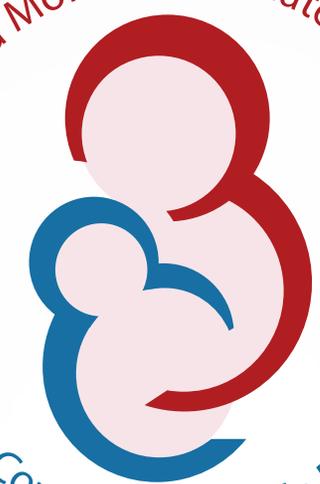


2009

CADERNO DE RESULTADOS DOS COMITÊS

20 anos Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna



10 anos Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil

Seminário Integrado do Paraná

Qualificar para melhorar as ações da Vigilância Epidemiológica e dos Comitês do Estado do Paraná

Curitiba, 24, 25 e 26 de Novembro de 2009

20 anos Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil | 10 anos Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna | 2009

Promoção:

SESA/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

CEPMM-COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

CEPMI - COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Comissão Organizadora:

Eliana Carzino

Vânia Muniz Nequer Soares

Terezinha Mafioletti

Terezinha Watanabe

Sonia Maria Soares dos Santos

Inês Vian



Apoio:



www.saude.pr.gov.br/seminariocomitespr





Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna



RELATÓRIO
"20 ANOS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE"

Mortalidade Materna no Paraná
1989- 2008

Relatório elaborado para o Seminário dos Vinte Anos
dos Comitês de Mortalidade Materna no Paraná

Curitiba 24, 25 e 26 de Novembro de 2009



MEMBROS ATUANTES DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA 2008 - 2010

Presidente: Eliana Portella Carzino

Vice-Presidente: Elbens Marcos Minoreli de Azevedo

REPRESENTANTES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO PARANÁ – SESA

SVS/Departamento de Vigilância Epidemiológica

Titular: Terezinha Maria Mafioletti

Suplente: Terezinha Leiko Watanabe

SGS/Departamento de Gerência de Unidades Próprias

Titular: Maria da Graça Ventura

Suplente: Yara Gerber Lima Bastos

SPP/Departamento de Atenção Básica

Titular: Tatiana Gomara Neves

Suplente: Paulo Mercer

REPRESENTANTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

Titular: Raquele Rotta Burkiewicz

Suplente: Wilmar Mendonça Guimarães

REPRESENTANTE DA SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO PR

Titular: Lenira Gaede Senesi

Suplente: Hélivio Bertolozzi Soares

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM/ABEN-PR

Titular: Lenita Antonia Vaz

Suplente: Carmen Cristina Moura dos Santos

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIRAS OBSTETRIZAS –
ABENFO (SEÇÃO PR)

Titular: Vânia Muniz Néquer Soares

Suplente: Andréia Maria Damasceno

REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ –

UFPR/DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Titular: Lucia de Noronha

Suplente: Lubomira Verônica Oliva

REPRESENTANTE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ –
PUC/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Kleyde Ventura de Souza

Suplente: Maria Rita de Cássia Barreto de Almeida

REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ -
UEM/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E MEDICINA

Titular: Deise Serafim

Suplente: Luiz Nery

REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ –
UNIOESTE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Marlei Fátima Cezarotto Fiewski

REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA -
UEL/DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Titular: Elbens Marcos Minoreli de Azevedo

06

REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA -
UEL/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Thelma Malagutti Sodré

Suplente: Maria Elisa Wotzasek Cestari

REPRESENTANTE DO INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PEQUENO PRÍNCIPE –
IESPP

Titular: Adriana Cristina Franco

Suplente: Patrícia Julmeire Cunha

REPRESENTANTE DO HOSPITAL DO TRABALHADOR

Titular: Marcos Takimura

Suplente: Hilda Mirian Chaud

REPRESENTANTE DA REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E
DIREITOS REPRODUTIVOS

Titular: Alaerte Leandro Martins

REPRESENTANTE DA REDE DE MULHERES NEGRAS DO PARANÁ

Titular: Michely Ribeiro da Silva

Suplente: Ângela Martins



REPRESENTANTE DA FUNASA/DSEI LITORAL SUL

Titular: Hilda Maria Cohen Costa

Suplente: Raimunda Paulino de Araújo

REPRESENTANTE DA REDE PARTO DO PRINCÍPIO

Titular: Dany Patrícia Lemes Pinheiro Bortolotto

Suplente: Felicitas Maria Metzler Kemmsies

MEMBROS EFETIVOS

Vânia Muniz Néquer Soares

Hélvio Bertolozzi Soares

Alaerte Leandro Martins

Fernando César Oliveira Júnior

Eliana Portella Carzino

João Edson Borba Taques

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO:

Eliana Portella Carzino

Vânia Muniz Nequer Soares

Luiz Carlos Carzino

Terezinha Leiko Watanabe

Terezinha Maria Mafioletti

Lenita Antonia Vaz

Tatiana Gomara Neves

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Os membros do Comitê Estadual e a direção da SESA, agradecem a dedicação dos membros dos Comitês Regionais e Municipais e funcionários das Regionais de Saúde, que colaboraram e colaboram para o desenvolvimento das ações dos Comitês no Paraná e para a defesa da saúde materna e infantil.



MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ 1989 - 2008

Introdução

A criação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna permitiu a aquisição de informações mais acuradas sobre a magnitude e as circunstâncias das mortes maternas em diferentes países. Esse conhecimento é essencial para a correção das distorções quanto ao tamanho e qualificação do problema e por consequência para equacionamento de medidas para prevenção e redução da mortalidade materna.

Este relatório apresenta o resultado das investigações e análises dos óbitos maternos realizadas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná, nos últimos 20 anos (1989-2008).

O Estado conta com 22 Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, 217 Comitês Municipais e 30 Comitês Hospitalares, e a investigação dos óbitos maternos é realizada nos 399 municípios pela vigilância epidemiológica.

A persistência de taxas elevadas de mortalidade materna no mundo levou a Organização das Nações Unidas a definir a “Saúde Materna” como um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a ser priorizado pelos países membros.

A meta é reduzir a taxa de mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015 – para isso, seria necessário um decréscimo anual de 5,5%. No entanto a mortalidade materna está caindo de forma lenta na maioria dos países.

Estudo divulgado pela OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial (2007), relata que as mortes maternas na gestação, parto e no pós-parto declinou apenas 1% ao ano, em média, entre 1990 e 2005. Na América Latina e no Caribe a redução foi de 2.2%. Este levantamento identificou que morreram de causas maternas em 2005 no mundo todo, 536 mil mulheres, contra 576 mil em 1990. Destacando ainda que a diminuição dos óbitos maternos ocorre também pelo concomitante declínio do número dos nascimentos. A quase totalidade de mortes (99%) ocorreu nos países em desenvolvimento. Mais da metade foi registrada nos países menos desenvolvidos da África subsahariana: 270 mil. No sul da Ásia, ocorreram 188 mil mortes – cifras muito superiores as 15 mil mortes registradas na América Latina e no Caribe.

Nos países em desenvolvimento, morreram 450 mães a cada 100 mil nascidos vivos. Já nos países desenvolvidos, o número de mortes foi de nove para cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, a mortalidade foi de 110 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos, num total de 4,1 mil mortes segundo esta estimativa.

A Índia registrou o maior número de mortes maternas em 2005, com 117 mil, seguida da Nigéria (59 mil), República Democrática do Congo (32 mil), Afeganistão (26 mil), Etiópia (22 mil), Bangladesh (21 mil), Indonésia (19 mil), Paquistão (15 mil), Níger (14 mil), Tanzânia (13 mil) e Angola (11 mil). Esses onze países concentraram dois terços das mortes maternas em 2005.

Na África, uma em cada 26 mulheres tem probabilidade de morrer em decorrência de complicações durante a gestação, o parto ou o pós-parto. Nas regiões mais desenvolvidas do planeta, essa probabilidade cai para uma em cada 7.300 mulheres. No mundo todo, são as nigerianas que correm maiores riscos: uma a cada sete mulheres. No lado oposto está a Irlanda, com uma proporção de uma para cada 48 mil mulheres.

Na América Latina e no Caribe, uma em cada 290 mães com 15 anos de idade corre risco de morrer por complicação na gravidez, no parto ou no período logo após o parto. O Haiti é o país com a taxa mais alta de risco de vida, uma a cada 44, seguido da Guatemala (uma a cada 71), Bolívia (uma a cada 89), Guiana (uma a cada 90) e Honduras (uma a cada 93). Entre os países com menor risco, estão Barbados (uma a cada 4.400), Porto Rico (uma a cada 2.900) e Bahamas (uma a cada 2.700). No Brasil, o risco é de uma em cada 370 mulheres.

A disparidade nas condições de vida da população e em particular das mulheres, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e também as diferenças de tipo e qualidade dos serviços onde são atendidas as mulheres de diferentes condições sociais, são determinantes das mortes maternas.

A mortalidade materna é considerada portanto, evento de alta magnitude, devido as altíssimas taxas, de elevada transcendência social, pelo impacto familiar e na sociedade, e alta vulnerabilidade, uma vez que pode ser reduzida com estratégias de intervenção, até certo ponto simples e pouco onerosas. Por esta constatação o mundo todo questiona: porque a mortalidade materna vem reduzindo tão lentamente?

O perfil da morte materna apresentado nestes vinte anos no Estado, permite reafirmar que a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde contribui de maneira significativa na manutenção da mortalidade materna em níveis ainda relativamente elevados embora com tendência declinante, assim como permite afirmar que as mulheres que morreram estavam em maior desvantagem social e portanto mais vulneráveis aos riscos da maternagem.

Medidas que organize e hierarquize o acesso das usuárias aos serviços de referência para a gestação de alto risco realmente preparados, incentivo e comprometimento dos gestores com a qualidade e resolutividade dos serviços, capacitação permanente de recursos humanos para o atendimento humanizado ao parto e as emergências obstétricas, implantação e exigência do cumprimento de protocolos para atendimento das principais intercorrências obstétricas, vigilância contínua e busca ativa das gestantes e puérperas de risco, poderão



desencadear substancial redução das taxas de mortalidade materna e perinatal em nosso Estado. A elaboração de planos municipais para redução da mortalidade materna e a pactuação, com reconhecimento aos municípios que atingirem as metas propostas, são medidas essenciais para redução mais acelerada e efetiva da mortalidade no Paraná.

Os Comitês, após vinte anos de atuação, esperam resultados mais significativos nos próximos anos, dada a incontestável realidade dos dados que apontam a inevitabilidade da maioria dos óbitos ocorridos, diretamente relacionados com a melhoria da assistência médica e hospitalar. Esperam resultados mais próximos aos alcançados pelos países desenvolvidos e alguns em desenvolvimento, em torno de 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. As mulheres paranaenses estão tendo menos filhos, a taxa de fecundidade é baixa, 1,8 filhos por mulher, é justo que estas mulheres tenham o direito de exercer sua função reprodutiva de maneira saudável, segura e com autodeterminação.

No Brasil os últimos dados oficiais disponíveis apontam uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 77,2 por 100.000 nascidos vivos, em 2006. (MS RIPSA 2008).

Países com situação sócio econômica desfavorável, como Costa Rica e Cuba, e outros países como Chile e Uruguai na América Latina, já apresentam RMM substancialmente inferiores a do Brasil. Talvez a diferença não esteja mais entre ser país rico ou país pobre, mas entre querer ou não querer, que a assistência à saúde materna com qualidade seja garantida, sendo portanto um indicador de decisão política, na busca de um novo modelo assistencial que atenda as necessidades desta parcela da população.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte transversal, que apresenta as tendências da mortalidade materna no Paraná, no período compreendido entre 1989 a 2008, subdividido em quatro quinquênios 1989-1993, 1994-1998, 1999-2003, 2004-2008.

Os conceitos adotados para identificação e análise dos óbitos maternos são os da CID 10-OMS, também referidos no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MS 2009):

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

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 desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

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 (CID O96).

Morte materna não obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) geral foi obtida por meio da relação entre o número de óbitos de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério até 42 dias após o parto e o número de nascidos vivos (nv) expresso por 100.000 nv compreendidos no mesmo período

A RMM por causas específicas resultou da razão entre o número de óbitos maternos causados pela doença e o número de nascidos vivos, também expressos por 100.000 nv. Foram excluídos das análises os óbitos maternos tardios, que correspondem às mortes ocorridas após o 42º dia de puerpério até um ano após o parto.

Os dados dos óbitos foram obtidos do banco de dados do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e dos estudos de casos elaborados por este comitê. Os dados sobre o número de nascidos vivos foram obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/MS).



Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna (municipais, regionais e o estadual) atuam no Paraná desde 1989. Os Comitês realizam a vigilância epidemiológica sistemática dos óbitos maternos, identificando a real magnitude e corrigindo a subnotificação destas mortes. A investigação dos óbitos é realizada pelo método Reproductive Age Mortality Survey (Método RAMOS), que inclui a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, mediante pesquisa em registros de prontuários hospitalares e ambulatoriais, entrevistas domiciliares com os familiares, e com os profissionais que atenderam o caso, e laudos de necropsia, entre outros documentos disponíveis.

As informações obtidas nessas investigações são inseridas em banco de dados, onde são digitados e tabulados, bem como, são sintetizados em estudos de caso individuais. Estes, são analisados em câmaras técnicas multiprofissionais e interinstitucionais, as quais identificam a causa básica, os fatores determinantes, a evitabilidade do óbito e as medidas de prevenção, para que outros óbitos semelhantes não venham ocorrer.

Foram selecionados para este relatório algumas das principais variáveis das fichas de investigação confidencial dos óbitos maternos, buscando-se delinear o perfil e a tendência da mortalidade materna no período de 1989–2008.

O Comitê Estadual adotou três tipos de fichas de investigação nestes vinte anos. O primeiro modelo de ficha, semelhante ao usado pelos Comitês de São Paulo foi utilizado até 1992. De 1993 a 1997, o Comitê utilizou uma ficha própria que era digitada em banco de dados elaborada em programa EPI-info, e em 1998 aperfeiçoou este modelo ampliando o número de variáveis pesquisadas, e criou um banco de dados em ACCESS denominado MORMATER, que ainda é utilizado.

Anualmente, a vigilância epidemiológica dos municípios em parceria com os Comitês Municipais e Regionais investigam em média 3.500 óbitos de mulheres em idade fértil (93% do total, em média), selecionando destes os óbitos maternos para os quais são preenchidas as fichas de investigação confidencial e sigilosa.

Ocorreram no período de 20 anos, 2667 óbitos maternos obstétricos até 42 dias pós parto que deram origem neste estudos, às tabelas e análises, quanto aos aspectos sociais, de atenção ao pré-natal, assistência ao parto, bem como a avaliação da causa básica dos óbitos, sua evitabilidade, responsabilidades e estratégias de intervenção. Não estão incluídos os óbitos tardios e os não obstétricos neste relatório.

