



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
SAÚDE DA MULHER



COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA

RELATÓRIO ANUAL
COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE
2017

AGOSTO
2018

Elaboração, publicização e informações
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PORTO ALEGRE

Coordenação Geral de Políticas de
Saúde /Área Técnica de Saúde da
Mulher

Avenida João Pessoa, 325 –
Centro Histórico, Porto Alegre – RS,
90040-000

Email: areamulher@sms.prefpoa.com.br

Contato: (51) 3289 – 2779

Elaboração Técnica

Jéssica Gomes Machado

Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva Universidade Federal Do Rio
Grande Do Sul

Luciane Rampanelli Franco

Coordenação do Comitê de Mortalidade
Materna

**Coordenação do Comitê de Mortalidade
Materna**

Luciane Rampanelli Franco

**Componentes do Comitê de mortalidade
Materna**

Aline Vieira Medeiros – Gerência Distrital
Centro

Andréia Polanczyk Welter – Gerência

Distrital da Glória/ Cruzeiro/ Cristal;

Camila da Silva Campos – Gerência

Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro;

Camilla Schneck – Conselho

Municipal de Saúde de Porto Alegre;

Daniele Lima Alberton – Gerência Distrital
Sul/ Centro Sul;

Denise Loureiro Pedroso – Gerência
Distrital Centro;

Elaine Oliveira Soares – Ações Específicas
da Saúde da População Negra – Secretaria
Municipal de Saúde;

Fabiane Dubina – Gerência Distrital Norte/
Eixo Baltazar;

Fernanda Uratani – Gerência Distrital
Partenon/ Lomba do Pinheiro;

Helena Beatriz Scheeren – Gerência
Distrital Restinga/ Extremo Sul;

Janete Vattorazzi – Hospital de Clínicas
de Porto Alegre;

Janine Cavagnoli – Gerência Distrital Sul/
Centro Sul;

José Antonio Perroni – Hospital São Lucas
da PUC;

Loreni Lucas – Conselho Municipal de
Saúde de Porto Alegre;

Luciane da Silva – COREN-RS;

Luciane Rampanelli Franco – Hospital
Fêmnia e Ações Específicas da Saúde da
Mulher – Secretaria Municipal de Saúde;
Magali Queiroz Duarte Torres – Hospital
Materno Infantil Presidente Vargas e
Hospital Santa Casa de Misericórdia de
Porto Alegre;

Marcia Ruschel Meine – Gerência Distrital
Leste/ Nordeste;

Marcos Wengrover Rosa – Hospital
Moinhos de Vento;

Maria Lúcia da Rocha Opperman –
CREMERS e Hospital Mãe de Deus

Marla Spilki – Gerência Distrital Norte/
Eixo Baltazar;

Marli Lisboa – Hospital Materno Infantil
Presidente Vargas e Hospital Santa Casa de
Misericórdia de Porto Alegre;

Mauria Rosana Gehlen – Gerência Distrital
Restinga/ Extremo Sul;

Patricia Conzatti Vieira – Coordenadoria
Geral de Vigilância em Saúde – Secretaria
Municipal de Saúde;

Rosa Maria Rimolo Vilarino – Ações
Específicas da Saúde da Mulher – Secretaria
Municipal de Saúde;

Rosane C. A. Teixeira – Hospital Nossa
Senhora da Conceição – GHC;

Silvana Aline Cordeiro Antonioli –
Gerência Distrital da Glória/ Cruzeiro/
Cristal;

Silvia Casagrande – Gerência Distrital
Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas;

Solange Rousara de S. Brito – Ações
Específicas da Saúde da População Negra –
Secretaria Municipal de Saúde;

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como uma questão que merece atenção e destaque na saúde pública. Desde os anos 80 o mundo tem se mobilizado para combater a morte de mulheres durante a gravidez, parto ou puerpério. Durante este período, tem se identificado que milhares de mulheres perderam a vida por causas relacionadas à gestação. As principais condições biomédicas identificadas foram: hemorragia pós-parto, doenças hipertensivas, eclâmpsia e complicações do aborto, todas causas evitáveis.

Com o passar dos anos e com o aprofundamento dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, incluindo as ações de prevenção e detecção precoce de complicações e o enfrentamento das complicações obstétricas, os determinantes sociais da saúde passaram a ser considerados. Educação, renda, local de nascimento e o aspecto cultural, que define o grau de opressão a que a mulher está sujeita na sociedade expressam a razão da mortalidade materna. Assim, elevados índices são indicativos de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A partir desse entendimento, a mortalidade materna passou a ser vista para além das condições de saúde e vida das mulheres e da qualidade da assistência prestada no período gravídico puerperal, revelando também a realidade socioeconômica de um país e a qualidade de vida da sua população. Ou seja, passou a ser entendida como um indicador de desenvolvimento social. Assim, a redução da mortalidade materna foi incluída entre os Objetivos do Milênio (ODM). Uma iniciativa global promovida pelas Nações Unidas e subscrita pelos governos de mais de 180 países, visando o desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza, por meio de um conjunto de metas a serem buscadas pelos países signatários entre os anos 2000 e 2015.

O ano de 2015 demarcou o fim da iniciativa dos ODM. Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas em todo o mundo. Na região das Américas, o Relatório Saúde nas Américas + 2017, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS), indica que a região obteve importantes conquistas em matéria de saúde, inclusive o alcance de várias metas incluídas entre os ODM. Contudo, demonstra que não foram alcançadas as metas associadas ao ODM 5, relativo à redução da mortalidade materna em 75% até 2015.

