

Relatório do Comitê de Morte Materna 2013

Município de Porto Alegre.

As estatísticas sobre a mortalidade materna (MM) têm sido apontadas como o melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para diminuição dos índices (Com. Ciências Saúde, 2011)

Apesar de todos os esforços realizados, ainda no século XXI as mulheres morrem durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo que a maioria ainda são causas evitáveis (Ministério da Saúde (MS), 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a redução da mortalidade materna é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, onde a meta empenhada pelo Brasil é a redução em três quartos do ano 1990 para o ano 2015. Em 2015 deveríamos estar com uma razão de mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos.

O Brasil em 2011 registrou uma queda de 19% nos índices de mortalidade materna (MM). Segundo dados do Ministério da Saúde. Em 2010, foram registrados 870 óbitos maternos no primeiro semestre do ano e os números caíram para 705 no primeiro semestre de 2011. Esta queda observada nos indica que as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde e os investimentos financeiros destinados á saúde da mulher estão incidindo na redução do óbito materno. Destacamos algumas estratégias adotadas para esta redução. A implantação da Rede Cegonha com suas ações relacionadas ao planejamento reprodutivo e ao aborto, a qualificação na atenção do pré-natal e a articulação entre a rede básica de saúde e maternidades, identificação e encaminhamento das gestantes de alto risco aos serviços de especialidades, a melhoria da qualidade ao trabalho de parto com a implantação das “Boas Práticas” (empoderamento da mulher para escolha do tipo de parto, visita às maternidades pelas gestantes e acompanhantes, acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, pele a pele, amamentação exclusiva,...).

Nas várias instâncias governamentais brasileiras têm sido estabelecidos esforços para a redução dos índices da mortalidade materna (MM). Outra estratégia adotada é a investigação da mortalidade materna e avaliação da qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher através da criação dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM). A implantação desse tipo de comitê é recomendada internacionalmente por ser um valioso instrumento de análise dos óbitos maternos e para intervenção na redução das ocorrências. Por essa razão, observa-se que, nos estados onde os Comitês de Morte Materna são estruturados e mais atuantes, registram-se coeficientes de mortalidade materna menores do que naqueles onde esses comitês possuem atuação fraca ou inexistente. Na capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, o Comitê de Morte Materna (CMM) é multidisciplinar com representantes das unidades básicas de saúde, dos hospitais públicos e privados, os órgãos de representatividade da sociedade civil e comunidade(COREN-RS, CREMERS, CMS...).

As reuniões são mensais, onde são analisados todos casos de morte materna, re-classificados se necessário, e propostas ações junto as principais maternidades do município, e na rede básica de saúde conforme deliberação do CMM.

A integralidade das ações propostas em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Mulher do Município de Porto Alegre que atua com um modelo de saúde que visa integrar os **fatores sociais**, tais como as condições sócio-econômicas, gênero, discriminação étnica racial, acesso a educação, trabalho, entre outros.

Fatores biológicos relacionados as condições gerais da saúde da mulher, acesso as informações tais como, métodos contraceptivos, planejamento familiar, pré-natal,... e a qualidade da assistência prestada a mulher nos diversos níveis de acesso á sua saúde. E, com os **fatores comportamentais** que estão relacionados as diversas fases do desenvolvimento da mulher e como ela se vê e interage nestas fases, procurando detectar os fatores de risco comuns e modificáveis que são a base das doenças crônicas, tais como obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo(OMS,2005). Este modelo busca elucidar as relações que se estabelecem entre eles e assim procurar entender a ocorrência da morte materna.

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 (Brasil). Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 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

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

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

Mortalidade Materna em Porto Alegre 2013

No Município de Porto Alegre, em 2013, morreram 476 mulheres em idade fértil, sendo que 16 encontravam-se no ciclo gravídico-puerperal.

Destas, 06 são consideradas estatisticamente para avaliação do óbito materno, segundo o Ministério da Saúde.(gestantes que foram á óbito até 42 dias após o evento obstétrico)

Todos os 16 casos foram investigados, classificados e então elaboradas propostas de ações pelos integrantes do CMM, com qualificação do Pré -Natal nos serviços e do atendimento nas maternidades.

