

## **Relatório do Comitê de Morte Materna 2015**

### **Município de Porto Alegre.**

De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, a corrida para a redução da Mortalidade Materna, iniciou em 1990.

Embora as taxas de mortalidade materna permaneçam elevadas, às mesmas vêm diminuindo 1,3% ao ano desde 1990, sendo esta redução de 3,1% nos países desenvolvidos e redução de 1,4% nos países em desenvolvimento.

Esta queda tem sido atribuída à redução da taxa de fecundidade total, ao aumento da escolaridade materna, a facilidade do acesso às maternidades, a promoção de políticas públicas, suplementação nutricional as gestantes, entre outras.

Estima-se que 300.000 mulheres morreram em todo o mundo em 2015 como resultado de condições relacionadas à gravidez.

A razão da Mortalidade Materna Mundial (RMMM) hoje é de 216 mortes por 100.000 nascidos vivos por isso, a necessidade de esforços contínuos para eliminar as mortes maternas evitáveis com objetivo de atingir a meta de 2030 que é de 70 mortes maternas por nascidos vivos.

O desempenho do Brasil na redução da mortalidade materna (Meta A) foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina, embora o país ainda enfrente grandes desafios para alcançar esta meta. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos.

Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde, sendo que cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais, portanto o Brasil esta muito próximo de atingir a Meta B da OMS.

A OMS considera ideal um coeficiente de mortalidade materna de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e, aceitável, de até 20 mortes por nascidos vivos.

A meta preconizada para o Brasil é de 35 mortes para 100.000 nascidos vivos, Porto Alegre tem se mantido abaixo da meta da OMS na maioria dos anos desde 2005.

O Risco de Morte Materna de Porto Alegre é de 1:1. 209, ou seja, um óbito para cada 1.209 mulheres em idade fértil. Este índice leva em conta a probabilidade cumulativa de óbito como resultado de uma gravidez ao longo dos anos reprodutivos da mulher. Ele é calculado multiplicando-se a taxa de mortalidade materna pelo comprimento do período reprodutivo (POA dos 10 anos aos 49 anos = 39 anos de período fértil).

Para apoiar um melhor entendimento e aproveitamento das informações contidas neste relatório, achamos conveniente a inclusão de alguns conceitos básicos considerados na confecção deste relatório (Ministério da Saúde, 2007).

**Morte Materna** - é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna a que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

**Morte Materna Obstétrica Direta** - é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

**Morte Materna Obstétrica Indireta** - é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

**Mortalidade Materna Não Obstétrica** - é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

**Morte Materna Tardia** - é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

**Morte Materna Declarada** - é quando as informações registradas na DO permitem classificar o óbito materno.

**Mulher em Idade Fértil** - no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

### **Cálculo da Razão da Mortalidade Materna**

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos (diretas e indiretas até 42 dias).}}{\text{Nº de Nascidos Vivos}} \times 100.000$$

**Obs: Não entram no cálculo as Mortes Maternas tardias e as externas.**

### **Cálculo da Razão da Mortalidade Materna Específica**

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos na faixa Específica}}{\text{Nº de Nascidos Vivos na faixa Específica}} \times 100.000$$

**Obs: Não entram no cálculo as Mortes Maternas tardias e as externas.**

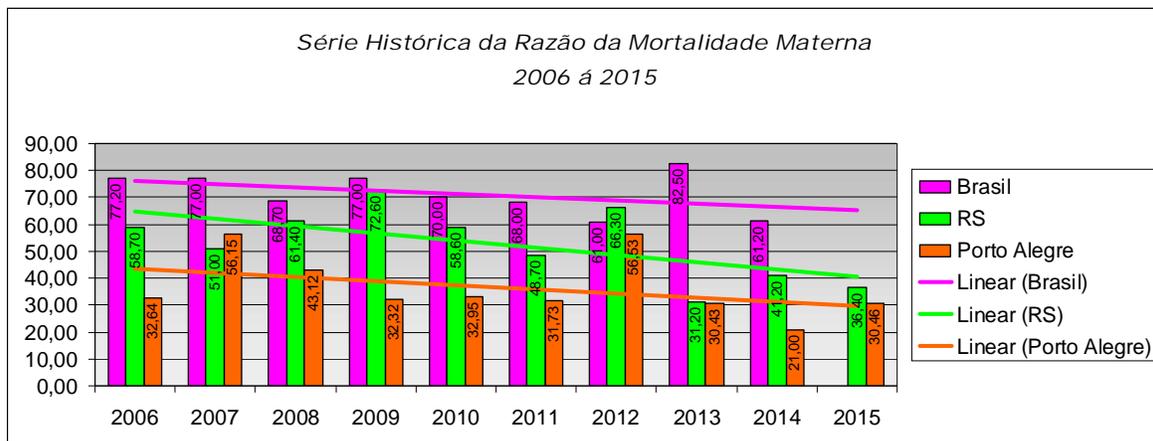
### **Mortalidade Materna em Porto Alegre 2015**

Das 444.236 mulheres em idade fértil (10-49 anos) no Município de Porto Alegre em 2015, (VITAIS/IBGE, 2010 atualizado em 01/06/15), 11 gestantes foram à óbito. Destes óbitos, 06 são consideradas estatisticamente para análise do óbito materno, segundo o Ministério da Saúde (gestantes que foram à óbito durante a gestação e até 42 dias após o evento obstétrico).

