

Comitês de mortalidade materna

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

MANUAL DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA

2ª EDIÇÃO

BRASÍLIA - 2002

© 2002 Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação,
desde que citada a fonte.

Tiragem: 30.000

Produção, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica de Saúde da
Mulher Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 6º Andar – Sala
642 - Ed. Sede 70058-900 - Brasília-DF

Telefone: 61-315-2869

Fax: 61-322-3912

2ª edição 2002

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área
Técnica de Saúde da Mulher.
Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/Ministério da Saúde.
Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.
2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

75 p.

ISBN: 85-334-0065-9

1. Mortalidade Materna. 2. Saúde da Mulher. I. Título.

NLM HB 1322.5

Sumário

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

MORTALIDADE MATERNA	07
Situação atual	07
Mortalidade materna no Brasil	08
Conceitos básicos	10
COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA	18
Histórico.....	18
Conceito	21
Objetivos	21
Finalidades e funções	22
Caráter dos Comitês	24
Composição	24
Organização dos Comitês	25
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA MORTE MATERNA	26
Declaração de óbito	27
Identificação e investigação dos óbitos maternos	36
Correção dos dados notificados	40
Análise do óbito materno	40
Elaboração e divulgação do relatório	42
Propostas para intervenções	44
Avaliação	45
Interlocução com os gestores	45
Recursos	45

ANEXOS

1.	Capítulo XV da CID-10	48
2.	Modelo de Regimento Interno	53
3.	Declaração de óbito	56
4.	Modelo de credencial	57
5.	Modelo de Mapa de Óbito de Mulheres em Idade Fértil	58
6.	Modelo de Carta para Diretor Clínico	59
7.	Modelos de Instrumentos de Notificação de Óbito de Mulher em Idade Fértil e Investigação Confidencial de Óbito Materno	60

Apresentação

Os Comitês de Morte Materna são importantes agentes na redução do óbito materno. Sua implantação contribui para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre mortalidade materna. Com base nesses dados, estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

Publicado pelo Ministério da Saúde, mediante parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher e o Centro Nacional de Epidemiologia, este Manual tem como principais funções oferecer subsídios para a criação e o funcionamento de Comitês de Morte Materna, bem como para a investigação do óbito materno.

Introdução

As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal. Hoje, graças a esse desenvolvimento, tornou-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos às mulheres, levando-as à morte.

Ciente dessa realidade, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da assistência obstétrica. Outra estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno é a criação e o fortalecimento de Comitês de Morte Materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar.

Os Comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é saúde materna e perinatal. Seus objetivos são identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes.

Mortalidade Materna

Situação Atual

Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

Nas Américas, essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento fica mais clara quando se analisam as Razões de Mortalidade Materna. Enquanto Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 9 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, países como Bolívia, Peru e Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. Desse total, cerca de 98% poderiam ser evitados se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos.

A mortalidade materna é, portanto, um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população. Ela também aponta a determinação política de uma nação em realizar ações de saúde coletivas e socializadas. Prova disso é que, apesar de estarem em situação socioeconômica semelhante à dos demais países latino-americanos, Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai têm Razões de Mortalidade Materna substancialmente inferiores - menores que 40 por 100.000 nascidos vivos.

Mortalidade Materna no Brasil

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou pela percepção deste documento como inútil por uma parcela da população.

Assim, levando-se em conta apenas os óbitos declarados, a Razão de Mortalidade Materna brasileira declinou durante a década de 80, manteve-se inalterada entre 1988 e 97, quando sofreu uma discreta elevação. Tal incremento resulta muito provavelmente de uma melhoria da informação. Em 1996, o Ministério da Saúde modificou o formulário para a Declaração de Óbito, introduzindo perguntas específicas para captar óbitos maternos. Além disso, estados e cidades que já investigavam óbitos de mulheres em idade fértil passaram a acrescentar ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) os óbitos maternos descobertos pela investigação.

Em 1998, a Razão de Mortalidade Materna brasileira obtida a partir de óbitos declarados foi 64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Nas regiões Sul e Sudeste estes valores foram, respectivamente, de 76,2 e 70. Já nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste foram de 56,1, 54,8 e 57, respectivamente. Essas disparidades devem-se à melhor qualidade do registro de óbitos nas regiões primeiramente citadas.

Nesse mesmo ano, foram registrados 2.039 óbitos maternos. Quanto às causas da morte, predominaram as obstétricas diretas (62,6%), com destaque para as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto. Tais resultados são compatíveis com os dados sobre assistência obstétrica apresentados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 1996. Esse estudo mostra uma ampliação no acesso aos serviços de saúde, mas indica a necessidade de melhoria na qualidade da assistência.

Vale ressaltar que o aumento da razão de mortalidade materna em 97 e 98 resulta de um aumento no número de óbitos por causas obstétricas indiretas, que passou a representar 34,3% do total de mortes maternas, o que acena para a melhoria do registro, pois em todo o mundo estas são as causas habitualmente mais suscetíveis a subinformação.

TABELA: RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E REGIÕES — ANO DE 1998

Região	1998		
	Óbitos maternos*	Nascidos vivos**	RMM
BRASIL	2.039	3.144.547	64,84
NORTE	152	266.322	57,07
NORDESTE	491	847.686	56,13
SUDESTE	915	1.305.587	70,08
SUL	350	459.039	76,25
CENTRO-OESTE	131	238.903	54,83

Fonte: SIM e SINASC/CENEPI/FNS

*São consideradas as categorias B20 a B24, A34, M83.0, F53, D39.2 e E23.0 e o capítulo XV da CID 10 (exceto 096 e 097).

**Exceto os ignorados.

Conceitos Básicos

Morte Materna (Óbito Materno)

Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente 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. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica

Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: 000.0 a 008.9, 011 a 023.9, 024.4, 026.0 a 092.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0.

Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: 010.0 a 010.9; 024.0 a 024.3; 024.9, 025, 098.0 a 099.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).

Os óbitos codificados como 0.95 devem ser relacionados à parte como morte obstétrica não especificada.

Morte Materna não Obstétrica

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.

Morte Materna Tardia

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 096).

Morte Materna Declarada

A Morte Materna é considerada Declarada quando as informações registradas na Declaração de Óbito (D.O.) permitem classificar o óbito como materno.

A Morte Materna é considerada como Não Declarada quando as informações registradas na D.O. não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

Morte Materna Presumível ou Mascarada

É considerada Morte Materna Mascarada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na D.O. por falhas no preenchimento.

Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Desta forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de máscaras, daí a expressão Morte Materna Mascarada. Um exemplo comum é a ocorrência de um óbito materno na UTI, e o médico, por desconhecer o que se passou anteriormente com a mulher, atesta apenas a causa terminal.

Lista de máscaras que devem ser pesquisadas na busca ativa dos óbitos maternos

- acidente vascular cerebral;
- broncopneumonia;
- causa desconhecida;
- choque, choque anafilático, choque hipovolêmico, choque endotóxico, choque neurogênico, choque séptico;
- coagulação intravascular disseminada;
- crise convulsiva;
- edema agudo de pulmão;
- embolia pulmonar;
- endometrite;
- epilepsia;
- falência miocárdica;
- hemorragia;
- hipertensão arterial;
- hipertensão intracraniana aguda;
- infarto agudo do miocárdio;
- insuficiência cardíaca congestiva;
- insuficiência cardíaca por estenose mitral;
- insuficiência hepática aguda;
- insuficiência renal aguda;
- miocardiopatia;
- morte sem assistência médica;
- peritonite;
- pneumonia;

- septicemia;
- tromboembolismo;
- parada cardíaca;
- pelviperitonite.

Vale enfatizar a importância do preenchimento correto da D.O. pelos médicos, evitando as máscaras e identificando os fatores que realmente ocasionaram o quadro patológico, sem os quais não ocorreria a morte. Assim, será possível identificar o óbito materno, definir o perfil da mortalidade e elaborar políticas de combate às suas causas com maior eficiência.

É recomendável que cada região, estado ou município produza a sua lista de causas que comumente mascaram mortes maternas e induzem à subinformação, de forma a tornar mais eficiente a investigação de óbitos femininos.

Morte Relacionada à Gravidez

Morte Relacionada à Gravidez é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das Mortes Obstétricas com as Não Obstétricas.

Mulher em Idade Fértil

Segundo a definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

A definição brasileira de idade fértil teve como base a experiência dos Comitês de Morte Materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que revelam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos.

Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

Internacionalmente, corresponde aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade. No Brasil, a faixa etária analisada é de 10 a 49 anos.

Morte Hospitalar

Morte Hospitalar é aquela que ocorre a qualquer momento e em qualquer dependência de um hospital ou estabelecimento de saúde, independentemente do tempo transcorrido entre a chegada da paciente e seu falecimento. O óbito da paciente dentro da ambulância, a caminho do hospital, também é considerado hospitalar.

Morte Domiciliar

Morte Domiciliar é aquela que ocorre dentro do domicílio.

Morte em Via Pública

Morte em Via Pública é aquela que ocorre em local público ou em trânsito num veículo não destinado especificamente ao transporte de pacientes e sob a responsabilidade de pessoa não profissional de saúde.

Nativo ou Nascido Vivo

Nascimento Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e desprendida a placenta.