A nova agenda mundial: Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, mantém entre os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) o combate à mortalidade materna evitável. Indicando que a taxa de mortalidade materna global deve reduzir para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ODS 3.1).

No caso do Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna caiu de 143 para 60 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de 58% entre 1990 e 2015. O necessário, para se atingir o ODS 3.1 e alcançar a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil para o ano de 2010. Segundo a OMS, o ideal é um coeficiente de mortalidade materna de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e, aceitável, de até 20 mortes também por 100.000 nascidos vivos.

Para isso, o Ministério da Saúde lançou, ainda em 2011, a Rede de cuidados materno infantil denominada Rede Cegonha (RC) com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no país, implementando cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. As diretrizes da RC visam a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade.

Acrescendo as ações da RC, o Ministério da Saúde propôs, a partir do segundo semestre de 2017, por meio do Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), a qualificação da atenção obstétrica neonatal em 95 hospitais de ensino, universitários e que atuam como unidade auxiliar de ensino no âmbito da RC. A iniciativa preconiza a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e saúde reprodutiva; e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual.

No município de Porto Alegre, cerca de 70% da população feminina utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso equivale a um total de 528.894 mulheres, sendo que destas aproximadamente 310.965 estão em idade fértil (10 – 49 anos), conforme o IBGE 2010. Para estas mulheres a rede de atenção do cuidado da saúde das mulheres, oferece o acesso ao pré-natal, por meio do Porto Alegre Cuidando da Mãe e do Bebê, que oportuniza à gestante saber, desde o início do pré-natal, o hospital em que será realizado seu parto e onde será atendida em caso de necessidade de ser encaminhada para pré-natal de alto-risco ou intercorrências durante o ciclo gravídico puerperal. Ela pode inclusive conhecer a maternidade, através de visita programada e também tem o direito garantido da presença de acompanhante no período de pré-parto, parto e pós-parto (Lei 11.108/2005). Após o parto, a consulta de revisão para a mãe e para o bebê na Unidade de Saúde

está garantida através da marcação direta realizada pelo hospital. Definições garantidas pela regionalização do parto e nascimento.

Conjuntamente a essas ações de prevenção de mortalidade materna, a política da saúde da mulher do município, tem estabelecido o Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna (Portaria nº 1.399/1999 do Ministério da Saúde), que analisa e monitora todos os óbitos maternos ocorridos no município, definindo medidas preventivas para evitar que estas mortes, quando evitáveis, possam não ocorrer.

O Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, é um organismo interinstitucional, de caráter eminentemente educativo e epidemiológico, de atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Composto por membros representativos da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional da Área Técnica da Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde, as maternidades de referência, serviços de saúde, conselhos de categorias profissionais, ONG entre outros. É um importante instrumento da gestão e permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, por meio do monitoramento e análise contínua do indicador. Além de ser um agente fundamental na redução dos óbitos maternos da cidade de Porto Alegre.

Considerando, portanto, a redução da mortalidade materna um compromisso assumido por este município, tornam-se públicos os dados monitorados referente ao ano de 2017, por meio deste documento.

CONCEITOS BÁSICOS

O Ministério da Saúde (2009), define os seguintes conceitos:

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 em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez devido a causas obstétricas diretas ou indiretas.

Morte Materna Declarada – é quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito materno.

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

A base de cálculo para as informações prestadas também pode ser averiguada através das seguintes fórmulas:

Cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) - Número de óbitos maternos (diretas e indiretas até 42 dias) sobre o número de nascidos vivos x 100.000

As mortes maternas tardias e as externas não são contabilizadas neste cálculo.

METODOLOGIA

O Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre (CMM-POA) é constituído de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, contando com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, hospitais-maternidades, gerências de saúde, controle social e representantes dos conselhos profissionais estaduais. O CMM-POA é um espaço educativo-coletivo de construção e revisão de processos de trabalho, atuando de maneira técnica, científica e epidemiológica, de caráter sigiloso e não-punitivo. O comitê é responsável pela investigação dos casos de mortalidade materna, bem como sua classificação, elaboração de propostas e intervenções junto aos demais integrantes e equipamentos de saúde envolvidos.

Com base no Portaria N° 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos no âmbito federal, o município de Porto Alegre investiga todos os casos de óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada. Os óbitos são examinados pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e em caso de suspeita de morte materna, os registros são encaminhados para investigação pelo Comitê de Mortalidade Materna.

As declarações de óbito (D.O) são recolhidas dos Cartórios de Registro Civil do município de Porto Alegre e encaminhados para a CGVS. A equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não-Transmissíveis analisa as Declarações de Óbito e de acordo com o preenchimento dos campos referentes à “Óbito de mulheres em idade fértil” (campo 37) e as causas da morte (campo 40) classificam essas declarações como suspeita de óbito materno. Além disso, as informações são cruzados com outras bases de dados como SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIH (Sistema de Informação Hospitalares), SINAN (Sistemas de Agravos de Notificação) e E-SUS para confirmação do caso. Em caso de suspeita ou confirmação de morte materna uma cópia da D.O. é encaminhada para o comitê de mortalidade materna. Após o recebimento das D.O's, encaminha-se os formulários de investigação para as gerências, unidades de saúde (Ficha M1- Serviço de Saúde Ambulatorial e M3 – Entrevista Domiciliar) e serviço Hospitalar onde ocorreu o óbito (Ficha M2 – Serviço de Saúde Hospitalar), a fim de coletar dados referentes a assistência no parto, pré-natal e demais informações que possam auxiliar na investigação.