Todos os casos de Mortalidade Materna (11) foram investigados, classificados e elaboradas propostas de ações pelos integrantes do Comitê de Morte Materna do Município de Porto Alegre, com objetivo de qualificação do Pré-Natal, Parto e Puerpério nos serviços de saúde e nas maternidades.

**A Razão de Mortalidade Materna** no ano de 2015 ficou em **30,46%**, e o número de nascidos vivos na cidade no mesmo período foi de **19.692 (SINASC/15)**.

Gráfico 1: Série Histórica da RMM: Brasil, RS, POA/2006-2015



\* Dados de 2015 preliminares até data da publicação.

A visualização da série histórica da razão da mortalidade serve como indicador que expressa os níveis de saúde das gestantes, refletindo as condições de vida, as desigualdades sociais, a fragilidade das políticas sociais e leis que garantem os direitos à cidadania e a participação social em cada região ou país.

A SMS de Porto Alegre, através da Área Técnica da Saúde da Mulher, vem implantando ações de qualificação na assistência as gestantes desde 2004, tais como, a Regionalização dos serviços de saúde por maternidade e monitoramento periódico das ações pré-estabelecidas; Reuniões de integração entre as maternidades e os serviços referenciadores para aprimorar o acolhimento mãe - bebê; Implantação do Rede Cegonha, que incluiu as pactuações realizadas com as maternidades; Monitoramento das pactuações; Agilidade no agendamento do PN Alto Risco; Implantação de protocolos nas maternidades e serviços de saúde; Qualificação das investigações dos óbitos maternos com integração das maternidades e serviços de saúde atuando em tempo real.

Observamos o impacto destas ações no gráfico acima, com a redução da Razão da Mortalidade Materna a níveis em Porto Alegre, bem abaixo do Estado do Rio Grande do Sul e Brasil.

## Classificação das Mortes Maternas em 2015

### **Mortes Obstétricas Direta: 2**

- 1 Tromboembolia Pulmonar
- 1 Fígado Gorduroso

### **Mortes Obstétricas Indireta: 4**

- 1 Ca de Mama
- 1 Pneumonia
- 2 AIDS

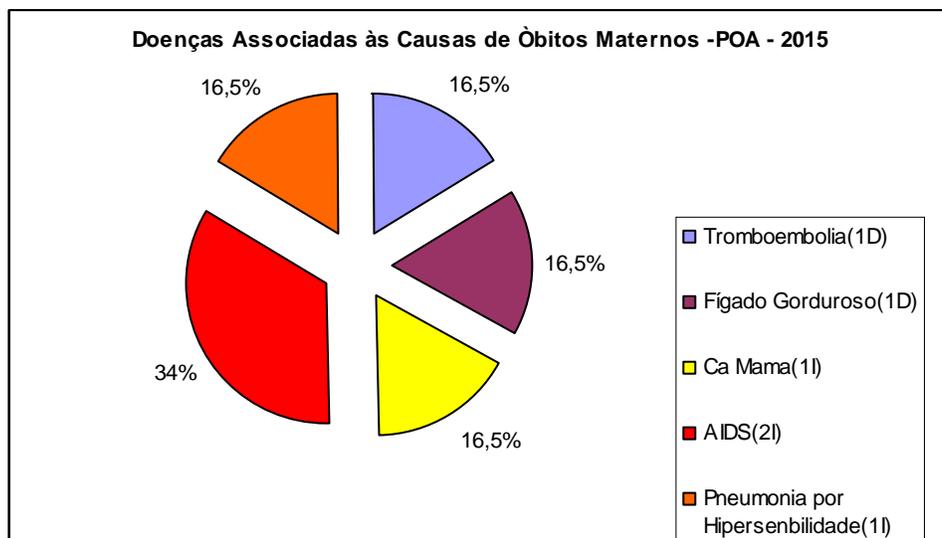
### **Mortes Tardias: 3**

- 1 Pancreatite Aguda Grave
- 1 Ca Colo de Útero
- 1 Lupus Eritematoso Sistêmico

### **Mortes Externas: 2**

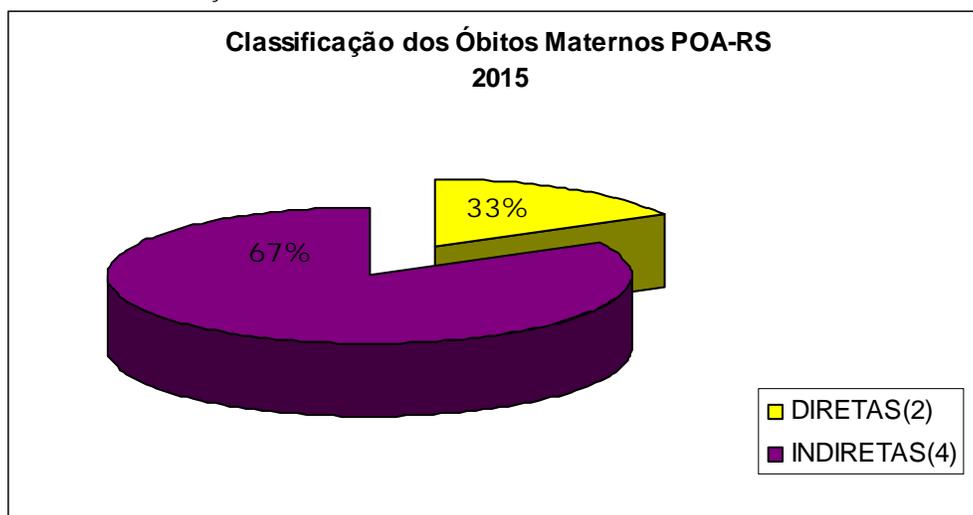
- 1 Homicídio por Enforcamento
- 1 Homicídio por Arma de Fogo

**Gráfico 2: Causas do Óbitos Maternos**



Fonte: Comitê de Morte Materna POA

**Gráfico 3: Classificação dos Óbitos Maternos**

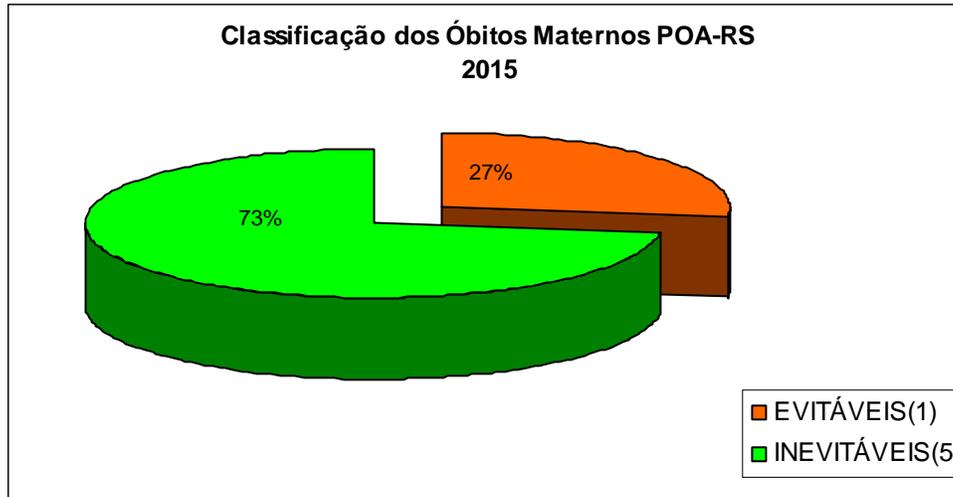


Fonte: Comitê de Morte Materna POA

As mortes maternas por Causas Diretas, relacionadas à gravidez, vem diminuindo gradativamente devido a Implantações de protocolos, normas e rotinas nos Serviços de Saúde e Maternidades. As Causas Indiretas que são condições anteriores à gravidez, mas agravadas pela gestação representam 67% dos óbitos maternos. Portanto, Porto Alegre continua apresentando um perfil de mortalidade semelhante aos países desenvolvidos onde predominam as mortes maternas indiretas.

Considerando as causas indiretas a AIDS continua levando as gestante e puérperas à óbito em grande proporção (34%), esta análise nos demonstra que precisamos ampliar e qualificar as ações de prevenção e detecção precoce desta doença.

Gráfico 4: Classificação dos Óbitos considerando Evitabilidade



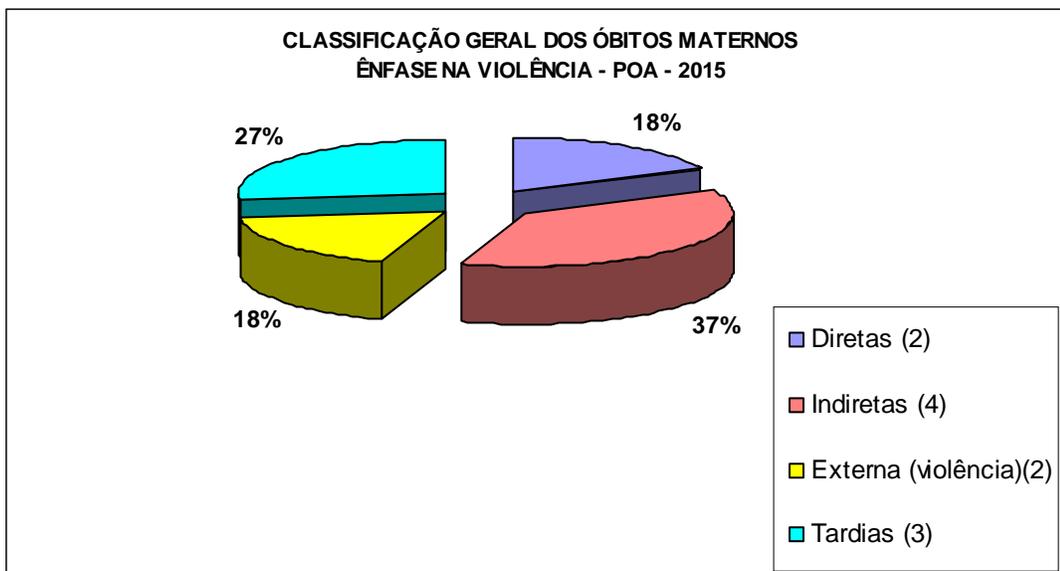
Fonte: Comitê de Morte Materna POA

Na medida em que qualificamos as ações da Rede Cegonha e atuamos em tempo real na investigação dos Óbitos Maternos, observamos uma redução significativa dos óbitos Diretos e Evitáveis.

Os dados acima demonstram a crescente qualificação no atendimento às gestantes e puérperas no pré-natal e na assistência hospitalar e também nos sinaliza uma melhora da qualidade de vida da população.

No ano de 2015, 18% (2 mortes), de todas as mortes maternas tiveram como causa a violência, assim classificadas pelo CMM: Homicídio por Enforcamento (1); Homicídio por Arma de Fogo (1).

Gráfico 5: Tipos de Óbito Maternos



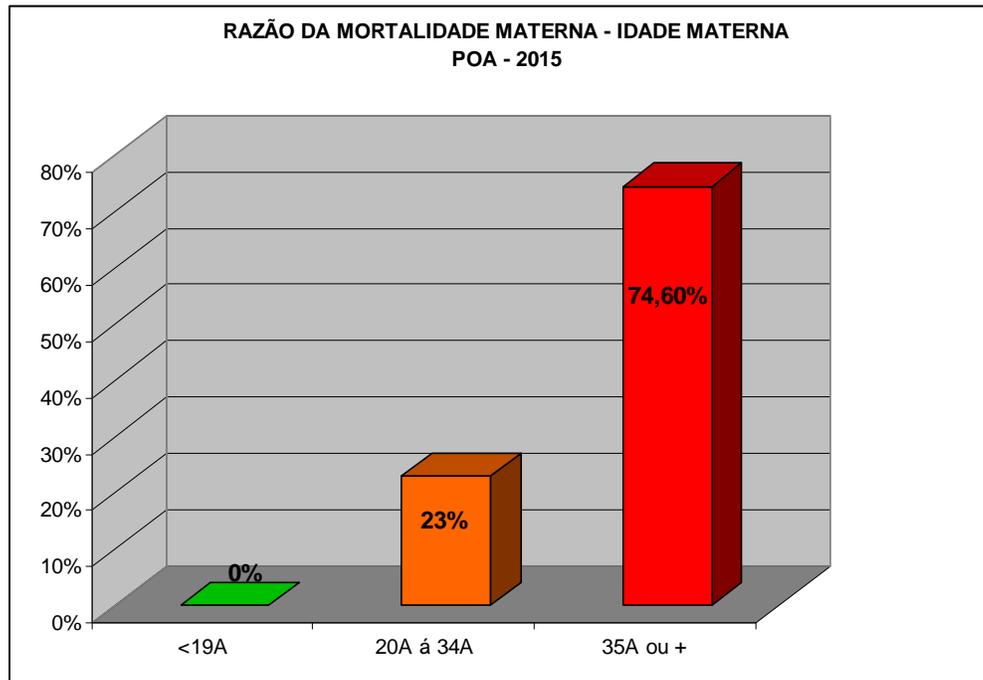
Fonte: Comitê de Morte Materna POA

As estatísticas de mortalidade informam que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil, o que coloca o país na 12ª posição na classificação mundial de homicídio de mulheres. O estudo da OMS denominado de Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence relatou uma prevalência de 27% de violência entre parceiros íntimos ao longo da vida no município de São Paulo e de 34% na região litorânea do estado de Pernambuco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A violência por parceiros íntimos também é comum entre as mulheres grávidas. No estudo, 8% das mulheres entrevistadas em São Paulo e 11% em Pernambuco relataram agressão física durante a gravidez, aproximadamente 1/3 delas foi atingida no abdômen. Esses estudos demonstram a importância do profissional de saúde estar alerta durante o pré-natal e puerpério para sinais de violência doméstica, podendo ter um papel importante na prevenção do óbito materno.

A dimensão da violência doméstica é subestimada nas estatísticas de mortalidade materna. O Ministério da Saúde orienta sobre a importância da investigação desta causa entre os óbitos maternos e, caso seja identificada, deve se realizada classificação específica destes óbitos associados à violência doméstica, com o objetivo de dar visibilidade e discussão na sociedade para o enfrentamento deste problema.

