

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
Comitê de Morte Materna

RELATÓRIO ANUAL
COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE
2016

JULHO
2017

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

Coordenação Geral de Políticas de Saúde
Área Técnica de Saúde da Mulher
Av. João Pessoa, 325 - Centro Histórico,
Porto Alegre - RS, 90040-000
Email: areamulher@sms.prefpoa.com.br
Contato:(51) 3289- 2779

Elaboração Técnica

Carolina da Silva Bruno
Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva Universidade Federal Do Rio
Grande Do Sul
Daniela Tozzi Ribeiro
Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva Universidade Federal Do Rio
Grande Do Sul
Luciane Rampanelli Franco
Coordenação do Comitê de Mortalidade
Materna

Colaboração Técnica

Patrícia Conzatti Vieira

**Coordenação do Comitê de Mortalidade
Materna**

Luciane Rampanelli Franco

**Componentes do Comitê de mortalidade
Materna**

Breno Acauan - Hospital São Lucas da PUC;
Daniele Lima Alberton - Gerência Distrital
Sul, Centro Sul;
Denise Loureiro Pedroso- Gerência Distrital
Centro;

Dinora Hoeper - Gerência Distrital da Glória,
Cruzeiro, Cristal;

Elaine Oliveira Soares -Área Técnica da
Saúde da População Negra do Município de
Porto Alegre;

Luciane Silva- COREN-RS;

Fabiane Dubina - Gerência Distrital Norte,
Eixo e Baltazar;

Fernanda Uratani - Gerência Distrital
Partenon e Lomba do Pinheiro;

Helena Beatriz Schreen - GD Restinga

Janete Vettorazzi - Hospital de Clínicas de
Porto Alegre;

Letícia Bueno - Hospital Mãe de Deus;

Liana Terezinha Araújo - Conselho
Municipal de Saúde;

Lisandra Pacheco Dias Xavier - Área Técnica
da Saúde da Criança do Município de Porto
Alegre;

Luciane Rampanelli Franco - Área Técnica
da Saúde da Mulher do Município de Porto
Alegre e o Hospital Fêmima;

Magali Torres - Hospital Materno Infantil
Presidente Vargas e Hospital Santa Casa de
Misericórdia de Porto Alegre

Marcos Rosa - Hospital Moinhos de Vento;
Maria Elizabeth Difini - Gerência Distrital
Leste e Nordeste;

Maria Lucia da Rocha Opperman -
CREMERS.

Patrícia Conzatti Vieira - Coordenadoria
Geral de Vigilância em Saúde/ PMPA

Rosa Maria Rimolo Vilarino - Área Técnica
da Saúde da Mulher do Município de Porto
Alegre;

Rosane Teixeira - Hospital Nossa Senhora da
Conceição

INTRODUÇÃO

Há alguns anos o mundo despertava para o problema da mortalidade materna. Muito mais que a prevenção do câncer de colo uterino, o planejamento familiar, dentre outras ações, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério vêm se tornando alvo de investimentos e qualificações na assistência à saúde da mulher e do bebê.

Desde 2011 o Ministério da Saúde (MS) lançou a Rede de cuidados materno infantil denominada Rede Cegonha (RC) com o objetivo de implementar 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 saudáveis. De acordo com Frias e Vanderlei (2015), o MS vem apostando nessas redes de atenção em cada território para ofertar ações e serviços com diferentes densidades tecnológicas e garantir a integralidade do cuidado. Assim sendo, o acompanhamento específico da gestação com uma assistência qualificada ao parto e puerpério diminui a mortalidade materna e infantil, bem como, auxilia na prevenção de complicações do ciclo gravídico puerperal, tais como hemorragias, hipertensão gestacional, entre outras (FURTADO; HIPÓLITO; MASSON; SILVA, 2015).

Entre as diretrizes da RC foram destacadas 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.

Acrescido a esses esforços, a declaração do milênio estabelece um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável dos povos, os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). De acordo com Mamede e Prudêncio (2015), os oito objetivos do milênio deveriam ser alcançados ao menos em sua maioria, dentre eles: a melhoria da saúde materna, que acordava a redução da mortalidade em três quartos até o ano de 2015. Ainda de acordo com Resende, Rodrigues e Fonseca (2015), para se atingir tais objetivos, o preconizado seria o Brasil reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 35 por 100.000 nascidos vivos. Para esse alcance, o Brasil deve reduzir a RMM em 5,5% anualmente (MAMEDE; PRUDÊNCIO APUD Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento, 2015). 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.

