

**PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO EM 2010**
**CHARACTERISTICS OF MATERNAL MORTALITY IN RIO DE JANEIRO
CITY IN 2010**
**PERFIL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA CIUDAD DE RÍO DE
JANEIRO EN 2010**

Thaís de Almeida Brasil¹, Adriana Cristina Rodrigues
D'Angeles²

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil das mulheres que faleceram no ano de 2010 classificadas como óbito materno no município do Rio de Janeiro (MRJ). **Método:** Tratou-se de um estudo do tipo descritivo, cuja fonte de dados foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Módulo de Investigação do SIM e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Resultados:** O MRJ no ano de 2010 obteve 61 óbitos maternos. Verificou-se que majoritariamente as falecidas tinham entre 14 a 29 anos, solteiras, cor definida como parda e com no máximo de 4 a 7 anos de estudo. Quanto ao

histórico gestacional, 54% das mulheres tiveram nenhuma ou apenas uma gestação anterior, com 72% sem quaisquer abortos anteriores. Apenas 28% destas mulheres fizeram minimamente as 6 consultas pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde. Problemas relacionados à hipertensão arterial foram definidos como principal causa básica do óbito materno no município em 2010. **Conclusão:** Ainda que avaliando um determinado ano, conclui-se que o MRJ precisa intensificar os esforços políticos, econômicos e sociais para tentar diminuir o impacto dos óbitos maternos dentro do seu município.

Palavras-Chave: Mortalidade Materna, Perfil Epidemiológico, Saúde da Mulher.

¹ Graduanda de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Acadêmica Bolsista da SMSDC-RJ, modalidade Saúde Coletiva, no período de abril a dezembro de 2012. E-mail: thaisbrasil@gmail.com

² Enfermeira sanitária da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC-RJ). Mestre em Ciências na área de Saúde Pública, subárea de Epidemiologia Geral pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). E-mail: adriana.dangeles@smsdc.rio.rj.gov.br

ABSTRACT

Objective: The goal of study was to describe the profile of the women who died in 2010 classified as maternal death in Rio de Janeiro city. **Method:** It was a descriptive study in which the database was the System Information Mortality (SIM), Module of Investigation of SIM and System Information Live-Births (SINASC). **Results:** According the results, the city of Rio de Janeiro in 2010 had 61 maternal deaths. It was seen that the majority of these women were between 14-29 years old, singles, color defined as brown and with maximum of 4-7 years of study. In relation to the gestational historical, 54% of women had any or just one previous pregnancy, with 72% no any previous abortions. Just 28% of these women made at least the 6 prenatal appointments recommended by the Ministry of Health. Problems related to arterial hypertension were defined as the main basic causes of maternal death in the city of Rio de Janeiro in 2010. **Conclusion:** Even evaluating a single year, it was concluded that the city of Rio de Janeiro needs to intensify the political, economic and social efforts to try to reduce the impact of maternal death on city.

Key Words: Maternal Mortality,

Epidemiological Profile, Health of Woman.

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir las características de las mujeres que murieron en 2010 clasificadas como muertes maternas en la ciudad de Río de Janeiro (MRJ). **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, cuya fuente de datos fue el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), el módulo SIM de Investigación y de Información (SINASC). **Resultados:** Los resultados, el MRJ en 2010 dieron 61 muertes maternas. Se encontró que el fallecido tenía en su mayoría entre 14 y 29 años de edad, soltera, que se define como el color pardo y con un máximo de 4-7 años de estudio. En cuanto a la historia de gestación, el 54% de las mujeres no tenían ni un solo embarazo anterior, con un 72% sin ningún tipo de abortos involuntarios anteriores. Sólo el 28% de estas mujeres tenían mínimamente las 6 visitas prenatales recomendadas por el Ministerio de problemas de salud relacionados con la hipertensión se define como la principal causa subyacente de muerte materna en la ciudad en 2010. **Conclusión:** Mientras que la evaluación de un determinado año, se concluye que la necesidad de

intensificar los esfuerzos MRJ
beneficios políticos, económicos y
sociales para tratar de disminuir el
impacto de las muertes maternas en el
municipio.