Os dados apresentados do período de 2006 à 2008 são preliminares, podendo sofrer pequenas alterações.

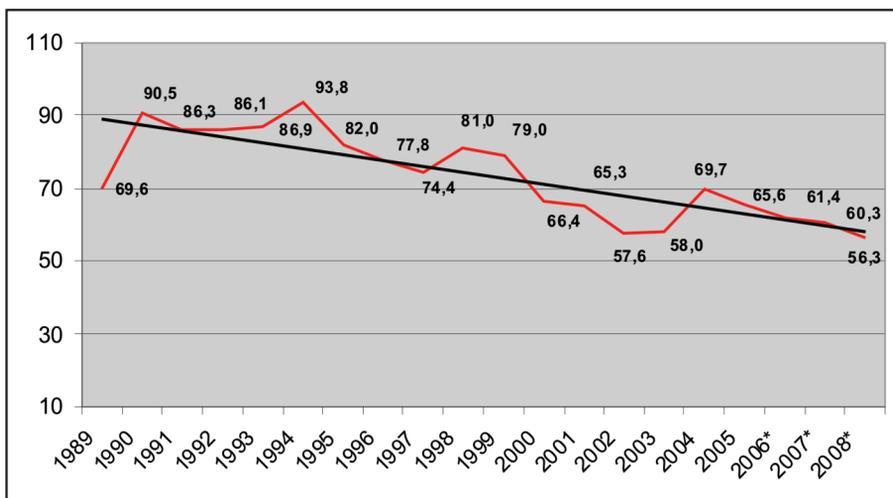
RESULTADOS

EVOLUÇÃO E TENDÊNCIA DA MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ

Observa-se pela análise dos dados de mortalidade materna, corrigidos após investigação pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, queda gradativa da Razão de Mortalidade Materna nos últimos 20 anos no Paraná (Gráfico 1).

Pode-se afirmar que a taxa de 56,3 por 100.000 nascidos vivos alcançada no ano de 2008 no Paraná, já se aproxima aos níveis considerados médios para a RMM segundo a Organização Mundial de Saúde (entre 20 e 50 por 100000 nv) (tabela 1).

Gráfico 1 - Tendência da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Paraná 1989-2008



Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM//PR

*dados preliminares



Na tabela 1 observa-se uma redução de 25,10% na RMM do Estado do Paraná entre o primeiro e último quinquênio, e de 37,7% entre 1990 e 2008, ou seja, cerca de 2% ao ano, revelando uma redução lenta, comprovando a avaliação UNFPA, para a América Latina e Caribe.

Considerando que a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, é reduzir a RMM em 75% entre 1990 e 2015, o índice de redução mínimo esperado seria 3% ao ano. Como a redução no Paraná até o ano de 2008 foi menor, para os próximos seis anos (2010-2015), o índice de redução deverá ser acelerado para no mínimo 6% ao ano, para se atingir a meta, ou seja a RMM de 22,6 por 100.000 nv. Um grande desafio delineado para os gestores estadual e municipais e para a sociedade paranaense, nos próximos anos.

Tabela 1- Razão de Mortalidade Materna e Índice de Redução. Paraná 1989-2008

ANO	N°N.V.	TOTAL	RMM	Índice de Redução
1989	199.583	139	69,65	
1990	198.891	180	90,50	-
1991	198.198	171	86,28	
1992	197.506	170	86,07	
1993	196.813	171	86,88	
SUBTOTAL	990.991	831	83,86	0
1994	196.121	184	93,82	
1995	195.167	160	81,98	
1996	195.387	152	77,79	
1997	192.220	143	74,39	
1998	185.113	151	81,57	
SUBTOTAL	964.008	790	81,95	-2,3%
1999	186.111	147	78,99	
2000	179.160	119	66,42	
2001	166.990	109	65,27	
2002	164.812	95	57,64	
2003	156.997	91	57,96	
SUBTOTAL	854.070	561	65,69	-21,7%
2004	159.268	111	69,69	
2005	159.910	105	65,66	
2006*	154.553	95	61,47	
2007*	147.536	89	60,32	
2008*	150.908	85	56,33	
SUBTOTAL	772.175	485	62,81	-25,1%
TOTAL	3.581.244	2.667	74,47	

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

*dados preliminares

Dos 2667 óbitos, 1060 (40%) estavam subnotificados como causa básica, no atestado médico do óbito, chegando-se ao fator de correção médio para o período, de 1,7 como disposto na Tabela 2.

A mensuração da mortalidade materna é notoriamente difícil, constituindo um problema na maioria dos países, principalmente naqueles onde não existem sistemas de registros vitais confiáveis.

No Brasil a organização das equipes de vigilâncias epidemiológicas nos municípios e a implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em 1998, reduziram o sub-registro das mortes e melhoraram a qualidade da informação das declarações de óbito em geral, especialmente das causas mal definidas, especialmente nas regiões sul e sudeste. A mortalidade materna, no entanto continua a ser uma das causas mais sub-informadas também no Brasil (MS, 2009).

Tabela 2-Taxas de Subnotificação da Mortalidade Materna no Paraná

ÓBITO MATERNO	1989-1993	1994-1998	1999 - 2003	2004 - 2008	TOTAL
ÓBITO DECLARADO	500	491	341	275	1607
ÓBITO NÃO DECLARADO	331	299	220	210	1060
Total	831	790	561	485	2667
Nascidos vivos	990.991	964.008	854.070	772.175	3.581.244
RMM total	83,9	81,9	65,7	62,8	74,5
RMM declarado	50,5	50,9	39,9	35,6	44,9
RMM não declarado	33,4	31,0	25,8	27,2	29,6
Fator de Correção	1,7	1,6	1,6	1,8	1,7
% de Sub-informação	40%	38%	39%	44%	40%

Nota: Fórmula para cálculo do fator de correção: 1+ Óbito Materno Não Declarado/ Óbito Materno Declarado

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

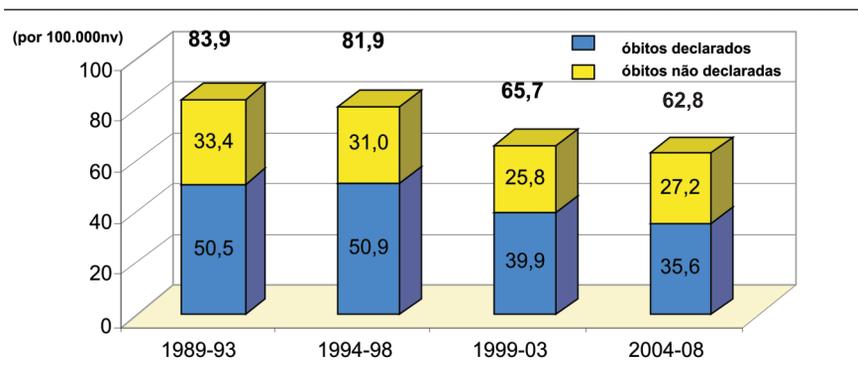
A subnumeração dos óbitos maternos prejudica a formulação de medidas adequadas à saúde materna (Soares et al 2008).

As dificuldades relativas à obtenção de informações sobre as mortes maternas, quanto ao número e reais causas das mortes, estão diretamente ligadas às incorreções técnicas no preenchimento das Declarações de Óbito. Países desenvolvidos, que contam com bons sistemas de registros, também apresentam erros na atribuição da causa de morte materna nas Declarações de Óbito, dificultando a sua mensuração (Soares et al 2008).



O gráfico 2 ilustra a RMM com os óbitos maternos declarados, e após a correção das taxas com os óbitos não declarados, identificados pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, ratificando a importância dos mesmos na visibilidade das mortes maternas.

Gráfico 2 – Razão de Mortalidade Materna segundo o registro do óbito materno na declaração do óbito. Paraná 1989-2008



Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

Sousa et al (2006) indicam que podem influenciar o correto preenchimento da declaração de óbito materno, a assistência médica prestada no momento do óbito, o tipo de serviço em que se encontrava a mulher no momento do óbito (emergência, UTI, obstetrícia, clínica médica), o profissional que prestou assistência e o que preencheu a declaração de óbito. Destacam os autores que para utilizar a RMM oficial como indicador válido, de forma contínua, especialmente para avaliação do alcance de metas preconizadas de redução da mortalidade materna, é necessário conscientizar os profissionais responsáveis pelo preenchimento da declaração de óbito, a buscarem informações detalhadas e investigar melhor as condições em que ocorreram os óbitos das mulheres em idade reprodutiva.

MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO O TIPO DE ÓBITO

Considerada a totalidade dos óbitos maternos investigados no período de 20 anos, incluindo-se óbitos obstétricos até 42 dias após o parto, óbitos tardios até um ano após o parto e os óbitos maternos não obstétricos, contabilizou-se no período estudado 3377 mortes maternas, representado respectivamente 79% Obstétricos, 6,4% Obstétricos tardios e 14,6% Não Obstétricos (Tabela 3).

Observa-se o aumento no número dos óbitos por causas não obstétricas no último triênio, pela melhora na investigação e identificação destes casos.

Tabela 3 - Distribuição dos óbitos maternos segundo o tipo de óbito – Paraná 1989-2008

TIPO ÓBITO	1989 -93	%	1994-98	%	1999-03	%	2004_08	%	TOTAL	%
OBSTÉTRICO DIRETO	628	75,6	524	66,3	394	70,2	328	67,6	1874	70,3
OBSTÉTRICO INDIRETO	136	16,4	208	26,3	124	22,1	137	28,2	605	22,7
INDETERMINADOS	67	8,1	58	7,3	43	7,7	20	4,1	188	7,0
SUBTOTAL OBSTÉTRICOS	831	100	790	100	561	100	485	100	2667	100
OBITO MATERNO	831	88,9	790	77,8	561	79,8	485	67,1	79	79
MATERNOS TARDIOS	22	2,4	53	5,2	67	9,5	74	10,2	216	6,4
MATERNOS NÃO OBSTÉTRICOS	82	8,8	173	17,0	75	10,7	164	22,7	494	14,6
TOTAL	935	100	1016	100	703	100	723	100	3377	100

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

Dentre os óbitos obstétricos observa-se uma redução percentual discreta das causas diretas, passando de 75,6% (1989/2003) para 67,6% no último quinquênio, praticamente estabilizado enquanto que as obstétricas indiretas aumentaram de 16,4% para 28,2%. As causas indeterminadas sofreram decréscimo de 8,8 para 4,1%, resultado da melhora na investigação e no sistema de saúde (Tabela 3).

A maior proporção com as causas indiretas, é o padrão observado nos países desenvolvidos, como consequência da melhoria da qualidade da assistência, reduzindo-se os óbitos obstétricos diretos de mais fácil controle, permanecendo apenas os óbitos de mais difícil resolução pelo conhecimento técnico científico atual.

As causas indiretas podem ser reduzidas por uma política de planejamento familiar efetiva, pois as mulheres com doenças pré-existentes podem ter a patologia agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez, aumentando o risco de morte materna, como também por adequada assistência obstétrica em serviços de referência para gestação de alto risco.



A incidência de mortes maternas não obstétricas observada no período é relevante, correspondendo a 14,6 % dos óbitos, especialmente das mortes violentas (os homicídios e suicídios em mulheres grávidas), podendo estes números ser ainda maiores, levando-se em conta que muitos óbitos de mulheres em idade fértil, podem não estar sendo investigados devidamente, por falta de exploração da cavidade uterina, quando do encaminhamento para o IML.

DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO CAUSAS OBSTÉTRICAS

As principais causas obstétricas direta no período de análise (vinte anos) foram: Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, responsável por 529 casos (19,8%) em primeiro lugar, seguida das hemorragias (ante e pós parto), 383 casos (14,4%) e infecção puerperal, 212 casos (7,9%). Ocorreram 160 óbitos por complicações do aborto em 20 anos, correspondendo a 6,0% do total. As complicações anestésicas durante o trabalho de parto e parto somaram 120 casos, 4,5% dos óbitos maternos. Chamou a atenção no último quinquênio, a elevação do número de óbitos por infecção urinária ou renal na gravidez, bem como, das embolias. Estas causas não foram discriminadas nas tabelas disponíveis para análise no primeiro quinquênio.

Tabela 4. Mortalidade materna segundo causas - Paraná 1989-2008

CAUSAS	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL						
	Nº	%	RMM												
Aborto	52	6,3	5,25	42	5,3	4,36	35	6,2	4,10	31	6,4	4,01	160	6,0	4,47
Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia	207	24,9	20,89	142	18,0	14,73	106	18,9	12,41	74	15,3	9,58	529	19,8	14,77
Hemorragia ante-parto (CPP e FP)	37	4,5	3,73	39	4,9	4,05	29	5,2	3,40	17	3,5	2,20	122	4,6	3,41
Hemorragia pós-parto	72	8,7	7,27	67	8,5	6,95	63	11,2	7,38	59	12,2	7,64	261	9,8	7,29
Complicações anestésicas	44	5,3	4,44	32	4,1	3,32	26	4,6	3,04	18	3,7	2,33	120	4,5	3,35
Infecção urinária e renal na gravidez	-	0,0	0,00	16	2,0	1,66	14	2,5	1,64	32	6,6	4,14	62	2,3	1,73
Embolias	-	0,0	0,00	20	2,5	2,07	33	5,9	3,86	35	7,2	4,53	88	3,3	2,46
Infecção puerperal	69	8,3	6,96	67	8,5	6,95	36	6,4	4,22	40	8,2	5,18	212	7,9	5,92
Outras obst. diretas	147	17,7	14,83	119	15,1	12,34	52	9,3	6,09	22	4,5	2,85	340	12,7	9,49
OBSTÉTRICAS DIRETAS	638	75,6	63,37	504	63,8	52,28	394	70,2	46,13	338	67,6	42,48	1854	69,5	51,77
Doenças Ap. Circulatório	-	0,0	0,00	92	11,6	9,54	47	8,4	5,50	55	11,3	7,12	194	7,3	5,42
Doenças Ap. Respiratório	-	0,0	0,00	43	5,4	4,46	34	6,1	3,98	24	4,9	3,11	101	3,8	2,82
Doenças do Ap. Digestivo	-	0,0	0,00	36	4,6	3,73	12	2,1	1,41	14	2,9	1,81	62	2,3	1,73
Doenças Infecciosas	-	0,0	0,00	21	2,7	2,18	15	2,7	1,76	17	3,5	2,20	53	2,0	1,48
Outras obst. Indiretas*	136	16,4	13,72	16	2,0	1,66	16	2,9	1,87	27	5,6	3,50	195	7,3	5,45
OBSTÉTRICAS INDIRETAS	136	16,4	13,72	208	26,3	21,58	124	22,1	14,52	137	28,2	17,74	605	22,7	16,69
Causas maternas indeterminadas	67	8,1	6,76	58	7,3	6,02	43	7,7	5,03	20	4,1	2,59	188	7,0	5,25
TOTAL	881	100,0	83,86	790	100,0	81,95	561	100,0	65,69	485	100,0	62,81	2667	100,0	74,47

Quando analisada a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME), que se refere ao risco de morte materna das gestantes por determinada causa, entre os quatro quinquênios, observa-se impacto significativo na redução das mortes por pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e as demais patologias permaneceram estáveis, merecendo melhor atenção na assistência obstétrica, qualificação profissional, acesso a hemoderivados, planejamento familiar efetivo, identificação de risco e referência resolutiva à serviços de saúde (Gráfico 3).