Mesmo com a queda da mortalidade materna mundial, as taxas no Brasil não estão decaindo conforme o estabelecido nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. No entanto, muitas políticas vêm sendo implementadas para aumentar a cobertura da atenção obstétrica e qualificar a assistência para a mãe e para o bebê, principalmente quando alguns episódios evitáveis podem acarretar óbito. Alguns acontecimentos que podem explicar a queda da mortalidade materna são o aumento da escolaridade das mulheres, a redução da taxa de fecundidade total, a melhor nutrição das gestantes e a melhoria das políticas públicas de saúde (como já citado anteriormente).

Estima-se que 300.000 mulheres morreram em todo o mundo em 2015 como resultado de condições relacionadas à gravidez. O desempenho brasileiro em relação a mortalidade materna foi um dos melhores registrados em relação aos países em desenvolvimento e da América Latina. Além disso, também é um país que apresenta uma cobertura quase universal de nascimentos em instituições de saúde, o que confere subsídios para a diminuição da mortalidade materna.

As principais causas de mortes maternas são hemorragia pós-parto, hipertensão e eclâmpsia, todas as quais são em grande parte evitáveis com intervenções comprovadas e eficazes (Carlo e Travers,2016). Alguns países com cobertura quase universal de nascimentos em instituições de saúde (dentre eles o Brasil) apresentam excessiva medicalização da assistência ao parto e nascimento, com uso excessivo de intervenções (por exemplo, os nascimentos via operação cesariana), o que tem motivado iniciativas de grupos de mulheres pela desinstitucionalização do parto e nascimento. Assim, fortalecer a qualidade da atenção obstétrica e combater abusos de diferentes tipos contra a mulher durante a assistência são essenciais para produzir desfechos maternos e perinatais ótimos, mas também para assegurar que as instituições de saúde sigam sendo uma opção segura para as gestantes e suas famílias no Brasil e no mundo.

Considerando o município de Porto Alegre, o risco de morte materna é de uma morte a cada 1.209 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, mulheres de 10 a 49 anos (39 anos de período fértil).

Assim sendo, as medidas que podem resultar na melhoria da qualidade assistencial obstétrica são definidas a partir do estudo dos casos nos Comitês de Morte Materna (CMM) e visam a redução dos óbitos maternos, bem como, enfatizam a importância de se fazer um registro preciso das informações.

Os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e epidemiológico, de atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições

governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção; e ainda são agentes fundamentais na redução dos óbitos maternos auxiliando na qualificação das políticas de saúde voltadas a mulher, ao parto e ao puerpério.

Contudo, para facilitar o entendimento e aproveitamento das informações contidas neste relatório, faz-se necessária a compreensão de alguns conceitos (Ministério da Saúde, 2009), tais como:

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 podem ser averiguadas 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.

Cálculo da Razão de Mortalidade Materna Específica (RMM_e) = Número de óbitos maternos na faixa específica sobre o número de nascidos vivos na faixa específica x 100.000

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

Todavia, este relatório objetiva informar e tornar pública a situação da mortalidade materna em Porto Alegre, elucidando o contexto em que o município se apresenta. Além disso, também disserta sobre o Comitê de Mortalidade Materna, as ações desenvolvidas e os fluxos estabelecidos para o enfrentamento desses óbitos e a busca incessante por uma assistência qualificada e humanizada.

METODOLOGIA

O Comitê de Mortalidade Materna – 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 Nº1.119, 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, 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 referente a ‘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 geral 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:

