

MORTALIDADE MATERNA EM UBERLÂNDIA – MG, NOS ANOS DE 1998 E 1999

MATERNAL MORTALITY IN UBERLÂNDIA – MG IN THE YEARS OF 1998 AND 1999

MELICÉGENES RIBEIRO AMBRÓSIO*, ROBERTA BORGES DE CASTRO**, TATIANA FERREIRA QUIRINO**

RESUMO

Introdução: O coeficiente de mortalidade materna (CMM) pode ser utilizado como parâmetro do desenvolvimento social e do nível de saúde de uma população, sendo considerado importante indicador da qualidade dos serviços de saúde no atendimento às mulheres. **Objetivo:** Este estudo objetiva descrever o perfil de mortalidade materna do município de Uberlândia (MG), nos anos de 1998 e 1999. **Método:** Foram selecionadas as declarações de óbitos (DOs) de mulheres entre 10 e 49 anos; identificaram-se nas DOs os óbitos maternos declarados, os óbitos maternos tidos como presumíveis e os que não eram óbitos maternos. Em seguida, fez-se investigação por meio de busca ativa de prontuários médicos, fichas de pré-natal, laudos de necropsia e entrevistas com familiares. **Resultados:** Em 1998 e 1999 ocorreram, respectivamente, 156 e 135 óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Uberlândia, dos quais quatro em 1998 e seis em 1999 necessitaram de investigação em prontuários e entrevistas médicas. No ano de 1998, o CMM foi de 24,6/100 mil nascidos vivos e seis, em 1999, foi 45,4/100 mil; totalizando-se as causas de morte materna nos dois anos. A embolia pulmonar foi a principal causa de óbito materno obstétrico direto e a maioria dos óbitos maternos ocorreram em mulheres jovens (20-29 anos), com baixo nível de escolaridade e que realizaram menos de quatro consultas de pré-natal. **Conclusão:** Em Uberlândia, a mortalidade materna encontra-se numa condição favorável quando comparada com a estatística nacional, mas se faz necessária uma crítica em relação à qualidade do pré-natal, do parto e do registro das declarações de óbito.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Coeficiente de Mortalidade; Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Atestados de Óbitos

INTRODUÇÃO

Mortalidade materna é a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou puerpério, período que abrange até 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais¹.

As mortes maternas são classificadas em obstétricas diretas e indiretas. As obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas no período gravídico- puerperal. As indiretas ocorrem por doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gravidez, excluindo-se as causas obstétricas diretas e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez¹.

Há, ainda, o conceito de morte materna tardia que abrange as mortes femininas por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas após os 42 dias de puerpério até um ano. No entanto, os óbitos maternos tardios deverão ser especificados à parte e não incluídos nos coeficientes de mortalidade materna².

O coeficiente de mortalidade materna é obtido através da razão entre o número de óbitos de causas ligadas à gestação, parto ou puerpério, ocorridos em determinado tempo e lugar, e o número de nascidos vivos na mesma área e período, devendo ser expresso por cem mil nascidos vivos³.

O coeficiente de mortalidade materna pode ser utilizado como parâmetro do desenvolvimento social e do nível de saúde de uma população⁴, sendo considerado importante indicador da qualidade dos serviços de saúde no atendimento às mulheres. Assim, é fundamental o conhecimento da sua real magnitude, suas causas e seus determinantes sociais, para que se possa subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e

*Médico pediatra e docente da disciplina de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Uberlândia

**Médicas

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Endereço para correspondência:

Roberta Borges de Castro
Rua Benjamim Alves dos Santos, 2045
B. Saraiva, Uberlândia – MG, CEP: 38408 – 376
fone: 0xx34-32265494
e-mail: robertabc@bol.com.br

Data de Submissão:
26/03/04
Data de Aprovação:
20/01/05

ações de saúde direcionadas para a atenção de pré-natal, parto e puerpério.

A morte de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério representa desperdício de vidas, uma vez que 90% desses óbitos são evitáveis, ou seja, são de mulheres saudáveis que estão no auge da vida reprodutiva⁴.

Em 1997, o registro oficial do coeficiente de morte materna (CMM) no Brasil foi de 55/100 mil nascidos vivos (nv). Como a morte materna é a mais subnotificada, ou seja, para cada morte registrada na declaração de óbito há uma outra que não foi declarada, considera-se que para este ano o coeficiente foi de 110/100 mil. Vale lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta como tolerável até 20 óbitos /100 mil nascidos vivos⁵.