Os dados coletados pelos diversos níveis de atenção são discutidos nas reuniões mensais do CMM-POA, costurando-se os passos dessas mulheres dentro da rede assistencial, classificando os casos de acordo com as informações reunidas (Morte Materna Direta, Indireta, Tardia, Externa e Indeterminada), identificando “se” e “quais” processos poderiam ter sido realizados para evitar o desfecho em mortalidade desses casos, quais as medidas a serem tomadas para prevenção de casos semelhantes.

Concluindo os trabalhos executados pelo CMM-POA, constrói-se o relatório de mortalidade materna anual, contendo análises epidemiológicas, propondo ações, intervenções e reflexões a cerca

do panorama de Mortalidade Materna do município de Porto Alegre. O relatório é construído a partir das diretrizes ditadas pelo Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MS,2009), respeitando as diretrizes mínimas de consolidações de dados e utilizando o Cálculo de razão de mortalidade materna geral e específico contidos no documento.

Cálculo para razão de mortalidade materna geral:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Cálculo para razão de mortalidade materna específica:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos variável específica}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

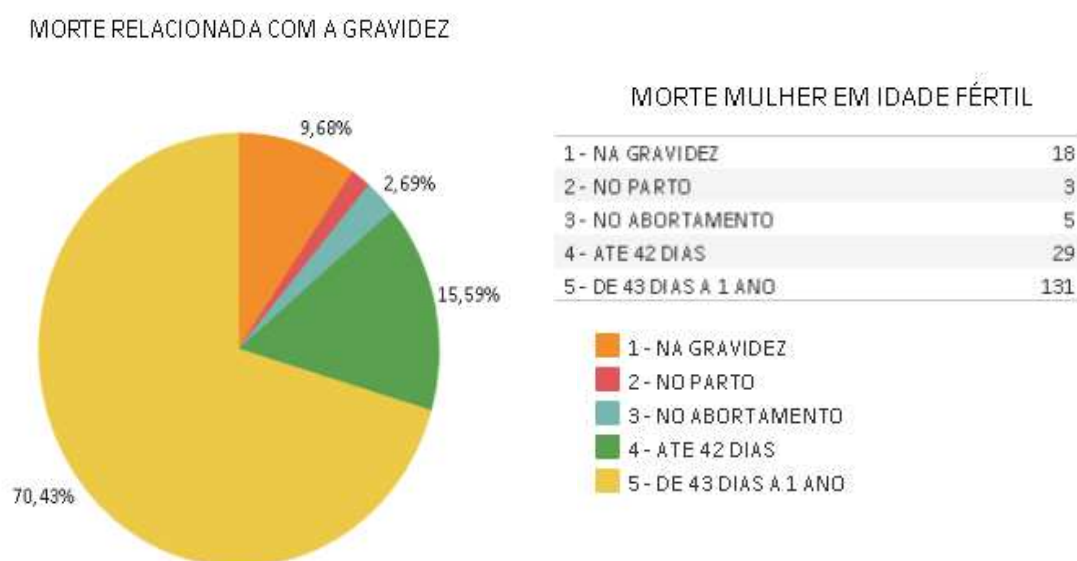
RESULTADOS

A partir dos dados que a frequência de óbito (coeficiente de mortalidade materna) ocorre, verifica-se a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher, das condições de vida, das desigualdades sociais e da fragilidade das políticas públicas específicas para este grupo.

Porto Alegre possui uma equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis, que gerencia em nível municipal os seguintes sistemas e programas: SIM (Mortalidade), SINASC (Nascidos Vivos), PRANENÊ (Crianças no 1º ano de vida), SISPRENATAL (Gestantes), VIVA (Vigilância da Violência), SISMAMA (Câncer de Mama), SISCOLO (Câncer de Colo do Útero), DANT (Doenças e Agravos não Transmissíveis). Esta equipe monitora estes sistemas mantendo atualizado e disponível a tabulação dos dados em valores absolutos, porcentagens e coeficientes, por meio de planilhas eletrônicas (Excel). Junto a estes dados, são disponibilizados relatórios de gestão da saúde e sobre os sistemas e programas supracitados, elaborados com o apoio dos trabalhadores das áreas técnicas das políticas em saúde. Na página virtual da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), há também um compilado de materiais de apoio e legislações para auxiliarem no trabalho em saúde.