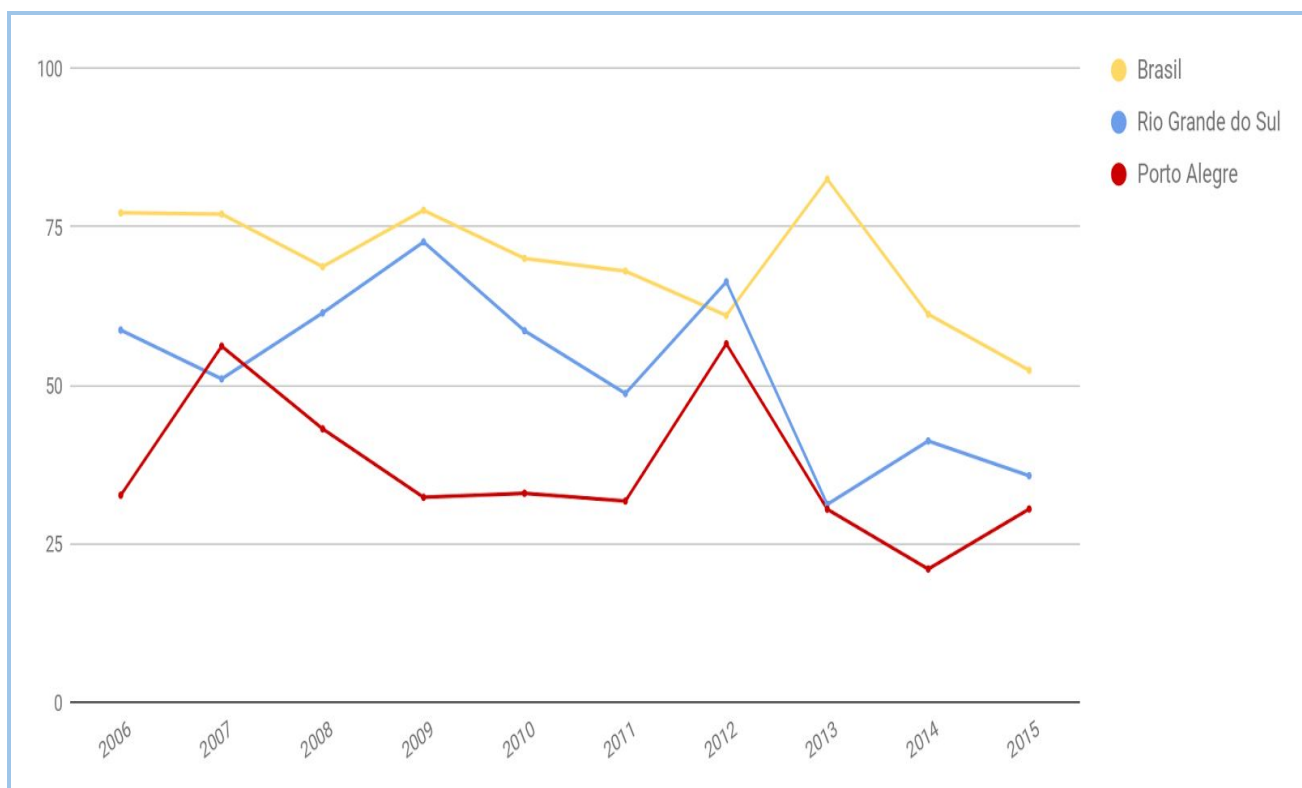
$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos variável específica}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Para melhor interpretação dos dados e informações, os índices de Razão de Mortalidade e Porcentagens foram arredondados para duas casas decimais. Todas as tabelas presentes neste relatório trazem os números brutos e o valor das razões para fins de interpretação e comparação.

RESULTADOS

Estima-se a partir dos dados que a frequência de óbito (coeficiente de mortalidade materna) é um indicador importante que reflete 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. No ano de 2016 o Coeficiente de Mortalidade Materna foi de 37,64, apresentando aumento comparado ao ano anterior.

Gráfico 01 - 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 2006-2015.



Fonte: CMM - POA, 2016/VITAIS, 2016/SIM,2016/SINASC, 2016 / IBGE, 2010.

A SMS de Porto Alegre, vem implantando ações de qualificação na assistência às 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 referenciados 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 em Porto Alegre a níveis bem abaixo do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Não consta no gráfico na linha do tempo as informações referentes ao ano de 2016, uma vez que os dados disponíveis nas esferas estaduais e federais ainda são parciais. Os dados referentes ao ano de 2015 foram ajustados de acordo com a atualização dos bancos de dados disponíveis.

Em Porto Alegre no ano de 2016 registrou-se 12.473 óbitos gerais (SIM, 2016 atualizado em 03/07/2017), sendo 6059 ocorridos entre a população do sexo feminino. Ainda, 2792 dos eventos foram registrados entre a população de mulheres em idade fértil (SIM, 2016), concentrada na faixa etária entre 10 e 49 anos. Entre os óbitos de mulheres nesta faixa etária, 16 foram categorizadas como “mortes no período gravídico puerperal” e encaminhadas ao CMM-POA para investigação.

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

Classificação	N	%
Diretas	5	31,25
Indireta	1	6,25
Tardia	5	31,25
Externa	4	25
Indeterminada	1	6,25
Total	16	100

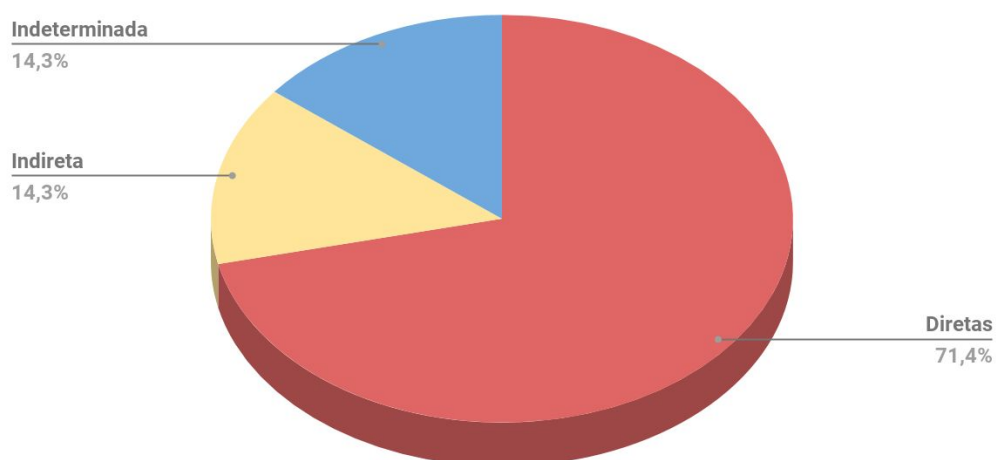
Fonte: CMM-POA, 2016.