Gráfico 6: RMM da Idade Materna

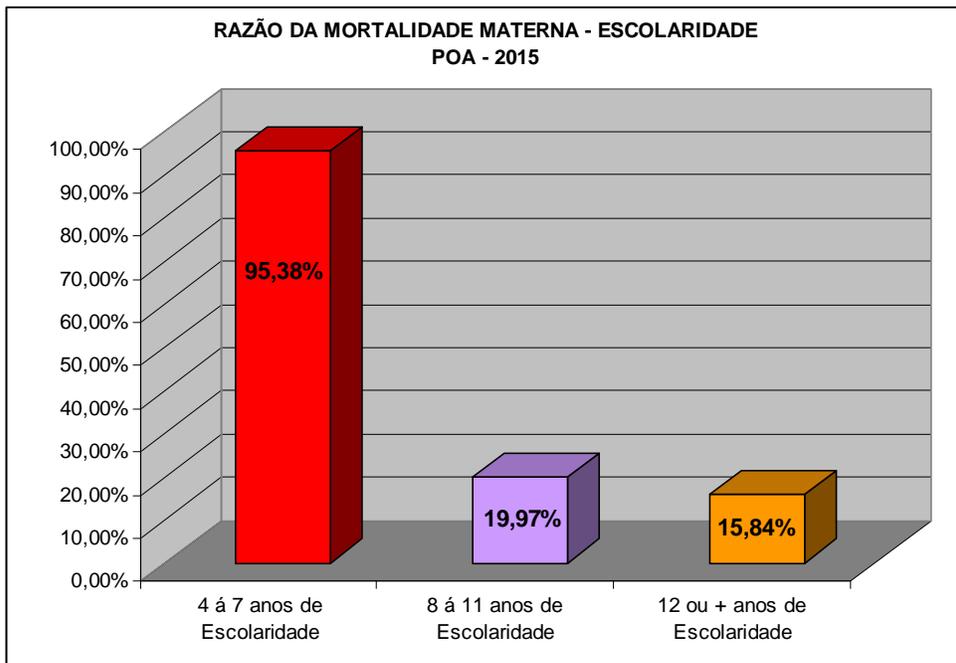


Fonte: SINASC/CGVS/2015

Verificamos que conforme histórico de anos anteriores o maior percentual dos óbitos maternos ocorrem na idade acima dos 35 anos. É importante salientar que não tivemos nenhuma morte de adolescente (10-19a), o que reforça o conceito de que gestação na adolescência não é uma gestação de risco do ponto de vista biológico.

Estudos apontam que o aumento da idade materna entre as gestantes, do índice de massa corporal e comorbidades têm aumentado e também podem ser responsáveis por parte deste aumento da mortalidade materna, nesta faixa etária.

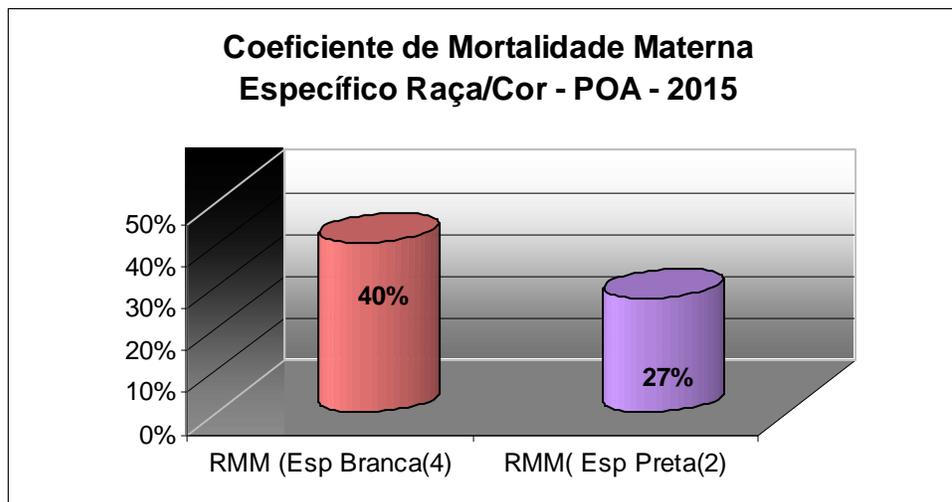
Gráfico 7: RMM – Escolaridade



Fonte: SINASC/CGVS//2015

A RMM prevalece nas classes sociais com mais vulnerabilidade ao acesso a escolaridade, demonstrando que o aumento do nível educacional é protetor contra a morte materna.

