

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CELMA DIAS BORGES

**MORTALIDADE MATERNA EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE
GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2002 A 2011**

GOIÂNIA

2013

CELMA DIAS BORGES

**MORTALIDADE MATERNA EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE
GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2002 A 2011**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^aDr^a Marta Rovey de Souza

GOIÂNIA

2013

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

BORGES, CELMA DIAS
MORTALIDADE MATERNA EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO
DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2002 A 2011 [manuscrito] / CELMA
DIAS BORGES. - 2013.
86 f.

Orientador: Prof. Dr. Marta Rovey de Souza.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró-reitoria de
Pós-graduação (PRPG) , Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
(Profissional), Goiânia, 2013.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras,
lista de tabelas.

1. Adolescentes . 2. Mortalidade materna. 3. Morte feminina. 4.
Direitos reprodutivos. I. Souza, Marta Rovey de, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CELMA DIAS BORGES

MORTALIDADE MATERNA EM ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2002 A 2011

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ___20___/___12___/___2013___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^aDr^a Marta Rovey de Souza – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Cleusa Alves Martins – Membro Externo
Faculdade de Enfermagem – Universidade federal de Goiás

Prof^a Dr^a Nilza Alves Marques Almeida – Membro Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof^aDr^a Ruth Minamisava - Membro Suplente Externo
Faculdade de Enfermagem – Universidade federal de Goiás

Prof^a Dr^a Marinésia Aparecida P. Palos – Membro Suplente Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Hercília, órfã desde o berço, vítima da falta de assistência em tempo e local remoto do interior do Brasil, realidade encontrada ainda hoje e que motivou este trabalho.

Ao meu pai, Aldito (*in memoriam*), participe de meu esforço por meio do incentivo ao estudo.

AGRADECIMENTOS

Às adolescentes que perderam suas vidas e foram objeto para meu estudo, meu
Muitíssimo Obrigada!

À minha orientadora, por respeitar meus limites e me conduzir com paciência e
firmeza por um caminho até então para mim desconhecido.

Às componentes da banca de qualificação pelas valiosas contribuições.

Aos colegas da turma de mestrado, pelo apoio compartilhado entre risos e queixas.

À colega Elza em particular, pela cumplicidade e incentivo permanente.

À colega Heloísa pela gentileza e generosidade ao revisar a formatação do trabalho.

Às instituições Universidade Federal de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de
Goiânia por me concederem, o quanto foi possível a cada uma, o tempo necessário
à conclusão deste trabalho.

À Divisão de Informação em Saúde – Vigilância do Óbito Materno e Infantil da
Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, pela atenção e abertura de seu espaço
para a coleta de dados.

Aos meus colegas de trabalho pela cobertura em momentos de ausência.

Aos meus filhos, Enver e Daniel, por compreenderem minhas dificuldades em
conciliar tarefas de estudante com uma vida de compromissos domésticos e
profissionais.

Aos meus familiares, por suportarem a espera de mais uma etapa vencida para só
então voltarmos à nossa alegre convivência.

A todos que não foram citados neste rol mas que contribuíram para a construção
deste trabalho, minha gratidão.

EPÍGRAFE

“Qualquer país que queira diminuir seus índices de mortalidade materna deve considerar o tema da mortalidade materna como problema de direitos humanos e justiça social e promover a saúde feminina como sendo um investimento econômico e social altamente relevante”

RAMOS et al. (2003).

RESUMO

As causas de morte comuns a ambos os sexos, no entanto, as mulheres são vítimas de graves problemas ligados à sexualidade e à reprodução. Esses problemas se tornam mais graves para adolescentes, visto terem maior probabilidade de morrer do que uma mulher maior de 20 anos de idade por uma causa relacionada à gravidez. A maior vulnerabilidade das adolescentes para estas mortes está articulada às condições materiais de vida e os direitos preconizados para essa faixa etária ao longo das últimas décadas depende de políticas públicas efetivas. O objetivo deste estudo foi analisar a mortalidade materna em adolescentes, no município de Goiânia. Estudo observacional, descritivo. A população constituiu-se pelos óbitos maternos de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, ocorridos no município de Goiânia no período de 2002 a 2011, os dados coletados de fichas de Declaração de Óbito e fichas de Investigação de Óbito Feminino e Materno na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e estruturados no programa Microsoft Excel. Os resultados não demonstraram diferenças entre o perfil de mortalidade de adolescentes e mulheres de todas as faixas etárias. Identificou-se grande proporção de dados ignorados para quase todas as variáveis, entretanto, entre os dados registrados foi prevalente a faixa etária de 18 anos, cor negra, baixa escolaridade e causas obstétricas diretas para os óbitos maternos. Concluiu-se que a faixa etária em si não difere o perfil de mortalidade materna entre adolescentes e mulheres de todas as idades, porém independente da faixa etária em que ocorram, essas mortes constituem uma grave violação dos direitos humanos das mulheres por serem evitáveis em 92% dos casos; e que a situação de vulnerabilidade das adolescentes precisa ser reconhecida na prática, como condição para que nenhuma adolescente seja vítima desse tipo de morte.

Palavras-chave: adolescentes, mortalidade materna, morte feminina, direitos reprodutivos

ABSTRACT

In addition to the common causes of death for both sexes, women are victimized by problems related to sexuality and reproduction. These problems become more severe for teenagers, as they are more likely to die than women greater than 20 years of age by a pregnancy-related, preventable death in most cases. The greater vulnerability of adolescents to these deaths is hinged to the material conditions of life and the rights recommended for this age group over the past decades depends on effective public politics. The aim of this study was to analyze maternal mortality in adolescents, in Goiânia, in the period 2002-2011. It is an observational, descriptive study conducted in the city of Goiânia, Brazil. The population included all maternal deaths of women aged between 10 and 49 years old in the city of Goiânia in the period 2002-2011, data collected from records of the death certificate and tokens Research Women and Maternal Death in the Municipal Health of Goiânia and structured in Microsoft Excel. The results showed no differences between the mortality profile of adolescents and women of all ages. Noteworthy is the proportion of unknown data for almost all variables, however, between the recorded data was prevalent age of 18, black color, low education and direct obstetric causes of maternal deaths. The conclusion from these findings is that age itself does not differ from the profile of maternal mortality among adolescents and women of all ages, but regardless of age where they occur, these deaths are a serious violation of human rights of women to be preventable in 92% of cases, and that the situation of vulnerability of adolescents to be recognized in practice as a condition for any teen is a victim of this type of death.

Keywords: Adolescents, maternal mortality, female death, reproductive rights

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa das regiões administrativas sanitárias do município de Goiânia – Distritos Sanitários	32
Figura 2	Fluxograma da população de estudo	33
Gráfico 1	Série histórica de mortalidade materna, segundo momento de ocorrência do óbito. Goiânia, 2002 a 2011	40
Gráfico 2	Série histórica de mortalidade materna segundo causa do óbito. Goiânia-Goiás, 2002 a 2011.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Óbitos maternos no município de Goiânia segundo faixa etária e ano, no período de 2002 a 2011.	37
Tabela 2	Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo local do óbito	38
Tabela 3	Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo assistência médica no momento do óbito.	39
Tabela 4	Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo acompanhamento pré-natal.	41
Tabela 5	Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo o tipo de parto.	41
Tabela 6	Óbitos Maternos no município de Goiânia, entre 2002 e 2011, segundo escolaridade (anos de estudo).	42
Tabela 7	Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo raça/cor.	43
Tabela 8	Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo distrito Sanitário de residência.	44
Tabela 9	Óbitos Maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo tipo de causa.	44
Tabela 10	Óbitos Maternos de adolescentes no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo características relacionadas à gestação.	48
Tabela 11	Óbitos Maternos de adolescente no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo características sociodemográficas.	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento
CMM	Comitê de Mortalidade Materna
CEMD	<i>Confidencial Enquiries into Maternal Deaths</i>
DO	Declaração de Óbito
DS	Distrito Sanitário
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
ONU	Organização das Nações Unidas
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPÍGRAFE

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo Geral	21
2.2 .Objetivos Específicos	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1. A saúde de adolescentes como direito	22
3.2. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes	24
3.3. A Vigilância em Saúde e a redução da mortalidade materna	27
3.4. Os Comitês de Mortalidade Materna como ferramentas da Vigilância	29
4. METODOLOGIA	31
4.1. Delimitação do Objeto	31
4.1.1. Local e Tipo de Estudo	31
4.1.2. População do Estudo	32
4.1.3. Variáveis do Estudo	33
4.2. Procedimentos Metodológicos	34

4.2.1. Da coleta de dados	34
4.2.2. Análise de dados	36
4.3 Aspectos Éticos	36
5. RESULTADOS	37
5.1. Resultados para todas as mulheres	37
5.2. Resultados para adolescentes	46
5.2.1. Características Relacionadas à Gestação	46
5.2.2. Características Sociodemográficas	49
6. DISCUSSÃO	51
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
8. REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	
Anexo 1. Portaria nº 182 de 23 de julho de 2002	64
Anexo 2. Declaração de Óbito	65
Anexo 3. Ficha de investigação de Óbito Materno	66
Anexo 4. Parecer do Comitê de Ética	80
Anexo 5. Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde	82
Anexo 6. Conteúdos de capítulos da Portaria nº 1.020 do MS de 29 de maio de 2013	83
APÊNDICES	
Apêndice A. Quadro Descritivo dos Dados de Óbitos de Adolescentes	85

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as mulheres são maioria, constituindo 51% da população do país (IBGE, 2010). Esse contingente populacional é reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) como principal usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando padrão de morbimortalidade resultante de doenças do mundo desenvolvido, como as doenças cardiovasculares e as crônico-degenerativas; e também problemas do mundo em desenvolvimento como a mortalidade materna (BRASIL, 2008). Além da relevância em termos de volume populacional, as mulheres apresentam especificidades e necessidades distintas no que diz respeito às políticas de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL,2012a).

Quanto à sexualidade e reprodução, durante muito tempo não fizeram parte do escopo das políticas públicas governamentais (BRASIL, 2008). Até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, a atenção à saúde da mulher no Brasil, se resumiu a uma preocupação com o grupo materno-infantil. O Programa visa não apenas esse grupo, mas a mulher inserida em um contexto social e muda o enfoque da mulher como sujeito passivo para sujeito ativo de sua saúde, abordando desde os problemas clínico-ginecológicos, aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; controle das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário; assistência à concepção e contracepção, contemplando nessa abordagem os problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade (OSIS, 1998).

Passadas duas décadas da divulgação do PAISM, o Ministério da Saúde (MS) em 2004, avançou o PAISM como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), afirmando incorporar, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual (BRASIL,2008).

As ações previstas no capítulo da Saúde do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres(PNPM), 2004 a 2007, já apontavam avanços rumo a mudanças na

institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Na continuidade, as ações dispostas no II PNPM têm como objetivos, além de aprofundar os processos de mudanças e efetivação das políticas lançadas no plano anterior (Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, Política Nacional de Planejamento Familiar, Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulheres), consolidar a atenção às ações de saúde e, incorporar novos segmentos populacionais às políticas como forma de assegurar os princípios da integralidade, equidade e universalidade preconizados no SUS (BRASIL, 2008).

Também no capítulo da saúde, o II PNPM estabelece metas e prioridades, entre as quais a redução da Razão de Mortalidade Materna em 15% entre os anos de 2008 e 2011; apoio à organização de um centro colaborador por região para humanização da atenção ao parto, ao abortamento e às urgências e emergências obstétricas; estímulo à implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos; promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro de forma a reduzir a morbimortalidade materna; estimular a organização da atenção às mulheres, jovens e adolescentes com queixas ginecológicas (BRASIL, 2008).

Em estudo sobre mortalidade evitável no Brasil, as mulheres apresentaram maior percentual de óbitos. Para as causas evitáveis por diagnóstico e tratamento precoce, o percentual para homens foi 45% e para mulheres 56%. Em se tratando de grupos etários, a maior diferença foi encontrada no grupo etário de 15 a 44 anos, sendo 38% de mortes femininas e 15% masculinas (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009).

Estudos sobre mortalidade em adolescentes e jovens realizados no país nas últimas três décadas mostram predominância de morte do sexo masculino, porém com taxas ascendentes para ambos os sexos, inclusive em relação à principal causa de morte, as causas externas (LYRA, 1996; ORLANDI, 2002; REIS 2009; YUNES, 1983). Além das causas de morte comuns a ambos os sexos, chamam a atenção, no sexo feminino, os problemas ligados à sexualidade e à reprodução, sendo a gravidez na

adolescência caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como importante fator de risco (WHO, 1978).

Segundo o Ministério da Saúde, o exercício da sexualidade e a vida reprodutiva de adolescentes estão articulados às condições materiais de vida e às relações de desigualdade social no país, sendo a gravidez na adolescência, o aspecto mais relevante desta articulação (BRASIL, 2010). Ainda que não seja considerada um risco pela faixa etária em si mesma; mas pelas condições socioeconômicas em que se insere, condições culturais e o tipo de atenção recebida, uma adolescente grávida tem duas vezes mais probabilidade de morrer em relação a uma mulher maior de 20 anos de idade por causa relacionada à gravidez, e esse risco aumenta em cinco vezes se a adolescente apresenta menos de 15 anos (CRUZ, 2002).

De todas as mortes maternas que aconteceram no mundo no ano de 1990, segundo estimativa, apenas 5% ocorreram nos países desenvolvidos (BRASIL, 2007). A cúpula da Organização das Nações Unidas (ONU), reunida no ano 2000, adotou como Quinta Meta de Desenvolvimento do Milênio a Melhoria da Saúde Materna, subdividida em Meta 5-a: reduzir em 75% a mortalidade materna entre os anos 1990 e 2015 e Meta 5-b: atingir, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva. De acordo com recentes relatórios da OMS, as Metas do Milênio estão distantes de serem alcançadas, principalmente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 99% das mortes maternas do mundo (WHO, 2010). Embora as taxas de mortalidade materna tenham sido reduzidas em 34% entre os anos 1990 e 2008, esse progresso ainda não será suficiente para atender a Meta dos ODM de reduzir a mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015 (WILMOTH et al., 2010).

O alcance desses objetivos é considerado como um processo complexo, que requer o envolvimento dos interessados na formulação e implementação das políticas públicas que visam melhorias das condições de vida da população (MADDEN; SABER, 2009). Por outro lado, as diferenças entre países ricos e pobres ficam evidentes quando são comparados dados de países como Canadá e Estados Unidos, com Razão de Mortalidade Materna (RMM) inferior a nove óbitos por 100.000 NV, e de outro lado, Bolívia, Peru e Haiti, com valores superiores a 200 óbitos por 100.000 NV (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Nos últimos anos, apesar da queda de fecundidade específica na faixa de 15 a 19 anos de idade em todo o Brasil, ainda é preocupante a gravidez de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Do total de partos realizados pelo SUS em 2007, 42,4% foi na faixa etária de 15 a 19 anos e 2,2% na faixa de 10 a 14 anos. Na região centro oeste em particular, os partos na faixa etária entre 15 a 19 anos no mesmo período, correspondem a 41,5% (BRASIL, 2010).