Dos 16 casos investigados em 2016, 25% (N=4) foram classificados como causa externa. Foram classificados como mortes obstétricas tardias, eventos ocorridos após 42 dias do parto e antes de um ano após o fim da gestação, 31,25% (N=5) das mortes, 25% (N=5) dos eventos foram resultantes de complicações obstétricas durante a gestação e seus manejos, classificadas então como óbitos obstétricos diretos. Tipificou-se 6,25% das mortes maternas obstétricas como Indiretas, entendendo-se que foram resultantes de doenças já existentes antes da gestação ou agravadas durante esse período.

Ainda, um dos casos investigados foi classificado como “indeterminado”, uma vez que o CMM-POA e outros órgãos envolvidos na investigação ainda desconhecem as causas da morte. Apesar da não conclusão das causas do evento, sabe-se que o mesmo ocorreu no período anterior a 42 dias após a gestação.

São considerados no cálculo de índices de óbitos maternos eventos ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o parto por causas diretas ou indiretas, não sendo contabilizados eventos de natureza não-obstétrica (externa) ou tardia. Sendo assim, dos 16 casos investigados pelo CMM-POA, 07 são considerados estatisticamente para os cálculos de mortalidade materna.

Gráfico 02- Distribuição percentual dos sete 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, 2016.

Entre os eventos considerados no ano de 2016, 71,4% são de natureza direta e apresenta coeficiente específico de mortalidade (CMM) igual a 26,8. As outras duas causas descritas, sendo elas indeterminada e indireta, correspondem a 14,3% dos casos válidos apresentando RMM = 5,37.

O quadro a seguir conta com os casos analisados pelo comitê classificados por causa de mortalidade, de acordo com o capítulo XV da CID 10 - Complicações da gravidez, parto e puerpério.

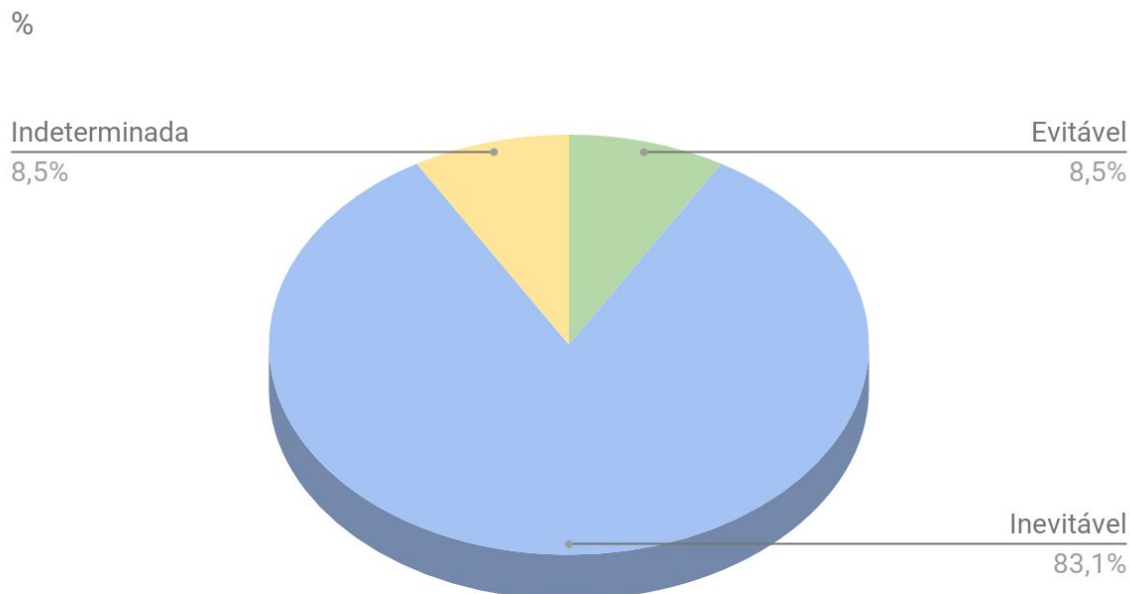
Quadro 02 - Distribuição percentual dos sete óbitos maternos do ano de 2016, por causa, segundo capítulo XV da CID-10.

