



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

INCONFORMIDADES NA ASSISTÊNCIA À MULHERES QUE
MORRERAM POR CAUSAS MATERNAS EM PERNAMBUCO: ESTUDO
DE SÉRIE DE CASOS

JACIELE CRISTINA DA SILVA BELONE

RECIFE 2018

JACIELE CRISTINA DA SILVA BELONE

INCONFORMIDADES NA ASSISTÊNCIA À MULHERES QUE
MORRERAM POR CAUSAS MATERNAS EM PERNAMBUCO: ESTUDO
DE SÉRIE DE CASOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Drº Paulo Germano de Frias

Coorientadora: Ms. Patrícia Ismael de Carvalho

RECIFE 2018

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-035/2018
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

B452i Belone, Jaciele Cristina da Silva

Inconformidades na assistência à mulheres que morreram por causas maternas em Pernambuco: estudo de série de casos / Jaciele Cristina da Silva Belone. Orientador: Paulo Germano de Frias. Coorientadora: Patrícia Ismael de Carvalho – Recife: Do Autor, 2018.

68 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2018.

1. Avaliação em saúde. 2. Assistência à saúde. 3. Mortalidade materna. I. Frias, Paulo Germano de, Orientador. II. Carvalho, Patrícia Ismael de, Coorientadora. III. Título.

CDD 618.79

JACIELE CRISTINA DA SILVA BELONE

INCONFORMIDADES NA ASSISTÊNCIA À MULHERES QUE
MORRERAM POR CAUSAS MATERNAS EM PERNAMBUCO: ESTUDO
DE SÉRIE DE CASOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovado em: 16 de Abril de 2018

BANCA EXAMINADORA

Sandra Valongueiro Alves – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Suely Arruda Vidal – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Paulo Germano de Frias - – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Patrícia Ismael de Carvalho - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco SES-PE

RECIFE 2018

INCONFORMIDADES NA ASSISTÊNCIA À MULHERES QUE
MORRERAM POR CAUSAS MATERNAS EM PERNAMBUCO: ESTUDO
DE SÉRIE DE CASOS

Aluna: Jaciele Cristina da Silva Belone

Função: Enfermeira/Docente curso técnico em enfermagem

Local de trabalho: Instituto Federal de Pernambuco, Campus Belo Jardim, Pernambuco

Telefone: (81) 99646-2343

E-mail: jacicristinas@gmail.com

Orientador: Profº Dr Paulo Germano de Frias

Função: Docente e Pesquisador

Local de trabalho: Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde – GEAS/IMIP

Telefone: (81) 2122-4147

E-mail: pfrias@imip.org.br

Co-orientadora: Profa Ms Patrícia Ismael de Carvalho

Função: Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica

Local de trabalho: Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco

Telefone: (81) 3184-0187

E-mail: patismael1@gmail.com

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que em todo tempo me segurou pela mão e me sustentou, lembrando-me sempre de 2 Coríntios 12:10 “Porque quando estou fraco, então sou forte”.

À minha família, em especial minha mãe que em todo tempo me apoiou e incentivou a ir mais longe. A tia Fátima que sempre se dispôs a dividir seu tempo com meus filhos para eu estudar.

Ao meu esposo, que sempre se fez presente, desde as viagens ao cuidar de nossos filhos. Vocês são a razão de tudo isso.

Ao meu orientador, Dr. Paulo Frias a quem tenho enorme admiração e respeito, meu muito obrigada pela paciência, por cada puxão de orelha e por me permitir olhar as coisas de forma diferente. Levarei seu ensinamentos sempre comigo.

À minha Co-orientadora, Ms. Patrícia Ismael que foi um dos presentes que o mestrado me proporcionou, profissional cheia de luz. Obrigada por cada dúvida tirada, pela acalmada na alma e palavras de incentivo.

À Coordenação do mestrado, secretária e a todos os professores que proporcionaram momentos de crescimento profissional e pessoal.

A Dr^a. Sandra Valongueiro e Dr^a Suely Arruda pela disponibilidade e contribuição nesse estudo.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram com esse trabalho, às meninas da Secretaria Estadual de Saúde, em especial a Cândida Pereira, Luciana Frutuoso e Nathalie Estima, que estavam sempre dispostas a ajudar.

Aos colegas do mestrado, em especial a Sandra Moura e Suênia Batista, pela amizade e parceria, pela escuta nos momentos de tensão.

Meu muito obrigada a todos!

RESUMO

Objetivo: Avaliar as inconformidades no registro e na assistência de mulheres que morreram por causa materna na IV Regional de saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2015. **Método:** Estudo de série de casos sobre 81 óbitos maternos notificados e discutidos pelo Grupo Técnico de Referência sobre mortalidade materna da IV Regional de Pernambuco; utilizando dados secundários da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna (FCIMM) e da declaração de óbito (DO). Após catalogação e análise individual dos casos e variáveis selecionadas, foi realizada análise de incompletude da FCIMM com base no escore de Romero e Cunha; análise descritiva das variáveis sociodemográficas, da assistência pré-natal, parto e puerpério, e do óbito para traçar o perfil epidemiológico das mulheres que morreram por causa materna; e construção da matriz de análise com variáveis relacionadas a avaliação das inconformidades na assistência ao pré-natal, parto e puerpério onde procedeu-se uma avaliação normativa para cada variável selecionada baseado nas normas vigentes. **Resultados:** Na análise da incompletude da DO as variáveis que apresentaram incompletude foram escolaridade, situação conjugal e ocupação habitual. A ficha de investigação de óbito materno apresentou maior incompletude quando comparada a DO, em especial as variáveis uso de métodos contraceptivos e exames pré-natais como toxoplasmose e hepatite B que apresentaram escore muito ruim (>50%) em todos os anos. O perfil epidemiológico das mulheres que morreram por causa materna caracterizou-se por: predominância da idade entre 20 e 29 anos (50,6%), escolaridade baixa (30,9%), solteiras (54,3%), do lar (30,9%), pardas (61,7%) e residentes na sede da regional (Caruaru) (25,9%); a maioria era primigesta (39,5%) e teve como principal causa de morte a hemorragia (13,6%). Entre as inconformidades na assistência destacaram-se a ausência de realização de consultas pré-natais (11,1%), primeira consulta tardia (43,2%), ausência de exames pré-natais, principalmente as sorologias de toxoplasmose (61,7%) e Hepatite B (59,2%) e ultrassom (38,2%). O partograma não foi utilizado em 29,6% dos partos, o teste rápido de sífilis não foi realizado em 11,1% e HIV em 8,6%, e a realização de cirurgias cesarianas para proceder a laqueadura tubárea em 6,1%. Evidenciaram-se intercorrências no parto e complicações no puerpério (62,9%), ausência de admissão em UTI (6,1%) e não administração de hemoderivados após indicação (2,4%), além da não análise de útero e anexos em necropsia (3,7%). **Conclusão:** Houve inconformidades na assistência das mulheres que morreram por causa materna no pré-natal, parto e puerpério. O perfil sociodemográfico do óbito materno na IV Regional expressa as características vulnerabilizantes e a incompletude da ficha de investigação de óbito compromete a compreensão fidedigna das fragilidades na assistência às mulheres.

Palavras - chave: Mortalidade Materna. Assistência à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Saúde da mulher. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nonconformities in the record and in the assistance to women who died due to maternal cause in the IV Health District of Pernambuco in the period from 2010 to 2015. **Methods:** Study of series of cases on 81 maternal deaths reported and discussed by the Reference Technical Group on maternal mortality of the IV Health District of Pernambuco; using secondary data from the Confidential Maternal Death Investigation File (CMDIF) and the death certificate (DC). After cataloging and individual analysis of selected cases and variables, an incompleteness analysis of CMDIF was performed based on the Romero e Cunha score; descriptive analysis of sociodemographic variables, prenatal, delivery and puerperium care, and death to trace the epidemiological profile of women who died due to maternal cause; and construction of the analysis matrix with variables related to the evaluation of nonconformities in prenatal, delivery and puerperium care, where a normative evaluation was performed for each selected variable based on the current norms. **Results:** In the analysis of the incompleteness of the CD, the variables that presented incompleteness were schooling, marital status and habitual occupation. The maternal death investigation file presented a greater incompleteness when compared to the CD, especially the variables about use of contraceptive methods and prenatal tests such as toxoplasmosis and hepatitis B, which presented a very poor score (> 50%) in all years. The epidemiological profile of women who died due to maternal causes was characterized by: predominance of the age from 20 to 29 years (50.6%), low level of education (30.9%), single women (54.3%), housekeeper (30.9%), brown-skinned (61.7%) and residents of the district (Caruaru) (25.9%); the majority were primigravida (39.5%) and had hemorrhage as the main cause of death (13.6%). Among the nonconformities in the care were the absence of prenatal consultations (11.1%), first delayed consultation (43.2%), absence of prenatal tests, mainly serological tests for toxoplasmosis (61.7% %) and Hepatitis B (59.2%) and ultrasound (38.2%). The partograph was not used in 29.6% of deliveries, the rapid syphilis test was not performed in 11.1% and HIV in 8.6%, and cesarean section surgery was performed to achieve tubal ligation in 6.1%. There were interurrences during delivery and complications in the puerperium (62.9%), absence of admission to ICU (6.1%) and no administration of blood products after an indication (2.4%), besides no analysis of uterus and annexes at necropsy (3.7%). **Conclusion:** There were disagreements in the care of women who died due to maternal cause in prenatal, delivery and puerperium. The socio-demographic profile of maternal death in the IV District expresses the vulnerabilizing characteristics and the incompleteness of the death investigation file compromises the reliable understanding of the fragilities in the women's care.

Key words: Maternal Mortality. Health care. Access to health services and Women's health. Health Assessment.

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no mundo em 1990, 2003 e 2013	12
Tabela 2	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos em Países selecionados com índices elevados segundo sua localização geográfica em 2015.....	13
Tabela 3	Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no triênio em 2009-2011 por macrorregião do Brasil.....	13
Tabela 4	Município, População, rede assistencial e número de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos da IV Regional.....	24
Tabela 5	Distribuição dos óbitos maternos segundo variáveis sociodemográficas. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	34
Tabela 6	Distribuição dos óbitos maternos segundo variáveis do pré-natal, parto e puerpério. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	36
Tabela 7	Distribuição dos óbitos maternos segundo variáveis relacionadas ao óbito. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015	37
Tabela 8	Distribuição dos óbitos maternos por ano segundo inconformidades na assistência pré-natal. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	39
Tabela 9	Distribuição dos óbitos maternos por ano segundo inconformidades na assistência ao parto. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	40
Tabela 10	Distribuição dos óbitos maternos por ano segundo inconformidades no puerpério e assistência hospitalar. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	40
Tabela 11	Número de inconformidades na assistência por óbito materno, segundo pré-natal, parto e puerpério. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	41

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Marcos cronológicos sobre as Políticas Públicas voltadas ao enfrentamento da morte materna no contexto internacional, nacional e em Pernambuco.....	19
Quadro 2	Variáveis selecionadas para análise da incompletude da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna e da Declaração de Óbito.....	26
Quadro 3	Matriz das variáveis assistenciais das mulheres que evoluíram ao óbito materno na IV Região contidas na Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna e na Declaração de Óbito.....	27
Quadro 4	Incompletude das variáveis da Declaração de Óbito segundo variáveis sociodemográficas e óbito. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	30
Quadro 5	Incompletude da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna segundo variáveis pré-natal, parto, puerpério e assistência hospitalar, necrópsia e investigação. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.....	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Diagrama do uso e tipos de avaliação.....	21
Figura 2	Mapa das Regionais de Saúde e Municípios da IV Regional de Saúde de Pernambuco.....	23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

APS	Atenção Primária  Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DO	Declaração de bito
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCIMM	Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna
GT	Grupo Técnico
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Paism	Programa de Assistência Integral  Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PS	Posto de Saúde
RAS	Rede de Atenção  Saúde
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informo sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informo sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema nico de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UM	Unidade Mista

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	Erro! Indicador não definido.0
1.1	Epidemiologia da Morte Materna.....	Erro! Indicador não definido.2
1.2	Fatores determinantes da morte materna.....	14
1.3	Intervenções para enfrentamento da morte materna.....	17
1.4	Avaliação em Saúde	20
2.	Objetivos	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Especificos	22
3.	Método	23
3.1	Tipo de estudo	23
3.2	Material de estudo	23
3.3	Local de estudo	23
3.4	Período do Estudo.....	25
3.5	Critérios de inclusão e exclusão	25
3.6	Técnica e Instrumento de estudo	25
3.7	Variáveis de estudo	25
3.8	Etapas da Avaliação	28
3.9	Processamento e Análise de dados.....	29
3.10	Aspectos Éticos.....	29
4.	Resultados	30
5.	Discussão	42
6.	Conclusão e Recomendações	49
7.	Referências Bibliográficas	51
	Apêndices	59
	Apêndice 01 –Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
	Anexos	60
	Anexo 01 - Parecer do Comitê de Ética	60
	Anexo 02 – Declaração de Óbito.....	61
	Anexo 03 – Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna	62

1. Introdução

Até o fim da década de 70, as ações de saúde ligadas a mulher apenas eram desenvolvidas no âmbito materno-infantil, e a saúde reprodutiva passou a integrar a agenda de saúde do País a partir de então. No Brasil, após 1980 foram criadas várias políticas públicas na área de saúde reprodutiva, induzido e alavancado pela organização das mulheres, o que contribuiu para redução do número de filhos e propiciou avanços sociais e ganhos na esfera trabalhista¹.

Após os movimentos sociais na década de setenta e a Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde passou a ser responsabilidade dos governos e direito de todos. A saúde reprodutiva passou a ser vista de forma digna, influenciando na melhoria do acesso à assistência².

No cenário internacional houve mudanças expressivas para a saúde reprodutiva, sobretudo após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, sediada no Cairo em 1994, que destacou como prioridades a igualdade de gênero, redução da morte materna e infantil, eliminação da violência contra a mulher e ratificação dos direitos reprodutivos; melhorando as condições de acesso a gravidez, aborto e parto seguro³.

Outro encontro decisivo para melhoria da qualidade de vida das mulheres foi a quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Pequim, no ano de 1995, que também priorizou a igualdade de gênero e destacou a eliminação da discriminação contra mulheres e meninas em todas as esferas e contextos sociais⁴.

Em 2000, vários países definiram metas para melhoria da qualidade de vida global por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e uma das pactuações foi a redução da morte materna. Até o ano 2015, a meta era reduzir 75% da Razão de Mortalidade Materna (RMM) em todo o mundo, e o Brasil deveria alcançar uma RMM de 35/100.000 Nascidos Vivo (NV), objetivo não atingido mantendo-se no patamar de 62/100.000NV. Sucedendo os ODM, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançou metas para o período 2016 a 2030 incluindo a redução da morte materna evitável de 70/100.000NV no mundo e menos de 20/100.000NV no Brasil⁵.

Essa pactuação é importante para garantir o direito à saúde reprodutiva de qualidade por meio da priorização da atenção à saúde durante a gravidez, o parto e o puerpério. Entretanto, essa garantia é ameaçada quando ocorre danos e iatrogenias no processo assistencial favorecendo a ocorrência de mortes maternas, evento considerado sentinela, por ser evitável em mais de 90% dos casos⁶.

A importância de acompanhar e monitorar a situação das mortes maternas no Brasil e no mundo, decorre da relevância social ao expressar um indicador de saúde na área reprodutiva, apontando aspectos socioeconômico de uma população, as iniquidades entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, e subsidiar a adoção de medidas para prevenção de novo evento⁷.

Sendo a morte materna um evento complexo, os estudos de avaliação da qualidade da assistência à saúde possibilitam identificar a fragilidade no cuidado às mulheres, contribuindo para mensurar a efetividade da assistência no período gravídico-puerperal⁸.

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças⁹ (CID-10) define morte materna como:

morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (pág. 143).

A morte materna em relação às causas do óbito pode ser classificada como obstétrica direta que abrange os casos ocorridos por algum fator ligado à gestação, ao parto ou ao puerpério e obstétrica indireta as relacionadas à doença pré-existente, mas que foi agravada pelos efeitos das mudanças fisiológicas da gestação. Além dessas, a classificação como morte obstétrica não especificada, corresponde às situações em que não se sabe a causa exata da morte⁶.

Para o Ministério da Saúde (MS), o conceito de morte materna exclui mortes por causas externas do cálculo dos indicadores de mortalidade materna, porém; se houver violência durante o período gravídico-puerperal, a investigação pode classificar como morte obstétrica indireta. Muitos dos óbitos por causas mal definidas, após serem investigados, são muitas vezes alterados para morte materna ao identificar as verdadeiras causas do óbito¹⁰.

Alguns fatores limitam o conhecimento tanto da causa do óbito quanto sobre a magnitude da morte materna, dos quais destacam-se a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito (DO). O primeiro ocorre quando há mal preenchimento da DO por omissão das causas do óbito, muitas vezes por desconhecimento médico e o segundo, quando existe a omissão do registro do óbito em cartório, ocasionado por falta de conhecimento da população do registro ou por dificuldades de acesso aos cartórios e existência de cemitérios irregulares¹¹.

Para minimizar a subinformação, definiu-se que todas as mortes de mulheres em idade fértil (10-49 anos) devem ser investigadas pela vigilância do óbito municipal. Após a

notificação do óbito materno, é iniciado a investigação utilizando a Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna (FCIMM), sendo o prazo oportuno de encerramento de 120 dias. A partir dessa investigação, consegue-se identificar as possíveis causas e fatores determinantes do óbito, evidenciando problemas sociais e assistenciais que traduzem a situação epidemiológica da morte materna de determinada região^{12,13}.