Em Uberlândia, o coeficiente de mortalidade materna no ano de 1997, de acordo com dados registrados nas declarações de óbito, foi de 22,2/100 mil nascidos vivos. No entanto, após sistemática investigação de todos os óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos, obteve-se um CMM de 44,4/100 mil⁵.

Na América Latina, a Argentina apresentou um CMM de 50 e o México de 53/100 mil, enquanto Cuba apresentou um CMM de 7/100 mil. Na América do Norte, os Estados Unidos tiveram 10 mortes maternas por 100 mil e o Canadá apresentou um CMM muito baixo, de 3/100 mil^{5,6}, o que mostra a possibilidade de se obterem coeficientes bem menores que o tolerado.

Os maiores coeficientes de mortalidade materna são evidenciados na África oriental e ocidental, em que alguns países apresentam mais que 1000 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, como Afeganistão (CMM de 1700 /100 mil nv) e Somália (CMM de 1100 /100 mil nv)⁷.

Assim, trabalhos de vigilância epidemiológica estruturados com instituições interessadas em promover a saúde reprodutiva da mulher são importantes à medida que fornecem dados mais fidedignos com relação ao perfil da mortalidade materna.

Diariamente, pelo menos 1.600 mulheres morrem no mundo por complicações da gravidez e do parto, sendo que, durante um ano, morrem, no mínimo, 585.000 mulheres por estas complicações. As estatísticas revelam que, no mundo, há 430 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Nos países em desenvolvimento, são 480 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos; nos países desenvolvidos, são 27 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos⁷.

Este trabalho objetiva descrever o perfil de mortalidade materna do município de Uberlândia (MG), nos anos de 1998 e 1999, comparar com as estatísticas de óbitos maternos ocorridos anteriormente em Uberlândia e também estabelecer comparações em nível nacional e internacional, além de conscientizar os formuladores de políticas, os profissionais de saúde e a comunidade sobre a gravidade e os efeitos da mortalidade materna.

MATERIAL E MÉTODO

Foram selecionadas as declarações de óbito (DOs) de todas as mulheres de 10 a 49 anos, residentes em Uberlândia – MG, nos anos de 1998 e 1999. Identificaram-se nas DOs os óbitos maternos declarados, os presumíveis óbitos maternos e os que não eram óbitos maternos.

Um agente capacitado da Secretaria Municipal de Saúde fez a investigação dos prováveis óbitos maternos (declarados e presumíveis) utilizando um “Roteiro de Investigação Domiciliar”. Em seguida, todos estes óbitos foram investigados por meio de busca ativa de prontuários hospitalares, fichas de pré-natal, entrevistas detalhadas com familiares e médicos, bem como laudos de necropsia.

Todos os prováveis óbitos maternos foram discutidos no Comitê Municipal de Mortalidade Materna e preenchida a “Ficha de Investigação Confidencial de Mortalidade Materna” com os seguintes quesitos: faixa etária, estado civil, raça, bairro de residência, escolaridade, ocupação, causa básica de morte, tipo de óbito materno (obstétrico direto, indireto ou não-obstétrico), tipo de parto, local do parto, número de consultas pré-natais, óbito evitável ou inevitável.

O número de nascidos vivos para o cálculo do CMM foi de 8.129 em 1998, e 8.815 em 1999.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observou-se o número de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos, residentes em Uberlândia, que ocorreram nos anos de 1998 e 1999, o número de óbitos que necessitaram de investigação em prontuários e entrevistas médicas e o número encontrado de óbitos maternos.

Tabela 1 - Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, óbitos investigados e óbitos maternos em Uberlândia, nos anos de 1998 e 1999.

Ano	Óbitos totais	Óbitos investigados		Óbitos maternos	
		n	%	n	%
1998	156	4	2,56	2	1,28
1999	135	6	4,44	4	2,96

Na Tabela 2, constatou-se que o número de óbitos maternos obtidos após a investigação foi o dobro do que constava nas declarações de óbito.

Tabela 2 - Óbitos maternos declarados e encontrados após investigação com os respectivos coeficientes de mortalidade materna. Uberlândia, 1998 e 1999.

Ano	Óbitos declarados	CMM	Após investigação	CMM
1998	1	12,3	2	24,6
1999	2	22,7	4	45,4

No ano de 1999, foi detectado um óbito materno tardio (após 42 dias de parto), resultando num coeficiente de mortalidade materna tardia de 11,3/100 mil nv.