Gráfico 8 : RMM Raça/Cor

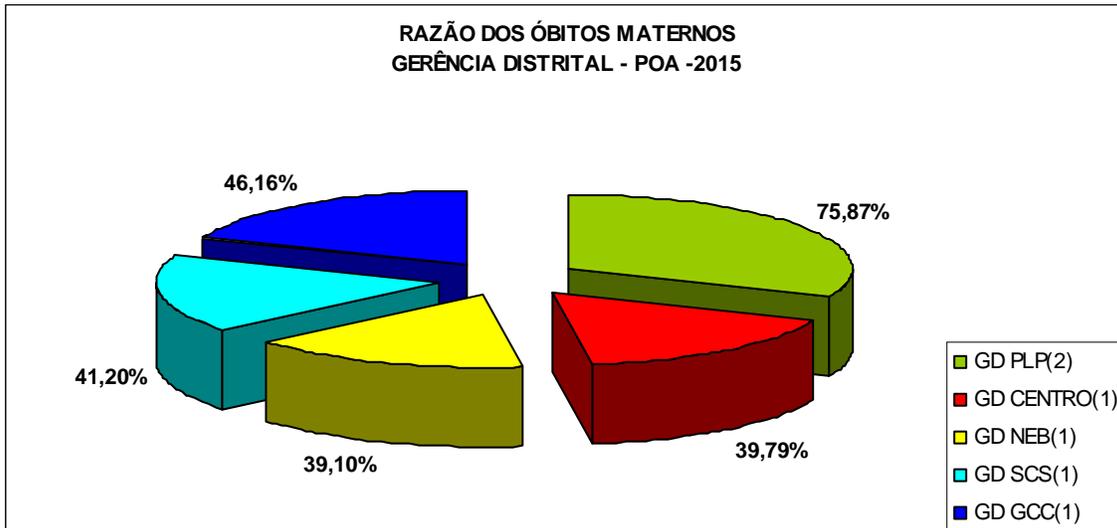


Fonte: SINASC/CGVS/2015

Globalmente tem-se uma disparidade significativa na mortalidade materna para as mulheres afro-descendentes em comparação com as mulheres brancas. Em Porto Alegre diferentemente de outras regiões, a mortalidade materna desde 2014 é maior na raça/cor Branca o que permite aferir que estamos além de reduzindo a mortalidade materna estamos fazendo com equidade.

A identificação dessas diferenças étnicas e raciais nos permite ver a vulnerabilidade e planejar intervenções para diminuir este risco.

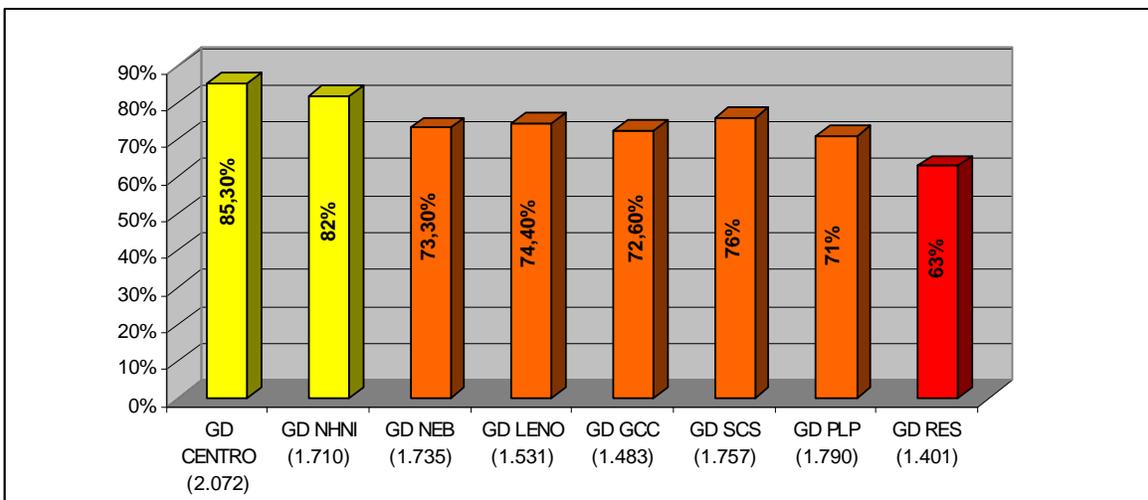
Gráfico 9: RMM por Gerência Distrital



Fonte: Comitê de Morte Materna POA

**Legenda:** GD PLP: Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro; GD NEB: Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar; GD SCS: Gerência Distrital Sul/Centro Sul; GD GCC: Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.

Gráfico 10: Percentual de Gestantes com 7 ou mais consultas por GD em 2015



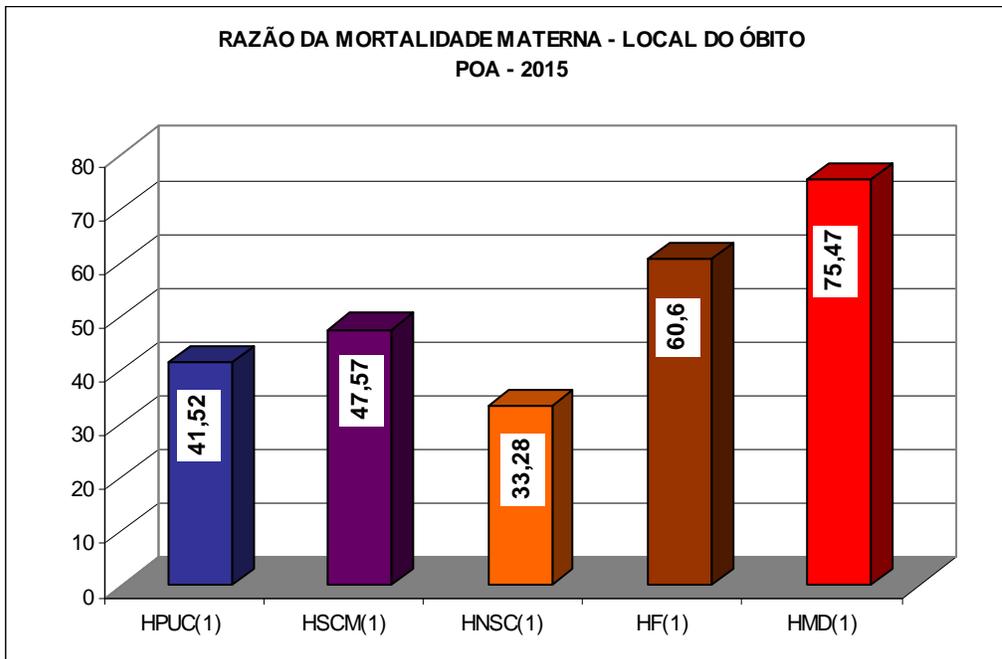
SINASC/CGVS2015

Consultas Ignoradas: 1.665

Das oito Gerências Distritais no Município de Porto Alegre, seis aparecem com óbito materno. Observando os gráficos acima, constatamos que 3 Gerências Distritais com óbitos maternos (NEB, PLP e GCC), não atingiram a meta da SMS de 75% de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.

Portanto nestas regiões, temos que qualificar o pré-natal e as ações de prevenção e detecção precoce da AIDS, pois dois óbitos foram por causa morte a AIDS.

Gráfico 11: RMM por Maternidade



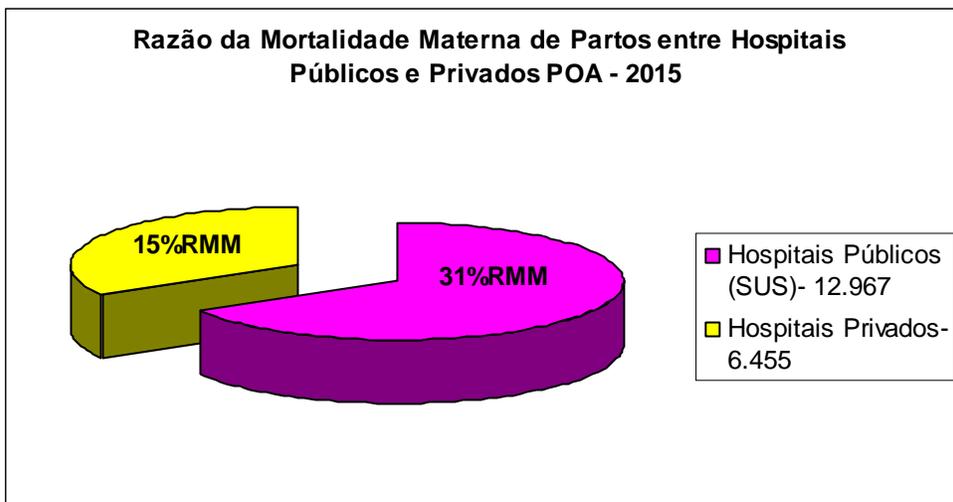
Fonte: SINASC/CGVS/2015

**Legenda:** **HPUC:** Hospital Pontifícia Universidade da PUC (NV: 2.408)// **HSCM:** Hospital santa Casa de Misericórdia (NV: 2.102)// **HNCS:** Hospital Nossa Senhora da Conceição(NV:3.004// **HF:** Hospital Fêmeina(NV:1.650)// **HMD:** Hospital Mãe de Deus(NV:1.325); \* 227 partos (1,1%) sem identificação qualificada na DN

Ao analisarmos as mortes maternas do município de Porto Alegre em relação ao local do óbito materno, observamos que quatro maternidades SUS das seis maternidades tiveram óbito materno e uma maternidade privada, sendo que após discussão exaustiva de casa caso pelo CMM, todos foram considerados inevitáveis.

Não consta neste gráfico um óbito materno. O parto ocorreu no domicílio e após 22 dias foi a óbito em uma instituição que não possui maternidade, decorrente de AIDS. Óbito classificado como Indireto e evitável pelas condições sociais.

Gráfico 12: RMM por Maternidade Pública e Privada



Fonte: SINASC/CGVS2015

Observamos uma RMM maior nos hospitais públicos do que nos privados. Isto pode ser parcialmente explicado em função de que os hospitais públicos recebem gestantes com um menor nível sócio econômico, menor escolaridade e menor acesso a bens e serviços, inclusive os de saúde.

## Conclusões

A cidade de Porto Alegre tem mantido os índices de morte materna abaixo do Objetivo do Milênio (35/100.000NV), sendo que em 2015 a RMM foi de 30,46. Mantém um perfil epidemiológico de mortalidade materna misto, mesclando causa diretas, como tromboembolismo, hemorragias e causas indiretas como HIV/AIDS, doenças respiratórias e neoplasias, mas com predomínio destas últimas.

Considerando os fatores de risco para morte materna verificamos que como em outras regiões do mundo, morrem mais mulheres com idade acima de 35 anos, com baixa escolaridade, que moram na periferia e que tem menor acesso a bens e serviços.

O único fator de risco que em Porto Alegre difere das demais regiões é a raça /cor, pois desde 2014, estão morrendo mais mulheres da raça/cor branca, do que negra isso pode estar demonstrando que gradativamente está havendo qualificação do acesso à saúde, educação e melhora do nível sócio econômico desta população.

Como colocado no início deste relatório a OMS considera ideal um coeficiente de mortalidade materna de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e, aceitável, de até 20 mortes por nascidos vivos, portanto temos que continuar avançando na qualificação de políticas que contribuam para a redução da mortalidade materna.

Entre os fatores que podemos citar para está qualificação estão: o aumento da escolaridade materna, acesso ao planejamento familiar, ao pré-natal qualificado, a detecção e tratamento de doenças pré-gestacionais, incentivo ao parto em instituições dotadas de recursos e protocolos bem estabelecidos, melhora do nível sócio econômico da população.

**“Para alcançar o nosso objetivo global de melhorar a saúde materna e salvar a vida das gestantes, nós precisamos fazer mais para chegar àquelas que estão em maior risco”, disse Anthony Lake, Diretor Executivo do UNICEF. “Isso significa alcançar mulheres nas zonas rurais e nas famílias mais pobres, as mulheres de minorias étnicas e grupos indígenas, mulheres vivendo com HIV e em zonas de conflito”.**

**“Todo nascimento deve ser seguro e toda gravidez deve ser desejada”, afirma Thoraya Ahmed Obaid, Diretora Executiva do UNFPA.**

## **Integrantes do Comitê de Morte Materna do Município de Porto Alegre 2015**

- Breno Acauan, representando o Hospital da Pontifícia Universidade Católica;
- Daniele Lima Alberton, representando a Gerência Distrital Sul, Centro Sul;
- Denise Loureiro Pedroso, representando a Gerência Distrital Centro;
- Dinora Hoeper, representando a Gerência Distrital da Glória, Cruzeiro, Cristal;
- Elaine Oliveira Soares, representando a População Negra;
- Estevão Finger da Costa, representando COREN-RS;
- Fabiane Dubina, representando a Gerência Distrital Norte, Eixo e Baltazar;
- Fernanda Uratani, representando a Gerência Distrital Partenon e Lomba do Pinheiro;
- Helena Beatriz Schreen, representando a 2ª CRS, Saúde da Mulher;
- Janete Vettorazzi, representando o Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Letícia Bueno, representando o Hospital Mãe de Deus;
- Liana Terezinha Araújo, representando o CMS;
- Lisandra Pacheco Dias Xavier, representando a Área Técnica da Saúde da Criança;
- Luciane Rampanelli Franco, representando a Área Técnica da Saúde da Mulher do Município de Porto Alegre e o Hospital Fêmeina;
- Magali Torres e Marli Lisboa, representando o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas;
- Marcos Rosa, representando o Hospital Santa Casa de Misericórdia e Hospital Moinhos de Vento;
- Maria Elizabeth Difini, representando a Gerência Distrital Leste e Nordeste;
- Maria Lucia da Rocha Opperman, representando o CREMERS;
- Patrícia Conzati Vieira, representando a Vigilância de Saúde de Porto Alegre;
- Rosa Maria Rimolo Vilarino, representando a Área Técnica da Saúde da Mulher do Município de Porto Alegre;
- Rosane Teixeira, representando o Hospital Nossa Senhora da Conceição.

### **Área Técnica da Saúde da Mulher da SMS- POA**

*Luciane Rampanelli Franco, Coord da ATSM, médica especialista.*

*Circe Ottonelli Pithan, enfermeira.*

*Rosa Maria Rimolo Vilarino, psicóloga.*

## **Agradecimento Especial:**

**Aos Integrantes do Comitê de Morte Materna do Município de Porto Alegre que estiveram presentes contribuindo para o processo de investigação, discussão, classificação de todos os casos de Morte Materna e na proposição de estratégias de ações a serem implantadas nos Serviços de Saúde e Maternidades do Município.**

**Na qualificação do Pré-Natal, Parto e Puerpério, agradecemos a participação das Rede de atenção básica, Áreas Técnicas da Secretária Municipal da Saúde de Porto Alegre e Maternidades, que trabalhando em conjunto e continuidade vem cada vez mais qualificando a assistência obstétrica de nossa cidade.**

## **Referências Bibliográficas:**

1. *Dados Extraídos do SINASC e TABWIN, 2015; Relatório do SIM/CGVS/SMS/PMPA.*
2. *Manual dos Comitês de Morte Materna/ MS 2002;*
3. *DATASUS 2010/MS*
4. *Relatórios Anuais anteriores do Comitê de Morte Materna/SMS/PMPA*
5. *Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo (Org.) Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. / organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. – Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.*
6. *Ministério da Saúde, Brasil, 2010. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Serie A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF, 2010. 5ª Edição. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf).*
7. *Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do near miss do OMS para saúde materna – OMS – 2011*
8. <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml> (accessed on July 16, 2012)
9. *United Nations Sustainable Development Goals <http://www.un.org/sustainable-development-goals/> (accessed on April 15, 2016)*
10. *WHO.ICM.FIGO.Making pregnancy safer:the critical role of the skilled attendant. Geneva.WHO,2004*
11. *WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. Geneva: World Health Organization, 2012.*
12. *Campbell OM, Graham WJ, Lancet Materna Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006;368>1284.*