1.1. Epidemiologia da Mortalidade Materna

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que cerca de 289.000 mulheres morreram durante o ciclo gravídico-puerperal em 2013 em todo o mundo, atingindo uma RMM de aproximadamente 210/100.000NV¹⁴.

Há diferenças na RMM entre agrupamentos de países e as suas disparidades se relacionam ao crescimento global divergente entre as nações que compõem cada bloco, caracterizado pela influência econômica e social de cada um¹⁵. A tabela 1 mostra os diferenciais na RMM no mundo e nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Tabela 1. Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos no mundo em 1990, 2003 e 2013

Regiões	1990	2003	2013
Mundo	283	273	209
Países Desenvolvidos	24	16	12
Países em Desenvolvimento	317	305	232

Fonte: Kassebaum et al. (2014)¹⁵.

Os diferenciais entre países isoladamente são mais marcantes. Em 2013, a RMM nos EUA era de 18 óbitos/100.000 NV, no Sudão 956/100.000 NV. Portugal apresentou a maior RMM da Europa Ocidental 9/100 000 NV e a Islândia a menor 2/100.000 NV¹⁵.

A redução da RMM no mundo no decorrer dos anos foi lenta. As estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) para o ano de 2015, evidenciou poucas mudanças entre as regiões de cada continente, prevalecendo índices mais altos para países com menor desenvolvimento econômico e social (Tabela 2)¹⁶.

Tabela 2. Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos em Países selecionados com índices elevados segundo sua localização geográfica em 2015.

Países	Localização	Razão de Mortalidade Materna
Serra Leoa	África	1.360
Somália	Mediterraneo Oriental	732
Haiti	Américas	359
Nepal	Sudeste Asiático	258
Papua Nova Guiné	Pacífico Ocidental	215
Quirquístão	Europa	76

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2015)¹⁶

Assim como os níveis de mortalidade materna diverge de uma determinada região para outra, suas causas também possuem particularidades em cada região. As principais causas de óbitos em todo o mundo são as hemorragias, doenças hipertensivas, infecções e aborto, isoladamente, na América Latina destacam-se as síndromes hipertensivas e em segundo a hemorragia. Nos países mais desenvolvidos, a hipertensão e a embolia representam os maiores riscos de complicações para a morte das mulheres¹⁷.

A hipertensão/Pré-eclampsia é a primeira causa de morte materna por causas obstétricas diretas e em alguns estudos têm apresentado associação com a raça negra, correspondendo a cerca de um quarto dos casos¹⁸. A hemorragia está presente em grande parte dos óbitos maternos diretos, principalmente onde há baixa qualificação profissional e ausência de medicamentos uterotônicos essenciais; sendo mais comum sua ocorrência durante e após o trabalho de parto associada a uma atenção e serviço ineficientes¹⁹.

No Brasil, a RMM foi estimada em 67/100 000 NV no triênio de 2009-2011, e ao analisar as macroregiões, o Nordeste apresentou a maior razão 80/100 000 NV, enquanto o Sul a menor 54/100 000 NV, configurando uma diferença expressiva conforme (tabela 3)²⁰.

Tabela 3. Razão de Mortalidade Materna por 100.000 NV no triênio em 2009-2011 por macroregiões do Brasil.

Macroregião	Razão de Mortalidade Materna
Nordeste	80
Norte	77
Centro-oeste	65
Sudeste	60
Sul	54
Brasil	67

Fonte: Szwarcwald et. al (2014)²⁰

Durante o triênio de 2009-2011, ocorreram 9.795 óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil, dos quais 6.822 foram investigados, gerando dificuldades para o cálculo da RMM comprometida pela subnotificação e preenchimento inadequado da DO. No que tange o óbito materno, em 2010, no Brasil ocorreu 1.719 mortes, das quais 598 (cerca de um terço) estava no Nordeste^{20,21}.

As principais causas de morte materna em 2000-2009 entre as brasileiras estão atreladas a doenças hipertensivas (com maior prevalência para os casos de eclâmpsia e hipertensão gestacional com proteinúria), hemorragia pós-parto e infecção no período puerperal, além das causas relacionadas a doenças da mãe pré-existentes e agravadas pela gravidez (causas indiretas). O Nordeste apresenta um perfil similar ao Brasil, tendo maior predominância as causas relacionadas a doenças pré-existentes e eclâmpsia²².

No Estado de Pernambuco, a RMM em 2008, atingiu cerca de 77 óbitos/100.000 NV, e quando comparado ao ano de 2000 foi encontrado um índice maior de óbitos, com um aumento de 15,8%²³.

Neste Estado, entre 2001 e 2005, as causas obstétricas diretas são as principais causas de óbitos maternos, tendo maior prevalência as síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções puerperais, seguidas de complicações relacionadas ao aborto^{24,25}.

A maioria das complicações e causas de óbito materno ocorrem por falhas relacionadas à assistência no ciclo gravídico-puerperal que poderiam ser evitadas com a identificação dos seus fatores determinantes e adoção de medidas preventivas²⁶

1.2. Fatores determinantes da morte materna

Fatores sociodemográficos

A morte materna na conjuntura brasileira tem sido entendida como uma questão social, visto que a existência de índices de óbitos nas regiões centrais, são proporcionalmente menores em relação às regiões periféricas, além das diferenças de renda, qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde. A saúde recebe influência das condições de vida de um indivíduo ou coletividade, sendo fator determinante das mortes maternas²⁷.

Entre os principais fatores sociodemográficos determinantes da morte materna, destacam-se a idade, cor de pele, estado civil, renda e escolaridade, pois expressam a vulnerabilidade e chances maiores de complicações²².

Condições socioeconômicas desfavoráveis como pouca escolaridade (< 4 anos de estudos), baixa renda e falta de ocupação produtiva estão presentes nos perfis das mortes maternas. Mulheres de baixo *status* socioeconômico e pouca escolaridade procuram menos os serviços de saúde, uma vez que, a pouca escolaridade reduz substancialmente o entendimento dos riscos relacionados à saúde^{25,28}.

Outra questão social é configurada pelas diferenças de raça/cor existente no País, onde a morbimortalidade de mulheres acometem mais as mulheres de raça negra que enfrentam discriminação no cotidiano, sendo subjulgadas à pobreza com seus direitos violados; além desta, outras desigualdades têm prevalecido sobre as mulheres, a exemplo da desigualdade de gênero que tem propiciado alterações relacionadas à saúde²⁹.

As desigualdades de gênero, classe e raça/cor constituem fatores potenciais na implicação do estado de saúde da mulher. Movimentos feministas e de mulheres reivindicam atenção mais eficiente do Sistema Único de Saúde (SUS), com garantias sexuais e reprodutivas que contemplem as diversidades que compõem o universo das mulheres brasileiras, pois estas têm sido ameaçadas pela instabilidade do setor saúde que necessita de intervenções eficazes ligadas à saúde reprodutiva^{23,30}.

Fatores Assistenciais

A maioria dos estudos sobre Mortalidade Materna demonstram que mais de 90% das causas de óbitos maternos poderiam ser evitadas com acesso a bens e serviços de saúde em tempo oportuno. Orientações sobre fatores de risco, adequação da atenção pré-natal com referências para as gestantes de alto risco, vinculação à maternidade de referência e acompanhamento puerperal englobam um conjunto de ações que podem repercutir de forma positiva sobre a saúde da mulher²⁸.

O conhecimento do fluxo de acesso à assistência pode influenciar no estado de saúde do indivíduo; pois o comportamento e o conhecimento do caminho que é percorrido pode influenciar na gravidade e risco de adoecer e conseqüente morte, quando associado a procuras fracassadas e assistências inadequadas, principalmente, em locais onde o acesso é limitado³¹.

Os obstáculos assistenciais enfrentados pelas mulheres contribuem para a descontinuidade do cuidado, seja em hospitais, ambulatórios ou serviços de diagnósticos; além das dificuldades relacionadas às barreiras organizacionais, especialmente nas unidades consideradas portas de entrada à saúde. Adicionalmente, há carência de leitos obstétricos, o que traduz a falta de infraestrutura das unidades de saúde em serem resolutivas e efetivas no atendimento em tempo oportuno³².

A falta de um fluxo assistencial bem estabelecido no SUS resulta na peregrinação em busca por uma assistência digna, fazendo com que as mulheres iniciem por conta própria o porta a porta na tentativa de receber atendimento, favorecendo a postergação da assistência, que aumenta as chances para a ocorrência de novos óbitos.

Essas situações tornam-se evidentes quando a gestante chega à unidade de saúde à procura de assistência e tem problemas relacionados à ausência de profissionais e de equipamentos necessários para prestação dos cuidados, dificuldades de referência, transferência e não disponibilidade de transporte seguro a uma unidade de complexidade maior, que atendam às necessidades durante o ciclo gravídico-puerperal²⁸.

Além de meios tecnológicos essenciais, as práticas assistenciais dos profissionais envolvidos no pré-natal, parto e puerpério carecem ser mais efetiva, uma vez que no século XXI, anos após adoção de políticas que vislumbram a integralidade da assistência à saúde, persistem situações precárias tanto de acesso quanto de qualidade dos serviços prestados³³.

Outro problema comum ligado à inconformidade na assistência, é a ausência de práticas de planejamento familiar, que muitas vezes, resume-se na oferta de medicamentos e preservativos; quando nesse momento, seria propício identificar problemas de saúde da mulher que podem repercutir sobre uma futura gravidez, impossibilitando a adoção de tratamento e cuidados preventivos³⁴.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel sobre a ordenação do cuidado, porém a assistência ao pré-natal em muitos casos não é bem-sucedida, ora por ser distante da residência das gestantes, ora por falta de vagas, aumentando os riscos à saúde da mulher e do feto³⁵. A frequência das consultas de pré-natal enfrenta dificuldades de atendimento devido à sobrecarga de trabalho que propicia a marcação do retorno, em muitos casos, em intervalos maiores que o recomendado, interferindo na qualidade do atendimento³.

Não diferente, a média e alta complexidade enfrentam dificuldades estruturais com reduzidos números de leitos obstétricos, mesmo de risco habitual e alta demanda de gestantes sobrecarregando os profissionais e fragmentando a assistência que, muitas vezes, contribui para peregrinação anteparto. Esse contexto é reflexo da falta de continuidade da assistência no processo de referência e contrarreferência entre unidades de saúde e serviços especializados, associada a dificuldades na garantia de leitos obstétricos para gestantes de risco habitual e alto risco³⁵.

Essa descontinuidade da assistência dificulta a garantia de um parto seguro, que engloba desde a disponibilidade de vaga em maternidade, de recursos humanos e materiais, até o transporte seguro para a parturiente, em caso de transferência³³.

As ações dos profissionais envolvidos na assistência também influenciam no cumprimento das políticas de saúde, pois práticas inadequadas como a medicalização excessiva durante a assistência ao parto, cesarianas sem indicação e a adoção de intervenções desnecessárias têm comprometido o fortalecimento da atenção obstétrica e a qualidade da assistência^{5,36}.

1.3 Intervenções para enfrentamento da Morte Materna

Diante dos múltiplos contextos nacional e internacional, que envolvem o óbito materno, os movimentos de mulheres impulsionaram o surgimento de intervenções ligadas à saúde da mulher. Destes movimentos, surgiram diversas Políticas Públicas brasileiras, a partir da concepção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para melhoria das condições de saúde reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério na tentativa de reduzir a RMM para níveis aceitáveis, abaixo de 20/100 000NV³⁷.

Com o objetivo de aprimorar e ampliar o acesso das mulheres à assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, o MS lançou em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este programa destaca a garantia ao acesso digno e de qualidade ao pré-natal, indicação do local do parto, o direito ao parto e à assistência humanizada ao recém-nascido e puerpério seguro; além de estabelecer às autoridades responsáveis (Federal, Estadual e Municipal) por garantirem esses direitos³⁸.

Com o passar dos anos, várias ações e políticas foram implantadas buscando a redução da morte materna e perinatal que apresentava poucas mudanças no cenário nacional. Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha (RC) que objetivou melhorar o acesso, ampliar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, além de melhorias na assistência ao parto e puerpério e assistência à saúde da criança; com a implementação de recursos financeiros e ampliação de leitos, colocando a gestante/puerpéra no centro da atenção^{39,40}.

Em Pernambuco, a busca em reduzir a mortalidade materna foi enfatizada a partir do Programa Maternidade Segura, que buscava a saúde da mulher de forma integral, respeitando suas necessidades. Em 2009, foi instituído o Programa Mãe Coruja Pernambucana, para o enfrentamento da morte materna e infantil, além de qualificar a atenção integral à mulher no ciclo gravídico-puerperal e fortalecer os Comitês de investigação de óbito materno. Esse último, além da saúde, envolve outras Secretarias nos eixos de educação, desenvolvimento,

direitos humanos e assistência social que, de forma articulada, estimula o fortalecimento dos vínculos entre mãe e filho, buscando melhorar indicadores sociais e assistenciais^{41,42}.

Além das políticas voltadas para a mulher, o MS lançou ferramentas para os profissionais e gestores refletirem sobre a situação da morte materna como os instrumentos de identificação e monitoramento, dos quais destacam-se a notificação e investigação dos óbitos. Em 1995, foi regulamentado o Comitê Estadual e definido a notificação e investigação obrigatória dos óbitos maternos. Posteriormente em 2003, os Comitês de mortalidade materna foram interiorizados, seguida da implantação dos Grupos Técnicos (GT) entre 2007 e 2009⁴¹.

A obrigatoriedade da investigação de óbito de mulheres em idade fértil no Brasil tornou-se obrigatória a partir de 2008, tendo como objetivo, qualificar a informação e favorecer a identificação das causas para que medidas de prevenção sejam adotadas⁴³.

O instrumento base para identificação do óbito materno é a DO que deve ter seus campos preenchidos corretamente pelo médico, e a investigação se dá por meio da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna. Inicia-se a investigação domiciliar, pré-natal, Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e Instituto de Medicina Legal (IML), atenção básica, ambulatorial e hospitalar; as informações obtidas são encaminhadas para o GT de morte materna de referência, que discute o caso, preenche a ficha síntese e envia ao gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) municipal respeitando os prazos estabelecidos¹³.

Pernambuco, em 2016, incluiu na lista de notificação compulsória semanal os casos de óbito infantil e materno, almejando oportunizar o processo de investigação, que contribui para o cumprimento dos prazos após identificação do óbito materno⁴⁴.

Apesar das ações desenvolvidas para redução da morbimortalidade materna no Brasil, os dados denotam pequenas mudanças. Considerando que no país há marcante diversidade socioeconômica e cultural, é fundamental avaliar a mortalidade materna, que se mantém elevada, mesmo após as conquistas ligadas às intervenções na área de saúde da mulher, especialmente nos micro espaços⁴⁵.

Em síntese, o quadro 1 mostra o histórico das intervenções políticas que norteiam as mulheres como sujeitos de direito.

ANO	LEI/NORMA	OBJETIVO
1975	I Conferência Mundial sobre a Mulher (Cidade do México)	Reconhecer o direito da mulher à integridade física, inclusive a autonomia de decisão sobre o próprio corpo e o direito à maternidade opcional
1984	PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	Incluir desde ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação; engloba também assistência a clínica ginecológica, pré-natal, parto puerpério e outras necessidades.
1994	Conferência Internacional do Cairo	Priorizar a igualdade de gênero, redução da morte materna e infantil, eliminar a violência contra a mulher e garantir os direitos reprodutivos; e melhorar as condições de acesso a uma vida sexual satisfatória e segura, garantindo-lhes uma gravidez e parto
1995	Conferência Internacional de Pequim	Priorizar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra mulheres e meninas em todas as esferas e contextos sociais
1995	Portaria SES-PE 087/1995	Regulamenta as atividades do Comitê estadual e define a obrigatoriedade da notificação e investigação dos óbitos maternos.
1996	Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996	Regular o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
1998	Portaria 3.016 e 3.477 de 20/08/1998	Incluir o Programa de Apoio à implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Gestação de Risco.
2000	Portaria GM 569, 01/06/2000	Instituir o Programa de humanização no pré-natal e nascimento – PHPN
2003	Portaria GM 652, 30/05/2003	Instituir Comissão Nacional de Mortalidade Materna
2004	PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes	Enfocar as questões de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.
2004	Portaria GM 1.172, 15/06/2004	Definir a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados.
2005	LEI 11.108 de 07/04/2005	Alterar a Lei 8080/1990 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, pós-parto imediato no SUS.
2006	Portaria 399 de 22/02/2006 e 699 30/03/2006	Aprovar diretrizes operacionais do Pacto pela saúde e regulamenta as diretrizes operacionais do Pacto pela vida e de gestão respectivamente.
2007	Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007	Informar sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
2008	Portaria GM nº 1.119/2008	Regulamentar a Vigilância do Óbito Materno (Independente da causa declarada)
2009	Portaria nº 2.669, 03/11/2009	Definir prioridades do pacto pela vida (redução da Mortalidade Materna e infantil)
2009	Lei nº 13.959, de 15/12/2009	Dispõe sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana.
2011	Portaria nº 1.459 de 24/06/2011	Instituir no SUS a Rede Cegonha
2012	Portaria GM 77, 12/01/2012	Disponibilizar a realização de testes rápidos de sífilis e hiv, na atenção básica,, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.
2013	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Reafirmar autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação, entre outros.
2016	Portaria SES-PE 390, 14/09/2016	Acrescenta doenças, agravos e eventos estaduais à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências (inclui a notificação imediata 24h, semanal, do óbito materno)
2017	Lei Municipal nº 5.951 02/10/17 Nascer Bem Caruaru	Garantir às mulheres o direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério e, também, nos casos de abortamento espontâneo ou provocado, seja no Sistema Único de Saúde (SUS), ou em qualquer hospital privado.
2017	Portaria SES-PE 456, 04/10/2017	Dispõe sobre a vigilância dos óbitos maternos no âmbito do estado de Pernambuco.