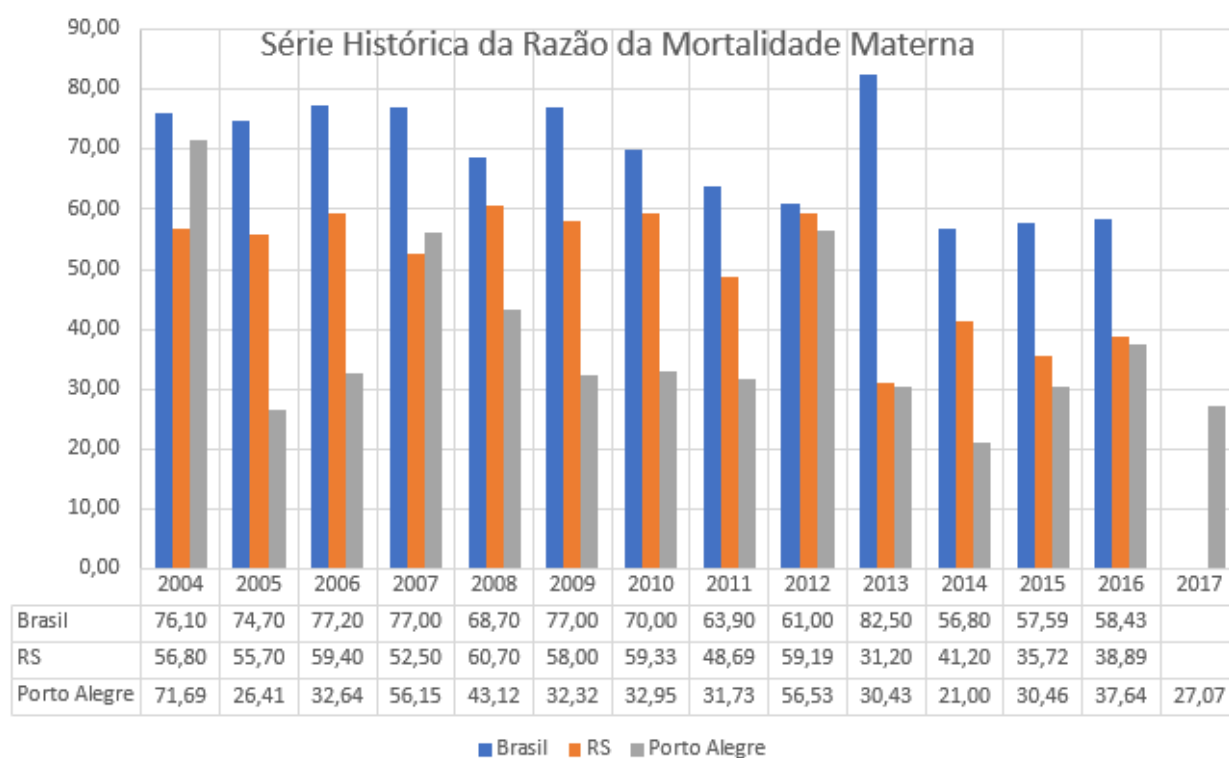
Quanto a mortalidade materna, o SIM possibilita verificar as taxas do evento desde 2001 até o momento. Abaixo, pode-se verificar os índices do município no período de 2001 a 2017, referente a mortalidade relacionada a gravidez.

Gráfico 1: Mortes relacionadas com a Gravidez no Município de Porto Alegre, no período de 2001-2017.



A SMS de Porto Alegre vem implantando ações de qualificação na assistência às gestantes desde 2004, como: a regionalização dos serviços de saúde por maternidade; implantação da Rede Cegonha, que incluiu reuniões de integração entre as maternidades, pactuações e monitoramento de indicadores e metas; implantação de protocolos nas maternidades e serviços de saúde; agilidade no agendamento do Pré-Natal de Alto Risco; e qualificação das investigações dos óbitos maternos. O impacto destas ações se expressa nos resultados da RMM do município, que tem reduzido gradualmente. No gráfico a seguir, pode-se verificar o comportamento do coeficiente da razão da mortalidade materna nos últimos 14 anos, tanto a nível federal, estadual e municipal.

Gráfico 02: Comportamento anual do Coeficiente de Mortalidade Materna no Município de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil, no período de 2004 – 2017 (parcial).



Fonte: CMM - POA, 2017 /VITAIS, 2017 /SIM,2017 /SINASC, 2017 / IBGE, 2010.

O ano de 2017 conta apenas com o coeficiente de mortalidade materna municipal. Este número é resultado do cálculo para a RMM, em que são considerados os óbitos classificados como diretos e indiretos. No quadro abaixo estão discriminados os óbitos conforme a classificação do Comitê de Mortalidade Materna.

Quadro 01: Distribuição percentual dos dezenove óbitos maternos, segundo classificação conferida pelo CMM-POA, baseada na CID-10.

| CLASSIFICAÇÃO | N | % |
|---------------|---|---|
|---------------|---|---|

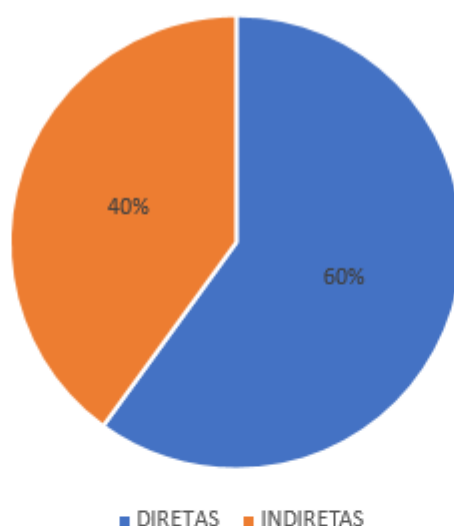
| | | |
|------------------|-----------|-------------|
| Diretas | 3 | 16% |
| Indiretas | 2 | 11% |
| Tardias | 6 | 32% |
| Externas | 8 | 42% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fonte: CMM-POA, 2017.

Os óbitos resultantes de complicações obstétricas durante a gestação e seus manejos, classificadas então como óbitos obstétricos diretos foram 16% (N=3), as causas indiretas que são geralmente ocasionadas por doenças pré existentes ou agravadas neste período representam 11% (N= 2) das mortes. Os Eventos tardios, ocorridos após 42 dias do parto e antes de um ano após o fim da gestação, representam 32% (N=6). Dos 19 casos investigados em 2017, 42% (N=8) foram classificados como causa externa.

No cálculo do índice de óbitos maternos, são considerados eventos ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o parto, por causas diretas ou indiretas, não sendo contabilizados eventos externos ou tardios. Portanto, dos 19 casos investigados pelo CMM-POA, cinco são considerados estatisticamente para os cálculos de mortalidade materna.