Análise realizada em 2004, com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e IBGE, aponta naquele ano, um total de 274 óbitos de adolescentes em consequência de causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, representando 16,4% do total de óbitos por essa causa quando consideradas todas as idades (BRASIL, 2010).

Segundo dossiê sobre mortalidade materna produzido pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde, a morte materna é um dos indicadores mais sensíveis das condições de vida de uma população e reflete a inadequação da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (REDESAÚDE, 1998).

A morte materna é conceituada como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, não se considerando as causas acidentais ou incidentais. Números elevados de morte materna refletem desigualdades sociais e cada morte pode estar relacionada com várias outras situações de risco de morte, com possíveis sequelas permanentes, totalmente desconhecidas (SOUZA et al., 2010).

Dentre os conceitos básicos de morte materna, estão a morte materna obstétrica direta, que são as ocorridas devido a complicações obstétricas durante o período gravídico puerperal, e a indireta, que são as decorrentes de doenças pré-existentes à gravidez ou que se desenvolveram durante a gravidez e foram agravadas pelas mudanças fisiológicas da mesma (BRASIL, 2007). Na primeira, visto que a mulher não apresenta enfermidade pré-existente à gravidez, os problemas que levam ao desfecho de morte estão diretamente relacionados à qualidade da assistência no

que diz respeito aos cuidados de pré-natal e adequada atenção ao parto e puerpério (LAURENTI, 2004).

Segundo um estudo canadense, nos países desenvolvidos, as taxas de morte materna por infecção, doenças hipertensivas da gravidez, doenças cardiovasculares, hemorragia intracraniana e embolia caíram e estão estabilizadas. Dados da Agência de Saúde Pública do Canadá mostram uma taxa de mortalidade de 6,1 mortes maternas para cada 100 000 nascidos-vivos entre os anos de 1997 a 2000. Os números contrastam com a taxa média mundiais de 400 mortes maternas para cada 100.000 nascidos-vivos e a taxa média da África subsaariana de 920 mortes maternas por 100.000 nascidos-vivos. O autor aponta como solução para diminuir estas taxas em países subdesenvolvidos, incluir a melhoria do acesso aos cuidados, redução da pobreza e melhoria de outros fatores sociodemográficos (STEWART, 2006).

O mesmo autor ressalta a importância do quinto relatório do Inquérito Confidencial sobre Mortes Maternas (CEMD – *Confidential Enquiries into Maternal Deaths*) do Reino Unido, no ano de 2001, revelando que as mulheres dos grupos mais desfavorecidos da sociedade tiveram 20 vezes mais chances de morrer do que as mulheres de classes socioeconômicas mais altas; que as mulheres de grupos étnicos não brancos tiveram duas vezes mais probabilidade de morrer do que as mulheres brancas; que 12% das mulheres que morreram estavam sujeitas à violência doméstica, e que 20% iniciaram o pré-natal depois de 24 semanas de gestação ou perdeu mais de quatro consultas de rotina do pré-natal. O relatório informa também como fator associado ao aumento do risco de morte, a idade inferior a 18 anos (STEWART, 2006).

A magnitude da mortalidade feminina não tem recebido a devida atenção, embora seja um dos principais problemas de saúde em todo o mundo (COHEN, 2000). Altas taxas de mortalidade materna também são relatadas em outras partes do mundo, como a região do Sudeste Asiático, onde as causas maternas são a principal causa de morte de mulheres. E, quando mais uma vez se compara o continente africano com o europeu, encontramos uma morte para cada 12 mulheres no leste da África contra um para cada 4000 no norte da Europa. São dados que reiteram o maior risco de morte materna nos países pobres (GOODBURN, 2001; KOBLINSKY, 2012).

Entre os países da América Latina, o Chile é um dos países que conseguiu reduzir as mortes maternas entre os anos 1990 e 2000, registrando uma queda de 60,3% das mortes, com uma RMM média de 27,9: 100.000 Nascidos Vivos (NV). Ainda assim as taxas de mortalidade no Chile são maiores que dos países desenvolvidos do continente americano (SIÑA et al., 2003, SIÑA, 2004). No México, a exclusão social, o baixo nível de educação e a violência contra a mulher são apontados como importantes causas de morte materna (MARTINEZ et al., 2010).

Em um estudo realizado em 26 capitais brasileiras, foi encontrada uma RMM estimada em 54,3 por 100.000 NV para o conjunto de capitais e Distrito Federal, sendo que do total absoluto de óbitos maternos, 6,4% ocorreram nas capitais da região Centro-Oeste (LAURENTI, 2004). Em outro estudo, uma análise dos níveis e causas de óbitos maternos nas regiões metropolitanas brasileiras, Goiânia consta entre as quatro regiões analisadas, como uma das que apresentaram maior RMM a partir do ano 2000, chegando a 2004 com uma RMM de 64,5: 100.000 NV, sendo que 79,5% dos óbitos ocorreram por causas obstétricas diretas (MARCONDES, 2008).

A produção científica dos últimos trinta anos no Brasil acerca da mortalidade materna confirma a subnotificação de óbitos maternos e desempenho heterogêneo dos Comitês de Mortalidade, além da associação entre Razão de Mortalidade Materna (RMM) e idade, escolaridade, cor da pele e número de consultas de pré-natal. Apesar dos achados relacionados à idade indicarem maior mortalidade em mulheres negras acima de 40 anos e com baixa escolaridade, os autores discutem sobre a diversidade de metodologias encontradas em sua revisão de literatura, com resultados igualmente diferentes, às vezes para uma mesma localidade e período (MORSE et al., 2011).

Poucos estudos no Brasil abordam particularmente a morte materna na adolescência, porém um estudo específico para esta faixa etária realizado por Siqueira e Tanaka (1986), mostra as complicações da gravidez, parto e puerpério como sexta causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos, com uma RMM de 64,3: 100.000 Nascidos Vivos (NV) em 1980. Em outro estudo, de Tanaka e Mitsui (1999), abrangendo cidades dos Estados de Mato Grosso, Pará e Rio Grande do Norte, além de encontrarem números maiores de mortalidade materna por causas

diretas – 60,9%, contra 39,1% de mortes maternas por causas indiretas em todas as idades, apontaram a faixa etária de 15 a 19 anos como a que apresentou maior prevalência de morte, com 28,6% dos óbitos.

Em 2002, estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna, descreve achados importantes acerca do perfil da mortalidade materna no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL, 2006b). Nesse estudo, na distribuição por faixa etária, as menores proporções se concentraram nas faixas extremas, sendo 12,6% na faixa de 10 a 19 anos e 5,5% na faixa de 40 a 49 anos. Em relação à escolaridade, 3,6% dos óbitos foi de mulheres analfabetas, 53% com primeiro grau incompleto, 34,5% com segundo grau e 8,9% com curso superior. Quanto ao estado civil/marital, 25,4% dos óbitos foram de mulheres casadas, 32,8% viviam em união consensual e 41,8% não tinham companheiro. O estudo analisou também as causas de morte e encontrou 56,5% de mortes por causas maternas do tipo obstétricas diretas.

Dados do Ministério da Saúde, em análise realizada no ano de 2004, mostram que a mortalidade proporcional por causas obstétricas diretas entre as adolescentes alcança 84,3% na faixa dos 16 aos 19 anos de idade. Considerando raça e cor, os números são maiores para as adolescentes pardas com 51,6%, seguidas das brancas com 36,9% e as pretas com 11,1% (BRASIL, 2010). Em análise mais recente, o MS informa que, no ano de 2010 15,9% dos óbitos maternos ocorreram entre as mulheres de 10 a 19 anos de idade; 76,2% no grupo de 20 a 39 anos e 7,9% nas mulheres de 40 anos de idade ou mais. Informa ainda que a mortalidade materna por causas obstétricas diretas vem diminuindo, mas ainda é 2,4 vezes maior que as causas indiretas em 2010 (BRASIL, 2012).

No Brasil, as principais causas de morte materna obstétrica direta são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto, sendo que no grupo de 10 a 19 anos as duas principais causas apontadas são a hipertensão e a infecção puerperal. Importante ressaltar que em 2010 foram investigados 74% dos óbitos maternos. Dos óbitos investigados, 92% ocorreram em ambiente hospitalar, sendo que 56% deles ocorreram durante o puerpério (até 42 dias após o parto), 17% durante a gestação e 9% durante o parto (BRASIL, 2012). Estes dados refletem a urgência pela integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas sociais que propiciem às

mulheres adolescentes e jovens, condições de viver com segurança a gestação e o parto (BRASIL, 2010).

No caso da mortalidade materna, Marcondes (2008) entende que, sendo um evento altamente evitável com a adoção de ações preventivas e acompanhamento clínico adequado, tratá-lo a partir do conceito de saúde reprodutiva significa considerar as interações existentes entre os múltiplos fatores sociais e culturais e os eventos de saúde e doença.

No período entre 1994 e 2002, 13% das mortes por causas maternas no município de Goiânia ocorreram em adolescentes (GRUPO TRANSAS DO CORPO, 2006). Essas mortes constituem-se em um problema social grave e uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2007).

A mortalidade materna é apresentada no Plano Municipal de Saúde do município de Goiânia, para a Gestão 2010 a 2013, como alta ao longo dos últimos anos, com 66,1 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos em 2007, sendo as doenças hipertensivas uma das principais causas desse tipo de morte (SMS, 2010).

Levar a público o perfil da mortalidade materna de adolescentes do município de Goiânia, poderá contribuir no debate sobre a saúde sexual e reprodutiva desta população e sensibilizar autoridades sobre a aplicação das políticas públicas existentes e formulação de novas, considerando que, de acordo com Minayo (1990), os determinantes de morbimortalidade de adolescentes estão fora dos procedimentos estritamente médicos e os profissionais de saúde, são chamados a agir com uma postura de “previnibilidade” e “previsibilidade” em relação a esse problema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a mortalidade materna em adolescentes, no município de Goiânia, no período de 2002 a 2011.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o número de mortes maternas no município de Goiânia no período de 2002 a 2011 por faixa etária, circunstâncias do óbito (local de ocorrência, causa básica, assistência médica pré-natal e no momento do óbito, tipo de parto e momento de ocorrência do óbito) e perfil sociodemográfico (cor/raça, escolaridade e região de moradia).

Identificar as mortes maternas em adolescentes no período de 2002 a 2011 em Goiânia, Goiás.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Saúde de Adolescentes como Direito

O principal marco legal internacional com relação à saúde de adolescentes (e crianças) é a “Convenção internacional dos Direitos da Criança”. Adotada em 1989, na Assembleia Geral das Nações Unidas, reconhece crianças e adolescentes como sujeitos sociais portadores de direito e introduz para o Estado novas responsabilidades com este segmento populacional, ao reconhecer sua prioridade absoluta nas políticas públicas. Ao longo da década de 1990, esses direitos serão reafirmados por leis nacionais e internacionais em outras Convenções e Conferências, entre elas a IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994. Nesta Conferência foram consolidadas as noções de saúde sexual e saúde reprodutiva, de cuja plataforma de ação o Brasil é signatário (BRASIL, 2006a).

A saúde como direito social e dever do Estado, e a proteção integral ao adolescente, são preconizadas pela Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PAISA) e pelo Estatuto da Criança e do adolescente (ECA). Criado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, o ECA se fundamenta na Doutrina da Proteção Integral e reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos, sendo igualmente a saúde sexual e reprodutiva um dos eixos prioritários da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. O ECA destaca também as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias ou inclusivas como estratégias para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens (BRASIL, 2010). No entanto, a garantia desses direitos remete à efetivação das políticas (RAPOSO, 2009; SERRA, 2010).

Os adolescentes, aqui considerados de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos entre 10 e 19 anos, têm sido vistos, tradicionalmente, como uma população menos exposta ao risco de adoecer e morrer. Para os estudiosos dos problemas relacionados a essa faixa etária, a multiplicidade de situações vivenciadas em seu processo de

crescimento e desenvolvimento a leva a situações que colocam em risco sua qualidade de vida ou até mesmo a própria vida, o que requer a implementação de políticas públicas voltadas especialmente para este seguimento (BRASIL, 2010; RAPOSO, 2009; SIQUEIRA; TANAKA, 1986).

A organização do planejamento, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), teve como marco fundamental o Pacto pela Saúde, que estabeleceu prioridades pactuadas nacionalmente para o enfrentamento dos desafios demográficos, epidemiológicos e de gestão sanitária, sendo uma das prioridades, o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens, incluída a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem institucionaliza um novo olhar sobre esse grupo considerando as suas necessidades específicas, as características socioeconômicas e culturais da comunidade à qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião (RAPOSO, 2009; SERRA, 2010).

As altas taxas de mortalidade em adolescentes, predominantemente por causas evitáveis, é considerada, por sua magnitude ao redor do mundo, um problema de direitos humanos (LYRA, 1996; YAMIN, 2007; YUNES, 1983) e a vulnerabilidade de adolescentes do sexo feminino é ampliada por uma conjunção de diversas formas de violência, entre elas a estrutural, familiar e sexual; tendo como pano de fundo condições socioeconômicas precárias (TEIXEIRA, 2010).

Entendendo a vulnerabilidade como resultado da interação de um conjunto de variáveis que determina a maior ou a menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo, de um constrangimento, adoecimento ou situação de risco, todas as dimensões da vida adolescente podem ser afetadas pelas desigualdades sociais e fatores de vulnerabilidade, repercutindo sobre os dados de morbimortalidade deste seguimento populacional (BRASIL, 2010).

As diferenças, culturalmente instituídas entre os sexos, afeta a vida de adolescentes e jovens nos campos da sexualidade, da saúde e da inserção social. A discriminação cultural, étnica, racial, social, educativa, econômica, de gênero, e por idade que enfrentam as mulheres adolescentes, representa uma violação de seus direitos, afeta seu bem estar e sua saúde, restringe o desenvolvimento de seu

potencial humano e obstrui sua participação social (BRASIL, 2010; OPS/OMS, 2010).

Existe um vínculo profundo entre o processo saúde-doença e os múltiplos determinantes sociais envolvidos na gênese, desenvolvimento e perpetuação dos problemas. As dificuldades de acesso à educação, o desemprego, as profundas desigualdades sociais, o meio ambiente degradado, a morbimortalidade por violências, dentre outras, causam grande impacto na saúde de pessoas jovens, deixando-as mais vulneráveis a este processo (BRASIL, 2010).

3.2 Saúde sexual e Reprodutiva de Adolescentes

Saúde sexual e Saúde reprodutiva são conceitos recentes, desenvolvidos a partir de lutas históricas por cidadania e direitos humanos (CORREA; ALVES; JANNUZZI, 2006). A sexualidade é componente fundamental na saúde de adolescentes e jovens. Transcende o aspecto biológico e manifesta-se também como fenômeno psicológico e social, influenciado por valores individuais, familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010).