Descriptor: Mortalidad materna,
Perfil Epidemiológico, Salud de la
Mujer.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial, sendo considerado um importante indicador de saúde da população de mulheres em idade fértil (MIF), ou seja, aquelas com faixa etária entre 10 a 49 anos.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores

acidentais ou
incidentais¹.

O objeto desse estudo foi as características da mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro (MRJ). A justificativa para a realização desse estudo foi a necessidade de conhecer melhor sobre as características socioeconômicas, culturais, histórico gestacional e as principais causas básicas dos óbitos maternos ocorridos no MRJ, ainda que analisando apenas um determinado ano. De acordo com uma nota da ONUBR, “a morte materna é uma das dez principais causas de óbito em mulheres com idades entre 10 e 49 anos no Brasil, [...] sendo que 90% desses casos poderiam ser evitados com o atendimento adequado.”²

As discussões internacionais sobre assistência da saúde da mulher e materna se iniciaram em 1985, com a “Conferência Mundial para a Revisão e Avaliação das Realizações da Década das Nações Unidas para a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz”, realizada em Nairóbi (Quênia). A partir dessa mobilização, a mortalidade materna passou a ser vista como um grave problema da saúde da mulher e também de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. A situação da morte materna pode ser avaliada a

partir do coeficiente de mortalidade materna (CMM), em que se traduz como “número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado”³. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o ideal para um país é até 20 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos-vivos.⁴

O CMM do Brasil, de 1990 a 2010, passou de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, mostrando uma melhora, mas ainda distante do padrão aceitável².

Para resolução da problemática, várias estratégias foram lançadas, como em nível internacional, quando em 2000, através da Declaração do Milênio, pactuada por 191 países, incluindo o Brasil, foram estabelecidas oito grandes objetivos a serem cumpridos, em sua maioria até 2015, sendo um deles melhorar a saúde materna⁵. Na esfera nacional, uma das importantes medidas tomadas pelo Ministério da Saúde, foi em 2004, quando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado, estabelecendo a vigilância do óbito materno através da organização das investigações dos óbitos de MIF e óbitos maternos⁶. Tais investigações objetivam descobrir possíveis novos casos de óbitos

maternos “mascarados” em declarações de óbitos (D.O.) de MIF e verificar as causas básicas dos óbitos maternos já declarados.

Responsabilizadas aos estados e, principalmente, aos municípios, a investigação do óbito materno foi uma das importantes estratégias lançadas pelo Ministério. Nesta perspectiva, os municípios, como o Rio de Janeiro, adentraram a realidade da sua população de MIF, e hoje, realizam um trabalho na busca do entendimento dos valores da CMM em sua localidade.

Quanto ao MRJ, em 2002, pela Resolução da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) nº 881, o Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna foi implementado, sofrendo uma atualização em 2008, com a Resolução SMS-RJ nº1384, quanto à sua composição^{sete}. Seu objetivo principal é investigar os casos de óbitos maternos de sua localidade e qualificar as informações no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)..

A partir da Resolução SMS-RJ nº1256 de 2007, foi definido o sistema de Vigilância de Mortalidade Materna, com a descentralização das investigações dos óbitos de MIF para as dez áreas de planejamento (A.P.), que antes eram destinadas para o nível

central (Figura 1)⁸. A adoção dessa medida teve como objetivo agilizar as investigações dos óbitos de MIF ocorridos na cidade, qualificando a base de dados do SIM em um prazo menor de tempo, conforme exigido pelo Ministério da Saúde. Então, estipulou-se que cada A.P. deveria possuir um Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna para investigar os óbitos maternos de sua ocorrência ⁷.

Com o trabalho das A.P. nas investigações e a posterior atualização do SIM, o MRJ consegue apresentar relatórios anuais mais próximos a real situação da mortalidade materna no município. São apresentadas características como faixa etária, A.P. de residência e causa básica do óbito materno. Tais informações tornam-se essenciais para planejamento estratégico na área da saúde pública.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi descrever o perfil da mortalidade materna no MRJ em 2010. Como objetivos específicos delimitaram-se: identificar as características socioeconômicas e culturais dos óbitos maternos ocorridos no MRJ em 2010; verificar as causas básicas dos óbitos maternos pós-investigação pelo Comitê de Prevenção e Controle de Mortalidade

Materna; e calcular o coeficiente de mortalidade materna no MRJ em 2010.

METODOLOGIA

Este estudo foi do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Para sua confecção foram consultadas o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Módulo de Investigação do SIM e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

O tempo de coleta, tratamento e análise de dados, juntamente com a finalização do artigo foi de agosto de 2012 a outubro de 2012.

A população deste estudo foram 61 óbitos maternos residentes e ocorridos no MRJ em 2010 que constavam no SIM. A amostra retirada representou 100% da população, ou seja, todos os 61 óbitos maternos.

Aos critérios para seleção dos dados, foram considerados os óbitos maternos residentes e ocorridos no MRJ, confirmados, após investigação do Comitê de Prevenção e Controle de Mortalidade Materna em 2010. Ao único critério de exclusão deste estudo foram os óbitos maternos residentes no MRJ e ocorridos fora do MRJ em 2010.

Quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, através de uma carta de autorização da gerente da Gerência

Técnica de Dados Vitais (GTDV) da SMSDC-RJ, houve o acesso e obtenção dos dados relevantes ao estudo. Foi requisitado um parecer do Comitê de Ética da SMSDC-RJ, já que se tratou de um estudo que envolveu seres humanos já falecidos. Com isso, foi solicitado a isenção do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o alcance dos objetivos do estudo, as variáveis que foram escolhidas para essa pesquisa foram: as *socioeconômicas e culturais* que apontam as características relativas à mulher falecida, tais como a faixa etária, raça/cor, situação conjugal, nível de escolaridade, ocupação e A.P. de residência. Variáveis relativas ao *histórico gestacional* como número de gestações anteriores, número de partos anteriores, número de abortos anteriores e número de consultas pré-natal realizadas na gestação recente. E por último, variáveis relacionadas aos *aspectos específicos do óbito materno*, tais como causa básica final* e tipo de óbito (obstétrico direto ou indireto)**.

* São as causas básicas dos óbitos maternos concluídos após investigação do Comitê de Prevenção e Controle de Mortalidade Materna.

* Óbito obstétrico direto é a resultante de complicações obstétricas no estado grávido puerperal (gestação, parto e puerpério), por intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma série de eventos resultantes de qualquer dos anteriores. Já óbito obstétrico indireto é a resultante de uma doença pré-existente que se desenvolve ou se agrava durante a gravidez, e não se deve a causa obstétrica direta, mas

Para a coleta dos dados, um roteiro foi construído. Este foi dividido em três partes. A primeira parte do roteiro constava de seis itens relacionados aos dados socioeconômicos e culturais das mulheres falecidas quem compreenderam: faixa etária, situação conjugal, nível de escolaridade, ocupação e A.P. de residência. A segunda parte, com quatro itens relacionados ao histórico gestacional: número de gestações anteriores, o número de partos anteriores, o número de abortos anteriores e número de consultas pré-natal realizadas na gestação recente. A terceira parte, com dois itens, relacionada a aspectos específicos dos óbitos maternos tais como: causa básica final e tipo de óbito (obstétrico direto ou indireto) pós-investigação do Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna.

Como estratégia para a coleta, realizou-se a consulta ao SIM guiado pelo roteiro, anotando o número de óbitos maternos que corresponderam a cada item/subitem. Entretanto, especialmente nos itens “Ocupação” e “Causa básica final do óbito na D.O.”, foram anotadas as respostas mais frequentes observadas nas D.O. das

que foi agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.⁹

falecidas. Ressalta-se que todos os óbitos maternos deste estudo foram investigados pelo Comitê, com exceção de um caso, o qual apenas foi aproveitado suas informações para a variável “Dados socioeconômicos e culturais”. Salienta-se também que algumas fichas de investigação de óbito materno no SIM, não continham informação sobre determinados aspectos a serem analisados, assim, foi apresentado nesse estudo como “informação ignorada”. Por fim, para realização do cálculo do CMM, foi consultado tanto o SIM quanto o SINASC, para levantar os números absolutos dos óbitos maternos e de nascidos-vivos de 2010 no MRJ.

Os resultados foram digitados, organizados e calculados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2010, sendo apresentados neste estudo através de texto, tabelas e gráficos com as frequências simples absoluta (F_i) e relativa ($F_i\%$). Para análise, discussão e a conclusão do trabalho, foram utilizados o apoio da estatística descritiva e o referencial teórico do estudo.

RESULTADOS

Dados socioeconômicos e culturais

Em 2010, ocorreram no MRJ 61 óbitos maternos, cujas falecidas eram

residentes do próprio município. Em relação à faixa etária: 8 mulheres (13%) encontravam-se entre 14 a 17 anos; 8 mulheres (13%) entre 18 a 21 anos; 8 mulheres (13%) entre 22 a 25 anos; 11 mulheres (19%) entre 26 a 29 anos; 11 mulheres (19%) entre 30 a 33 anos; 7 mulheres (12%) entre 34 a 37 anos; 5 mulheres (8%) entre 38 a 41 anos; e duas mulheres (3%) entre 42 a 45 anos.

Quanto à cor/raça, nas D.O. originais, 41% destas mulheres foram definidas como pardas, 29% como pretas, 28% como brancas e 2% como amarelas. A situação conjugal foi calculada: 72% eram solteiras (43) e 28% casadas (17).

Quanto à escolaridade, as D.O. apresentam atualmente a variável “anos de estudo” e não “grau de escolaridade”. Assim, considerou nesse estudo que mulheres que atingiram até 7 anos de estudo tinham “baixa escolaridade”. Então: 2 mulheres tinham entre 1 a 3 anos de estudo; 29 tinham entre 4 a 7 anos; 15 entre 8 a 11 anos; 9 mulheres mais de 12 anos; e seis não haviam informação na D.O. original.

Em relação a ocupação da falecida, 54% realizavam “outros trabalhos braçais” e 36% como informação ignorada na D.O. (Gráfico 1).

De acordo com a área de planejamento (A.P.) a qual as falecidas residiam, observou-se que 23% eram residentes da A.P. 3.3; 16% na A.P. 4.0; 13% na A.P. 5.3; 12% nas A.P. 3.1 e 5.2; 8% na A.P. 3.2; 7% na A.P. 2.1; 5% na A.P. 5.1; 3% na A.P. 2.2; e 2% na A.P. 1.0. O Gráfico 2 mostra a seguir esses resultados em valores absolutos.

Histórico Gestacional

Quanto ao histórico gestacional, 28% das mulheres não tiveram gestações anteriores, tendo apenas uma única gestação a qual levaram ao óbito posteriormente. Porém, 26% das mulheres falecidas tiveram 1 gestação anterior; 13% com 2; 11% com 3; 5% com 4; 7% com 5; apenas 2% com 8 gestações anteriores; e 8% apresentaram “informação ignorada”.

Em relação a realização de partos anteriores: 73% realizaram entre 0 a 2 partos anteriores; 17% de 3 a 5 partos anteriores; e 2% com 8 partos anteriores; 8% apresentaram “informação ignorada”.

Ao número de abortos anteriores, 72% (44) das mulheres não ocorreram quaisquer tipo de abortos anteriores. Já 18% (11) contabilizaram entre 1 a 2 abortos anteriores. Apenas 2% (1) tiveram 3 abortos anteriores, e 8% (5) apresentaram “informação

ignorada”. Quanto à consulta pré-natal, sabe-se que em uma gestação devem ser realizadas, minimamente, seis consultas sendo distribuídas pelos três trimestres da gestação, de acordo com o Ministério da Saúde¹⁰. Em 2010, dos 61 óbitos maternos, 32 falecidas (52%) realizaram entre 0 a 5 consultas pré-natal em sua última gestação. Apenas 2 mulheres (3%) fizeram minimamente as 6 consultas pré-natal em sua última gestação. Entre 7 a 10 consultas pré-natal, foram totalizadas apenas 14 mulheres (23%). Apenas uma mulher (2%) realizou mais do que 10 consultas. Por fim, apresentaram “informação ignorada” 12 mulheres (20%).

