

Nesta edição Nº 15

Saúde em dados contextualização



A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil *Maternal Mortality in The State of São Paulo, Brasil*

José Dínio Vaz Mendes^I; Vera Lucia Rodrigues Lopes Osiano^{II}

^IMédico, Especialista em Saúde Pública. Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – Gais, da Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; ^{II}Estatística, Assistente Técnico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (Gais), Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD afirma que “a mortalidade materna continua inaceitavelmente elevada em muitos dos países em desenvolvimento”.¹ Informações disponibilizadas pela Organização Mundial da Saúde indicam que, enquanto países desenvolvidos, como a França, Finlândia, Noruega, Japão, Suécia e outros, possuíam Razão de Mortalidade Materna – RMM inferior a 10 (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos) em 2010, diversos países em desenvolvimento, na África ou na Ásia, como a Nigéria, Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e outros apresentaram a RMM igual ou maior que 200 para o mesmo ano.²

A grande diferença verificada entre estes países indica que a morte de mulheres em idade fértil por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério é em grande parte evitável, na dependência das políticas sociais e de saúde. De fato, além de ser importante indicador de saúde, a RMM também é um importante indicador de iniquidades sociais entre as regiões, como é salientado por Laurenti et al.³

No Brasil, embora se registre a redução do indicador desde 1990, a RMM foi de 68,2 em

2010,⁴ um valor ainda bastante alto. Ressalte-se que a redução da mortalidade materna está incluída nas Metas do Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas – ONU, sendo que a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), “Melhorar a Saúde Materna”, para o Brasil, é de apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV) até 2015.⁵

No presente estudo, apresenta-se a evolução histórica da RMM no Estado de São Paulo desde 1960 e compara-se o indicador em anos selecionados (2000 e 2011) em suas diversas regiões, de forma a destacar as diferenças regionais e a evolução recente do indicador. Pretende-se que as informações auxiliem no conhecimento da situação e na elaboração regional de políticas de investimento e aperfeiçoamento da atenção em saúde, que auxiliem na redução da mortalidade materna e na melhoria da saúde da mulher e do recém-nascido.

MÉTODOS

O conceito de morte materna e a fórmula utilizada para cálculo da Razão de Mortalidade Materna – RMM (Taxa ou Coeficiente de Mortalidade Materna) neste trabalho são os mesmos

definidos em publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs/Organização Panamericana de Saúde – OPAS.⁶

A RRM é o número de óbitos maternos/100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Morte materna é definida (Classificação Internacional de Doenças – CID-10) como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

As mortes maternas são classificadas como as afecções inscritas no capítulo XV da CID-10 – gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério, de 42 dias – códigos O96 e O97) e por algumas afecções classificadas em outros capítulos da CID, conforme definições da publicação OPAS/RIPSA acima citada.

Para o agrupamento de causas de morte materna, foram considerados os seguintes códigos: Hipertensão – CID-10, capítulo XV, códigos O11, O13, O14, O15 e O16; Hemorragias – CID-10, capítulo XV, códigos O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1 e O72; Infecção puerperal – CID-10, capítulo XV, códigos O85 e O86; Aborto – CID-10, capítulo XV, códigos O.03 a O.07; Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (causa indireta) – O10.

Para construir a série histórica paulista da RMM foram utilizadas informações da Fundação Seade para o período de 1960 a 1980,

conforme apresentadas em trabalho de Laurenti.⁷ O período de 1980 a 1996 utilizou as informações da Fundação Seade (Informações dos Municípios Paulistas – IMP⁸), baseado nas Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos obtidas junto aos cartórios de registro civil. No período de 1996 a 2011 foram utilizadas informações de óbitos maternos do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, e nascidos vivos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, ambos do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo site do Departamento de Informática do SUS – DataSUS/MS (<http://www.datasus.gov.br>).

A RMM do Brasil (no período de 1990 a 2010) é aquela apresentada nos Indicadores e Dados Básicos – Brasil – IDB – 2011.⁴

As seguintes divisões regionais do Estado de São Paulo foram escolhidas para este estudo: as 63 regiões de saúde, definidas para os Colegiados de Gestão Regional – CGR; as 17 regiões dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS da Secretaria de Estado da Saúde e as 17 regiões das Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS no Estado de São Paulo, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP, conforme definido no Termo de Referência (disponível na Internet em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/direita/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras>).

