas maternidades.

5.3.1 - Causas Básicas de Morte Materna

As principais causas de mortalidade materna direta em Cuiabá, de 1996 a 2005 foram as doenças hipertensivas, o aborto, as complicações do trabalho de parto e do parto e as complicações do puerpério. Como podemos observar o quadro não difere da realidade tanto do mundo e, principalmente, do Brasil.

Estudo realizado por SIQUEIRA e TANAKA (1986) mostrou que, dentre as causas de morte materna em adolescentes no Brasil em 1980, as principais causas por complicações da gravidez, parto e puerpério foram os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e o aborto. De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2006) nas capitais brasileiras em 2002, a principal causa de morte materna direta se relacionava aos transtornos hipertensivos, com grande destaque para a doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclampsia e eclampsia).

MOTA et al, 2008, observou em Belém-PA, em 2004, que as mortes por causas maternas representaram a décima *causa mortis* entre as mulheres em idade reprodutiva, mantendo a hipertensão arterial como a principal causa.

Dentre as doenças hipertensivas, a eclâmpsia é a principal causa de óbitos. Este quadro clínico pode ser evitado durante o acompanhamento pré-natal se a elevação dos níveis tensionais é detectada precocemente e tratada de forma adequada.

CECATTI et al (1998), entende que uma alta proporção de mortes maternas por hipertensão deva ser atribuída a falhas principalmente na assistência pré-natal, apesar de existir um componente também atribuível à atenção hospitalar ao parto e a problemas emergenciais do final da gestação.

COSTA et al (2002) destacam que, grande parte dos óbitos causados por hipertensão ocorre em mulheres com mais de 30 anos, multíparas e hipertensas crônicas e essas condições podem ser facilmente identificadas no pré-natal, possibilitando a adoção de terapêutica adequada a fim de minimizar as repercussões sobre a mãe e o feto. Tais medidas estão relacionadas à internação precoce, parto prematuro em centros de referência e ações de planejamento familiar.

O conhecimento da fisiopatologia da pré-eclâmpsia, o diagnóstico precoce e a atuação precisa no momento adequado em situações complicadas pela eclâmpsia e/ou síndrome HELLP permitem melhorar o prognóstico materno e perinatal e, principalmente, reduzir as altas taxas de mortalidade materna, decorrentes das síndromes hipertensivas (PERAÇOLI E PARPINELLI, 2005).

No presente estudo, o aborto aparece como a segunda principal causa e no âmbito nacional é o que apresenta maior sub-registro .

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente (MS, 2004a)

ANDRADE et al (2006) consideram ser obrigatório rever o problema dos abortos clandestinos, da legislação concernente e orientar e fornecer métodos contraceptivos a toda a população para evitar a gravidez indesejada. Já FUSCO et. (2008), admitem que o aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria essa realidade. A legalização do aborto, no Brasil, beneficiaria, sobretudo, as mulheres pobres.

Podemos afirmar que as complicações do trabalho de parto, parto e puerpério estão totalmente ligadas às condições fisiológicas desfavoráveis que podem ocorrer no processo gestacional, porém a assistência prestada pelos profissionais de saúde pode ter uma ação decisiva nesse processo, tanto no sentido de proteção como de agravamento de tal condição. As mulheres não precisam morrer de parto ou em situações relacionadas à gestação ou puerpério. O que elas precisam é de uma equipe de saúde comprometida com a saúde e com situações de vida que possam traduzir risco para a morte (RIQUINHO e CORREIA, 2006).

Diante do quadro de causas de mortes apresentado, temos um grave problema que se refere a evitabilidade de tais mortes e principalmente o predomínio de causas classificadas como diretas, representando ainda 84% das mortes maternas. O que preocupa é que as mortes maternas obstétricas diretas, de acordo com a classificação feita por MALTA et al (2007) na lista de causas de mortes evitáveis em maiores de

cinco até 75 anos de idade, são reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção das causas de morte materna. Para COSTA et al (2002), o mais importante é reconhecer que, caracterizando-se como evitáveis a maioria dos óbitos, todos os esforços devem ser envidados no sentido de desenvolver medidas de saúde pública para melhorar a qualidade de assistência pré-natal, ao parto e puerpério e, em uma visão holística, promover a saúde reprodutiva como direito de cidadania.

Analisando as causas indiretas, observamos uma elevada frequência de cardiopatias. As mortes por complicações geradas por essas doenças, desde que diagnosticadas previamente à gestação, com a implementação de um trabalho de educação e orientação adequada quanto ao uso de contraceptivos, poderiam perfeitamente ser evitadas. Acreditamos também que alguma dessas mulheres, poderiam ter recebido uma assistência mais intensiva, ou seja, com garantia de internação e controle durante o período gestacional e dessa forma garantir a prevenção de complicações ou mesmo a mortalidade.

FEITOSA et al (1991), em estudo sobre mortalidade materna por cardiopatias, identificou como fatores de risco para morte materna das pacientes cardiopatas: primeira gestação, primiparidade, ausência de assistência ao pré-natal e realização de cirurgia cardíaca anterior à gravidez e/ou na gestação. ANDRADE et al (2006) admitem que a gravidez em cardiopata se correlacione fortemente com a doença subjacente, com consideráveis índices de morbidade e de mortalidade, e que cuidados pré-natais e estratificação precoce dos riscos na gestação são fundamentais para a gestante cardiopata melhorar seu prognóstico. FEITOSA et al (1991) admite que a assistência pré-natal, iniciada em fase precoce da gestação e realizada conjuntamente pelo obstetra e pelo cardiologista, desempenha um papel de fundamental importância no sucesso da condução da gestante cardiopata.

Analisando a RMM do conjunto das mortes maternas identificadas no estudo, observamos maior risco de morte entre as causas obstétricas diretas, destacando entre elas as causadas por doenças hipertensivas, aborto, complicações do trabalho do parto e do parto e as complicações do puerpério, respectivamente. Entre as causas indiretas, destaca-se como a de maior risco as cardiopatias.

Tanto para as causas diretas, como indiretas, as faixas etárias mais freqüentes foram de (20 a 29 e de 30 a 39 anos), fase em mais ocorrem nascimentos. Com relação as causas diretas, especificamente, estas não representam a faixa etária de risco principalmente para as doenças hipertensivas. A idade em seus extremos – menos de 15 anos e mais de 35 anos – é um fator de risco de morte quando associado a síndromes hipertensivas e hemorrágicas. As adolescentes até 14 anos que estão grávidas pela primeira vez e as mulheres com mais de 35 anos em primeira gestação estão mais predispostas a desenvolverem a doença hipertensiva específica da gravidez do que as gestantes entre 15 a 34 anos. As mulheres com várias gestações e mais de 35 anos estão mais propensas ao desencadeamento das síndromes hemorrágicas (MELO e TANAKA, 2001).