Fonte: (Adaptado de Jannotti, Silveira-da-Silva, Perillo, 2013)⁴⁶

Quadro 1. Marcos cronológicos sobre as Políticas Públicas voltadas ao enfrentamento da morte materna no contexto internacional, nacional e em Pernambuco.

1.3. Avaliação em saúde

Devido à grande complexidade do setor saúde, desde a década de 1970, as necessidades de avaliação no sistema sanitário passaram a ser indispensáveis. O financiamento de serviços de saúde pelo Estado necessitava de um controle dos custos, sem que este interferisse na garantia do acesso à saúde e a avaliação praticada pelos economistas passou a ser vista como a melhor opção para aferir a eficiência do sistema e o custo que ele produzia⁴⁷.

Na saúde, a adequação da pesquisa avaliativa serve de auxílio para que gestores e profissionais afirmem a qualidade das intervenções outrora implantadas, e analisem o impacto da tomada de decisão na melhoria da saúde dos usuários do programa, da intervenção ou do próprio sistema⁴⁸.

O ato de avaliar reflete a necessidade ou objetivo dos diferentes atores que demandam e conduzem a investigação baseada na identificação de informações que apoiem suas decisões, cuidados aos pacientes, reembolso financeiro, gerenciamento de tecnologias ou quaisquer aspectos de interesse dos envolvidos. Assim cada ator, busca perspectivas próprias que irão refletir no processo e resultado da avaliação⁴⁹.

As consequências resultantes do processo avaliativo não se restringem ao processo decisório, mas, possuem influências relacionadas à instituição, por possibilitar modificações organizacionais, beneficiar a autoimagem da gestão com base nos resultados positivos da avaliação, além da diversidade do seu uso. Os resultados da avaliação não devem ser vistos apenas como informações quantitativas de determinado objeto, mas, podem produzir determinado tipo de impacto, como também aferir a utilidade e conhecimento do programa ou intervenção entre gestores e avaliadores^{50,48}.

A avaliação em saúde pode ser entendida como o julgamento que é realizado após investigação das características do serviço, política ou programa em determinado tempo e a partir do uso de metodologias avaliativas, consegue-se obter respostas sobre práticas sociais que ainda não eram conhecidas⁵¹.

O julgamento resultante do processo avaliativo pode ser emitido a partir do embasamento em critérios ou normas, sendo chamada de avaliação normativa ou a partir da utilização de métodos e técnicas cientificamente legítimos, denominando-se de pesquisa avaliativa. Dependendo do tipo de intervenção avaliada, pode haver a necessidade de aplicação dos dois tipos de avaliação⁵². A figura 1 mostra alguns usos e tipos de avaliação.



Fonte: Baseado em Hartz et al. (1997)⁵²

Figura 1: Diagrama do uso e tipos de avaliação.

As práticas avaliativas na assistência à mulher são importantes na análise da qualidade da assistência ofertada, por possibilitar averiguar a efetividade e o impacto das intervenções na saúde materna. A avaliação em saúde oferece suporte para reformular políticas a partir dos resultados encontrados, além de propiciar conhecimentos úteis acerca de determinada intervenção⁷.

A avaliação sistemática da assistência obstétrica, é uma ferramenta essencial no enfrentamento à mortalidade materna. O acompanhamento contínuo para ser efetivo envolve diversos indicadores relacionados ao processo assistencial de qualidade, devendo esta ser realizada pelos estabelecimentos de saúde, secretarias municipais e estaduais de saúde, e na ausência da prática, ser objeto de demanda por parte dos comitês⁵³.

No Brasil, apesar de existir iniciativas de práticas avaliativas e de monitoramento, ainda carece de melhorias por ter sua capacidade organizacional e estrutural ainda conservadora e fragmentada⁵⁴.

Para tentar compreender sobre a prestação dos serviços ofertados às gestantes e puérperas que evoluíram para o óbito investigou-se: Quais as inconformidades no registro e na assistência de mulheres que morreram por causa materna na IV regional de saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2015?

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as inconformidades no registro e na assistência de mulheres que morreram por causa materna na IV Regional de saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2015.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar a incompletude do preenchimento da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna e da declaração de óbito;
2. Descrever o perfil sociodemográfico e assistencial dos óbitos maternos da IV Região de saúde;
3. Identificar e analisar inconformidades da assistência na gestação, parto e puerpério, entre mulheres que morreram por causa materna de acordo com as normas vigentes

3. Método

3.1. Tipo do Estudo

Estudo de uma série de casos para os quais se procedeu uma avaliação normativa sobre as inconformidades na assistência às mulheres que morreram por causa materna, baseado nas normas vigentes relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério (período compreendido até 1 ano pós parto).

3.2. População do Estudo

Foram estudados os óbitos ocorridos no período gravídico-puerperal, classificados como óbitos maternos de residentes dos Municípios que compõem a IV Região de Saúde de Pernambuco e cujos eventos foram submetidos à investigação pelo GT de morte materna de referência.

3.3. Local de Estudo

A IV Regional de Saúde, uma das 12 de Pernambuco, engloba 32 Municípios do Agreste e é sediada em Caruaru. A figura 2 mostra a localização geográfica da IV Regional de Saúde.

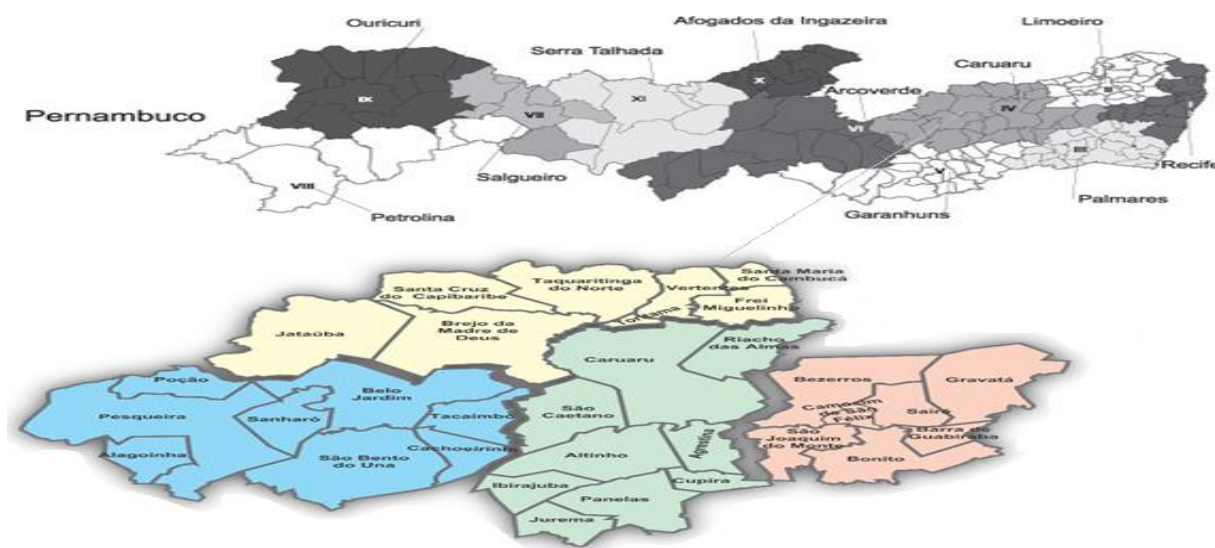


Figura 2. Mapa das Regionais de Saúde e Municípios da IV Regional de Pernambuco.

O conjunto dos municípios apresenta uma população de 999.385 habitantes⁵⁵, 324 unidades básicas de saúde (UBS), 78 postos de saúde, 27 hospitais gerais e um (1) hospital de referência para a gestação e parto de alto-risco⁵⁶, conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4. Município, população, rede assistencial e número de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos da IV Regional.

Município	População ¹	Rede assistencial ²	Nº de óbitos MIF 2010/2015 ³	Nº e % de óbitos maternos 2010/2015 ³	
Agrestina	24 254	Cobertura ESF: 100%; UBS: 02; PS: 15; Hospital:01	56	-	-
Alagoinha	14 431	Cobertura ESF: 100%; UBS: 07; UM: 01	28	1	3.5
Altinho	22 886	Cobertura ESF: 100%; UBS: 08; UM: 01	49	-	-
Barra de Guabiraba	14 091	Cobertura ESF: 100%; UBS: 06; UM: 01	23	1	4.3
Belo Jardim	75 729	Cobertura ESF: 70,9%; UBS: 16; PS: 08; Hospital:02	179	3	1.6
Bezerros	60 469	Cobertura ESF: 100%; UBS: 18; PS: 03; Hospital:02	148	-	-
Bonito	38 069	Cobertura ESF: 91,9%; UBS: 12; PS: 02; Hospital:01	62	1	1.6
Brejo da Madre de Deus	49 624	Cobertura ESF: 74,6%; UBS: 11; Hospital:01	99	3	3.0
Cachoeirinha	20 082	Cobertura ESF: 100%; UBS: 01; PS: 07; UM: 01	44	1	2.2
Camocim de São Félix	18 440	Cobertura ESF: 79,2%; UBS: 01; PS: 06; UM: 01	34	2	5.8
Caruaru	351 686	Cobertura ESF: 67%; UBS: 61; PS: 01; Hospital ^a :09; Hospital especializado: 01	713	21	2.9
Cupira	23 909	Cobertura ESF: 100%; UBS: 10; Hospital:01	54	1	1.8
Frei Miguelinho	15 234	Cobertura ESF: 100%; UBS: 08; UM: 01	24	-	-
Gravatá	82 579	Cobertura ESF: 88,6%; UBS: 20; Hospital:01	183	5	2.7
Ibirajuba	7 730	Cobertura ESF: 100%; UBS: 04; UM: 01	17	1	5.8
Jatuba	16 943	Cobertura ESF: 100%; UBS: 06; PS: 02; UM: 01	40	4	10.0
Jurema	15 229	Cobertura ESF: 100%; UBS: 06; PS: 01; UM: 01	28	2	7.1
Panelas	26 440	Cobertura ESF:100%;UBS:02;PS: 08;UM:01	40	2	5.0
Pesqueira	66 524	Cobertura ESF: 86,9; UBS: 16; PS: 05; Hospital:02	136	5	3.6
Poção	11 240	Cobertura ESF:100%;UBS:06; PS:05;UM:01	36	1	2.7
Riacho das Almas	20 286	Cobertura ESF:100%;UBS:07;PS:04;UM: 01	38	-	-
Saíre	10 247	Cobertura ESF: 100%; UBS: 06; UM: 01	13	-	-
Sanharó	25 521	Cobertura ESF: 90,4; UBS: 07; UM: 01	54	-	-
Santa Cruz do Capibaribe	103 660	Cobertura ESF: 67,5; UBS: 18; PS: 03; Hospital: 01; Hospital Especializado: 01	141	3	2.1
Santa Maria do Cambucá	13 921	Cobertura ESF: 100%; UBS: 06	32	1	3.1
São Bento do	58 251	Cobertura ESF: 69,7%; UBS: 10; Hospital:01	97	2	2.0
São Caitano	36 895	Cobertura ESF: 87,3; UBS: 11; PS: 01; Hospital:01	89	3	3.3
São Joaquim do Monte	21 215	Cobertura ESF: 100%; UBS: 10; PS: 04; Hospital:01	46	4	8.6
Tacaimbó	12 872	Cobertura ESF: 54,3%; UBS: 06; PS: 03	20	2	10.0
Taquaritinga do Norte	27 981	Cobertura ESF: 94%; UBS: 07; Hospital:01	44	3	6.8
Toritama	43 174	Cobertura ESF: 82,5%; UBS: 09; Hospital:01	87	1	1.1
Vertentes	20 222	Cobertura ESF: 100%; UBS: 06; Hospital:01	20	-	-
IV Geres	999.385	PS: 78; UBS: 324; Hospitais Gerais: 27; Hospital Especializado:02; UM: 14; Hospital Materno-Infantil Estadual Referência: 01.	2674	73	2.7

LEGENDA: ESF:Estrategia Saude da Família; UBS: Unidade básica de saúde; PS: Posto de Saúde; UM: Unidade Mista.

Nota: ^aUm dos hospitais de Caruaru funciona como Maternidade Municipal de baixo risco.

Fonte: 1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Estimativa populacional para 2016.

2. MS/DAB (Departamento da Atenção Básica) e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos Saúde)

3. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (TabNet) Acesso em 24 Jan 2018.

3.4 Período de Estudo

O estudo foi realizado no período de Março de 2016 a Março de 2018, tendo como período de referência, os óbitos ocorridos entre os anos de 2010 a 2015.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os óbitos maternos de mulheres residentes nos municípios de abrangência da IV Regional de Saúde notificados, investigados e discutidos pelo GT de morte materna ocorridos no período de 2010 a 2015. Foram acrescentados os óbitos maternos tardios que compreendem o período de 43 dias a 1 ano após o parto. Pernambuco adota este período conforme regulamentação da Vigilância do óbito materno estadual. Foram excluídos os óbitos classificados como maternos não obstétricos.

3.6. Técnica e instrumento de estudo

Foram utilizados dados secundários da DO (Anexo 2) e FCIMM (anexo 3), dos óbitos da IV Regional de Saúde, cedido pela Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Foram selecionadas as seguintes variáveis da DO, em virtude destas não estarem contidas na FCIMM:

- Sociodemográficas (idade, escolaridade, situação conjugal, raça/cor, município de residência e ocupação);
- Informações referentes ao óbito (local do óbito, momento do óbito: pré-natal, parto ou puerpério, causa básica do óbito e necrópsia).

As demais variáveis do estudo foram selecionadas da FCIMM separadas por seção, referente à assistência pré-natal, parto e puerpério, conforme objetivos do estudo.

3.7. Variáveis de Estudo

3.7.1. Avaliação da incompletude no preenchimento da DO e da FCIMM

As variáveis selecionadas para análise da incompletude foram categorizadas conforme quadro 2.

Declaração de Óbito	Sociodemográfica: Idade, Escolaridade, Raça/cor, Situação Conjugal, Ocupação habitual, Município de residência. Dados do óbito: Local do óbito, Causa básica morte, Óbito na gravidez, Óbito no parto, Óbito no puerpério.
Ficha de Investigação de Morte Materna	Reprodução: Parto vaginal anterior, Cesariana anterior, Gestação anterior, Aborto anterior. Pré-natal: Realizou consulta, Idade gestacional na 1ª Consulta, Registros cartão pré-natal (IG, Peso, Pressão arterial, Batimento cardíaco fetal, Altura fundo de útero, Edema, Conduta, Profissional), Esquema vacinal contra Tétano, Exames realizados (HB/HT, Fator Rh/ABO, Glicemia de jejum, Toxoplasmose, Urina tipo I, Sorologia hepatite B, Sorologia HIV, Sífilis, Ultrassom obstétrico, Visita Agente Comunitário de Saúde, Complicações durante gestação, Tratamento complicações pré-natal. Parto: Registros Admissão (Pressão arterial, Dinâmica uterina, Dilatação do Colo, Batimentos cardíaco fetal, Apresentação, Membrana amniótica), Exames Admissão (ABO/RH, Teste rápido sífilis, Teste rápido HIV), Tipo de parto, Estabelecimento parto, Intercorrência parto, Tipo de parto se cesariano-motivo, Anamnese, Partograma, Acompanhante. Puerpério e assistência hospitalar: Complicações durante puerpério, Tratamento de complicações, Visita médica, Indicação sangue/ Hemoderivados, Recebeu sangue ou hemoderivados, Indicação UTI, Motivo não admissão UTI. Necropsia: Sim ou não, Análise de Útero e anexos.

Quadro 2. Variáveis selecionadas para análise da incompletude da Declaração de Óbito e Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna.

A incompletude do preenchimento da FCIMM e DO foi analisada utilizando-se a classificação proposta por Romero e Cunha (2006)⁵⁷, que define a incompletude levando em consideração os campos em branco e os ignorados, sendo excelente (menor de 5%), bom (5% a 9,9%), regular (10% a 19,9%), ruim (20% a 49,9%) e muito ruim (50% ou mais).

3.7.2. Descrição do perfil sociodemográfico e assistencial dos óbitos maternos

Para descrever o perfil, foram selecionadas variáveis relacionadas às informações sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, situação conjugal, ocupação habitual município de residência) e do óbito (local do óbito, causa básica morte, óbito na gravidez, óbito no parto, óbito no puerpério) obtidas da DO e outras pertinentes à assistência (nº gestação anterior, número consulta, visita do agente de saúde, complicações durante pré-natal, encaminhada ao pré-natal alto risco, tipo de parto, tipo de estabelecimento parto, intercorrências trabalho parto, complicações no puerpério) extraídas da FCIMM.

3.7.3. Identificação e análise das inconformidades da assistência na gestação, parto e puerpério de acordo com as normas vigentes

A partir das variáveis relacionadas à assistência do pré-natal, parto e puerpério, construiu-se a matriz de análise contendo conceituação, possíveis respostas baseadas nas alternativas da FCIMM, e a norma estabelecida com base nas legislações e manuais vigentes (quadro 3).