Evolução da Razão de Mortalidade Materna no Estado de São Paulo

Como pode ser observado no Gráfico 1, a RMM atinge valores superiores a 140 no início

da década de 60 e, apesar de apresentar alguns anos com elevações irregulares, apresentou tendência de queda significativa até valores próximos a 50 na década de 80. Desde então, o comportamento da curva tornou-se mais estável. Observa-se uma queda muito mais lenta da RMM a partir dos anos 90, com alguns períodos de elevação.

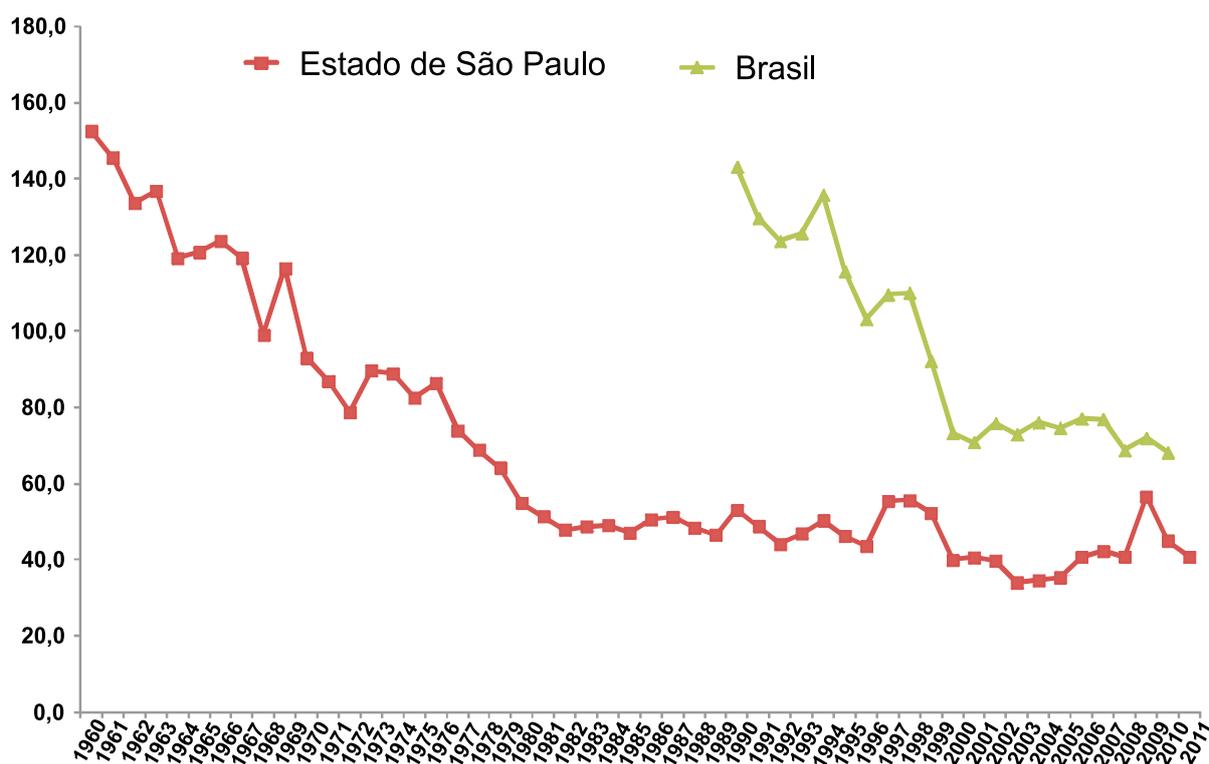
Na análise da tendência temporal, devem-se levar em conta as dificuldades na identificação das mortes maternas e a melhoria da notificação deste tipo de evento. De fato, a partir de 1996, iniciou-se o processo de investigação de óbitos maternos, com correções efetuadas pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, que ocasionaram aumento na detecção das mortes maternas, perceptível na curva temporal.

Além disso, conforme descrito no Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, 2012-2015,⁹ até o final dos anos 90, as informações sobre os óbitos provinham apenas das declarações de óbitos dos Cartórios de Registro Civil, processadas pela Fundação Seade. A implantação do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM e do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC pelo Ministério da Saúde, acrescentou outra fonte de informação, pois esses sistemas passaram a ser alimentados diretamente pelos municípios paulistas. A partir de 2006, unificaram-se as informações do registro civil e as municipais pela Secretaria de Estado da Saúde, com ampliação da base de captação dessas informações. Outra iniciativa que colaborou no mesmo sentido foi a ampliação dos comitês de investigação de óbitos maternos

e infantis para todas as demais regiões do Estado. Dessa forma elevou-se a possibilidade de identificação das mortes maternas.