O estudo mostra que as mulheres não brancas representadas pela cor parda, foram as mais atingidas pelas causas obstétricas diretas, sendo as mais importantes, as complicações do trabalho de parto, parto e puerpério e as doenças hipertensivas e as mulheres brancas tiveram como principal causa as doenças hipertensivas.

No Brasil, a definição da raça/cor parda não é bem especificada e acredita-se que nos registros oficiais há dificuldade na determinação desta informação durante o preenchimento das declarações de óbitos, motivo pelo qual encontramos um elevado percentual de mulheres pardas. O quesito cor da pele em óbitos maternos é investigado desde 1993, constituindo-se em importante fonte de informação para o estudo da mortalidade materna de mulheres negras (MARTINS, 2006). A importância de estudos dessa natureza, além de determinar as questões sociais, poderão apontar a presença de alguns fatores de riscos importantes na determinação dessas mortes, como por exemplo, as doenças hipertensivas. Estudo realizado no estado de Goiás por Assis et al (2008), sobre os principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação, apontou a raça não branca como importante fator de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia.

Com relação as causas obstétricas indiretas, as doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e puerpério foram as de maior freqüência nas mulheres não brancas. Em outras causas, tivemos a raça/cor branca e não branca 50% cada para morte obstétrica de causa não especificada e para morte

por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto.

Estudo realizado por REZENDE et al (2000), para avaliar o perfil da mortalidade materna em Uberlândia-MG, aponta a morte por cardiopatia enquanto causa obstétrica indireta mais freqüente.

As mulheres solteiras foram as mais atingidas pelas causas obstétricas diretas, tendo como principais causas as doenças hipertensivas, as complicações do trabalho de parto, parto e puerpério e o aborto. Com relação as causas obstétricas indiretas, o estado civil de maior freqüência foi das solteiras e a causa de maior importância as doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério.

Em outras causas, tivemos o estado civil casada com maior freqüência, sendo a morte obstétrica por causa não especificada e morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto.

Dados indicam que as mulheres solteiras possam estar mais suscetíveis a riscos associados a mortalidade materna, tendo em vista aos fatores impostos nesta situação, capazes de desequilibrar a dinâmica das suas condições de saúde física, mental e social, mesmo considerando que a maioria das mulheres do estudo por possuírem ocupação “do lar”, tenham a possibilidade de apresentar uma situação confortável. Conforme Relatório da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Mortalidade Materna, BRASIL (2000), as mulheres solteiras apresentam maior probabilidade para o óbito, considerando o abandono como fator contribuinte para este fim.

A proporção das mulheres que morreram por causas obstétricas diretas possuíam de oito e mais anos de estudo, sendo as principais causas as doenças hipertensivas e as complicações do trabalho de parto, parto e puerpério. Quanto as causas obstétricas indiretas as mais atingidas foram de escolaridade entre 4 a 7 anos de estudo, com maior freqüência das doenças do aparelho circulatório, complicando a gravidez, parto e puerpério. Em outras causas, tivemos a escolaridade de 1 a 3 anos de estudo com 100% das mortes, sendo 50% para obstétricas de causa não

especificada e 50% para morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto.

Neste estudo, a escolaridade das mulheres que morreram por causas materna esteve mais concentrada no ensino fundamental ou mais (8 anos e mais anos de estudo (49%)), diferindo de alguns estudos como o da CPI da mortalidade materna Ministério da Saúde (MS, 2000), que aponta o analfabetismo como tendo uma porcentagem maior entre as vítimas da mortalidade materna que entre a população em geral. Porém, observa-se uma RMM maior nas mulheres que tiveram < de 4 anos de estudo, mostrando com isso que o risco se eleva a medida que diminui os anos de estudo das mulheres. Mesmo diante dos dados apresentados, devemos estar atentos para a questão relacionada à possíveis problemas no preenchimento das DOs. Diversos motivos podem ser apontados para explicar a deficiência no preenchimento desta variável na DO; as razões vão desde as dificuldades no atendimento devido, as situações de emergência, falta de reconhecimento, por parte dos profissionais médicos, sobre a importância dos dados sociodemográficos para as características vitais, até falta de conhecimento pelos próprios familiares da mulher sobre os dados da falecida (SANTOS, 2005).

Quanto a ocupação as mais atingidas por causas diretas foram as mulheres com ocupações denominadas “Do Lar”, sendo as doenças hipertensivas as de maior importância, seguida pelas complicações do trabalho de parto, parto e puerpério, outras causas e aborto. Em relação as causas obstétricas indiretas, a ocupação “Do lar” também apresentou maior frequências destacando as doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e puerpério. Em outras causas, tivemos uma morte obstétrica de causa não especificada e outra classificada como de qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano após o parto. Em todas elas, as mulheres possuíam ocupação “Do Lar”.

RIQUINHO e CORREIA (2006), consideram a ocupação “Do Lar”, como responsável pelo desgaste e grande esforço físico, vindo acarretar durante a gravidez risco de óbito materno. Porém, podemos questionar esta afirmação se considerarmos que a mulher que trabalha fora de casa talvez possa estar até mais suscetível a um

desgaste físico durante esse período, pelo acúmulo de atividades que a mesma desenvolve na dupla jornada de trabalho dentro e fora do lar.

A maior frequência de mortes foi nos estabelecimentos privados/conveniados e em segundo lugar ficaram os estabelecimentos públicos e as três principais causas de morte obstétricas diretas foram as mesmas apresentadas anteriormente, ou seja, hipertensão, complicações no trabalho de parto, parto e puerpério e aborto. Com relação as causas obstétricas indiretas, o estabelecimento com maior frequência foi o privado /conveniado, sendo a causa de maior importância as doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério. Em outras causas, tivemos os estabelecimentos público com 01 das mortes e a outra não foi informada o estabelecimento, sendo morte obstétrica de causa não especificada e morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto.

Tendo em vista que os serviços privados /conveniados e públicos são gerenciados pelo Sistema Único de Saúde, podemos estar diante de problemas relacionados à insuficiência de estrutura da rede de serviços do sistema. Essa deficiência, segundo TANAKA (2001), é tanto de responsabilidade das Instituições, como do profissional que presta o atendimento, referindo que nem sempre o serviço está preparado para a assistência obstétrica e além disso há lacunas na formação obstétrica, principalmente básica dos profissionais. Faz referência também à garantia de um sistema de referência e contra-referência que vincule o pré-natal ao parto de modo a evitar que durante o trabalho de parto, a mulher seja obrigada a peregrinar e mendigar assistência.