Secção	Variável	Conceituação	Valores admitidos	Norma/Padrão
	Realizou consultas pré-natais	Acompanhamento contínuo e sistemático da gestação.	Sim, Nº de consultas; Não, Ignorado	Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, (1º Trim 01; 2º Trim 02, 3º Trim 03) ⁵⁸ . Obs: Padrão pode variar de acordo com IG no momento do óbito.
	Idade gestacional na primeira consulta pré-natal	Quantidade de semana gestacional na 1ª consulta	Semanas, Meses, Ignorado.	Primeira consulta antes de 12ª semana de gestação ⁵⁹
	Registros no cartão pré-natal	Dados registrados em cada consulta pré-natal	Data, Idade Gestacional, Peso, Pressão arterial, Batimento Cardio fetal, altura de fundo uterino, Presença de edema, Conduta.	Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contra-referência ⁵⁸
	Esquema vacinal contra tétano	Administração das doses recomendadas de vacina anti-tetânica para gestante	1ª dose, 2ª dose, 3ª dose, Reforço, Imune, Ignorado.	Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres imunizadas ⁵⁸
	Exames realizados no pré-natal	Realização de exames protocolados para gestante por trimestre(1º,2º,3º)	a) Dosagem Hb/Ht b) Classificação sanguínea (fator RH/ABO) c) Coombs indireto d) Glicemia de jejum e) Sorologia para Toxoplasmose - IgM f) Urina rotina g) Curva de tolerância à glicose h) Urocultura i) Sorologia para HbsAg j) Sorologia para HIV k) Sorologia para Sífilis (VDRL) l) Ultrassonografia	a)HB/Ht, na primeira consulta e 30ª.b)ABO-Rh, na primeira consulta; c)Em gestantes Rh negativo. d)Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; e)Toxoplasmose: um exame na primeira consulta. f)Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação. g)Gestantes com Glicemia de Jejum alterado. h)Gestantes sintomáticas ou com sumário de urina alterado. i) um exame na primeira consulta. j)Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta. k)VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação. l)Realização de USG, se necessário ⁵⁹
	Visita agente comunitário saúde	Recebia visitas do ACS durante o pré-natal.	Sim, Frequência das visitas /mês; Não; Ignorado.	Realizar visita mensal e busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal ⁵⁹
	Complicações durante o pré-natal	Risco ou complicação da gravidez atual que levou ao óbito	Nenhum(a), Obesidade, Hábito de fumar, Hábito de beber, Uso de medicamentos, Hipertensão arterial, Sífilis, Ameaça de aborto de parto prematuro, Pré -eclâmpsia, Hemorragia, Infecção urinária, Anemia, Multiparidade, Diabetes, HIV/AIDS, Violência/Trauma, Cardiopatia, Infecção respiratória, Gravidez molar, HELLP Síndrome, Gravidez ectópica, Eclâmpsia, Ignorado, Outro.	Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco ⁵⁸
	Fez algum tratamento na gestação atual	Realização de tratamento terapêutico/medicamentoso durante gestação atual	Sim, Não, Ignorado.	Assegurar a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério ⁵⁴ .
PARTO	Registros na admissão do parto	Realização de registros de admissão da gestante em prontuário/ficha.	Pressão alta, dinâmica uterina, dilatação do colo, batimentos cardio-fetais,apresentação, membrana amniótica.	Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contra-referência ⁵⁸
	Exames na admissão	Realização de exames protocolados na admissão	Teste rápido para HIV,Teste rápido para Sífilis (VDRL), Ignorado, Outros.	Realizar teste para VDRL e HIV, independente de patologia confirmada ⁶⁰
	Motivo parto cesariano	Expulsão do conceito via incisão cirurgica. Motivos para indicação de parto cesariano	Cesariana pré-marcada para Laqueadura, Cesariana por opção materna, Duas ou mais cesarianas anteriores, Cesariana em morte materna iminente ou pós-morte, Cesariana por indicação médica qual indicação? Ignorado	Causas relativas e absolutas ⁵⁹
	Anamnese preenchida	Realização de entrevista com a finalidade de identificar dados	Sim, Não, Ignorado	Recepcionar e examinar as parturientes ⁵⁸
	Partograma	Preenchimento da evolução do	Sim, Não, Não se aplica, ignorado.	Registrar a evolução do trabalho de parto em

	preenchido	parto		partograma ⁵⁸
	Acompanhante no internamento parto	Presença de acompanhante no momento do parto/internamento	Sim, Não, Ignorado	Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato ⁶¹
PUERPÉRIO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Complicações durante puerpério	Intercorrências no puerpério	Sem complicações, Depressão puerperal, Distúrbio de coagulação, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Embolia, Atonia uterina, Trombose venosa profunda, Hemorragias, Infecções do útero / Endometrite, Infecção de ferida cirúrgica, Coma, HELLP síndrome, Outras, Ignorado.	Atendimento a intercorrências obstétricas ⁵⁸
	Tratamento de complicações no puerpério	Ações terapêuticas realizadas no puerpério	Sim, não, não se aplica, ignorado	Assegurar a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério ⁶¹
	Visita médica hospitalar	Periodicidade de visitas médicas durante internamento	Dias alternados, Diária, Mais de uma vez ao dia, Ignorado.	Elaborar relatórios médico e enfermagem diariamente e fazer registro de parto ⁵⁸
	Recebeu sangue ou hemoderivados, após indicação	Necessidade de reposição sanguínea	Sim, não, não se aplica, ignorado	Avaliar perda sanguínea e se necessário, realizar transfusão sanguínea ⁶²
	Admissão em unidade de terapia intensiva, após indicação	Necessidade de admissão da gestante, parturiente ou puérpera na terapia intensiva	Sim, não, ignorado	Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) em casos de necessidade ⁶¹
	Realizado Necropsia	Realizado investigação da causa da morte	Sim, não, ignorado	Se desconhecimento sobre história de gestação no momento da morte devido ao pouco tempo de gravidez ⁴¹
	Análise de útero e anexos, após indicação de necropsia	Exame detalhado de útero e anexos nos casos de necropsia	Sim, não, ignorado	Realizar investigação de útero e anexos ⁴¹

Quadro 3. Matriz das variáveis relacionadas à assistência no ciclo gravídico-puerperal contidas na Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna

3.8. Etapas da avaliação

A primeira etapa da pesquisa foi constituída pelo levantamento e resgate de todas as fichas de investigação de óbito da IV Regional no período estabelecido, catalogando os casos por ano e município de ocorrência, sendo totalizado 81 casos.

Consolidaram-se todas as fichas investigadas e discutidas pelo GT de morte materna. As variáveis sociodemográficas e dados do óbito contidas na DO foram obtidas por meio do banco de dados do SIM e as demais obtidas da FCIMM.

Construiu-se um banco de dados a partir das respostas da ficha com cada variável do estudo por caso e ano, com finalidade de auxiliar a identificação das inconformidades durante o ciclo gravídico-puerperal. Por utilizar dados secundários, foram selecionadas as variáveis que permitem mensurar inconformidade ou conformidade, diante das normas utilizadas.

Para cada variável foi levado em consideração as particularidades de cada caso e observado os registros das variáveis interdependentes (ex: número de consultas pré-natal x idade gestacional no óbito) no que tange a assistência recebida pela mulher.

3.9. Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados no software Microsoft® Office Excel Edição 2010. Para a incompletude foi tabulado e calculado o percentual de campos em branco e ignorados por meio de regra de três simples, considerando o total de óbitos por ano e classificado de acordo com o escore de Romero e Cunha (2006). O perfil foi descrito a partir de frequências absolutas e relativas das variáveis selecionadas, e os resultados relacionados as inconformidades foram avaliados com base nas normativas assistenciais vigentes que compuseram a matriz de análise e foram descritos em frequências absolutas e relativas por ano.

3.10. Aspectos Éticos

Cumprindo os preceitos éticos, foi solicitado a carta de anuência à Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES) que autorizou o uso dos dados. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) sob CAEE nº 64201617.2.0000.5201.

4. Resultados

Os resultados encontram-se descritos segundo os objetivos específicos propostos.

4.1 Avaliação da incompletude no preenchimento da DO e FCIMM

A incompletude das variáveis selecionadas foram descritas por ano e tipo de instrumento, considerando os campos em branco e ignorado, conforme descrito no quadro 4.

Das variáveis relacionadas a DO, situação conjugal foi a que apresentou níveis de incompletude variados, iniciando com preenchimento excelente, apresentando baixo preenchimento em 2011 e 2012, sendo a única variável com mais de 50% de incompletude (2015). A escolaridade apresentou preenchimento excelente apenas em 2012 e nos demais anos, variou de regular a ruim, a ocupação habitual demonstrou excelente preenchimento em 2012 e 2014 e bom em 2015 com 7,1%, apesar de manter-se com incompletude crescente nos anos de 2010 (21,4%), 2011(26,6%) e 2013 (27,7%).

As variáveis sociodemográficas idade, raça/cor e município de residência não apresentaram campos em branco ou ignorados, igualmente às variáveis referente ao óbito enquadrando-se no escore excelente.

Variável	2010 (n=14)		2011(n=15)		2012(n=07)		2013(n=18)		2014(n=13)		2015(n=14)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sociodemográfica	Idade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Escolaridade	3	21,4	3	20,0	0	0,0	3	16,6	3	23,0	2	14,2
	Raça/cor/etnia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Situação Conjugal	0	0,0	3	20,0	2	28,5	3	16,6	0	0,0	8	57,1
	Ocupação habitual	3	21,4	4	26,6	0	0,0	5	27,7	0	0,0	1	7,1
	Município de residência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Óbito	Local do óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Causa básica morte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Óbito na gravidez	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Óbito no parto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Óbito no puerpério	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Quadro 4. Incompletude das variáveis da Declaração de Óbito segundo variáveis sociodemográficas e dados do óbito. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.

Legenda:

	Excelente (<5% preenchimento incompleto)
	Bom (5% a 9,9% preenchimento incompleto)
	Regular (10% a 19,9% preenchimento incompleto)
	Ruim (20% a 49,9 % preenchimento incompleto)
	Muito Ruim (> 50% preenchimento incompleto)

Dentre as variáveis relacionadas ao pré-natal e história reprodutiva analisados a partir da FCIMM (Quadro 5), as variáveis realização de exames durante o pré-natal para sorologias de hepatite B e toxoplasmose que obtiveram enquadramento muito ruim em todos os anos (mais de 50% de incompletude). Igualmente o registro das consultas no cartão da gestante, com particularidade para conduta profissional realizada, registro de presença de edema e registro do tipo de profissional que realizou o pré-natal mantiveram-se com preenchimento ruim a muito ruim, como exceção do registro do tipo de profissional em 2012, com preenchimento excelente.

Em relação ao parto, os registros admissionais e a realização de exames como HIV e VDRL apresentaram proporções expressivas de campos em branco e ignorado, com escore ruim em quase todos os anos. Quando observados os anos separadamente, as variáveis relacionadas ao puerpério e à assistência hospitalar apresentaram preenchimento ruim no ano de 2015, com variação nos demais. As informações referente à investigação do óbito não mostraram incompletude em todos os anos, permanecendo com escore excelente.

	Variável	2010 (n=14)		2011 (n=15)		2012 (n=07)		2013 (n=18)		2014 (n=13)		2015 (n=14)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
História Reprodutiva e Pré-natal	Parto vaginal anterior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	01	5,5	0	0,0	0	0,0
	Cesariana anterior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	01	5,5	0	0,0	0	0,0
	Gestação anterior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	01	5,5	0	0,0	0	0,0
	Aborto anterior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	01	5,5	0	0,0	0	0,0
	Realizou consulta	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	5,5	0	0,0	0	0,0
	Idade gestacional na 1ª Consulta	1	7,1	1	6,6	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0
	Registros cartão pre-natal: IG	1	7,1	1	6,6	0	0,0	3	16,6	1	7,6	2	14,2
	Peso	1	7,1	1	6,6	0	0,0	3	16,6	1	7,6	2	14,2
	Pressão arterial	1	7,1	1	6,6	0	0,0	3	16,6	1	7,6	2	14,2
	Batimento cardiofetal	2	14,2	1	6,6	1	14,2	3	16,6	2	15,3	3	21,4
	Altura fundo de útero	3	21,4	1	6,6	1	14,2	3	16,6	2	15,3	2	14,2
	Edema	7	50,0	4	26,6	3	42,8	6	33,3	3	23,0	5	35,7
	Conduta	6	42,8	5	33,3	4	57,1	8	44,4	4	30,7	6	42,8
	Profissional	3	21,4	3	20,0	0	0,0	5	27,7	3	23,0	4	28,5
	Esquema vacinal contra Tétano	5	35,7	3	20,0	1	14,2	6	33,3	2	15,3	5	35,7
	Exames realizados. HB/HT	4	28,5	6	40,0	2	28,5	4	22,2	3	23,0	9	64,2
	Fator Rh/ABO	5	35,7	6	40,0	2	28,5	4	22,2	3	23,0	7	50,0
	Glicemia de jejum	4	28,5	6	40,0	1	14,2	5	27,7	4	30,7	6	42,8
	Toxoplasmose	10	71,4	14	93,3	5	71,4	12	66,6	10	76,9	8	57,1
	Urina tipo I	4	28,5	7	46,6	3	42,8	6	33,3	3	23,0	6	42,8
	Sorologia hepatite B	9	64,2	11	73,3	5	71,4	12	66,6	9	69,2	10	71,4
	Sorologia HIV	5	35,7	8	53,3	3	42,8	7	38,8	2	15,3	6	42,8
	Sífilis	3	21,4	7	46,6	1	14,2	5	27,7	2	15,3	6	42,8
	Ultrassom obstétrico	5	35,7	8	53,3	4	57,1	8	44,4	5	38,4	7	50,0
	Visita Agente Comunitario Saúde	6	42,8	3	20,0	1	14,2	6	33,3	2	15,3	3	21,4
	Complicações durante gestação	3	21,4	2	13,3	0	0,0	2	11,1	1	7,6	6	42,8
	Tratamento complicações pré-natal	6	42,8	1	6,6	0	0,0	2	11,1	1	7,6	5	35,7
	Parto	Registros Admissão: Pressão arterial	3	21,4	3	20,0	1	14,2	4	22,2	2	15,3	5	35,7
Dinâmica uterina		4	28,5	4	26,6	3	42,8	8	44,4	5	38,4	8	57,1
Dilatação do Colo		3	21,4	3	20,0	1	14,2	7	38,8	1	7,6	8	57,1
Batimentos cardiofetal		3	21,4	3	20,0	1	14,2	6	33,3	1	7,6	5	35,7
Apresentação		4	28,5	4	26,6	2	28,5	6	33,3	4	30,7	7	50,0
Membrana amniótica		5	35,7	4	26,6	3	42,8	6	33,3	4	30,7	6	42,8
Exames Admissão ABO/RH.		3	21,4	3	20,0	2	28,5	4	22,2	3	23,0	7	50,0
Teste rápido sífilis		1	7,1	3	20,0	1	14,2	5	27,7	3	23,0	6	42,8
Teste rápido HIV		2	14,2	3	20,0	1	14,2	5	27,7	3	23,0	7	50,0
Tipo de parto		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estabelecimento Parto		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intercorrência parto		01	7,1	02	13,3	0	0,0	03	16,6	0	0,0	01	7,1
Parto Cesariano – Motivo		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Anamnese		1	7,1	2	13,3	3	42,8	5	27,7	3	23,0	8	57,1
Partograma	0	0,0	1	6,6	2	28,5	4	22,2	0	0,0	6	42,8	
Acompanhante	4	28,5	6	40	3	42,8	9	50,0	4	30,7	5	35,7	
Puerpério e Hospitalar	Complicações durante puerpério	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0	1	7,6	3	21,4
	Tratamento de complicações	0	0,0	0	0,0	1	14,2	2	11,1	1	7,6	3	21,4
	Visita médica	4	28,5	5	33,3	0	0,0	4	22,2	2	15,3	5	35,7
	Indicação sangue/ Hemoderivados	1	7,1	0	0,0	1	14,2	3	16,6	0	0,0	3	21,4
	Recebeu sangue ou hemoderivados	1	7,1	1	6,6	0	0,0	3	16,6	0	0,0	3	21,4
	Indicação unidade terapia intensiva	3	21,4	1	6,6	0	0,0	2	11,1	1	7,6	3	21,4
	Motivo não admissão terapia intensiva	3	21,4	1	6,6	0	0,0	3	16,6	1	7,6	4	28,5
Nec	Realizado Necropsia	2	14,2	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	2	14,2
	Análise de Útero e anexos	3	21,4	0	0,0	1	14,2	5	27,7	3	23,0	2	14,2

Quadro 5. Incompletude da Ficha de Investigação de Morte Materna segundo variáveis pre-natal, parto, puerpério e assistência hospitalar, necrópsia e investigação. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.

Legenda:

Excelente (<5% preenchimento incompleto)
Bom (5% a 9,9% preenchimento incompleto)
Regular (10% a 19,9% preenchimento incompleto)
Ruim (20% a 49,9 % preenchimento incompleto)
Muito Ruim (> 50% preenchimento incompleto)

4.2 Descrição do perfil sociodemográfico e assistencial dos óbitos maternos da IV Região

Dentre as características sociodemográficas, a faixa etária dos óbitos de 20-29 anos predominou com 50,6% dos casos, enquanto a menor foi de 40-49 anos (6,2%). A baixa escolaridade foi uma característica comum entre os óbitos maternos e apenas em 3,7% dos casos, o número de anos de estudo se sobrepôs a 12 anos, ainda que a proporção de ignorados tenha sido elevada (17,3%). A maioria das mulheres eram pardas (61,7%), solteiras (54,3%), donas de casa (30,9%) ou desenvolviam atividades ligadas à agricultura ou à agropecuária, 28,4%. O município sede da Regional, Caruaru contribuiu com 25,9% dos óbitos maternos (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos óbitos maternos segundo variáveis sociodemográficas. IV Regional de Saúde, Pernambuco, 2010-2015.