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

Série Histórica da Razão da Mortalidade Materna 2013

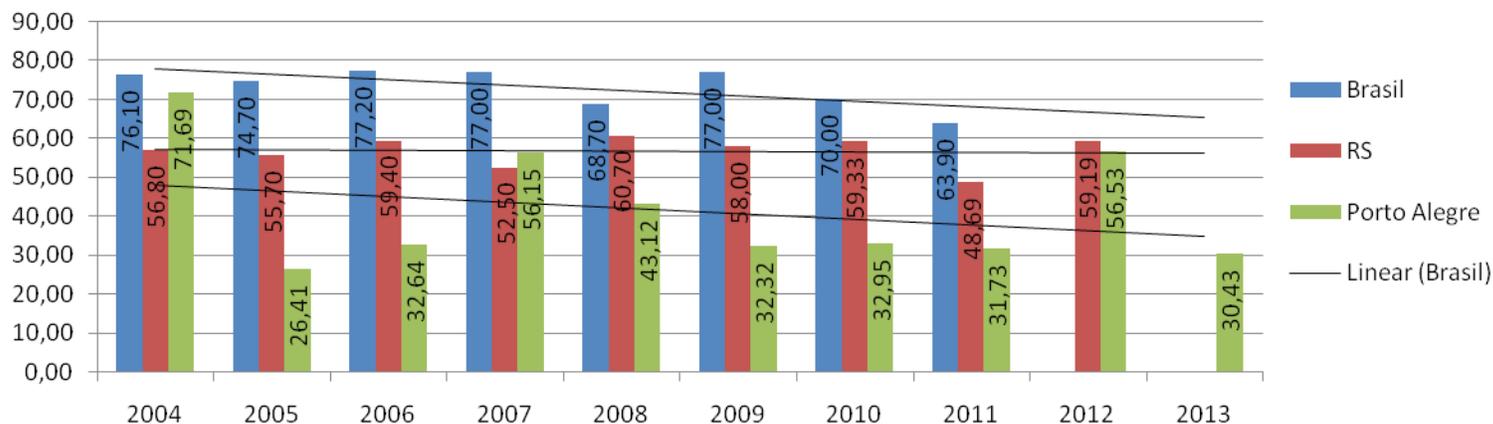


Figura 1. Série histórica comparativa da razão da mortalidade materna no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre nos últimos 10 anos.

A **Razão de Mortalidade Materna (RMM)** em Porto Alegre no ano de 2013, ficou em **30,43** óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, sendo que o número de nascidos vivos na cidade no mesmo período foi de **19.716. (Dados preliminares/ Agosto/14)**

Analisando o gráfico acima, observamos que Porto Alegre apresenta uma redução importante e consistente na mortalidade materna nos últimos 10 anos. Esta redução deve-se a várias ações efetuadas pela Secretaria da Saúde e também ao fato de que o Comitê de Morte Materna do Município é atuante, analisando os casos em tempo real e propondo ações junto com a Área Técnica da Saúde da Mulher, outras Áreas Técnicas, as Maternidades e Serviços de Saúde no sentido de diminuir a RMM.

Classificação das Mortes Maternas em 2013

Mortes Obstétricas Direta: 2

- 1 Síndrome de Hellp
- 1 Hipertensão Prévia

Mortes Obstétricas Indireta: 4

- 1 Lupus Eritematoso Sistêmico
- 1 IAM
- 1 Hemorragia Cerebral (Aneurisma)

- 1 Meningite

Morte Obstétrica por causa Externa (Violência): 5

- 3 Homicídios
- 1 Suicídio
- 1 Indeterminada

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 parceiro íntimo 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 abdomen. Esses estudos demonstram a importância do profissional de saúde estar alerta durante o pré-natal para sinais de violência doméstica, pois isto pode 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 discute a importância de investigação desta causa entre os óbitos maternos e, caso seja identificada, fazer classificação específica dos óbitos maternos associados à violência doméstica, com o objetivo de dar visibilidade e discussão na sociedade para o enfrentamento deste problema.

Em Porto Alegre, no ano de 2013, 31%, (5 casos) de todas as mortes maternas.(diretas, indiretas, tardias e externas) foram classificadas como violentas.

Constatamos também que dos 16 óbitos maternos de Porto alegre no ano de 2013, 19% (3 casos), as gestantes estavam com HIV. Diante deste fato houveram várias ações desencadeadas pela Área Técnica da DST/AIDS e Hepatites Virais nas maternidades para a diminuição da transmissão vertical, tais como implantação do teste rápido de HIV, sífilis,e hepatites em todos serviços de saúde, maternidades, monitoramento de todas gestantes HIV e com sífilis e implantação do Comitê de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis.