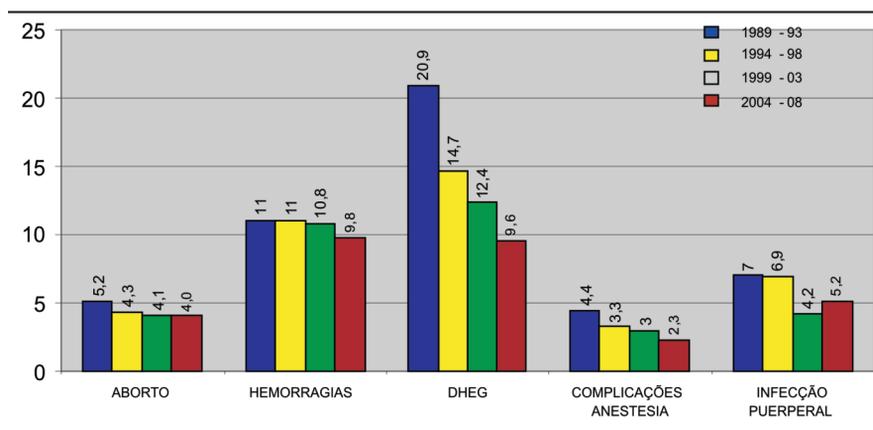
Quanto ao perfil de mortalidade materna, analisado pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO, UNICEF, 2008), ratificado por Marcondes, observa-se maior participação relativa de causas obstétricas diretas durante o período de investigação quando comparadas entre Brasil e México, significando que a maior parte das mortes maternas está relacionada à assistência à gestante, ou seja, aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou pela conjunção de dois ou mais desses fatores.

O aborto constituiu a quinta causa de morte materna no Paraná no último quinquênio. Ao analisar o peso relativo dos óbitos por aborto no conjunto de mortes obstétricas diretas, por grupo etário, Schor (1990) observou um comportamento com elevação em praticamente todos os grupos etários, e aponta que as complicações decorrentes do aborto não têm recebido a devida atenção por parte de pesquisadores e gestores da saúde pública. O fato de ser um evento socialmente marcado por questões ideológicas e religiosas e que na maioria dos países latino-americanos é ato passível de pena criminal, dificulta sua devida captação, assim como para uma melhor avaliação das condições de morbimortalidade feminina. Segundo a autora, há estimativas que figuram o aborto entre as principais causas de morte materna, especialmente, entre as mulheres adolescentes e jovens. Os dados apontam nessa direção, mas também indicam que é uma causa que afeta as mulheres mais velhas.

Martins et al. (1991) enfatiza que é preciso modificar a forma de tratarmos o aborto, não apenas na ampliação do acesso à contracepção, mas igualmente reavaliando as conseqüências de uma legislação tão restritiva. Gadelha et al (2006) ao identificar os óbitos obstétricos diretos, destaca a causa mais freqüente a hipertensão (40,0%), seguido da infecção (35,0%) e da hemorragia (25,0%), afirmando que a hipertensão é, na atualidade, o principal fator etiológico de morte materna no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.



Gráfico 3 – Evolução da Razão de Mortalidade específica das principais causas de óbito materno. Paraná, 1989 a 2008. (por 100.000 N.V.)



Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

A pré-eclampsia/eclampsia constitui a principal causa da mortalidade materna no Paraná, estando, no entanto, em declínio, corroborando os achados de Cecatti et al. (2006), Ramos e Costa (2003), Alencar (2006) em estudos realizados em Campinas, Rio Grande do Sul, e Fortaleza, com incidência semelhante aos países desenvolvidos como Estados Unidos, em torno de 18%.

As causas maternas obstétricas indiretas foram responsáveis por 22,7% do total de mortes no estado do Paraná, resultado também identificado em estudos publicados em países desenvolvidos, onde existe terapêutica resolutiva para as causas obstétricas diretas, e conseqüente aumento das indiretas.

A causa predominante destes óbitos está relacionada com as doenças do aparelho circulatório, principalmente as cardiopatias e hipertensão pré-existente e suas complicações, responsáveis por 194 (7,3%) óbitos. Em segundo lugar temos as doenças do aparelho respiratório com 101 (3,8%) casos. Evidentemente entre as causas obstétricas indiretas, muitas situações são inevitáveis, porém uma melhor atenção à saúde da mulher na rede primária, com melhor diagnóstico e tratamento, encaminhamento precoce à rede terciária, e atendimento qualitativo às emergências obstétricas, teriam evitado muitos destes óbitos.

MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

Entre 1989 e 2008 foram analisados 2667 casos de óbitos maternos, sendo que em todo o período, a incidência maior de óbitos ocorreu na faixa etária de 25 a 34 anos com 1011 óbitos, o que corresponde a 37,91%. No entanto a análise das razões (RMM) por faixa etária possibilita afirmar que a maior vulnerabilidade encontra-se no grupo de gestantes com idade superior a 45 anos (RMM 642,0 por 100000nv) e nas gestantes na faixa etária de 35 a 44 anos (RMM 194,8 por 100000nv) o risco também é preocupante, e presente ainda nas adolescentes grávidas abaixo dos 15 anos (RMM 79,1 por 100000nv) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos óbitos maternos segundo faixa etária. Paraná 1989-2008

FAIXA ETÁRIA	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	NV	RMM
<15	4	0,48	7	0,89	6	1,07	6	1,24	23	29068	79,1
15 A 19	101	12,15	95	12,03	84	14,97	68	14,02	348	738538	47,1
20 A 24	176	21,18	161	20,38	104	18,54	88	18,14	529	1042254	50,8
25 A 34	248	29,84	325	41,14	234	41,71	204	42,06	1011	1402107	72,1
35 A 44	176	21,18	184	23,29	128	22,82	114	23,51	602	308991	194,8
>45	7	0,84	18	2,28	5	0,89	5	1,03	35	5452	642,0
Ignorada	119	14,32	0	0	0	0	0	0	119	54834	217,0
TOTAL	831	100	790	100	561	100	485	100	2667	3581244	74,5

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

Rezende (2004) em seu tratado descreve a idade favorável para a parturição dos 18 aos 24 anos, descreve o risco existente em primigestas precoces (<16anos) predispostas ao abortamento, partos prematuros, hiperemese, desvios psicológicos e doença hipertensiva específica da gravidez.



MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ SEGUNDO RAÇA

No Estado do Paraná a predominância da raça branca é de 77,2% da população. Segundo dados do IBGE (2000), somente 2,8% da população é composta por indivíduos da raça negra. As informações relativas à raça não eram pesquisadas na década de 90 pelo IBGE, como também pelos Comitês.

Martins^{13,17} (2006) salienta a importância do entendimento da existência das diferenças e dos diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo quando se trata da manutenção, recuperação e perda da saúde. Oliveira¹⁴ (2003) evidencia que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde e possuem os piores níveis de renda e escolaridade no Brasil. Comenta a autora Oliveira¹⁴ (2003) que a mortalidade em mulheres negras registrada nos Estados Unidos e publicada pelo Centers for Disease Control and Prevention reporta a diminuição dos coeficientes de morte materna nos Estados Unidos no período de 1940 a 1990 de 319,8 para 5,7/100 mil nascidos vivos entre as mulheres brancas e de 781,7 para 18,6/100 mil nascidos vivos entre as mulheres negras. Essa razão 2 a 4 vezes maior para mulheres negras é explicada pelo grande número de gravidez com morbidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e utilização destes, além da qualidade da assistência prestada às mulheres negras. As informações a respeito da raça foram melhor informadas nos últimos dois quinquênios (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos óbitos maternos segundo raça. Paraná 1989-2008

RAÇA	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	71	8,54	425	53,80	392	69,88	367	75,67	1255	47,06
Negra	31	3,73	131	16,58	118	21,03	105	21,65	385	14,43
Amarela	4	0,48	7	0,89	3	0,53	6	1,24	20	0,75
Indígena	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	1,24	6	0,23
Não Informado	725	87,24	227	28,73	48	8,56	1	0,21	1001	37,53
TOTAL	831	100,00	790	100,00	561	100,00	485	100,00	2667	100

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ SEGUNDO ESTADO CIVIL

Esta variável foi investigada procurando-se estabelecer relação entre o óbito de mulheres solteiras e casadas ou com união consensual. Observou-se que ocorrem mais óbitos entre as casadas e de união consensual (49,50%) do que entre as solteiras (20,69%).

Destaque-se que esta variável na atualidade não apresenta subinformação, em razão de cobranças dos comitês, no sentido de melhorar a coleta de informações (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos óbitos maternos segundo estado civil. Paraná 1989-2008

ESTADO CIVIL	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	113	13,60	496	62,78	331	59,00	258	53,20	1198	44,92
Solteira	40	4,81	223	28,23	189	33,69	100	20,62	552	20,69
União Cons.	0	0,00	0	0,00	2	0,36	120	24,74	122	4,58
Separada	0	0,00	0	0,00	12	2,14	4	0,82	16	0,60
Viúva	0	0,00	0	0,00	4	0,71	3	0,82	7	0,26
Não Informado	678	81,59	71	8,99	23	4,10	0	0,00	772	28,95
TOTAL	831	100,00	790	100,00	561	100,00	485	100	2667	100

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR



MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ SEGUNDO DADOS SÓCIO ECONÔMICOS: RENDA, ESCOLARIDADE E OCUPAÇÃO

RENDA

A análise da variável renda familiar, dentro do esperado, demonstra maior frequência de óbitos entre as mulheres com renda familiar de até 3 salários mínimos. O estudo revelou que 40% das mulheres que morreram tinham menos de 3 salários mínimos nos primeiros dez anos, elevando-se para cerca de 60% nos dez anos seguintes, o que nos leva a considerar que a mortalidade materna está diretamente ligada às baixas condições de renda familiar, o que pode gerar desnutrição, anemias ferroprivas, falta de assistência médica e outras comorbidades que acabam levando ao óbito durante o ciclo grávido puerperal (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos óbitos maternos segundo renda familiar. Paraná 1989-2008

RENDA FAMILIAR	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 3 SM	345	41,52	336	42,53	350	66,54	289	59,59	1320	50,15
4 A 5 SM	36	4,33	78	9,87	39	7,41	28	5,77	181	6,88
Acima de 6 SM	19	2,29	20	2,53	31	5,89	20	4,12	90	3,42
Não Informado	431	51,87	356	45,06	141	26,81	148	30,52	1076	40,88
TOTAL	831	100,00	790	100,00	526	100,00	485	100,00	2632	100,00

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

ESCOLARIDADE

Em relação à escolaridade observa-se maior incidência entre as gestantes que cursavam o ensino fundamental (1 a 8 anos) com 1397 óbitos, correspondendo a 52,38% de todos os óbitos. Entre as gestantes que não apresentavam nenhum grau de escolaridade, encontrou-se apenas 193 (7,24%) óbitos. A partir de nove anos ou mais de escolaridade ocorre uma redução importante do número de óbitos, demonstrando que: quanto menor o grau de instrução, maior é o risco de óbito materno (Tabela 9). No entanto, não podemos esquecer que a maior escolaridade, é fator de melhores condições de renda e mesmo assim 27 mulheres com nível superior vieram a falecer. Percebe-se ainda número significativo de não informação, deste importante indicador.

A partir do cálculo do risco relativo evidencia-se que a falta de escolaridade apresenta risco 22,7 vezes superior de morte materna. Sendo a baixa escolaridade, importante fator de risco (tabela 9).

Reafirma documento da OMS (2007), os serviços de saúde só podem ajudar quando as mulheres podem fazer uso deles. Quando surgem emergências obstétricas durante a gravidez e parto, a importância de reconhecer os sinais de perigo e de procurar assistência rapidamente é crucial. É preciso por outro lado que existam meios de transporte disponíveis, com pessoal adequado e as instalações devidamente equipadas, devem ser acessíveis. O aumento da escolarização das mulheres, a aposta na igualdade de gênero e o reforço da capacitação das mulheres para a tomada de decisões acerca da procura de assistência são elementos essenciais das estratégias para a redução da mortalidade materna.

Tabela 9 – Distribuição dos óbitos maternos segundo escolaridade. Paraná 1989-2008

ESCOLARIDADE	1989 - 1993		1994 - 1998		1999 - 2003		2004 - 2008		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	RMM	RR
Sem escolaridade	89	10,71	83	10,51	0	0,00	21	4,33	198	181,4	22,7
1 a 8	339	40,79	493	62,41	307	54,72	258	53,20	1397	67,1	8,4
9 a 11	31	3,73	40	5,06	86	15,33	97	20,00	254	31	3,9
Superior	10	1,20	17	2,15	0	0,00	0	0,00	27	8	1
Não formado	362	43,56	157	19,87	168	29,95	109	22,47	796		
TOTAL	831	100,00	790	100,00	561	100,00	485	100,00	2667	74,5	



OCUPAÇÃO

A principal ocupação das gestantes nos estudos, foi definida como "do lar", com média percentual entre 1994/1998 de 70,2%; de 1999/2003 de 61,2% e de 2004/2008 de 52,7%. Encontrou-se menor número de lavradoras ou domésticas. As principais ocupações dos cônjuges/companheiros foram: lavradores, auxiliares de serviços, faxineiros, etc., com baixa remuneração o que determina a baixa renda familiar.

Existe relação entre a mortalidade materna e os indicadores sócio-econômicos, pois mulheres com baixa renda, baixa escolaridade e sem ocupação definida, representam grupo de alto risco social, no qual existe uma maior vulnerabilidade para complicações no período gravídico puerperal. Uma melhor distribuição de renda associada à melhor condição de escolaridade, poderá refletir na redução das razões de mortalidade materna.

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNS SEGUNDO AS CONDIÇÕES DO PRÉ-NATAL

De acordo com a tabela 10 podemos observar que em média 72,59% das mulheres que morreram realizaram pré-natal, e apenas 12,90% não tiveram esta assistência. Entretanto, evidenciou-se falta de uma política assistencial qualitativa, como a busca das gestantes faltosas nos serviços de pré-natal, capacitação continuada de recursos humanos, identificação de gestantes de risco e serviços resolutivos de referência ao risco.