Óbito Fetal

Óbito Fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente

da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Abortamento

É a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 20 semanas de gestação, tendo ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido. O aborto é tão-somente o produto da concepção expulso no abortamento.

Razão de Mortalidade Materna

Relaciona as Mortes Maternas Obstétricas Diretas e Indiretas e não especificadas com o número de Nascidos Vivos, e é expressa por 100.000 Nascidos Vivos.

Freqüentemente, a Razão de Mortalidade Materna é chamada de "Taxa" ou "Coeficiente". Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de Nascidos Vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão "Razão".

No cálculo da Razão de Mortalidade Materna, devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10, com exceção dos códigos 096 e 097 (Morte Materna Tardia e Morte por Seqüela de Causa Obstétrica Direta). Algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. 1); doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. 1); necrose pós-parto da hipófise (cód. 23.0, Cap. IV); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); transtornos mentais e comportamentais

associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); e mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II). Neste último caso, o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. As doenças causadas pelo HIV (Cód. B20 a B24, cap. 1) devem ser consideradas após a investigação. Os óbitos classificados no cód. E23.0, cap. IV não podem ser considerados óbitos maternos até investigação, pois apenas a necrose pós-parto da hipófise é uma causa materna.

É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico- puerperal e que devem entrar no cálculo da Razão de Mortalidade Materna.

Cálculo:

O cálculo da razão deve ser feito sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o seu resultado deve ser multiplicado por k (segundo padrão internacional adotado, $k=100.000$).

Nº de óbitos maternos (diretos, indiretos e não especificados)

X 100.000

Nº de nascidos vivos

Razão de Mortalidade Específica

A Razão de Mortalidade pode ser especificada segundo um amplo conjunto de variáveis relacionados às características da mulher (grupo etário, cor/raça, local de residência etc.) ou do óbito (causa específica, local de ocorrência, entre outras).

Para se calcular o risco de morte materna na faixa etária de 40 a 49 anos, por exemplo, adota-se a seguinte fórmula:

N° de óbitos maternos na faixa
de 40 a 49 anos

X 100.000

N° de nascidos vivos de mães
com 40 a 49 anos

O exemplo seguinte refere-se à Razão de Mortalidade Materna por eclâmpsia:

N° de óbitos maternos por eclâmpsia

X 100.000

N° de nascidos vivos

Comitê de Mortalidade Materna

Histórico

A Experiência Internacional

Os primeiros Comitês de Morte Materna de que se tem notícia estabeleceram-se nos Estados Unidos, na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, no ano seguinte. Mas a experiência internacional mais conhecida do trabalho dos Comitês acabou sendo a do Reino Unido.

Preocupados em diminuir o número de mortes maternas, os ingleses iniciaram, em 1952, a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção dos óbitos. E foram tão positivos que as investigações continuam se realizando até hoje, com publicação periódica de relatórios.

Na América Latina, é digna de nota a experiência de Cuba com os Comitês. Lá existe, desde 1987, uma comissão nacional responsável por analisar todos os óbitos maternos do país, notificando-os em, no máximo, 24 horas e investigando-os no prazo de 15 dias. As avaliações dos óbitos retornam às instituições de saúde onde eles ocorreram, e os dados gerados alimentam o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna.

Após a Conferência de Nairóbi, em 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, esse pacto pela saúde se refletiu no estímulo à implantação de novos Comitês de Morte Materna a partir de 1990, com a 23ª Conferência Sanitária Pan-

Americana. Nessa reunião foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outras, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna.

Ao final de 1995, quase todos os países da América Latina e do Caribe registravam, com diferentes graus de desenvolvimento, a implementação e o funcionamento de Comitês de Morte Materna e/ ou de Sistemas de Vigilância das Mortes Maternas. Atualmente, existem Comitês Nacionais, Regionais e Locais na Argentina, na Colômbia, no Equador, no México, na Nicarágua, no Panamá, no Paraguai e no Peru. Em Cuba, República Dominicana e Guatemala, existem Comitês Nacionais e Regionais. O Chile tem apenas um Comitê Nacional. Nos demais países, não há informações relativas à formação de Comitês.

A Experiência Brasileira

No Brasil, a implantação dos Comitês Estaduais de Morte Materna tem sido adotada como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde.

Mas foi a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos Comitês de Morte Materna em todo o Brasil. Com o apoio do Ministério da Saúde, formaram-se os primeiros comitês municipais no estado de São Paulo. Em seguida, o movimento ganhou maior dimensão, chegando a outros estados.

Nesse processo, o Ministério contou com uma equipe de consultores formada por gestores estaduais, professores universitários e representantes de sociedades científicas. A heterogeneidade dos integrantes, característica desse grupo

pioneiro, mais tarde se consolidaria como estratégia dos comitês para garantir a sintonia entre as políticas propostas e as reais necessidades dos diferentes segmentos da população.

Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o País, o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados Comitês Estaduais de Morte Materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Estes comitês contaram também com assessoria técnica do Ministério para a definição de planos de ação, captação de recursos financeiros, e para sensibilização de autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção às mortes maternas.

Neste ínterim, em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna, grupo que congrega representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimentos de mulheres e técnicos de notório saber.

Em 1999, dos 27 Comitês Estaduais de Morte Materna, 4 tinham sido desativados e 5 estavam em reestruturação. Os 18 restantes, correspondentes aos estados do Acre, Roraima, Amazonas, Tocantins, Bahia, Sergipe, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal, foram considerados atuantes. No mesmo ano, foi registrada a existência de 137 Comitês Regionais, 254 Municipais e 44 Hospitalares.

Apesar de constituir estratégia bem aceita por todos os estados brasileiros, a implantação de comitês oscila entre avanços e retrocessos. Isso indica a necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade.

Conceito

Os Comitês de Morte Materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher.

Objetivos

- Conscientizar os formuladores de políticas, as instituições de assistência, as equipes de saúde e a comunidade sobre a gravidade da morte materna, seus efeitos sociais e de saúde e as formas de evitá-la.
- Aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre os níveis da morte materna, suas causas e os fatores de risco associados.
- Avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, bem como a relação entre as condições de vida e os riscos de mortalidade materna.
- Recomendar ações adequadas ao combate às mortes maternas no que se refere à legislação, distribuição de recursos, organização de serviços, formação/reciclagem de recursos humanos e participação comunitária.
- Garantir a comparabilidade de dados de Mortalidade Materna em níveis nacional, regional e local, fortalecendo e/ou adequando os sistemas estatísticos disponíveis e, assim, tornando possível

examinar as tendências da mortalidade e identificar os subgrupos mais vulneráveis da população.

Finalidades e Funções

Investigação de Óbito,

- Realização de investigações dos óbitos maternos nas localidades onde o setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde não está capacitado. Ou, ainda, quando essa for a decisão local.

a) Da Natureza do Óbito

- Triagem dos óbitos declaradamente maternos, dos não-maternos e dos presumíveis e preenchimento da ficha de investigação.
- Investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil para identificação de mortes maternas não declaradas.

b) Das Circunstâncias em que Ocorreu o Óbito

- Verificação das condições de assistência à mulher.
- Identificação das características da estrutura social (família e comunidade).

Análise do Óbito

- Avaliação dos aspectos da prevenção da morte: definição da evitabilidade do óbito materno.
- Identificação dos fatores de evitabilidade:
 - a) da comunidade e da mulher;
 - b) profissionais;
 - c) institucionais;
 - d) sociais;
 - e) intersetoriais;

- f) inconclusivos;
- g) ignorados.

Informação

- Participação na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações oficiais.
- Divulgação de relatórios para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas.

Educação

- Promoção da discussão de casos clínicos nos Comitês Hospitalares.
- Promoção do debate sobre a persistência dos níveis de mortalidade materna a partir de evidências epidemiológicas.
- Promoção do debate sobre a problemática da mortalidade materna mediante realização de eventos de prevenção, de programas de reciclagem e de educação continuada e da produção de material educativo.

Definição de Medidas Preventivas

- Elaboração de propostas de medidas de intervenção para a redução do óbito materno a partir do estudo de todos os casos.

Mobilização

- Promoção da interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.

Caráter dos comitês

Os Comitês são fundamentalmente interinstitucionais e multiprofissionais. Sua atuação é técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

Composição

A escolha dos membros dos Comitês de Morte Materna depende das características das instituições e da população de cada região. É fundamental que sejam constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas com o atendimento à mulher e o registro de eventos vitais ou, ainda, que tenham capacidade técnica para desempenhar a referida função.

Os Comitês de Morte Materna podem ter, como formação básica, representantes das seguintes instituições:

- Secretarias de Saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica, Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde);
- Conselho Regional de Medicina; Conselho Regional de Enfermagem;
- Sociedades científicas de ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras;
- Movimento de mulheres;
- Faculdades de medicina, enfermagem e saúde pública;
- Conselhos de Saúde.

Organização dos Comitês

Embora municípios e instituições de saúde tenham autonomia para organizar Comitês de Morte Materna, é mais comum que eles se estabeleçam a partir da formação do Comitê Estadual de Morte Materna (CEMM).

De qualquer maneira, é importante que Comitês municipais e hospitalares estejam vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, de forma a obter o apoio técnico-administrativo essencial ao exercício de suas funções, atuando como órgãos de assessoria técnica para correção de estatísticas oficiais, definição de estratégias e acompanhamento da execução das mesmas.