Classificação CID -10	N	%
Eclâmpsia na gravidez (O150)	1	14,28
Coriamnionite e Choque tóxico por stafilococos (O411)	1	14,28
Hemorragia com CIVD (O670)	1	14,28
Embolia pulmonar obstétrica (O882)	2	28,57
Outras doenças da mãe, class. em outra parte complicando a gravidez parto e puerpério (O99)		
Hemorragia Intracraniana(O994)	1	14,28
Causa Indeterminada (O95)	1	14,28
Total	7	100

Fonte: CMM-POA, 2016.

São considerados também na classificação dos óbitos a evitabilidade dos eventos ocorridos, sendo discutidos no comitê 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. A maior parte dos eventos foram de natureza inevitável, representando 83,1% (n=5) dos casos investigados. Houve uma morte classificada como evitável (8,6%) pelo CMM-POA e um caso de evitabilidade indeterminada (8,6%).

Gráfico 03- Distribuição percentual dos sete óbitos maternos do ano de 2016, classificados segundo evitabilidade dos eventos.



Fonte:CMM-POA, 2016.

Com a qualificação das ações da Rede Cegonha, o trabalho multisetorial entre gestão e a esfera estadual, a melhora na interlocução entre gestão e assistência, principalmente com os hospitais-maternidade, observa-se diminuição dos números de casos de natureza evitável, indicando também melhores condições de vida e qualificação no atendimento às mulheres gestantes no pré-natal, assistência hospitalar adequada no parto e puerpério.

Quando analisado os óbitos maternos considerando a idade da mãe, observa-se a continuidade da tendência dos anos anteriores, onde a Razão de Mortalidade Materna específica indica maior incidência de eventos de mortalidade no grupo de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. Estudos apontam que o aumento da idade materna entre as gestantes, o índice de massa corporal e co-morbidades têm aumentado, podendo estar relacionados ao aumento da mortalidade materna nesta faixa etária.

Quadro 03 - Distribuição dos sete 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	2.273	43,99
20 a 34 anos	3	12.195	24,6
35 anos ou mais	3	4.043	74,20
Total	7	18599	37,64

Fonte: CMM-POA, 2016/SIM, 2016.

Em 2016, houve um caso de mortalidade materna na faixa etária de mulheres menores de 19 anos, com RMM de 43,99. Apesar da literatura reforçar que a gestação na adolescência não é uma situação de risco do ponto de vista biológico, 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 maior vulnerabilidade social.

Considerando a classificação das mortes de acordo com a escolaridade da mãe, nota-se a maior incidência de mortalidade concentrada nas classes sociais de maior vulnerabilidade e menor acesso à educação básica. A razão de mortalidade materna é igual a 69,88 (n=2) no grupo de mulheres com escolaridade entre 4-7 anos, mantendo-se a tendência vista nos relatórios anteriores, porém nota-se um aumento atípico nos índices de mortalidade materna entre mulheres que possuem 12 anos ou mais de estudos, com RMM igual a 66,51.

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

Escolaridade da mãe	N	NV	RMM
4 a 7 anos	2	2.862	69,88
8 a 11 anos	0	9.479	0
12 anos ou mais	4	6.014	66,51
Ignorado	1	16	62,50
Total	7	18599	37,64

Fonte: CMM-POA/SIM, 2016.

Analisando os índices de mortalidade materna pelo quesito raça/cor, observa-se o maior quantidade de eventos e índice de razão de mortalidade materna ocorre entre as mulheres negras, sendo a RMM = 81,84 entre este grupo.

De acordo com a literatura, Perpétuo, 2000 citado por BATISTA, Luís Eduardo et al, 2016, coloca 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 a mix de métodos contraceptivos, porém são as que mais são submetidas a esterilização feminina.

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

Raça/Cor	N	NV	RMM
Branca	1	13.646	7,32
Amarela	0	19	0
Indígena	0	23	0
Negra	4	4.887	81,84
Ignoradas	2	19	10526,31
Total	7	18599	37,64

Fonte: CMM-POA/SIM, 2016.

Em Porto Alegre no ano de 2016, 65% das mulheres negras realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal, enquanto este índice entre as mulheres brancas é de 78,6%. 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.

Apesar do 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 da mulheres negras.

Considerando os índices de mortalidade por gerência distrital, observa-se que as gerências NOROESTE/HUMAITA/NAVEGANTES/ILHAS(NHNI); NORTE/EIXO BALTAZAR (NEB); PATERNON/LOMBA DO PINHEIRO (PLP) e RESTINGA/EXTREMO SUL (RES) não registram casos de mortalidade no ano de 2016. Apesar destas gerências não registrarem eventos de óbito materno, a única a cumprir a meta municipal de abranger 75% de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal foi a gerência NHNI.

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

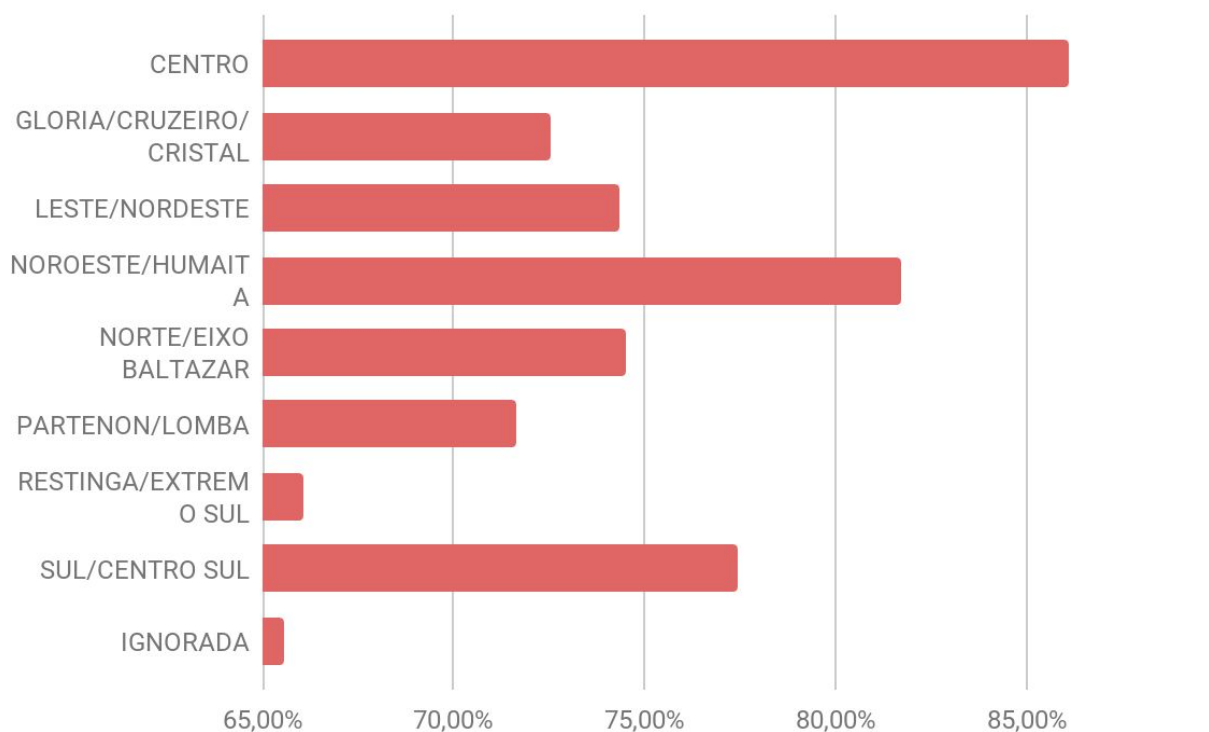
Gerência Distrital	N	NV	RMM
CENTRO	1	2.358	42,40
GLORIA/CRUZEIRO/CRISTAL	2	1.962	101,93
LESTE/NORDESTE	2	1.971	101,47

NOROESTE/HUMAITA NAVEGANTES/ILHAS	0	2024	0
NORTE/EIXO BALTAZAR	0	2414	0
PARTENON/LOMBA	0	2528	0
RESTINGA/EXTREMO SUL	0	1394	0
SUL/CENTRO SUL	2	2.360	84,74
IGNORADA	0	1584	0
Total	7	18599	37,64

Fonte: CMM-POA, 2016/SIM, 2016.

As gerências GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL e LESTE/NORDESTE registram os maiores índices de mortalidade, sendo a RMM=101,93 e RMM=101,47; respectivamente. Ambas não atingem a meta de 75% das gestantes realizando 7 ou mais consultas de pré-natal. Ainda, a gerência SUL/CENTRO SUL registra RMM=84,74, porém a mesma alcança a meta de consultas pré-natal estabelecida.

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



Fonte: CMM-POA, 2016/SIM, 2016.

A OMS recomenda a realização de 7 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.

Considerando os hospitais de ocorrência dos eventos de mortalidade, os maiores índices concentram-se no Hospital Presidente Vargas, com RMM= 86,65, apesar do maior número absoluto de eventos serem registrados no Hospital Moinhos de Vento.