27

Tabela 10 – Distribuição dos óbitos maternos segundo pré-natal. Paraná 1989-2008

PRÉ-NATAL REALIZADO	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	506	60,89	557	70,51	452	80,57	421	86,80	1936	72,59
NÃO	117	14,08	106	13,42	69	12,30	52	10,72	344	12,90
NÃO INFORMADO	208	25,03	127	16,08	40	7,13	12	2,47	387	14,51
TOTAL	831	100,00	790	100,00	561	100,00	485	100,00	2667	100,00

Observa-se redução gradual do número de gestantes sem informação sobre pré-natal, isto é, de 208 (25,03%) dos óbitos de 1989/1993, onde a informação era ignorada reduziu-se para 12 (2,47%) óbitos no último quinquênio, refletindo melhoria dos métodos de investigação dos comitês (Tabela 10).

Nas investigações realizadas identificou-se que ainda faltaram medidas gerenciais no que se refere à captação precoce das gestantes ao pré-natal, como a busca das gestantes faltosas e a identificação de gestantes de risco, uma vez que apenas 35,3% das gestantes que morreram realizaram mais de 6 consultas de pré-natal no período estudado. Embora se observe um relativo aumento deste percentual no último quinquênio (41,5%).

Tabela 11 – Distribuição dos óbitos maternos segundo número de consultas no pré-natal. Paraná 1989-2008

NÚMERO DE CONSULTAS	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
+ 6 CONSULTAS	247	29,7	292	36,9	202	36,0	198	41,5	939	35,3
- 6 CONSULTAS	115	13,8	216	27,3	207	36,8	214	44,8	752	28,3
IGNORADO	469	56,4	282	35,6	152	27,0	73	13,6	976	36,4
TOTAL	831	100	790	100	561	100	485	100	2667	100

Fonte: SESA/COMITES/PR

Dentre as competências da atenção básica de saúde, a captação e apoio à adesão precoce das gestantes ao pré-natal bem como a busca ativa da gestante de risco e às faltosas ao programa de pré-natal, devem ser criteriosamente gerenciadas, para que compareçam as consultas médicas e de enfermagem, e que estas sejam resolutivas. Destaque-se a importância e o envolvimento dos agentes comunitários de saúde, na busca ativa e o encaminhamento pelos profissionais e gestores das gestantes de risco para os serviços de referência à gestação de alto risco.

A tabela 12 mostra que 49,2% da assistência pré-natal ocorreu na Rede Pública Municipal, seguida, da Rede de Conveniados/SUS (16%), portanto, 65,2% da assistência pré-natal foi realizada no sistema público de saúde. Portanto, urge a efetivação de medidas que qualifique o pré-natal nesta rede de saúde. Evidencia-se por outro lado, a ocorrência de elevação do percentual de óbitos na rede privada.



Tabela 12 – Distribuição dos óbitos maternos segundo local do pré-natal. Paraná 1989-2008

LOCAL	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSULTÓRIO PARTICULAR	35	4,2	37	4,6	39	6,9	42	8,7	153	5,8
CONVENIADO/CREDENCIADO SUS	142	17,2	138	17,4	58	10,3	96	19,8	434	16,3
REDE PÚBLICA ESTADUAL	15	1,8	19	2,4	11	1,9	2	0,4	47	1,7
REDE PÚBLICA MUNICIPAL	362	43,5	335	42,4	329	58,6	281	57,9	1307	49,0
IGNORADO	277	33,3	261	33,0	124	22,1	64	13,2	726	27,2
TOTAL	831	100	790	100	561	100	485	100	2667	100

Fonte: SESA/CEPMM/PR

É importante salientar que muitas iniciativas realizadas no sentido de valorizar a atenção pré-natal foram implementadas nacionalmente dentre elas: as *recomendações da OMS, desde 1969 para a identificação das situações do Risco, os incentivos do Ministério da Saúde para a mudança do modelo da atenção obstétrica, a publicação de manual técnico Assistência Pré-natal (MS.2000.66p.), a vinculação precoce ao pré-natal, programa de humanização da assistência pré-natal e nascimento (PHPN MS.2000), a humanização da assistência ao pré-natal e nascimento; prêmios institucionais, Hospital Amigo da Criança, Galba Araújo (MS.1999), a estratégia Saúde da Família (MS.1999), e nos dias atuais, os Objetivos 4 e 5 do Milênio (MS.2008)*, além dos compromissos e as assinaturas internacionais que foram firmados, buscando a melhoria de indicadores de saúde sexual e reprodutiva e da saúde infantil.

Estas estratégias foram implantadas, trazendo em sua essência medidas e recomendações para qualificação da saúde materna e infantil, porém com impacto muito aquém do esperado.

MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO AS CONDIÇÕES DO PARTO

Cerca de 95% das mulheres que morreram tiveram acesso à assistência hospitalar, mas esta não evitou o óbito, e 4,5% (86 mulheres) tiveram parto domiciliar ou em via pública, denotando dificuldade de acesso ao hospital (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos óbitos maternos segundo local do parto. Paraná 1989-2008

LOCAL DO PARTO	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DOMICILIAR	21	3,76	23	4,04	22	5,47	11	2,76	77	4,00
HOSPITALAR	535	95,88	546	95,96	373	92,79	387	97,24	1841	95,54
OUTRO	2	0,36	0	0,00	7	1,74	0	0,00	9	0,47
TOTAL	558	100	569	100	402	100	398	100	1927	100

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

O tipo de parto mais freqüente entre os óbitos maternos foi a cesariana (62,79%), seguido pelo parto normal (35,06%) e instrumental (2,14%) (Tabela 14).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2007) registra as taxas de cesarianas no Brasil 36,4%, Guatemala e Peru 10,8% e 8,7%.

A taxa de cesarianas identificada extrapola os parâmetros de 15% instituídos pela OMS e Ministério da Saúde. Uma análise mais criteriosa, embasada nos fatos constantes dos prontuários médicos mostra que algumas cesarianas foram realizadas sem indicação: cesarianas para laqueadura tubária, cesarianas eletivas que complicaram no transcurso do per-operatório, cesarianas à pedido, etc., levando ao óbito gestantes que não deveriam morrer.



Tabela 14 – Distribuição dos óbitos maternos segundo tipo de parto. Paraná 1989-2008

TIPO DE PARTO	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	204	38,13	185	32,51	155	38,85	111	30,41	655	35,06
CESÁREA	326	60,93	369	64,85	234	58,65	244	66,85	1173	62,79
INSTRUMENTAL	5	0,93	15	2,64	10	2,51	10	2,74	40	2,14
TOTAL	535	100	569	100	399	100	365	100	1868	100

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

O cálculo do risco relativo de morte materna em relação ao tipo de parto é estabelecido considerando-se o número total de óbitos de mulheres que realizaram partos cesarianos ou partos normais, em relação ao número total de nascidos vivos correspondentes, no mesmo período. Ocorreram 1173 óbitos entre as mulheres que realizaram cesariana entre 1989/2008 e no mesmo período houve 1.673.273 nascidos vivos de mulheres submetidas à cesariana. Portanto o risco de óbito em função da cesariana foi 70,1 por 100000 nv.

O número de mulheres em que ocorreu o óbito quando o parto foi vaginal foi de 695 e o número de nascidos vivos por parto normal neste mesmo período foi de 1.907.971, determinando um risco de óbito para parto normal de 36,4 por 100.000 nv. Assim sendo, o risco relativo de morte por cesariana em relação ao parto normal foi 1,9 vez maior, independente da causa do óbito (tabela 15).

Tabela 15 Razão de Mortalidade Materna específica por tipo de parto e risco relativo. Paraná 1989-2008

TIPO DE PARTO	NUMERO DE ÓBITOS	NASCIDOS VIVOS	RMM	RR
NORMAL	695	1.907.971	36,4	1
CESÁREA	1173	1.673.273	70,1	1,9

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR



A literatura mundial aponta risco relativo de óbito no parto por cesariana 2 a 5 vezes maior do que o parto normal e até 12 vezes para morbidade materna e perinatal. O cálculo do risco relativo é um recurso estatístico que demonstra o risco das cesarianas e que as mesmas não são tão inócuas.

A análise mais detalhada das indicações das cesarianas (se adequadas ou desnecessárias), que é realizada pelos Comitês, será apresentada em publicação posterior.

DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS SEGUNDO A ATENÇÃO HOSPITALAR

No Paraná, é grande o número de gestantes atendidas por médicos generalistas, mas nos grandes centros, a maioria dos atendimentos ocorre nas maternidades, com profissionais especialistas.

A partir de 1993, o CEPMM-PR passou a levantar o profissional que prestava a assistência ao parto. Observando que a maioria dos partos foi assistida por obstetra, verificando ainda uma elevação da proporção de partos realizados por obstetra nos últimos dez anos, por outro lado 17,3% foram realizados por clínicos gerais, cuja formação não é específica e muitas vezes insuficientes para atender as complicações da gravidez e do parto. Pequeno número de partos foi realizado por parteiras, mas demonstra que existe dificuldade de acesso ao parto hospitalar. Estes resultados permitem questionar por que mesmo com a assistência majoritária por especialista ocorrem tantos óbitos evitáveis por melhor assistência médica e hospitalar (tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição dos óbitos maternos segundo profissional que atendeu ao parto. Paraná 1989-2008

ATENÇÃO AO PARTO	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CLÍNICO GERAL	168	20,2	157	19,8	82	14,6	54	11,13	461	17,3
OBSTETRA	397*	47,8	387	48,9	302	53,8	323	66,6	1409	52,8
PARTEIRA	5	0,6	10	1,2	11	1,3	6	1,2	32	1,2
ENFERMEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IGNORADO	261*	31,4	236	29,8	166	21,0	102	21,03	765	28,7
TOTAL	831	100	790	100	561	100	485	100	2667	100

Fonte: SESA/SVS/CEPMM/PR

DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS SEGUNDO O TIPO DE ANESTESIA

No período 1989-2008, dentre as mulheres que evoluíram para óbito, 1.260 (48,1%) receberam algum tipo de anestesia. A raquianestesia foi indicada para 781 mulheres (62%); a anestesia geral para 296 (23,5%); a peridural em 105 (8,3%) e a loco - regional em 78 (6,2%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição dos óbitos maternos segundo tipo de anestesia. Paraná 1989-2008

ANESTESIA	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GERAL	94	25,1	76	21,9	78	27,3	48	19,0	296	23,5
PERIDURAL	18	4,8	44	12,7	29	10,1	14	5,5	105	8,3
RAQUIDIANA	247	66,0	222	64,0	147	51,4	165	65,2	781	62,0
LOCAL/SEDAÇÃO	15	4,0	5	1,4	32	11,2	26	10,3	78	6,2
TOTAL DAS ANESTESIAS	374	100	347	100	286	100	253	100	1260	100
REALIZADA	374	45,0	347	43,9	286	51,0	253	58,0	1260	48,1
NÃO REALIZADA	457	55,0	443	56,1	275	49,0	183	42,0	1358	51,9
TOTAL	831	100	790	100	561	100	436	100	2618	100

Fonte: SESA/SVSCEPMM/PR

Percebe-se na tabela 17, aumento progressivo do número de procedimentos anestésicos, 45% no período de 1989-1993 atingindo 58,0% no período de 2004-2008, acompanhando o crescimento das taxas de cesarianas nestes mesmos períodos, de 39,2% para 51,6%, respectivamente. Saliente-se que a indicação indiscriminada de cesárea conduz ao maior número de anestésias e, conseqüentemente, às suas complicações.

Ressalte-se que a anestesia geral foi utilizada para interrupção da gravidez, de mulheres que apresentavam convulsões devido à eclampsia, e também naquelas que apresentavam mal estado geral.

Face à dificuldade para a permanência de um anesthesiologista em pequenas cidades e mesmo pequenos hospitais, o ato anestésico, muitas vezes, é realizado por clínicos gerais, médicos não especialistas ou mesmo pelo obstetra, e em algumas ocasiões, o profissional que faz a anestesia, realiza o ato cirúrgico. Portanto existe prejuízo para acompanhamento do ato anestésico durante a cirurgia, fato este que tem provocado acidentes anestésicos, 120 óbitos ocorreram devido a esta causa nos vinte anos (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição dos óbitos maternos segundo o responsável pela anestesia. Paraná 1989-2008

REPOSABILIDADE PELA ANESTESIA A	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANESTESISTA	168	44,9	188	54,2	154	53,8	178	72,6	688	54,9
CLINICO GERAL	58	15,5	47	13,5	51	17,8	24	9,8	180	14,4
OBSTETRA	27	7,2	26	7,5	22	7,7	11	4,5	86	6,9
MEDICO NÃO ESPECIALISTA	1	0,3	1	0,3	3	1,0	2	0,8	7	0,6
NÃO INFORMADO	120	32,1	85	24,5	56	19,6	30	12,2	291	23,2
	374	100	347	100	286	100	245	100	1252	100

Fonte: SESA/SVS/CEPMM/PR

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS E AS CONDIÇÕES DA TRANSFUSÃO SANGUINEA

34

As patologias hemorrágicas constituem a segunda causa de morte materna no Paraná, estando parte delas relacionadas com a dificuldade na obtenção de hemoderivados, seja por inexistência de banco de sangue na maioria das localidades ou mesmo falta de agências transfusionais.

A ocorrência de hemorragias no puerpério é freqüente, principalmente por falta de cuidados com a gestante no período pós-parto quando ocorrem as atonias uterinas.

Tabela 19 – Distribuição dos óbitos maternos segundo transfusão sanguínea. Paraná 1994-2008

TRANSFUSÃO	1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
SIM	228	34,13	180	41,96	137	32,78	545	35,97
NÃO	440	65,87	249	58,04	281	67,22	970	64,03
TOTAL	668	100	429	100	418	100	1515	100

Fonte: SESA/CEPMM/PR



No período compreendido entre 1993/2008, em 2569 óbitos, 545 mulheres necessitaram de transfusão (21,2%), no quinquênio 1989/1993 este parâmetro ainda não era incluído nas investigações (Tabela 19).