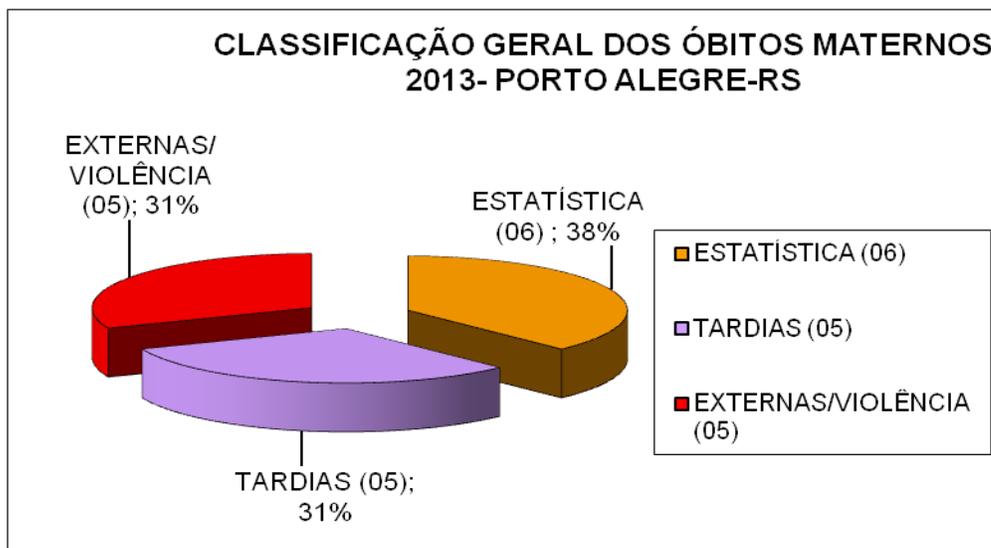


Figura 2. Classificação Geral dos Óbitos Maternos em Porto Alegre (RS) no ano de 2013 no Município de Porto Alegre conforme o Manual do Ministério da Saúde.

Classificação dos Óbitos Maternos em POA-RS

No ano de 2013, 67% dos óbitos foram classificados como indiretos o que diferiu significativamente em relação à classificação das mortes maternas do ano anterior 2012 em que houveram mais óbitos por morte direta.

Esta mudança na redução dos óbitos diretos demonstra que houve uma qualificação do pré natal, fluxos entre os serviços e na assistência nas maternidades.

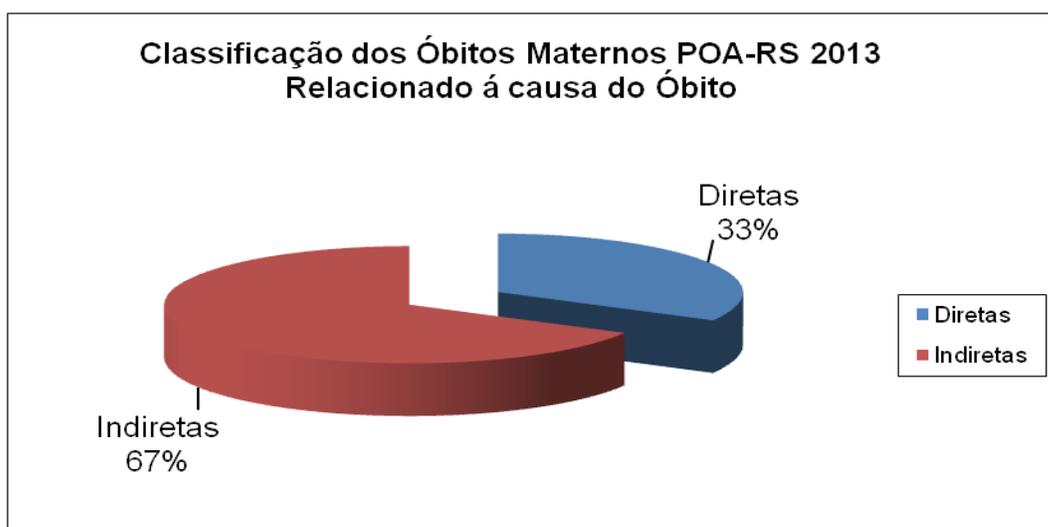


Figura 3. Classificação dos Óbitos Maternos em Porto Alegre (RS) no ano de 2013 de acordo com a causa do óbito materno.