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

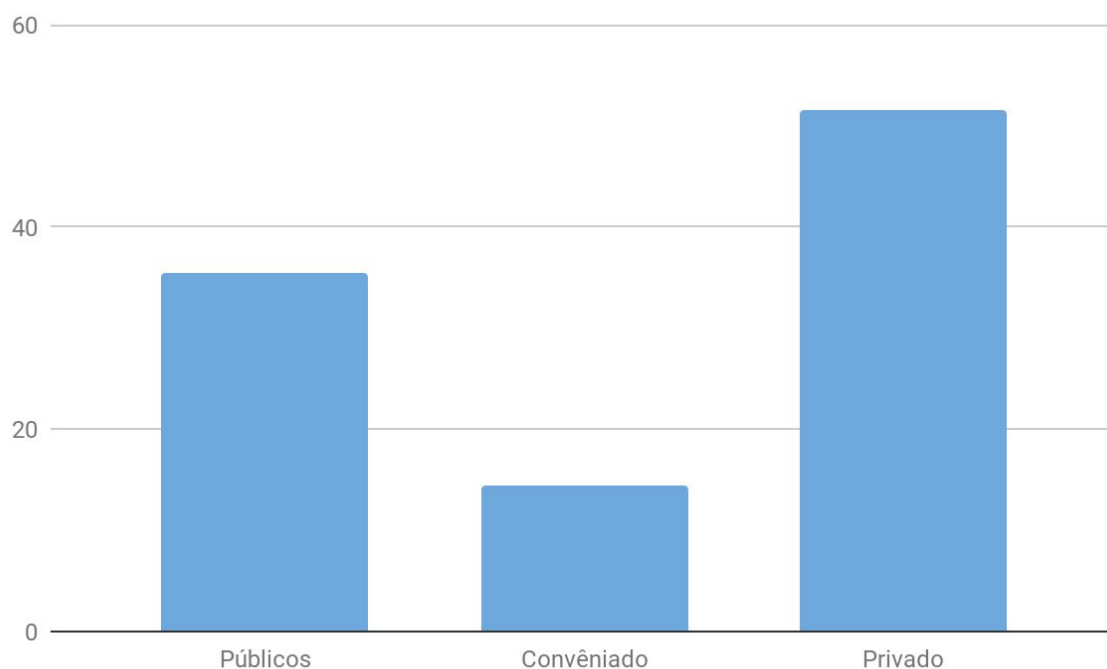
Equipamento de Saúde	N	NV	RMM
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	1	2541	39,35
Hospital São Lucas - PUC	1	2.322	43,06
Hospital Moinhos de Vento	2	2.740	72,99
Hospital Conceição	0	2.620	0
Hospital Ernesto Dornelles	0	110	0
Hospital Mãe de Deus	1	1.280	78,12
Hospital Divina Providência	0	1.641	0
Hospital Santa Casa	0	2.013	0
Hospital Fêmeina	0	1.863	0
Hospital Presidente Vargas	1	1.154	86,65
Domicílio	1	37	2702,7
Outros serviços de saúde	0	275	0
Total	7	18599	37,64

Fonte:CMM-POA, 2016/ SIM, 2016.

Considerando os hospitais onde ocorreram os eventos, de acordo com a esfera de atendimento prestados (SUS, privado e público-privado), classificou-se estes em três variáveis, 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. Optou-se por essa classificação, pois não foi identificado a natureza dos eventos e atendimentos prestados pelos equipamentos conveniados. Não consta na distribuição um dos casos investigados, uma vez que o óbito ocorreu em domicílio.

Observa-se que a maior Razão de Mortalidade Específica é maior entre os equipamentos que ofertam serviços exclusivamente para a rede privada de saúde, fato inédito desde o início das atividades do Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre.

Gráfico 7- Razão de mortalidade por esfera de atendimento dos serviços onde ocorreram os eventos de óbito.



Fonte:CMM-POA, 2016/ SIM, 2016.

Como comentado no Quadro 01, 25 % das mortes maternas foram ocasionadas por eventos de causa externas, ou seja, ocasionadas por acidentes ou violências, de acordo com a classificação do CAP XX da CID -10. Esses eventos são considerados como morte materna, mas não entram nos cálculos de índice de mortalidade, 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 quatro óbitos maternos motivados por causas externas, classificados segundo capítulo XV da CID-10.

Classificação CID -10	N	%
Durante a gestação ou 42 dias após parto	1	25
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante (X99)	1	
Após 43 dias até 1 ano após o parto	3	75
Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão (x93)	3	
Total	4	100 %

Fonte: CMM-POA, 2016.

Dentre os 4 casos desencadeados por causas externas, 25% (n=1) aconteceram durante a gestação ou puerpério e ocorreram por agressão de objeto cortante. Os demais (n=3), ocorreram 43 dias após o parto e até 1 ano depois da gestação, por disparo de arma de fogo.