O quadro de doenças e complicações apresentadas pelas mulheres do estudo como causas mais importantes de mortalidade materna não difere dos resultados dos estudos apresentados nas literaturas existentes a nível mundial, principalmente relacionado a países subdesenvolvidos e em desenvolvimento e mesmo de estudos brasileiros. No Brasil podemos observar inclusive na revisão de literatura realizada que as principais causas na maioria dos estudos estão relacionadas aos transtornos hipertensivos, aos abortamentos e às complicações do trabalho de parto, parto e puerpério. Comparando as causas de mortes obstétricas diretas e indiretas, podemos

concluir que a frequência de causas obstétricas diretas aponta para a baixa capacidade de prevenção de morte materna no sistema de saúde do nosso município.

Há de se melhorar a qualidade da assistência ofertada pelos profissionais nos hospitais públicos e também nos conveniados pelo SUS, para que mantenham um relacionamento mais humano, integral e que considerem a singularidade das usuárias desses serviços, enxergando-as para além de seu ventre (TEIXEIRA e PEREIRA, 2006).

CALDERON et al (2006), aponta como estratégias importantes para a prevenção da mortalidade materna as intervenções específicas relacionadas à promoção da saúde materna, a prevenção de riscos e garantia de suporte nutricional durante a gestação, além de critérios para investigação de riscos gestacional, inclusão da gestante no componente básico do modelo de assistência pré-natal, assim como, a normatização dos sistemas de referência para os casos de emergências obstétricas.

Segundo NETO et al (2008), no Brasil, ainda há um longo e difícil caminho para superação das iniquidades e desigualdades e isso se apresenta como um desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público. Os mesmos autores fazem o seguinte questionamento: *“Se os serviços de saúde não conseguem incorporar práticas efetivas de um programa instituído e incentivado financeiramente, como seria possível romper a barreira da gestão e avançar nas estratégias de acolhimento da gestante e da família, educação em saúde, humanização do pré-natal, parto e puerpério incorporando as estratégias de promoção da saúde em seus diversos níveis?”*.

Alguns fatores influenciaram direta ou indiretamente nos resultados da pesquisa, comprometendo a descrição de algumas variáveis importantes para o estudo, sendo um dos pontos considerados como de maior fragilidade para o mesmo.

Durante a coleta foram encontradas algumas inconsistências nas fontes disponibilizadas, principalmente relacionadas a erro de digitação. Além disso, podemos constatar tanto no SIM, como no SINASC e fichas de investigação de óbitos a subinformação de dados importantes que poderiam nos subsidiar de forma significativa neste trabalho. As fichas de investigação de óbitos utilizadas pela

Gerência de Informação de Nascimentos e Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde foi considerada como a fonte mais inconsistente e sub-informada, tendo em vista que, além de haver dados não preenchidos nas investigações, falta definição de dados importantes e necessários para a identificação de características relacionadas à assistência ao puerpério, período que neste estudo tem uma grande relevância para a análise, por ser o de maior frequência dos óbitos.

Uma das questões bastante preocupante e que com certeza comprometeu significativamente o estudo foi a falta de informação de uma boa parte das variáveis, principalmente das tabelas 5,9 e 12, gerando com isso vieses de informação,

A baixa qualidade do preenchimento e da grande proporção de campos sem informação nos sistemas utilizados, não permitiram explorar todo o potencial de descrição do banco de dados deste estudo.

O presente estudo possibilitou descrever a dimensão da problemática da mortalidade materna em nosso município, reforçando estudos já existente que apontam para as mesmas causas, sobressaindo as causas diretas e dentre essas a hipertensão, abortamento e complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, assim como os fatores sócio-demográficos e àqueles ligados à assistência, chamando a atenção dos gestores dos sistemas de saúde e os profissionais que executam a assistência direta à estas mulheres, para a necessidade de elaborar estratégias eficazes de prevenção, oferecer uma melhor assistência no pré-natal, parto e puerpério, de forma humanizada e integralizada, capaz de garantir a saúde reprodutiva como um direito de saúde e de cidadania.

6 - CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostram que a RMM para o município de Cuiabá apresenta-se bem acima do aceitável, constituindo-se com isso um motivo de preocupação para os gestores dos serviços de saúde.

O risco de morte materna para as mulheres durante o período estudado foi maior para aquelas com 35 anos e mais, solteiras, com menos de 4 anos de estudo, de cor parda, com ocupações do lar e residentes na região sul do município.

A assistência ao pré-natal foi realizada em 57% das mulheres, tendo a maioria feito no mínimo 4 consultas de pré-natal, sendo a Unidade Básica de Saúde o local mais freqüente de realização;

O risco de morrer relacionado à duração da gravidez foi maior nas mulheres com gestações a termo e nas que tiveram a gestação interrompida antes de 22 semanas;

As intercorrências mais comuns ocorridas durante as gestações dessas mulheres foram a hipertensão arterial, as infecções urinárias e as cardiopatias, sendo a maioria delas com uma concentração maior após 32 semanas de gestação;

A grande maioria dos partos foram hospitalares, com assistência médica, em hospitais privados/conveniados, sendo o mais comum a cesárea e no terceiro trimestre de gestação;

O maior risco de morrer entre essas mulheres foi no período do puerpério, em até 42 dias após o parto, de morte obstétrica direta, caracterizada como evitável;

As principais causas maternas diretas foram as doenças hipertensivas, o aborto, as complicações do trabalho de parto, do parto e as complicações do puerpério e a principal causa de morte materna indireta foram as cardiopatias.

Considerando as causas de mortes segundo as variáveis sócio-demográficas, as mulheres mais atingidas por causas diretas foram as de 20 a 39 anos de idade, de cores não branca, solteiras, com ocupação “do lar”, de 8 e mais anos de estudo, tendo

como principais causas as doenças hipertensivas, as complicações do trabalho de parto, parto e puerpério;

As mulheres mais atingidas por causas obstétricas indiretas foram as de < 20 anos e as de 20 a 39 anos, de cor não branca, as solteiras, de ocupação “do lar”, com 4 a 7 anos de estudo, tendo como principais causas as cardiopatias.