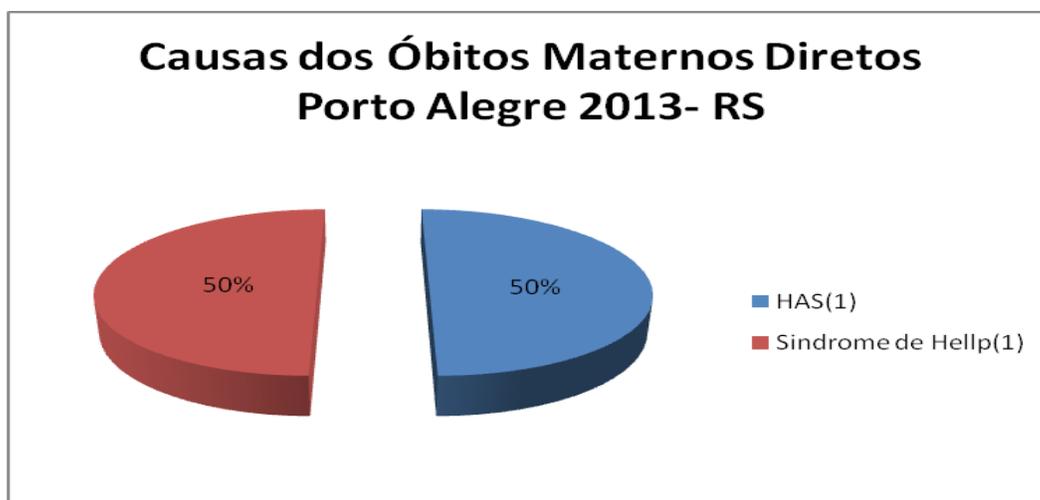


Figura 4. Classificação das Causas dos Óbitos Maternos Diretos em Porto Alegre (RS) no ano de 2013.

Dos óbitos diretos, 100% são relacionados aos Distúrbios Hipertensivos. Quando analisamos as quatro principais causas de morte materna obstétrica direta no Brasil, observamos que a síndrome hipertensiva continua a mais freqüente em todas as regiões do país. Quando se promove a melhora nas condições de vida da população e a qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, ocorre considerável redução das causas diretas e, conseqüentemente, no nível de RMM.

Se computarmos todas as causas de óbitos maternos (diretos/indiretos), as doenças hipertensivas chegam á 50% sendo a primeira causa de morte materna seguido da infecção puerperal(1), hemorragia cerebral(1) e meningite(1).

As duas primeiras causas no Rio grande do Sul assemelha-se ao Brasil.

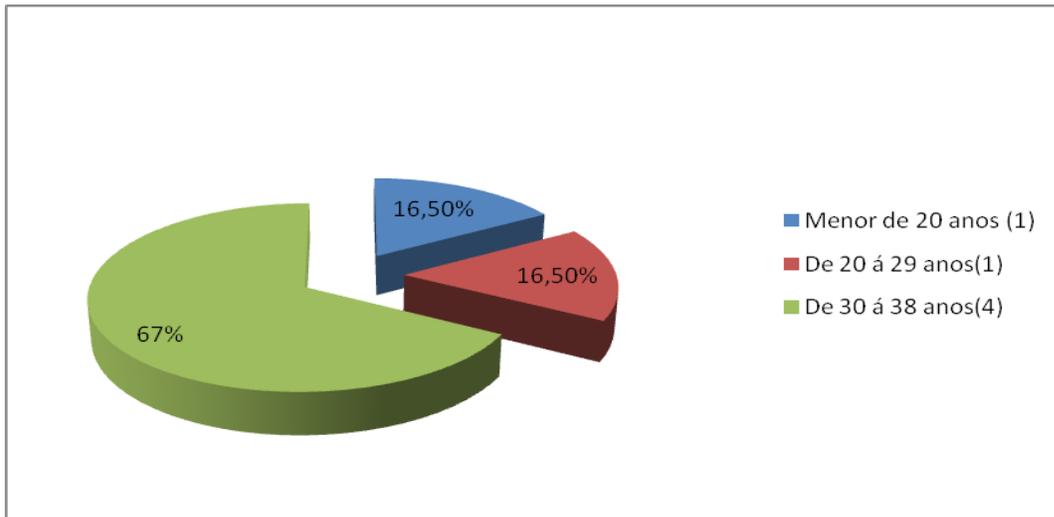


Figura 5. Percentual dos Óbitos Maternos em Porto Alegre (RS) no ano de 2013 conforme faixa etária.

Ao calcularmos a razão da mortalidade materna nas diversas faixas etárias, verificamos que o maior nº de óbitos ocorrem nas gestantes maiores de 30 anos (4 óbitos por 100.000 nascidos vivos).