Os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos universais, compostos por direitos fundamentais e essenciais da pessoa humana garantidos por regras de conduta e legislação institucional com força de lei. No Brasil, os direitos humanos são garantidos legalmente pela Constituição e pela adesão às convenções e tratados internacionais dos quais o país é signatário. Contudo, não significa que estes direitos sejam respeitados na prática (CORREA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

Ao longo das últimas décadas, tratados internacionais de direitos humanos estabeleceram pautas específicas a serem cumpridas pelos países signatários, pautas estas tidas como marcos normativos de defesa dos direitos de adolescentes e mulheres (OPAS/OMS, 2010). Entre elas se destacam a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que adotou definições mais precisas em relação à desigualdade de gênero e direitos humanos no campo da reprodução, e a IV Conferência Internacional sobre a Mulher,

realizada em Pequim em 1995, onde os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram definidos como:

Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências (Correa;Alves;Jannuzzi, 2006, p 50).

Então, tais direitos, por definição, não se restringem ao campo da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução. Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens significa assegurar as condições de escolha em relação à gravidez; assegurar a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, de modo irrestrito, de maneira que a gravidez seja vivenciada de maneira saudável (BRASIL, 2010).

Os serviços e ações voltados para a sexualidade e a reprodução entre adolescentes e jovens, são definidos como Saúde sexual e Saúde reprodutiva do adolescente e do jovem, abordando a sexualidade, saúde sexual e reprodução; educação sexual; anticoncepção e planejamento familiar; prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino e mama; atendimento ginecológico; DSTs e AIDS; gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2006a).

Em relatório sobre a saúde no Brasil em 2011, o Ministério da Saúde reafirma que a gravidez e o parto não são doenças e sim processos normais da vida das mulheres, mas podem levar a riscos e requerem cuidados de saúde. E que a atenção à saúde de mulheres e meninas é um investimento que implica considerar os determinantes sociais da saúde feminina, bem como a cobertura dos serviços e qualidade da assistência (BRASIL, 2012b).

A determinação social na saúde tem chamado a atenção dos organismos internacionais nos últimos anos, principalmente em relação aos países em desenvolvimento, onde se verifica que a equidade está longe de ser alcançada (BUSS, 2007). A diferença entre os índices de morte materna apresentados pelos países centrais e os periféricos fica ainda mais acentuada quando são analisados

seus determinantes, tendo como critério de evitabilidade os determinantes socioeconômicos e, portanto, o acesso à informação, bens e serviços (CARDOSO et al., 2007).

Entende-se que a mortalidade materna se apresenta como uma expressão da “questão social”. Seus índices indicam as condições de vida de uma população e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério (CARDOSO et al., 2007; LAURENTI et al., 2004). Um indicador cuja redução não pode depender de uma estratégia isolada, mas de um conjunto de ações intersetoriais (CORREIA et al., 2011), que entendam a Saúde Pública como um processo dinâmico que envolve esforços individuais e coletivos a fim de compatibilizar interesses e viabilizar a ação social (ANTUNES, 2008).

No contexto brasileiro, apesar dos esforços mais recentes no tratamento desta questão, avaliações e estimativas apontam que o ritmo atual da redução das mortes maternas no país é insuficiente para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (MARCONDES, 2008). Para o Brasil, atingir essa meta significa reduzir a RMM a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Estudo do Ministério da Saúde aponta resultados de redução da RMM de 141 para 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre 1990 e 2010 (51%), fundamentalmente pela redução dos óbitos por causas diretas, no entanto, evidencia a necessidade de acelerar a velocidade da redução dos óbitos maternos para que seja atingida a meta proposta para o desenvolvimento do milênio (BRASIL, 2012c). Com vistas ao alcance desses objetivos, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em seu capítulo sobre a saúde, estabeleceu como primeira meta a redução da RMM em 15% entre os anos de 2008 e 2011 (BRASIL, 2008).

A redução das mortes evitáveis, entre elas a morte materna, não se relaciona somente às questões de acesso aos serviços de saúde, problema que de alguma maneira está equacionado nos grandes municípios, mas sim à qualidade da assistência prestada. Considera-se relevante que sejam utilizados outros indicadores além do acesso ao serviço, para captar com maior propriedade o impacto de ações e programas específicos sobre as causas de morte evitáveis (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009).

3.3 A Vigilância em Saúde e a Redução da Mortalidade Materna

O conceito de vigilância como instrumento de saúde pública existe desde o século IX, vinculado ao alerta e observação de contatos de pacientes acometidos de pestilências. Esse conceito foi expandido no século XX, agregando diferentes sistemas com métodos de coleta, análise e difusão de dados diversificados (ARREAZA; MORAES, 2010). No Brasil, Vigilância em Saúde é uma ferramenta importante para o alcance dos objetivos do Pacto pela Saúde, entre eles a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2010b).

E nesse sentido, a partir dos anos 90, com a democratização das práticas de saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde, a consolidação da vigilância representou um avanço, permitindo que a mesma fosse incorporada às atividades regulares dos serviços (ARREAZA; MORAES, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010b, p.75), a vigilância tem como objetivo:

(...) a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

No âmbito da atenção integral à saúde ressalta-se a necessidade tanto de ações de proteção, como de promoção da saúde e prevenção de riscos e danos. Além de que, os profissionais da atenção básica devem estar preparados para identificar riscos potenciais e danos à saúde da população para agir de forma interdisciplinar e intersetorial, desenvolvendo tecnologias de cuidado no contexto da integralidade (ARREAZA; MORAES, 2010). Os autores também vêem na proposta da vigilância a necessidade de serem incorporadas as tecnologias de comunicação social e gestão ampliada em saúde, de forma que a organização do trabalho transcenda os espaços institucionais dos serviços de saúde para outros setores e contextos sócio-políticos (ARREAZA; MORAES, 2010).

A Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que estabelece as diretrizes de execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde assinala nos seguintes termos:

[...]

Seção III

Da integralidade

Art. 4º A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

[...]

§2º A integralidade é compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

§3º A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização.

[...]

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias...

[...]

Art. 6º As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações (Brasil, 2010b, p. 77 a 78).

Se as ações de vigilância devem estar inseridas no cotidiano da Atenção Primária como preconiza os Art. 5º e Art. 6º da referida Portaria ao estabelecer suas diretrizes, pode-se reiterar o entendimento de Arreaza e Moraes (2010), sobre a noção de cuidado integrado como sendo:

“[...] os modos de agir dos diferentes atores na produção de saúde e sujeitos produtores, em que o cuidar de gente se constitui em espaços de escuta, acolhimento, relação ética e diálogo entre os envolvidos na produção do cuidado e seu valor de uso [...]” (Arreaza; Moraes, 2010, p. 2225).

3.4 Os Comitês de Mortalidade Materna como Ferramentas da Vigilância

A redução da mortalidade materna passou a ser compromisso entre os países em desenvolvimento somente após a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairóbi, Quênia, em fevereiro de 1987. A Conferência emitiu uma chamada à ação instando os Estados-Membros da ONU para melhorar as condições de saúde para as mulheres, em geral, e reduzir a mortalidade materna, em particular (GRUSKIN et al., 2008).

Os primeiros Comitês de Mortalidade Materna (CMM) foram criados nos Estados Unidos em 1931 (RedeSaúde,1998). No Brasil, o problema da mortalidade materna ganhou visibilidade também pela atuação do movimento de mulheres durante a década de 1980, contribuindo para a implementação dos CMM em todo o país (BRASIL, 2012c; SOUZA et al., 2010). Na década seguinte, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n.º 256, de 1.º de outubro de 1997, recomenda a adoção da morte materna como evento de notificação compulsória (BRASIL, 2007).

Os CMM tornaram-se uma das ações estratégicas na construção do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal por sua dimensão técnica e também ético-política, sendo a primeira, de atuação como estratégia da vigilância epidemiológica, que implica no levantamento de informações referentes à pessoa que faleceu e às circunstâncias do óbito; e a segunda como instância que visa identificar todos os óbitos maternos não declarados, corrigir os dados pessoais e socioeconômicos, a causa básica dos óbitos registrados e apontar medidas de redução dessa mortalidade. Daí a importância do reconhecimento da investigação dos óbitos maternos pelos CMM para o aprimoramento do Sistema de Informação e para a implementação de políticas e programas de assistência à gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2012c; RODRIGUES, 2003; SOUZA et al., 2010).

No final da década de 1990 os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), investigados, passam a ser monitorados como parte do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – Portaria MS/GM nº 3.925, novembro/1998 – e a vigilância epidemiológica da mortalidade materna e infantil passa a ser atribuição dos municípios - Portaria MS/GM nº 1.399/1999. Na primeira metade da década seguinte avança-se um pouco mais. A Portaria MS/GM 653/2003 estabelece que a notificação do óbito materno, antes recomendada, passa a ser compulsória para a investigação

dos fatores determinantes e possíveis causas destes óbitos; e a Portaria MS/GM 1.172/2004 reitera a responsabilidade dos municípios com a vigilância epidemiológica da mortalidade materna (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012c;).

Na década seguinte, outra portaria- Portaria MS/GM1.119/2008, estabelece a participação de profissionais de saúde designados para a realização da vigilância de óbitos maternos e estabelece fluxos, com prazos, sendo 48 horas para notificação de óbitos ao setor responsável pela informação de mortalidade, 30 dias para alimentação do Sistema de Informação sobre Mortalidade e 120 dias para encerrar a investigação e o estudo (BRASIL, 2012c).

Como no Brasil, a quase totalidade dos partos ocorre dentro do sistema hospitalar, a investigação de óbitos de mulheres nos hospitais é um forte instrumento para erradicar a subnotificação e o sub-registro da mortalidade materna (RAMOS, 2003). Neste processo ressalta-se o papel crucial dos profissionais de saúde na investigação e informação adequada da causa de óbito materno, frente à importância destas mortes (MARCONDES, 2008).

No município de Goiânia, a experiência relativa a todo esse processo passa pela criação do Comitê de Mortalidade Feminina e Materna no ano de 2002. A Portaria nº 182/2002 (ANEXO1) cria o Comitê e estabelece seus objetivos com base no reconhecimento da alta mortalidade materna no município e sua relevância como problema de Saúde Pública.

4 METODOLOGIA

4.1 Delimitação do Objeto

4.1.1 Local e Tipo de Pesquisa

Estudo observacional, descritivo, uma série histórica de dez anos, em que se analisa a mortalidade materna em adolescentes no município de Goiânia no período de 2002 a 2011.

O município de Goiânia, situa-se na região central do estado de Goiás, no Centro Oeste brasileiro. Ocupa uma área de 739,492 km² e de acordo com o Censo de 2010, possui uma população de 1.302.001 habitantes, com predominância do sexo feminino. As mulheres representam 52,3% da população residente no município e 8,1% delas são adolescentes. Na Zona Urbana se concentra 99,6% da população e apenas 0,4% dos habitantes vive na Zona Rural (IBGE, 2010; SEGPLAN, 2013).

Para efeito de descentralização política e técnico-administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu o município de Goiânia em sete regiões administrativas e sanitárias, a saber: Distrito Sanitário Noroeste, Distrito Sanitário Campinas Centro, Distrito Sanitário Oeste, Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Sudoeste, Distrito Sanitário Sul e Distrito Sanitário Leste (figura 1).

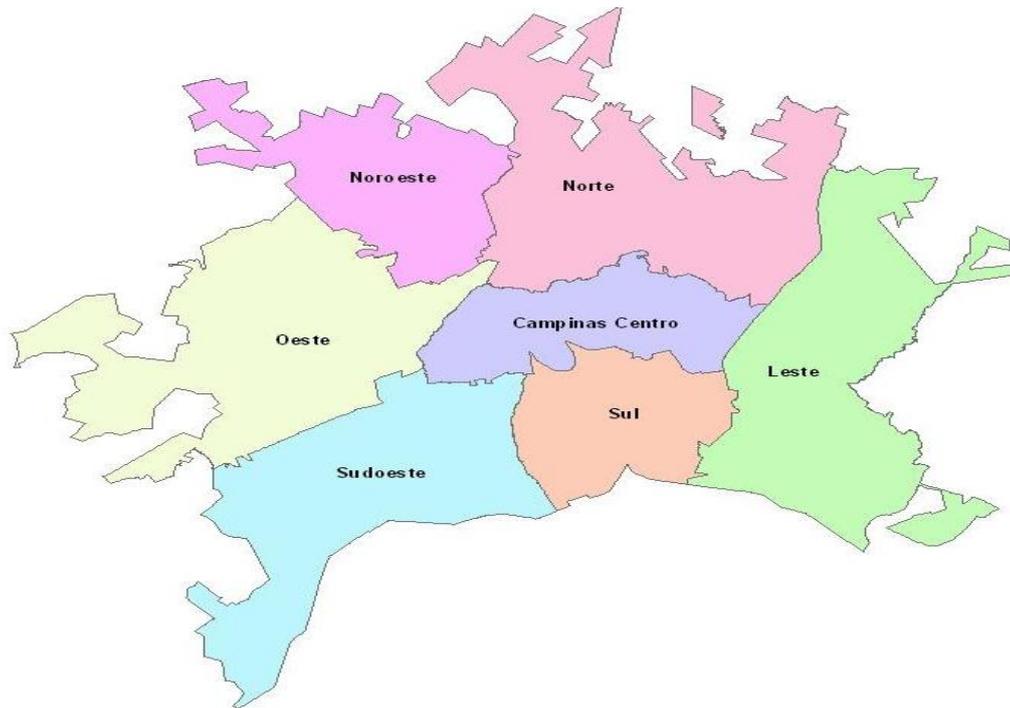


Figura1- Mapa das regiões administrativas sanitárias do Município de Goiânia-
Distritos Sanitários

Fonte: Assessoria de Planejamento, Qualidade e Controle/SMS.

4.1.2 População de Estudo

A população de estudo foi constituída pelos óbitos maternos de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, ocorridos no município de Goiânia, Estado de Goiás, no período de 2002 a 2011. Foram excluídos os óbitos maternos tardios, os óbitos de causas não relacionadas à gravidez e óbitos maternos de mulheres residentes fora do município de Goiânia (figura 2). Para o recorte de população adolescente foi considerada a faixa etária de 10 a 19 anos, delimitação utilizada pelo Ministério da Saúde para definir esta população.