Mesmo assim, observa-se a redução discreta na RMM entre 2000 e 2008, comparados aos valores da década anterior. Porém, registra-se um aumento importante em 2009, o qual é atribuído, na análise situacional do Plano Estadual citado, à gravidade da epidemia de Influenza A H1N1 para as mulheres grávidas, não só pelos óbitos diretos de grávidas pela Influenza, mas também pela elevação da letalidade de outras emergências obstétricas que requerem cuidado intensivo, cuja oferta à época esteve dramaticamente comprometida pelos casos da epidemia. De qualquer forma, pode-se verificar que a RMM voltou a cair no Estado de São Paulo em 2010, atingindo, no ano de 2011, o valor de 40,8, voltando assim à tendência verificada anteriormente.

Quando se compara a curva da RMM paulista com a nacional, pode-se verificar que o Brasil (nos anos para os quais a informação é disponibilizada e corrigida pela RIPS/MS, de 1990 a 2010) sempre apresentou valores bem mais altos que o Estado de São Paulo. A curva se inicia com altos valores no início da década de 90 (RMM por volta de 140), com queda significativa até o ano 2000 (RMM por volta de 75), e posterior estabilização. A partir de 2008, tem continuidade a queda do indicador de forma bem mais suave, com aumento em 2009, atribuído à pandemia de gripe pelo vírus da influenza H1N1, conforme salientado no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde.¹⁰ A RMM nacional foi de 68,2 em 2010.



Obs.: A partir de 1996, as informações de São Paulo passaram a ser corrigidas pelos Comitês de Mortalidade

Fontes: Estado de São Paulo – 1960 a 1979 – Fundação Seade apud Laurenti⁷. 1980 a 1995 – Fundação SEADE (Informações dos Municípios Paulistas – IM). 1996 a 2011 – SIM/SINASC/ DataSUS/MS. Brasil – 1990 a 2010 – IDB 2011/DataSUS/MS

Gráfico 1. Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos). Estado de São Paulo, 1960 a 2011 e Brasil, 1990 a 2010

Características das mortes maternas no Estado de São Paulo – 2000 e 2011

Causas de óbito materno

Na última década, nota-se que o número absoluto de óbitos maternos no Estado reduziu-se um pouco de 2000 (275 óbitos) para 2011 (249 óbitos), porém a RMM manteve-se praticamente a mesma nos dois anos considerados (40,0 e 40,8 respectivamente), conforme a Tabela 1. Contudo, observa-se uma diferença na proporção do tipo de causa obstétrica das mortes maternas: uma redução de 14% nas causas obstétricas diretas e um aumento de 41% nas causas obstétricas

indiretas no período no Estado de São Paulo (Gráfico 2).

Como salientado no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, “as mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios”.⁹

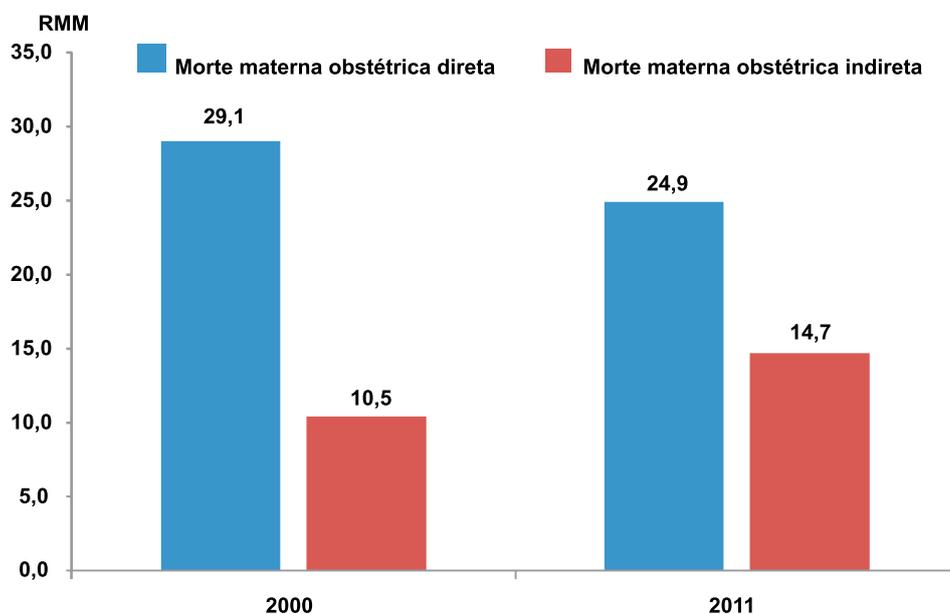
Tabela 1. Número de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna* segundo tipo de causa obstétrica. Estado de São Paulo, 2000 e 2011