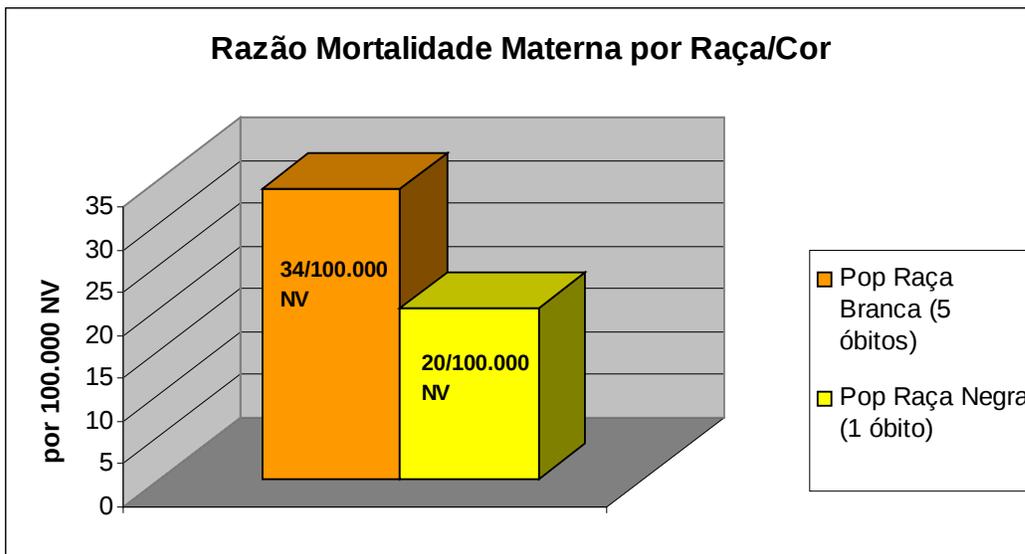


Figura 6. Coeficiente da mortalidade materna em Porto Alegre (RS) no ano de 2013 Relacionado a raça/cor.

Em relação ao indicador de Mortalidade Materna em Porto Alegre relacionado à raça/cor, conforme gráfico, em 2013, percebeu-se que na população de mulheres **brancas**, há um coeficiente de **34 casos de morte materna** por 100.000 nascidos vivos, e na **raça negra** (pretos/pardos) um coeficiente de **20 casos** por 100.00 nascidos vivos.

Ao analisarmos como se distribui a mortalidade materna no Brasil entre mulheres de distintos grupos sociais, podemos perceber como operam essas desigualdades sociais em saúde. Dados do SIM, referentes ao ano de 2008, demonstram que mulheres brasileiras com quatro anos ou menos de escolaridade tiveram um risco 3,7 vezes maior de morrer por causa materna do que aquelas com 9 a 12 anos de escolaridade. Estudos demonstram também que mulheres pretas residentes nas capitais brasileiras apresentaram razão de mortalidade materna 7 vezes maior que as brancas ou pardas (CHOR; LIMA, 2005), e que o risco para negras variou entre 3,6 (Bahia) e 8,2 vezes (Paraná) (MARTINS, 2006). Também a população indígena apresenta maior vulnerabilidade à mortalidade materna.

Em 2013 notamos que a mortalidade materna na população da raça preta e parda no município de Porto Alegre diminuiu diferindo dos anos anteriores e do restante do Brasil

Quanto a evitabilidade das mortes maternas, houve significativa modificação em relação aos anos anteriores, a maioria dos óbitos maternos em 2013 foram Inevitáveis (5) e somente 1 caso poderia ter sido evitado conforme análise do CMM.

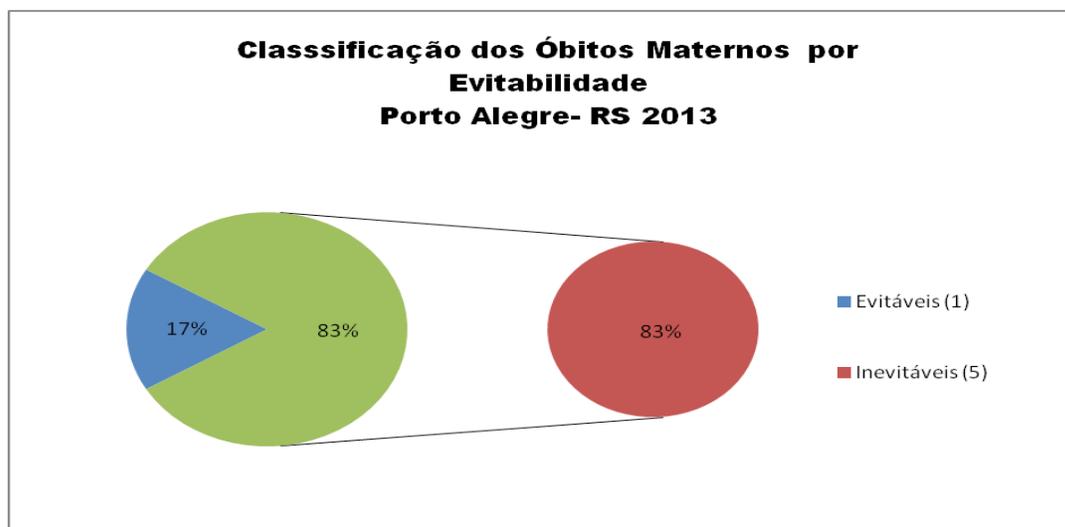


Figura 7. Classificação quanto a evitabilidade dos Óbitos Maternos em Porto Alegre (RS) no ano de 2013.