Os resultados apresentados apontam para questões importantes relacionadas a qualidade da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, estimulando uma reflexão dos gestores e profissionais de saúde sobre a distribuição e características de tais mortes e a atenção dispensada às mesmas

Diante dos resultados deste estudo e das dificuldades encontradas na realização do mesmo fazemos as seguintes sugestões:

- Tendo em vista que os estudos descritivos constitui-se como o eixo fundamental para apontar hipóteses geradoras de outros conhecimentos, sugerimos que novos estudos sejam realizados com o objetivo de identificar os possíveis fatores que determinaram estas e outras mortes maternas no município de Cuiabá;
- Espera-se que os dados apresentados neste estudo não só contribuam para criar uma nova consciência sobre a dimensão da mortalidade materna no município de Cuiabá, mas que também estimule a continuidade da monitoração através de ações mais efetivas, capazes de identificar as reais causas de mortes e de contribuir para a melhoria das informações em saúde;
- Acreditamos que quanto mais subnumeradas são as variáveis do sistema de informação, maiores serão as distorções nas análises dos estudos e na execução do planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde. Portanto, acreditamos, que investir na melhoria da qualidade do sistema de informação é subsidiar o desenvolvimento, a execução e avaliação de um plano de ação para reduzir a mortalidade materna;
- É importante a intensificação do trabalho do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil na investigação das mortes e no trabalho de conscientização dos profissionais responsáveis pela geração de informações e pela assistência da mulher no ciclo gravídico-puerperal;

- Esforços deverão ser empreendidos pelos gestores dos serviços de saúde e pelos profissionais, no sentido de ampliar a cobertura da atenção à mulher, da melhoria da qualidade de prestação de assistência, na capacitação dos profissionais, na garantia do sistema de referência e contra-referência, no trabalho interdisciplinar, integralizado e humanizado de forma a minimizar este problema de grande impacto social tanto para as famílias como para a sociedade como um todo.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akar ME, Eyi EG, Yilmaz ES, Yuksel B Yilmaz Z. Maternal deaths and Their Causes in Ankara, Turkey, 1982- 2001. J. Health Popul. Nutr. 2004.

Amorim MMR, Valença M, Araújo DE. Morbidade Materna Grave em UTI Obstétrica no Recife, Região Nordeste do Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira. V.54 n.3. São Paulo. maio/jun. 2008.

Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araújo CA, Souza JP. Mortalidade Materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia v.28 n.7. Rio de Janeiro jul. 2006

Araújo C, JP, Marques P, Gonçalves, Anabela Colaço, R Rodrigues, L.M. Graça. Suturas de B – Lynch em hemorragia pós parto. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Maria. Lisboa – Acta Méd. Portugal, 2007; 20: 381 – 384

Arreola LF, Rodriguez MBA, Rocha RL, Porraz LT, Valencia MH Análisis de la tendencia de mortalidad materna durante 10 años de seguimiento em uma região urbana. Ginecol. Obst. México, 2005.

Bomfim C, Araújo H, Correia R Lubambo C Fusco W. Sistemas de informação em saúde aplicados ao monitoramento da mortalidade materna no estado de Pernambuco, 2000 a 2005 [Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG], Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008

Brasil. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI Da Mortalidade Materna. Brasília (DF); 2000.

Calderon IMP, Cecatti JG, Vegas CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.28 n.5 Rio de Janeiro maio 2006

Cecatti JG, Albuquerque RM, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade Materna em Recife. Causas de Óbitos Maternos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 20, n.1 Rio de Janeiro, 2008

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). LEI N 7.498/86 – Regulamentação do Exercício da Profissão da Enfermagem. COFEN. Brasília - DF, 2007.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução/COFEN 223/1999. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Brasília – DF, 2007

Costa ARC, Ribas MSSSR, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 24 n.7 Rio de Janeiro. Ago. 2002.

Costa HLFF, et al. Idade Materna como Fator de Risco para a Hipertensão Induzida pela Gravidez. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. {25, n} 9 Rio de Janeiro, 2003. www.usp.br/agen/repgs/2006/pag/134.htm.

Costa VJ, Kale PL, Costa AJL, Theme Filha MM. Análise da Mortalidade Materna na Cidade do Rio de Janeiro [Trabalho de Conclusão de Curso]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudo de Saúde Coletiva (NESC), 2006.

Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesária no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad. Saúde Pública v.7 n.2. Rio de Janeiro Abr./jun. 1991

Feitosa HN, Moron AF, Born D, Almeida PAM. Mortalidade materna por cardiopatia. Rev. Saúde Pública v.25 n.6 São Paulo dez. 1991

Fusco, CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 11 n.1 São Paulo mar. 2008.

Gomes FA, Nakano AMS, Almeida AM, Matuo YK, Mortalidade materna na perspectiva do familiar. Revista da Escola de Enfermagem da USP vol.40 no. 1 São Paulo Mar. 2006.

Haddad N, Silva MB. Motalidade Feminina em Idade Reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991 – 1995: Causas Básicas de Óbitos e Mortalidade Materna – Rev. Saúde Pública, 34 n 1. São Paulo. Fev. 2000.

Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade Materna: Correlação com os Indicadores Obstétricos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4): 1025 – 1029, julh – ago, 2001

IBGE –Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Perfil dos Municípios Brasileiros – Censo Demográfico 2000.Contagem da população 2007. Ministério de Planejamento e Orçamento. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

Kodio B, Bernis L, Ba M, Ronsmans C, Pison G, Etard JF. Levels and causes of maternal mortality in Senegal. Tropical Medicine and International Health. Vol – 7 n 6 p 499 – 505, París, 2002.

Laurenti RM. Referenciais para estudos e investigações mortalidade materna. Ver. Saúde Pública. SP, 22:507 – 12, 1988.

Laurenti R, et al. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Município de São Paulo. BRASIL, 1986. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 24:128-33, 1990.

Laurenti RM , Mello Jorge MHP. O atestado de Óbito. Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças em Português. Série Divulgação (N1) reimpressão, 1994.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes Maternas no Brasil: Análise do Preenchimento de Variável da Declaração de Óbito. Informe Epidemiológico do SUS 2000 9(1): 43 – 50.

Laurenti R. Mortalidade Materna nos Países Subdesenvolvidos ou em Desenvolvimento. Ver. Associação Médica Brasileira. V 48 n.1 São Paulo, 2002.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol7 nº 4 São Paulo, 2004.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes Maternas e Mortes por Causas Maternas. Epidemiologia em Serviços de Saúde. V.17 n.4. Brasília. Dez, 2008.

Leal MC, Gama GN, Cunha CB. Desigualdades Raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999 – 2001. Ver. Saúde Pública, v 39 n 1 pp 100 – 107. Rio de Janeiro, 2005.

Leite RMB. Mortalidade Materna no Recife: análise das trajetórias das mulheres. [Dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco], Recife – PE, 2006

Luz AG, Tiago DB, Silva JCS, Amaral E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30 no.6 Rio de Janeiro June 2008

Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias, MAS, Neto OLM, Moura L, Ferraz W, Souza MFMS. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde v.16 n.4 Brasília dez. 2007.

Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In. XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Caxambu, 2004.

Martins AL. Mortalidade Materna de Mulheres Negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. V.22 n.11 Rio de Janeiro nov. 2006.

Melo J e Tanaka ACA. “Dossiê de Mortalidade Materna. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.

Merchán-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das Medidas e Indicadores em Epidemiologia: Subsídios para uma Possível Padronização de Nomenclatura. Informe Epidemiológico do SUS, 2000.