A transfusão foi realizada em tempo oportuno para 386 (70,83%) das 545 pacientes que necessitaram transfusão, cerca de 10% foram prejudicadas pela falta do sangue, quer falta de uma agência transfusional, quer pela distância de uma agência mais próxima, quer pela demora do profissional na solicitação de sangue, em 96 casos não foi informado se ocorreu demora na obtenção da transfusão (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição dos óbitos maternos segundo transfusão sanguínea oportuna. Paraná 1993-2008

TRANSFUSÃO OPORTUNA	1993-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
SIM	165	84,62	110	64,71	111	61,67	386	70,83
NÃO	30	15,38	15	8,82	18	10,00	63	11,56
SEM INFORMAÇÃO	0	-	45	26,47	51	28,33	96	17,61
TOTAL	195	100	170	100	180	100	545	100

Fonte: SESA/CEPMM/PR

A cesariana é um procedimento cirúrgico relativamente seguro, na atualidade, no entanto na vigência de uma complicação per operatória, e a ausência de um profissional capacitado, pode significar a diferença entre a vida e a morte. A formação profissional é fundamental, mas muitos não tiveram os fundamentos de uma Residência Médica ou sequer foram capacitados para atender as emergências obstétricas.

Tabela 21 – Distribuição dos óbitos maternos segundo o acesso à transfusão sanguínea. Paraná 1993-2008

DIFICULDADE PARA OBTENÇÃO DO SANGUE	1993-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
SIM	36	19,05	13	7,26	22	12,43	71	13,03
NÃO	153	80,95	118	65,92	116	65,54	387	71,01
SEM INFORMAÇÃO	0	-	48	28,82	39	22,03	87	15,96
TOTAL	189	100	179	100	177	100	545	100

Fonte: SESA/CEPMM/PR

A dificuldade para a obtenção de sangue foi analisada em 71 (13,03%) dos 545 casos e as principais causas foram a falta de disponibilidade local do produto ou distância até o hemocentro mais próximo (Tabela 21).

MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ SEGUNDO O USO DE CONTRACEPTIVOS

Cerca de 35% (917) das gestantes que morreram não faziam uso de qualquer método anticoncepcional. Muitos serviços de planejamento familiar não são adequados, e não identificam as mulheres que apresentam risco reprodutivo. O método mais utilizado antes da gravidez atual era o anticoncepcional hormonal, utilizada por 774 (29,0%) gestantes (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição dos óbitos maternos segundo método contraceptivo. Paraná 1989-2008

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	1989-1993		1994-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO USAVA	305	36,7	268	33,9	199	35,4	145	29,9	917	34,4
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL	226	27,1	191	24,1	188	33,5	169	34,8	774	29,0
DIU	2	0,2	1	0,1	3	0,5	6	1,2	12	0,4
NATURAL(TABELA, BILLINGS...)	4	0,4	5	0,6	6	1	4	0,8	19	0,7
LAQUEADURA TUBÁRIA/VASECTOMIA	1	0,1	3	0,3	2	0,3	1	0,2	7	0,3
PRESERVATIVO	3	0,3	0	0	14	2,4	27	5,6	44	1,6
IGNORADO	290	34,8	322	40,7	149	26,5	133	27,4	894	33,5
TOTAL	831	100	790	100	561	100	485	100	2667	100

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

Às equipes do Programa de Saúde da Família, incluindo os agentes comunitários de saúde, cabe rastrear as mulheres com risco gestacional e encaminhá-las às Unidades Básicas de Saúde, para nos programas de saúde reprodutiva identificar as intenções reprodutivas, dúvidas e satisfação relacionados aos métodos contraceptivos escolhidos, evitando-se mortes desnecessárias.



NÚMERO DE ÓRFÃOS

A morte materna é responsável por uma grande catástrofe familiar e social: a orfandade. Fatos observados durante visitas domiciliares para investigação da morte materna é a desestruturação da família, com os filhos sendo distribuídos entre os parentes, vizinhos ou ainda permanecendo em casa, sem assistência da mãe, sendo cuidados pela irmã mais velha, que às vezes é uma criança. Na análise de 1993/1998, a média foi de 299 órfãos por ano, produzindo pelo menos 2.991 órfãos nos 10 anos de investigação do CEMM-PR.

Quando analisados os dados dos quinquênios 1999/2003 e 2004/2008 verificou-se que não houve alterações significativas. No quinquênio 1999/2003 foram 1171 órfãos e no quinquênio 2004/2008 foram 879 órfãos, totalizando no decênio, 2050 órfãos e nos 20 anos de vigilância dos Comitês totalizaram 5041 órfãos.

DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS SEGUNDO TRANSFERÊNCIA

Em várias oportunidades, as pacientes têm que ser transferidas de sistemas de atendimento primário para sistemas mais complexos, por motivo materno ou neonatal. Em muitos casos, existe dificuldade de transferência em decorrência da falta de leitos de UTI; e, outras vezes, pela distância que separa os sistemas. Seria importante que as Centrais de Leitos e de Regulação realizassem uma distribuição adequada de sistemas terciários de saúde e que os mesmos servissem de referência para gestações de alto risco, porém novamente esbarra-se na dificuldade da falta de leitos para pacientes graves.

Atualmente, os sistemas estão concentrados em locais de grande densidade populacional, havendo dificuldade de permanência das gestantes da zona rural, porém este problema poderá ser resolvido com a criação de "casas de apoio" à grávida de risco.

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO AS CONDIÇÕES DO CONCEITO

No decênio de 1989/1998 foram registradas as condições de vida ao nascer, em 1.108 nascimentos, 822 (74,2%) dos recém-natos nasceram vivos e 286 (25,8%) foram natimortos. Em relação ao peso ao nascer, foram pesquisados 765 recém-natos: 73 (9,55%) apresentaram peso abaixo de 1500 gramas; 180 (23,55%) tiveram peso entre 1500 a 2499 gramas e 512 (66,9%) tiveram peso acima de 2500 gramas.

O mesmo registro foi efetuado no decênio 1999/2008 quando se observou que a ocorrência de 1047 nascimentos, dos quais 647 (62,7%) dos recém natos nasceram vivos e 183 foram (7,9%) natimortos. Em 173 (16,5%) casos não ocorreu o nascimento.

ATRIBUIÇÕES DE CRITÉRIOS DE EVITABILIDADE, RESPONSABILIDADE E MEDIDAS DE PREVENÇÃO.

Para a análise de evitabilidade, foram considerados como óbitos evitáveis, aqueles nos quais se levando em consideração a ciência e tecnologias existentes atualmente, poderiam ser evitados ou não deveriam ter ocorrido. Este é um critério dinâmico e mutável no tempo. E, como óbitos inevitáveis, aqueles em que considerando o estado atual das ciências e da tecnologia disponíveis não poderiam ser evitados mesmo considerando-se todas as ciências (sociais, biológicas, etc.) e todas as técnicas políticas, médicas, administrativas, etc.

A evolução científica e tecnológica nas últimas décadas do século XX resultou em benefícios na área de saúde materna e fetal. Esses avanços e tecnologias permitem evitar quase que a totalidade das mortes maternas e diminuir consideravelmente as patologias relacionadas com a reprodução. Apesar disso as estatísticas oficiais nos revelam que o óbito materno configura-se como um evento marcante e que merece destaque nas políticas públicas.

Na análise de 2667 óbitos maternos ocorridos entre 1989 a 2008, demonstrou-se que para 2195 (82,3%) mulheres, o óbito era evitável. Para 223 (8,36%) a morte foi considerada inevitável e em 249 (9,34%) considerada inconclusiva por falta de dados, falha na investigação, prontuários mal preenchidos ou dificuldade de obtenção de cópia dos prontuários tanto hospitalares como ambulatoriais, entre outros fatores.

Verifica-se também que os óbitos de causa inconclusiva têm diminuído nestes 20 anos (11,6% no 1º decênio e 5,83% no último decênio), demonstrando aperfeiçoamento do trabalho do Comitê. Percebe-se também um aumento no percentual dos casos de mortes maternas inevitáveis (6,3% no primeiro decênio para 11,4% no último decênio), estando provavelmente relacionadas às causas obstétricas indiretas que aumentaram proporcionalmente, e sugerindo a necessidade de melhorar a assistência à saúde nos casos mais complexos ou mesmo alertando para a necessidade para adotar medidas eficazes de anticoncepção às mulheres com fatores de risco que podem complicar com a gestação (Tabela 24).



**Tabela 24 – Distribuição dos óbitos maternos segundo evitabilidade do óbito
Paraná 1989-2008**

EVITABILIDADE	1989-1998		1999-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Evitável	1330	82,05	865	82,70	2195	82,30
Inevitável	103	6,35	120	11,47	223	8,36
Inconclusivo	188	11,60	61	5,83	249	9,34
TOTAL	1621	100,00	1046	100,00	2667	100,00

Fonte: SESA/SVS/DEVE/CEPMM/PR

De acordo com os diferentes estudos latino-americanos, em relação a evitabilidade da morte materna, constata-se que ocorre uma oscilação dos dados. Entre eles, se estima uma ocorrência de 49,6% no Chile, 52 % no México, 92% na Colômbia. A OPAS estima que entre 90 e 95% das mortes maternas são evitáveis com o uso correto e atualizado da ciência e tecnologia disponíveis. Alguns autores consideram ainda que entre 30 a 50% das intervenções para reduzir as mortes maternas deveriam ser executadas durante a gravidez, outras 3 a 29% delas corresponderiam ao momento do parto, e o restante ao puerpério. Entre as intervenções, caberiam as ações de melhoria da assistência, promoção da acessibilidade geográfica e econômica das gestantes aos serviços de saúde, a disponibilidade de transporte adequado e oportuno, bem como outras atividades que permitam minimizar os efeitos de um grande número de variáveis econômicas e culturais adversas (MS/Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 1994).

Para analisar e classificar a responsabilidade pelos óbitos maternos, o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna utiliza a Classificação de Responsabilidade da Associação Médica Americana, definidas como: médica, pessoal, social e hospitalar.

RESPONSABILIDADE MÉDICA: Quando ocorre erro por não obediência às normas assistenciais, falta de conhecimento científico do médico que presta assistência (incompetência do clínico geral ou obstetra, pediatra), desleixo do profissional de qualquer natureza, aplicação incorreta de medicamentos por pessoas não qualificadas. Estes são os chamados erros grosseiros.

RESPONSABILIDADE HOSPITALAR: São os também chamados erros administrativos, quando as condições hospitalares são insuficientes ou inadequadas.

RESPONSABILIDADE DA PACIENTE: Quando ocorrer da mesma sendo informada não comparecer à Unidade de Saúde, estando acessível, ou quando não se sujeita aos exames solicitados, ou ainda, não cumpre a terapêutica prescrita.

RESPONSABILIDADE SOCIAL: É a responsabilidade coletiva de toda uma comunidade ou nação, envolvendo as condições sociais, econômicas, políticas. Incluem-se os casos decorrentes da miséria, do analfabetismo, da falta de informação, desnutrição, endemias, etc.

Segundo esta Classificação, no Paraná as falhas na assistência médica foram responsáveis em 41% dos óbitos, na assistência hospitalar em 20%, seguida da responsabilidade da paciente e social (13%). Analisando por decênios observamos um aumento no percentual de responsabilidade hospitalar e social, diminuição no percentual da responsabilidade da paciente e praticamente inalterado o percentual relacionado à assistência médica. Devemos considerar que no último decênio houve uma melhora nas investigações das mortes maternas, possibilitando uma melhor análise desses critérios (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos óbitos maternos segundo responsabilidade pelos óbitos maternos. Paraná 1989-2008.

RESPONSABILIDADE	1989-1998		1999-2003		2004-2008		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	298	18,1	181	15,0	308	28,0	787	19,7
ASSISTÊNCIA MÉDICA	675	41,0	570	47,1	342	31,1	1587	39,7
PACIENTE	252	15,3	157	13,0	122	11,1	531	13,3
SOCIAL	201	12,2	165	13,6	160	14,5	526	13,2
INEVITÁVEL	103	6,3	52	4,3	68	6,2	265	6,6
ASSISTÊNCIA PRÉ -NAT AL	NP	0,0	NP	0,0	42	3,8	42	1,1
INCONCLUSIVO	119	7,2	84	6,9	59	5,4	262	6,6
TOTAL	1648	100,0	1209	100	1101	100	4000	100

Fonte: SESA/SVS/CEPMM/PR



Ao término da análise dos óbitos maternos é preenchida uma ficha com o detalhamento das medidas de prevenção. A tabela 26 nos mostra o condensado destas análises.

Assim, na avaliação dos Comitês no período de 1998/2008, os óbitos maternos teriam sido evitados por:

- Medidas de pré-natal (32% dos casos) com prioridade na qualidade das consultas, incluindo melhor diagnóstico das complicações.
- Medidas de atenção hospitalar (30% dos casos) especialmente melhor diagnóstico e tratamento das emergências obstétricas.
- Medidas sociais (14%)
- Medidas de educação em saúde (9%)
- Medidas de planejamento familiar (9%)
- Medidas de puerpério (6%)

Os estudos de casos começaram a ser devolvidos pelo Comitê Estadual aos Comitês Regionais a partir de 1998 junto com a tabela de medidas de prevenção, para que estes:

1. Definam as estratégias de intervenção para a região.
2. Definam as metas para redução dos óbitos na região.
3. Providenciem a devolução dos casos aos municípios e às maternidades.

As medidas de prevenção correspondente ao total do Estado junto com os estudos de caso e as estratégias estaduais são entregues ao Secretário Estadual de Saúde. Esta é mais uma estratégia adotada pelo Comitê Estadual na evolução de sua atuação, que já está tendo repercussão, com várias estratégias sendo aceitas e adotadas.

Tabela 27 – Detalhamento das medidas de prevenção da mortalidade materna. Paraná – 1998-2008

TIPO	Nº	%Subtotal	% Total
Medidas para o pré-natal			
Garantir acesso	45	24,6	2,4
Qualidade no pré-natal	146	20,6	7,9
Melhor diagnóstico no pré-natal	122	20,2	6,6
Acesso a tratamento em serviços especializados em gestação de alto risco	104	17,6	5,6
Ampliar o número de consultas-gestante no pré-natal	51	8,6	2,8
Realizar vigilância do risco gestacional	120	7,6	6,5
Outras	4	6,7	0,2
SUBTOTAL	592	100,0	32,0
Medidas para atenção hospitalar			
Garantir acesso a internamento hospitalar	28	25,4	1,5
Melhor diagnóstico em nível hospitalar	142	25,3	7,7
Acesso a tratamento adequado (emergências obstétricas)	141	12,4	7,6
Indicação adequada do tipo de parto	50	9,0	2,7
Assistência adequada ao parto	69	8,2	3,7
Acesso aos hemoderivados	31	6,0	1,7
Melhor indicação anestésica	46	5,6	2,5
Acesso a medicação	37	5,0	2,0
Outras	14	2,0	0,8
SUBTOTAL	558	100,0	30,2
Medidas para Puerpério			
Busca ativa da puérpera de risco (vigilância e visita domiciliar)	31	27,7	1,7
Acesso ao tratamento adequado das complicações em nível ambulatorial	21	18,7	1,1
Acesso ao tratamento adequado das complicações em nível hospitalar	58	51,8	3,1
Outras	2	1,8	0,1
SUBTOTAL	112	100,0	6,0
Medidas de Planejamento Familiar			
Acesso a métodos contraceptivos adequados	114	69,5	6,1
Indicação de contraceptivo no período pré-natal	36	22,0	2,0
Indicação do contraceptivo no período pós- concepcional	14	8,5	0,8
SUBTOTAL	164	100,0	8,9
Medidas de Educação em Saúde			
No pré-natal	124	72,1	6,7
No parto	20	11,6	1,0
No puerpério	28	16,3	1,6
SUBTOTAL	172	100,0	9,3
Medidas Sociais			
Melhores condições de renda familiar	130	48,4	6,6
Melhores condições de escolaridade	122	51,6	7,0
SUBTOTAL	252	100,0	13,6
TOTAL	1.850	-	100,0



MORTALIDADE MATERNA POR REGIONAL DE SAÚDE

Analisou-se os óbitos maternos, por quinquênios, para cada Regional de Saúde. Algumas apresentam redução quando comparadas com a média estadual, e outras apresentam elevação. (Tabela 27)

As Regionais de Saúde que apresentaram nos 20 anos, RMM menor que a do Estado foram: 2ª R.S. (Curitiba), 4ª R.S. (Irati), 6ª R.S. (União da Vitória), 8ª R.S. (Francisco Beltrão), 9ª R.S. (Foz do Iguaçu), 15ª R.S. (Maringá), 16ª R.S. (Apucarana) e 17ª R.S. (Londrina).

As Regionais de Saúde que apresentaram taxas maiores que a estadual, foram: 1ª R.S. (Paranaguá), 3ª R.S. (Ponta Grossa), 5ª R.S. (Guarapuava), 7ª R.S., (Pato Branco), 10ª R.S. (Cascavel), 11ª R.S. (Campo Mourão), 12ª R.S. (Umuarama), 13ª R.S. (Cianorte), 14ª R.S. (Paranavai), 18ª R.S. (Cornélio Procópio), 19ª R.S. (Jacarezinho), 20ª (Toledo), 21ª R.S. (Telêmaco Borba) e 22ª R.S. (Ivaiporã).

As taxas mais elevadas foram em ordem decrescente: 18ª RS Cornélio Procópio (131,0 por 100000nv), 7ª RS Pato Branco (116,4 por 100000nv), 1ª RS Paranaguá (111,0 por 100000nv), 11ª RS Campo Mourão (105,6 por 100000nv), 5ª RS Guarapuava (103,4 por 100000nv), 19ª RS Jacarezinho (102,6 por 100000nv).

Tabela 27 – Razão de Mortalidade Materna por Regional de Saúde. Paraná 1989-2008. (por 100.00 N.V.)

REGIONAL DE SAÚDE	N.ÓBITOS RMM									
	MATERNOS	1989/1993	MATERNOS	1994/1998	MATERNOS	1999/2003	MATERNOS	2004/2008	MATERNOS	TOTAL - 20 anos
01ª Paranaguá	25	131,0	28	133,1	22	91,7	21	93,7	96	111,0
02ª Metropolitana	158	69,4	184	81,9	154	58,6	153	63,2	649	67,8
03ª Ponta Grossa	55	112,8	55	118,8	40	75,3	35	70,4	185	93,5
04ª Irati	18	128,8	17	131,4	7	48,9	4	31,3	46	85,2
05ª Guarapuava	55	130,8	48	108,7	45	95,4	31	78,2	179	103,4
06ª União da Vitória	6	37,4	13	96,7	14	86,1	10	72,6	43	72,3
07ª Pato Branco	30	126,7	35	163,2	23	100,2	15	73,5	103	116,4
08ª Francisco Beltrão	31	90,8	15	55,1	19	71,9	15	66,9	80	70,5
09ª Foz do Iguaçu	30	86,9	31	79,1	15	37,7	16	47,1	92	62,4
10ª Cascavel	60	140,0	31	81,0	26	63,6	20	54,0	137	86,1
11ª Campo Mourão	54	143,0	34	117,7	25	90,4	11	47,5	124	105,6
12ª Umuarama	32	122,5	17	86,6	14	72,5	12	69,9	75	91,2
13ª Cianorte	13	117,0	10	105,2	9	93,5	5	67,8	37	98,4
14ª Paranavai	22	93,9	16	83,3	11	57,4	14	78,8	63	79,2
15ª Maringá	33	66,4	48	109,2	30	63,5	18	39,9	129	69,3
16ª Apucarana	15	65,5	26	122,2	7	28,1	16	67,8	64	69,0
17ª Londrina	56	87,7	46	81,4	30	47,9	25	43,9	157	65,5
18ª Cornélio Procópio	38	143,1	42	194,4	17	86,9	14	82,4	111	131,0
19ª Jacarezinho	26	93,1	31	145,3	15	67,2	21	107,1	93	102,0
20ª Toledo	33	101,8	26	104,6	18	70,9	12	51,7	89	84,1
21ª Telêmaco Borba	14	101,3	18	139,5	16	100,2	13	86,4	61	105,6
22ª Ivaiporã	27	111,3	19	107,7	4	32,5	4	29,1	53	82,2
TOTAL PARANÁ *	831	83,9	790	81,9	561	65,7	485	62,8	2667	74,5

Fonte: SESA/DEVE/CEPMM/IPR

* No total do Estado estão incluídos os nascidos vivos de local da residência da mãe ignorado

Excluídos óbitos obstétricos tardios

Obs: Em vermelho REGIONAIS DE SAÚDE com RMM maior que a média do Estado

OPERFIL DA SRA. X

Este perfil resume as principais variáveis que podem estar definindo os fatores de risco das mulheres que vão a óbito por complicações da gravidez, parto e puerpério no Paraná.

SRA. X

	1989-1998	2004-2008 (últimos cinco anos)
Idade	25 a 34 anos (35,3%) 35+anos RMM 261,9/100.000 nv	25 a 34 anos (42%) 35+anos RMM 151,4/100.000 nv
Escolaridade	< 8 anos (91%)	< 8 anos (70%)
Renda familiar	Até 3 SM (84%)	Até 3 SM (86%)
Ocupação	Do lar (70%)	Do lar (52,9%)
Ocupação do cônjuge	Lavrador (45%)	Lavrador (17%)
Estado civil	Casada (66%)	Casada/união estável (78%)
Raça	Branca (74%)	Branca (75,7%)
Nº de Gestações	Até 3 (66%)	Até 3 (67,9%)
Não usava método contraceptivo	35,3%	30%
Filhos órfãos	2991	879
Pré-natal	Realizado (83%)	Realizado (86,8%)
Nº de consultas de pré-natal	< 6 consultas (59%)	< 6 consultas (44,8%)
Local de realização do pré-natal	Rede pública municipal (61%)	Rede pública municipal (66,7%)
Local de realização do parto	Hospital (93%)	Hospital (97%)
Profissional que realizou o parto	Obstetra (65%)	Obstetra (66,6%)
Tipo de parto	Cesárea (63%)	Cesárea (67%)
Recebeu anestesia	Sim (44,5%)	Sim (58%)
Tipo de anestesia	Raquidiana (65%)	Raquidiana (65,2%)
Necessidade de transfusão sanguínea	Sim (34%)	Sim (32,8%)
Dificuldade de obtenção de sangue	Sim (17%)	Sim (12,4%)
Condições do Recém-nascido	Vivo (74%)	Vivo (64%)



ESTRATÉGIAS DEFINIDAS COMO ESSENCIAIS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO PARANÁ, ANÁLISE DE 20 ANOS DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA

- 1.** Desenvolver no âmbito estadual as ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, tendo em vista a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, em particular, universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde.
- 2.** Implementar política estadual de saúde sexual e reprodutiva para homens, mulheres, adultos e adolescentes, conforme Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, principalmente com informação e acesso aos métodos contraceptivos e a distribuição gratuita da contracepção de emergência em toda a rede pública de saúde;
- 3.** Garantir serviços de atenção para o aborto legal e seguro como um direito reprodutivo constitutivo dos direitos humanos que se exerce no contexto de laicidade do Estado, justiça social e igualdade de gênero;
- 4.** Cumprir as metas previstas no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com assistência obstétrica qualificada e humanizada ao abortamento, parto, nascimento e as urgências e emergências de forma a reduzir o risco de morte;
- 5.** Participar do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, organizando serviços, humanizando atendimento e capacitando profissionais de saúde. Desenvolver Política Estadual de Saúde da População Negra;
- 6.** Promover e implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, combatendo o racismo, a lesbofobia e as discriminações;
- 7.** Capacitar os gestores e agentes públicos para atenção à saúde ancorada no respeito aos direitos humanos das mulheres;
- 8.** Criar e manter espaço permanente de diálogo entre o Gestor Estadual e as entidades do movimento feminista e de mulheres para a avaliação e monitoramento das políticas estaduais de atenção à saúde das mulheres;
- 9.** Elaborar o plano para redução da mortalidade materna e perinatal, pelo Estado, regionais e municípios, com definição de estratégias e metas, definição de indicadores de qualidade da assistência à saúde materna no Estado;
- 10.** Implantar o protocolo de pré-natal padrão, em todos os municípios, após aprovação do Conselho Estadual de Saúde;.

- 11.** Implantar o protocolo para tratamento das emergências obstétricas e gestação de risco em ambulatórios e hospitais de referência.
- 12.** Definir oficialmente as referências à gestação, ao parto e ao recém nascido de risco (revisão dos critérios junto ao Ministério da Saúde);
- 13.** Criar casas de gestantes de risco (próximo aos serviços de referência);
- 14.** Realizar a vigilância domiciliar às gestantes e puérperas de risco;
- 15.** Introduzir a avaliação do risco reprodutivo no pré-natal e puerpério para implementação de medidas eficazes de planejamento familiar nos municípios e encaminhamento aos serviços de referência;
- 16.** Formular medidas eficazes para redução das taxas de cesáreas pelos municípios e hospitais;
- 17.** Divulgar e apoiar a proposta de parto humanizado de acordo com as normas de tecnologia apropriadas ao parto, preconizadas pela OMS;
- 18.** Estimular a criação de núcleos de humanização ao parto e nascimento nas Maternidades, garantindo a presença do acompanhante;
- 19.** Implantar a RDC 36 em todo o Estado;
- 20.** Realizar campanha na mídia televisiva para incentivo ao parto normal;
- 21.** Realizar treinamento, reciclagem contínua de profissionais médicos e de enfermagem para assistência ao pré natal, ao parto normal humanizado, e aos obstetras e enfermeiros, para o tratamento das emergências obstétricas.
- 22.** Implantar Casas de Parto;
- 23.** Promover medidas que visem a melhoria das condições de vida das mulheres, como educação, renda e escolaridade para que estas possam exigir seus “direitos reprodutivos básicos”;
- 24.** Revisar o “modelo assistencial ao parto” com definição dos profissionais habilitados à sua realização com qualidade;
- 25.** Gerenciar os indicadores de mortalidade materna e promover ações que causem impacto de redução anual em torno de 6% para atingirmos os objetivos do Milênio.



REFERÊNCIAS

Alencar, C.A.J. Identificando mortes maternas por causas obstétricas diretas. Fortaleza. Ceara. Brasil Revista Brasileira de Gin. E Obst. Vol. 28. nº. 3. Rio de Janeiro. July 2006.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Rede inter-agencial de informações para a saúde (RIPSA) Brasília. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2008. IDB-2008. Indicadores de mortalidade. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/C03b.htm>. Acesso em 08/11/2009

Brasil. Ministério da Saúde(MS). Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Distrito Federal. 2009

Brasil. Ministério da saúde (MS) Saúde no Brasil 2007 – Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde(MS). Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Distrito Federal. 1994

Cecatti, J.G., Calderon, I.M.P.,Pereira, C.E.. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, Vol. 28, nº 5, Rio de Janeiro, May 2006.

Gadelha, S. Causas da mortalidade materna. Revista AMRIGS. Porto Alegre, 50 (2): 135-138, abr. –jun. 2006

Hanif, S. Why do mothers died. Department of Obstriches and Ginaecology. Fátima Memorial Colleg of Medicine. Lahore Anals, vol.13, nº. 3, Jul-Sept. 2007

Marcondes, G.S. Belon, A P. Mortalidade Materna: Um estudo comparativo dos casos de óbitos materno no México e no Brasil. 2000-2004. Núcleo de Estudos de População (NEPO), UNICEF, Setembro 2008.

Martins, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. Vol. 22. nº. 11. Rio de Janeiro. Nov 2006.

Oliveira, F. Saúde da População Negra: Brasil, 2001: Brasília: Organização Panamericana de saúde; 2003

OMS. Maternal Mortality in 2005. Estimates developed, by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Geneva, 2007. www.who.int/reproductive-health/global_monitoring Acesso em 8/11/09

ONU Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento: <http://planalto.gov.br> acesso em 05/11/2009.

Ramos, J.G.L., Costa, S.M. Morte materna em hospitais terciários do Rio Grande do Sul. Brasil: Um estudo de 20 anos. Revista Brasileira de Gin. E Obst. Vol. 25, nº. 6, Rio de Janeiro. July 2003.

Soares VMN & Martins AL Trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 453-460, out./dez., 2006

Soares VMN, Azevedo EMM, Watanabe TL. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2418-2426, out, 2008

Rezende, J. & Arruda. O.L. Obstetrícia. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 10ª ed. 2004

Revista Panamericana de Salud Pública /PAN AM/ Taxas de cesarianas Public Health. 21C6, 2007

Shah IH, Say L. Pesquisa em Saúde Reprodutiva. Organização Mundial de Saúde (OMS). Geneva. Suíça. 2008.

Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informação em saúde. Rev. Saúde Pública 2007;41(2):181-9.

Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil



RELATÓRIO
"10 ANOS DE INVESTIGAÇÃO"

Mortalidade Infantil no Paraná
1999- 2008

Relatório elaborado para o Seminário dos Dez Anos dos
Comitês de Mortalidade Infantil no Paraná

Curitiba 24, 25 e 26 de Novembro de 2009



MEMBROS DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL – 2009-2011.