Portanto, mesmo gestantes e puérperas, as mulheres também estão expostas e são vítimas de mortes por causas externas.

CONCLUSÕES

Como citado anteriormente, 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. No ano de 2016 registrou-se a RMM do município de Porto Alegre igual a 37,46, portanto temos que continuar avançando na qualificação de políticas que contribuam para a redução da mortalidade materna.

O município ainda mantém um perfil epidemiológico de mortalidade materna misto, mesclando causas diretas como choque, hemorragias, eclâmpsia e embolia e indiretos com AVC. Comparando com anos anteriores em 2016 foi observado um maior número de mortes maternas por causas diretas, o que merece ser destacado e acompanhado nos próximos anos, a fim de detectar se foi somente um ano atípico ou uma nova tendência. Ainda assim, a maior parte dessas mortes são classificadas como inevitáveis (83,1%), o que confere uma melhora na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, bem como o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

Por outro lado, mesmo com o progresso da qualidade assistencial e do acesso, tivemos um ano atípico onde os hospitais privados obtiveram maior número de eventos de mortalidade materna quando comparados aos hospitais públicos. Isso significa que mais mulheres faleceram nos hospitais privados do que em relação aos óbitos ocorridos nos hospitais públicos; o que não sucedeu no ano anterior. Tendo em vista que é necessário acompanhar o comportamento desse dado a fim de constatar se é ou não um episódio isolado.

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. E de acordo com este panorama, um alto índice de morte materna (25%) ocorre por fenômenos de violência (causas externas). Muitos óbitos acontecem por ferimentos com arma de fogo, por exemplo, o que condiciona ainda mais a influência dos determinantes sociais e a realidade, por vezes, precária a que essas mulheres estão expostas. Ainda precisamos pensar e agir de forma a contemplar a saúde interligada a outras instâncias para que as vidas dessas mulheres e dos seus bebês sejam preservadas.

Considerando o quesito raça/cor, o município de Porto Alegre ainda acompanha a tendência da iniquidade racial, que segrega as mulheres pardas e negras, apesar desse índice apresentar uma tendência de modificação nesses últimos três anos. Essas mulheres são as que possuem menor acesso aos medicamentos anticoncepcionais e são as que realizam menos de 7 consultas de pré-natal, em virtude da menor acessibilidade aos serviços de saúde. As mulheres pardas e negras sofrem discriminação racial tanto individual quanto institucional, mesmo estando em serviços de saúde que deveriam cuidar, tratar, recuperar e acolher. Por isso, o que se busca é o atendimento universal desse grupo, respeitando as peculiaridades das mulheres, bem como, suas vulnerabilidades de quaisquer ordens para atendê-las igualmente de maneira equânime.

O SUS tem se instrumentalizado com protocolos e estratégias de gestão que visam a qualificação da assistência. Um exemplo é a Rede Cegonha (RC), já instituída no município e que se caracteriza por um conjunto de medidas que garante a todas as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a assistência humanizada em relação ao parto e puerpério. Identicamente, a RC objetiva o nascimento seguro e o desenvolvimento saudável da criança até os dois primeiros anos de vida. Entre os fatores que podemos citar para esta 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 normal em instituições dotadas de recursos e protocolos bem estabelecidos, melhora do nível sócio-econômicos da população.

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 para eliminar as mortes maternas evitáveis e a busca por 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, Setembro. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso>. Acesso em 13 de junho de 2017.

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 13 de junho de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Portaria Nº1.119**, de 5 de Junho de 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>. Acesso em 13 de Junho de 2017.

CARLO, Waldemar A.; TRAVERS, Colm P.. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir,. J. **Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 92, n. 6, p. 543-545, dez. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543&lng=pt&nr m=iso>. Acesso em 17 abr. 2017.

FERNANDES, Beatriz Boleta et al . Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 192-199, 2015 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500192&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2017.

MAMEDE, Fabiana Villela; PRUDENCIO, Patrícia Santos. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 262-266, 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500262&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2017.

RESENDE, Lilian Valim; RODRIGUES, Roberto Nascimento; FONSECA, Maria do Carmo. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 37, n. 4-5, p. 218-224, May 2015 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2017.

SÃO PAULO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Mortalidade Materna/Triênio 2011-2013/ **Prefeitura do Município de São Paulo**, Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Área Técnica de Saúde Integral da Mulher. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MM20112013.pdf>> . Acesso em 13 de Junho de 2017.

SOUZA, Joao Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 12, p. 549-551, Dec.2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de abril de 2017.

VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 2, p. 157-158, June 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2017.

VIANA, Rosane da Costa;NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON,Iracema MP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, vol 22, Sup 1 p.141-152, 2011. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em 13 de junho de 2017.