Ministério da Saúde, secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação Materno Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna 1ª ed. Brasília, 1994.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília, 1997.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Mulher. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 3ª ed. Brasília, 2000a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Mulher. Assistência Pré-natal: Manual Técnico. 3ª ed. – Brasília, 2000b.66p

Ministério da Saúde/Febras-GO. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Urgências e Emergências Maternas: Guia para Diagnóstico e Conduta em Situações de Risco e Morte Materna. Brasília, 2000c.

Ministério da Saúde, Portaria n.º 569/GM Em 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF, 2000d.

Ministério da Saúde/FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos do Sistema de Informação sobre Mortalidade. 1ª ed. Brasília – DF, 2001a.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de Alto Risco: Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar. Brasília, 2001b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em Planejamento : Manual Técnico. 4ª Ed. Brasília – DF, 2002a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2ª ed. Brasília – DF, 2002b.

Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. Mortalidade Materna. Disponível em: <http://www.bireme.br> acesso em 11/05/2003a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília, 2003b

Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde, Dado do Sistema de Informação. Sistema de Informação sobre Mortalidade/ Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Brasília (DF), 2004a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004b.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde, Brasília, 2004c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos – Cad. Nº 5. Brasília – DF, 2005a.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil: Síntese. Brasília, Ministério da Saúde, 2005b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 3ª ed. Brasília – Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Ministério da Saúde. Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC). DATASUS. Brasília, 2007.

Mota E, Carvalho, D. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol M.Z., Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003

Mota SMM, Gama SGN, Theme Filha MM. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Epidemiol. Serv. Saúde v.17 n.1 Brasília mar. 2008

Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. Saude soc. vol.17 no.2 São Paulo Apr./June 2008

Oba MDV, Tavares MSG. Análise Da Mortalidade Materna Do Município De Ribeirão Preto-Sp - No Período De 1991 A 1995. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.9 n.3 Ribeirão Preto mayo 2001

Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional e Doenças e de Problemas Relacionados á Saúde. Décima revisão, Manual de Instrução V.2 – São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 1994.

Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna. EUA, 2002.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2005. Genebra, 2005

Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira GB, Passini RJ, Amaral E. Análise da Mortalidade Evitável de Mulheres em Idade Reprodutiva. Ver. Bras. Ginecologia Obstetrícia. Vol 22 n9 Rio de Janeiro, 2000.

Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves, Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.27 n.10 Rio de Janeiro out. 2005.

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da Atenção Pré-Natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do sul e do nordeste do Brasil. Rev. Brás. Saúde Mater. Infantil vol.7 n.1 Recife Jan/Mar. 2007.

Rezende CHA, Moreli D, Rezende IMAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev. Saúde Pública v.34 n.4 São Paulo ago. 2000.

Rezende J, Montenegro CAB, Belfort P. Mortalidade Materna e Perinatal. Obstetrícia, 10ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade Materna: Perfil Sócio-Demográfico e Causal. Revista Brasileira de Enfermagem V. 59, n.3 Brasília mai/jun. 2006

Santos CLR. Mortalidade Materna no Município de Feira de Santana (BA), no período de 2000 a 2003[Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva]. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2005.

Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG, Critérios de escolha de postos de saúde para o acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Rev. Saúde Pública vol.34 n.6 São Paulo Dec. 2000.

Secretaria Estadual de Saúde/Mato Grosso. Número de Óbito Materno por Município de Residência de Mato Grosso, dados de 2003 a 2005. Cuiabá, 2006.

Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica. Banco de Dados dos Sistemas de Informação SIM e SINASC. Arquivo Tabwin. Cuiabá, 2007.

Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá/FUSC – Fundação de Saúde de Cuiabá. Conselho Municipal de Saúde. Comitê de Mortalidade Materna em Cuiabá – MT, 1988. Cuiabá – MT,2000.

Secretaria Municipal de Saúde/ SUS – Prefeitura de Cuiabá. Plano. Municipal de Saúde 2006 a 2009, Cuiabá, Setembro/2005.

Secretaria Municipal de Saúde/Cuiabá.Assessoria de Planejamento e Gestão Série histórica dos Indicadores de Acompanhamento. Dados de 2000 a 2005. Cuiabá, 2006

Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá – MT. Gerência de Vigilância de Nascimentos e Óbitos. Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Município de Cuiabá – MT, 2008.

Secretaria Municipal de São Paulo. Vigilância da Mortalidade Materna. 2002. Disponível em <http://www2prefeitura.sp.gov.br/secretaria/saude/mulher/07> acesso em 03/08/2006

Siqueira AAF, Tanaka AC. Mortalidade na Adolescência com Especial Referência à Mortalidade Materna. Brasil, 1980, Revista de Saúde Pública, São Paulo, 20: 274-9 1986.

Siqueira AAF, et al. Mulher e Anticoncepção: Conhecimento e Uso de Métodos Anticoncepcionais – Cad. Saúde Pública, São Paulo, 1999.

Souza MH, Cecatti JG, Hardy EE, Sarruya SJ. Morte Materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Ver. De Saúde Pública. V 4 n 2. São Paulo, abril, 2007.

Tanaka AC, Mitsuiki L. Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 cidades Brasileiras. Relatório de Pesquisa. São Paulo: Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, 1999.

Tanaka AC d'A. Mortalidade Materna. In: Rocha MIB da; Araújo MJ (Coord Geral) Dossiês sobre Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos. São Paulo, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde, 2001.

Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. Cad. Saúde Pública v.15 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 1999.

Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev. Bras enferm. vol.59 no.6 Brasília Nov./Dec. 2006

Teixeira NTF, Diniz CSG, Vianna LAC, Pereira WR. Gênero e Mortalidade Materna: razões para uma intersecção. Simpósio Temático: Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 2008.

Valongueiro S, Mortalidade (Materna) por Aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. www.abep.nepo.unicamp.br

Yuki Arie W M, Fonseca A M, Melo NR, Bagnoli VR. Anticoncepção no Climatério. Revista Brasileira de Medicina, Edição Especial: Saúde da Mulher pag. 34 – 40, jan/fev 2004 – Ciber Saúde.

8 - BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo:EPU, 1981.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2001.
Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> acesso em 22/07/2006.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/listas> acesso em 22/07/2006.


Ministério da Saúde. Dados de mortalidade materna divulgados pela OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Fundo de População das Nações Unidas. Nota Técnica - 12/07/2004.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Disponível em:
www.aids.gov.br/ - 73k acesso em 09/02/2009.

Peraçoli JC, Rudge MVC, Calderon IMP, Maestá I, Sgarbosa F. Síndrome HELLP Recorrente: Relato de dois casos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 20 nº 3. Rio de Janeiro, 1998.