O primeiro passo para a criação de um Comitê de Morte Materna é a promoção de um seminário ou oficina para sensibilizar os representantes das instituições escolhidas para compô-lo. Nessa ocasião, é aconselhável colocar em debate: as informações relativas à assistência obstétrica e ao planejamento familiar; os dados e classificações de óbitos maternos disponíveis e as características, funções, finalidades e operacionalização dos Comitês. Uma vez confirmado o interesse das instituições presentes em compor o Comitê de Morte Materna, é feita a convocação oficial.

Alguns Comitês promovem seminários, oficinas ou cerimônias de posse de seus membros para informar a população em geral do início de suas atividades. Outros realizam a primeira reunião, quando se debate uma proposta de regimento interno (ver Anexo 2). Nas reuniões seguintes, é elaborado um plano de ação.

Comitês estaduais geralmente incluem seu plano de ação como atividade inicial à formação de comitês regionais ou municipais. Os demais comitês costumam iniciar suas atividades com a investigação imediata dos óbitos maternos.

Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna

A existência de estatísticas sanitárias é bastante antiga. Sua organização remonta à implantação dos serviços públicos de saúde, no século passado. No entanto, o conceito de vigilância epidemiológica ainda é recente, mesmo nos países com boa estrutura de informações sanitárias.

A Vigilância Epidemiológica é definida como "a observação e a análise rotineira tanto da ocorrência e distribuição das doenças como dos fatores relacionados ao seu controle, para a execução oportuna das ações".

A Portaria n° 1.399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999, estabelece na seção III, artigo 3°, inciso XIII, que a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades. Entende-se, daí, que as ações de vigilância epidemiológica de morte materna devem ser executadas pelas Secretarias Municipais e, de forma complementar ou suplementar, pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Dada a importância da realização dessa prática, nos locais onde os setores de vigilância epidemiológica não estão aptos a assumi-la, recomenda-se que os Comitês de Morte Materna o façam. Neste caso, as atividades devem ser desenvolvidas em profunda parceria

com os departamentos de vigilância epidemiológica, de forma a alimentar seus sistemas de informação de estatísticas vitais.

Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito (D.O.) é um documento oficial que serve como prova da morte de um indivíduo. Ela atende a duas finalidades básicas: cumprir as exigências legais de registro dos óbitos e servir de fonte de dados para estatísticas sanitárias. É especialmente importante no que se refere à vigilância epidemiológica da morte materna, servindo como ponto de partida para as investigações.

Segundo a lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973, artigo 77, nenhum sepultamento deve ser feito sem certidão de óbito emitida pelo cartório local, extraída após lavratura do assento do óbito à vista da D.O. As informações declaradas ficam registradas nos Livros de Registro competentes e não são modificadas, a não ser por decisão judicial.

O modelo de Declaração de Óbito adotado no Brasil desde 1999 é constituído de 9 blocos e contém 62 variáveis (ver Anexo 3). O bloco destinado à declaração das causas da morte foi elaborado segundo o "Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa da Morte", usado em todos os países e recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Preenchimento da Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito deve ser preenchida pelo médico em três vias. Conforme os termos do artigo 115 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico deixar de atestar óbito do paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver suspeita de morte violenta. A resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.601/

2000, por sua vez, veda ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo se o fizer como plantonista ou médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Nos casos de morte natural sem assistência médica, a D.O. deve ser fornecida somente pelos médicos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Caso o local não conte com esse serviço, o atestado deve ser assinado pelos médicos do serviço público de saúde local. Na falta deles, qualquer médico local pode atestar a morte, especificando, entretanto, "óbito sem assistência médica" (nesses casos, o médico deve sempre constatar pessoalmente o óbito). Não havendo médico na localidade, a Declaração de Óbito deve ser emitida por um declarante e duas testemunhas maiores e idôneas, podendo ser parentes do morto que presenciaram ou se certificaram do óbito.

Já nos casos de morte natural com assistência médica, a D.O. do paciente internado sob regime hospitalar deve ser fornecida pelo médico que o assistiu ou, na sua ausência, por médico substituto pertencente à instituição. Se o paciente estava em tratamento sob regime ambulatorial, a D.O. deve ser fornecida pelo médico que prestava assistência ou pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Se a morte ocorreu de forma violenta ou não natural, a D.O. deve, obrigatoriamente, ser fornecida pelo Instituto Médico-Legal (IML). Nas localidades sem IML, cabe à autoridade policial nomear duas pessoas idôneas, de preferência técnicos em peritagem, para este mister.

Em caso de morte súbita com causa desconhecida, recomenda-se investigar as causas da morte por meio de estudo anatomopatológico.

Do ponto de vista epidemiológico, o bloco VI da D.O., referente ao atestado médico do óbito, é uma das partes mais importantes, pois contém valiosas informações sobre a causa da morte. Ele deve ser preenchido de forma a permitir a correta identificação da causa básica, isto é, da "doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal". A seguir, são apresentados exemplos de D.O. preenchidas incorretamente.

1º EXEMPLO:

Mulher atendida na emergência às 22h com quadro de queda da pressão arterial, hemoglobina de 7 gel, volume globular de 28%, dor à palpação de abdome, distensão abdominal e macicez de decúbito. Às 23h, foi encaminhada para laparotomia e recebeu 2 unidades de concentrado de hemácias. Na cirurgia, sofreu parada cardíaca. Durante a laparotomia, constatou-se quadro de gravidez ectópica rota.

Causas da morte na D.O.:

Parte I

- a) Parada cardiorrespiratória
- b) Insuficiência renal aguda
- c) Choque hipovolêmico

Comentário: o médico que cuidou do caso constatou a gravidez ectópica rota mas não a declarou na D.O. A forma correta de preenchimento seria:

Parte I

- a) Falência de órgãos

- b) Choque hipovolêmico
- c) Gravidez ectópica rota

2º EXEMPLO:

Parturiente de 23 anos, III gesta, I para, I aborto, 10 consultas de pré-natal desde janeiro. Internada no dia 28.09.97, às 2h, com história de gestação no curso do 9º mês, em trabalho de parto, apresentação cefálica, dilatação cervical de 6 cm, PA 110X60. Deu à luz às 5h45 do mesmo dia. Às 8h detectou-se hemorragia pós-parto, sendo a puérpera submetida à histerectomia subtotal e evoluindo para óbito às 9h40 no transoperatório.

Causas da morte na D.O.:

Parte I

- a) Anemia aguda
- b) Hemorragia intensa
- c) Coagulopatia intravascular disseminada

Comentário: Foi omitido que a coagulopatia foi decorrente de um quadro grave de hemorragia puerperal. A Declaração de Óbito deveria ter sido preenchida da seguinte maneira:

Parte I

- a) Choque hemorrágico
- b) Coagulopatia intravascular disseminada
- c) Hemorragia pós-parto

Parte II - Gestação de nove meses

3º EXEMPLO:

Parturiente de 15 anos, casada há 2 anos, primigesta, 9 consultas de pré-natal desde o 2º mês. No final da gestação diagnosticou-se, pelo ultra-som, posição fetal pélvica. Na ocasião, apresentavam-se quadros hipertensivos. Segundo familiares, "quando as dores apertaram, o marido levou para o hospital de madrugada e a médica deu uma injeção e disse que não estava na hora" (sic). A paciente passou a madrugada com dor e, como não melhorou, retornou ao hospital pela manhã, ficando em observação. Segundo o prontuário, às 7h, ela foi admitida em trabalho de parto com idade gestacional de 40 semanas e DHEG leve. Na sala de pré-parto houve evolução do quadro com pico hipertensivo de 190X110mmhg, e a paciente foi medicada com Aldomet 750mg/dia e Hidralazina. Às 14h15 foi indicada cesárea devido à apresentação pélvica. Detectados feto morto em primigesta e evolução de DHEG leve para grave. Por ocasião da indução anestésica, a paciente teve convulsões generalizadas que persistiram no transoperatório, evoluindo com parada cardiorrespiratória irreversível. O corpo foi encaminhado para o SVO, cujo laudo foi:

- Causa indeterminada
- Edema cerebral
- Congestão polivisceral

Causas da morte na D.O.:

Parte I

- a) A esclarecer dependendo de exames complementares.
- b)
- c)

Comentário: O médico patologista não recebeu as informações sobre a história de saúde da paciente e, assim, não conseguiu determinar a causa de óbito. Na realidade, o próprio médico que atendeu à paciente já tinha feito o diagnóstico. O atestado de óbito deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

Parte I

- a) Convulsões eclâmpicas
- b) Eclâmpsia grave

Parte II - Gestação de nove meses

Feto morto

4º EXEMPLO

Paciente de 19 anos, casada há 1 ano, primigesta, fez pré-natal desde o 2º mês de gestação. A partir do 4º mês foi diagnosticada gestação de alto risco. No 5º mês, a gestante esteve internada e foi aconselhada a interromper a gravidez. Antes da data prevista para a interrupção, teve uma parada cardíaca. Foi internada com diagnóstico de cardiopatia reumática descompensada. No 3º dia de internação teve nova parada cardíaca, respondendo às manobras de ressuscitação. Foi feita cesárea para retirada de feto morto. Às 20h fez outra PCR em assistolia sem resposta às manobras.

Causas da morte na D.O.:

Parte 1

- a) Edema e congestão pulmonar
- b) Cardiopatia dilatada
- c) Cardiopatia reumática crônica com estenose mitral acentuada

Comentário: foi omitido o estado gestacional da paciente, a causa verdadeira da descompensação de seu estado de saúde. Assim, o atestado deveria ter sido preenchido da seguinte forma:

Parte I

- a) Edema e congestão pulmonar
- b) Cardiopatia dilatada
- c) Cardiopatia reumática crônica complicada pela gestação

Parte II - Cardiopatia reumática crônica com estenose mitral acentuada

Gestação de 5 meses

5º EXEMPLO

Paciente de 21 anos, branca, solteira, estudante, última gestação em 20.08.97, gesta II, aborto II, usava anticoncepcional hormonal. Admitida em 23.01.98 às 11 h30, com 3 a 4 meses de gestação e sangramento vaginal. No momento da admissão, apresentava quadro de choque hipovolêmico com P.A. 60X30 mm hg, pulso 120 bpm e mucosas hipocoradas. Por ocasião do internamento, a paciente negava a gravidez.

Diagnosticou-se aborto incompleto infectado, sendo indicada curetagem uterina sob anestesia peridural e administradas 30 unidades de Syntocinon. Após a curetagem, apresentava hemorragia uterina. Às 12h45 perdeu o acesso venoso, sendo transferida para a UTI do hospital B com diagnóstico de choque hipovolêmico e septicemia por abortamento infectado. O óbito ocorreu às 15h05.

Causas da morte na D.O.:

Parte I

- a) Choque septicêmico
- b) Endometrite

Comentário: O preenchimento da D.O. foi incorreto. A causa básica do óbito (aborto não especificado complicado com hemorragia - CID 006.1) não foi mencionada. A maneira correta de preenchimento seria:

Parte I

- a) Choque septicêmico
- b) Endometrite
- c) Aborto incompleto infectado

Vale lembrar que os Manuais de Preenchimento da Declaração de Óbito elaborados pelo CENEPI estão disponíveis gratuitamente nos setores de vigilância sanitária de todas as secretarias de saúde.

Fluxo da Declaração de Óbito

A Portaria número 474/00 da Fundação Nacional de Saúde, que regulamenta a coleta, o fluxo e a periodicidade do envio de dados sobre óbitos para o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), define que as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pelo fornecimento gratuito de D.O. a estabelecimentos de saúde, IML, SVO, Cartórios do Registro Civil e médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em caso de óbito natural ocorrido em estabelecimentos de saúde, a primeira das três vias da D.O. deve ser entregue preenchida

diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. A segunda via deve ser entregue à família da falecida para a obtenção da certidão de óbito junto ao Cartório do Registro Civil, que reterá o documento. A terceira deve ser arquivada no prontuário da falecida. Já nos casos de óbitos naturais sem assistência médica ou por causas acidentais ou violentas, esse fluxo deve ser seguido, também, pelo IML, pelo SVO e pelo cartório, quando for o caso.

Nos municípios onde há serviço de funerária oficial (central de óbitos), as três vias da D.O. preenchidas pelos médicos devem ser encaminhadas pela família da falecida a essa agência. A primeira e terceira vias serão utilizadas para liberação do corpo junto à Secretaria Municipal de Saúde, e a segunda, para o registro do óbito em cartório.

Finalmente, quando chegam às Secretarias Municipais de Saúde, os dados das D.O. são encaminhados às Secretarias Estaduais, responsáveis pela alimentação do Sistema de Informação de Mortalidade. Estas, por sua vez, enviam os dados já consolidados para a FUNASA a cada três meses, obedecendo ao seguinte calendário: 10 de abril, 10 de julho, 10 de outubro e 10 de janeiro do ano seguinte. O fechamento estatístico de cada ano pela FUNASA deverá ocorrer até o dia 30 de junho do ano subsequente.

É importante ressaltar que as D.O. são registradas no local do óbito, que não é necessariamente o mesmo onde morava a mulher, o que permite a classificação do óbito por local de ocorrência e residência. Assim, nos casos de morte fora da localidade de domicílio, é recomendável que se enviem cópias da D.O. e da ficha de investigação ao setor de vigilância epidemiológica ou ao Comitê do lugar de residência da falecida.

Identificação e Investigação dos Óbitos Maternos

A Investigação dos Óbitos Maternos proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção desse tipo de morte no futuro. Ela deve ser iniciada pelos profissionais que digitam os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e/ou realizada pelos setores de vigilância epidemiológica ou pelos Comitês, dependendo da demanda local.

Nesse último caso, é importante que os membros dos Comitês que não fazem parte do quadro administrativo das Secretarias de Saúde sejam oficialmente credenciados por autoridades dessas instituições, de forma a facilitar a investigação nos hospitais e demais serviços de saúde (ver Anexo 4).

Amparados por portarias governamentais e credenciados por autoridades sanitárias, os membros do Comitê responsáveis pelas investigações são elementos representativos da estrutura governamental, estando, portanto, aptos a acessar os prontuários médicos. No entanto, para evitar possíveis entraves ao trabalho, o Comitê pode definir que membros de associações comunitárias que não são profissionais de saúde não sejam destacados para funções investigativas.

Fontes de Informação

Para a detecção eficaz do maior número de casos de óbito materno e a captação de informações detalhadas sobre cada uma dessas mortes, é preciso promover a integração de dados provenientes de fontes diversas.

As informações relativas ao óbito de mulheres em idade fértil devem, portanto, ser pesquisadas não só nos cartórios de registro

civil, mas também nos setores de estatística das Secretarias de Saúde. É recomendável consultar, sempre que possível, os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e, nos municípios atendidos pelos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, do Sistema de Informação de Ações Básicas (SIAB).

Nas regiões onde há elevada omissão de registro de óbitos e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, é conveniente checar fontes alternativas de informação, como igrejas, cemitérios não oficializados, associações de moradores, curandeiros e parteiras, entre outras. Isto requer a articulação dos setores de vigilância epidemiológica e dos Comitês com todos esses segmentos, de forma a assegurar a obtenção de dados com regularidade e periodicidade.

Investigação

Ao iniciar a investigação de óbitos maternos, deve-se verificar nas regionais, municípios ou distritos se o fluxo das D.O. está formalizado e se é ágil. Do contrário, medidas de regularização desse fluxo devem ser tomadas, assegurando a chegada das D.O. às Secretarias Municipais de Saúde no período mais breve possível (de preferência, no máximo 30 dias após o óbito).

Uma vez que o óbito da mulher conduz, com frequência, à desintegração familiar com mudança de domicílio, a agilidade no fluxo da D.O. é muito importante - só assim é possível efetuar a tempo a visita domiciliar, fonte de importantes esclarecimentos sobre óbito materno.

Triagem dos Óbitos

Recomenda-se que todos os óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos sejam analisados para que os casos de morte materna não

declarada não escapem ao investigador. Nas etapas iniciais de operacionalização ou quando não há disponibilidade de tempo, devem ser investigados, pelo menos, os óbitos maternos declarados e os presumíveis.

De posse da cópia da D.O., deve-se proceder ao mapeamento dos óbitos de mulheres em idade fértil (Anexo 5). A partir desse ponto, outros membros da equipe devem ser mobilizados para integrar a investigação dos possíveis casos de óbito materno não declarado.

Levantamento de Dados

Munido de credencial, Carta de Apresentação (ver Anexo 6), cópia da D.O. e Instrumento de Notificação de Óbito de Mulher em Idade Fértil, o representante do Comitê ou o técnico da Vigilância Epidemiológica deve dirigir-se à instituição hospitalar ou ao domicílio da falecida para confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes.

Se durante a entrevista domiciliar ou na investigação nos serviços de saúde ficar evidente que a mulher não estava grávida no momento do óbito, não há necessidade de dar prosseguimento à investigação.

Se a investigação iniciar pela visita domiciliar e for confirmada a gestação, o investigador deve continuar a entrevista, a fim de obter as informações necessárias ao preenchimento da parte B do Instrumento de Investigação Confidencial do Óbito Materno. Para preencher as partes C e D do Instrumento de Investigação e, assim, concluir a pesquisa, devem ser procurados os serviços de saúde que atenderam a mulher ou, quando for o caso, o SVO ou o IML. Essa busca visa levantar o maior número possível de informações

mediante a análise de prontuários ambulatoriais e hospitalares, laudos do SVO ou do IML ou entrevistas com os profissionais de saúde que atenderam a mulher. Caso a visita domiciliar não seja conclusiva, essas etapas assumem importância ainda maior.

Da mesma forma, se a investigação iniciar pelos serviços de saúde e não for conclusiva, recomenda-se que seja feita a entrevista domiciliar para confirmar o óbito materno e completar as lacunas das partes A e B do Instrumento de Investigação. Quando necessário, deve-se procurar também o IML para o preenchimento da parte D. Se for possível confirmar o óbito materno e preencher as partes B e C do Instrumento apenas com a visita aos centros de saúde, pode-se encerrar a investigação.

É fundamental a articulação com o IML e SVO para que as necrópsias realizadas em mulheres em idade fértil incluam o exame anátomo-patológico do útero e anexos.

No Anexo 7 encontram-se os modelos dos Instrumentos e da Ficha-Resumo de Investigação Confidencial de Óbitos Maternos. Se o Comitê optar pelo uso de uma simplificação desses modelos, é aconselhável que se mantenham as mesmas variáveis de informações coletadas, de modo a garantir a consolidação dos dados nos âmbitos nacional e estadual.

Nos casos de óbito materno não declarado ou sem assistência médica, deve-se proceder à entrevista domiciliar para o preenchimento das partes A e B do Instrumento de Investigação. Além dos familiares, sugere-se que sejam ouvidos amigos ou pessoas que atenderam ou acompanharam a falecida antes, durante ou após a gestação ou aborto e por ocasião do óbito.

Correção dos Dados Notificados

Do ponto de vista estatístico, a correção das informações sobre as causas de morte é um procedimento fácil. Não há necessidade de refazer os registros em cartório. Tanto comitês municipais, regionais ou estaduais quanto o setor de vigilância epidemiológica podem, após investigação, anotar os esclarecimentos com a real causa de óbito em folha anexa à D.O. e corrigir os dados no SIM, tomando cuidado para não causar duplicidade de registro. O óbito que não tem D.O. pode constar nos relatórios dos Comitês.

Análise do Óbito Materno

Depois de efetuar o preenchimento do Instrumento de Investigação do Óbito Materno, o Comitê ou o setor de Epidemiologia deve promover reunião para analisar ampla e detalhadamente os casos.

Na ocasião, deve-se analisar o perfil socioeconômico da falecida, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, a precisão dos dados da Declaração de Óbito, se era um óbito materno declarado ou não, se a morte era evitável e quais seriam os fatores de evitabilidade e as medidas de prevenção cabíveis.

Nesse momento é fundamental a participação dos membros do Comitê especialistas em obstetrícia para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher. Quando o município não dispõe de médicos em condições de realizar esta avaliação, os comitês regional ou estadual devem colaborar com o municipal, garantindo a análise dos óbitos.

A experiência de alguns comitês mostra que convidar para essas reuniões chefes de centros de saúde e hospitais ou os profissionais de saúde que atenderam a mulher pode ser muito produtivo na correção imediata das irregularidades assistenciais que levaram ao óbito.

Cientes de que o propósito da investigação de óbito materno não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas tão-somente prevenir a morte por causas similares no futuro, os setores de vigilância epidemiológica e os comitês devem definir os critérios que utilizarão para estabelecer a evitabilidade de cada óbito materno.

Assim, é necessário procurar aplicar critérios de evitabilidade que não se limitem à análise das medidas terapêuticas adotadas, mas que levem em conta os seguintes fatores:

- Da comunidade e da mulher: considerar os casos em que ocorreu uma recusa em procurar a assistência necessária ou em seguir as orientações dos profissionais de saúde por questões culturais e religiosas. Ou, ainda, por falta de reconhecimento do problema.
- Profissionais: considerar os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atenderam à mulher. São exemplos disso a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros. Nesses casos, deve-se tomar como referência as diretrizes dos manuais técnicos.
- Institucionais: considerar os casos em que problemas político-administrativos contribuíram para o óbito, tais como falta de captação precoce e busca ativa da mulher, carência de leitos obstétricos, falta de sangue, hemoderivados ou medicamentos e inexistência de sistema de referência e contra-referência formalizado para tratamento clínico-ginecológico e obstétrico, entre outros.

- Sociais: considerar os casos em que as condições socioeconômicas desfavoráveis da mulher contribuíram para o óbito, tais como desemprego, baixa renda familiar e baixa escolaridade da mulher, entre outros.
- Intersetoriais: considerar os casos em que a falta de equipamento social contribuiu para o óbito. Como exemplos, pode-se citar a disponibilidade limitada de meios de transporte, a inexistência de estradas, a segurança pública ineficiente e a falta de saneamento básico, entre outros.

Elaboração e Divulgação do Relatório

Terminadas as etapas de investigação e análise dos óbitos, o próximo passo é a elaboração de um relatório contendo os estudos dos casos analisados e as medidas de prevenção formuladas para estimular a redução da mortalidade materna naquela área de abrangência.

Assim, a cada três meses, os comitês regionais ou municipais enviam os mapas de óbitos de mulheres em idade fértil e cópias das fichas-resumo de investigação para o Comitê Estadual de Morte Materna. De posse desses dados, o Comitê Estadual os consolida e elabora um relatório anual descrevendo a situação no Estado.

A forma de organizar a informação produzida fica a critério de cada Comitê. É válido, no entanto, destacar algumas tabulações mínimas para fins de consolidação e comparação dos dados:

1. Óbitos de mulheres em idade fértil em cada município e número de óbitos maternos anual.

2. Óbitos maternos e número de nascidos vivos por município (SINASC) e as Razões de Mortalidade Materna de cada localidade.
3. Óbitos maternos e razão de mortalidade anual por grupos etários (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49).
4. Óbitos e razão de mortalidade segundo a instituição onde ocorreu o óbito.
5. Óbitos e razão de mortalidade segundo o número de consultas e o início do pré-natal.
6. Óbitos maternos e razão de mortalidade por causas diretas e indiretas. Óbitos não obstétricos.
7. Óbitos maternos por grupos de causas e Razão de Mortalidade Específica por causas mais comuns.
8. Óbitos maternos evitáveis por grupos de causas.
9. Óbitos maternos evitáveis e não-evitáveis por município de residência.
10. Listagem de óbitos maternos e seus principais fatores intervenientes.

Além das tabelas básicas, outras poderão ser elaboradas levando-se em conta características socioeconômicas da mulher, condições físicas do recém-nascido ou número de gestações da falecida, entre muitos outros fatores.

Após as tabelas, o relatório expõe os estudos de cada um dos casos clínicos analisados, abordando: os dados pessoais da falecida; dados do óbito; antecedentes e fatores de risco; dados do pré-natal; dados do parto ou aborto; dados do recém-nascido; dados da anestesia; dados do puerpério imediato e tardio; dados da atenção hospitalar; causa do óbito na D.O.; laudo da necropsia, quando houver; classificação do óbito após investigação e comentários a respeito do

caso. Ao final, o relatório dedica um capítulo a propostas de medidas de prevenção e intervenção.

É importante que as informações reveladas não permitam a identificação da mulher, dos profissionais e instituições de saúde que a atenderam, a fim de evitar problemas ético-legais.

Este relatório deve ser apresentado aos membros dos comitês regionais e municipais, estudiosos do assunto e principalmente às autoridades de saúde, visando definir novas estratégias para a redução dos índices da mortalidade materna no Estado. É importante divulgá-lo também junto aos meios de comunicação, de forma a atingir o público em geral e mobilizar a sociedade.

Os canais de divulgação podem incluir: publicações médicas e de saúde (revistas, boletins e outros); publicações oficiais do Sistema de Saúde (boletins e informativos de vigilância, por exemplo); meios de comunicação em geral.

Propostas para intervenções

Evidentemente, o Comitê não deve esperar pelo relatório anual para propor medidas de intervenção. A principal tarefa do Comitê é perceber em cada caso investigado o que deve ser modificado para evitar novas mortes e comunicar isto àqueles que podem conduzir ou realizar estas mudanças. Só assim será capaz de contribuir para a redução da mortalidade.

Sabemos que são as Secretarias de Saúde e os diretores dos serviços de saúde os responsáveis pela definição e implementação

de ações. Os Comitês, no entanto, têm o dever de apontar os problemas existentes e sugerir a estas instâncias e outras da sociedade civil alternativas para solucioná-los.

Avaliação

O Comitê deve acompanhar a avaliação sistemática dos indicadores de processo e de impacto da assistência obstétrica, que deve ser realizada pelas áreas técnicas das Secretarias de Saúde. A inexistência desta avaliação por parte das Secretarias deve ser objeto de demanda por parte do Comitê, uma vez que a assistência obstétrica é o principal instrumento do setor saúde para o combate à mortalidade materna.

Interlocação com Gestores

É absolutamente indispensável que os gestores da área de saúde tenham conhecimento dos problemas existentes em sua região. Só assim eles podem investir de forma eficiente em políticas que atendam às necessidades sanitárias de sua população. Deste modo, a presidência do Comitê ou todo o colegiado deve trabalhar para manter a interlocação permanente com os gestores em sua área de abrangência de modo a participar da elaboração dos Planos Anuais para Redução da Mortalidade Materna.

O Comitê também deve procurar o diálogo com outras instituições não pertencentes ao segmento saúde, mas que estejam envolvidas na resolução da problemática da morte materna, de forma a solicitar a sua participação na implementação de alternativas.

Recursos

Os recursos para a operacionalização dos Comitês de Morte Materna devem ser fornecidos pela direção do Sistema Único de Saúde em

suas diferentes instâncias. As instituições da sociedade civil organizada também podem contribuir com a cessão dos seus técnicos para atuação junto aos Comitês.

Os profissionais de saúde que constituem os recursos humanos dos Comitês podem já atuar nos setores de vigilância epidemiológica existentes, aproveitando sua disponibilidade parcial de carga horária e/ou de vínculo empregatício para a execução das funções do Comitê.

Os recursos materiais, por sua vez, devem ser providos por meio de apoio logístico das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde.

Finalmente, os recursos financeiros podem ser obtidos mediante custeio de atividades na área de Epidemiologia e controle de doenças, sistematizadas na portaria MS 1.399, de 15 de dezembro de 1999.

Anexos

Anexo I

CAPÍTULO XV DA CID 10

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Exclui: Doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 - B24)
Necrose pós-parto da hipófise (E23.0)
Osteomalácia puerperal (M83.0)
Tétano obstétrico (A34)
Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53)

000-008 Gravidez que termina em aborto

- 000 Gravidez ectópica
- 001 Mola hidatiforme
- 002 Outros produtos anormais da concepção
- 003 Aborto espontâneo
- 004 Aborto por razões médicas e legais
- 005 Outros tipos de aborto
- 006 Aborto não especificado
- 007 Falha de tentativa de aborto
- 008 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

010-016 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

- 010 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério
- 011 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

- 012 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão
- 013 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa
- 014 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa
- 015 Eclâmpsia
- 016 Hipertensão materna não especificada

020-029 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

- 020 Hemorragia do início da gravidez
- 021 Vômitos excessivos na gravidez
- 022 Complicações venosas na gravidez
- 023 Infecções do trato geniturinário na gravidez
- 024 Diabetes mellitus na gravidez
- 025 Desnutrição na gravidez
- 026 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez
- 028 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe
- 029 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

030-048 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto

- 030 Gestação múltipla
- 031 Complicações específicas de gestação múltipla
- 032 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto

- 033 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita
- 034 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos
- 035 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas
- 036 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados
- 040 Polihidrâmnio
- 041 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico
- 042 Ruptura prematura de membranas
- 043 Transtornos da placenta
- 044 Placenta prévia
- 045 Descolamento prematuro da placenta [*abruptio placentae*]
- 046 Hemorragia anteparto não classificada em outra parte
- 047 Falso trabalho de parto
- 048 Gravidez prolongada

060-075 Complicações do parto e do trabalho de parto

- 060 Parto pré-termo
- 061 Falha na indução do trabalho de parto
- 062 Anormalidades da contração uterina
- 063 Trabalho de parto prolongado
- 064 Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má-apresentação do feto
- 065 Obstrução do trabalho de parto devido à anormalidade pélvica da mãe
- 066 Outras formas de obstrução do trabalho de parto
- 067 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte
- 068 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal

- 069 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical
- 070 Laceração do períneo durante o parto
- 071 Outros traumatismos obstétricos
- 072 Hemorragia pós-parto
- 073 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias
- 074 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto
- 075 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificadas em outra parte

080-084 Parto

- 080 Parto único espontâneo
- 081 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator
- 082 Parto único por cesariana
- 083 Outros tipos de parto único assistido
- 084 Parto múltiplo

085-092 Complicações relacionadas predominantemente ao puerpério

- 085 Infecção puerperal
- 086 Outras infecções puerperais
- 087 Complicações venosas no puerpério
- 088 Embolia de origem obstétrica
- 089 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério
- 090 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte
- 091 Infecções mamárias associadas ao parto
- 092 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

095-099 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

- 095 Morte obstétrica de causa não especificada
- 096 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto
- 097 Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas
- 098 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério
- 099 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério

Observações:

008 - Este código só deve ser usado para classificar morbidade.

030 - Não deve ser usado para codificação de causa básica.

032 - Não deve ser utilizado se houver menção de 033. Se isto ocorrer, usar 033.

033.9 - Não deve ser utilizado se houver menção de 033.0-033.3. Nesses casos, usar a 033.0-033.3.

064 - Não deve ser usado se houver menção de 065. Se isto ocorrer, usar 065. 080 - 084 - Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique como complicações não especificadas de trabalho de parto e parto 075.9.

095 - Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente "materna" ou obstétrica.

Anexo 2

Modelo de Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO

TÍTULO 1

DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS

Art. 1º. A Secretaria Estadual/Municipal de Saúde ou o Conselho Estadual/Municipal de Saúde, institui o Comitê Estadual/ Regional/Municipal de Mortes Maternas (CMM), de acordo com as prerrogativas conferidas pelos artigos de seu Regimento Interno.

Art. 2º. O CMM é um comitê interinstitucional com o objetivo de obter informações confidenciais sobre mortes maternas ocorridas no Estado/Região/Município.

TÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3º. São finalidades do CMM:

I - divulgar a necessidade de instalação dos comitês regionais/municipais locais de mortalidade materna;

II - reunir dados levantados em nível regional local, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade materna e dos fatores que as provocam;

III – Elaborar relatório analítico anualmente;

IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

TÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º. Serão membros natos: (relação de instituições governamentais participantes)

Art. 50. Serão membros indicados: (relação de instituições não governamentais e técnicos de reconhecida atuação no campo)

Art. 6º. Serão membros convidados:

Parágrafo único: Os membros convidados terão direito a voz, porém, não a voto.

Art. 7º. A presidência e a vice-presidência do Comitê serão preenchidas por um membro eleito entre seus pares, com mandato de dois/três/quatro anos.

TÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º. O CMM receberá apoio administrativo da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde por meio do departamento competente.

Para Comitês Estaduais:

Art. 9º. O CMM estará representado em nível regional pelos Comitês Regionais de Mortes Maternas.

Art. 10º. O CMM reunir-se-á ordinariamente uma/duas/... vez(es) a cada um/dois.... mês(es) e, extraordinariamente, quantas vezes forem necessárias, por convocação de seu presidente.

Art. 11°. As decisões serão tomadas por maioria simples, cabendo ao presidente o voto de desempate.

TÍTULO V DA COMPETÊNCIA

Art. 12°. Ao presidente compete:

Art. 13°. Ao vice-presidente compete:

Art. 14°. Ao secretário-executivo compete:

Art. 15°. Aos membros do Comitê compete:

TÍTULO VI (No caso de Comitês Estaduais) DOS COMITÊS REGIONAIS

Art 16°. Os Comitês Regionais de Mortes Maternas (CRMM) são comitês interinstitucionais cujo objetivo é obter informações sigilosas sobre óbitos maternos ocorridos em nível regional.

Art. 17°. O CRMM será constituído com as mesmas características do CEMM.

Art. 18°. A atuação do CRMM se dará conforme o seguinte fluxo:

TÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 - Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

Art. 20 - Este Regimento entrará em vigor após sua publicação.

Anexo 3 Declaração de Óbito



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito Nº 1900872

I	Cartório	1) Cartório	Código	2) Registro	3) Data	
		4) Município	5) UF	6) Cemitério		
II	Identificação	7) Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input type="checkbox"/> 2 - Não fetal	8) Óbito Data _____ Hora _____	9) RIC	10) Naturalidade	
		11) Nome do falecido	12) Nome do pai			
		13) Nome da mãe	14) Data de nascimento			
III	Residência	15) Idade Anos completos _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____	16) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem.	17) Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Negra <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado		
		18) Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 - União consensual <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	19) Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado		20) Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, cotar a ocupação habitual anterior) _____ Código _____	
		21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento	22) CEP
		23) Bairro/Distrito	Código	24) Município de residência	Código	25) UF
IV	Ocorrência	26) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estad. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	27) Estabelecimento _____ Código _____			
		28) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	29) CEP	
V	Fetal ou menor que 1 ano	30) Idade	31) Município de ocorrência	Código	23) UF	
		32) Baixo/Distrito	Código	31) Município de ocorrência	Código	
VI	Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO				
		INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
		33) Idade	34) Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	35) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	36) Número de filhos vivos Nascidos vivos _____ Nascidos mortos _____	
		37) Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 7 - Ignorado	38) Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	39) Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	40) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	
		OBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA		
		41) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	42) A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	43) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:				
		44) Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	45) Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	46) Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
		47) CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
		a) Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte		b) Obito ou como consequência de:		
c) Devido ou como consequência de:		d) Devido ou como consequência de:				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, no quadro acima.						
VII	Médico	48) Nome do médico	49) CRM	50) O médico que assinou atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVD <input type="checkbox"/> 5 - Outros		
		51) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	52) Data do atestado	53) Assinatura		
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
		54) Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado	55) Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	56) Fonte de informação <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado		
IX	Localidade	57) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência				
		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO				
		58) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código			
		59) Declarante	60) Testemunhas			

Anexo 4

Modelo de Credencial

Ofício n°

Prezado(a) Senhor(a),

Temos a honra de confirmar a participação de Vossa Senhoria no Comitê de Morte Materna, instalado neste Estado/ Região/ Município.

Para facilitar o desempenho das vossas atribuições, enviamos, anexo, sua Credencial.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração e apresentamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Presidente do Comitê de Morte Materna

ou

Secretário de Saúde

Anexo 6

Modelo de Carta para o Diretor Clínico

Ofício n°,

Senhor Diretor,

O Comitê de Morte Materna criado pela Portaria n°, e que atua de forma confidencial e sigilosa, está procedendo à investigação dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos com a finalidade de traçar o perfil epidemiológico das mortes maternas e sugerir intervenções de saúde que visem reduzi-las.

Para tanto, é necessário que o, membro desse Comitê, tenha acesso aos profissionais que atenderam as pacientes e/ou prontuários respectivos. Portanto, solicitamos que Vossa Senhoria facilite a investigação, participando, dessa forma, do processo que visa melhorar a atenção à saúde da mulher. Qualquer outra colaboração de Vossa Senhoria será bem recebida por este Comitê/Secretaria.

Sendo o que se apresenta para o momento, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Secretaria de Saúde/Presidente do Comitê

Parte B

Instrumento de Investigação Confidencial de óbito Materno (dados em domicílio)

Nome:
Número da D.O:

9. Dados Pessoais

9.1 Idade (em anos completos) _____ anos	9.2 Qual era a raça/cor dela? Branca 01 Amarelo 04 Preta 02 Vermelho (indigena) 05 Parda 03 Não sabe 99
9.3 Ela vivia com o companheiro? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe	
9.4 Ela frequentou a escola até que ano? Não frequentou 01 1º grau completo 02 1º grau incompleto 03 2º grau completo 04 2º grau incompleto 05 3º grau completo 06 3º grau incompleto 07 Não sabe 99	9.5 Qual era a renda total familiar no mês em que ocorreu a morte? (em salário mínimo) Sem renda 01 Menos de 1 salário 02 De 1 até 2 salários 03 Mais de 2 a 3 salários 04 De 4 a 6 salários 05 Mais de 6 salários 06 Não sabe 99

9.6 Calcule a renda per capita dividindo a renda total pelo número de membros da família.	9.7 A falecida tinha algum convênio privado de saúde? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe
---	---

10. História Obstétrica (excluindo a gestação atual) (caso alguma resposta não se aplique, marque 88)

10.1 Quantas vezes ela engravidou?	
10.2 Quantos foram partos vaginais?	
10.3 Quantos foram cesarianas?	
10.4 Quantas terminaram em aborto?	
10.5 Quantos nasceram vivos?	
10.6 Quantos nasceram mortos?	
10.7 Quando foi a última gestação anterior a esta? (anote o tempo e anos completos)	
10.8 Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores? 1. Sim 2. Não 88. Não se aplica 99. Não sabe	10.8 1 Em caso positivo, qual? _____ _____ _____

11. Antecedentes Pessoais

11.1 Ela tinha alguma doença, anterior à gravidez, conhecida pela família? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe	11.1.1 Em caso positivo, qual? (anotar todas que referir) _____ _____ _____
11.2 Fazia algum tratamento? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe	11.2.1 Em caso positivo, qual? (anotar todas que referir) _____ _____ _____

12.4.3 Por quê?

12.5 Se ela não fez o pré-natal, sabe o por quê?

13.1 Momento do óbito

1. Durante o aborto
2. Após aborto
3. Na gestação
4. No parto (até 1 hora após o parto)
5. No puerpério (até 42 dias do término da gestação)
6. Entre o 43º dia e até 1 ano após o término da gestação
99. Não sabe

13.2 Onde ocorreu?

1. No hospital
2. Em casa
3. Na via pública
4. Na casa da parteira
5. Outro lugar (especificar)

13.3 Em caso de hospital:

13.3.1 Nome do estabelecimento de saúde

13.3.2 Qual foi o setor hospitalar em que ocorreu o óbito?

1. UTI
2. Enfermaria
3. Centro obstétrico
4. Pronto atendimento
5. Outros
99. Não sabe

13.4 Endereço do local do óbito

14.1 Local do parto ou aborto

1. Hospital
2. Domicílio
3. Outro
99. Não sabe

14.1.1 Em caso de aborto/parto, em que data ocorreu?

____ / ____ / ____

14.1.2 Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?

Em caso de parto, passar para 14.2.1

1. *Sim*
2. *Não*
99. *Não sabe*

14.1.3 O aborto foi:

1. *Espontâneo*
2. *Induzido*
3. *Provocado*
99. *Não sabe*

14.1.4 Após o aborto a falecida apresentou algum deste sintomas?

1. *Não apresentou nada*
2. *Febre*
3. *Sangramento*
4. *Secreção vaginal com mau-cheiro*
5. *Dor na barriga*
6. *Dificuldade de urinar ou defecar*
7. *Falta de apetite/náuseas*
8. *Tonturas/desmaios*
9. *Tristeza/depressão*
10. *Outros*
99. *Não sabe (passar para o item 14.3)*

14.2.1 Qual foi o tipo de parto?

1. *Não teve parto, ela morreu com o bebê na barriga*
2. *Parto vaginal*
3. *Cesariana*
99. *Não sabe*

14.2.2 Quem fez o parto?

1. *Médico*
2. *Enfermeira*
3. *Parteira*
4. *Outros (especificar)*
99. *Não sabe*

14.2.3 Ela teve problema durante ou depois do parto?

1. *Sim*
2. *Não*
99. *Não sabe*

14.2.4 Se positivo, qual?

14.3 Em algum momento da gravidez, parto, aborto ou puerpério ela precisou ir para UTI?

1. *Sim*
2. *Não*
99. *Não sabe*

14.3.1 Se positivo a UTI era:

1. *No mesmo hospital*
2. *Em outro (qual?)*
3. *Não sabe*
4. *Não conseguiu vaga*

14.3.2 Ela teve alta depois que abortou ou pariu?

1. *Sim*
2. *Não*
99. *Não sabe*

14.3.3 Se positivo, qual o problema de saúde que ela teve depois do aborto/parto que levou a morte?

14.3.4 Ela foi internada novamente?

1. *Sim*
2. *Não (ir para o item 15)*
99. *Não sabe*

14.3.5 Se sim, aonde?

15. Condições do nascimento (em caso de parto domiciliar)

15.1 O bebê nasceu

1. *Sim*
2. *Não*
99. *Não sabe*

16. Alguma crítica em relação ao atendimento hospitalar ou a qualquer serviço de saúde que ela tenha procurado quando precisou resolver o problema que a levou à morte? (problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vagas, falta de medicamento, discriminação do serviço com relação à família, entre outras)



Nome do entrevistador:

Parte C

Instrumento de Investigação Confidencial de óbito Materno (dados hospitalares)

Nome da falecida:	Número da D.O:
Tipo de seguro saúde:	

17. História da Internação

17.1 Data da internação:	/	/
17.1.1 Procedencia		
	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Dimicílio no mesmo município</i>2. <i>Domicílio em outro município</i>3. <i>Transferêrída de outro hospital no mesmo município</i>4. <i>Transferida de hospital em outro município</i>5. <i>Encaminhada de outro hospital no mesmo município</i>6. <i>Encaminhada de hospital em outro município</i>7. <i>Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município</i>8. <i>Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município</i>99. <i>Não sabe</i>	
17.1.2 Motivo da internação: (copie ou faça um resumo da internação)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
17.1.3 Hipótese diagnóstica registrada no prontuário:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
17.1.4 Condições de internação		
	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Boa</i>2. <i>Regular</i>3. <i>Grave</i>4. <i>Agonizante</i>5. <i>Sem vida</i>6. <i>Sem informação</i>	

17.2 Evolução

17.2.1 Evolução e tratamento médico (*registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou, se os disponíveis eram inapropriados, avaliar intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessario anexar folhas em branco*)

17.2.25 Anotações de enfermagem:

17.2.3 Anotações do anestesista:

17.3 Causa(s) da morte escrita(s) no prontuário:

18. Gestação Atual

18.1 Data da última menstruação: / /

18.2 Data provável do parto: / /

19. Término da Gestação

19.1 A gestação terminou em

1. Não houve expulsão do embrião/feto
2. Aborto espontâneo
3. Aborto induzido permitido em lei
4. Aborto provocado
5. Aborto sem menção de espontâneo ou provocado
6. Expulsão da mola hidatiforme
7. Complicações por gravidez ectópica
8. Parto vaginal
9. Parto fórceps
10. Cesariana

19.2 Data do término da gestação: / /

19.3 Idade gestacional

Em semanas _____ se não houver, colocar em meses _____

19.4.1 Em caso de aborto provocado ou induzido, qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto?
(neste item pode ser assinalado mais de um procedimento)

1. Amiu/sucção
2. Drogas, qual?
3. Curetagem
4. Substâncias cáusticas
5. Físicos (sondas, etc)
6. Micro-cesárea
7. Chás caseiros
8. Sem informação no prontuário
99. Não sabe

19.4 2 Intercorrências no aborto

1. Não apresentou nada
2. Febre
3. Sangramento
4. Secreção vaginal com mau-cheiro
5. Dor na barriga
6. Dificuldade de urinar ou defecar
7. Falta de apetite/náuseas
8. Tonturas/desmaios
9. Tristeza/depressão
10. Infecção
11. Perfuração
12. Outros (especificar)
88. Sem informação no prontuário
99. Não sabe

19.5 Parto (responder quando a gestação terminou em parto com mais de 20 semanas)

19.5.1 Indução do parto

1. Sim
2. Não
88. Sem informação no prontuário
99. Não sabe

19.5.2 Duração do trabalho de parto (partograma)

_____ horas

88. Sem informação no prontuário

19.5.3. Drogas usadas durante o trabalho de parto

Nome da droga e dosagem _____

88. Sem informação no prontuário

19.5.4 Bolsa rota

1. Sim
2. Não
88. Sem informação no prontuário
99. Não sabe

19.5.5 Se a bolsa estava rota anotar o tempo

_____ horas

88. Sem informação no prontuário

19.5.6 Intercorrência no trabalho de parto

1. Sem complicações
2. Eclâmpsia
3. Pré-eclâmpsia
4. Sangramento
5. TP prolongado
6. Obstrução do trabalho de parto
7. Hipertonia
8. Sofrimento fetal
9. Corioamnionite
10. Outra (especificar)
88. Sem informação no prontuário
99. Não sabe

19.5.7 Intercorrência no parto	<ol style="list-style-type: none">1. Sem complicações2. Antonia uterina3. Retenção placentária4. Laceração de partes moles5. Outras (especificar)6. Sem informação no prontuário7. Não sabe
19.5.8 Indicação da cesariana	<ol style="list-style-type: none">1. O parto foi vaginal2. Duas ou mais cesárias anteriores3. Cesária em morte materna iminente ou post mortem4. Sofrimento fetal5. Desproporção céfalo-pélvica6. Distocia funcional7. Dpp/feto vivo8. Prolapso de cordão9. Iminência e/ou rotura uterina10. Outra (especificar)11. Sem informação
19.6 Informações adicionais	
19.6.1 Outros procedimentos realizados além do parto, da cesária ou aborto	<ol style="list-style-type: none">1. Não houve necessidade de realizar outros procedimentos2. Histerectomia3. Ligadura de artérias hipogástricas4. Outros (especificar)99. Sem informação
19.7.1 Anestesia	<ol style="list-style-type: none">1. Sim2. Não (se não, ir para o item 19.13)99. Sem informação
19.7.2 Tipo de anestesia	<ol style="list-style-type: none">1. Loco regional2. Peridural3. Raquidiana4. Geral5. Sem informação
19.7.3 Quem realizou?	<ol style="list-style-type: none">1. Anestesista2. Outro (especificar)3. Sem informação
19.7.4 Complicações da anestesia?	<ol style="list-style-type: none">1. Sim2. Não99. Sem informação
19.7.5 Se sim, qual?	<hr/>

19.8.1 Houve necessidade de sangue/hemoderivados?

1. *Sim*
2. *Não (se não, ir para o item 20.1)*
99. *Não sabe*

19.8.2 Ela recebeu sangue/hemoderivados?

1. *Sim*
2. *Não (se não, ir para o item 20.1)*
99. *Não sabe*

19.8.3 De que natureza

1. *Papa de hemácias*
2. *Plasma fresco congelado*
3. *Crioprecipitado*
4. *Concentrado de plaquetas*
5. *Outros*
99. *Sem informação*

19.8.4 Qual foi o intervalo de tempo entre a prescrição e a administração do sangue ou hemoderivados?

19.8.5 Qual foi a quantidade de bolsas administradas?

20. Condições ao Nascer

20.1 O recém-nascido nasceu

1. *Vivo*
2. *Morto*

20.2 Se morto, foi

1. *Antes do parto*
2. *Intraparto*
99. *Não sabe*

20.3 Peso (em gramas)

G

20.4 Apgar

1º minuto _____

5º minuto _____

21. Dados do Puerpério

21.1 Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto

1. *Sem intercorrência*
2. *Sangramento*
3. *Atonia uterina*
4. *Placenta acreta*
5. *Outra(s) (especificar)*
99. *Sem informação*

21.2 Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar

1. *Sem intercorrência*
2. *Sangramento*
3. *Atonia uterina*
4. *Placenta acreta*
5. *Outra(s) (especificar)*
99. *Sem informação*

21.3 Intercorrências da alta até 42 dias após término da gestação

1. Sem intercorrências
2. Sangramento
3. Infecção puerperal
4. Trombose venosa profunda
5. Embolias
6. Depressão puerperal
7. Outra(s) (especificar)
99. Sem informação

21.4 Condições de alta

1. Bom estado geral
2. Óbito
3. Transferências
4. Outra(s) (especificar)
99. Sem informação

21.5 Profissional que prestou assistência obstétrica

1. Obstetra
2. Enfermeira
3. Clínico Geral
4. Parteira
5. Outro (especificar)
99. Sem informação

22. Cuidados Intensivos

22.1 Houve necessidade de UTI?

1. Sim
2. Não (se não, ir para o item 23)
99. Sem informação

22.3 Em caso positivo, qual foi o tempo transcorrido entre a solicitação e a transferência?

Horas

22.4 Em caso negativo, por que?

23 Foi solicitada e realizada necrópsia?

1. Sim
2. Não
99. Não sabe

Obs.: em caso positivo, deve ser preenchido o formulário referente aos dados da necrópsia.

Responsável pelo preenchimento:

Parte D

Laudo de Necrópsia

Nome da falecida:

Data do falecimento:

/

/

Número da DO:

Causa morte:

Descrição do laudo de necrópsia: *(ou de informações relevantes da guia policial)*

Exame macroscópico: *(transcrever os principais achados)*

Exame microscópico e/ou toxicológico:

Exame microscópico e/ou toxicológico:

Responsável pelo preenchimento:

Ficha-resumo de investigação confidencial do óbito materno

(Esta ficha somente deverá ser anexada quando da análise final do caso)

Resumo do caso (deve conter: iniciais da falecida, idade, gesta, para, nº de partos normais, abortos e cesarianas, nº de consultas de pré-natal e início do mesmo, idade gestacional, momento do óbito – durante a gestação, aborto, parto ou puerpério), sumário da história ou fato que levou ao óbito.

Fontes de dado consultadas:

- () Entrevista domiciliar
- () Registros ambulatoriais
- () Prontuários hospitalares
- () Laudo de necrópsia
- () Entrevistas com profissionais de saúde

Causa de óbito na declaração de óbito original, se houver. Código CID-10

Parte I

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____

Partell _____

O campo 43 e 44 da DO foi preenchido?

- 1. *Sim*
- 2. *Não*

Causa básica do óbito corrigida: _____ CID-10

Na opinião do Comitê, a assistência pré-natal foi adequada?

- 1. *Sim*
- 2. *Não*
- 3. *Inconclusivo*

Se negativo, quais os motivos?

Se inclusivo, por que?

Na opinião do comitê, a assistência no parto ou aborto foi adequada?

- 1. *Sim*
- 2. *Não*
- 3. *Inconclusivo*

Se inconclusivo, por quê?

Na opinião do comitê, a assistência no puerpério foi adequada?

- 1. *Sim*
- 2. *Não*
- 3. *Inconclusivo*

Se negativo, quais os motivos?

Se inconclusivo, por quê?

Evitabilidade

1. *Evitável*
2. *Provavelmente evitável*
3. *Inevitável*

Fatores de evitabilidade

1. *Comunidade/família/gestante*
2. *Profissional*
3. *Institucional*
4. *Sociais*
5. *Intersectoriais*

Classificação do óbito

1. *Materno (até 42 dias após término da gestação)*
2. *Materno tardio (de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação)*
4. *Não obstétrico*
5. *Ignorado*

Óbito materno

1. *Obstétrico direto*
2. *Obstétrico indireto*
3. *Inconclusivo se obstétrico direto ou indireto*
4. *Não relacionado à gravidez*

Óbito materno

1. *Declarado*
2. *Não declarado*

Recomendações do comitê:

Correção da D.O:

Parte I

Parte II

Assistencia hospitalar

Assistência pré-natal

Outras

EQUIPE TÉCNICA:

ELABORAÇÃO:

Ana Cristina d' Andretta Tanaka - Faculdade de Saúde Pública/USP Hélio Bertolozzi -

FEBRASGO

Lucilene Dias Cordeiro - CENEPI/FUNASA/MS

Regina Coeli Viola - Área Técnica de Saúde da Mulher/SPS/DAPE/MS Ricardo Fescina -

OPAS/OMS

Ruy Laurenti - Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/SP Sandra Valongueiro -

Comissão Nacional de MM/MS

Sonia Regina Figueiredo - IMIP/PE

Tânia Di Giacomo Lago - AT. Saúde da Mulher/SPS/DAPE/MS

COLABORAÇÃO:

Albertina Duarte Takiuti - Secretaria Estadual de Saúde/SP

Carlos Eduardo Pereira Vegas - Comitê Municipal de Morte Materna/SP Edna F.S. Nakamac -

Comitê de Morte Materna do Distrito Federal Elisabeth Machado Botelho - Secretaria Estadual de Saúde/SC

Elza Berquó - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento/MPO Fábio de Barros

Correia Gomes - CENEPI/FUNASA/MS

Hélio Oliveira - CENEPI/FUNASA/MS

Greice Menezes - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos Haymée Emerich

Lintz Martins - Comitê Estadual de Morte Materna /SC (rani Parente - Comitê Estadual de Morte Materna/BA

Isaura Lonly - Secretaria Estadual de Saúde /DF

José A. Jordão - Secretaria Estadual de Saúde/SP

Maria Antonieta Rubio Tyrrel - ABENFO

Maria Cristina Megid - Secretaria Estadual de Saúde/SP

Nelson Oliveira - Sociedade Brasileira de Pediatria

Noemia Freire de Melo - Comitê Estadual de Morte Materna/RR Paulo Grassi -Secretaria Estadual de Saúde/RS

Regina Amélia L. Pessoa de Aguiar - Comitê Estadual de Morte Materna/MG Rosita F. S.

Carvalho - Comitê Estadual de Morte Materna/SE

Sergio Hofmeister Martins Costa - FEBRASGO

Sony Maria dos Santos - Secretaria de Saúde do Município de Recife Terezinha Zanella -

Secretaria de Assistência à Saúde/MS

Tisuko Shirawa - Comitê Estadual de Morte Materna /RJ

 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

 **GOVERNO
FEDERAL** 