A violência no Município de Porto Alegre em 2013 relacionada à mortalidade materna aparece nas Gerências Distritais onde há maior vulnerabilidade social.

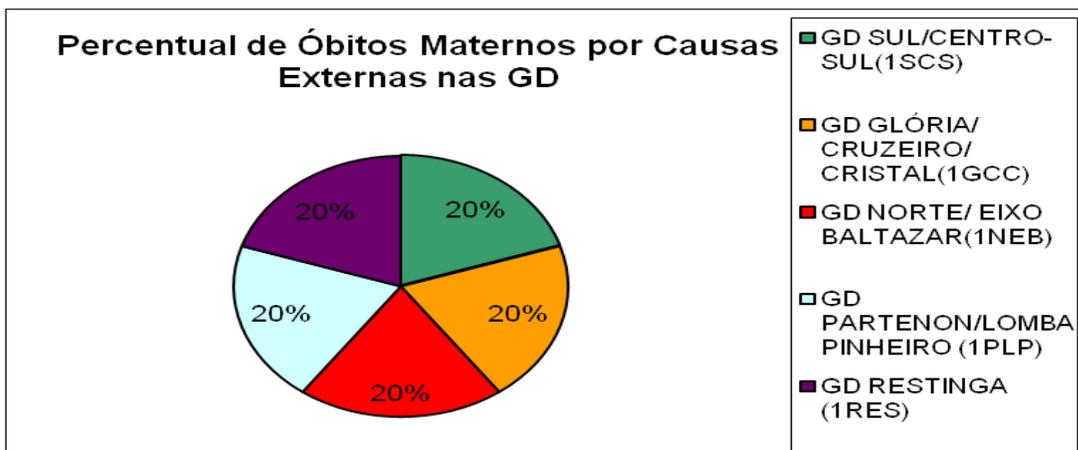


Figura 8. Percentual de óbitos maternos ocorrido nas Gerência Distrital, por causas externas em Porto Alegre (RS) no ano de 2012.

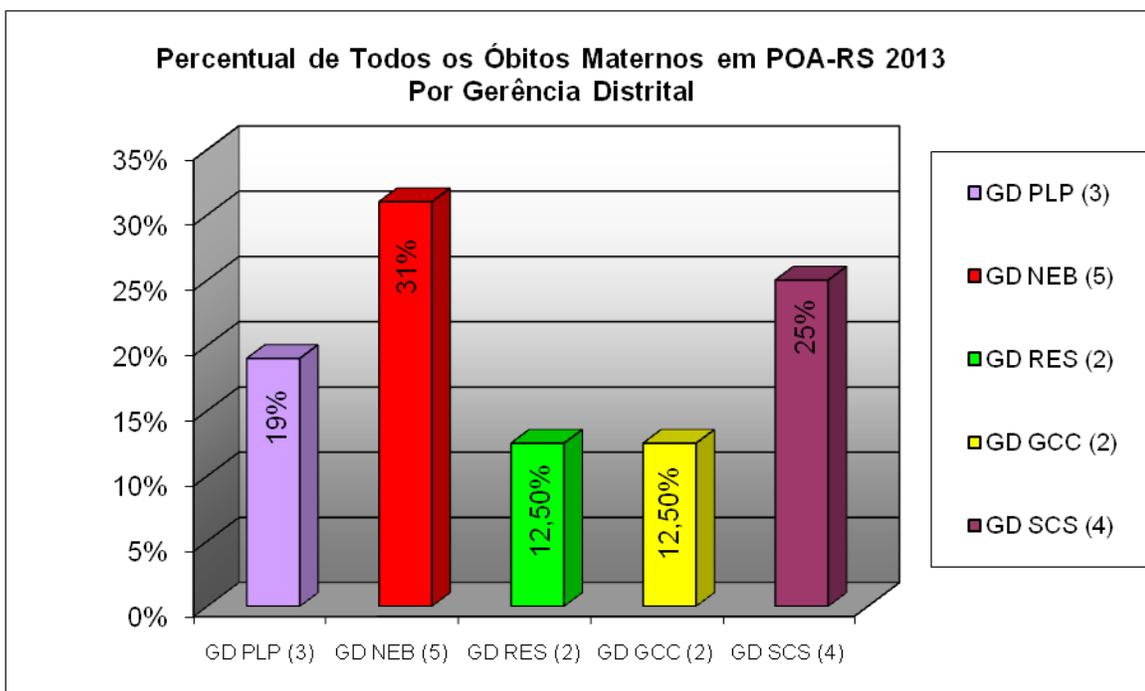


Figura 9. Percentual dos óbitos maternos em Porto Alegre (RS) nas Gerência Distrital no ano de 2013.