Em relação à *causa mortis* nos anos estudados, verificaram-se dois óbitos por embolia pulmonar, um por toxemia: Síndrome HELLP, um por infecção puerperal, um por placenta percreta e um indeterminado. Ocorreu também um óbito materno tardio numa gestante previamente cardiopata que apresentou descompensação cardíaca.

Em relação ao número de consultas pré-natais, verificou-se que a maioria das gestantes que faleceram realizou menos que quatro consultas (Tabela 3).

Tabela 3 - Óbitos maternos e número de consultas pré-natais. Uberlândia, 1998 e 1999.

Número de consultas	Óbitos maternos
Menos de 4	4
4 a 6	0
Mais de 6	2

Na Tabela 4, verificou-se que a maioria dos óbitos ocorreu no puerpério.

Tabela 4 - Óbitos maternos e período de ocorrência. Uberlândia, 1998 e 1999.

Período de ocorrência	Número de óbitos
Durante a gestação	1
Durante o parto	2
Período puerperal	3

Em relação ao tipo de parto, ocorreu um predomínio de cesariana: quatro. A maioria dos óbitos maternos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos; cinco, em mulheres casadas: quatro, que residiam em bairros periféricos (83,3%) e apresentavam baixa escolaridade.

DISCUSSÃO

Rezende et al.⁵ (2000) detectaram, em 1997, um CMM de 44,4/100 mil nascidos vivos na cidade de Uberlândia. Em 1998, ocorreu um declínio para 24,6/100 mil, voltando a aumentar em 1999: 45,4/100 mil. Dados preliminares do ano de 2000 mostram que já ocorreram dois óbitos maternos, projetando um CMM em torno de 45/100 mil. Isso demonstra que, apesar de existirem flutuações na mortalidade materna, ela se encontra num patamar entre 40 a 50 por 100 mil nascidos vivos.

Joaquim et al.⁸ (1989), em estudo sobre mortalidade materna realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 1971 – 1983, obtiveram uma média do CMM de 47,83, o que

foi maior do que a média obtida em Uberlândia nos anos de 1997 a 1999 (38,1/100 mil).

Theme et al.³ (1999), em pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, detectaram um CMM de 55,3/100 mil, no ano o que mostra que Uberlândia apresenta condições mais favoráveis do que aquele município.

A mortalidade materna em Uberlândia situou-se abaixo da média brasileira (110/100 mil) e também de Minas Gerais (86,2/100 mil), demonstrando que se encontra numa situação mais favorável em relação aos cuidados com a saúde da mulher, contudo ainda bem distante do preconizado pela OMS (até 20/100 mil).

Outra questão importante a ser abordada é a subnotificação de óbitos maternos. Laurenti et al.⁹ (1990) estimaram que o CMM “corrigido” após investigação é mais que o dobro do “oficial”, o que ficou evidenciado em estudo realizado no município de São Paulo, no ano de 1986, no qual o CMM não-corrigido foi de 44,5, sendo que, após correção por meio da investigação, esta taxa subiu para 99,6/100 mil. Isso também foi confirmado em Uberlândia, uma vez que para cada morte materna declarada houve uma não-declarada.

No ano de 1997, a doença hipertensiva específica da gravidez foi a principal causa de morte materna, seguida por hemorragia e cardiopatia⁵. Totalizando-se as causas de morte materna nos anos de 1998 e 1999, constatou-se que a embolia pulmonar foi a principal causa, o que não condiz com a literatura que refere ser a doença hipertensiva específica da gravidez a principal causa, sucedida ora por hemorragia, ora por infecção e aborto. Isso pode ter ocorrido devido ao pequeno número de casos estudados.

Na cidade do Rio de Janeiro, as principais causas de óbito materno foram, em primeiro lugar, a doença hipertensiva específica da gravidez, seguida pelas complicações do puerpério e as hemorragias³. No Paraná, entre as principais causas, houve predomínio de infecção, sucedida por hemorragia e hipertensão arterial⁸.

A ausência de aborto como causa básica de morte materna encontrada neste trabalho pode refletir falha no preenchimento dos atestados de óbito, bem como a negação do fato pelos familiares nas entrevistas.

Nos anos estudados, constataram-se três óbitos inevitáveis (embolia pulmonar e placenta percreta) e dois evitáveis (infecção e toxemia). Em locais onde não existe acompanhamento adequado durante a gestação, o parto e o puerpério, aumentam muito os óbitos evitáveis, decorrentes de infecção, hemorragia e toxemia.

Em Uberlândia, todas as mulheres tiveram fácil acesso aos serviços de pré-natal e assistência ao parto, uma vez que foi constatado que todas foram atendidas nesses serviços. Entretanto, apenas duas das que faleceram realizaram mais de seis consultas pré-natais, evidenciando necessidade de melhor acompanhamento das gestantes,

bem como de conscientização das mesmas sobre a importância dessas consultas.

Constatou-se que os óbitos maternos ocorreram predominantemente em pessoas que residiam em bairros periféricos (83,3%) e com baixo poder aquisitivo. Todas tinham também uma baixa escolaridade (cursaram até o ensino fundamental), o que está concordante com a literatura.

Observou-se também um óbito materno tardio, que não está computado no cálculo do coeficiente de mortalidade materna, visto que este tipo de óbito não está inserido na definição de morte materna. Contudo, atualmente, questiona-se esta exclusão, pois avanços tecnológicos das terapias intensivas permitem prolongar a vida dessas mulheres que terão a causa básica de morte relacionada à gestação, parto e puerpério.

CONCLUSÃO

A mortalidade materna em Uberlândia sofreu flutuações, porém sua taxa média situou-se entre 40–45/100 mil nascidos vivos, que está abaixo da média brasileira. A maioria das mulheres que faleceram fizeram menos de quatro consultas no período pré-natal, demonstrando a necessidade de melhor acompanhamento das gestantes. Em relação às suas causas, ocorreu um predomínio das inevitáveis (embolia pulmonar). Constatou-se também a importância do Comitê de Mortalidade Materna na investigação dos óbitos, considerando-se que ocorreram subnotificações desses, bem como mau preenchimento dos atestados de óbitos.

ABSTRACT

Introduction: The coefficient of maternal mortality (CMM) can be used as a parameter of social development and of the level of health of a population, being considered an important indicator to portray the quality of the services of health in the attendance to the women. **Objective:** To describe the profile of maternal mortality in Uberlândia (MG), in 1998 and 1999. **Methods:** Death certificates of 10 to 49 years old women were selected. Informations obtained from relatives and necropsy records were also taken into consideration. **Results:** In 1998 and 1999, 156 and 135 deaths, respectively, were recorded from which ten required investigation in records and medical interviews. Then CMM in 1998 and 1999 were 24.6 and 45.4, respectively, for 100 thousand births. Lung clot was the main cause of direct obstetric maternal death. **Conclusion:** In Uberlândia, maternal mortality is below the national rates.

Keywords: Maternal Mortality; Mortality Rate; Women's health; Prenatal care; Death Certificates

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a Revisão, vol. 2. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo; 1994.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: COMIN; 1994.
- 3- Theme MME, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro 1999; 15(2):397-403.
- 4- Tanaka ACA. O desperdício de vidas numa realidade que não se altera. J Rede Saúde. 1999;17:3.
- 5- Rezende CHA, Moreli D, Rezende IMAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. Rev Saúde Pública. 2000;34(4):323-8.
- 6- World Health Organization. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? 2001 [on line]. Available in: <http://who?q=maternal+mortality&hl=pt&ir=&ie=UTF-8&domains=who.int&sitesearch=who>.
- 7- World Health Organization 2001. Maternal mortality surveillance and maternal death reviews in countries of the Eastern Mediterranean Region [on line]. Available in: http://www.Who.int/archives/whday/en/pages1998/whd98_01.html
- 8- Joaquim H, Braga LFCO. Mortalidade materna no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – 1971 a 1983. Rev Bras Ginecol Obstet. 1989;11:38-44.
- 9- Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CM, Santo HA. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. I – Metodologia e resultados gerais. Rev Saúde Pública. 1990;24:128-33.
- 10- Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by survey of all deaths among women of childbearing age. Int J Epidemiol. 1991;3(20): 717-20.
- 11- Faúndes A, Cecatti JG, Silva JLCP. O problema da mortalidade materna. Femina. 1987;1(15):25-31.
- 12- Gomes FA, Matuo YK, Carvalheiro CDC. Mortalidade materna no município de Ribeirão Preto: fatores determinantes e coadjuvantes. J Bras Ginecol. 1998;108(11/12):405-12.
- 13- Netto HC, Peixoto MAP, Montenegro CAB. Intervenções para prevenir a morte em mulheres grávidas com alto risco de óbito. J Bras Ginecol. 1989; 99(10):419-23.