Tipo causa obstétrica	2000		2011	
	Óbitos	RMM	Óbitos	RMM
Morte materna obstétrica direta	200	29,1	152	24,9
Hipertensão	73	10,6	42	6,9
Hemorragias	31	4,5	24	3,9
Infecção puerperal	12	1,7	15	2,5
Aborto	13	1,9	21	3,4
Todas as demais	71	10,3	50	8,2
Morte materna obstétrica indireta	72	10,5	90	14,7
Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério	1	0,1	9	1,5
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	32	4,7	7	1,1
Todas as demais	39	5,7	74	12,1
Morte materna obstétrica não especificada	3	0,4	7	1,1
Total de Mortes Maternas	275	40,0	249	40,8

*óbitos maternos por 100 mil Nascidos Vivos
 Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

A relação entre as causas diretas sobre as indiretas caiu de 2,8 em 2000 para 1,7 em 2011, um valor inferior ao nacional. No Brasil, a relação entre as causas era de 3,5 vezes em 2000,

e reduziu-se para 2,4 vezes, em 2010.⁹ O aumento de proporção de causas indiretas indica uma provável melhoria nas investigações dos óbitos suspeitos (Gráfico 2).



Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

Gráfico 2. Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos) por Causas Obstétricas Diretas e Indiretas. Estado de São Paulo, 2000 e 2011

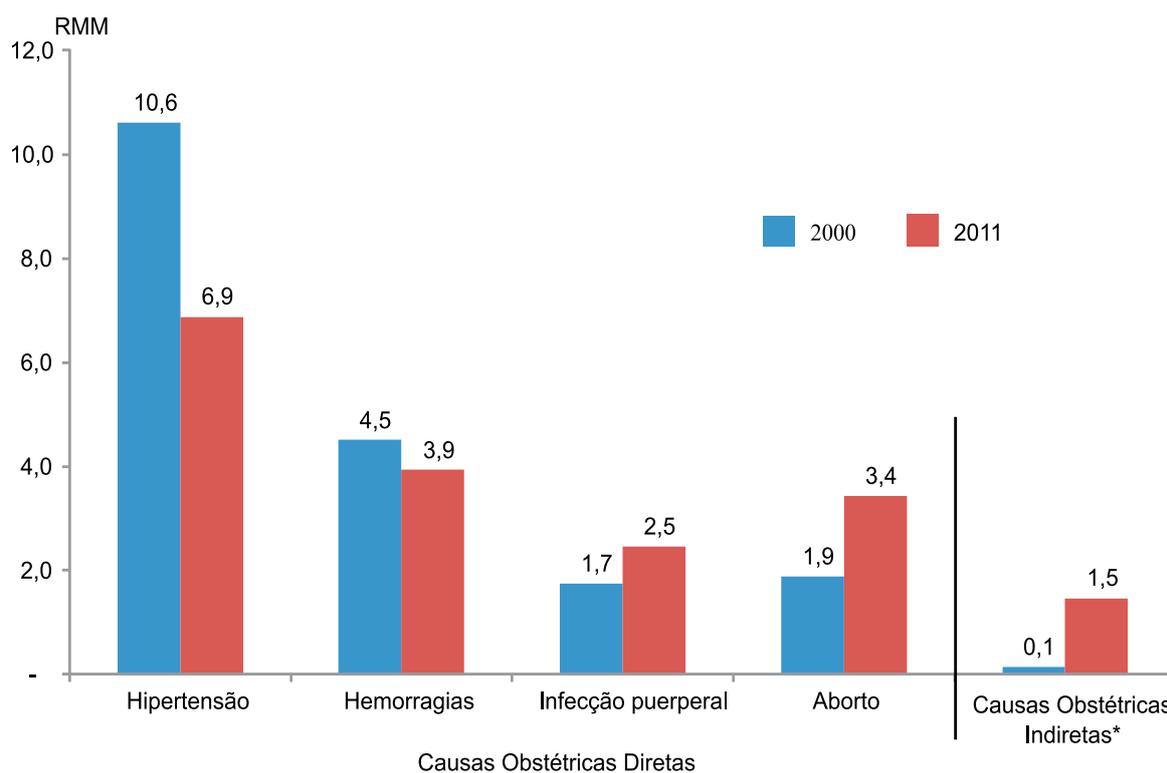
Quando se analisam alguns dos principais grupos de causas obstétricas diretas no Estado de São Paulo, verifica-se que as mortes maternas por hipertensão (incluindo as eclampsias) e por hemorragia apresentaram redução da RMM entre 2000 e 2011. Entretanto, as mortes maternas por infecções puerperais e aborto apresentaram ampliação no mesmo período (Tabela 1 e Gráfico 3).