Aspectos específicos do óbito materno

O coeficiente de mortalidade materna (CMM) para o MRJ em 2010 foi de 61 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos. Tal coeficiente é alto em relação ao padrão estabelecido pelas OMS e o já alcançado em nações desenvolvidas: 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos-vivos.

A causa básica final dos óbitos maternos nas D.O. do MRJ são classificadas de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério, ou seja, do

O00 a O99 (exceto os O96 e O97). Apenas salvos os casos relacionados à doença pelo HIV, que são classificados do B21 ao B24 ¹¹.

Aos aspectos específicos do óbito materno, ressalta-se que 13% dos óbitos tiveram como causa básica final registrada na D.O. relacionada a problemas de Hipertensão (O14- Hipertensão Gestacional com proteinúria significativa e O15- Eclâmpsia); 12% como Outras Doenças Maternas (O99); 10% relacionadas ao doenças infecto-parasitárias maternas (O98); 8% anormalidades da contração uterina; e 7% hemorragia pós-parto (O72) (Tabela 1).

Os óbitos maternos foram classificados como 74% diretos (45 falecidas) e 26% indiretos (16 falecidas).

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Correspondem aos óbitos codificados na

CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D 39.2, E 23.0, F53 e M83.0. Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Correspondem aos óbitos codificados no CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24. 3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (após criteriosa investigação)⁶.

DISCUSSÃO

O Município do Rio de Janeiro, nos últimos relatórios apresentados ao público, relativos aos anos de 2000 a 2006, obteve um CMM de 56,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em média ⁷. Considerando somente o ano de 2010, o município atingiu o coeficiente de 61 óbitos por 100.000 nascidos-vivos. Tais valores são altos, segundo padrão estabelecido e ideal pela OMS: até 20 óbitos maternos por

100.000 nascido-vivos.

Entretanto, atenta-se ao fato de que a interpretação de tal indicador deve ser cautelosa. Ao mesmo tempo em que pode indicar uma baixa qualidade na assistência à saúde da mulher e materna, associado à subcondições de vida das mesmas, por outro lado, pode ser explicado pela melhoria na qualidade da informação e/ou registro civil dos óbitos de MIF. Ambas as perspectivas demonstram que intensificar esforços nos investimentos da assistência obstétrica é a saída para diminuir o impacto desse número.

Em 2010, a partir da análise socioeconômica e cultural, visualizou-se que majoritariamente as falecidas eram jovens entre 14 a 29 anos, solteiras e pardas. Apenas 9 mulheres conseguiram atingir minimamente 12 anos de estudos completos, sendo a maioria tendo alcançado entre 4 a 7 anos de estudo. Com isso, essas mulheres eram jovens de baixa escolaridade.

Quanto à ocupação, “outros trabalhos braçais” foi o mais frequente. Com esta informação, pode-se dizer que a maioria destas mulheres tinham uma baixa condição financeira de acordo com a ocupação.

Tais mulheres classificadas

como óbito materno em 2010, residiam principalmente nas A.P. de residência 3.3, seguido da 4.0 e 5.3. Segundo SMSDC-RJ, no período de 2000-2006, em média, as principais A.P. de residência eram 5.3 e 3.3.⁷ Nota-se que as A.P. 3.3 e 5.3 são definitivamente as que residem mais mulheres que evoluíram ao óbito materno. Com isso, é necessária uma reavaliação da assistência à saúde da mulher /materna, principalmente, nessas A.P. buscando minimizar a ocorrência desses óbitos.

Quanto ao histórico gestacional: 54% tiveram nenhuma ou apenas uma gestação anterior e sem quaisquer abortos anteriores (72%). Ao item consultas pré-natal apenas 17 mulheres (28%) fizeram minimamente as 6 consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A ressalva a ser feita é que a maioria dos problemas de saúde da mulher e/ou bebê, que futuramente são as causas dos óbitos das mesmas, são detectados nas consultas pré-natal. Assim, talvez estes óbitos maternos pudessem ter sido evitados, se houvesse uma maior frequência desse momento nas vidas destas mulheres.