Gráfico 03: Distribuição percentual dos cinco casos de óbitos maternos considerados estatisticamente para o cálculo de coeficientes de mortalidade materna, segundo classificação conferida pelo CMM-POA, baseada na CID-10.



Fonte: CMM-POA, 2017.

Em 2017, os eventos considerados de natureza direta representaram 60%, já os de causa indireta corresponderam a 40% do total de óbitos maternos. Sendo assim, Porto Alegre registrou a RMM geral de 27,07 neste ano.

O quadro a seguir apresenta as causas definidas pelo Comitê.

Quadro 02: Distribuição percentual dos sete óbitos maternos do ano de 2017, por causa, segundo capítulo XV da CID-10.

| CLASSIFICAÇÃO CID-10 | N | % |
|---|----------|-------------|
| Embolia pulmonar – CID O88 | 1 | 20% |
| Cardiopatia – CID O99 | 1 | 20% |
| Hemorragia anteparto – CID O46 | 1 | 20% |
| Hemorragia pós – parto – CID O72 | 1 | 20% |
| SIDA – CID B20 | 1 | 20% |
| TOTAL | 5 | 100% |

Fonte: CMM-POA, 2017.

O Comitê classifica as causas de mortalidade de acordo com o capítulo XV da CID 10 – complicações da gravidez, parto e puerpério, avaliando a evitabilidade dos eventos ocorridos. Analisa-se quais poderiam ser os fatores de evitabilidade e prevenção, uma vez que o que determina o sucesso ou não dos casos são conjuntos de fatores sociais, econômicos e da prestação de serviços.

Das cinco mortes maternas ocorridas em 2017, identificamos a hemorragia como a principal causa. Estas, foram classificadas como evitáveis pelo Comitê, considerando para esta classificação, problemas sociais, terapêuticos, da comunidade e intersetoriais.

Ao considerar a idade dessas mulheres, nota-se que a RMM específica indica maior incidência de eventos de mortalidade no grupo de mulheres com idade entre 20 e 34 anos. Diferenciando-se também do último ano, que registrou uma RMM majoritária na faixa etária dos 35 anos ou mais, a qual não obteve registro este ano.

Quadro 03: Distribuição dos cinco óbitos maternos e cálculo de Razão de Mortalidade Materna (RMM), classificados de acordo com a faixa etária da mãe.

| FAIXA ETÁRIA DA MÃE | N | NV | RMM |
|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Menores de 19 anos | 1 | 2184 | 45,78 |
| 20 a 34 anos | 4 | 12036 | 33,23 |
| 35 anos ou mais | 0 | 4250 | 0 |
| TOTAL | 5 | 18470 | 27,07 |

Fonte: CMM-POA, 2017/ SINASC, 2017.

Como demonstrado no quadro acima, no ano de 2017, houve um caso de mortalidade materna na faixa etária de mulheres menores de 19 anos, com RMM de 45,78. A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante, mediante uma série de variáveis que podem maximizar ou minimizar os riscos da gravidez na adolescência. Variáveis muito mais ligadas às questões socioeconômicas da adolescente e sua família do que propriamente fatores do desenvolvimento biológico. Assim, este indicador deve ser interpretado e analisado de modo diferenciado, uma vez que a incidência de gestações nessa faixa etária é maior entre pessoas em situação de maior vulnerabilidade social, condicionando o grau de risco que esta população está sujeita.

No ano de 2016, a classificação das mortes de acordo com a escolaridade da mãe, apontaram maior incidência de mortalidade no grupo de mulheres com menor acesso à educação básica. Em 2017, o indicador de escolaridade se comportou de maneira diferente. No quadro a seguir, pode-se verificar que a RMM se concentrou no grupo de mulheres com mais escolaridade, de 8 a 11 anos, registrando RMM 31,95 e de 12 ou mais anos de estudo, com RMM igual a 33,03. Uma consideração importante nessa análise é a de que estes grupos também registraram índices maiores de nascidos vivos, aumentando assim a probabilidade de óbitos maternos neste público.

Outra consideração, ainda mais relevante, refere-se a dificuldade de conferir veracidade a estes dados, pois recorrentemente os dados de escolaridade são ignorados no preenchimento de fichas e cadastros.

Quadro 04: Distribuição dos sete óbitos maternos e cálculo de RMM, considerando os anos de escolaridade da mãe.

| ESCOLARIDADE DA MÃE | N | NV | RMM |
|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Não possui | 0 | 27 | 0 |
| 1 a 3 anos | 0 | 183 | 0 |
| 4 a 7 anos | 0 | 2798 | 0 |
| 8 a 11 anos | 3 | 9389 | 31,95 |
| 12 anos ou mais | 2 | 6054 | 33,03 |
| Ignorada | 0 | 19 | 0 |
| TOTAL | 5 | 18470 | 27,07 |

Fonte: CMM-POA/ SINASC, 2017.

Importa destacar a divergência do banco do SINASC, que divide o indicador de escolaridade da seguinte forma: não possui, 1 a 3 anos; 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais e ignorada; e o campo escolaridade na D.O, que divide nos níveis: sem escolaridade, fundamental I (1ª a 4ª série),

fundamental II (5ª a 8ª série), médio, superior incompleto e superior completo. Destaca-se que para este cálculo foram verificados os registros de cadastro no Sistema de Cadastramento de usuários do SUS (Cadsus), no prontuário eletrônico (E-SUS) e nas D.O's, considerando o último ano da opção assinalada como a escolaridade oficial.