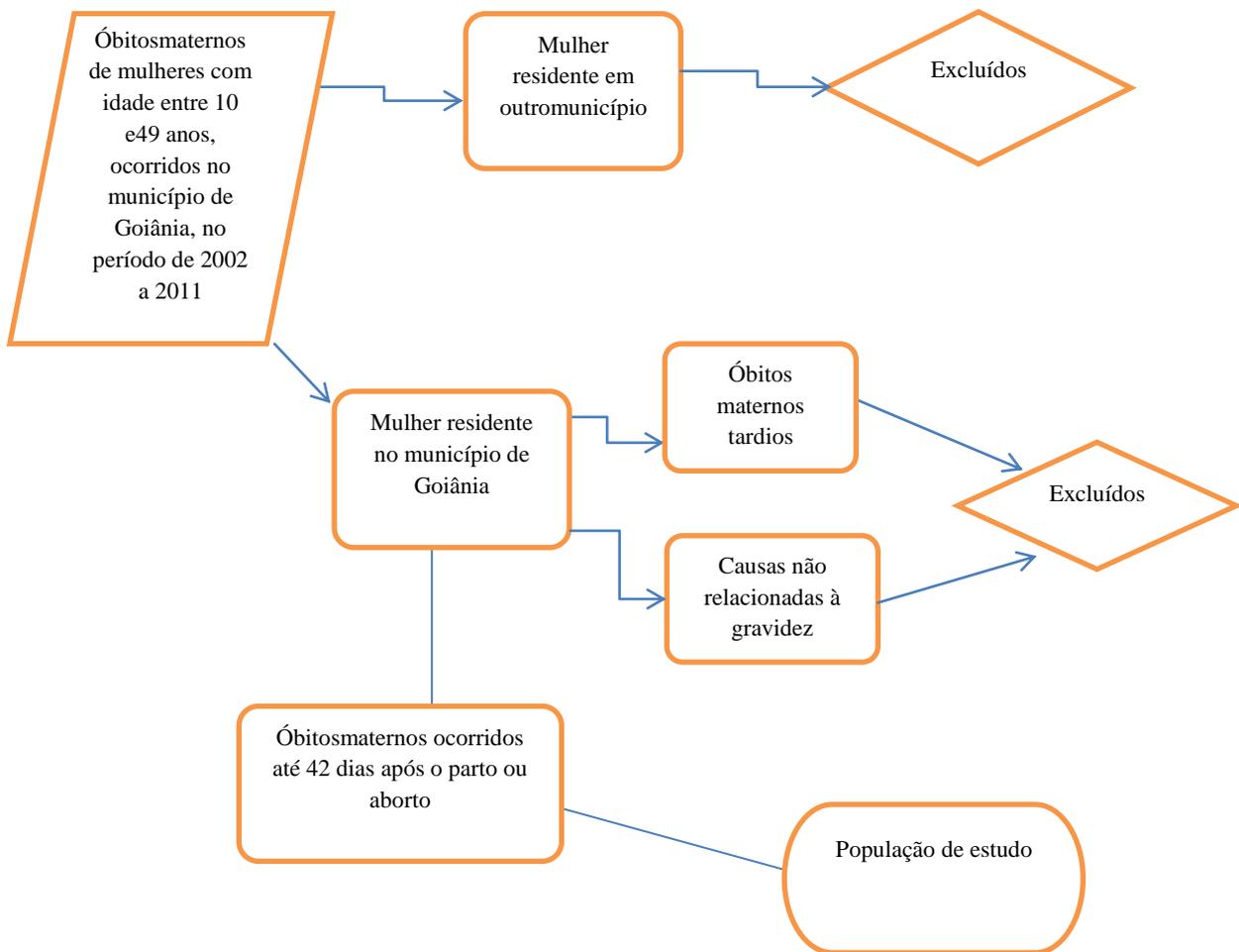


Figura 2 – Fluxograma da população de estudo

Fonte: A autora.

4.1.3 Variáveis do Estudo

Para a análise da mortalidade materna geral, de mulheres de 10 a 49, as variáveis selecionadas foram: faixa etária, momento do óbito, assistência pré-natal, assistência médica no momento do óbito, tipo de parto, escolaridade, raça/cor, local do óbito, causa do óbito e distrito sanitário de residência.

Para a análise da mortalidade materna de adolescentes, foram acrescentadas além daquelas para todas as mulheres, as variáveis: ocupação, estado civil e qualificação do óbito se declarado ou investigado. Os dados coletados para esta faixa etária

foram estruturados em um quadro e posteriormente foram elaboradas as tabelas e gráficos para análise (APÊNDICE A).

A variável faixa etária foi subdividida nas faixas de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 29, de 30 a 39 e de 40 a 49 anos de idade. Não foram encontrados dados para a faixa etária de 10 a 14 anos dentro dos critérios de inclusão do estudo.

Quanto ao local do óbito, os hospitais e outras unidades de saúde foram agrupados para efeito de análise, de acordo com o perfil público, privado ou filantrópico. Os nomes das instituições foram resguardados e as unidades públicas de saúde foram identificadas como Unidades A, B, C,D,E,F e G quando citadas no texto.

Para a classificação da causa da morte materna foi utilizada a codificação de acordo com o capítulo XX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde, décima revisão – CID10, publicada pela Organização Mundial de Saúde (1995). Visto não ser objetivo do estudo a análise individual das causas de morte materna, as mesmas foram agrupadas para melhor entendimento, da maneira que se segue: Causas Hipertensivas, Causas Hemorrágicas, Causas Infeciosas, Outras Causas maternas e Causas Indiretas.

4.2 Procedimentos Metodológicos

4.2.1 Da coleta de Dados

As fontes de dados foram disponibilizadas pelo Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Inicialmente foram disponibilizadas planilhas eletrônicas contendo a frequência dos óbitos maternos ocorridos no período de 2000 a 2009 na faixa etária de 10 a 49 anos, segundo o momento do óbito se na gestação ou puerpério, se ocorreu mediante assistência médica, causas do óbito, escolaridade e local de ocorrência (hospital, domicílio ou outro local). As variáveis de interesse do projeto de estudo incluíam faixa etária (de 10 a 19 anos), causa do óbito, local de residência, situação conjugal, raça/cor e escolaridade no período de 2004 a 2010.

Diante da diferença entre o projeto original e a disponibilidade de dados nas planilhas, optou-se pela coleta diretamente nas Declarações de Óbito (DO) (ANEXO 2) e fichas de investigação de óbitos (ANEXO 3), que se constituíram nas fontes de

dados do estudo. A partir de informações das Declarações de Óbito (DO), além das variáveis selecionadas, foi incluída Ocupação. Também foram incluídas, a partir das fichas de investigação de óbitos, as variáveis Assistência Pré Natal, Tipo de Parto e Distrito Sanitário de Residência.

A redefinição das fontes de coleta de dados conduziu à redefinição também do período de estudo, que foi ampliado para dez anos. Devido ao espaço de uma década, tempo limite para arquivamento das DO e Fichas de Investigação, foram coletados dados do período de 2002 a 2011.

A coleta foi realizada em arquivos constituídos por pastas organizadas ano a ano, contendo fichas de investigação de óbitos e DOs do município de Goiânia e de outros municípios, separadas previamente em envelopes identificados pelo ano de ocorrência dos óbitos. Os dados foram coletados em cada pasta do ano correspondente, após serem separadas as fichas de investigação e DOs de acordo com os critérios de inclusão do estudo.

Os dados cujos campos não estavam preenchidos na Declaração de Óbito foram buscados nas fichas de investigação. Nos anos de 2003, 2004 e 2005, os dados foram obtidos apenas das Declarações de Óbito. A utilização das fichas de investigação como fonte complementar de dados e a importância dada à máxima frequência para cada variável se justifica pelo fato de não ser objetivo deste estudo quantificar o sub-registro de dados nas Declarações de óbito.

Nos casos em que houve divergência entre a Declaração de Óbito e a ficha de investigação para a variável cor/raça prevaleceu a informação da DO, exceto nos casos em que a investigação esclareceu e eliminou a divergência, como o registro de mulher branca posteriormente identificada na investigação como de origem asiática.

O campo da DO referente ao tipo de parto deve ser preenchido no campo de informações sobre a mãe em caso de óbito fetal. Entretanto, apesar de terem ocorrido óbitos fetais concomitantes ao óbito materno, por falta deste campo de informação para o óbito de mulheres em idade fértil nas Declarações de Óbito, esse dado foi coletado das fichas de investigação. A informação obtida a partir da investigação possibilitou ampliar as alternativas para além de parto operatório e vaginal. As informações sobre abortos, tanto induzidos legalmente como os

provocados clandestinamente somente tiveram registro nas fichas de investigação de óbitos.

O total de óbitos constituiu-se pela soma de todos os casos considerados como morte materna, dentro dos critérios anteriormente descritos. Para o cálculo dos indicadores foram utilizadas as estatísticas vitais disponíveis no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde; e também os dados populacionais disponíveis no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2010, 2010b).

4.2.2 Análise de Dados

Com os dados do arquivo eletrônico, Declarações de Óbito e fichas de investigação foi possível construir um banco com as variáveis propostas e foram elaboradas planilhas eletrônicas de frequência absoluta para cada variável e período de estudo.

Os dados foram estruturados no programa Microsoft Excel e apresentadas as frequências absolutas e relativas na forma de tabelas e gráficos.

4.3 Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, em respeito aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás e aprovado sob o protocolo 226/12 (ANEXO 4). Também foi submetido ao Centro Municipal de Formação em Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para permissão de acesso ao banco de dados, que foi concedida conforme documento anexado (ANEXO 5).

5 RESULTADOS

5.1 Mortalidade Materna

Resguardados os critérios de inclusão e exclusão do estudo foram encontrados 100 óbitos maternos no período de 2002 a 2011 em mulheres de 10 a 49 anos de idade. Não foram encontrados dados referentes a óbitos de adolescentes na faixa de 10 a 14 anos. Na faixa de 15 a 19 anos foram encontrados 10 óbitos, o que significa 1 (um) óbito por ano em média. A maior parte das mortes ocorreram na faixa de 20 a 29 anos de idade, 49%, declinando os valores para a faixa de 30 a 39 anos com 36% e de 40 a 49 anos representando 5% dos óbitos. Ao longo da década, a média de 10 óbitos por ano teve a maior variação no ano de 2009, com um total de 16 óbitos (tabela 1).

Tabela 1 - Óbitos maternos no município de Goiânia segundo faixa etária e ano, no período de 2002 a 2011.

Faixa Etária	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	2	1	2	0	1	0	1	2	1	0	10
20 a 29 anos	3	6	5	4	6	6	3	10	4	2	49
30 a 39 anos	5	3	7	3	2	2	3	4	4	3	36
40 a 49 anos	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	5
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

A quase totalidade dos óbitos, 98%, ocorreu em ambiente hospitalar e com assistência médica em 94% dos casos (tabela 2 e 3). Vinte e nove Unidades de Saúde no município de Goiânia registraram óbito materno declarado ou investigado, e o domicílio consta como local do óbito em dois casos. Dentre os óbitos ocorridos em ambiente hospitalar, a maior parte foi registrada nas sete Unidades de Saúde da

rede pública que registraram óbitos maternos no período, correspondendo a 66% do total. E dentro da rede pública, mais da metade dos óbitos, 37 registros, ocorreram no principal hospital de referência para gestação de alto risco, correspondendo a 56% dos óbitos maternos da rede pública entre os anos de 2002 e 2011.

Tabela 2 - Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo local do óbito.

Local	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Hospital Público											
Unidade A	3	1	2	2	0	1	2	2	0	0	13
Unidade B	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
Unidade C	1	4	5	3	6	3	3	5	5	2	37
Unidade D	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
Unidade E	0	0	0	1	2	0	1	2	1	1	8
Unidade F	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Unidade G	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Subtotal 1	5	5	9	7	8	4	7	11	7	3	66
Hospital Privado											
Filantropico	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Domicílio	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Subtotal 2	4	5	5	0	2	5	2	5	3	2	33
Total	9	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Dep. de Epidemiologia/SMS

Os outros 33% dos óbitos estão distribuídos entre os hospitais privados, filantrópicos e óbitos no domicílio. A rede privada responde por 27,% dos óbitos hospitalares distribuídos entre 20 hospitais; apenas um hospital filantrópico registrou óbitos maternos, correspondendo a 4,1%; e óbitos domiciliares somaram 2% do total de óbitos.

Tabela 3 - Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo assistência médica no momento do óbito.

Assistência Médica	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Sim	8	10	13	7	10	7	8	15	10	5	93
Não	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
Ignorado	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

Quanto ao momento do óbito, 69% deles foram registrados no período puerperal até 42 dias após o parto e 28% durante a gestação. O restante, 2% foi considerado ignorado o momento de ocorrência e 1% relativo a óbito durante ou após abortamento (gráfico 1).

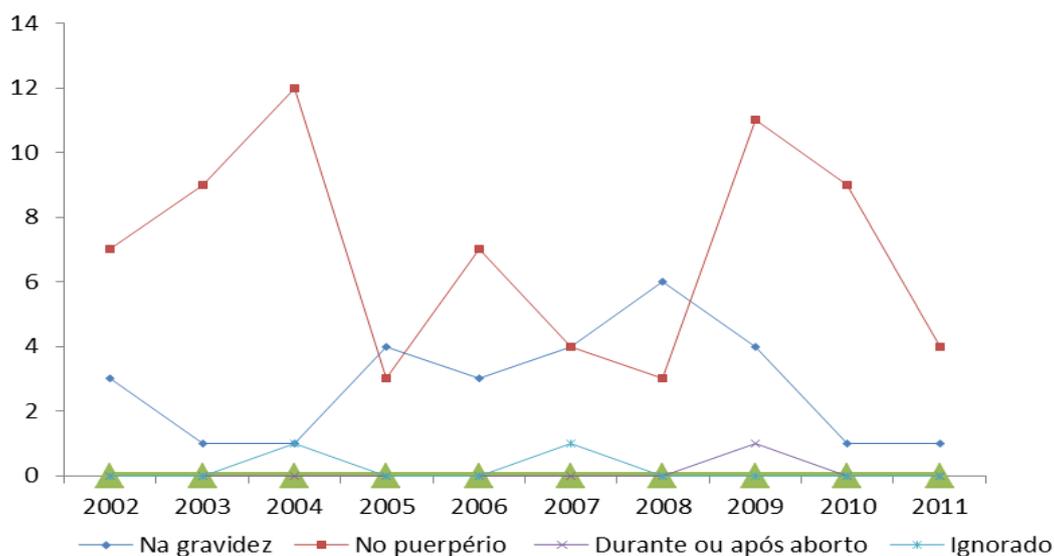


Gráfico 1–Série histórica de mortalidade materna, segundo momento de ocorrência do óbito. Goiânia, 2002 a 2011

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS.

Quanto ao acompanhamento pré-natal, a quantidade de consultas realizadas não foi uma das variáveis estudadas, mas de acordo com dados obtidos nas fichas de investigação de óbitos, 53% dos óbitos ocorreram em mulheres que realizaram consultas de pré-natal. Em 44% dos casos os dados quanto à realização de acompanhamento pré-natal foram ignorados.

Nos anos de 2003, 2004 e 2005, onde os dados foram obtidos apenas das Declarações de Óbito, a ausência de registro sobre consulta de pré-natal foi considerada como ignorado e somam 31%. Nos outros anos, em que a ficha de investigação de óbitos pode ser utilizada para complementar os dados, apenas 13% são considerados como ignorados. Óbitos de mulheres que não realizaram acompanhamento pré-natal totalizaram 3% no período (tabela 4).

Tabela 4 - Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo acompanhamento pré-natal.

Pré-natal	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Realizou	9	0	0	0	9	6	6	10	9	4	53
Não realizou	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Ignorado	1	10	14	7	1	2	3	6	0	0	44
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

Quanto ao tipo de parto, o operatório foi predominante, em um total de 43% na década, contra apenas 8% de partos naturais. Em 30% dos casos o tipo de parto foi ignorado e em 13% houve óbito fetal concomitante sem expulsão do mesmo. Ressalta-se que 6% dos óbitos foram consequência de abortamento, sendo 3% abortos provocados e 3% abortos induzidos com assistência médica (tabela 5).

Tabela 5 - Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo o tipo de parto.

Tipo de parto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Operatório	6	1	0	1	6	4	3	12	8	2	43
Vaginal	0	3	0	1	2	0	0	0	0	2	8
Aborto induzido	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
Aborto provocado	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
Óbito fetal sem expulsão	3	0	0	0	2	3	5	0	0	0	13
Ignorado	1	6	14	5	0	2	0	2	0	0	30
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

Não houve registro sobre escolaridade em 37% dos casos. Quando registrada, não houve óbito de mulher sem escolaridade. A maioria dos óbitos foi de mulheres com 4 a 11 anos de estudo, correspondendo a 44%. Óbitos de mulheres com escolaridade acima de 12 anos de estudo somaram 18% do total (tabela 6).

Tabela 6 - Óbitos maternos no município de Goiânia, entre 2002 e 2011, segundo escolaridade (anos de estudo).

Escolaridade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Nenhuma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 3 anos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4 a 7 anos	4	1	1	0	1	2	3	3	2	2	19
8 a 11 anos	2	0	1	1	6	2	2	8	3	0	25
12 ou mais anos	2	0	0	1	1	2	1	4	4	3	18
Ignorado	2	8	12	5	2	3	3	1	1	0	37
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

Mulheres negras (pardas e pretas) somaram 61% dos óbitos maternos no período estudado, e as brancas em segundo lugar, 33%. Apenas uma mulher de raça amarela foi a óbito, no ano de 2010. Nos 5% restantes o dado raça/cor foi ignorado (tabela 7).

Tabela 7 - Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo raça/cor.

Raça/Cor	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Branca	3	5	3	1	5	4	1	5	3	3	33
Parda	3	3	5	5	4	4	8	9	6	2	49
Preta	3	0	4	1	1	0	0	2	1	0	12
Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amarela	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Ignorado	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	5
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte:Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

A distribuição do número de óbitos por Distrito Sanitário em números absolutos foi homogênea, exceto pelo Distrito Sudoeste onde ocorreram 6 óbitos, menos da metade da média entre os Distritos que foi de 14,5 óbitos.

Excepcionalmente também, nesse Distrito houve registro de morte materna em somente quatro dos dez anos estudados, enquanto nos demais Distritos Sanitários houve pelo menos uma morte materna ao ano (tabela 8).

Tabela 8 - Óbitos maternos no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo distrito sanitário de residência.

Distrito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Norte	1	2	2	0	4	1	3	1	2	0	16
Sul	3	2	1	0	0	2	0	2	1	1	12
Noroeste	3	3	2	2	2	2	1	3	0	2	20
Campinas Centro	0	0	2	1	1	2	3	4	2	1	16
Sudoeste	0	0	2	2	1	0	0	0	1	0	6
Leste	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	14
Oeste	1	2	1	1	1	1	1	5	3	0	16
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

Quanto às causas, 69% foram mortes obstétricas diretas e 31% indiretas. Esse padrão de maior prevalência de mortes por causas diretas se mantêm por todo o período, exceto no ano de 2002, quando as causas indiretas tiveram maior prevalência, e em 2009, quando se igualaram (tabela 9).

Tabela 9 - Óbitos maternos no município de Goiânia, entre 2002 e 2011, segundo tipo de causa.

Causas do óbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Causas diretas	4	8	12	4	9	6	6	8	8	4	69
Causas indiretas	6	2	2	3	1	3	3	8	2	1	31
Total	10	10	14	7	10	9	9	16	10	5	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS

As causas diretas, conceituadas como as ocorridas devido a complicações obstétricas durante o período gravídico puerperal (BRASIL, 2007), foram agrupadas para melhor compreensão, em causas hipertensivas, hemorrágicas e infecciosas e estão representadas no Gráfico 2. O gráfico permite visualizar a constância destas três causas em todos os anos da série, exceto no ano de 2002, onde não houve morte por causa hemorrágica.

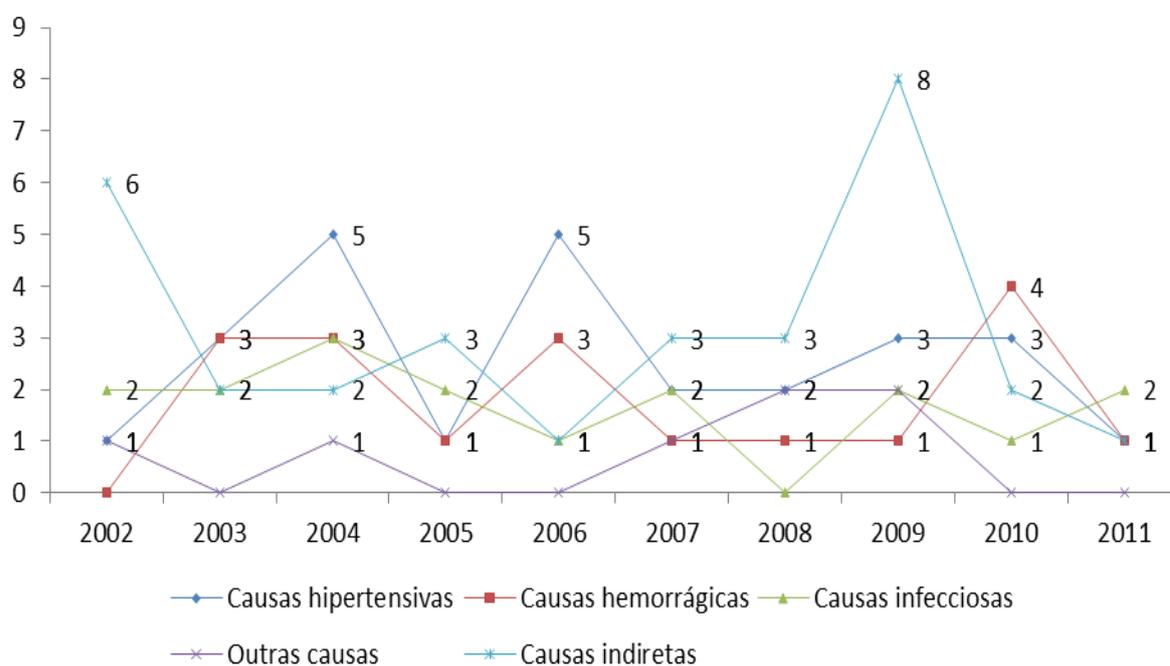


Gráfico 2 - Série histórica de mortalidade materna segundo causa do óbito. Goiânia-Goiás, 2002 a 2011.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Dep. de Epidemiologia/SMS

5.2 Mortalidade Materna em Adolescentes

Do total, no recorte populacional para adolescentes foram contabilizados 10 óbitos, o que representa 10% do total dos óbitos maternos da década. A proporção de óbitos de adolescentes em relação aos óbitos maternos totais oscilou entre 10% e 20% no período. Todos os óbitos de adolescentes incluídos no estudo ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos e não houve registro de óbito nesta faixa etária nos anos de 2005, 2007 e 2011 dentro dos critérios de inclusão do estudo. Um caso de óbito de gestante na faixa de 10 a 14 anos foi encontrado no material pesquisado e o mesmo foi excluído por não estar relacionado com a gravidez; a morte foi por causa externa - homicídio. Também foi excluído um óbito de adolescente na faixa de 15 a 19, no ano de 2005, por ter sido um óbito tardio, ocorrido 42 dias após o parto.

5.2.1 Características Relacionadas à Gestação

Assim como na população total, entre as adolescentes a maior parte dos óbitos aconteceu no período puerperal, seis entre 10 casos; dos quatro restantes, três ocorreram na gestação e um caso de óbito pós-aborto, informação obtida a partir da ficha de investigação do óbito. A quase totalidade dos óbitos, nove casos, aconteceu mediante assistência médica hospitalar. A exceção em relação à assistência médica no momento óbito aconteceu em um dos casos de óbito domiciliar, onde não foi possível a assistência.

Os dados obtidos a partir das fichas de investigação de óbito materno, embora não tenham permitido quantificar as consultas de pré-natal, permitem dizer se foram realizadas consultas ou não. A assistência pré-natal aconteceu para pelo menos cinco das adolescentes que foram a óbito no período. Em um caso essa assistência foi informada como não realizada devido à morte ter se dado após abortamento, em que a adolescente não buscou assistência antes de realizar o aborto clandestino. Em quatro dos casos a assistência pré-natal foi um dado ignorado.

Em relação ao tipo de parto, em dois casos a informação foi ignorada. As mortes maternas com óbito fetal concomitante antes da expulsão ou realização de

cesariana foram três casos e prevaleceram sobre o parto operatório e o vaginal individualmente. Parto operatório e vaginal contam dois cada um. O abortamento completa o total de óbitos e a ele não se aplica caracterizar o tipo de parto.

Exceto os dois óbitos domiciliares, os outros óbitos maternos de adolescentes ocorreram em hospitais públicos, sendo quatro no principal hospital de referência para gestação de alto risco no município de Goiânia (Unidade de Saúde C). Nenhum dos óbitos maternos de adolescentes registrados no período ocorreu em hospital da rede privada ou filantrópica, e somente na população adolescente ocorreu óbito domiciliar.

Quanto às causas, os óbitos maternos de adolescentes seguem o padrão encontrado para mulheres de todas as idades, prevalecendo as causas diretas sobre as indiretas e distribuídas como segue: causas hipertensivas quatro casos, causas infecciosas dois, causas hemorrágicas um e outras causas também um caso.

Quanto à qualidade do óbito, se foi declarado ou investigado, sete dos 10 óbitos maternos de adolescentes foi declarado como tal. Os outros três foram investigados para se chegar a esta conclusão.

Todos os dados referentes às características relacionadas à gestação estão representados por ano de ocorrência e em frequência absoluta na Tabela 10.

Tabela 10 - Óbitos maternos de adolescentes no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo características relacionadas à gestação.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Momento do óbito											
Gestação	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Puerpério	1	1	2	0	1	0	0	0	1	0	6
Pós-aborto	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Assistência no momento do óbito											
Sim	2	1	2	0	1	0	0	2	1	0	9
Não	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Assistência Pré-natal											
Sim	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	5
Não	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Ignorado	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	4
Tipo de parto											
Operatório	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Vaginal	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Aborto	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Óbito fetal	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Ignorado	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Local do óbito											
Unidade A	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Unidade B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Unidade C	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	4
Unidade E	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Domicílio	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Causa básica do óbito											
Indiretas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Diretas											
Eclampsia	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Pré-eclâmpsia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Infecção do trato Gênitó urinário	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Aborto infectado	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Atonia uterina (hemorragia)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Outras causas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Óbito											
Declarado	2	0	2	0	1	0	0	1	1	0	7
Investigado	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Dep. de Epidemiologia/SMS

5.2.2 Características Sociodemográficas

A maior prevalência de óbitos em adolescentes ocorreu na faixa etária de 18 anos, correspondendo a cinco dos 10 casos, e a menor prevalência na idade de 16 anos, correspondendo a um caso do total de óbitos de adolescentes.

Em relação à raça/cor, comparadas as adolescentes com a população total, os valores se aproximam com a mesma predominância de óbitos em mulheres negras e em menor proporção as brancas. Os óbitos ocorreram predominantemente em adolescentes negras, somadas as Pardas (sete) e Pretas (uma), totalizando oito óbitos. As brancas constituem os dois casos restantes.

Quanto à escolaridade, representada em anos de estudo, em três casos não havia registro de escolaridade na DO ou Ficha de Investigação de Óbito Materno, sendo considerados como ignorados. Entre os casos em que a escolaridade foi registrada, não foram encontrados óbitos de adolescentes com menos de quatro a sete anos de estudo. Esta foi a faixa de escolaridade mais prevalente para as adolescentes, cinco casos, e corresponde ao ensino fundamental incompleto. Em dois casos, os óbitos foram de adolescentes que tinham escolaridade entre oito a onze anos de estudo.

Quando se investigou a ocupação, em três casos esta informação foi ignorada e em apenas um caso a adolescente foi informada como estudante no momento do óbito. A maior proporção, cinco casos, foi informada como “Do Lar” e um caso com uma profissão definida (Costureira). As informações sobre o estado civil são ignoradas em quatro dos 10 casos. Talvez corroborando a ocupação “do lar”, apenas três registros foram de adolescentes solteiras no momento do óbito. As casadas e em união consensual somaram três .

O Distrito Sanitário de maior prevalência de óbitos de adolescentes foi o Distrito Leste, onde foram encontrados quatro óbitos, ressaltando que os mesmos ocorreram até o ano de 2008, não havendo nenhum registro nesse Distrito entre os anos de 2008 e 2011. A distribuição entre os outros Distritos Sanitários se dá como a seguir: Distritos Norte e Sul com um óbito cada; e Distritos Oeste e Noroeste com dois óbitos em cada um.

Todos os dados referentes às características sociodemográficas estão representados por ano de ocorrência e em frequência absoluta na Tabela 11.

Tabela 11 - Óbitos maternos de adolescente no município de Goiânia entre 2002 e 2011, segundo características sociodemográficas.

Caracterização	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Idade											
16 anos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
17 anos	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
18 anos	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	5
19 anos	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Cor/Raça											
Parda	1	1	2	0	0	0	1	2	0	0	7
Preta	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Branca	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Escolaridade (anos de estudo)											
Nenhuma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 a 7 anos	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	5
8 a 11 anos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Ignorado	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3
Ocupação											
Do lar	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	5
Estudante	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Costureira	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Ignorado	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Estado Civil											
Solteira	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Casada	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
União consensual	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
Distrito Sanitário de residência											
Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Sul	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Leste	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
Oeste	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Noroeste	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2

Fonte:Elaborado pela autora a partir de dados do Dep. de Epidemiologia/SMS

6 DISCUSSÃO

Segundo o Relatório Final do Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na Mortalidade Materna (BRASIL, 2006b), mesmo quando a RMM é elevada, geralmente o número absoluto de mortes por causas maternas é pequeno. Assim que, quando esse número é distribuído por características (idade, região, etc.), nem sempre é possível chegar a conclusões claras. Nesse caso, os autores do relatório sugerem o uso dos próprios números absolutos para o monitoramento das mortes e não as taxas/razões. Este critério está sendo utilizado na apresentação e análise dos resultados deste trabalho, com interposição de valores relativos para melhor compreensão da discussão estabelecida.

Os resultados encontrados neste estudo indicam que, no município de Goiânia, a mortalidade materna na população adolescente - quando são analisadas variáveis em comum como local de ocorrência, causa básica, assistência médica pré-natal e no momento do óbito, tipo de parto, momento de ocorrência do óbito, cor/raça, escolaridade e região de moradia - segue o mesmo padrão encontrado quando são consideradas todas as idades.

Independente da faixa etária em que ocorram, essas mortes constituem uma grave violação dos direitos humanos das mulheres por serem evitáveis em 92% dos casos (BRASIL, 2007). Por serem os adolescentes reconhecidos pela Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e pelo ECA como sujeitos de direitos em suas diversas condições sociais e individuais, no Brasil a morte materna em adolescentes representa uma violação de direitos em um aspecto ainda mais amplo. (BRASIL, 2010).

Apesar da gravidez na adolescência ter sido considerada pela OMS como um importante fator de risco (WHO, 1978), estudos brasileiros e relatórios do MS não a consideram um risco pela faixa etária em si mesma, mas pelas condições socioeconômicas em que se insere, condições culturais e o tipo de atenção recebida (BRASIL, 2010; CRUZ, 2002). E CRUZ (2002) ainda afirma que uma adolescente grávida tem duas vezes mais probabilidade de morrer por uma causa relacionada à gravidez. E que esse risco aumenta em cinco vezes se a adolescente for menor de 15 anos.

Visto que a quase totalidade dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar mediante assistência médica e considerando que a demanda inicial por atendimento está relacionada à gestação, ao parto ou alguma complicação advinda dele, os resultados corroboram achados de MARCONDES (2008), que aponta a quase universalidade da assistência institucional ao parto, onde destaca Goiânia em situação de queda de 0,5% de nascidos vivos fora de hospital em 1997 para 0,1% em 2004.

Afirma a ONU em seu relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em 2013 que a assistência adequada com pessoal capacitado reduz os riscos de problemas durante o parto (ONU, 2013). De acordo com os dados do parágrafo acima, Goiânia oferece alta cobertura de assistência institucionalizada ao parto, porém os resultados apresentados demonstram que ela não foi diferencial para garantir a essas adolescentes a sobrevivência, considerando que as causas diretas de morte foram as mais importantes. Achados estes relevantes quando já se sabe, segundo STEWART (2006), que as mortes por estas causas em países desenvolvidos caíram e estão estabilizadas.

Dentre as causas diretas encontradas neste estudo destaca-se o óbito em consequência de abortamento clandestino. É uma das causas mais graves e de visibilidade inversamente proporcional pela discriminação imposta por razões de cunho legal e religioso. Seguramente a morte de uma única adolescente por esta causa deve ser objeto de real preocupação como problema de saúde pública.

Os dados de morte de adolescentes por abortamento no município de Goiânia, quando comparados com outros do Brasil e do mundo, as colocam no mesmo patamar das mulheres de todas as idades. Patamar onde, segundo a OPAS (2010), 13% das mortes maternas são atribuídas a complicações por abortos inseguros, sendo as condições de insegurança o principal componente da mortalidade por esta causa.

A interrupção da gravidez de forma provocada pode refletir falhas em diversos aspectos da atenção à saúde da mulher e em particular da adolescente. As condições inseguras advindas da clandestinidade em que ela ocorre, refletem as várias formas de violação dos direitos da mulher que permeiam este ato, principalmente nos casos previstos legalmente.

O MS reconhece que os avanços teórico conceituais trazidos pela IV Conferência Internacional sobre a Mulher realizada em Pequim em 1995, definem direitos que não se restringem ao campo da saúde, mas que se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução (BRASIL, 2010). A relação entre a restrição de direitos e a situação de vulnerabilidade precisa ser reconhecida na prática, como condição para que nenhuma adolescente seja vítima desse tipo de morte.

Tanto a Conferência Internacional sobre População como a Conferência para o Desenvolvimento da Mulher, ambas realizadas na década de 1990, além de reiterarem conceitos e explicitarem as noções de direitos sexual e reprodutivo, estabeleceram plataformas de ação com diretrizes para o estabelecimento de políticas públicas que os promovam (CORREA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

Cavasin et al (2004) entendem que os tratados e convenções são pouco claros em relação às especificidades etárias e que se faz necessário aos serviços de saúde advogar uma política de atendimento dirigida especificamente ao jovem. Isso permitiria aprofundar o debate sobre a questão, de forma a contribuir com maior autonomia dos adolescentes em relação a sua saúde sexual e reprodutiva.

À parte os óbitos domiciliares, todos os óbitos maternos de adolescentes descritos neste estudo foram assistidos em hospitais públicos. Do total de óbitos ocorridos em ambiente hospitalar, metade ocorreu em hospital de referência para gestação de alto risco. Tal como a cobertura assistencial por si mesma, o encaminhamento para uma unidade de referência não garantiu a vida das adolescentes em seu processo natural de reprodução.

Refazendo o histórico das políticas públicas relativas à saúde da mulher no Brasil desde o lançamento do PAISM em 1983, passados quase trinta anos, uma nova estratégia do Ministério da Saúde se propõe a fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. Instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha se fundamenta nos princípios da humanização e objetiva com um novo modelo de atenção garantir acesso, acolhimento e resolutividade, culminando com a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013).

Passados dois anos do lançamento da Rede Cegonha, o MS publica a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 instituindo as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco em conformidade com a Rede Cegonha. Esta Portaria traz definições importantes para a compreensão de risco e também do papel dos atores envolvidos na atenção à gestante (Anexo 5).

Iniciativas como a Rede Cegonha e a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, demonstram sensibilidade ao problema da assistência, porém a morte materna é destacada por vários autores como importante indicador das condições de vida e como reflexo de desigualdades sociais (RedeSaúde, 1998; SOUZA et al, 2010; LAURENTI, 2004). As diferenças entre taxas de mortalidade materna de países ricos e pobres mostram essa realidade, e além de melhorar o acesso aos cuidados, reduzir a pobreza e melhorar outros fatores sociodemográficos são medidas apontadas por STEWART (2006) como solução para o problema.

Os resultados encontrados para a mortalidade materna de adolescentes no município de Goiânia, considerados os aspectos relativos à assistência apontam para as afirmativas de ABREU; CÉSAR e FRANÇA (2009), de que a redução das mortes evitáveis, entre elas a morte materna, está menos relacionada às questões de acesso aos serviços e mais à qualidade da assistência prestada, considerando importante a utilização de outros indicadores para captar o impacto de ações e programas específicos sobre as causas dessas mortes.

Também quanto às variáveis sociodemográficas, os dados indicam similaridade do perfil de mortalidade materna adolescente e mulheres até 49 anos e esse perfil representa a situação de vulnerabilidade das adolescentes no momento do óbito. Ele se repete para o Brasil, onde, segundo o MS a mortalidade materna de adolescentes predomina entre as pardas e pretas, somando 62,7% (BRASIL, 2010). A diferença de mortalidade materna entre grupos étnicos também é ressaltada por STEWART (2006), ao referir que as mulheres de grupos étnicos não brancos estão em posição desfavorável, com duas vezes mais chances de morrer do que as brancas.

O nível de escolaridade é uma importante variável de inserção social que na população brasileira é considerado baixo e desigual (BRASIL, 2010). Analisando conjuntamente os resultados encontrados para escolaridade e ocupação, pode-se

inferir que, excluídos os casos em que as informações são ignoradas, a maioria das adolescentes mortas já haviam abandonado a escola ainda no ensino fundamental.

Também o Estado Civil é aspecto que merece ser destacado pois para a Organização das Nações Unidas o casamento precoce tem uma influência importante sobre a saúde reprodutiva das mulheres. A ONU afirma que as adolescentes casadas têm reduzidas suas chances de continuar frequentando a escola, perdem autonomia em casa na tomada de decisões e são mais propensas a sofrer violência doméstica. Estão expostas aos riscos do início da gravidez e do parto, a principal causa de morte para meninas com idade entre 15 a 19 nos países em desenvolvimento (ONU 2013).

Para Lago (2006), a morte materna soa como um alarme da ineficiência no cuidado com as mulheres no momento da reprodução. Um sinal que somente é percebido quando há vigilância do óbito e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, visto que as declarações incorretas sobre as causas de morte levam à subnotificação.

Os óbitos maternos de adolescentes no período de 2002 a 2011 em Goiânia foram, em sua maioria, declarados como tal na DO. Um quadro que não deve ser traduzido como realidade distinta da descrita acima por Lago (2006), visto que a subnotificação de mortes relacionadas à gravidez, ao parto ou puerpério existe mesmo em países que possuem um sistema de registro civil estruturado e de captação contínua dos eventos vitais, segundo afirma MARCONDES (2008), evidenciando a importância da investigação e da participação do profissional de saúde no processo.

Um aspecto que evidencia a importância da participação do profissional de saúde não apenas no processo investigativo, mas em todo o processo que envolve o evento em questão, pode ser observado nos resultados encontrados para adolescentes onde, em média, um terço das informações sobre escolaridade, ocupação, estado civil (situação conjugal), assistência pré-natal e tipo de parto são tidas como ignoradas. Sendo o óbito materno um evento de notificação recomendada desde o ano de 1997 (BRASIL, 2007) e compulsória desde 2003 (BRASIL, 2012c), esperava-se uma evolução na qualidade das informações relativas ao evento notificado.

Cabe recordar a metodologia deste estudo, em que as informações não obtidas na DO foram buscadas nas Fichas de Investigação de Óbito Materno. A necessidade de buscar dados a partir das fichas de investigação revela tanto a dimensão do sub-registro nas DO como a importância da investigação no esclarecimento de todos os aspectos que cercam a morte materna. Os resultados citados no parágrafo acima são mais evidentes nos anos de 2003, 2004, e 2005 em que as informações foram obtidas apenas das DO.

Segundo Sousa et al. (2007), vários fatores influenciam o correto preenchimento de uma DO, desde o tipo de serviço onde foi realizado o atendimento, o profissional que prestou assistência e quem preencheu a declaração. Os autores ressaltam a importância da conscientização e capacitação dos profissionais responsáveis para buscar informações detalhadas e investigar melhor as condições que precederam o óbito, o que resultaria em melhor qualidade da informação com maior validade e precisão dos indicadores.

Em relação à distribuição dos óbitos entre as sete regiões administrativas e sanitárias - Distritos Sanitários - chamou atenção a maior prevalência de óbitos de adolescentes do Distrito Leste e nenhum registro de óbitos dos Distritos Sudoeste e Campinas Centro. Estes dados por si só não traduzem um significado, mas saber que a maioria das adolescentes recebeu assistência em serviços públicos de saúde no momento do óbito, independente de seu local de moradia, transfere a discussão para a assistência prestada a essa população na área de abrangência de cada Distrito Sanitário, em todos os aspectos relacionados à sua saúde sexual e reprodutiva.

Quando se trata da atuação direta dos profissionais de saúde na atenção básica, ARREAZA e MORAES (2010), defendem a necessidade de que estes profissionais estejam preparados para identificar riscos potenciais e agir de forma interdisciplinar e intersetorial. Por outro lado, cobrir todo o cenário que envolve a morte materna de adolescentes, com o intuito de evitá-la, exige um esforço que, de acordo com o MS, passa pela convergência de políticas setoriais de Governo e a participação de setores organizados da sociedade. A intersetorialidade é uma das proposições para alcançar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens para que possam viver com segurança a experiência da reprodução (BRASIL, 2010).

Na dependência desse esforço está também o alcance da Quinta Meta de Desenvolvimento do Milênio, que vale lembrar, não se trata apenas de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015. Trata-se também de atingir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. A OPAS declara que nem mesmo os países com RMM mais baixas, como Canadá e Estados Unidos tem mostrado velocidade adequada na queda da mortalidade materna para alcançar essa meta (OPAS, 2011).

Compreendendo o acesso à saúde reprodutiva como passo importante para a redução da mortalidade materna, o caminho mais curto para alcançar esse objetivo pode estar em investir na proposição da atenção integral à saúde de adolescentes via intersetorialidade e também, como recomenda Madden e Saber (2009), na formulação e implementação de políticas públicas que visem melhorar as condições de vida da população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados encontrados para a mortalidade materna de adolescentes no município de Goiânia evidencia a morte por causas evitáveis (causas diretas), incluindo o abortamento provocado em condições inseguras, além da baixa escolaridade e predominância de morte de adolescentes negras. O quadro formado por essas mortes mostra ainda outras nuances de cores fortes, como adolescentes em relação marital, com maior chance de exposição à violência doméstica e morte. Ou aquelas cuja profissão é “do lar” mesmo sendo solteira e ainda não possuindo seu próprio lar; sem estrutura de apoio e igualmente expostas aos vários tipos de violência que podem atingir uma pessoa nessas condições.

Esse perfil retrata as desigualdades sociais brasileiras e os resultados não diferenciam quantitativamente a mortalidade de adolescentes. Os números as colocam em igualdade de condições com as mulheres de todas as idades. Igualdade no tratamento recebido em vida. Igualdade na morte. A interpretação da relevância deste resultado está relacionada diretamente à compreensão do que representa essa parcela da população no contexto social e as consequências de sua morte precoce e evitável.

Espera-se que este trabalho possa contribuir de forma positiva para a discussão da morte materna em adolescentes no município de Goiânia e para reflexão sobre a prática das políticas públicas para a população adolescente, particularmente para a população adolescente feminina. Fortalecer a atuação do Comitê de Mortalidade Feminina e Materna, hoje sem destaque na SMS, poderia ser o início desse processo.

8 REFERÊNCIAS

ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, a. 3, v. 42, p. 562-7, 2008.

ABREU, D.M.X.; CÉSAR, C.C.; FRANÇA, E. B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, a. 12, v. 25, p. 2672-2682, 2009.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p. 2215-2228, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Teórico e Referencial – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens**. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Editora do Ministério da Saúde, Versão Preliminar, Brasília-DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2006b. 126 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Editora do Ministério da Saúde, 3ª Edição, Brasília-DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres- (Brasil). **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2008. 204 p.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Análise de Situação em Saúde. Editora do Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2009. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Editora do Ministério da Saúde, 1ª Edição, Brasília-DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância à Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília-DF, 2010b. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – SVS- MS- Brasil. **Mortalidade Materna no Brasil**.v. 43, n. 1, Brasília-DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Caracterização da população de mulheres no Brasil: resultados do Censo Demográfico 2010**. In: Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, p. 283-301, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade feminina no Brasil: evolução no período de 2000 a 2010**. In: Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde

e a vigilância da saúde da mulher. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, p. 305-323, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade materna no Brasil: avanços na vigilância no período de 2009 a 2011**. In: Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, p. 305-323, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010**. In: Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, p. 347-357, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Diário Oficial da União, n. 12, Seção 1, p. 59, 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor>>. Acesso em 12 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>>. Acesso em 12 set. 2013.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, a.1, p.77-93, 2007.

CARDOSO, L.M.; SOUZA, M.M.C.F. de; GUIMARÃES, R.U.C. Morte materna: uma expressão da “questão social”. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 244-268, abr./jun. 2010.

CAVASIN, S.; UNBEHAUM, S.; SILVA, V. N. et al. “Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social” Estudo Exploratório em Cinco Capitais Brasileiras. **ECOS - Comunicação em Sexualidade**, São Paulo, mar. 2004.

COHEN, A. Excess Female Mortality in India: The Case of himachal Pradesh. **American Journal of Public Health**, a. 9, v.90, p. 1369-71, 2000.

CORREIA, R.A; ARAUJO, H.C; FURTADO, B.M.A.et al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000 – 2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 64, p.91-7, 2011.

CORREA, S.; ALVES, J.E.D.; JANNUZZI, P.M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGUI, Suzana; **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro: ABEP- Associação Brasileira de Estudos Populacionais, apoio do Fundo de População das Nações Unidas, 2006, Cap. 1: 27-62. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/arquivos/indicadores.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2012.

CRUZ, E. C. Mortalidad Materna y Perinatal en Adolescentes. **Revista Cubana de Obstetricia e Ginecologia**, v. 1, p. 5-10, 2002.

GOODBURN, E.; CAMPBELL, O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. **BMJ**, n. 322, p. 917-20, 2001.

GRUSKIN, S. et al. Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 86, p. 589-593, 2008.

GRUPO TRANSAS DO CORPO. Mortalidade feminina e materna em Goiânia. **Caderno Saúde Integral para as Mulheres**, v.2, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades, Goiânia**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 13 mai. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Sinopse dos Resultados do Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse>>. Acesso em 20n mar. 2013.

KOBLINSKY, M. et al. Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in Maternal Health. **Jornal of Health, Population and Nutrition**, n. 2, p. 124-130, 2012.

LAGO, T. D. G. Conclusões. In: CAVENAGUI, Suzana; **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro: ABEP- Associação Brasileira de Estudos Populacionais, apoio do Fundo de População das Nações Unidas, 2006, p. 257-68. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/arquivos/indicadores.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2012.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LYRA, S. M.K.; GOLDBERG, T.; IYDA, M. Mortalidade de adolescentes em área urbana da região Sudeste do Brasil, 1984-1993. **Revista de Saúde Pública**, a.30, n.6, p. 587-91, 1996.

MINAYO, M.C. de S. A violência na Adolescência: Um Problema de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p.278-292, 1990.

MADDEN, R.B.; SABER, B.A. A situação dos jovens no mundo. In: MADDEN, R.B.r; SANTOS, T. F. (Org). **A juventude brasileira no contexto atual e em cenário futuro**. Brasília, DF: Secretaria Nacional da Juventude: 2009, p. 18 – 39.

MARCONDES, G. dos S.; BELON, A.P. Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos em Regiões Metropolitanas brasileiras. In: **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais** – Caxambu, MG – Brasil – 29 de set. a 03 out. 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1608.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; BARBOSA, M.D.; et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.623-638, 2011.

ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, Naciones Unidas, Nueva York, 2013.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS- SAUDE SEXUAL E REPRODUTIVA Guias para a ATENÇÃO

CONTINUADA da Mulher e do Recém-nascido focalizadas na APS. Publicação Científica CLAP/SMR 1562.3 2010

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS- Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna emorbidade materna grave - Publicação Científica CLAP/SMR- Washington, D.C., EUA, de 26 a 30 de setembro del 2011

ORLANDI, M.H.F.; SCHOR, N. Adolescentes e Jovens: Magnitude da mortalidade em Maringá- PR, **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 163-170, 1. sem. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Empoderamiento de mujeres adolescentes: um proceso clave para el logro de los objetivos del milenio**. OPS, 2010. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 20 mai. 2012.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v.6, n.23, 2009.

REIS, A.T.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Representações sociais sobre saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 473-78, 2009.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, A.A. F. de. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 183-9, 2003.

RAMOS, J.G.L.; COSTA, S.M; STUCZYNSKI J.V; BRIETZKE E. Morte Materna em Hospital Terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: um Estudo de 20 anos. **RBGO**, v.25, n.6, 2003.

REDESAÚDE. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – **Dossiê Mortalidade Materna**. Pesquisa e Redação: TANAKA A. C. A; Coordenação editorial: MELO J; Edição de texto: SANEMATSU M. Fundação Ford, 1998.

SIQUEIRA, A.A. de; TANAKA, A.C.D. Mortalidade na Adolescência com Especial Referência à Mortalidade Materna, Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 274-79, 1986.

SOUZA, M. de L.; BURGARDT, D.; FERREIRA, L.A.P.; et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.2, p.318-23, 2010.

SOUSA, M. H. de; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; SERRUYA, S. J. Morte materna declarada e orelacionamento de sistemas de informações em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 181-9, 2007.

SERRA, A.S.L. In: **I Seminário Nacional de Saúde: Direitos Sexuais e Reprodutivos e Pessoas com Deficiência**. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde-Departamento de Ações Programáticas Estratégicas- Área Técnica: Saúde da Pessoa com Deficiência. Editora MS, 1ª ed., Brasília, DF, 2010. Série D. Reuniões e Conferências.

SIÑA, E.D. Reducción de lamortalidad materna em Chile de 1990 a 2000. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 15, n.5, 2004.

SEGPLAN - Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. **IMB - Instituto Mauro Borges** de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Governo de Goiás. Disponível em: <<http://www.imb.go.gov.br/>>. Acesso em 17 abr. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde Gestão 2010-2013**. Assessoria de Planejamento.

STEWART, D.E. A broader context for maternal mortality. **CMAJ**, n. 3, p.174, 2006.

TEIXEIRA, S.A.M.; TAQUETTE, S.R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n.4, 2010.

TANAKA, A.C.D.; MITSUIKI, L. Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras. **Pesquisa financiada pelo UNICEF**, São Paulo, 1999.

WILMOTH, J. Maternal deaths drop by one-third from 1990 to 2008: a United Nations analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 88, p. 718-718a, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Risk approach for maternal and child health care**. WHO – Offset Publ., Geneva, n. 39, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in Maternal Mortality: 1990-2008**. WHO-Library Cataloguing-in Publication Data. World Health Organization, 2010.

VELOZ-MARTÍNEZ, M.G.; MARTINEZ-RODRIGUEZ, O. A.; AHUMADA-RAMIREZ, E. et al. Eclampsia, hemorragia obstétrica y cardiopatía como causa de mortalidad materna en 15 años de análisis. **Ginecología y Obstetricia de México**, v.78, n. 4, p.215-218, 2010.

VILLELA, W. Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva. In: In: CAVENAGUI, Suzana; **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro: ABEP- Associação Brasileira de Estudos Populacionais, apoio do Fundo de População das Nações Unidas, 2006, Cap. 2: 63-76. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/arquivos/indicadores.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2012.

YUNES, J.; PRIMO, E. Características da Mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das unidades federadas. **Revista de Saúde Pública**, n.17, p. 263-78, 1983.

YAMIN, A.El. Una perspectiva de derechos humanos sobre la reducción de la mortalidad materna. In: **Conferencia IFHHRO – EDHUCASALUD- EXCLUSIÓN Y DERECHO A LA SALUD- La función de los profesionales de la salud**, 1ª ed. Lima-Peru, 2007.

ANEXO 1 -PORTARIA nº 182 de 23 de julho de 2002.

Diário Oficial do Município - Nº 2.976

Sexta-feira - 02/08/2002 - Página 1

de 2002.

GABINETE DO PREFEITO DE GOIÂNIA, aos 30 dias do mês de julho de 2002.

PEDRO WILSON GUIMARÃES
Prefeito de Goiânia

OSMAR DE LIMA MAGALHÃES
Secretário do Governo Municipal

PORTARIAS

SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE
Av. 5ª Padial - Qd. 216-A - Lt. 05
Setor Pedro Ludovico - CEP 74.230-030
Fone: 524-1507/1570
Fax: 524-1500 - Fax: 524-1503

PORTARIA N.º 182/2002

O Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, no uso de suas atribuições, considerando que as altas taxas de mortalidade materna no Município de Goiânia constituem um problema de grande relevância na Saúde Pública, e suscitam a adoção de medidas concretas visando sua redução,

Resolve:

Artigo 1º. Criar o Comitê de Mortalidade Feminina e Materna no Município de Goiânia, que terá como objetivo:

- Mantém atualizado amplo diagnóstico da situação atual da Mortalidade Materna no Município de Goiânia enfocando todos os seus múltiplos aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facilitem ações específicas na sua solução.
- Propor normas, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem as diretrizes básicas estabelecidas a partir dos levantamentos das necessidades detectadas.
- Acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação e integração das diferentes instituições envolvidas na questão.
- Oferecer subsídios para aperfeiçoamento da Política do setor saúde na área de Mortalidade Materna, estabelecendo correlações com os Comitês Estaduais, Regionais e Municipais.

Artigo 2º. São membros do comitê de mortalidade feminina e materna do Município de Goiânia.

- Jacqueline do Aquino Castro Soares - Divisão de Saúde da Mulher,

4. WASHINGTON LIMA CASTRO SOARES - Coordenador Geral de Mortalidade

- Especiais - Secretaria Municipal de Saúde
- Gilson José de Oliveira - Diretoria de Controle e Avaliação - Secretaria Municipal de Saúde
 - Rosicleia de Ulieger - Maternidade Dona Íris
 - Éric Nilso Teixeira e Silva - Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
 - Goianice Ribeiro de Souza - Hospital Materno Infantil
 - José Wesley Benício Soares - Hospital das Clínicas - UFG
 - Fernanda Rassi Alvarenga - Maternidade Nascer Cidadão - Secretaria Municipal de Saúde
 - Elza Alves Rabelo - Assessoria da Mulher
 - Maria das Dores da Silva - Divisão de Atenção da Família/ Divisão de Atenção à Mulher da FUMDEC
 - Aristóteles de Castro Barros - Associação dos Hospitais
 - Delzirene Pinheiro Botelho - Santa Casa de Misericórdia de Goiânia
 - Kemle Semerene Costa - Grupo Transas do Corpo
 - Erik Nelson Teixeira Silva - Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Goiás
 - Inácia Araújo Silva - Distrito Sanitário Sul - Secretaria Municipal de Saúde
 - Vânia Maria Balestra Cassiano - Distrito Sanitário Leste - Secretaria Municipal de Saúde
 - Rose Mary Galan P. Guimarães - Distrito Sanitário Central - Secretaria Municipal de Saúde
 - Silvia Rosa Souza Toledo - Distrito Sanitário Meia Ponte - Secretaria Municipal de Saúde
 - Maria Aparecida Ramos - Distrito Sanitário Noroeste - Secretaria Municipal de Saúde
 - Valéria Cristina Sant'Ana Bicalho - Distrito Oeste - Secretaria Municipal de Saúde
 - Maria Félix de Souza - Distrito Sanitário Norte - Secretaria Municipal de Saúde
 - Valéria Batista Pouzo - Distrito Mendanha - Secretaria Municipal de Saúde
 - Marlene Maria Barbosa - Distrito Sanitário Sudoeste - Secretaria Municipal de Saúde

Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, aos vinte e três dias do mês de julho de 2002.

Otaliba Libânio de Moraes Neto
Secretário

ANEXO 2- DECLARAÇÃO DE ÓBITO



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

Declaração de Óbito

10052005-0

I	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito Hora _____ 3 Cartão SUS _____		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País) _____		
	5 Nome do Falecido _____						
II	6 Nome do Pai _____			7 Nome da Mãe _____			
	8 Data de nascimento _____		9 Idade Anos completos _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado <input type="checkbox"/> 9		10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		11 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 6 <input type="checkbox"/> Ignorado
III	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 6 <input type="checkbox"/> Ignorada		Código CBO 2002 _____
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____ Número _____ Complemento _____ 16 CEP _____						
IV	17 Bairro/Distrito _____ Código _____		18 Município de residência _____ Código _____		19 UF _____		
	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Ignorado						
V	22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)		21 Estabelecimento Código CNES _____		23 CEP _____		
	24 Bairro/Distrito _____ Código _____		25 Município de ocorrência _____ Código _____		26 UF _____		
VI	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE						
	27 Idade (anos) _____		28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002 _____
VII	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos _____ Perdas fetais/ abortos _____		31 Nº de semanas de gestação _____		32 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		
	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		34 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		35 Peso ao nascer _____ Gramas		
VIII	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No parto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos Ignorado <input type="checkbox"/> 9		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. Devido ou como consequência de: _____ a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						
IX	41 Nome do Médico _____		42 CRM _____		43 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		
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) _____		46 Data do atestado _____		47 Assinatura _____		
X	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 49 Acidente do trabalho Ignorado 50 Fonte da informação 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outra 9						
	51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____						
XI	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____ Código _____						
	53 Cartório _____		54 Registro _____		55 Data _____		56 Município _____ 57 UF _____

ANEXO 3 -FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMITÊ PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE FEMININA E MATERNA CONFIDENCIAL

Parte A

Instrumento de Notificação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

1. Nome da falecida:	
Apelido:	Idade:
2 Data de falecimento: / /	3. Número da D.O:
4. Endereço habitual/rua/ n°/complemento	
Bairro de resid.	Município de resid.
5. Telefone:	
6. Local da ocorrência:	
7. Município de ocorrência:	
8. Descreva com detalhes a doença ou fato (acidente ou violência) que levou à morte	

<p>9 A falecida esteve grávida nos <u>12</u> meses anteriores a morte?</p> <p>1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>Ou a morte ocorreu até <u>42</u> dias de Puerpério ?</p> <p>1. Sim 2. Não 99. Não sabe <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">ATENÇÃO!</p> <p>Em caso NEGATIVO, encerrar a investigação. No caso de NÃO SABE, se houver evidências durante a entrevista de que a falecida não ficou grávida, encerrar a investigação. Em caso POSITIVO ou NÃO SABE, prosseguir a investigação.</p>
--	--

Nome do entrevistador:	
Cargo/Função:	Fone/Fax:
Data: / /	Assinatura:

Documento confidencial adaptado do Manual – Comitês de Mortalidade Materna
MS 2ª Ed. Brasília, 2001. (Versão LPR 1)

Parte B (Entrevista Domiciliar)**Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (dados em domicílio)**

Nome da falecida _____	
Apelido: _____	Idader: _____
Número da D.O: _____	

9. Dados Pessoais

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

9.6 Calcule a renda per capita dividindo a renda total pelo número de membros da família. X = Renda Total x = Renda per capita Nº de Membros x =	9.7 A falecida tinha algum convênio privado de saúde? 1. Sim 2. Não 99. Não sabe
--	---

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

10.1 Quantas vezes ela engravidou ?	
10.2 Quantos foram partos vaginais ?	
10.3 Quantos foram cesarianas ?	
10.4 Quantas terminaram em aborto ?	
10.5 Quantos nasceram vivos ?	
10.6 Quantos nasceram mortos ?	
10.7 Quando foi a última gestação anterior a esta ? (anote o tempo e anos completos)	
10.8 Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores ?	10.8.1 Em caso positivo, qual ?
1. Sim 2. Não 77. Não se aplica (outros) 99. Não sabe	

11. Antecedentes Pessoais

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

12. Gestação Atual

12.1. Ela fez pré-natal? Em caso de não ou não sabe, ir para a questão 12.5)	12.1.1 Em caso positivo, anotar endereço.
1. Sim 2. Não 99. Não sabe	
12.1.2 Tem o cartão do pré-natal?	12.1.3 Se não tiver sabe me informar quantas consultas ela fez?

13.2 Onde ela morreu ?

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

13.3 Em caso de hospital:

13.3.1 Nome do estabelecimento de saúde:

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

1. UTI (especificar)
2. Enfermaria
3. Centro obstétrico
4. Pronto atendimento
77. Outros
99. Não sabe

14.1 Local do parto ou aborto

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

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

____ / ____ / ____

13.4 Endereço do local do óbito

14.1.2 Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto ? Em caso de parto, passar para 14.2.1

1. Sim
2. Não
99. Não sabe

14.1.3 O aborto foi:

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

14.1.4 Após o aborto a falecida apresentou algum destes sintomas?

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

14.2.1 Qual foi o tipo de parto?

14.2.2 Quem fez o parto?

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

14.2.3 Ela teve problema durante ou depois do parto?

1. Sim
2. Não
99. Não sabe

14.2.4 Se positivo, qual ?

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

1. Sim
2. Não (ir para o item 14.4.1)
99. Não sabe

14.3.1. Se positivo, a UTI era:

1. No mesmos hospital
2. Em outro (qual ?)
3. Não conseguiu vaga
99. Não sabe

14.3.2. Ela teve alta depois que abortou ou pariu ?

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

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

14.3.4. Ela foi internada novamente ?

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

14.3.5. Se sim, onde ?

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

Parte C (Entrevista Hospitalar)

Instrumento de Investigação Confidencial de Óbito Materno (dados hospitalares)

Nome da falecida:

Número da DO.

Tipo de seguro saúde:

17. História da Internação

17.1. Data da Internação: / /

17.1.1. Procedência

-
1. Domicílio no mesmo município
 2. Domicílio em outro município
 3. Transferida de outro hospital no mesmo município
 4. Transferida de hospital em outro município
 5. Encaminhada de outro hospital no mesmo município
 6. Encaminhada de hospital em outro município
 7. Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município
 8. Encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município
 88. Sem informação

17.1.2. Motivo da internação: (copie ou faça um resumo do motivo da internação)

17.1.3. Hipótese Diagnóstica registrada no prontuário:

17.1.4. Condições de internação

-
1. Boa
 2. Regular
 3. Grave
 4. Agonizante
 5. Sem vida
 88. Sem informação no prontuário

17.2. Evolução

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

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

18. Gestação Atual

18.1. Data da última menstruação (DUM): / /

18.2. Data provável do parto (DPP): / /

19. Término da Gestação

19.1. A gestação terminou em

--	--

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

19.2. Data do término da gestação: / /

19.3. Idade Gestacional (IG)

Em semanas _____ se não houver, colocar em meses _____

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

--	--

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

19.4.2. Intercorrências no aborto

--	--

1. Não apresentou nada
2. Febre
3. Sangramento vaginal
4. Secreção vaginal com mau-cheiro
5. Dor na barriga
6. Dificuldade de urinar ou defecar
7. Falta de apetite/náuseas
8. Tonturas/desmaios
9. Tristeza/depressão
10. Infecção

19.6. Informações adicionais**19.6.1. Outros procedimentos realizados além do parto, da cesárea ou aborto.**

<input type="checkbox"/>

1. Não houve necessidade de realizar outros procedimentos
2. Histerectomia
3. Ligadura
77. Outros (especificar)
88. Sem informação

19.7.1. Anestesia

<input type="checkbox"/>

1. Sim
2. Não
88. Sem Informação

19.7.2. Tipo de anestesia

<input type="checkbox"/>

1. Loco regional
2. Peridural
3. Raquidiana
4. Geral
88. Sem informação

19.7.3. Quem realizou ?

<input type="checkbox"/>

1. Anestesista
2. Outro (especificar)
88. Sem informação

19.7.4. Complicações da anestesia

<input type="checkbox"/>

1. Sim
2. Não
88. Sem informação

19.7.5. Se sim, qual ?

19.8.1. Houve necessidade de sangue/hemoderivados?

<input type="checkbox"/>

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

19.8.2. Ela recebeu sangue/hemoderivado?

<input type="checkbox"/>

1. Sim
2. Não
88. Sem informação

19.8.3. De que natureza

<input type="checkbox"/>

1. Papa de hemácias
2. Plasma fresco congelado
3. Crioprecipitado
4. Concentrado de plaquetas
77. Outros
88. Sem informação

19.8.5. Qual foi a quantidade de bolsas administradas ?

20. Condições ao Nascer

20.1. O recém-nascido nasceu

--	--

1. Vivo
2. Morto

20.2. Se morto, foi

--	--

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

20.3. Peso (em gramas)

G

20.4. Apgar

1º minuto _____ 5º minuto _____

21. Dados do Puerpério

21.1. Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto

--	--

1. Sem intercorrências
2. Sangramento
3. Atonia uterina
4. Placenta acreta
77. Outra(s) (especificar)
88. Sem informação

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

--	--

1. Sem intercorrências
2. Sangramento
3. Infecção puerperal
4. Embolias
77. Outra(s) (especificar)
88. Sem informação

21.3. Intercorrências da alta até 42 dias após término da gestação

--	--

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

21.4. Condições de alta

--	--

1. Bom estado geral
2. Óbito
3. Transferências
77. Outro(s) (especificar)
88. Sem informação

22. Cuidados Intensivos

22.1. Houve necessidade de UTI?

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

22.2. Foi encaminhada à UTI

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

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

Solicitado às _____ horas _____ Transferida às _____ horas

Tempo: _____ horas.

22.4. Em caso negativo, por que?

23. Foi solicitada e realizada necrópsia ?

1. Sim
2. Não
99. Não sabe

Obs: em caso positivo, deve ser preenchido ou anexar a cópia do laudo da necropsia.
(SVO ou IML).

Nome do entrevistador:

Cargo/Função:

Fone:

Fax:

Data:

Ass:



Ficha-resumo de investigação confidencial do óbito materno

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

Fontes de dado consultadas:

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

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

Parte I A) _____
 B) _____
 C) _____
 D) _____
 Parte II _____

O campo 43 e 44 da DO foi preenchido?

1. *Sim*

2. *Não*

Causa básica de óbito corrigida:

CID-10

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

1. *Sim*

2. *Não*

3. *Inconclusivo*

Se negativo, quais os motivos?

Se inconclusivo, por quê?

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

1. *Sim*

2. *Não*

3. *Inconclusivo*

Se negativo, quais os motivos?

Se inconclusivo, por quê?

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

1. *Sim*

2. *Não*

3. *Inconclusivo*

Se negativo, quais os motivos?	
<hr/> <hr/>	
Se inconclusivo, por quê?	
<hr/> <hr/>	
Evitabilidade	1. <i>Evitável</i> 2. <i>Provavelmente evitável</i> 3. <i>Inevitável</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fatores de evitabilidade	1. <i>Comunidade/família/gestante</i> 2. <i>Profissional</i> 3. <i>Institucional</i> 4. <i>Sociais</i> 5. <i>Intersetoriais</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Classificação do óbito	1. <i>Materno (até 42 dias após término da gestação)</i> 2. <i>Materno tardio (de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação)</i> 3. <i>Não obstétrico</i> 4. <i>Ignorado</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Óbito materno	1. <i>Obstétrico direto</i> 2. <i>Obstétrico indireto</i> 3. <i>Inconclusivo se obstétrico direto ou indireto</i> 4. <i>Não relacionado à gravidez</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Óbito materno	1. <i>Declarado</i> 2. <i>Não declarado</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Recomendações do Comitê:	
Correção da D.O:	
Parte I	
<hr/> <hr/>	
Parte II	
<hr/> <hr/>	
Assistência hospitalar	
<hr/> <hr/>	
Assistência pré-natal	
<hr/> <hr/>	
Outras	
<hr/> <hr/>	

ANEXO 4- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 14 de janeiro de 2013

PARECER CONSUBSTANCIADO *Protocolo 226/12*

- I- Título do Projeto:** *Mortalidade Materna em Adolescentes no Município de Goiânia no Período de 2004 a 2010*
-Pesquisadora responsável: Celma Dias Borges
-Orientadora: Marta Rovary de Souza
-Instituição onde será realizado o estudo: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - Nesc, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Pró Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFG
-Data de apresentação ao CEP/UFG: 03/12/2012
-Área Temática: grupo III.

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares, em particular sobre:

II – Estrutura do Protocolo

Todos os documentos necessários constam no protocolo
 Ficha de Protocolo do Projeto de Pesquisa-CEP
 Folia de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos
 Projeto de Pesquisa
 Declaração de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde

III – Projeto de pesquisa

a) Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto.

O projeto justifica-se por tratar-se de um grave problema social, sendo que entre 1994 e 2002, 13% de adolescentes morreram por causas maternas e, segundo a autora, em 92% dos casos essas mortes seriam evitáveis.

A autora tem como objetivo analisar a mortalidade materna em adolescentes em Goiânia, entre 1994 e 2010. Ela pretende descrever a distribuição da mortalidade materna em adolescentes, por distrito sanitário, nessa cidade, e por faixa etária de 10 a 14 anos e de 15 a 19.

b) Análise das questões éticas.

A pesquisa será feita em documentos, não envolvendo familiares de pessoas falecidas. A fonte de pesquisa será o banco de dados de mortalidade do Departamento de Epidemiologia do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde e de dados populacionais do IBGE.

c) Descrição clara do desenho e metodologias do projeto.

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFG, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,
 Campus Samambaia (Campus II) - CEP: 74001-970, Goiânia - Goiás, Func. (55-62) 3521-1215.
 Email: cep.prppg.ufg@gmail.com

403
 JB



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Serão utilizados os programas SPSS e Excel para os cálculos e análise dos dados coletados nos arquivos e os resultados serão apresentados na forma de gráficos, tabelas e mapas. Não haverá necessidade de identificar os sujeitos dos dados a serem coletados no Departamento de Epidemiologia. Informações complementares poderão ser buscadas no Comitê de Investigação de Morte Materna, da Secretaria Municipal de Saúde dessa cidade.

A previsão para o início da pesquisa é janeiro de 2012 e deve estender-se até abril de 2012, com a defesa da dissertação de mestrado.

d) Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos.

Como os sujeitos não serão identificados e os dados a serem coletados são de fonte secundária, não estão previstos riscos. Quanto aos benefícios, a criação de um corpo de conhecimentos sobre o fenômeno da mortalidade materna em adolescentes poderá propiciar o delineamento de políticas públicas adequadas para o atendimento de jovens parturientes.

e) Adequação das condições para realização da pesquisa.

O custo total do projeto é de R\$ 9.260,00. A pesquisadora afirma que será de sua responsabilidade o custeio da pesquisa. Há a previsão de aquisição de equipamento (computador, impressora e etc.) e de participação em eventos, sempre custeadas pela pesquisadora.

Foram apresentados endereços eletrônicos dos currículos lattes da pesquisadora e da orientadora.

IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

a) Avaliação do processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não há apresentação de Termo de Consentimento, uma vez que não serão envolvidos vivos na pesquisa. É apresentada a autorização da *Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa*.

b) Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade

Não há no projeto nenhuma indicação de que haja problemas com privacidade, uma vez que o estudo será feito em um banco de dados.

V – Parecer do CEP: consideramos o Protocolo 226/12 **Aprovado**.

VI – Data da reunião: 14/01/2013


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFV

Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG/UFV, Caixa Postal: 131, Prédio de Reitoria, Piso 1,
Campus Samambaia (Campus II) - CEP: 74001-970, Goiânia - Goiás, Fone: (51-81) 3521-1215
Email: cep@ppg.ufv@gmail.com

2/2
JBS

ANEXO 5 - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura
Municipal
de Goiânia

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
CENTRO MUNICIPAL DE FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Paço Municipal: Av. do Cerrado, nº. 999, Parque Lozandes
74884-900 – Goiânia/Go – Fone: 3524-6317/8268
E-mail: ensino+pesquisa.sms@gmail.com

Goiânia, 23 de janeiro de 2013

Encaminhamento de Pesquisa

DA: DGTES/Centro Municipal de Formação em Saúde Pública/Ensino e Pesquisa

PARA: DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Senhor (a) Diretor (a),

Tendo em vista que o projeto de pesquisa “ Mortalidade Materna em Adolescentes no Município de Goiânia no Período de 2004 a 2010” foi autorizado pelo Gabinete e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana, estamos encaminhando os pesquisadores Celma Dias Borges e Marta Rovery de Souza para procederem coleta de dados junto a este departamento.

Informamos que é necessário agendamento prévio no local.

Certos de contarmos com a vossa colaboração agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


DGTES

p/ Kátia Martins Soares
Diretora

**ANEXO 6 - CONTEÚDOS DE CAPÍTULOS DA PORTARIA nº 1.020 do MS de
29 de maio de 2013**

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Para os fins desta Portaria, serão consideradas as seguintes definições:

I - gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional;

II - gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis;

VI - encaminhamento responsável na gestação de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado;

VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem estar e inclusão.

[...]

Art. 3º A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deverá observar os seguintes princípios e diretrizes:

[...]

III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), [...]

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras:

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.

[...]

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) até a 12ª semana; [...] (BRASIL, 2013a).

APÊNDICE A

Quadro Descritivo dos Dados de Óbitos de Adolescentes

Variáveis	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Idade (anos)	16 (1) 18 (1)	17 (1)	17 (1) 18 (1)	17 (1)	19 (1)		18 (1)	18 (1) 19 (1)	18 (1)	
Cor/Raça	Parda (1) Preta (1)	Parda (1)	Parda (2)	Branca (1)	Branca (1)		Parda (1)	Parda (2)	Branca (1)	
Escolaridade (anos de estudo)	4 a 7 (2)	4 a 7 (1)	Ignorada (2)	Ignorada (1)	4 a 7 (1)		4 a 7 (1)	8 a 11 (1) Ignorada (1)	8 a 11 (1)	
Momento do óbito	Puerpério (1) Gestação (1)	Puerpério (1)	Puerpério (2)	Puerpério (1)	Puerpério (1)		Gestação (1)	Gestação (1) Pós aborto (1)	Puerpério (1)	
Assistência no momento do óbito	Sim (2)	Sim (1)	Sim (2)	Sim (1)	Sim (1)		Não (1)	Sim (2)	Sim (1)	
Assistência Pré-natal	Sim (2)	Ignorado (1)	Ignorado (2)	Ignorado (1)	Sim (1)		Ignorado (1)	Sim (1) Não (1)	Sim (1)	
Tipo de parto	S/expulsão (1) Operatório (1)	Vaginal (1)	Ignorado (2)	Ignorado (1)	Vaginal (1)		S/expulsão (1)	Aborto (1) S/expulsão (1)	Operatório (1)	
Local do óbito	Unid A (1) Unid B(1)	Unid C (1)	Unid C (2)	Unid E (1)	Unid E (1)		Domicílio (1)	Unid A (1) Domicílio (1)	Unid C (1)	
Causa Básica da morte	O99.4 (1) O15 (1)	O99.4 (1)	O14 (1) O23 (1)	O95.5	O95.5		O15	O15 O02.1	O62	
Óbito declarado ou investigado	Declarado (2)	Investigado (1)	Declarado (2)	Declarado (1)	Declarado (1)		Investigado (1)	Investigado (1) Declarado (1)	Declarado (1)	
Ocupação	Do lar (1) Ignorado (1)	Do lar (1)	Do lar (1) Ignorado (1)	Ignorado (1)	costureira (1)		Do lar (1)	Do lar (1) Ignorado (1)	Estudante (1)	
Estado Civil	União consensual (1) Solteira (1)	Solteira (1)	Casada (1) Solteira (1)	Ignorado (1)	Casada (1)		Ignorado (1)	Ignorado (2)	Ignorado (1)	
Distrito Sanitário de residência	Leste Sul	Noroeste	Noroeste Leste	Norte	Leste		Leste	Oeste (2)	Norte	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Depto. de Epidemiologia/SMS