Observamos que nas GDs onde há maior vulnerabilidade social é onde ocorrem os óbitos maternos no município de Porto Alegre.

Este gráfico nos mostra em que Maternidades de Porto Alegre as gestantes ou puerpéras foram a óbito.

Não necessariamente estas gestantes realizaram o parto nestes hospitais, podem ter sido referenciadas após o parto para tratamento específico.

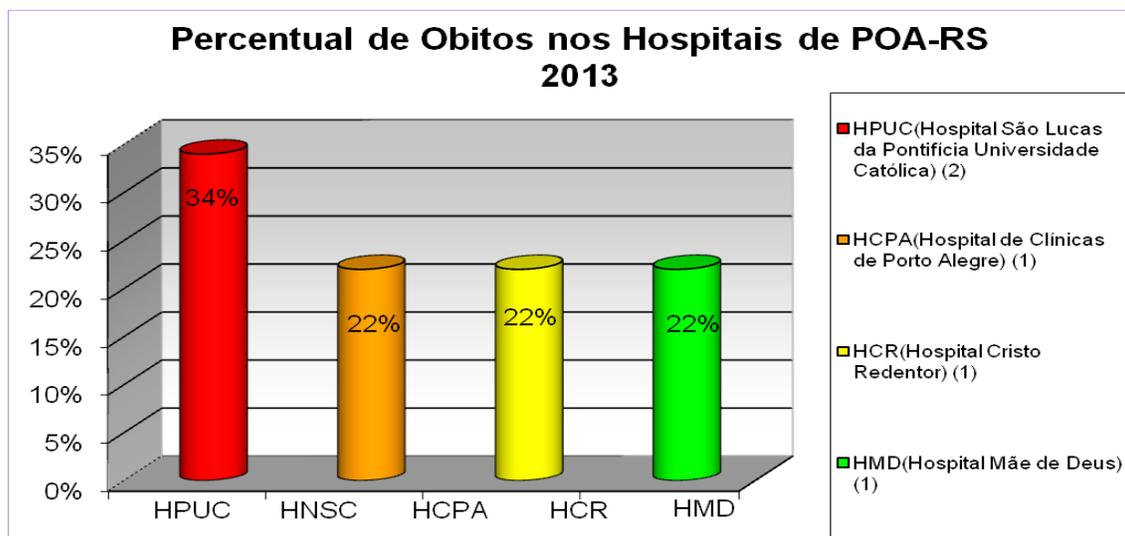


Figura 11. Distribuição dos Óbitos Maternos em Porto Alegre (RS) por maternidade onde ocorreu o óbito no ano de 2013

Conclusões

A cidade de Porto Alegre tem um perfil epidemiológico de mortalidade materna misto com predomínio das mortes maternas indiretas, mesclando causas similares as dos países desenvolvidos, como as doenças cardiovasculares e Pulmonares na gestação e, com causas de países em desenvolvimento HIV, Aborto, Distúrbios Hipertensivos e Infecção Puerperal.

Os fatores sociais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, denominados “determinantes sociais em saúde” influenciam na ocorrência de problemas de saúde e eles têm relação direta nos índices de mortalidade materna de uma região.

Há também necessidade da integralidade do trabalho entre os serviços de saúde e as maternidades, qualificando a assistência pré-natal, com detecção precoce de gestantes de alto risco encaminhando e tratando em tempo oportuno e a implementação das boas práticas no atendimento ao parto preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, é preciso uma Área Técnica da Saúde da Mulher atuando ativamente, organizando as referências e contra-referências das gestantes às maternidades com em tempo oportuno e eficaz em todas as etapas da assistência, desde orientações aos métodos contraceptivos, planejamento da gravidez,

empoderamento das gestantes sobre todos os seus direitos, quanto à opção dos tipos de partos, visita à maternidade, orientação em relação à importância do acompanhante no pré-parto, parto e puerpério; o pele á pele na primeira hora de vida do bebê, amamentação exclusiva, orientações quanto a vacinação da mãe e bebê, agendamento do acolhimento da mãe e bebê nos serviços de saúde até o 5º dia do puerpério, captação precoce da gestante (Teste Rápido de Gravidez, HIV e Sífilis), vinculação da gestante de alto risco ao serviço básico de saúde, busca ativa das gestantes faltosas as consultas de pré-natal, identificação e encaminhamento as referências para alto risco. Todos os aspectos acima são fundamentais para a promoção de uma gestação segura.

Ressaltamos também que um Comitê de Morte Materna estruturado, organizado e atuante na avaliação e planejamento das ações de prevenção assim como investigando todos os óbitos maternos em tempo oportuno refletem na redução da Morte Materna, pois conseguem incidir na causa do óbito em tempo imediato.

As ações demandadas pelo CMM à Área Técnica da Saúde da Mulher do Município de Porto Alegre em 2013 estavam relacionadas a qualificação do Pré-Natal nos serviços e do atendimento nas maternidades, também a continuidade da integração entre maternidades e serviços de saúde (regionalização).

A Área Técnica da Saúde da Mulher em 2013 monitorou em todos os Serviços de Saúde o Teste Rápido de Gravidez, assim como a AT da DST/AIDS, os de HIV e Sífilis); Aprimorou o Grupo Técnico da Saúde da Mulher composto por Ginecologistas, dois por GD, também com o objetivo de aproximação e agilização do processo de informações aos profissionais de saúde da rede básica; Realizou reuniões de regionalização onde cada maternidade se reúne com seus serviços de referência e são ajustados os encaminhamentos das gestantes às maternidades e seu retorno aos serviços de saúde. Nestas reuniões foram abordados os seguintes temas de capacitação; Revisão do protocolo do pré-natal de baixo risco com a incorporação do rastreamento universal da anemia falciforme na gestação.

Gradualmente todas as maternidades estão implantando em seus serviços as boas práticas de humanização do parto, preconizadas pelo Ministério da Saúde e incentivadas pela AT saúde da Mulher de POA.

Com o Comitê de Morte materna esperamos manter a nossa função de identificação, vigilância e análise dos óbitos maternos de Porto Alegre, sinalizando ações a serem implementadas no Município que contribuam para a redução das mortes maternas em nossa cidade.

Referências Bibliográficas

1. Dados Extraídos do SINASC e TABWIN, 2012; 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.
7. Ministério da Saúde.Secretária de Políticas de Saúde.Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/Ministério da Saúde,Secretaria de Políticas de saúde,Área Técnica de Saúde daMulher. 2.ed.-Brasília:Ministério da Saúde,2002.
8. FERNANDES, C.L.C;CURRA,L.C.D. Feramentas DE Abordagem Familiar.PROME.F. Organização SBMFC,p13-29.Porto Alegre:Artmed/Panamericana Editora,2006.
9. WALSH,F (2005). Fortalecendo a Resiliência Familiar.São Paulo,SP:Roca.

Responsáveis Técnicos pela Elaboração do Relatório do Comitê de Morte Materna

Integrantes do Comitê de Morte Materna do Município de Porto Alegre Ano 2013

- Breno Acauan, representando o Hospital da Pontifícia Universidade Católica;
- Celina Valdez Feijó Kohler, representando a 1ª Coordenaria Regional da Saúde do RS;
- Circe Ottonelli Pithan, representando a Área Técnica da Saúde da Mulher do Município de Porto Alegre e Coordenadora do Comitê de Morte Materna do município de Porto Alegre;
- Denise Loureiro Pedroso, representando a Gerência Distrital Centro;
- Dinora Hoeper, representando a Gerência Distrital da Glória, Cruzeiro, Cristal;
- Fabiane Dubina, representando a Gerência Distrital Norte, Eixo e Baltazar;

- Fernanda Uratani, representando a Gerência Distrital Partenon e Lomba do Pinheiro;
- Ivete Canti, representando o Hospital Nossa Senhora da Conceição;
- Janete Vettorazzi, representando o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Mãe de Deus;
- Janice Lonzetti, representando a Gerência Distrital Sul, Centro Sul;
- Luciane Rampanelli Franco, representando o Hospital Fêmeina;
- Luciene Duranti Junqueira, representando a Gerência Distrital Restinga e Extremo Sul;
- Maclaine de Oliveira Roos, representando a Gerência Distrital Noroeste, Humamitá, Navegantes e Ilhas;
- Magali Torres, 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;
- Patrícia Vieira, representando a Vigilância de Saúde de Porto Alegre.
- Benjamin Roitman, representando Gerência Distrital;
- Lais Pinto Lima, representando Gerência Distrital;
- Lenara Ferreira da Costa, representando Gerência Distrital;
- Antonio Celso Ayub, representando o CREMERS.

Área Técnica da Saúde da Mulher da SMS- POA

- * Luciane Rampanelli Franco, Coord. da ATSM, médica ginecologista.
- * Circe Ottonelli Pithan, Coord. CMM, enfermeira.
- * Rosa Maria Rimolo Vilarino, psicóloga.
- * Elias Rafael Athayde Redlich, estagiário.

Agradecimento Especial:

Agradecimento especial a todos os Integrantes do Comitê de Morte Materna do Município de Porto Alegre que estiveram presentes contribuindo brilhantemente com muito profissionalismo 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 de Porto Alegre.