Aos aspectos específicos do óbito materno, a hipertensão arterial ainda é a principal causa básica final dos óbitos maternos no MRJ. Em 2010, a maioria dos óbitos tiveram como

causa básica final registrada na D.O. problemas relacionados a hipertensão (O14-Hipertensão Gestacional com proteinúria significativa e O15-Eclâmpsia). Comparando ao período de 2000-2006, de acordo com a SMSDC-RJ, os resultados foram iguais: a principal causa básica final foi de doenças relacionadas à hipertensão arterial.⁷

Outro aspecto importante é que 76% dos óbitos maternos foram do tipo obstétrico direto. Isso demonstra que a maioria das complicações que levam ao óbito materno é oriunda da gestação, parto ou puerpério, ressaltando a importância da realização das consultas pré-natal, e também, da assistência obstétrica de qualidade a mãe e bebê, para que assim minimize tal situação.

CONCLUSÃO

Desde 1985, quando as discussões internacionais sobre o tema “mortalidade materna” se iniciaram, nações lançaram estratégias, propostas e promessas desafiadoras, com um único objetivo: diminuir os óbitos maternos ao um nível aceitável. O Brasil se inclui dentro dos países que se mobilizaram para reduzir o impacto desse problema de saúde pública mundial. Apesar dos esforços, o país ainda possui alta frequência de números de óbitos

maternos.

Sabe-se que hoje, políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher/materna cada vez mais são discutidas e implementadas pelo governo federal, estadual e municipal, e algumas grandes mudanças já podem ser vistas. Ao exemplo, temos o “Programa Cegonha Carioca” no MRJ, em que possibilita assistência à saúde para mulher e bebê do início da gestação até o momento do parto.

Contudo, ainda é necessário que o acesso e qualidade à assistência obstétrica seja uma questão a ser discutida continuamente nas agendas políticas governamentais. A situação de saúde e condições de vida da população mulheres em idade fértil também merecem destaque.

Em suma, a melhor medida a ser feita tanto pelo país quanto pelo MRJ, o qual foi referência para este estudo, é intensificar os esforços políticos, econômicos e sociais para tentar diminuir o número de óbitos maternos e o seu impacto no desenvolvimento da população.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade

- materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007, 12.
2. Nações Unidas no Brasil (ONUBR). Causas da mortalidade materna e alto índice de óbitos são temas de Fórum do UNFPA em Salvador. In: Notícias. Publicada em 8 ago 2012. p. [?]. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/causas-da-mortalidade-materna-e-alto-indice-de-obitos-sao-temas-de-forum-da-unfpa-em-salvador/>>. Acesso em: 29 ago. 2012.
 3. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 120 p.
 4. World Health Organization (WHO). UNICEF. Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM 96.11. UNICEF/PZN/96.1. Geneva: WHO/UNICEF, 1996.
 5. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração do Milênio. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Traduzido para português. Lisboa, ago. 2001.
 6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Evolução da Mortalidade no Brasil. v.3, 2004. In: Saúde Brasil 2004 – Uma Análise da Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, 87-113.
 7. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=1368697>>. Acesso em: 10 jun. 2012.
 8. RIO DE JANEIRO (Município). Resolução SMS nº 1256 de 12 de fevereiro de 2007. Institui o Sistema Municipal de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna do Município do Rio de Janeiro. Diário Oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 12 fev. 2007.
 9. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Mortes maternas e mortes por causas maternas. Epidemiol Serv Saúde. Brasília. 2008 out-dez; 17 (4): 283-292.
 10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e

Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

- 11.** Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionadas a Saúde (CID-10). 10ª ed. São Paulo: Edusp, 2008.

12. PREFEITURA da Cidade do Rio de

Janeiro. Instituto Pereira Passos (IPP). Diretoria de Informações da Cidade (DIC). Gerência de Cartografia. Divisão Administrativa da Cidade do Rio de Janeiro. Mapa índice das Áreas de Planejamento – APs. Mapa nº 2905. 2010. Disponível em: < http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2905_aps_%C3%ADndice.JPG >. Acesso em: 26 jun. 2012.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-12-22
Last received: 2014-12-27
Accepted: 2014-12-27
Publishing: 201501-30