Presidente: Evanguelia Athanasio Shwetz
Vice-Presidente: Sônia Maria Soares dos Santos

REPRESENTANTES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO PARANÁ – SESA
SVS/Departamento de Vigilância Epidemiológica
Titular: Sônia Maria Soares dos Santos
Suplente: Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

SPP/Departamento de Atenção Básica
Titular: Rossana C. X. F. Vianna
Suplente: Janine Trompczynski

SPP/Escola de Saúde Pública do Paraná
Titular: Arlene Bernini Fernandes Muzzolon
Suplente: Rachel Sovinski Picanço

REPRESENTANTES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEN/PR
Titular: Patrícia Julimeire Cunha
Suplente: Silvana R. R. Kissula Souza

REPRESENTANTES DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA – CRM/PR
Titular: Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Suplente: Maurício Marcondes Ribas

REPRESENTANTES DA FACULDADE ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E LETRAS DE PARANAÍ – FAFIPA / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Titular: Tereza Maria Mageroska Vieira
Suplente: Silvania Maria de Souza Dias

REPRESENTANTES DA FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ – FEPAR / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Titular: Wanderley Silvano Woss
Suplente: Karina Turra

REPRESENTANTES DA FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ – FEPAR /
DEPARTAMENTO DE MEDICINA / PEDIATRIA

Titular: Evangelia Athanasio Shwetz

Suplente: Maurício Marcondes Ribas

REPRESENTANTES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE / FUNASA

Titular: Maria das Graças Serafin

Suplente: Kamila Koslosk

REPRESENTANTE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS / DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM

Titular: Marli Godinho Suczech

REPRESENTANTES DO HOSPITAL MATERNIDADE ALTO MARACANÃ

Titular: Ruth de Oliveira Alves

Suplente: Eduardo Adratt

52

REPRESENTANTE DA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL CRIANÇA SEGURA

Titular: Ingrid Stammer

REPRESENTANTES DA PASTORAL DA CRIANÇA

Titular: Beatriz Fanucchi Gaia

Suplente: Vera Lúcia Ledur de Moura

REPRESENTANTES DA SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, EMPREGO E
PROMOÇÃO SOCIAL – SETP

Titular: Rosana Aparecida Dias de Macedo

Suplente: Sílvia Lourdes Lemos

REPRESENTANTES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA – SMSA
/ SETOR DE EPIDEMIOLOGIA

Titular: Sílvia Helena dos Santos Gajardoni Farges

Suplente: Carmem Adriana Vitaca Cordeiro

REPRESENTANTES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA –
SMS/SETOR DE EPIDEMIOLOGIA

Titular: Mônica Deorsola Xavier Negri

Suplente: Célia Regina P. Battaglin



REPRESENTANTES DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Titular: Chang Yen-Li Chain

Suplente: Daniela Mori Branco

REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE –
UNICENTRO / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Alexandra Bittencourt Madureira

Suplente: Helena Ângela de Camargo Ramos

REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL /
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Suplente: Edilaine Giovanini Rossetto

REPRESENTANTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM /
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Thaís Aidar de Freitas Mathias

REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ –
UNIOESTE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Alcy Aparecida Leite Souza

Suplente: Claudia Silveira Viera

REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA UEPG /
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Lídia Dallgalo Zarpellon

Suplente: Erildo Vicente Muller

REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR /
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Titular: Verônica de Azevedo Mazza

Suplente: Rita de Cássia Melão de Morais

REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR / HOSPITAL
DE CLÍNICAS / DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Titular: Antonio Carlos Bagatin

Suplente: Ana Lúcia Figueiredo Sarquis

REPRESENTANTES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NAS REGIONAIS DE SAÚDE

1ª - Deisy Antonia Cabral Mendonça

2ª - Valéria Militão

3ª - Darlene Taques Blum

4ª - Alice Zwierzykoski

5ª - Noêmia Schwaezer Bona

6ª - Dione Schreiner Correa

7ª - Mauro Schiffli Mattia

8ª - Serli Aparecida Carneiro

9ª - Senaide Becker

10ª - Lucia Delésia Richeti

11ª - Cleonice Fátima de Souza

12ª - Sisleine Lara Jardim

13ª - Sílvia da Silveira Nabhan

14ª - Elzenir José da Silva Candiottto

15ª - Líria Fátima de Sá

16ª - Sueli Schimit Ferreira

17ª - Olga Leiko Tokunaga

18ª - Marlete Marcolino Brinholi

19ª - Rosa Lúcia Vittaa de Almeida

20ª - Vânia Riera Sarquis

21ª - Ester Miranda Nunes

22ª - Cláudio Aparecido Nunes

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO:

Alexandra Bittencourt Madureira

Chang Yen-Li Chain

Inês Vian

Mônica Deorsola Xavier Negri

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Rossana C. X. F. Vianna

Sônia Maria Soares dos Santos

Sílvia Helena dos Santos Gajardoni Farges

Thaís Aidar de Freitas Mathias

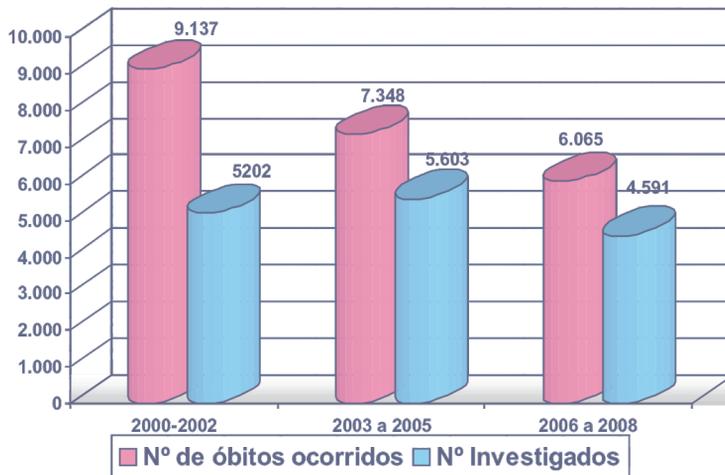


MORTALIDADE INFANTIL NO PARANÁ 1999 – 2008

A investigação dos óbitos no primeiro ano de vida no estado do Paraná, realizado pelos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil em nível municipal, regional e estadual, tem como objetivo obter melhor definição da causa básica do óbito, sua reutilizabilidade e os determinantes causais do óbito e estabelecer propostas de intervenção a serem traçadas a partir do óbito.

A investigação do óbito é o processo de busca dos fatores e/ou circunstâncias em que ocorreu o óbito. Este processo se dá pelo preenchimento de fichas específicas com dados extraídos dos prontuários ambulatoriais e hospitalares, carteirinha do acompanhamento do pré-natal da mãe, entrevista por meio de visitas domiciliares e dados do Instituto Médico Legal, quando for o caso, além da análise do conjunto de dados oriundos dessas fichas de investigação, pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil, municipal, regional ou estadual, de forma hierárquica.

Figura 1 – Histórico da Investigação da Mortalidade Infantil, por Triênio - Paraná - 2000 a 2008.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 2000 a 2008(*)

(*) Dados preliminares.

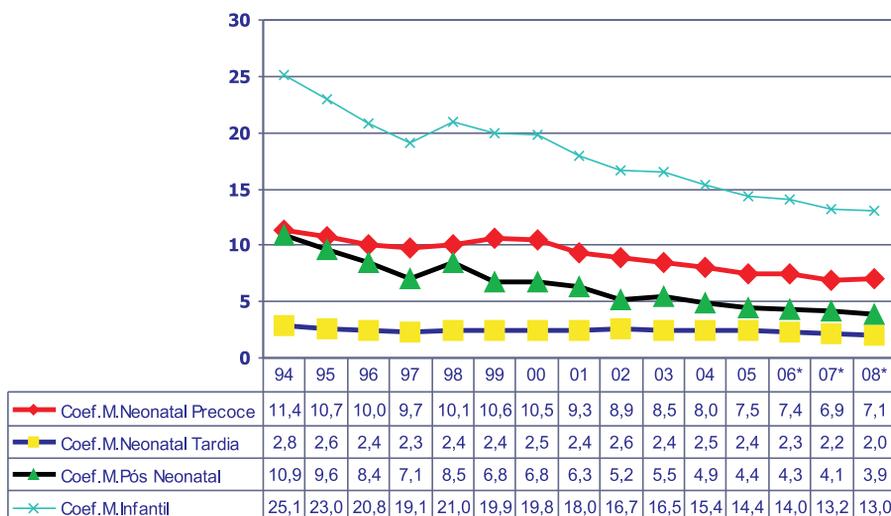
A investigação do óbito é de competência do serviço de vigilância em saúde dos municípios, cabendo aos mesmos a análise do óbito, quando tiverem seus Comitês de prevenção devidamente compostos por uma equipe multiprofissional. Quando os municípios não dispuserem de Comitês para a análise dos óbitos, a demanda será repassada aos Comitês Regionais que, uma vez não conseguindo fazer o fechamento do caso, remete ao Comitê Estadual.

Dos 22.544 óbitos infantis ocorridos no período de 2000 a 2008, foram analisados 15.396 (68,3%). A variação do percentual de análise por período trienal ficou entre 56,9 a 76,2% (Figura 1).

A análise do óbito é uma etapa que deve ser vista como um processo educativo tendo a participação de todos os atores envolvidos no evento. Para tanto, é necessário que cada município tenha seu Comitê constituído, possibilitando aos seus membros a discussão e análise dos casos. Os membros dos Comitês fazem recomendações que possam contribuir para o conhecimento da cadeia de eventos que culminaram no óbito e para o planejamento de medidas de intervenção que evitam que novos óbitos preveníveis ocorram.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é considerado um dos indicadores mais importantes na avaliação do risco do ser humano morrer antes de completar um ano de vida. Com sua análise consegue-se reconhecer o desempenho dos serviços de saúde prestados principalmente às mulheres e às crianças, sendo que esse coeficiente possibilita uma comparação mais fidedigna entre diferentes regiões.

Figura 2 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal, Paraná, 1994 a 2008



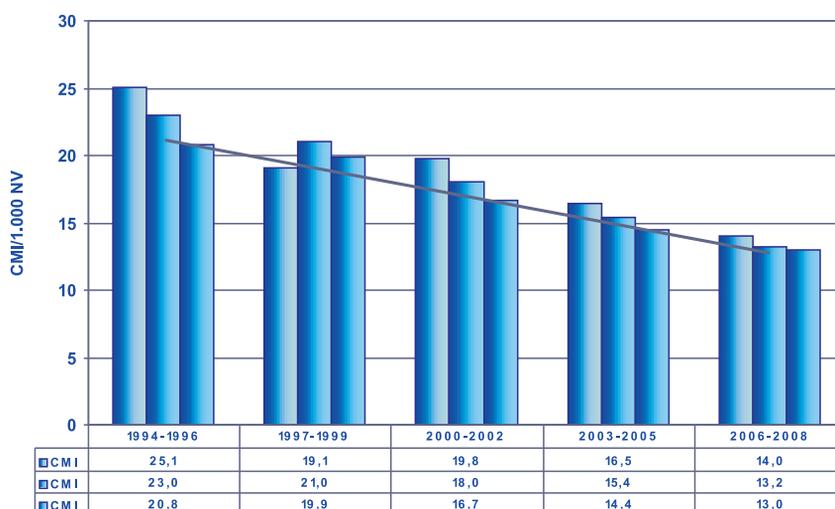
Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 1994 a 2008(*)
 (*) Dados preliminares.

Desde a implantação dos Comitês Prevenção da Mortalidade Infantil Estadual, Regionais e Municipais, a mortalidade infantil reduziu de 19,9/1000 NV no ano de 1999 para 13,0/1000 NV no ano de 2008 (dado preliminar), sendo que neste período a redução da mortalidade infantil foi de 34,7%.



Analisando a série histórica, observamos linha de tendência decrescente dos indicadores de mortalidade infantil, com queda significativa. Os coeficientes de mortalidade infantil passaram de 25,1/1000 nascidos vivos em 1994 para 13,0/1000 nascidos vivos em 2008 (dados preliminares). O mesmo ocorreu com a mortalidade neonatal precoce, com 37,7% de redução e a mortalidade pós-neonatal, com impacto de 64,2% (Figura 2). O comportamento médio por triênio (figura 3) confirma esta tendência ao longo do tempo. Em números absolutos representa 5.066 óbitos em 1994 e 1.959 em 2008 (dados preliminares).

Figura 3 – Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por 1.000 Nascidos Vivos, Linha de Tendência, por Triênio - Paraná, 1994 a 2008.



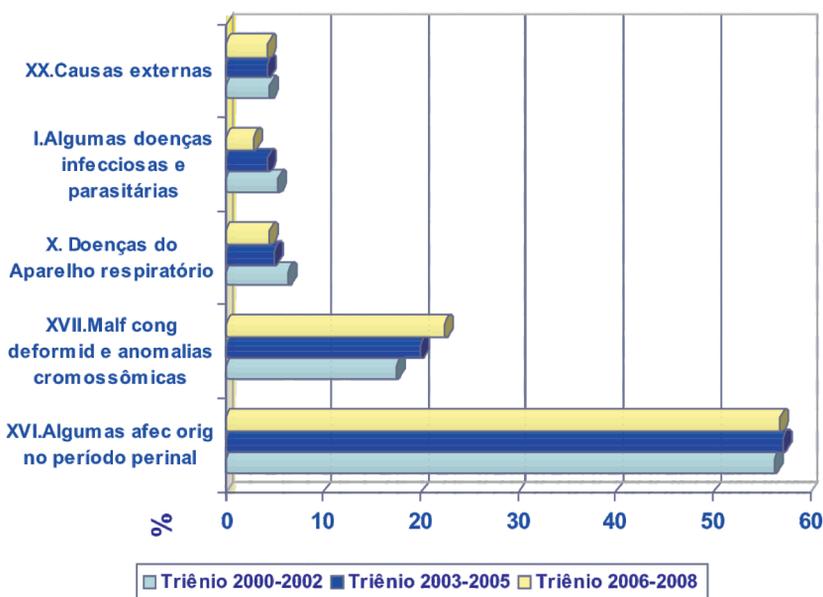
Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 1994 a 2008(*)

(*) Dados preliminares.

Considerando os cinco principais grupos de causas de mortalidade infantil, mesmo com redução significativa no indicador, o percentual não se modificou no período analisado. Em 1º lugar, encontram-se as relacionadas ao grupo das afecções no período perinatal com uma ocorrência média de 56,8% dos casos a cada ano; em 2º lugar, as malformações congênitas com 20,0% dos óbitos; em seguida as do aparelho respiratório com 5,3%, em 4º lugar as causas externas com 4,4% e em 5º lugar as doenças infecciosas e parasitárias com 4,2%. Nas mortes pelas doenças do aparelho respiratório observa-se uma diminuição gradual de 30% (de 6,45% no triênio 2000-2002 para 4,58% no triênio 2006-2008) e as relacionadas às malformações congênitas

passaram de 17,5% a 22,44% respectivamente nos triênios observados, o que significou um aumento de 22,01% (Figura 4). Este panorama do Estado do Paraná não difere do Nacional, onde as afecções perinatais se mantêm como a primeira causa.

Figura 4 – Proporção de Óbitos em Crianças Menores de Um Ano de Idade, nos Principais Grupos de Causas (CID10), por Triênio, Paraná, 2000 a 2008.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 2000 a 2008(*)
 (*) Dados preliminares.

As afecções perinatais respondem atualmente por aproximadamente 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, além de serem a primeira causa de mortalidade em menores de cinco anos. Nesse grupo de causas destacam-se a prematuridade e suas complicações (como desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina), a enterocolite necrotizante, as infecções específicas do período perinatal e a asfixia como causas preveníveis de óbitos. A asfixia é uma causa de óbito com grande potencial de prevenção, uma vez que 98% dos partos no Brasil ocorrem em maternidades e 88% são atendidos por médicos.

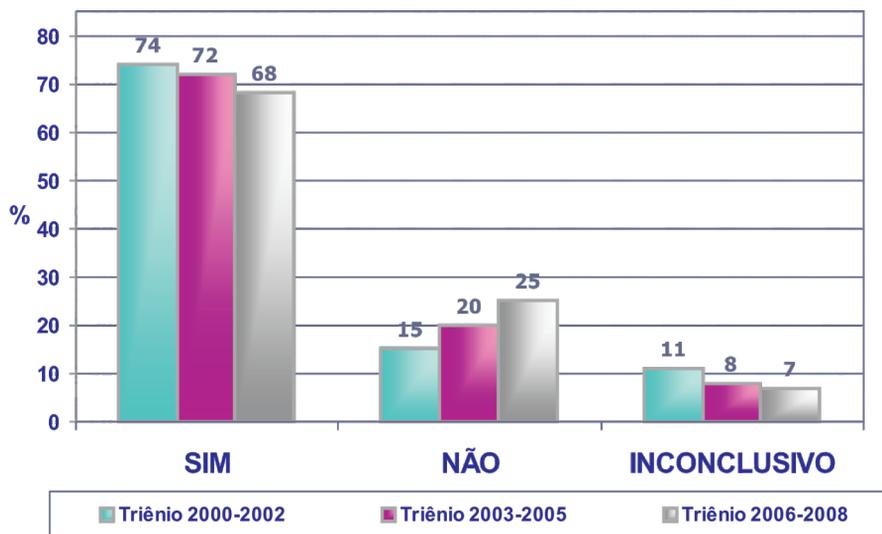
Um óbito infantil pode ser considerado potencialmente prevenível quando seus fatores condicionantes são passíveis de detecção e intervenção. Sendo assim, na análise do óbito utiliza-se o termo redutível para o óbito que poderia não ter ocorrido



se os fatores que o determinaram tivessem sido detectados e recebidos as intervenções cabíveis. Para definir a redutibilidade ou não de um óbito, avalia-se as circunstâncias em que o óbito ocorreu, considerando a possibilidade de sua prevenção, com enfoque nas mortes causadas por problemas potencialmente tratáveis e/ou preveníveis.

São tidos como óbitos redutíveis aqueles que, levando em consideração a ciência e tecnologias existentes atualmente, poderiam ser prevenidos ou não deveriam ter ocorrido. Considerando a subjetividade da classificação de um óbito como redutível ou não, preconiza-se que os Comitês sejam formados por uma equipe multiprofissional, para aumentar a fidedignidade da conclusão do caso.

Figura 5 – Percentual de Óbitos Infantis Segundo Critérios de Redutibilidade, por Triênio, Paraná, 2000 a 2008.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 2000 a 2008(*)
(*) Dados preliminares.

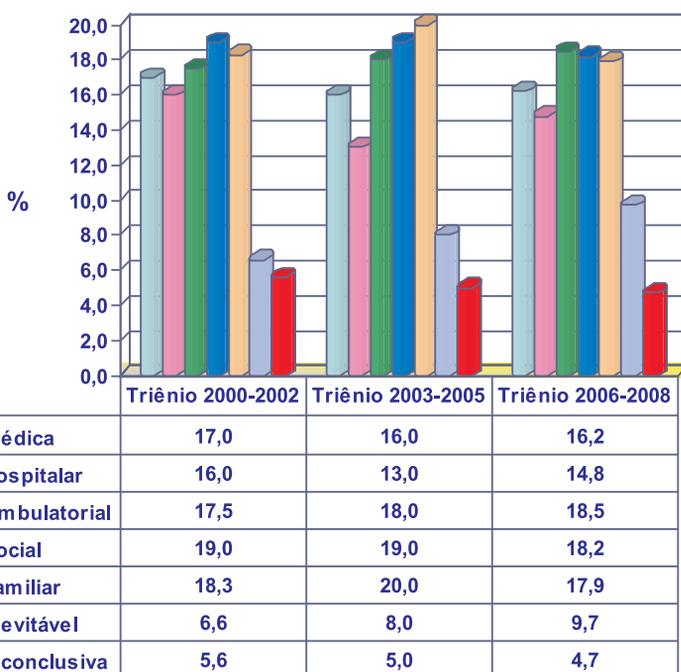
No período analisado (2000-2008), dos óbitos infantis investigados, 71% foram considerados redutíveis (Figura 5), sendo 49,0% de causas relacionadas à atenção médica, hospitalar e ambulatorial, 18,7% a fatores sociais e 18,7% a questões familiares (Figura 6). Estes óbitos poderiam ser reduzidos se adotadas medidas básicas de prevenção voltadas para a gestante e ao recém-nascido, tais como medidas de promoção de saúde e prevenção primária, medidas para o pré-natal, medidas de atenção hospitalar infantil e materna, medidas de atenção ambulatorial infantil e materna e medidas de suporte social.

A mortalidade infantil é um indicador clássico das condições de saúde de uma população, sendo também considerada um evento delineador da qualidade dos serviços de saúde. As precárias condições sócio-econômicas e ambientais, aliadas à dificuldade de acesso aos serviços de saúde constituem os principais fatores que condicionam ou determinam os óbitos infantis.

De maneira geral, a rede estadual de vigilância de óbitos infantis, através dos Comitês, incentiva a identificação de todos os óbitos de crianças menores de um ano e o conhecimento de suas causas e determinantes. Visam a detecção de falhas que tornaram o evento possível, propiciando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do sistema de saúde e reduzir a mortalidade infantil.

Percebe-se ao longo dos anos, o predomínio dos determinantes causais: família e assistência ambulatorial, seguidas da assistência médica e hospitalar. A diminuição do determinante causal inconclusivo pode ser atribuída à melhoria da qualidade da análise da causa básica do óbito, do aperfeiçoamento do trabalho das equipes que compõem os Comitês e das informações colhidas (Figura 6).

Figura 6 – Percentual de Óbitos Infantis, Segundo Determinantes Causais, por Triênio, Paraná, 2000 a 2008.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 2000 a 2008(*)

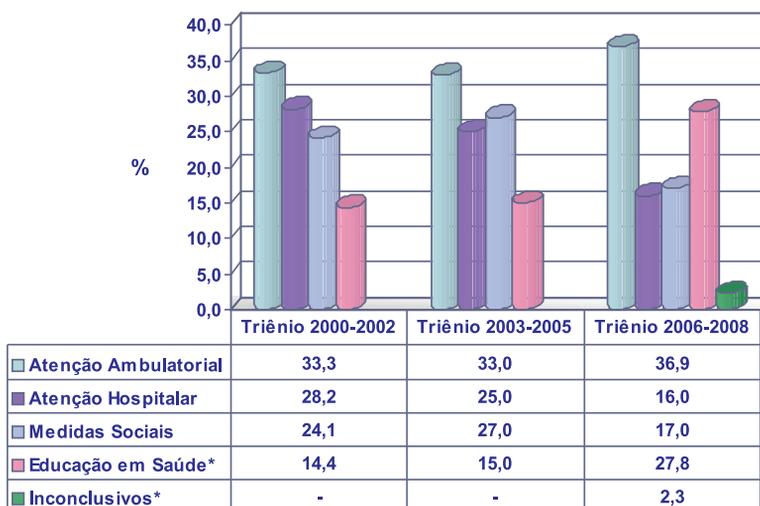
(*) Dados preliminares.



O aumento de determinante causal não prevenível está associado aos casos de malformações congênitas, partos prematuros oriundos de eclampsias e outros fatores que predispõem à interrupção da gravidez nas primeiras semanas de gestação, sendo que a mãe foi assistida na sua integralidade desde o pré-natal até o momento da interrupção da gestação (Figura 6).

A prevalência dos determinantes causais: ambulatorial e hospitalar, demonstra que é necessário melhorar a qualidade do pré-natal e da assistência hospitalar para a redução da mortalidade infantil, assim como a necessária implementação de ações de educação permanente em saúde para a melhoria da qualidade de vida das famílias e a diminuição dos fatores social e familiar, condicionantes do óbito infantil (Figura 6).

Figura 7 – Percentual de Óbitos Infantis, Segundo Medidas de Prevenção, por Triênio-Paraná, 2000 a 2008.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC/SIMI/CEPMI – Paraná – 2000 a 2008(*)

(*) Dados preliminares.

As medidas de prevenção pertinentes à prevenção da mortalidade infantil estão relacionadas à assistência médica, que envolve a capacidade técnica e a habilidade nos cuidados com a criança e à gestante; à assistência hospitalar no que diz respeito aos recursos (materiais e humanos) disponíveis para o atendimento à mãe e à criança; ao conhecimento e discernimento por parte dos familiares sobre os cuidados e os riscos que permeiam um estado gestacional e as condições sociais que podem impor barreiras e dificultar o acesso aos serviços de saúde.

Observa-se que as medidas de prevenção relacionada à Atenção Ambulatorial aumentaram em 10% nos triênios. As medidas relacionadas à Atenção Hospitalar reduziram 43% nos triênios relacionados. As medidas sociais aumentaram em 11% nos triênios de 2000-2002 a 2003-2005 e reduziram em 37% na escolha de medidas de prevenção das análises dos Comitês nos triênios de 2003-2005 a 2006-2008.

As medidas relacionadas à Educação em Saúde aumentaram em 48% nas análises dos Comitês nos triênios de 2000-2002 a 2006-2008. Segundo as análises dos Comitês observa-se a necessidade de programar o atendimento ambulatorial atribuindo maior qualificação do mesmo, pois a quantificação das consultas já esta em 95% das gestantes com 4 e mais consultas de pré-natal e 76% com 7 consultas e mais.

Baseadas nas análises dos Comitês, as medidas relacionadas à Atenção Hospitalar diminuíram. Essa diminuição pode estar relacionada às ações desenvolvidas pelo Governo do Estado como a melhoria da rede de UTI's neonatais que eram de 169 leitos no primeiro triênio analisado e de 207 leitos no ultimo triênio analisado. Em 2009 o Estado conta com 225 leitos de UTI neonatal credenciados e 47 leitos contratados, totalizando 272 leitos de UTI neonatal.

As medidas sociais reduziram nas escolhas dos Comitês caracterizando um maior amadurecimento nas análises dos mesmos, pois em um primeiro momento é comum elencar-se medidas sociais como responsáveis por ações que muitas vezes são de responsabilidade dos sistemas de atendimento e, em um segundo momento observa-se uma escolha mais amadurecida e condizente com a realidade dos atendimentos em questão.

Observa-se também a mudança dos critérios a partir de 2007 dificultando algumas comparações, pois os mesmos tornaram-se mais específicos conforme observação das necessidades sentidas durante os trabalhos nestes 10 anos de existência dos mesmos. A mortalidade infantil reduziu 25% neste período, passando de 17,88/1000 NV no triênio de 2000-2002 para 13,4/1000 NV no triênio 2006 a 2008.

Esta redução deve-se principalmente às medidas adotadas pelo Estado baseadas nas análises epidemiológicas realizadas pelos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil do Paraná. A maior redução ocorreu na mortalidade pós-neonatal, que é a primeira a reduzir quando são adotadas medidas de intervenção. Estas medidas estão relacionadas principalmente às ações da Atenção Primária, que foram implementadas no Estado, como: ampliação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), incentivo ao Aleitamento Materno, identificação precoce do risco gestacional, implantação das casas de apoio à gestante e dos centros de referência à Saúde Integral da Mulher: "Ser Mulher", as Unidades de Saúde de Atenção Integral à Mulher e a Criança (USAIMC).

Com o lançamento do Projeto "Nascer no Paraná: Direito à Vida", ocorrido em maio de 2009, com implementação de ações de incentivo à busca precoce das



gestantes, garantia de pré-natal, referência e vigilância das gestantes e crianças no primeiro ano de vida juntamente com as Prefeituras do Estado, espera-se que a mortalidade infantil tenda a diminuir a menos de dois dígitos para o próximo triênio.

Esse segundo momento de redução da mortalidade infantil é considerado mais lento, em todos os locais do mundo, pois as medidas de prevenção estão mais relacionadas à mortalidade neonatal, principalmente perinatal e que dependem de ações relacionadas à gestação, medidas sociais (de educação materna e renda), fatores condicionantes da saúde materno e infantil e que devem ser implementadas de maneira eficaz e efetiva.

RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS PELO COMITÊ DE PREVENÇÃO AOS GESTORES ESTADUAL E MUNICIPAIS.

- 1.** Incentivar a implantação/implementação de Comitê Hospitalar de Prevenção da Mortalidade Infantil nas Maternidades e Hospitais de referência para partos de gestação de risco.
- 2.** Incentivar a implantação/implementação dos protocolos de atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura nas Unidades de Atendimento à gestante e à criança.
- 3.** Propiciar a educação permanente aos técnicos e profissionais que atuam na assistência à saúde da criança e nos Comitês Municipais e Regionais de Prevenção da Mortalidade Infantil.
- 4.** Implementar a educação em saúde voltada para: planejamento familiar, pré-natal e paternidade responsável, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e introdução de outros alimentos sólidos e acompanhamento da criança no seu primeiro ano de vida.
- 5.** Estimular a humanização da assistência ambulatorial e hospitalar à gestante e à criança.
- 6.** Integralizar as ações da vigilância em saúde e atenção primária em saúde.
- 7.** Implementar as ações do Programa Nascer no Paraná: Direito à Vida, em nível regional e local.
- 8.** Incentivar a investigação e análise dos óbitos fetais.



REFERÊNCIAS:

Aerts DRGC. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no Planejamento de políticas públicas de saúde. J Pediatr 1997; 73:364-366.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal, 2 ed. Brasília – DF, 2009.

BRASIL, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Epidemiologia. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)– Sistema de Informação de Mortalidade Infantil (SIMI), 2009.

Mansano NH, Mazza VZ, Soares VMN, Araldi MAR, Cabral VLM. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(9):392-32,

Vianna RCXF, Trindade CM, Moro CMC. Sistema de investigação da mortalidade infantil (SIMI). 2005. Disponível em <<http://saude.pr.gov.br/ftp/CEPMMI/SIMI.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2009.

Vidal AS, Frias PG, Barreto FMPB, Vanderlei LCM, Felisberto E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. Ver. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, 2003. v.3 n.3