Variável	N	%
Idade (anos)		
10-19	11	13,6
20-29	41	50,6
30-39	24	29,6
40-49	05	6,2
Total	81	100,0
Escolaridade (em anos)		
Nenhuma	05	6,2
1-3	15	18,5
4-7	25	30,9
8-11	19	23,4
Mais de 12	03	3,7
Ignorado/Branco	14	17,3
Total	81	100,0
Raça/cor/etnia		
Parda	50	61,7
Branca	31	38,3
Preta	00	0,0
Total	81	100,0
Situação Conjugal		
Solteira	44	54,3
Casada	20	24,7
Separada Judicialmente	01	1,2
União Estável	08	9,9
Ignorado/Branco	08	9,9
Total	81	100,0
Ocupação habitual		
Dona de casa	25	30,9
Agricultura/Agropecuária	23	28,4
Costureira/Tecelã	06	7,4
Estudante	04	4,9
Vendedora	03	3,7
Professora	02	2,5
Outros	05	6,2
Branco/Ignorado	13	16,0
Total	81	100,0
Município residência		
Caruaru	21	25,9
Gravatá	05	6,1
Pesqueira	05	6,1
Snt ^a Cruz Capibaribe	05	6,2
Jataúba	04	4,9
São Joaquim do Monte	04	4,9
Taquaritinga	04	4,9
Belo Jardim	03	3,7
Brejo da Madre de Deus	03	3,7
São Caitano	03	3,7
Barra de Guabiraba	02	2,5
Camocim de São Félix	02	2,5
Cupira	02	2,5
Jurema	02	2,5
Panelas	02	2,5
Poção	02	2,5
São Bento do Uma	02	2,5
Tacaimbó	02	2,5
Outros	08	9,9
Total	81	100,0

Fonte: Declaração de óbito

Do total de óbitos 38,3% eram primíparas e dentre as variáveis relacionadas ao pré-natal 11,1% não realizaram consultas e 43,2% realizaram seis ou mais durante gestação atual. A visita pelo agente comunitário de saúde (ACS) foi realizada em 63,0%, apesar da ausência de informação em 25,9% dos casos. As complicações durante o pré-natal mostraram-se em 69,1% das mulheres e no puerpério ocorreram em 69,2% (Tabela 6).

Entre as mulheres que tiveram partos, houve maior registro de cirurgia cesariana em 43,2%, e o parto por via vaginal ocorreu em 33,3% dos óbitos, e do total de partos realizados, a maioria ocorreu em estabelecimentos públicos (58%) e houve intercorrências em 38,3% dos partos. Destaca-se que 19 óbitos não terminaram em parto (23,5%) e desses, em 07 casos a gravidez terminou em aborto.

Tabela 6. Distribuição dos óbitos maternos segundo variáveis relacionadas ao Pré-natal, Parto e Puerpério. IV Regional de Saúde, Pernambuco, 2010-2015.

Variáveis	N	%
Nº Gestação anterior		
Nenhuma	31	38,3
1-2	25	30,8
3 ou mais	24	29,6
Ignorado	01	1,3
Total	81	100,0
Nº Consultas Pré-Natal		
6 ou mais	35	43,2
1-5	34	42,0
Não fez pré-natal	09	11,1
Ignorado	03	3,7
Total	81	100,0
Visita agente comunitarios Saúde no Pré-natal		
Sim	51	63,0
Não	09	11,1
Ignorado	21	25,9
Total	81	100,0
Complicações durante Pré-natal		
Sim	56	69,1
Não	11	13,6
Ignorado	14	17,3
Total	81	100,0
Encaminhada ao Pré-natal Alto Risco		
Sim	34	42,0
Não	33	40,7
Não fez pré-natal	09	11,1
Ignorado	05	6,2
Total	81	100,0
Tipo de Parto		
Vaginal	27	33,3
Cesariano	35	43,2
Não terminou em parto	19	23,5
Total	81	100,0
Tipo de Estabelecimento Parto		
Público	47	58,0
Privado	02	2,5
Privado/Conveniado	01	1,2
Filantropico	11	13,6
Domiciliar	01	1,2
Não terminou em parto	19	23,5
Total	81	100,0
Intercorrências Trabalho Parto		
Sim	31	38,3
Não	24	29,6
Não terminou em parto	19	23,5
Ignorado	07	8,6
Total	81	100,0
Complicações no Puerpério		
Sim	56	69,2
Não	04	4,9
Não terminou em parto	17	21,0
Ignorado	04	4,9
Total	81	100,0

Fonte: Ficha confidencial de investigação de morte materna

O local de ocorrência dos óbitos foi predominante em unidade hospitalar com 90,2%, tendo como principais causas básicas de morte as hemorragias (13,6%) e os transtornos hipertensivos (12,3%), seguidos de aborto, outras afecções e doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, parto ou puerpério, ambos com 8,7%. A maioria dos óbitos maternos ocorreram no puerpério precoce com 50,6%, seguido dos ocorridos durante a gestação (34,6%). A indicação de realização de necropsia ocorreu em 53,1%, apesar de existência de informações ignoradas, ressalta-se que dos 43 óbitos encaminhados à necropsia, 08 (9,9%) foram encaminhados ao IML (suspeita de morte violenta) e 35 (43,2%) para o SVO (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos óbitos maternos segundo variáveis relacionadas ao Óbito. IV Regional de Saúde, Pernambuco, 2010-2015.

Variáveis	N	%
Local de ocorrência do Óbito		
Hospital	73	90,2
Domicílio	05	6,2
Outros estabelecimentos de saúde	01	1,2
Via pública	01	1,2
Outros (durante transporte a unidade hospitalar)	01	1,2
Total	81	100,0
Causa básica da morte		
Hemorragias	11	13,6
Hipertensão da gravidez	10	12,3
Aborto	07	8,7
Outras doenças e afecções específicas complicando a gravidez, parto e puerpério	07	8,7
Doenças aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério	07	8,7
Infecção Puerperal	05	6,1
Doenças aparelho digestivo complicando a gravidez, parto e puerpério	05	6,1
Embolia Obstétrica por coágulo de sangue	04	4,9
Morte por qualquer causa obstétrica, > 42d e < 1 ano após o parto	03	3,7
Cardiomiopatia no puerpério	03	3,7
Doença do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto e puerpério	03	3,7
Anemia complicando a gravidez, parto e puerpério	02	2,5
Transtornos mentais complicando a gravidez, parto e puerpério	02	2,5
Tromboflebite venosa no puerpério	02	2,5
Outras causas	10	12,3
Total	81	100,0
Momento do óbito		
Puerpério	41	50,6
Puerpério tardio	12	14,8
Gravidez	28	34,6
Total	81	100,0
Necropsia		
Serviço de Verificação do Óbito (SVO)	35	43,2
Instituto Médico Legal (IML)	08	9,9
Não	33	40,7
Ignorado	05	6,2
Total	81	100,0

Fonte: Declaração de óbito

4.3 Identificação e análise das inconformidades da assistência na gestação, parto e puerpério de acordo com as normas vigentes

Dentre os resultados encontrados na Tabela 8, a não realização do acompanhamento pré-natal prevaleceu nos anos de 2010 (N=3) e 2013 (N=3), entretanto em 2014, não foi registrado ausência de realização de pré-natal.

Concomitante, o número de consultas pré-natais consideradas insuficientes para a IG, foi observado em 25,9% de todos os óbitos registrados durante 2010-2015. A IG na primeira consulta pré-natal (até 12 semanas) não ocorreu em 43,2% no conjunto dos anos, com destaque para os anos de 2010, 2011 e 2015, que observando-os isoladamente, a 1ª consulta ocorreu tardiamente em 50% do total de óbitos por ano.

Houve ausência de registros no cartão da gestante, com maior proporção para edema (22,2%) e condutas adotadas (24,6%). O esquema vacinal contra tétano predominou incompleto/ausente, atingindo mais de 40%. A não realização de exames laboratoriais padronizados durante pré-natal apresentou menor proporção para sífilis (19,7%) e maior proporção para toxoplasmose (61,7%) e hepatite B (59,2%).

Não foi realizada visita pelo ACS em 11,1% dos casos. A não realização de tratamento durante pré-natal para mulheres que apresentaram algum tipo de complicação foi verificada em 18,5%.

Tabela 8. Distribuição dos óbitos maternos por ano segundo inconformidades na assistência ao Pré-natal. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010-2015	
	n=14 N	n=15 N	n=07 N	n=18 N	n=13 N	n=14 N	N	%
Fez pré-natal	3	1	1	3	0	1	9	11,1
Nº consultas	3	3	3	2	3	7	21	25,9
IG na 1ª consulta	7	8	3	5	4	8	35	43,2
Registros cartão: Idade gestacional	1	1	1	3	0	3	9	11,1
Peso	1	2	1	3	0	3	10	12,3
Pressão arterial	1	1	1	3	0	3	9	11,1
Batimento cardio fetal	1	2	2	3	0	4	12	14,8
Altura uterina	1	1	1	3	0	4	10	12,3
Edema	1	1	2	6	2	6	18	22,2
Conduta	1	1	3	6	2	7	20	24,6
Esquema vacinal contra tétano	6	8	4	8	6	5	37	45,6
Exames: fator Rh/ABO	2	5	3	3	1	6	20	24,6
Hemograma	2	5	3	3	1	8	22	27,1
Glicemia jejum	2	5	3	4	1	5	20	24,6
Sumário urina	2	6	4	4	0	7	23	28,3
Hepatite B	7	10	6	9	7	9	48	59,2
Anti-HIV	3	7	4	5	0	5	24	29,6
Sífilis	1	5	2	3	0	5	16	19,7
Toxoplasmose	8	13	6	11	7	5	50	61,7
Ultrassom Obstétrica	3	9	6	4	2	7	31	38,2
Visita Agente Comunitário Saúde	2	1	1	2	1	2	9	11,1
Complicações durante gestação atual	11	9	5	13	10	8	56	69,1
Não fez tratamento na gravidez atual, após complicações	4	3	0	3	1	3	15	18,5

As variáveis relacionadas ao período intrapartal evidenciaram menores proporções de inconformidades quando comparadas ao período pré-natal. O registro das informações sobre as condições clínicas da gestante e feto na admissão ao parto como pressão arterial, batimento cardiorfetal, apresentação fetal e membrana amniótica tiveram seus registros realizados. Os testes rápidos realizados na admissão ao parto como o HIV e sífilis não foram realizados em 8,6% e 11%, respectivamente; apresentando conformidade para ambos apenas no ano de 2012 (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos óbitos maternos por ano segundo inconformidades na assistência ao parto. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015.

Variável	2010 n=14	2011 n=15	2012 n=07	2013 n=18	2014 n=13	2015 n=14	2010-2015 n=81	
	N	N	N	N	N	N	N	%
Registros admissão: pressão arterial	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Dinâmica uterina	1	0	0	3	0	0	4	4,9
Dilatação colo	0	0	0	1	0	0	1	1,2
Batimento cardio fetal	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Apresentação	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Membrana amniótica	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Exames admissão: VDRL	3	2	0	1	1	2	9	11,1
HIV	2	2	0	1	1	1	7	8,6
Motivo parto cesariano	0	0	0	3	0	2	5	6,1
Ficha de anamnese preenchida	1	1	1	4	1	0	8	9,8
Partograma preenchido	5	4	1	6	7	1	24	29,6
Acompanhante no internamento parto	1	1	0	0	5	01	8	9,8

A ausência de uso do partograma foi evidente em 29,6% dos óbitos, com destaque para o ano de 2014 em que mais de 50% dos óbitos registrados não foi realizado o uso do instrumento. Em 9,8% dos óbitos não houve a presença de acompanhante no internamento do parto e o preenchimento da ficha de anamnese esteve ausente em 9,8% dos casos.

Das pacientes que apresentaram complicações no puerpério (N=51), 3,7% não realizou tratamento das complicações (tabela 10).

Tabela 10. Distribuição dos óbitos maternos por ano segundo inconformidades no puerpério e assistência hospitalar. IV Regional, Pernambuco, 2010-2015

Variável	2010 n=14	2011 n=15	2012 n=07	2013 n=18	2014 n=13	2015 n=14	2010-2015 n=81	
	N	N	N	N	N	N	N	%
Complicações durante puerpério	6	10	6	12	10	9	51	62,9
Tratamento complicações puerpério	2	1	0	0	0	0	3	3,7
Visita médica hospitalar	0	0	0	1	0	0	1	1,2
Recebeu sangue ou hemoderivados, após indicação.	1	0	1	0	0	0	2	2,4
Admissão em Unidade Terapia Intensiva, após indicação	0	0	0	1	2	2	5	6,1
Análise de Útero e anexos, nos casos indicativos de necrópsia.	1	0	1	0	1	0	3	3,7

A visita médica durante internamento apresentou inconformidade em 2013 (N=1), mantendo-se conforme nos demais anos. Variáveis da assistência hospitalar como a ausência de recebimento de hemoderivado após indicação médica foi registrada em 2010 e 2012, com 2,4%, inversamente à admissão da paciente em unidade de terapia intensiva, após indicação médica, prevaleceu em 2013 e 2014 pela paciente ter evoluído ao óbito antes da efetivação da admissão e em 2015 por falta de leito no estabelecimento de saúde (tabela 10).

Dos 81 óbitos investigados, 42 foram encaminhados para SVO e IML, e em 3,7% desses, não foram realizados a análise de útero e anexos (tabela 10).

A tabela 11 descreve o número de inconformidades por ano, no pré-natal, parto e puerpério. No pré-natal a ocorrência de três ou mais inconformidades ocorreu em 100,0% dos casos de 2010-2012, seguida de leve redução entre os anos de 2013 a 2015. Em contraste, no puerpério em nenhum dos anos foi identificado três ou mais inconformidades.

Tabela 11. Número de inconformidades na assistência por óbito materno, segundo pré-natal, parto e puerpério. IV Regional de Saúde, Pernambuco, 2010-2015.

Momento/nº inconformidade		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010-2015	
		n=14	n=15	n=07	n=18	n=13	n=14	n=81	
		N	N	N	N	N	N	N	%
Pré-natal	Ausência	0	0	0	1	1	0	2	2,5
	01	0	0	0	2	1	2	5	6,2
	02	0	0	0	1	0	0	01	1,2
	03 ou mais	14	15	7	14	11	12	73	90,1
Parto	Ausência	7	8	5	9	5	7	41	50,6
	01	3	5	2	5	4	5	24	29,6
	02	2	1	0	2	3	2	10	12,3
	03 ou mais	2	1	0	2	1	0	6	7,4
Puerpério	Ausência	7	5	0	6	3	5	26	32,1
	01	4	8	6	10	8	7	38	46,9
	02	3	2	1	2	2	2	12	14,8
	03 ou mais	0	0	0	0	0	0	0	0,0

Foi observado neste estudo, que no SIM existe registrados 73 óbitos maternos na IV Regional, e desses 69 apresentaram-se como investigados e discutidos, entretanto, foram identificados na SES 81 óbitos maternos discutidos pelo Comitê referente ao período considerado.

5. Discussão

Os óbitos maternos da IV Regional de saúde no período de 2010 a 2015, ocorreram sobretudo em mulheres jovens entre 20 e 29 anos, pardas, solteiras, donas de casa, nulíparas, tendo a hemorragia como principal causa de morte, consequente a inconformidades assistenciais durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Durante a gestação foi evidenciado a ausência de consultas pré-natais e primeira consulta tardia, ausência da maioria dos exames pré-natais, principalmente as sorologias e USG, enquanto no parto, ausência do partograma, não testagem do VDRL e HIV e no puerpério predominaram as complicações e não admissão em unidade terapia intensiva (UTI) após indicação. Esses achados são similares aos observados em outros estudos^{46,63,64}.

É importante frisar que a diferença de óbitos encontrados no SIM e os notificados e investigados na SES, demonstra um atraso na digitação do SIM, atribuição do município, imprescindível para manter atualizado seus bancos de dados e monitorar a situação da mortalidade, aspecto sinalizado previamente⁶⁵.

Apesar da importância dos achados explicitados, ressalta-se seus limites, relacionados em particular, a completude e fidedignidade das informações, principalmente, da ficha de investigação de morte materna, que para algumas variáveis apresentou elevada proporção de campos em branco e ignorado, dificultando o entendimento quanto às circunstâncias do óbito e à realização dos procedimentos assistenciais preconizados no período gravídico-puerperal.

Avaliação da incompletude do preenchimento da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna e da declaração de óbito

O preenchimento adequado da DO e da FCIMM possibilitam o conhecimento da magnitude da morte materna e seus determinantes, e apontam para problemas, e fragilidades que devem ser corrigidos mediante políticas públicas, e ações para prevenção de novos casos. O preenchimento incorreto e incompleto da DO e da FCIMM são dificuldades enfrentadas pelos Comitês e pelos gestores do SIM, para o adequado esclarecimento sobre as circunstâncias em que ocorreram os óbitos materno²⁸.

Na DO, as variáveis escolaridade, situação conjugal e ocupação foram as que apresentaram maiores falhas de preenchimento, diferente dos dados relacionados ao óbito que os campos estavam bem preenchidos em todos os casos. Essa variação na completude se relaciona à importância atribuída pelos médicos a determinadas variáveis, conferindo menor

ênfase as que não possuem preenchimento obrigatório, apesar de indispensáveis para fins epidemiológicos⁶⁶.

Estudo realizado no Recife, apontou maior proporção de incompletude na variável escolaridade dos óbitos maternos ocorridos em um hospital de referência⁶⁴; enquanto outro identificou situação similar para mesma variável em diversas regiões do país, onde o Nordeste atingiu 39,1% e o Brasil 33,9% de campos ignorados²².

A FCIMM apresentou vários campos com preenchimento ruim, dos quais destacam-se os exames pré-natais, registros no cartão da gestante e registros admissionais no parto. A ausência destes registros atrapalha a conclusão das investigações, regulamentada pela Portaria nº 1.119/2008 que trata sobre a vigilância dos óbitos maternos⁶⁷.

Muitos são os entraves encontrados durante a investigação, principalmente, quando ocorre tardiamente pelo viés de memória dos familiares na visita domiciliar e mudanças de endereço. Ademais, durante a investigação algumas informações podem não ser encontradas, devido à perda de prontuário ou não ser compreensíveis, inclusive pela grafia⁶⁷.

Profissionais sem capacitação, rotatividade de profissionais, insuficiência de recursos físicos e material, condições para a realização da investigação e disponibilidade de transporte, também influenciam na qualidade da investigação. A vigilância do óbito possui papel importante no monitoramento das ações contribuindo para futuras tomadas de decisão⁶⁸.

Informações precisas e confiáveis devem ser focadas pelos profissionais que atuam na vigilância do óbito durante a investigação e pelos médicos responsáveis pelo preenchimento da DO. A conscientização dos profissionais envolvidos na assistência às mulheres sobre o correto preenchimento destes instrumentos, ressaltando a importância de informações fidedignas para fins epidemiológicos, melhora a confiabilidade dos dados e possibilita o planejamento de ações para enfrentamento do problema⁶⁹.

Um preenchimento adequado, completo e com informações confiáveis sobre o óbito, nos leva ao entendimento sobre as características sociais e assistenciais da mulher, visando a identificar a qualidade da assistência ofertada, fornecendo informações essenciais para a mensuração e identificação dos níveis de morte materna, que subsidiem a tomada de decisão e a prevenção de novos casos²⁸. As elevadas proporções de campos ignorado e em branco de variáveis das FCIMM da IV Regional comprometeram a análise dos casos pelo Comitê com repercussões sobre o perfil sociodemográfico, epidemiológico e quanto às inconformidades assistenciais na prestação do cuidado às mulheres que morreram por causas maternas, sem entretanto, deixar de explicitar problemas assistenciais relevantes.

Descrição do perfil sociodemográfico e assistencial dos óbitos maternos da IV Região

Condições sociais desiguais tem distanciado as mulheres de terem seus direitos garantidos por políticas públicas que ultrapassem os limites das diversidades existentes no Brasil. A obtenção de informações que caracterizem estas mulheres são importantes aliados para que mudanças urgentes sejam adotadas⁷⁰.

A idade predominante entre os óbitos maternos foi entre 20-29 anos, mulheres jovens que detém sonhos de realização pessoal ou profissional interrompido por terem seus direitos sociais e reprodutivos violados⁶⁴.

A discussão da raça/cor não é fácil por se tratar de uma variável que pode não ser auto-declarada, entretanto, neste estudo, obtida de dados secundários, a raça/cor parda predominou em 67,1% dos óbitos, além da ausência de registro de mulheres pretas. Igualmente, estudo aponta que existe diferenças entre as regiões do Brasil, o Nordeste (55,9%) e o Norte (67,0%) com maiores proporções de pardas, enquanto o sudeste (44,4%) e o sul (76,5%) predominaram as brancas²².

O nível de escolaridade determina o grau de entendimento sobre as condições de risco que a mulher pode estar exposta durante a gestação, principalmente quando as informações transmitidas não obedece a linguagem acessível^{71,18}. Elevados números de óbitos maternos tem sido associado a condições de vida como baixa escolaridade, baixas condições socioeconômicas e dificuldades de acesso a serviços de saúde que mesmo que detenham alta cobertura, não apresentam uma assistência de qualidade²⁶.

A instabilidade familiar e a situação conjugal desfavorável propiciam o aumento de óbitos maternos em mulheres solteiras, pois o abandono pode ser um fator contribuinte, como mostrado neste estudo; em muitos casos, a presença de um companheiro pode influenciar na motivação e apoio às necessidades básicas comuns do ciclo gravídico-puerperal^{24,72}.

Apesar da ascensão feminina no mercado de trabalho nas últimas décadas, houve maior predomínio de donas de casa entre os óbitos maternos da IV Regional. As tarefas do lar, por vezes cansativas e repetitivas, associada ao cuidar dos filhos, pode levar a postergação do cuidado à saúde e favorecer o adoecimento⁷³.

As principais causas de óbito na IV Regional foram as ligadas a hemorragia e a hipertensão, além do aborto e outras doenças que complicaram com a gravidez, parto ou puerpério, que poderiam ser evitadas com assistência adequada e oportuna. Em Pernambuco estudo realizado em 2015, identificou como principais causas diretas os transtornos hipertensivos e complicações no puerpério, e o abortamento ocupou a 6ª causa, diferente da

IV Regional que ocupou a 3ª causa de óbito materno⁷⁴. No Brasil entre 2000 a 2009 prevaleceu as doenças da mãe que complicaram a gravidez, o parto e o puerpério, seguidas de eclâmpsia, hipertensão gestacional com proteinúria significativa e hemorragia pós-parto²².

Achados de outra pesquisa mostra que as características epidemiológicas e assistenciais das mulheres repercutem sobre as que estão em condições vulneráveis e injustiçadas por uma assistência que não condiz com os princípios da universalidade e equidade, além das desigualdades sociais presentes não só no Nordeste, mas no Brasil⁷⁰. O perfil encontrado na IV Regional relativo as mortes maternas sinalizam para questões similares.

Identificação e análise das inconformidades da assistência na gestação, parto e puerpério de acordo com as normas vigentes

O período pré-natal é um período susceptível a identificação de anormalidades por permitir acompanhamento sistemático e contínuo da gestante e do feto. As inconformidades predominaram durante o pré-natal, e o momento do óbito prevaleceu durante o puerpério, similar a estudo realizado no Recife que 68,5% dos óbitos ocorreram no puerpério, sendo 52,3% precoce (até 42 dias pós-parto) e 16,2% tardio (após 42 dias pós-parto)⁴⁵.

Após avanços significativos sobre o empoderamento feminino e exercício de seus direitos reprodutivos, ainda há situações limitantes a exemplo da não realização de consultas pré-natais em 11,1 % óbitos. Estudo realizado no Recife demonstrou que 18% mulheres que morreram por causa materna não realizaram consulta pré-natal, mesmo havendo expansão da cobertura da atenção primária no país⁴⁶.

Dificuldades de acesso, condições de renda desfavoráveis e baixa qualidade da assistência podem favorecer a ausência desta consulta, sendo esta importante para que o período pré-natal transcorra de forma adequada garantindo o bem estar materno-fetal⁶³.

O número das consultas pré-natais e periodicidade está definido pelo MS. Entretanto para a avaliação, o número de consultas de pré-natal foi compatibilizado com a idade gestacional no óbito em que 25,9% das mulheres não estavam em conformidades com o preconizado. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maiores são as oportunidades de aquisição de conhecimento sobre sinais de alerta através de atividades preventivas de educação e promoção da saúde⁷⁵.

Estudo realizado no Nordeste brasileiro evidenciou que o peso e pressão arterial foram verificados em quase totalidade das consultas, resultado semelhante ao presente estudo. O

exame de ultrassom obstétrica, teste de HIV e sífilis não foi realizado em 38,2%, 29,6% e 19,7% das gestantes respectivamente, divergente do encontrado por Leal et.al (2015)⁷, que mostrou proporções com maior conformidade com o preconizado ao investigar mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia e Nordeste.

Muitos obstáculos existem para a realização dos exames de rotina nos prazos estabelecidos. As dificuldades de acesso em tempo oportuno a meios diagnósticos tem desmotivado as mulheres a procurar os serviços de saúde e contribui para a ocorrência de complicações, além de propiciar uma desacreditação na eficiência do funcionamento dos serviços que prestam a assistência⁶³.

As oportunidades de realização de diagnóstico precoce durante a gestação através de exames normatizados precisam ser implementados durante o pré-natal⁶². A testagem de HIV durante a gestação deve ter uma cobertura mínima de 95%, valor divergente deste estudo que 29,6% não realizaram o exame durante pré-natal. Estudo no Rio de Janeiro mostrou que 13% das gestantes não possuíam sorologia anti-HIV e 2,2% das parturientes não realizaram o teste rápido anti-HIV⁷⁶.

A realização da primeira consulta pré-natal antes de 12ª semana mostrou-se inconforme em 43,2% da mulheres mostrando falhas na captação precoce das gestantes pela equipe da unidade básica de saúde, particularmente o ACS que deve informar a existência de gestante na comunidade, e comunicar resistência da usuária a realização da consulta pré-natal. Sua ausência contribui negativamente sobre a saúde materna propiciando a ocorrência de morbi-mortalidade⁶³.

A visita domiciliar do ACS à gestante ou puérpera, pode minimizar complicações, ao identificar condições de risco que se elucidados e manejados adequadamente podem resolver o problema de saúde da mulher⁵⁹. Durante o pré-natal a visita esteve ausente em 11,1% dos casos, estando em desacordo com as normas que regulamentam que a visita deve ser realizada pelo menos uma vez por mês em cada domicílio.

As complicações durante a gestação pode desencadear circunstâncias que culminem para o óbito, além de se associar com a ausência de acompanhamento pré-natal e assistência á saúde fragmentada. Aproximadamente 70% das mulheres que realizaram pré-natal apresentaram complicações durante a gestação, dados que podem expressar falhas no processo assistencial. Assistência pré-natal adequada reduz os riscos de complicações para a mulher e bebê ao favorecer a identificação e tratamento de afecções em tempo oportuno²⁶.

Dificuldades de acesso, recursos físicos e materiais ineficientes afetam diretamente a saúde materna, mesmo quando as condutas profissionais ocorrem de forma adequada. Carência de oferta de medicamentos essenciais, baixa cobertura de exames laboratoriais e de ultrassonografia, e pouca valorização da consulta pré-natal pelos profissionais refletem no aparecimento de complicações em todo ciclo gravídico-puerperal⁶⁸.

A presença de iniquidade na assistência à saúde da mulher brasileira, especificamente as de classes desfavorecidas evidenciam a fragmentação do SUS, que mesmo com evolução na cobertura pré-natal, as condições de qualidade da assistência são insuficientes para garantir mudanças efetivas sobre a saúde da mulher em situação vulnerável e conseqüentemente evitar a ocorrência de óbitos maternos⁷⁰. Os achados ao analisar os óbitos de mulheres por causas maternas da IV regional de saúde de Pernambuco reafirmam esta situação iníqua.

Com relação a assistência ao parto, a utilização do partograma, recomendada pelo MS, é uma ferramenta que visa identificar anormalidades que surjam durante o trabalho de parto para adoção de medidas em tempo hábil, minimizando intervenções desnecessárias⁵⁸. A ausência do uso do partograma (29,6%) e a ausência de acompanhante no parto (9,8%) apresentaram proporções contrárias ao estudo que buscou identificar boas práticas na assistência ao parto, onde 16,7% dos partos não tiveram o partograma preenchido e 84,7% das parturientes não tiveram a presença de um acompanhante no momento do parto⁷⁷.

A presença do acompanhante desde o internamento, parto e pós-parto é garantido por Lei desde 2005, entretanto estudos identificaram o descumprimento das normas, apesar das evidências que a presença do acompanhante ajuda no desenvolvimento do trabalho de parto, na confiança e satisfação da parturiente, além de reduzir as intervenções desnecessárias^{7,78}.

Há robustas evidências que o parto vaginal determina menores riscos de complicações a parturiente quando a assistência é prestada adequadamente. O número de cirurgias cesarianas supera o de parto vaginais e, muitas vezes, sem indicação, também documentado neste estudo, e similar a pesquisa em Recife onde 55% dos partos foram cesariano⁴⁶.

Um das principais complicações no parto é a hemorragia pós-parto, causada principalmente por atonia uterina, sendo em alguns casos necessário a hemotransusão⁷⁹. No presente estudo, dos casos com indicação de realização de hemotransusão 2,4% não receberam o hemocomponente, pois em um a paciente faleceu antes e em outro o motivo encontrava-se ignorado.

Quase a totalidade dos partos ocorreu em ambiente hospitalar, e em alguns casos houve a necessidade de admissão em UTI por apresentar complicações, similar a outro estudo⁴⁶. As pacientes com indicação corresponderam a 6,1%; destas (N=03) não foram admitidas pois as pacientes faleceram antes e (N=02) por falta de leito de UTI na unidade hospitalar, apontando inconformidades assistenciais que são decisivas para a garantia da efetividade do cuidado, especialmente para pacientes graves.

Apesar de diferentes causas indicarem necessidade de internação em UTI, sendo mais comuns as síndromes hipertensivas e hemorrágicas, estudo realizado em hospital de grande porte no Ceará evidenciou que apesar da gravidade das pacientes, a assistência hospitalar adequada, com suporte estrutural e técnico eficaz refletem em uma baixa frequência de óbitos maternos (7,6%). Além disto, uma boa adequação da assistência pré-natal pode reduzir complicações comuns no trabalho de parto e puerpério⁸⁰.

As 43 mulheres com causa de morte indeterminada foram encaminhadas ao SVO ou IML e destas, 3,7% não foi identificado a análise de útero e anexos, procedimento indispensável em mulheres em idade fértil. Em 2017 foi publicada Portaria em Pernambuco, que dispõe sobre a vigilância do óbito materno, e determina a análise dos órgãos reprodutivos de mulheres em idade fértil, independente da causa do óbito; pois muitas vezes os legistas cessam a inspeção do cadáver ao identificarem a definição da causa, mesmo sem inspecionar todos os órgãos⁸¹.

Os serviços que realizam práticas de autópsia por médicos patologistas são reconhecidos por sua exatidão diagnóstica e por evidenciar com precisão a qualidade da assistência ao paciente, facilitando o entendimento dos eventos que causaram o óbito. Os SVO são essenciais principalmente em localidades como o Nordeste que apresentam dificuldades de acesso a saúde e a meios diagnósticos⁸².

O pré-natal envolve cuidados básicos que formam um conjunto de ações que interferem diretamente no curso do desenvolvimento de uma gestação saudável impactando no processo de morbimortalidade materna e infantil sendo importante avaliar a qualidade da assistência prestada, pois é suposto que um número expressivo dos óbitos maternos decorrem de inconformidades relacionadas ao pré-natal^{83,84}.

De forma geral, é perceptível que as maiores inconformidades foram encontradas no pré-natal, sendo também o momento em que predominou três ou mais inconformidades por caso em todos os anos, diferente do puerpério que não apresentou caso com três ou mais inconformidade.

6. Conclusões

Apesar dos avanços com diversas políticas públicas, fruto da reivindicação das mulheres, evidenciamos nesse estudo que a garantia de direitos sexuais e reprodutivos e acessibilidade à saúde ainda são negligenciadas do pré-natal ao puerpério, expressa em múltiplas inconformidades elencadas. A elevada proporção de incompletude da ficha de investigação de óbito compromete a compreensão fidedigna sobre os determinantes sociais, a identificação de grupos vulneráveis e as fragilidades na assistência as mulheres classificadas como óbito materno.

Diante dos grupos mais susceptíveis ao óbito materno, percebe-se que as desigualdades sociais persistem expressas no perfil sociodemográfico e que as questões reprodutivas e assistenciais, sofrem interferência por falta de profissionais capacitados, falta de materiais e insumos necessários, principalmente quando associado a locais de difícil acesso e superlotação.

A partir da compreensão sobre as circunstâncias da morbimortalidade materna, apreende-se um evento complexo, multifatorial e que carece de políticas públicas inclusivas e ousadas que enfrente preconceitos e a reprodução de valores arcaicos que penalizam as mulheres, abandonando-as em momentos cruciais da vida. Para tanto é necessário esforços dos sujeitos e dos coletivos envolvidos na assistência, na gestão e no sistema, que garantam os direitos sexuais e reprodutivos, pois seu controle efetivo continua um desafio para o país.

Recomendações

A principal recomendação relaciona-se a consolidação das políticas direcionada às mulheres, não completamente implementadas, apesar da base normativa e legal existente e ao enfrentamento das questões de saúde pública que permanecem à margem do debate social no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivo das mulheres.

A articulação entre gestores do SUS e responsáveis pela vigilância do óbito materno dos Municípios que compõem a IV Regional e universidades locais para fortalecer a formação quanto à importância do preenchimento adequado da DO e das fichas de investigação, subsidiando a obtenção de dados mais fidedignos e completos na análise de saúde. Não só os médicos, mas, todos os profissionais que manuseiam a DO, digitadores e técnicos administrativos, devem conhecer sua rotina e fluxos, além de cumprir os prazos quando identificado um óbito materno.

Implementar o monitoramento da investigação e do cumprimento do prazos estabelecidos pela Portaria GM nº 1.119/2008 e a Portaria SES-PE nº 456/2017 que dispõe sobre a vigilância dos óbitos maternos no âmbito Federal e do Estado de Pernambuco, respectivamente, visando a melhoria da qualidade da informação em tempo oportuno. Tal procedimento ameniza perdas e viés de memória, uma vez que após sua identificação outras etapas são sequenciadas, e quanto mais precoce acontecer maiores as chances de obtenção de informações acuradas.

Assegurar os direitos sociais das mulheres, com implementação de políticas públicas voltadas para o fortalecimento social, melhoria na condição de renda, ocupação e lazer, e priorização de acesso a serviços de saúde, especialmente, as classes com maior vulnerabilidade, a exemplo do programa Mãe Coruja Pernambucana, podem repercutir positivamente na redução dos óbitos maternos em médio prazo.

Recomenda-se a capacitação dos profissionais da Atenção Básica da IV Regional quanto a valorização da qualidade do atendimento pré-natal, visto as particularidades da mulher, visando reduzir riscos para o desenvolvimento de problemas que colocam em risco a saúde materno-infantil, e aumentam os custos para as instituições de complexidade maior. Além de reforçar a importância do ACS diante da comunidade e da equipe para que a captação precoce e sinais de alerta sejam identificados. Tais ações aumentam a vinculação da mulher à unidade de saúde, fortalecendo o período pré-natal.

Adicionalmente, é necessário ampliar a disposição de exames laboratoriais nos municípios que compõem a IV Regional através de pactuações entre Município-Estado, que garantam atender as demandas das usuárias em tempo oportuno a idade gestacional.

Igualmente importante, é a criação de leitos de UTI-obstétricos na IV Regional, que diante da sua ausência, aumentam a demanda de transferência para Capital, aumentando os riscos de complicações nos casos necessários.

7. Referências

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil 2* [Publicado Online] 2011 mai 09 [acesso em 11 de nov de 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
2. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELNM, Lima RCDL. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(4): 2145-54.
3. Martins MFSV. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Rev Bras Enferm.* 2014 nov-dez; 67(6):1008-12
4. Coelho EBS, (Org). Políticas públicas no enfrentamento da violência [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 51 p.
5. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015; 37(12):549-51.
6. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Evolução temporal e espacial da Morte Materna. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(4): 662-70
7. Laurenti R., Melo-Jorge HPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004; 7(4): 449-60.
8. Leal MC, Filha MMT, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2015 jan-mar; 15 (1): 91-104.
9. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 4. ed. 2 vol. São Paulo: Edusp, 1998.
10. Alves MMR, Alves SV, Antunes MBC, Santos DLP. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. *Rev Saúde Pública* 2013;47(2):283-91.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 84 p.
12. Melanda VS, Larocca LM, Almeida WG, Oliveira CA, Nasr AMLF, Silva JCS. Sistematização da Investigação do Óbito Materno: uma proposta de ferramenta para o monitoramento. *rev espaço para a saúde*, 2014 Jun; 15 (2): 68-74

13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 1119 de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2008 jun 05 [Acesso em 24 de Mai de 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html
14. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2014.
15. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Europe PMC Funders Group Lancet 2014 Sept 13; 384(9947): 980–1004.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). Razão Mortalidade Materna em 2015. Geneva: OMS; 2015. [acesso em 22 de julho de 2016]. Disponível em: http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html
17. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. Analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet, London 2006; 367(9516): 1066-74.
18. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):732-8.
19. Martins HEL, Souza ML, Dalmas JC, Arzuaga-Salazar MA. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(5):1025-30.
20. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Neto DLR, Junior PRBS, Victora CG. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. Cad. Saúde Pública 2014; 30(Supl 1):S71-S83.
21. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade Materna. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(2): 173-9. Disponível em: http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
22. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev Baiana de Saúde Pública 2012 abr-jun; 36(2): 527-38.
23. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saude. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Geral de Planejamento. Resolução nº 483, de 15 de Fevereiro de 2012. Plano Estadual de Saúde 2012-2015 [aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde]. Publicado no Diário Oficial do Estado de 25 de fevereiro de 2012. [Acesso em 15 de Jan de 2017]. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>

24. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto PJD. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011 out; 27(10):1977-85.
25. Bonfim C, Araújo H, Correia R, Lubambo C, Fusco W. Sistemas de informação em saúde aplicados ao monitoramento da mortalidade materna no estado de Pernambuco, 2000 a 2005. Minas Gerais: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008. [acesso em 28 set 2016]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1668.pdf
26. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar, 2012, 28(3):425-437.
27. Cardoso LM, Souza MMCF, Guimarães RUC. Morte materna: uma expressão da “questão social”. *Serv Soc* 2010 abr-jun; 102: p. 244-68.
28. Faria DF, Sousa RC, Costa TJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Rev Med Minas Gerais* 2012; 22(1): 121-8.
29. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc. São Paulo* 2007;16(2):87-102.
30. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(4):1151-9.
31. Laurenti R., Melo-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008 out-dez; 17(4): 283-92.
32. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery* 2015; 19(4):614-20.
33. Barbastefano PS, Vargens OMC. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2009 mar-abril; 62(2): 278-82.
34. Cecatti JG, Albuquerque RM, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em recife: causas de óbitos maternos. *RBGO* 1998; 20(1): 7-11.
35. Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *R pesq cuid fundam online* 2011 abr-jun; 3(2): 1935-46.
36. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública* 2011 abr ;27(4):623-38.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 384 p.
38. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o programa de Humanização no pré-natal e nascimento–PHPN. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2000 jun 01 [Acesso em 25 de Mai de 2016]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
39. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 jun 24 [Acesso em 24 de Mai de 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.
40. Cavalcanti PCS, Junior GDG, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2013; 23(4): 1297-316.
41. Pernambuco. Secretaria Executiva de Atenção em Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Manual de Ações de Investigação de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Óbitos Maternos. O passo a passo da vigilância ao óbito materno. 1a ed, 2011. 72p
42. Pernambuco. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. Programa Mãe Coruja Pernambucana. Diário Oficial do Estado de Pernambuco 16 dez 2009; Seção 1.
43. Melo-Jorge MHP, Laurenti R, Nubila HBV. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(4): 561-76.
44. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 390 de 14 de setembro de 2016. Acrescenta doenças, agravos e eventos estaduais à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências [internet]. Publicado no DOE em 15 set 2016. [acesso em 2017 jan 17]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=328576>
45. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 91-7.
46. Jannotti CB, Silveira-da-Silva K, Perillo RD. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil, 2013. In: Bittencour DAS, Dias MAB, Wakimoto MD. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação dos Comitês de Mortalidade*, Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013, 268 p
47. Hartz, ZMA, Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Leal MC, Pineault R. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de

programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. 132 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>

48. Felisberto E, Samico I, Bezerra LCA, Hartz Z. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. *Saúde Debate* 2017; 41(3): 387-99.
49. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
50. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(12):2619-2630.
51. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p
52. Contandriopoulos A, Champgne F, Denis J, Avargues M. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue Epidemiologie et Santé Publique* 2000; 48: 517-39. In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.
53. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Editora do Ministério da Saúde, 2009.104 p. : il (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
54. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde [Internet]; 2011. p.181-99. [acesso em 10 de janeiro de 2018] Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros. 2016. Publicado em 30 de agosto de 2016. [Acesso em 11 de set de 2016] Disponível em : https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtml
56. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde - CNES. Brasília: 2017. [Acesso em 2016 nov 03]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp
57. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de

Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cad. Saúde Pública 2006 mar; 22(3):673-84.

58. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)
59. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1.ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 318 p
60. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº 77, 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de teste rápido de HIV e sífilis. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de Janeiro de 2012.
61. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011e. Seção 1.
62. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 60 p.
63. Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca MC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):218–24.
64. Menezes MFN, Bezerra JFO, Bezerra JFO. Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. Rev Rene 2015 set-out; 16(5):714-21.
65. Melo GBT, Valongueiro S. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, out-dez 2015, 24(4):651-660.
66. Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completitude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(Supl. 1):1267-74.
67. Ribeiro CM, Costa AJL, Cascão AM, Cavalcanti MLT, Kale PL. Estratégia para seleção e investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. Rev Bras Epidemiol 2012; 15(4): 725-36
68. Macedo CPC, Barca DAAV, Valcácio FC, Dantas JA, Freitas MLF, Costa ICC. Análise de dados do sistema de informação de mortalidade (SIM) e comitê de mortalidade materna (CMM) no Rio Grande do Norte. Rev Bras Promoç Saúde 2012 out-dez; 25(4): 413-9.

69. Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. *Rev Bras Est Pop* 2010; 27(2):285-95.
70. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RCS, Alves MTSB, Coimbra LC, Martins MG, Barbieri MA e Nathasje IF. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(4):1227-38.
71. Boerleider AW, Wiegers TA, Mannien J, Francke AL, Devillé W. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:81.
72. Ministério da Saúde (Brasil). Área Técnica de Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*, 2000, 4a Ed. Brasília.
73. Câmara dos Deputados (BR), Comissão Parlamentar de Inquérito. *Mortalidade Materna* [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2001. 288p. [Acesso em 05 de Jan de 2018]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/comissoes/comissoestemporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>
74. Wanderley RMM, Vasconcelos Neto PJA, Pinheiro HDM. Perfil da Mortalidade Materna. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(4):1616-24.
75. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública* 2011 Jun; 27(6):1053-1064.
76. Gomes DM, Oliveira MIC, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2015 out-dez; 15 (4): 413-23.
77. Melo BM, Gomes LFS, Henriques ACPT, Lima SKM, Damasceno AKC. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. *Rev Rene* 2017 mai-jun; 18(3): 376-82
78. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, 2014 (30 Sup):S192-S207.
79. Periard AM, Rezende BM, Segundo EV, Cosso FMG, Lopes JRB, França MA, Silva RMP, Valadares RFLA, Lima SA, Júnior MDC. Atonia uterina e hemorragia pós-parto: relato de caso de uma paciente com gravidez multigemelar. *Rev Med Minas Gerais* 2011; 21(4 Supl 6): S1-S143.

80. Saintrain SV, Oliveira JG, Saintrain MV, Bruno ZV, Borges JL, Daher EF, et al. Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016; 28(4):397-404
81. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria Nº. 456 de 04 de outubro de 2017. Dispõe sobre a vigilância dos óbitos maternos no âmbito do estado de Pernambuco. Publicado no Diário Oficial do Estado de 05 de Outubro de 2017. [Acesso em 30 de Mar de 2018]. Disponível em: [http://200.238.105.211/cadernos/2017/20171005/1-PoderExecutivo/PoderExecutivo\(20171005\).pdf](http://200.238.105.211/cadernos/2017/20171005/1-PoderExecutivo/PoderExecutivo(20171005).pdf)
82. Azevedo BAS, Vanderlei LCM, Mello RJV, Frias PG. Avaliação da implantação dos Serviços de Verificação de Óbito em Pernambuco, 2012: estudo de casos múltiplos*. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, jul-set 2016; 25(3):595-606.
83. Chrestani MA, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1609-18.
84. Saavedra JS, Cesar JÁ. Uso de diferentes critérios para avaliação da inadequação do pré-natal: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2015 mai; 31(5):1003-14.

Apêndice I – Carta de Anuência



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 23 de janeiro de 2017

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **AVALIAÇÃO DAS INCONFORMIDADES NA ASSISTÊNCIA AS MULHERES QUE EVOLUIRAM PARA O ÓBITO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UMA SÉRIE DE CASOS**, da pesquisadora: **Jaciele Cristina da Silva**, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob a orientação do Doutor Paulo Germano Frias e Coorientadora: Ms. Patrícia Ismael de Carvalho, nas dependências da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa

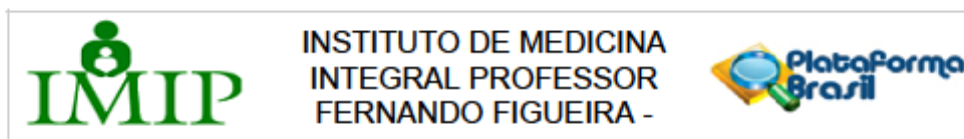
P/ Dara Adrieli
Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação
na Saúde - SES/PE
Médica nº 369.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongá – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

Anexo I- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS INCONFORMIDADES NA ASSISTÊNCIA AS MULHERES QUE EVOLUIRAM PARA O ÓBITO MATERNO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: SÉRIE DE CASOS

Pesquisador: JACIELE CRISTINA DA SILVA BELONE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64201617.2.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.013.614

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo série de casos sobre os óbitos maternos previamente investigados pela Vigilância do óbito e discutidos no Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna ou Grupo Técnico (GT) de referência considerando as informações disponíveis na ficha de investigação de óbitos maternos residentes e investigados na IV Regional. A amostra será do tipo censitária, onde todas as fichas de óbito materno existentes na IV Regional de Saúde serão avaliadas respeitando o período de estudo. Serão avaliados todos os óbitos maternos notificados, investigados e discutidos pelo Comitê de Mortalidade Materna ocorridos no período de 2010 à 2015 referentes às mortes de residentes nos municípios de abrangência da IV Região de Saúde. Serão excluídos os óbitos maternos classificados como não obstétricos.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Avaliar as inconformidades da assistência no pré-natal, parto e puerpério das mulheres que evoluíram para o óbito na IV regional de saúde de Pernambuco entre os anos de 2010 a 2015.

Secundários:

1. Descrever o perfil dos óbitos maternos da IV Região.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imp.org.br

Anexo II – Declaração de Óbito

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito		
I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora: _____ Cartão SUS _____	3 Naturalidade Município / UF (ver instrução para completar País)	
	4 Nome do Falecido		5 Nome do Pai	
	6 Nome da Mãe		7 Data de nascimento Anos completos _____ Menores de 1 ano: Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado 9	
	8 Idade	9 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	10 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	
II Residência	11 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado (judicialmente divorçado) 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 6 <input type="checkbox"/> Ignorada		12 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
	13 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)			
	14 Bairro/Distrito	15 Município de residência	16 CEP	
	17 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outras 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública Ignorado 9	18 Estabelecimento Código CNES		
III Ocorrência	19 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) Número _____ Complemento _____ CEP _____			
	20 Bairro/Distrito	21 Município de ocorrência	22 UF	
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	23 Idade (anos) Nível	24 Escolaridade (última série concluída) Série	25 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002	
IV Fetal ou menor que 1 ano	26 Número de filhos vivos	27 Perdas fetais/abortos	28 N° de semanas de gestação	
	29 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	30 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	32 Peso ao nascer Gramas
	33 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nesses períodos		34 Recabou assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	36 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		37 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____ CID _____ a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:	
V Condições e causas do óbito	38 PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			
	39 Nome do Médico	40 CRM	41 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	
	42 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	43 Data do atestado	44 Município e UF do SVO ou IML	
	45 Assinatura			
VI Médico	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	46 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídios 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 9	47 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Ignorado 9	48 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 9	
	49 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência			
	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 50 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Código _____			
VII Causas externas	51 Cartório	52 Registro	53 Data	
	54 Município	55 UF		
	56 Declarante			
	57 Testemunhas A _____ B _____			
VIII Cartório	58 Localid. S/Médico			
	59			

Anexo III – Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna

Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna (para hospitais, IML, SVO e domicílios)								
SECÇÃO 01 IDENTIFICAÇÃO								
01 Nome:			Idade:					
Endereço:								
SECÇÃO 02 HISTÓRIA REPRODUTIVA								
02 Fazia uso de métodos contraceptivos: Sim ____ 1 <input type="checkbox"/> Não ____ 2 <input type="checkbox"/> Ignorado ____ 99 <input type="checkbox"/> Qual:								
Se não, por quê ?								
03 Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual):			04 Resultado das gestações anteriores: Nº de partos vaginais ____ Nº de abortamentos ____ Nº de partos cesarianas ____ Nº de óbitos fetais ____					
<small>Abortamento é o óbito que acontece em um período inferior a 22 semanas de idade gestacional ou menos de 500g ou menor que 25cm. Acima disto trata-se de óbito fetal</small>								
05 Data do último parto ou aborto anterior a gestação atual : ____/____/____								
06 Complicações das gestações anteriores:								
Não apresentou complicações 1 <input type="checkbox"/>			Doença hipertensiva da gravidez 11 <input type="checkbox"/>					
Hemorragia 2 <input type="checkbox"/>			Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia 12 <input type="checkbox"/>					
Diabetes 3 <input type="checkbox"/>			Infecção urinária 13 <input type="checkbox"/>					
Cardiopatía 4 <input type="checkbox"/>			DST/Sífilis 14 <input type="checkbox"/>					
HIV/AIDS 5 <input type="checkbox"/>			Depressão puerperal 15 <input type="checkbox"/>					
Parto prematuro 6 <input type="checkbox"/>			Tromboembolismo 16 <input type="checkbox"/>					
Gestação múltipla 7 <input type="checkbox"/>			Abortamento 17 <input type="checkbox"/>					
Infecção puerperal 8 <input type="checkbox"/>			Se sofreu violência/trauma 18 <input type="checkbox"/>					
Hipertensão arterial 10 <input type="checkbox"/>			Outra, qual? 19 <input type="checkbox"/>					
Ignorado 99 <input type="checkbox"/>								
SECÇÃO 03 INFORMAÇÃO SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO (PRÉ-NATAL)								
07 Data da última menstruação (DUM): ____/____/____				08 Houve alguma tentativa de aborto nesta gravidez?				
Ignorado 99 <input type="checkbox"/>				Sim ____ 1 <input type="checkbox"/> Não ____ 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>				
09 Fez pré-natal ? Sim ____ 1 <input type="checkbox"/> Não ____ 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Se sim, Nº de consultas realizadas:				10 Se sim, idade gestacional na primeira consulta: ____ Semanas ____ Meses Ignorado ... 99 <input type="checkbox"/>				
Se não, por quê ?								
11 Nome do estabelecimento:				Município:				
Código CNES:				Código do município:				
12 Ela tinha cartão de pré-natal ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>				13 Quantos meses / semanas ela tinha quando fez a última consulta de pré-natal ?				
				Ignorado 99 <input type="checkbox"/>				
14								
Data	Idade gestacional	Peso (Kg)	Pressão arterial (mm Hg)	Batimento cardíaco fetal (bpm)	AFU (cm)	Presença de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*
*Assinar: 1.Médico Generalista; 2.Médico Ginecologista; 3.Enfermeiro; 4.Outro.								

15	Esquema de vacinação contra Tétano: 1ª dose..... 1 <input type="checkbox"/> 2ª dose..... 2 <input type="checkbox"/> 3ª dose..... 3 <input type="checkbox"/> Reforço..... 4 <input type="checkbox"/> Imune..... 5 <input type="checkbox"/> Não realizou..... 6 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>					
16	Foi realizada coleta para prevenção de câncer ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/> Quando ?					
17	Exames realizados no pré-natal:	Trimestre			Resultados	Ignorado
	Assinale o trimestre e anote o resultado	1*	2*	3*		
	Dosagem Hb/Ht					
	Classificação grupo sanguíneo (ABO)					
	Classificação sanguínea (fator RH)					
	Coombs indireto					
	Glicemia de jejum					
	Sorologia para Toxoplasmose - IgM					
	Curva de tolerância à glicose					
	Urina rotina					
	Urocultura					
	Sorologia para HbsAg					
	Sorologia para HIV					
	Sorologia para Sífilis (VDRL)					
	Ultrassonografia					
	Outros exames					
18	Recebia visitas do ACS durante o pré-natal: Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/> Frequência das visitas: por mês	19	Foi cadastrado no SISPRENATAL ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/> Número do cadastro:			
20	Fatores de risco / complicações durante o pré-natal da gestação que levou ao óbito:					
	Nenhum(a)..... 1 <input type="checkbox"/>	Anemia..... 15 <input type="checkbox"/>				
	Obesidade..... 2 <input type="checkbox"/>	Ameaça de aborto / de parto prematuro..... 16 <input type="checkbox"/>				
	Hábito de fumar..... 3 <input type="checkbox"/>	Hemorragia..... 17 <input type="checkbox"/>				
	Hábito de beber..... 4 <input type="checkbox"/>	Infecção urinária..... 18 <input type="checkbox"/>				
	Uso de medicamentos, qual?..... 5 <input type="checkbox"/>	Violência/Trauma..... 19 <input type="checkbox"/>				
	Hipertensão arterial..... 6 <input type="checkbox"/>	Cardiopatía..... 20 <input type="checkbox"/>				
	Pré-Eclâmpsia..... 7 <input type="checkbox"/>	Infecção respiratória..... 21 <input type="checkbox"/>				
	Eclâmpsia..... 8 <input type="checkbox"/>	Gravidez molar..... 22 <input type="checkbox"/>				
	HELLP Síndrome..... 10 <input type="checkbox"/>	Gravidez ectópica..... 23 <input type="checkbox"/>				
	HIV/AIDS..... 11 <input type="checkbox"/>	Outros, quais?..... 24 <input type="checkbox"/>				
	Multiparidade..... 12 <input type="checkbox"/>	Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>				
	Sífilis..... 13 <input type="checkbox"/>					
	Diabetes..... 14 <input type="checkbox"/>					
21	Ela fez algum tratamento na gravidez atual ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/> Qual ?					

22 Ela foi encaminhada alguma vez para um pré-natal de alto risco ou especialista ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	23 Se sim, realizou alguma consulta ? Sim ___ 1 <input type="checkbox"/> Não ___ 2 <input type="checkbox"/> Ignorado ___ 99 <input type="checkbox"/> Nome do estabelecimento..... _____ CNES _____ Se não, por quê?..... _____
24 Ela procurou algum serviço de saúde (maternidade, unidade básica, emergência) durante o pré-natal ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Se sim, quantas vezes?..... Datas: / /	25 Ela foi internada durante a gravidez atual ? Sim ___ 1 <input type="checkbox"/> Não ___ 2 <input type="checkbox"/> Ignorado ___ 99 <input type="checkbox"/> Se sim, quantas vezes?..... Datas: / / Nome(s) do(s) estabelecimento(s):..... _____ Código(s) CNES:.....
26 Se internada, qual(is) o(s) motivo(s) ? Sangramento..... 1 <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto / parto prematuro..... 2 <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial 3 <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia 4 <input type="checkbox"/> Eclâmpsia 5 <input type="checkbox"/> Cardiopatia 6 <input type="checkbox"/> Diabetes..... 7 <input type="checkbox"/> Acidentes 8 <input type="checkbox"/> Violência/Trauma 10 <input type="checkbox"/> Outros, quais ? 11 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	27 Houve necessidade de transferência ? Sim ___ 1 <input type="checkbox"/> Não ___ 2 <input type="checkbox"/> Ignorado ___ 99 <input type="checkbox"/> Por quê ? _____ Para onde?..... _____ Data:
SECÇÃO 04 SE A GRAVIDEZ TERMINOU EM ABORTO	
28 Data do internamento:..... Hora:..... Data do aborto:.....	
29 Local do abortamento: Maternidade 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Domicílio 3 <input type="checkbox"/> Via pública..... 4 <input type="checkbox"/> Casa de parto 5 <input type="checkbox"/> Outro, qual? 6 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	30 Nome do Estabelecimento:..... _____ Código CNES:..... Município:..... Código do município:..... 31 Idade gestacional no momento do abortamento: _____ Semanas _____ Meses Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
32 Tipo de abortamento: Espontâneo 1 <input type="checkbox"/> Induzido legalmente 2 <input type="checkbox"/> Induzido pela mulher 3 <input type="checkbox"/> Retido 4 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	33 Procedimentos / métodos usados no abortamento: Curetagem 1 <input type="checkbox"/> AMIU / Sucção 2 <input type="checkbox"/> Chás caseiros 3 <input type="checkbox"/> Citotec / Misoprostol 4 <input type="checkbox"/> Outras drogas, quais? 5 <input type="checkbox"/> _____ Outros métodos, quais? 6 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

34	Complicações / Intercorrências decorrentes do abortamento: Não apresentou complicações 1 <input type="checkbox"/> Hemorragia 2 <input type="checkbox"/> Infecção 3 <input type="checkbox"/> Perfuração uterina 4 <input type="checkbox"/> Embolia 5 <input type="checkbox"/> CIVD 6 <input type="checkbox"/> Coma 7 <input type="checkbox"/> Tristeza/depressão 8 <input type="checkbox"/> Outras, quais ? 10 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	35	Tratamentos realizados para as complicações / intercorrências do abortamento: Clínico 1 <input type="checkbox"/> Curetagem / AMIU 2 <input type="checkbox"/> Cirúrgico 3 <input type="checkbox"/> Não realizado 4 <input type="checkbox"/> Outros, quais ? 5 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
----	---	----	--

SECÇÃO 05 SE A GESTAÇÃO TERMINAR EM PARTO

36	Data do parto: I I Hora: Local do parto: Maternidade 1 <input type="checkbox"/> Hospital Geral 2 <input type="checkbox"/> Domicílio 3 <input type="checkbox"/> SAMU 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Casa de parto 6 <input type="checkbox"/> Outros, quais? 7 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Nome do estabelecimento: Código CNES: Município : Código do município:	37	Tipo de estabelecimento: Público 1 <input type="checkbox"/> Privado/conveniada 2 <input type="checkbox"/> Filantrópico 4 <input type="checkbox"/> Privado não conveniado 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
		38	Se o parto não foi no hospital / maternidade, qual a razão? Ela decidiu ter o bebê em casa 1 <input type="checkbox"/> Não deu tempo de chegar ao hospital 2 <input type="checkbox"/> Não tinha leito nos hospitais 3 <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso, qual? 4 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 5 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

39	Houve acompanhamento por parteira em domicílio ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado ... 99 <input type="checkbox"/> Em que momento:
----	--

40	Informações da parteira:
----	--

41	Registos à admissão da gestante na maternidade/hospital: Pressão alta: Sim 1 <input type="checkbox"/> mmHg Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Dinâmica uterina: Sim 1 <input type="checkbox"/> contrações de em Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Dilatação do colo: Sim 1 <input type="checkbox"/> cm Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais: Positivo 1 <input type="checkbox"/> bpm Negativo 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Apresentação: Cefálica 1 <input type="checkbox"/> Pélvica 2 <input type="checkbox"/> Anômala 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Membrana amniótica: Íntegra 1 <input type="checkbox"/> Rota 2 <input type="checkbox"/> Tempo da bolsa rota Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
----	---

42	Exames na admissão		Solicitado			Realizado			
			Sim(1)	Não(2)	Ign(99)	Sim(1)	Não(2)	Ign(99)	
	Classificação sanguínea e fator RH								
	Teste rápido para Sífilis(VDRL)								
	Teste rápido para HIV								
Outros, quais ?									
43	Diagnóstico ao Internamento:								
44	Tipo de parto:				45	Se o parto foi cesariana qual o motivo:			
	Vaginal espontâneo..... 1 <input type="checkbox"/>					Cesariana pré-marcada para laqueadura..... 1 <input type="checkbox"/>			
	Vaginal induzido..... 2 <input type="checkbox"/>					Cesariana por opção materna..... 2 <input type="checkbox"/>			
	Vaginal fórceps..... 3 <input type="checkbox"/>					Duas ou mais cesarianas anteriores..... 3 <input type="checkbox"/>			
	Vaginal sem especificação..... 4 <input type="checkbox"/>					Cesariana em morte materna iminente ou pós-morte..... 4 <input type="checkbox"/>			
	Cesariana..... 5 <input type="checkbox"/>					Cesariana por indicação médica qual indicação ?..... 5 <input type="checkbox"/>			
	Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>					Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>			
46	Duração do trabalho de parto Horas				Ignorado... 99 <input type="checkbox"/>				
47	Idade gestacional no momento do parto: Semanas				..... Meses Ignorado 99 <input type="checkbox"/>			
48	Quem atendeu o processo obstétrico cirúrgico:								
	Obstetra..... 1 <input type="checkbox"/>				Enfermeiro(a)..... 5 <input type="checkbox"/>				
	Parteira..... 2 <input type="checkbox"/>				Auxiliar/Técnico de enfermagem..... 6 <input type="checkbox"/>				
	Cirurgião(ã)..... 3 <input type="checkbox"/>				Outro, quem ?..... 7 <input type="checkbox"/>				
	Clínico(a)..... 4 <input type="checkbox"/>				Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>				
49	Ficha de anamnese preenchida ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>								
50	Partograma preenchido ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>								
51	Paciente teve acompanhamento de alguém no internamento do parto ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>								
52	Intercorrências no trabalho de parto/parto:								
	Sem complicações..... 1 <input type="checkbox"/>				Descolamento prematuro de placenta 12 <input type="checkbox"/>				
	Pré-eclâmpsia..... 2 <input type="checkbox"/>				Feto morto..... 13 <input type="checkbox"/>				
	Eclâmpsia..... 3 <input type="checkbox"/>				Hemorragia..... 14 <input type="checkbox"/>				
	HELLP Síndrome..... 4 <input type="checkbox"/>				Embolia..... 15 <input type="checkbox"/>				
	Trabalho de parto prolongado..... 5 <input type="checkbox"/>				Complicações anestésicas..... 16 <input type="checkbox"/>				
	Obstrução do trabalho de parto..... 6 <input type="checkbox"/>				Ruptura uterina..... 17 <input type="checkbox"/>				
	Hipertonia uterina..... 7 <input type="checkbox"/>				Placenta acreta..... 18 <input type="checkbox"/>				
	Sofrimento fetal..... 8 <input type="checkbox"/>				Outras, quais ?..... 19 <input type="checkbox"/>				
	Corioamnionite..... 10 <input type="checkbox"/>				Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>				
	Placenta prévia..... 11 <input type="checkbox"/>								

SECÇÃO 06 PUERPÉRIO

53	Complicações durante o puerpério	
	Não teve complicações 1 <input type="checkbox"/>	Distúrbio de coagulação 10 <input type="checkbox"/>
	Hemorragias 2 <input type="checkbox"/>	Depressão puerperal 11 <input type="checkbox"/>
	Infecções do útero / Endometrite 3 <input type="checkbox"/>	Atonia uterina 12 <input type="checkbox"/>
	Infecção de ferida cirúrgica 4 <input type="checkbox"/>	Trombose venosa profunda 13 <input type="checkbox"/>
	Pré-eclâmpsia 5 <input type="checkbox"/>	Coma 14 <input type="checkbox"/>
	Eclâmpsia 6 <input type="checkbox"/>	Outras, quais ? 15 <input type="checkbox"/>
	HELLP Síndrome 7 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
	Embolia 8 <input type="checkbox"/>	

54	Fez tratamento das complicações durante o puerpério	Sim 1 <input type="checkbox"/>	Não 2 <input type="checkbox"/>
	Qual(is) ?	Não se aplica 3 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

55	Outros procedimentos realizados no puerpério:	56	Condições do recém-nascido:
	Não houve necessidade 1 <input type="checkbox"/>		Vivo 1 <input type="checkbox"/>
	Curagem uterina 2 <input type="checkbox"/>		Morto 2 <input type="checkbox"/>
	Curetagem uterina 3 <input type="checkbox"/>		Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
	Histerectomia 4 <input type="checkbox"/>		Peso ao nascer
	Ligadura das artérias hipogástricas 5 <input type="checkbox"/>		Apgar: 1° 5°
	Revisão do canal de parto 6 <input type="checkbox"/>		
	Outros, quais ? 7 <input type="checkbox"/>		
	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>		

SECÇÃO 07 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR Caso a gestante tenha passado por mais de uma unidade hospitalar, preencher esta secção para cada uma.

57	Nome do estabelecimento:	Município:
	Código CNES:	Código do município:
	Data da admissão: ..... | ..... | .....	Hora:

58	Procedência:	59	Se transferida ou encaminhada de outro serviço, qual ou quais ?
	De um serviço de pré-natal 1 <input type="checkbox"/>		Nome do estabelecimento :
	Do mesmo serviço 2 <input type="checkbox"/>		Código CNES:
	Domicílio 3 <input type="checkbox"/>		Município:
	Transferida de outro serviço 4 <input type="checkbox"/>		Código do município:
	Outros, quais ? 5 <input type="checkbox"/>		
	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>		

60	Motivo da internação (atual):	61	Procedimentos realizados durante a internação:
	.....		Clínicos 1 <input type="checkbox"/>
	.....		Cirúrgicos 2 <input type="checkbox"/>
	.....		Não realizados, por quê ? 3 <input type="checkbox"/>
	.....		Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

62	Após a admissão, em quanto tempo os procedimentos foram realizados ?	64	Condição geral por ocasião do internamento nesta unidade:
	.....		Boa 1 <input type="checkbox"/>
63	Descreva sumariamente os procedimentos realizados:		Regular 2 <input type="checkbox"/>
	.....		Grave 3 <input type="checkbox"/>
	.....		Sem vida 4 <input type="checkbox"/>
	.....		Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

65	Hipóteses diagnósticas (HD) formuladas:

66 Periodicidade das visitas médicas / evoluções médicas: Dias alternados 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Mais de uma vez ao dia 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	67 Houve indicação de reposição de sangue/hemoderivados ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
68 A paciente recebeu sangue/hemoderivados ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	70 Se não, indicar o motivo: Falta de sangue / hemoderivados no serviço 1 <input type="checkbox"/> Atraso no sangue / hemoderivados 2 <input type="checkbox"/> Paciente faleceu antes 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 4 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
69 Se sim, qual o tempo decorrido entre a prescrição e administração ? Horas Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	
71 Foi submetida à anestesia ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Se sim, teve complicações ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Qual(is) ? Profissional que administrou a anestesia: Anestesiista <input type="checkbox"/> Outra especialidade <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	
72 Houve indicação de UTI ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/>	73 Foi admitida na UTI ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
74 Se sim, qual o tempo decorrido entre a solicitação e a admissão na UTI ? horas	
75 Se não foi internada na UTI, qual(is) o(s) motivo(s) ? Falta de leito na UTI do serviço 1 <input type="checkbox"/> Falta de leito na UTI disponível no município 2 <input type="checkbox"/> Paciente faleceu antes 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 4 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	
76 Se transferida, para onde ? Nome do estabelecimento: Município: Código CNES: Código do município:	
77 Ela recebeu alta do hospital ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Diagnóstico final da hospitalização:	78 Em que condição de saúde se encontrava ? Boas 1 <input type="checkbox"/> Regular 2 <input type="checkbox"/> Outra, qual ? 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
79 Voltou ao hospital ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	80 Se sim, qual o motivo ?
81 Se sim, após quanto tempo da alta ?	82 Procurou outro serviço após a alta ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

83	Descrever o que ela sentia e quais as queixas referidas aos familiares e o tempo de evolução das queixas até chegar ao hospital:
----	--

84	Dificuldades encontradas no atendimento, anotar o tempo decorrido:
----	--

85	Informações complementares:
----	-----------------------------

Nota: caso seja necessário transcreva trechos do prontuário em folha anexa.

SECÇÃO 08 NECROPSIA

86	Foi realizada a necropsia ?	Onde ?
	Sim 1 <input type="checkbox"/>	IML 1 <input type="checkbox"/>
	Não 2 <input type="checkbox"/>	SVO 2 <input type="checkbox"/>
	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

87	Foram analisados útero e anexos: Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
----	---

88	Informações da necropsia:
----	---------------------------

Nota: Caso tenha laudo de SVO/IML, transcreva-o e anexe a esta ficha.

SECÇÃO 09 OUTRAS INFORMAÇÕES

89	
----	--

90	Fontes consultadas durante a investigação:
	Entrevista domiciliar 1 <input type="checkbox"/> Registos PACS/PSF 2 <input type="checkbox"/> Prontuário Ambulatorial 3 <input type="checkbox"/>
	Prontuário Hospitalar 4 <input type="checkbox"/> Registos IML 5 <input type="checkbox"/> Registos SVO 6 <input type="checkbox"/>
	Entrevista com profissional de saúde 7 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 8 <input type="checkbox"/>

91	Informante: Data:/...../.....
	Grau de parentesco / afinidade com a falecida

92	Entrevistador (a): Data:/...../.....
----	--