Analisando os índices de mortalidade materna pelo quesito raça/cor, observa-se maior quantidade de eventos e índice de razão de mortalidade materna entre as mulheres negras, sendo a RMM = 39,21 entre este grupo.

Quadro 05: Distribuição dos cinco óbitos maternos e cálculo de Razão de Mortalidade Materna (RMM), considerando o quesito raça/cor da mãe.

| RAÇA/COR | N | NV | RMM |
|--------------|----------|--------------|--------------|
| Amarela | 0 | 21 | 0 |
| Branca | 3 | 13304 | 22,54 |
| Indígena | 0 | 29 | 0 |
| Negra | 2 | 5100 | 39,21 |
| Ignorada | 0 | 16 | 0 |
| TOTAL | 5 | 18470 | 27,07 |

Fonte: CMM-POA/ SINASC, 2017.

Em 2017, 65,72% das mulheres negras realizaram sete consultas ou mais de pré-natal, enquanto este índice entre as mulheres brancas é de 78,72%. O índice de mulheres que não realizaram nenhuma consulta segue a mesma tendência, sendo mais elevada entre as mulheres negras. Traçando um breve comparativo entre os anos três anos anteriores, o índice de mulheres que fazem 7 ou mais consultas de pré-natal cresce ano a ano, porém o número de mulheres que não acessam a nenhuma consulta de pré-natal mantém-se em aproximadamente em 3% entre as parturientes deste grupo étnico-racial, fenômeno que se repete no período analisado.

Mesmo com maior acesso aos equipamentos de saúde e consultas de pré-natal, as iniquidades raciais ainda são fatores que interferem na assistência à saúde e na qualidade do atendimento oferecido durante gravidez, parto e puerpério e nos demais ciclo de vida das mulheres negras.

Perpétuo (2000 apoud BATISTA) e Luís Eduardo (et al, 2016), apontam que o percentual de mulheres que não realizaram acompanhamento pré-natal é mais alto entre as mulheres negras. Estas são também as que têm menos acesso a anticoncepcionais e opções de métodos contraceptivos, porém são as que mais são submetidas a esterilização feminina, fator histórico, conforme aponta López (2016).

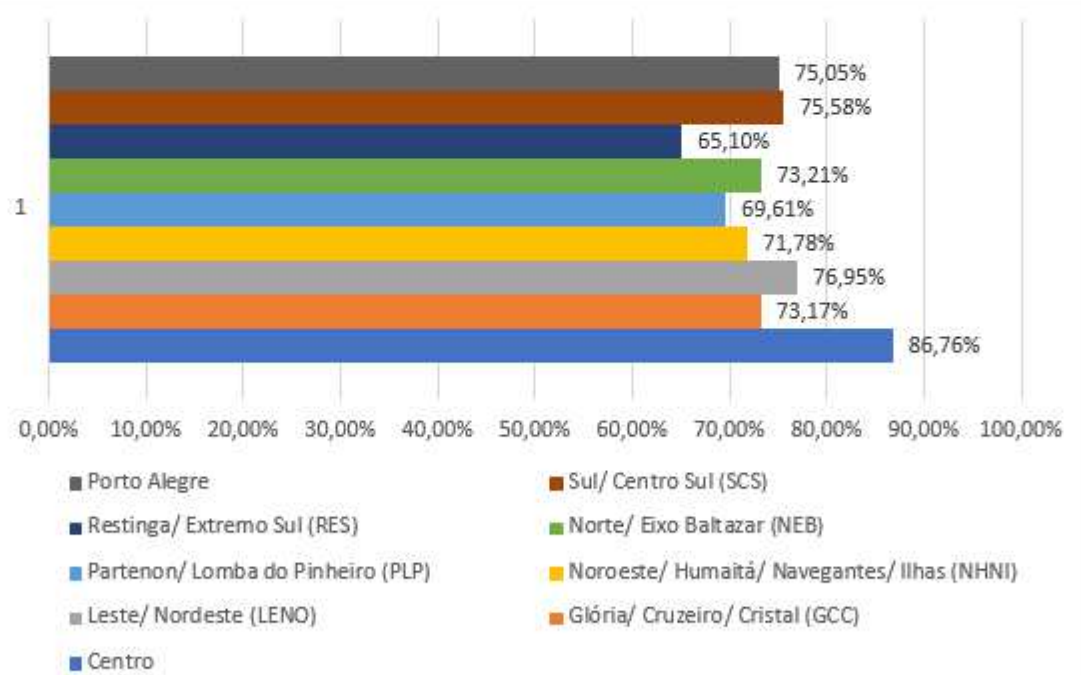
Quadro 06: Distribuição dos cinco óbitos maternos e cálculo de Razão de Mortalidade Materna (RMM), por gerência distrital.

| GERÊNCIA DISTRITAL | N | NV | RMM |
|---|----------|--------------|--------------|
| Centro | 1 | 2441 | 40,96 |
| Glória/ Cruzeiro/ Cristal (GCC) | 0 | 1972 | 0 |
| Leste/ Nordeste (LENO) | 1 | 1957 | 51,09 |
| Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas (NHNI) | 1 | 2074 | 48,21 |
| Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP) | 1 | 2488 | 40,19 |
| Norte/ Eixo Baltazar (NEB) | 1 | 2389 | 41,85 |
| Restinga/ Extremo Sul (RES) | 0 | 1413 | 0 |
| Sul/ Centro Sul (SCS) | 0 | 2302 | 0 |
| Ignorada | 0 | 1434 | 0 |
| TOTAL | 5 | 18470 | 27,07 |

Fonte: CMM-POA,2017/ SINASC, 2017.

Considerando os índices de mortalidade por gerência distrital, observa-se que as gerências Glória/ Cruzeiro/ Cristal (GCC); Restinga/ Extremo Sul (RES) e Sul/ Centro Sul (SCS) não registram casos de mortalidade no ano de 2017.

Gráfico 4: Distribuição percentual do número de gestantes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, em 2017, por gerência distrital.



Fonte: CMM-POA,2017/ SINASC, 2017.

Ao analisar o cumprimento da meta municipal de abranger 75% de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, o gráfico acima indica que de modo geral, Porto Alegre atingiu a meta. Mas tratando-se das regiões específicas das gerências distritais, apenas as gerências Sul/ Centro Sul (SCS), Leste/ Nordeste (LENO) e Centro atingiram a meta. A OMS recomenda a realização de sete ou mais consultas entre pré-natal e puerpério, uma vez que as evidências científicas apontam que o maior número de consultas diminui a probabilidade de natimortos e mortalidade materna, dado que amplia as oportunidades de detecção de potenciais intercorrências durante o parto e puerpério.

Nota-se que apesar das gerências Glória/ Cruzeiro/ Cristal (GCC) e Restinga/ Extremo Sul (RES) não atingirem a meta de 75% de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, a RMM não registrou maiores índices. Já as gerências Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas (NHNI), Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP) e Norte/ Eixo Baltazar (NEB) não atingiram a meta e ainda registraram índices de RMM de até 48,21.

Observando as gerências, Sul/ Centro Sul (SCS), Leste/ Nordeste (LENO) e Centro, que atingiram a meta estabelecida, percebe-se que todas estas registraram índices de RMM, mantendo inclusive a maior taxa de 51,09 de RMM por região do município.

Comparando com os registros do ano de 2016, percebe-se que este é um dado que tem variado bastante, principalmente no que se refere aos índices de RMM por gerência. Quanto a meta estabelecida, verifica-se que Sul/ Centro Sul (SCS) e Centro, foram as únicas que atingiram a meta em dois anos consecutivos.

Considerando os hospitais de ocorrência dos eventos de mortalidade, os maiores índices concentram-se no Hospital Fêmeina, com RMM= 101,16, tendo o mesmo número de casos que o Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Quadro 7: Distribuição dos cinco óbitos maternos e cálculo de Razão de Mortalidade Materna (RMM), por Hospital Maternidade de ocorrência dos eventos.

| LOCAL/ ESTABELECIMENTO | N | NV | RMM |
|--|----------|-------------|---------------|
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre | 0 | 2316 | 0 |
| Hospital Divina Providência | 0 | 1538 | 0 |
| Hospital do Exército | 0 | 39 | 0 |
| Hospital Ernesto Dorneles | 0 | 4 | 0 |
| Hospital Fêmeina | 2 | 1977 | 101,16 |
| Hospital Mãe de Deus | 0 | 1269 | 0 |
| Hospital Materno Infantil Presidente Vargas | 0 | 1250 | 0 |
| Hospital Moinhos de Vento | 0 | 2748 | 0 |
| Hospital Nossa Senhora da Conceição | 2 | 2694 | 74,23 |
| Hospital Restinga Extremo Sul | 0 | 1 | 0 |
| Hospital São Lucas | 0 | 2203 | 0 |

| | | | |
|---|----------|--------------|----------------|
| Instituto de Cardiologia | 0 | 6 | 0 |
| Irmadade Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre | 0 | 2162 | 0 |
| Outro estabelecimento de saúde (Pronto Atendimento Bom Jesus) | 1 | 13 | 7692,30 |
| Domicílio | 0 | 87 | 0 |
| TOTAL | 5 | 18470 | 27,07 |

Fonte: CMM-POA, 2017/ SIM, 2017.

Considerando a esfera de atendimentos prestados (SUS, privado e público-privado), sendo Hospitais Públicos àqueles que atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde; Privados os que ofertam serviços apenas a rede privada e suplementar e mistos, como àqueles contratualizados pela rede SUS, mas que também atendem a rede privada e suplementar; Os hospitais onde ocorreram os eventos são de natureza pública, financiados exclusivamente pelo SUS.

Fato que se difere do ano anterior, em que a maior Razão de Mortalidade Específica foi maior entre os equipamentos que ofertam serviços exclusivamente para a rede privada de saúde.

Reitera-se que as mortes maternas, ocasionadas por eventos de causa externas, ou seja, ocasionadas por acidentes ou violências de acordo com a classificação do CAP XX da CID – 10, que representam 42% dos 19 óbitos analisados pelo Comitê e as mortes tardias, 32% dos óbitos, não entram para os cálculos e índice de mortalidade. Esses eventos são considerados como morte materna, mas não entram nos cálculos, pois não são quadros desencadeados ou agravados biologicamente pela gestação, parto e puerpério e constam neste relatório para fins informativos.

Quadro 8: Distribuição percentual dos oito óbitos maternos motivados por causas externas, classificados segundo capítulo XV da CID-10.

| CLASSIFICAÇÃO CID-10 | N | % |
|--|----------|--------------|
| Durante a gestação ou 42 dias após o parto | 1 | 12,5% |
| Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante (X 99) | 1 | 12,5% |
| Após 43 dias até 1 ano após o parto | 7 | 87,5% |
| Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão (X 93) | 6 | 75% |
| Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante (X 99) | 1 | 12,5% |
| TOTAL | 8 | 100% |

Fonte: CMM-POA, 2017.

Dentre os oito casos desencadeados por causas externas, 12,5% aconteceram durante a gestação ou puerpério e ocorreram por agressão de objeto cortante, enquanto 87,5%, ocorreram 43 dias após o parto e até 1 ano depois da gestação. Sendo que destes, 75% ocorreram por disparo de arma de fogo e 12,5% por meio de objeto cortante ou penetrante. Este dado está intrinsecamente

relacionado à questão da violência contra a mulher, que também considera fatores culturais, sociais, políticos e econômicos.

CONSIDERAÇÕES

Atualmente Porto Alegre registra um coeficiente de mortalidade materna de 27,07, o que significa, ao observar o dado de forma geral, que o município progrediu em relação ao ano anterior. Mas para que atinja o coeficiente recomendado pela OMS, de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e, aceitável de até 20 mortes por nascidos vivos, é necessário que se reduza 35% do RMM ainda.

O risco de morte materna na capital está de uma morte para cada 1.055 mulheres em idade fértil. Este índice analisa a probabilidade cumulativa do óbito como resultado de uma gravidez ao longo do período reprodutivo da vida da mulher. Calcula-se multiplicando a taxa de mortalidade materna pelos anos do período reprodutivo. Ou seja, 39 anos mulheres, que equivale à idade dos 10 aos 49 anos de uma mulher.

Considerando os fatores de risco para morte materna, verificou-se que o perfil traçado nos últimos anos se modificou em relação ao indicador da faixa etária. Morreram mais mulheres jovens adultas, entre 20 e 34 anos e com mais anos de estudo do que nos anos anteriores. Apesar de que este último dado deve ser examinado atentamente, especialmente sob a hipótese de que este não é preciso quanto ao preenchimento e comparação nos diferentes sistemas e instrumentos de análise.

Quanto a raça/cor, Porto Alegre não tem conseguido superar a cultura da iniquidade racial, que marginaliza e dificulta o acesso igualitário aos bens e serviços públicos, fator que se estende para toda a população parda e negra, em todos os ciclos da vida, inclusive no período gravídico puerperal. O que pode ser constatado também no dado referente a realização de sete consultas de pré-natal, que aponta que as mulheres negras e pardas são as que realizam menos consultas e acessam menos aos métodos contraceptivos. As mulheres pardas e negras sofrem discriminação racial, mesmo estando em serviços de saúde pautados pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, que devem ter o compromisso de acolher, cuidar, tratar e recuperar, sob a perspectiva da cidadania.

Nesse contexto, convém destacar a necessidade do município em garantir e buscar o alcance da meta de que as diferentes regiões de gerência distrital realizem, em pelo menos 75%, as sete consultas indicadas para as mulheres no período da gravidez.

Destaca-se ainda o alto índice de mortes maternas por causas externas, dos 19 óbitos analisados pelo Comitê, oito foram mortes por fenômenos de violência, o que representa 42% dos registros de mortes maternas. Isso indica que a conformação da violência na sociedade tem grandes implicações à saúde das mulheres, expressando-se nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e nos custos, diretos e indiretos, decorrentes desse tipo de vitimização. Esse fenômeno tem crescido anualmente e deve estar na agenda da saúde das mulheres, sendo pensado sob a ótica dos determinantes sociais, como um problema de saúde pública em esfera

global, possível de ser prevenido por meio da identificação dos fatores de risco e desenvolvimento de estratégias de combate à violência.

O perfil epidemiológico de mortalidade materna se mantém variável, mesclando causas diretas como hemorragias e embolia e indiretos como cardiopatia e síndrome da imunodeficiência adquirida. Em relação ao ano de 2016, que registrou um dado de morte materna por causa direta maior que nos anos anteriores, em 2017 o número reduziu novamente. Todavia, 100% das causas das mortes foram classificadas como evitáveis, o que indica que há falhas que devem ser corrigidas com o estabelecimento de fluxos e protocolos e o treinamento das equipes das unidades de maternidades dos hospitais.

Diante disso, o Comitê de Mortalidade Materna instituiu uma série de ações ao longo de 2017/2018, recomendando às maternidades: a adoção do Protocolo de Prevenção de Embolia Pulmonar; de Hemorragia na gestação, pós-parto e pós aborto; capacitação dos profissionais nos protocolos citados, além de compra de insumos e equipamentos específicos. Conjuntamente a estas ações de instrumentalização, a inclusão do Projeto Apice On auxiliará na revisão e adequação dos processos de trabalho das equipes, qualificando também, os indicadores da RC.

A morte materna é determinada por uma série de fatores sociais, que vão desde a dificuldade de acesso à educação, aos serviços de saúde e a bens de consumo, abrangendo questões étnico-raciais e falhas nos processos de atendimento, propriamente dito. Portanto, se faz necessária a continuidade de esforços, intersetoriais e interinstitucionais, para eliminar as mortes maternas evitáveis e buscar um patamar de saúde cada vez mais elevado.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Luís Eduardo et al. *Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: Jun/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em Jun/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Portaria N°1.119, de 5 de Junho de 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>. Acesso em: Jun2018.

LÓPEZ, Laura C. *Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça*. Sergipe: UFS. TOMO. N. 28 JAN/JUN. 2016. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424>> Acesso em: Jun/2018.

MORSE, Marcia Lait et al. *Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.623-638, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>. Acesso em: Jun/2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. OMS, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Eventos Vitais*. Porto Alegre: PMPA/ SMS/ CGVS/ EVEV, 2017. Disponível em: <<https://public.tableau.com/profile/eugenio.lisboa5167#!/>> Acesso em: Jun/2018.