Outras características das mães

Com relação à idade das mães que sofreram óbitos maternos, no Estado de São Paulo, em 2000, 37 óbitos (13,5% do total de mortes maternas) ocorreram em gestantes de 10 a 19 anos (mães adolescentes) e em 2011 essa faixa

etária apresentou importante redução, passando a 23 óbitos (9,2% do total), demonstrando melhoria na questão da gravidez na adolescência. Em contraponto, no Brasil, em 2010, 15,9% dos óbitos maternos ocorreram entre as mulheres de 10 a 19 anos de idade.

No que se refere à informação de cor/raça das mães que sofreram os óbitos maternos, na Tabela 2 observa-se que ocorreu redução do total de óbitos com informação de cor/raça ignorada, que caiu de 7,3% para 4,4%, indicando melhoria no preenchimento da informação desse quesito. Confirmando essa melhoria, em 2011, 96% dos óbitos maternos do Estado foram investigados, com a Ficha Síntese informada, conforme as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.



*Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério
Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

Gráfico 3. Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos/100 mil nascidos vivos) por causas específicas selecionadas de morte materna. Estado de São Paulo, 2000 e 2011

Tabela 2. Número e percentual de óbitos maternos segundo Cor/Raça. Estado de São Paulo, 2000 e 2011

Cor/raça	2000		2011	
	Óbitos	%	Óbitos	%
Branca	179	65,1	148	59,4
Preta	26	9,5	11	4,4
Amarela	7	2,5	1	0,4
Parda	43	15,6	77	30,9
Indígena	-	-	1	0,4
Ignorado	20	7,3	11	4,4
Total	275	100,0	249	100,0

Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

Comparação da evolução recente da RMM entre as regiões do Estado de São Paulo

A RMM apresenta variações consideráveis entre as regiões dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS. Na Tabela 3, que apresenta as RMM regionais ordenadas da maior para a menor, observa-se que cinco regiões apresentam a RMM até 20% superior que a média do Estado de São Paulo, destacando-se muito a região de Piracicaba, que apresentou RMM de 101,9 em 2011.

Saliente-se ainda que a região de Piracicaba teve aumento dos óbitos maternos entre os anos de 2000 e 2011, tanto no número absoluto dos óbitos maternos, que passaram de 10 óbitos em 2000 para 19 em 2011, como na RMM que aumentou de 49,4 para 101,9 no mesmo período.

As regiões da Baixada Santista, Sorocaba, Marília e Araraquara são as outras quatro regiões com pior RMM. Dessas, apenas a região de Sorocaba teve aumento do indicador no período considerado.

Há que se ter alguma cautela na análise da evolução entre as regiões no período de 2000 a 2011, porque como o número de eventos é pequeno em algumas regiões, uma pequena variação pode representar mudança substancial do indicador. É

o exemplo de Araçatuba, que com o aumento de apenas um óbito materno (passando de um óbito em 2000 para dois óbitos em 2011), resultou em aumento de 100% da RMM, que mesmo assim, permanece bem mais baixa que a média Estadual. Destacam-se melhorias significativas nas regiões de Barretos, Bauru, Franca, Registro e São José do Rio Preto, todos com grandes reduções do indicador no período.

Na Tabela 4, a RMM é apresentada segundo as regiões das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo e também se observa que o indicador é 20% maior que a média estadual em cinco RRAS: 14 (que inclui a região de Piracicaba e outras), 03 (Franco da Rocha), 07 (Baixada Santista e Vale do Ribeira), 08 (Sorocaba e outras) e 10 (Marília e outras).

Na Tabela 5, a RMM é apresentada segundo as 63 regiões de saúde do Estado. Neste caso, também é importante observar que algumas regiões apresentam pequeno número de nascidos vivos e de óbitos maternos, o que pode ocasionar RMM muito altas ou em elevação em algumas regiões, por conta de aumento pequeno de óbitos. Mas registre-se que em 20 regiões de saúde não foi constatado óbito materno em 2011, número maior que em 2000, no qual apenas 10 regiões estavam sem registro desse evento.

Tabela 3. Número de óbitos, nascidos vivos e Razão de Mortalidade Materna* segundo Departamento Regional de Saúde – DRS de residência. Estado de São Paulo, 2000 e 2011

DRS Residência	2000			2011			Variação % da RMM 2011- 2000
	Óbitos	Nasc. