

Evolução da mortalidade materna na 15ª regional de saúde de Maringá, Estado do Paraná, entre 1989 e 2000

Sandra Marisa Pelloso^{1*} e Maria Solange Guarino Tavares²

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Campus Universitário, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Autor para correspondência.

RESUMO. Este estudo teve como objetivo descrever e analisar as causas e as taxas dos óbitos ocorridos entre as mulheres em idade fértil. Os dados foram colhidos através das declarações de óbito e das fichas de investigação do Comitê Regional de Mortalidade Materna de Maringá, Estado do Paraná, no período de 1989 a 2000. Os resultados mostram que o coeficiente de mortalidade materna é alto na região. Outro dado importante é a questão do sub registro dos óbitos. Em relação às causas de óbito materno, verificou-se que as obstétricas diretas, ou seja, as causas preveníveis são as de maior incidência. Os números são absolutamente necessários para se ter uma visão do quadro epidemiológico e uma base sólida para ações. Eles permitem identificar os problemas e as falhas e possibilitam a formulação de propostas intervencionistas no sentido de diminuir os coeficientes de mortalidade materna.

Palavras-chave: mortalidade materna, sub registro, causas.

ABSTRACT. Maternal mortality evolution at the XV Maringá Health Center, state of Paraná, from 1989 to 2000. This paper had the aim to describe and analyze the causes and death rates of females in fertile time. Data were collected from death certificates and investigation records of the Regional Committee of Mothers' Death Rate in Maringá, state of Paraná, between 1980 and 2000. Results show that coefficient of mothers' death rate is still high in the region under analysis. Other important data refer to details in these certificates. With regard to death causes, it has been verified that direct obstetric causes, that is, causes that could have been easily avoided were highest. Data are absolutely necessary so that one may have a precise idea of the epidemic picture and a solid base for triggering proceedings. In fact, if data identify problems and deficiencies, they also help in interventionist suggestions to decrease the coefficients of mothers' death rate.

Key words: mothers' death rate, details in certificate, causes.

Introdução

A mortalidade materna é uma situação que se caracterizou nesta última década como uma epidemia, um problema de saúde pública. Não se pode aceitar que na entrada do terceiro milênio ocorram mortes maternas por causas que foram detectadas nos dois séculos passados e que hoje são perfeitamente evitáveis.

O mérito da questão "mortalidade materna" é mais discutido nos seus coeficientes, nos seus dados quantitativos, do que na sua repercussão dolorosa no núcleo familiar. Ao se falar em morte materna, vem logo à mente a perda da mulher e ou de seu filho na hora do parto por alguma complicação do parto normal, e em alguns casos não se esclarece

suficientemente a causa desse óbito. Esse é um problema que perpassa a mente, mas que logo se apaga, pois parto é vida e não morte. Não se pode tratar esse assunto como se fosse só mais um dado, ou só mais uma morte a ser esclarecida, ou até mesmo uma fatalidade, ou coisas do destino.

Nem todos os profissionais da área da saúde têm conhecimento da amplitude do número de mortes maternas e nem das consequências deletérias que esse fato tem para os indicadores de saúde.

Segundo Kovács (1992), o século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa, como fôra o sexo na era vitoriana. A morte não pertence mais à pessoa, tira-se a sua responsabilidade e depois a sua consciência. A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida.

Aqui cabe, sem dúvida, a questão da mortalidade materna, considerada por alguns autores como a estatística da vergonha e pelo Ministério da Saúde (1994) como uma epidemia silenciosa. Se expulsar a morte para proteger a vida é uma ação de nossa sociedade, onde ficam as 140 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos? Esses coeficientes de mortalidade materna são considerados vergonhosos, por apresentarem números tão elevados de morte em uma etapa da existência da mulher vista como vida, alegria, procriação e felicidade.

Dentro desse contexto, a situação da mortalidade materna vem apresentando estatísticas alarmantes. No relatório da Organização Mundial de Saúde de 1985, nos últimos 10 anos tornaram-se mais claros os coeficientes de mortalidade materna dos países em desenvolvimento em relação aos desenvolvidos, demonstrando a disparidade entre países ricos e países pobres.

A atenção destinada aos países em desenvolvimento mostra o alto índice de mulheres que pagam com a própria vida o exercício do seu direito de gerar um filho e de ser mãe. O Ministério da Saúde (1994) define essas estatísticas como estatísticas da vergonha. Da vergonha porque se estima que um índice de 98% das mortes maternas são evitáveis por medidas de melhor assistência médico-hospitalar e assistência ambulatorial. Qualquer país que não consiga cuidar de suas crianças, gestantes e velhos, não pode ser considerado um país próspero.

Para a Organização Mundial de Saúde (1992), morte materna é, "... a morte de mulher durante a gestação ou parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou de localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais"

A 10ª Revisão do Código Internacional de Doenças (CID) adicionou, ainda, a definição de morte materna tardia, assim considerada àquela que ocorre após 42 dias e até menos de 365 dias do término da gravidez. Esse prolongamento de tempo permite estimar com mais precisão os óbitos ocorridos por complicações da gestação e que se desenvolvem no pós-parto tardio. Ainda classifica morte materna em morte obstétrica, direta, indireta e não obstétrica. As mortes maternas não obstétricas são aquelas que ocorrem durante a gravidez, parto ou puerpério por causas não relacionadas com a gestação, ou seja, acidentais ou incidentais. As mortes maternas obstétricas são todas as mortes ocorridas durante a gravidez, parto e puerpério, por

complicações ou outras causas. A morte materna obstétrica direta é resultante de complicações, intervenções, omissões, tratamento incorreto, do estado gestacional; e a morte obstétrica indireta é aquela que ocorre por causa do agravamento, pela gestação, de patologias pré-existentes (CID 9ª revisão).

Autores como Mora (1994) e Tanaka (1995) classificam as mortes como uma epidemia silenciosa. É sem dúvida silenciosa, porque cala as autoridades, os profissionais da área da saúde e familiares. Os profissionais da área da saúde não preenchem corretamente, ou simplesmente não preenchem os registros de morte materna, fornecendo uma estatística inexistente; não fornecem assistência adequada à mulher, quando a maioria dos óbitos são evitáveis através de melhor assistência, assim se calam perante o "fazer" algo pela vida. As autoridades governamentais ditam as regras das verbas, não tomam conhecimento dos dados e quando o fazem, não reagem. Em contrapartida, as mulheres não têm conhecimento de seus direitos, e muitas não têm conhecimento do que está acontecendo com elas e com o atendimento recebido. Os familiares ficam transtornados pela perda e sem saber o que fazer ou o que aconteceu, sem exigir seus direitos de homens e cidadãos.

As questões dos coeficientes de mortalidade materna, das causas das mortes, até mesmo da responsabilidade pelos óbitos são fornecidas pelos Comitês de Mortalidade Materna. No entanto, ainda hoje existem algumas regiões e cidades que ainda não têm seus comitês e conseqüentemente não possuem definido o perfil da mortalidade materna daquela região. Não o têm ora por falta de conhecimento, ora por falta de iniciativa e incentivo, por desconhecerem as estatísticas e julgarem muitas vezes pequeno o número de óbitos maternos. Isso não se justifica, porque não se investiga o óbito da mulher e, desse modo, o número de mortes maternas pode ser maior do que aparentemente se manifesta.

Dentro dessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi o de descrever a evolução e a situação da mortalidade materna, na 15ª Regional de Saúde de Maringá, Estado do Paraná, entre 1989 e 2000.

Material e métodos

Foram investigados os óbitos maternos, ocorridos na 15ª Regional de Saúde de Maringá, Estado do Paraná, no período de 1989 a 2000. Esses dados representam a totalidade das mortes maternas ocorridas na região de Maringá e investigadas pelo Comitê Regional de Mortalidade Materna desde a

sua criação. Os dados foram colhidos a partir das fichas de investigação do Comitê Regional de Mortalidade Materna, e dos relatórios realizados pelo Comitê Regional e Estadual de Mortalidade Materna.

Resultados e discussão

Os coeficientes de mortalidade materna

A investigação da mortalidade materna é muito antiga. Segundo Rosen (1994),... em 1739, Sir Richard Manningham criou uma enfermaria para parturientes, em 1747 o hospital de Middlesex pôs uma enfermaria sob a direção de uma parteira; 1749 foi fundado o Hospital Britânico de Partos, e em 1750 o Hospital de partos de Londres. Charles Wite deu uma contribuição notável para a melhoria da obstetrícia, com suas exigências de limpeza, que contribuíram com Holmes e Snmelweis na prevenção da febre puerperal”.

Todas estas medidas eram realizadas no sentido de reduzir as mortes maternas, que eram elevadas, com taxas de 24 óbitos maternos no período de 1749-58; 17 óbitos no período de 1779-88 por 1000 nascidos vivos (Rosen, 1994).

Na América Latina o coeficiente de morte materna é de 30.000 mortes (Ministério da Saúde, 1994). No Paraguai são 270 mortes por 100.000 nascidos vivos, no Brasil estes coeficientes são de 134,7 mortes por 100.000 nascidos vivos; no Estado do Paraná são de 81 mortes e em Maringá são de 64,77 mortes por 100.000 nascidos vivos.

O coeficiente de mortalidade materna no Estado do Paraná teve uma redução de mais de 10% com dados de 90,5 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 81 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1999. No período de 1997 apresentaram a menor taxa com um coeficiente de 74,4 mortes por 100.000 nascidos vivos.

O coeficiente de mortalidade materna calculado até 42 dias por 100.000 nascidos vivos referente à 15ª Regional de Saúde de Maringá apresentou os seguintes dados: 38,4 em 1989; 70,3 em 1990; 81,3 em 1991; 114,1 em 1992; 40,22 em 1993; 168,3 em 1994; 26,96 em 1995; 71,56 em 1996; 64,7 em 1997; 116,5 em 1998; 87,43 em 1999 e 50,41 em 2000.

Segundo Mora (1994), essas mortes maternas são produto de uma série de fatores dentre os quais se destaca o estado de inferioridade econômica, educativa, legal e familiar da mulher, as condições de pobreza em que vivem; o acesso e o controle dos recursos sociais e o nível de não-acesso, sua conduta reprodutiva, estado de saúde, nutrição, acesso e qualidade dos serviços de saúde materna e a má assistência médico - hospitalar.

Esses fatores acabam revelando o caos em que se encontra a saúde do país onde ocorrem. Assim, a partir desses dados percebe-se que o nível de pobreza está intimamente ligado às estatísticas e é o responsável pela saúde da população.

Essa relação entre nível econômico, serviços de saúde e nível de saúde varia muito de país para país.

No Canadá, por exemplo, o coeficiente de mortalidade materna é de 4 mortes por 100.000 nascidos vivos. O seu modelo de saúde tem como característica o conceito de saúde partindo da qualidade de vida e da produção social, descentralização, regulação do Estado, organização territorial, envolvimento da sociedade na prestação de serviço e na atenção à gestante, assistência básica com médicos generalistas, acesso organizado aos serviços e utilização de tecnologias adequadas às necessidades (Mendes *apud* Raggio e Giacomini, 1996).

Percebe-se aqui a relação das condições de saúde com as questões econômicas, políticas e educacionais. Na 15ª Regional de Saúde de Maringá, dentre as mulheres que morreram 80% tinham cursado apenas o 1º grau.

Viggiano e Ximenes (1985) afirma que a análise da mortalidade materna, seja em uma maternidade seja em uma cidade ou região, avaliaria as condições sócioeconômicas e culturais da população, como também a eficácia da assistência pré-natal, do parto, e do pós-parto. Assim, essa análise avaliaria as medidas oferecidas e as condutas empregadas no atendimento.

Os coeficientes de mortalidade materna são utilizados como índices de qualidade de serviços de saúde da mulher e como indicadores desses serviços.

Os indicadores de saúde do país compõem uma realidade alarmante, produto do modelo de desenvolvimento excludente que prevalece no Brasil e tradução da ineficiência das políticas públicas no setor, que vem acompanhando o padrão das demais (Cohn e Elias, 1996).

A mortalidade materna apresenta uma oscilação nos seus coeficientes, mas em nenhum momento se sustenta com níveis baixos. Geralmente ocorre um aumento de um ano para outro e isso pode ser atribuído a uma melhor investigação dos óbitos maternos, a um aumento no número de cesáreas e, infelizmente, à diminuição da qualidade da assistência destinada à saúde da mulher.

Para o Ministério da Saúde (1994), neste século iniciou-se a melhoria geral na qualidade de vida da população da Europa e dos Estados Unidos, que logo se refletiu numa queda da mortalidade materna. Entretanto, esta era demasiadamente alta, tendo em vista o caráter evitável de muitas mortes.

Causas básicas dos óbitos

Outro dado importante a se destacar é em relação às causas básicas do óbito materno. Vários autores, entre eles Siqueira *et al.* (1984) relacionam as causas de mortalidade materna à assistência. A mortalidade de mulheres deve-se a causas como toxemia, que está intimamente ligada a problemas de nível da assistência pré-natal, e hemorragia, que está diretamente associada à assistência médico-hospitalar e à assistência ao parto.

De acordo com Siqueira *et al.* (1984), é preciso refletir a influência de problemas sociais, sócioeconômicos, a mortalidade por aborto e as decorrentes da própria utilização inadequada dos serviços. A mortalidade materna transcende sua especialidade e chega a ser a semelhança do que ocorre com a mortalidade infantil, um indicador de condições de vida mais do que de saúde.

A comparação entre os dois coeficientes pode ser percebida e tida como parâmetro para verificar o nível socioeconômico, ou seja, a retomada da pobreza como a principal causa de morte. Segundo Viggiano e Ximenes, (1985), verificou-se que fatores tais como: índices econômicos, renda, disponibilidade de recursos, alimentação, valores culturais, taxa de analfabetismo, índice de desemprego, enfim o subdesenvolvimento, o grau de pobreza refletem-se nesses índices de mortalidade materna.

As definições de saúde que se apresentam nesse trabalho fundamentam-se na ausência de todos esses fatores.

Assumem aqui um destaque especial os coeficientes elevados de morte que correspondem à falta de saúde da população. Assim, o desenvolvimento econômico torna-se o fator diretamente ligado a essas mortes. A falta de educação e de informação, o descaso com o acesso aos serviços de saúde e o desconhecimento de seus direitos correspondem, na mesma dimensão, à real situação do problema.

No mundo, para cada mulher que morre por causas obstétricas, de 10 a 15 sobrevivem carregando danos como incontinência, esterilidade, fístulas e outros problemas que irão influenciar negativamente na sua capacidade de vida.

No Estado do Paraná, as principais causas de mortes maternas são: 74,1% de causas diretas, ou seja, eclâmpsia, hemorragias e infecções; 22,1%, de causas indiretas e ainda 3,8% de causas indeterminadas.

Os dados referentes às causas de mortalidade materna da 15ª Regional de Saúde no período de 1989 até 2000 estão relacionados da seguinte forma:

26% por causas obstétricas indiretas; 14% por infecção obstétrica; 16% por eclâmpsia; 8% por acidente anestésico; 9% por embolia pulmonar; 12% por hemorragias; 5% por aborto e 9% por outras causas obstétricas diretas.

Outra causa diretamente ligada às mortes maternas são os altos índices de cesárea que carregam em si complicações. A proporção de cesárea hoje em relação ao parto normal é destoante. Em Maringá, no período de 01/ 07/1995 a 31/ 12/ 1995, do total dos partos realizados nos vários hospitais da cidade, 25,9% foram partos normais e 74,1% cesáreas (Fonte: Relatório de Procedimentos Especiais - Secretaria. Estadual, Estado do Paraná).

O alto índice de cesárea ainda hoje decorre da sua utilização como método contraceptivo, ou seja, para realização de laqueadura ou pelo despreparo da paciente para o parto, e até mesmo do despreparo dos profissionais que atendem ao parto; e também pela comodidade e segurança desses profissionais. A ilusão da cesárea como fator de risco menor ainda é grande.

A utilização dessa intervenção como método contraceptivo é alta. Patarra (1995) refere: “a questão não é a explosão demográfica, mas sim os direitos da mulher de ter acesso às informações e meios contraceptivos que respondem às suas necessidades...”. O conhecimento, as informações referentes aos vários métodos contraceptivos e as vantagens e riscos das intervenções devem ser acessíveis à mulher.

Segundo Faundes *et al.* (1985), um estudo realizado por Eurard em Rhode Island em 1975-1976, concluiu que o parto cesárea apresenta um risco relativo de morte materna 26 vezes maior que o parto vaginal. No Recife encontrou-se um risco de morte quase 36 vezes maior para o parto normal. A maioria dos autores concorda que a maior incidência da mortalidade materna está relacionada com o parto realizado por cesariana, que é significativamente maior que no parto vaginal.

Dos óbitos ocorridos no Estado do Paraná no ano de 1993, segundo investigação do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, a cesárea apresentou um percentual de 65,5% das indicações e o parto normal, 34,5%. Destes índices, 48,7% das cesáreas foram realizadas por problemas maternos, 11,8% por problemas de apresentação do feto; 10,5% de cesáreas eletivas e 29,0% por outros motivos (Relatório do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, 1995).

Um outro dado alarmante em relação à cesárea, foi o financiamento que o Inamps forneceu em 1994 para 924.408 partos cesáreas, dos quais pelo menos a metade eram desnecessários. Assim, 297 mulheres

morreram devido a uma cesárea desnecessária. A taxa de mortalidade nesse caso poderia diminuir em 28,5% e 61,7 milhões de dólares poderiam ser gastos na melhoria dos serviços em vez de serem gastos com cirurgias desnecessárias (Volochko, 1996).

Há necessidade de se prevenirem essas mortes, através da diminuição de cesáreas e de melhor atendimento aos partos normais nas regiões carentes, através de medidas que tornem a gestante física e emocionalmente apta para o parto, do treinamento dos profissionais para a realização do parto normal e de outras medidas como as educativas e programas de forma geral relacionados com a saúde da mulher.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde toma a primeira iniciativa, ou seja, a portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde regulamenta o procedimento do parto normal, realizado por enfermeira obstetra e ainda aprova o laudo de enfermagem para emissão da AIH para os partos normais. Esta iniciativa vêm corroborar tanto na diminuição dos índices de cesáreas, quanto numa melhor assistência pré, trans e pós-parto, contribuindo para a redução das taxas de mortalidade materna.

É possível observar nos dados do estado do Paraná no ano de 1993 que das mulheres que morreram por causas obstétricas, 28,6% estavam na faixa etária de 10 e 19 anos e as causas da morte foram complicações do parto e trabalho de parto. Esse fator pode demonstrar a falta de preparo dessas adolescentes para o parto e a falta de programas de orientações nos serviços.

O uso inadequado da assistência e a pouca assistência proporcionada à população aumenta esses índices de mortalidade.

Outro fator relacionado à cesárea é o uso de anestesia, também responsável por óbitos maternos. A prevenção de mortes relacionadas com a anestesia está intimamente ligada ao preparo da gestante para o parto, conseqüentemente evitando-se as cesáreas ou melhorando o preparo, tanto da paciente quanto do profissional.

Torna-se assim mais uma causa de morte evitável através de medidas de prevenção e de melhoria nas condições de saúde.

A questão do sub-registro

Não obstante as causas de mortalidade materna evitáveis, deparamo-nos ainda com outro problema, que é o relacionado aos sub-registros. Esta questão dificulta clarear as estatísticas reais da mortalidade materna. Esse é um fato que ocorre mais nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos. Na

América Latina e no Caribe a taxa de sub-registro oscila em torno de 39% e 72%.

Nas várias pesquisas realizadas, autores como Siqueira *et al* (1984) consideram que já vinham sendo apontados problemas como falhas no preenchimento correto das declarações de óbitos e mesmo o seu não-preenchimento.

Parece que essa prática é muito comum. O que assusta é que durante 12 anos nada mudou. O problema não foi solucionado, nada mudou em relação ao preenchimento correto das declarações de óbito, que são de extrema importância para a realização dos levantamentos e estatísticas dos óbitos maternos e conseqüentemente para o conhecimento do nível de vida e de saúde de uma população.

São vários os estudos que tratam da mortalidade materna, mas os dados oficiais ainda não correspondem à realidade. Alguns autores, como Faundes *et al* (1985) dizem que esse problema de sub-registro se faz presente também em outros países. O mesmo autor chega a colocar como principais causas da falta de dados, desde o não-preenchimento correto até a falta de conhecimento dos profissionais do que vem a ser a mortalidade materna.

Segundo Fonseca e Laurenti (1995), na avaliação da fidedignidade das taxas de mortalidade materna, deve-se levar em conta, também, a possibilidade do sub-registro de nascimento e, portanto a superestimação das taxas.

É possível observar, segundo as causas de mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério, os índices de declarações de óbitos originais e refeitos (Tabela 1).

Tabela 1. Índices de mortalidade materna através das declarações de óbitos

Causas	Atestado original	Atestado refeito
Complicações da gravidez, parto e puerpério	25 (2,6 %)	56 (5,9 %)

Fonte (Laurenti - Documento elaborado para reunião OPS/OMS, Campinas 1988)

No Estado do Paraná esses índices também são elevados, como se pode observar na Tabela 2.

Os dados dessa tabela vêm afirmar o que alguns autores já disseram em relação ao preenchimento incorreto das declarações de óbito. Algumas questões como o treinamento dos profissionais e a promoção de técnicas comunicativas que ampliem os conhecimentos desses profissionais são formas de tentar proporcionar o incentivo do preenchimento correto das declarações.

Em relação aos dados da 15ª Regional de Saúde, com maior ênfase em Maringá, foi possível observar os dados coletados pelo Comitê Regional de Mortalidade Materna (Tabela 3). É assustador encontrar tantas declarações de óbito refeitas.

Tabela 2. Óbitos maternos investigados, segundo causas básicas no atestado original e refeito, Estado do Paraná, Paraná, 1993

Causas	Atestado original	%	Atestado refeito	%
Gravidez terminada em aborto	06	6,8	07	4,2
Complicações na gravidez com: DPP e PP, hemorragia anteparto, hipertensão.	04	4,5	02	1,2
Parto e puerpério	36	40,9	60	36,1
Outras complicações com a gravidez	03	3,4	06	3,6
Parto normal e outras indicações de assistência na gravidez, trabalho de parto e parto.	02	2,3	03	1,8
Complicações trabalho, parto: hemorragias pós-parto	06	6,8	11	6,6
Complicações anestésicas	04	4,5	14	8,4
Outros	05	5,7	09	5,4
Complicações do puerpério, infecção puerperal.	07	8,0	12	7,2
Outras	10	11,4	14	8,4
Obstétricas indiretas: doenças parasitárias e outras afecções da mãe complicando a gravidez, parto e puerpério infecciosos	05	5,7	28	16,9

Fonte: Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná - 1993 - CID 9ª Revisão

Tabela 3. Óbitos maternos notificados e não-notificados. 15ª Regional de Saúde de Maringá, Estado do Paraná

Ano	Até 42 dias		Tardio
	Notificados	Não Notificados	Não Notificados
1989	02	03	03
1990	05	02	00
1991	02	06	00
1992	06	05	00
1993	00	04	01
1994	10	07	01
1995	01	02	02
1996	02	06	02
1997	03	04	02
1998	06	06	00
1999	08	01	00
2000	04	01	01

Fonte: Comitê Regional de Mortalidade Materna de Maringá (2001)

Vale lembrar que no ano de 1989 eram investigados apenas os casos presumíveis de morte materna. De acordo com o Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná, as principais causas de morte materna que ocultavam os óbitos eram a falta de assistência médica, parada cardíaca, doenças cerebrovasculares, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doenças do pulmão, septicemia, hemorragias e outras.

Parece provável que o reconhecimento imediato do óbito por causa obstétrica assusta. É comum no momento da investigação encontrar qualquer causa das relatadas acima, mas quando se investiga, a declaração é refeita e as causas em grande parte passam a ser obstétricas.

A questão do sub-registro ocorre pela falta de clareza no relatório das declarações de óbito, pelo preenchimento incorreto e incompleto das declarações, pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde, sobre o que vem a ser mortalidade materna, tanto em conceito como em classificação.

O coeficiente de mortalidade materna é considerado como o indicador do desenvolvimento humano, e o sub-registro destas mortes pode ser considerado a marca que diferencia os países industrializados dos países em desenvolvimento. (Opas/OMS, 1994).

Essa questão é comentada por Pinto e Ribeiro (1991), que descrevem as causas do sub-registro como: óbitos por causas mal definidas, erro no preenchimento da declaração de óbito por alteração da causa básica; despreparo do médico; omissão do médico ou da mulher; omissão por motivos éticos, legais, culturais, sociais ou religiosos.

Esse fator de sub-registro ocorre também em países desenvolvidos como os Estados Unidos, que no período de 1980 - 1985 apresentaram uma taxa de 39% de óbitos subnotificados.

De qualquer modo, a interligação do sub-registro com o alto índice de mortalidade materna torna - se mais grave ainda, evidenciando uma taxa maior do que a colocada nas estatísticas. No Brasil essa situação vai além do mau preenchimento das declarações de óbito, passa pela existência de cemitérios clandestinos, pelo não registro de nascimentos, fatores esses, que contribuem para que os coeficientes sejam menores em algumas regiões do país.

Assim, tornam - se necessários o esclarecimento e o treinamento dos profissionais da saúde responsáveis pelo preenchimento correto da declaração de óbito, visando uma real dimensão da situação da mortalidade materna no Brasil.

O alto coeficiente de mortalidade materna está intimamente ligado à falta de informação, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a questões sociais e culturais agravadas pela falta de consciência pública e política. De acordo com Lolio (1991) ,“... uma alta mortalidade materna é típica de sociedades subdesenvolvidas. Recomenda - se como política de saúde, uma atenção toda especial ao problema das doenças não transmissíveis ao mesmo tempo que é preciso sanar as condições que levam a uma alta mortalidade por complicações no ciclo gravídico puerperal”.

A assistência integral à saúde da mulher deveria contemplar também o núcleo familiar, em sua integridade, considerando a desestruturação desse núcleo após morte materna, ou seja, destacando a importância da mulher na família.

Considerações finais

Cerca de 140 mulheres/100.000 nascidos vivos morrem todo ano no Brasil em consequência de complicações relacionadas ao período gravídico puerperal.

Os dados estatísticos permitem identificar os problemas, as falhas e possibilitam a formulação de propostas intervencionistas no sentido de diminuir os coeficientes de mortalidade materna. Essas propostas incidem em ações educativas abrangentes; fornecem subsídios para a diminuição dos índices de cesárea e apontam para o preparo da mulher para o parto normal.

Essas mortes poderiam ser evitadas através da prevenção, de programas de educação e da conscientização dos profissionais de saúde que assistem as gestantes. As mortes maternas, em sua grande maioria, são evitáveis e provenientes de uma má assistência à mulher, tanto em termos de prevenção, como de recuperação.

Com o impacto dessa situação, começa a se fazer essencial um direcionamento mais intenso em relação à formação dos profissionais da saúde. É necessário um incremento na qualificação desse profissional tanto no que diz respeito ao atendimento à mulher, durante o período gravídico puerperal, quanto em relação ao conhecimento das estatísticas e preenchimento de documentos de notificação dos óbitos.

A assistência à saúde é direito fundamental do ser humano. Cabe ao profissional assegurar à população o acesso aos serviços de saúde de boa qualidade e uma assistência mais humanizada.

Referências

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília. [s.n] 1994.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil- políticas e organização de serviços*. São Paulo:Cortez, 1996.
- FAÚNDES, A. et al. Análise da mortalidade materna em partos cesáreas, no município de Campinas. *Femina*, São Paulo, v. 13, n.6, p.516-24, 1985.
- FONSECA, L.A.M.; LAURENTI, R. Evolução da mortalidade materna. In: MONTEIRO, C.A (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ Nupens/ USP, 1995.
- KOVACS, M.J. *Morte e desenvolvimento humano*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- LAURENTI, R. Alguns marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Reunião sobre prevenção da mortalidade materna. Campinas: OMS/OPAS, 12-15, abril, 1988.
- LOLIO, C.A. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo(Brasil), 1986- mortes por diferentes causas- doenças cardiovasculares. *Rev. Saúde. Pública*, São Paulo, v.1, n.25, p.37-40. 1991.
- MORA, G. *Fórum nacional de debates sobre la reducción de la mortalidade materna*. Curitiba, 1994. (mimeog.).
- OPAS, OMS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *A saúde das mulheres nas Américas*. Washington, 1985.
- OPAS, OMS. Organização Panamericana da Saúde Organização Mundial de Saúde. *As condições de saúde nas Américas*. Washington, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação internacional de doenças*. 9ª [sn], 1975.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação internacional de doenças*. 10ª [sn], 1995.
- PATARRA, N.L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C.A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. A evolução do país de suas doenças. São Paulo:Hucitec, 1995.
- PINTO, C.S.; RIBEIRO, A.F. Morte materna- dimensões de uma perda evitável. In: FAUNDES, A.; CECATTI, G. (Org.). *Morte materna uma tragédia evitável*. Campinas:Unicamp, 1991.
- RAGGIO, A.; GIACOMINI, C.H. *A permanente construção de um modelo de saúde*. Curitiba, 1996. (Mimeografado).
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Relatório do comitê estadual de mortalidade materna. Curitiba, 1993-1995. (Mimeografado).
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, M.C.C.L. *Mercantilização do corpo humano-mercado de órgãos, sangue, fetos, barriga de aluguel. Aspectos éticos- jurídicos*. São Paulo, Cadernos do IFAN, 1995.
- SIQUEIRA, A et al. Mortalidade materna no Brasil (1980). *Rev. Saúde. Pública.*, São Paulo, v.18, p.448-65, 1984.
- TANAKA, A.C.A. *Maternidade - dilema entre nascimento e morte*. Rio de Janeiro:Hucitec, 1995.
- VIGGIANO, M.G.C.; XIMENES, Y.R. Mortalidade materna: incidência na região centro - oeste. *Femina*, São Paulo, v.13, n.16, p.499-503, 1985.
- VOLOCHKO, A. As mulheres exigem cesárea. In: SEMINÁRIO SOBRE NASCIMENTO E PARTO NO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo, 1996.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. Internacional statistical classification of diseases and relat problems. 30 rd, Geneve, v.1 , [sn], 1992.

Received on February 08, 2002.

Accepted on May 10, 2002.