9 - ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) – Declaração de Óbito (DO)


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Conteúdo	1) Código do Cartório	2) Registro	3) Data
	4) Município	5) UF	6) Cemitério	
II	Identificação	7) Tipo de Óbito 1 - Nat. 1 - Nat. Morto	8) Cópia Dia Hora	9) RIC
	10) Naturalidade	11) Nome do falecido	12) Nome do pai	13) Nome da mãe
	14) Data de nascimento	15) Idade Anos, Meses, Dias, Horas, Minutos, Ignorado	16) Sexo M - Masc. F - Fem. Ignorado	17) Raça/cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena
	18) Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado judicialmente 5 - União consensual 9 - Ignorado	19) Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhum 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 e mais 9 - Ignorado	20) Ocupação habitual e ramo de atividade (do aposentado, cônjuge e ocupação habitual anterior)	21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)
III	Residência	22) Bairro/Distrito	23) Código do Município de residência	24) UF
	25) Local de ocorrência do óbito 1 - Hospital 2 - Outros estabelecimentos 3 - Domicílio 4 - Via pública 5 - Outros 9 - Ignorado	26) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	27) Estabelecimento	28) CEP
IV	Ocorrência	29) Bairro/Distrito	30) Município de ocorrência	31) UF
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO		32) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	33) Número de filhos tidos (Criei, Utilizei # para ignorado)
V	Fetal ou menor que 1 ano	34) Idade	35) Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)	36) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe
	37) Duração da gestação (Em semanas) 1 - Menos de 22 2 - De 22 a 27 3 - De 28 a 31 4 - De 32 a 36 5 - De 37 a 41 6 - 42 e mais 9 - Ignorado	38) Tipo de Gravidez 1 - Única 2 - Dupla 3 - Tripla e mais 9 - Ignorado	39) Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesáreo 9 - Ignorado	40) Morte em relação ao parto 1 - Antes 2 - Durante 3 - Depois 9 - Ignorado
VI	Condições e causas do óbito	41) Passo ao nascer	42) Num. da Decl. de Nascidos Vivos	43) OBITOS EM MULHERES 43) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	44) A morte ocorreu durante o puerpério? 1 - Sim até 45 dias 2 - Sim de 46 dias a 1 ano 4 - Não 5 - Ignorado	45) ASSISTÊNCIA MÉDICA 45) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	46) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 46) Exame complementar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	47) Cirurgia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	47) CAUSAS DA MORTE 47) PARTE I 47) Causa imediata (a mais próxima da morte) 47) Causas antecedentes (Estado moribundo, se existiu, que produziu a causa imediata registrada, mencionando-se seu último lugar e causa básica)	48) Necropsia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	49) CAUSAS DA MORTE 49) PARTE II 49) Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiverem contidas na cadeia acima.	49) CAUSAS DA MORTE 49) PARTE II 49) Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiverem contidas na cadeia acima.
	50) Nome do médico	51) CRM	52) O médico que assinou atendeu ao falecido? 1 - Sim 2 - Substituído 3 - N/L 4 - SVD 5 - Outros	53) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)
VII	Médico	54) Data do atestado	55) Assinatura	
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)		56) Tipo 1 - Acidente 2 - Suicídio 3 - Homicídio 4 - Outras 9 - Ignorado	57) Acidente do trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
VIII	Causas externas	58) Fonte de informação 1 - Ministério de Saúde 2 - Hospital 3 - Família 4 - Outros 9 - Ignorado	59) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	60) SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
	61) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	62) Código		
IX	Localidade e Médico	63) Declarante	64) Testemunhas	

Versão 06/98-01

Anexo 2 – Instrumento de coleta de dados do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) – Declaração de Nascidos Vivos (DN);

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo Nº 5094011							
1	Cartório	Código	2	Registro	3	Data			
4	Município		5	UF					
6	Local da Ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	7	Estabelecimento	Código					
8	Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	9	CEP				
10	Bairro/Distrito	Código	11	Município de ocorrência	Código	12	UF		
13	Nome da mãe		14	RIC					
15	Idade (anos) <input type="checkbox"/> 1 - Solteira <input type="checkbox"/> 2 - Casada <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Separada judic. <input type="checkbox"/> 5 - União consens. <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	16	Estado civil	17	Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	18	Ocupação habitual e ramo de atividade Código	19	Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs: utilizar 99 se ignorado) Nascidos vivos Nascidos mortos
20	Residência da mãe Logradouro	Número	Complemento	21	CEP				
22	Bairro/distrito	Código	23	Município	Código	24	UF		
25	Duração da gestação (em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	26	Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	27	Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	28	Número de consultas de pré-natal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 6 <input type="checkbox"/> 4 - 7 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
29	Nascimento Data	Hora	30	Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	31	Índice de Apgar 1º minuto	5º minuto		
32	Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena	33	Peso ao nascer em grammas						
34	Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	Qual?	Código						
35	Polegar direito da mãe	36	Pé direito da criança						
37	Responsável pelo preenchimento Nome	38	Função	39	Identidade	40	Órgão Emissor	41	Data

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

versão 2006.1

Anexo 3 – Ficha de investigação para óbito materno

FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE CUIABÁ

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO – BANCO DE DADOS

DISTRITO SANITÁRIO: _____

FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA ÓBITO MATERNO

N.º D. O.: _____

N.º FICHA: _____

I – DADOS PESSOAIS

1.1 – NOME: _____																									
1.2 – ENDEREÇO: _____																									
– BAIRRO: _____ FONE: _____																									
1.3 – CIDADE: _____ U.F.: _____																									
1.4 – DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ 1.5 – IDADE: ___ ANOS																									
<table border="1"> <tr> <td>1.6 – RAÇA:</td> <td>1 – BRANCA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 – NEGRA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 – AMARELA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 – PARDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 – INDÍGENA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 – IGNORADO</td> </tr> </table>	1.6 – RAÇA:	1 – BRANCA		2 – NEGRA		3 – AMARELA		4 – PARDA		5 – INDÍGENA		9 – IGNORADO	<table border="1"> <tr> <td>1.7 – ESTADO CIVIL:</td> <td>1 – SOLTEIRA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 – CASADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 – VIÚVA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 – SEPARADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 – C/COMPANHEIRO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 - IGNORADO</td> </tr> </table>	1.7 – ESTADO CIVIL:	1 – SOLTEIRA		2 – CASADA		3 – VIÚVA		4 – SEPARADA		5 – C/COMPANHEIRO		9 - IGNORADO
1.6 – RAÇA:	1 – BRANCA																								
	2 – NEGRA																								
	3 – AMARELA																								
	4 – PARDA																								
	5 – INDÍGENA																								
	9 – IGNORADO																								
1.7 – ESTADO CIVIL:	1 – SOLTEIRA																								
	2 – CASADA																								
	3 – VIÚVA																								
	4 – SEPARADA																								
	5 – C/COMPANHEIRO																								
	9 - IGNORADO																								
1.8 – OCUPAÇÃO (NO PERÍODO DA OCORRÊNCIA DO ÓBITO): _____																									
<table border="1"> <tr> <td>1.9 – FORMAÇÃO ESCOLAR:</td> <td>1 – NENHUMA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 – 1º GRAU COMPLETO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 – 2º GRAU COMPLETO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 – 1º GRAU INCOMPLETO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 – 2º GRAU INCOMPLETO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6 – SUPERIOR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9 - IGNORADO</td> </tr> </table>		1.9 – FORMAÇÃO ESCOLAR:	1 – NENHUMA		2 – 1º GRAU COMPLETO		3 – 2º GRAU COMPLETO		4 – 1º GRAU INCOMPLETO		5 – 2º GRAU INCOMPLETO		6 – SUPERIOR		9 - IGNORADO										
1.9 – FORMAÇÃO ESCOLAR:	1 – NENHUMA																								
	2 – 1º GRAU COMPLETO																								
	3 – 2º GRAU COMPLETO																								
	4 – 1º GRAU INCOMPLETO																								
	5 – 2º GRAU INCOMPLETO																								
	6 – SUPERIOR																								
	9 - IGNORADO																								

II – DADOS DO ÓBITO

2.1 – DATA: ____/____/____ 2.2 – HORA: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 2.3 – LOCAL DE OCORRÊNCIA: 1 – HOSPITAL 2 – DOMICILIO 3 – VIA PÚBLICA 4 – TRANSPORTE 5 – OUTROS (ESPECIFICAR): _____ 9 – IGNORADO </div>		
2.4 – NOME DO HOSPITAL EM QUE OCORREU O ÓBITO: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____ U.F.: _____ FONE: _____			
2.5 – TRANSFERIDA DE OUTRO HOSPITAL <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 1 – SIM <input type="checkbox"/> 2 – NÃO <input type="checkbox"/> 3 – IGNORADO </td> <td style="border: none;"> SE SIM, QUAL? _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1 – SIM <input type="checkbox"/> 2 – NÃO <input type="checkbox"/> 3 – IGNORADO	SE SIM, QUAL? _____
<input type="checkbox"/> 1 – SIM <input type="checkbox"/> 2 – NÃO <input type="checkbox"/> 3 – IGNORADO	SE SIM, QUAL? _____		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 2.6 – MOMENTO DO ÓBITO: 1 – GESTAÇÃO 2 – NA EXPULSÃO 3 – PÓS – EXPULSÃO 9 – IGNORADO </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 2.7 – IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> 1 - < 20 SEMANAS 2 - 20 – 27 SEMANAS 3 - 28 – 36 SEMANAS </td> <td style="width: 50%; border: none;"> 4 - 37 – 41 SEMANAS 5 - > 42 SEMANAS 6 - NÃO HOUVE </td> </tr> </table> </div>	1 - < 20 SEMANAS 2 - 20 – 27 SEMANAS 3 - 28 – 36 SEMANAS	4 - 37 – 41 SEMANAS 5 - > 42 SEMANAS 6 - NÃO HOUVE
1 - < 20 SEMANAS 2 - 20 – 27 SEMANAS 3 - 28 – 36 SEMANAS	4 - 37 – 41 SEMANAS 5 - > 42 SEMANAS 6 - NÃO HOUVE		

2.8 – IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO ÓBITO:

<input type="checkbox"/> 1 - < 20 SEMANAS <input type="checkbox"/> 2 – 20 – 27 SEMANAS <input type="checkbox"/> 3 – 28 – 36 SEMANAS	<input type="checkbox"/> 4 – 37 – 41 SEMANAS <input type="checkbox"/> 5 - > 42 SEMANAS <input type="checkbox"/> 9 - IGNORADO
---	--

III – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**3.1 – DATA DO ÚLTIMO PARTO OU ABORTO:**

PARTO: ____/____/____

ABORTO: ____/____/____

3.2 INTERVALO ENTRE O ÚLTIMO PARTO OU ABORTO E O INÍCIO DA GESTAÇÃO ATUAL, EM QUE OCORREU O ÓBITO

1 - < 1 ANO

4 - PRIMIGESTA

2 - 1 A 2 ANOS

5 - IGNORADO

3 - > DE 2 ANOS

3.3 HISTÓRIA OBSTÉTRICA:

Nº DE GESTAÇÕES

Nº DE ABORTOS

Nº DE PARTOS NORMAIS

Nº DE FILHOS NASCIDOS VIVOS

Nº DE PARTOS A FÓRCEPS

Nº DE FILHOS NASCIDOS MORTOS

Nº DE PARTOS CESARIANAS

IGNORADO

3.4 – OCORRERAM COMPLICAÇÕES NAS GESTAÇÕES ANTERIORES:

1 – SIM

2 – NÃO

9 – IGNORADO

SE SIM, QUAIS?

TOXEMIA OU ECLÂMPSIA

INFECÇÕES URINÁRIAS

HEMORRAGIAS

OUTRAS COMPLICAÇÕES MATERNAIS

HIPERTENSÃO ARTERIAL

RN PREMATURO (< 37 SEMANAS)

CARDIOPATIA

OUTROS PROBLEMAS COM RN

DIABETE MELLITUS

OUTROS

COMPLICAÇÕES SISTEMA VENOSO

IGNORADO

IV – DADOS REFERENTES AO PRÉ-NATAL (GESTAÇÃO ATUAL):

4.1 – REALIZOU O PRÉ-NATAL?

- 1 – SIM
2 – NÃO
3 – IGNORADO

4.3 – LOCAL EM QUE REALIZOU O PRÉ-NATAL:

- 1 – CENTRO DE SAÚDE
2 – CONSULTÓRIO PARTICULAR
 3 – POLICLÍNICA
4 – HOSPITAL
5 – OUTRO
9 – IGNORADO

4.4 – D.U.M - ___/___/___

4.5 – D.P.P - ___/___/___

CITAR O NOME DO ESTABELECIMENTO: _____

4.6 – HOUVE COMPLICAÇÕES?

- 1 – SIM
 2 – NÃO
3 – IGNORADO

QUAIS?

- SEM COMPLICAÇÕES
HIPERTENSÃO ARTERIAL
CARDIOPATIA
HEMORRAGIAS

- TRABALHO DE PARTO PREMATURO
HEMORRAGIAS
DIABETES MELLITUS
INFECÇÃO URINÁRIA
OUTROS
IGNORADO

4.7 – HOUVE ENCAMINHAMENTO
NO PRÉ-NATAL PARA PARTO
HOSPITALAR

- 1 – SIM
2 – NÃO
9 – IGNORADO

4.9 – NÚMERO DE DIAS COM SINTOMAS DA
DOENÇA QUE LEVOU À MORTE ANTES DO ATENDIMENTO MÉDICO:
_____ DIAS.

VI – DADOS HOSPITALARES (GESTAÇÃO ATUAL)

6.1 – DATA DA INTERNAÇÃO: ___/___/____ HORA: /___/___/:/___/___/

6.2 – HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO (RESUMIDA):

VI – DADOS HOSPITALARES (GESTAÇÃO ATUAL)**6.3 – DIAGNÓSTICO PRELIMINAR:**

- | | |
|---|---|
| 1 – TRABALHO DE PARTO | 9 – AMEAÇA DE ABORTO |
| 2 – AMNIOREX PREMATURA | 10 - ABORTO |
| 3 – DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA | 11 – SÍNDROME INFECCIOSA
QUAL? _____ |
| 4 – PLACENTA PRÉVIA | 12 - EMBOLIA |
| 5 – PRÉ-ECLÂMPSIA | 13 – PATOLOGIA CLÍNICA ASSOCIADA
QUAL? _____ |
| 6 – ECLÂMPSIA | 14 - OUTROS |
| 7 – NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL | 99 - IGNORADO |
| 8 – PREENHEZ ECTÓPICA | |

6.4 – INTERVENÇÃO LOGO APÓS INTERNAÇÃO

- 1 – OBSERVAÇÃO E CONTROLE
 2 – ENCAMINHAMENTO PARA PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO OU CIRÚRGICO
 3 – ENCAMINHAMENTO PARA UTI
 4 – TRANSFERIDA PARA OUTRO HOSPITAL. QUAL? _____
 9 – IGNORADO

6.5 – QUEM ATENDEU O PROCESSO OBSTÉTRICO CIRÚRGICO?

- 1 – CLÍNICO GERAL
 2 – OBSTETRA/GINECOLOGISTA
 3 – ENFERMEIRO
 4 – PARTEIRA
 5 – OUTRO _____
 9 – IGNORADO

6.6 – FOI REALIZADA ANESTESIA?

- 1 – SIM
 2 – NÃO
 9 – IGNORADO

6.7 – TIPO DE ANESTESIA?

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1 – LOCO-REGIONAL | 2 – PERIDURAL |
| 3 – RAQUIDIANA | 4 – GERAL |
| 5 – ANALGESIA | 9 - IGNORADO |

6.8 – FOI USADO OCITÓCITO NA INDUÇÃO PARA O PARTO OU ABORTO?

- 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

6.9 – FOI REALIZADA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA?

- 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

6.10 – A TRANSFUSÃO SANGUÍNEA OCORREU EM TEMPO OPORTUNO?

- 1 – SIM 2 – NÃO 9 – IGNORADO

6.11 – OCORRERAM OUTRAS COMPLICAÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO,
PARTO E PUERPÉRIO?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 – HEMORRAGIA | <input type="checkbox"/> | 7 – CARDIOLÓGICAS |
| <input type="checkbox"/> | 2 – INFECÇÃO PUERPERAL | <input type="checkbox"/> | 8 – NEUROLÓGICAS |
| <input type="checkbox"/> | 3 – ECLÂMPSIA | <input type="checkbox"/> | 9 – PSICOSE PUERPERAL |
| <input type="checkbox"/> | 4 – INFECÇÃO PRÉVIA | <input type="checkbox"/> | 10 – SEM COMPLICAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> | 5 – TRANSOPERATÓRIAS | <input type="checkbox"/> | 11 – OUTRAS _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6 – TROMBOEMBOLISMO | <input type="checkbox"/> | 99 – IGNORADO |

6.12 - RECEBEU ALTA HOSPITALAR ANTES DO ÓBITO?

1 - SIM

2 - NÃO

9 - IGNORADO

SE SIM, DATA: ___/___/___

VIII - CLASSIFICAÇÃO DO ÓBITO

8.1 - CAUSA BÁSICA DO ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO:

1 - _____ CID: / ___ / ___ / ___ / ___

2 - _____ CID: / ___ / ___ / ___ / ___

8.2 - TIPO DE ÓBITO MATERNO:

1 - OBSTÉTRICO DIRETO

2 - OBSTÉTRICO INDIRETO

3 - NÃO OBSTÉTRICO

9 - IGNORADO

8.4 - MORTE EVITÁVEL:

SIM

NÃO

INCONCLUSIVO

IGNORADO

ESPAÇO RESERVADO PARA POSSÍVEIS OBSERVAÇÕES:

INVESTIGADOR:

DATA: ___/___/___

Anexo 4 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá;



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ NO PERÍODO DE 2001 A 2005.			
2. Área do Conhecimento: Ciências da Saúde :SAÚDE COLETIVA	3. Código: 4.06	4. Nível: E	
5. Área Temática Especial: Grupo III	6. Código(s): -	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: Mortalidade Materna, Epidemiologia, Estudo Descritivo.			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeito No Centro : 100 indivíduos Total: 100 indivíduos	10. Grupos Especiais : <18 anos (X) Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros (X) Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: ELUANI SILVANO VILARINHO			
12. Identidade: 033997/SSP/MT	13. CPF: 178243971-49	19. Endereço (Rua, n.º): Vila 02, Casa 06, Setor Oeste – Morada do Ouro.	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 78053-000	21. Cidade: Cuiabá 22. U.F: MT
16. Maior Titulação: Especialista	17. Cargo: Enfermeira	23. Fone: 3644-2946	24. Fax 3615 - 8883
18. Instituição a que pertence: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO .			25. Email: eluanivilarinho@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <u>09/04/2007</u> <u>Eluani Silvano Vilarinho</u> Assinatura			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ		29. Endereço (Rua, n.º): Rua São Joaquim, 315 - Porto	
27. Unidade/Órgão: Coordenação de Informação em Saúde	30. CEP: 78020-150	31. Cidade: Cuiabá	32. U.F: MT
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)	33. Fone: (65) 30519500	34. Fax.: 30519500	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: GUILHERME MALLUF Cargo: Secretário Municipal de Saúde Data: <u>17/04/07</u> <u>Guilherme Malluf</u> Assinatura Secretaria Municipal de Saúde			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: ___/___/___	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: ___/___/___	48. Não Aprovado () Data: ___/___/___
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ___/___/___ Data: ___/___/___			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ___/___/___		53. Coordenador/Nome Assinatura	Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
58. Observações:			

Anexo 5 – Termo de Aprovação Ética do Projeto de Pesquisa

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

**TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PESQUISA**

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 392/CEP-HUJM/07

“com pendências”	<input checked="" type="checkbox"/>
Aprovado “ad referendum”	<input type="checkbox"/>
APROVAÇÃO FINAL	<input type="checkbox"/>
Não aprovado	<input type="checkbox"/>

O projeto de pesquisa intitulado: **“Mortalidade Materna no Município de Cuiabá no período de 2001 a 2005,”** encaminhado pelo (a) pesquisador (a), **Eluaní Silvano Vilarinho** analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, que concluiu que se encontra com pendências, conforme parecer consubstanciado em anexo.

Cuiabá, 05 de julho de 2007.

Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)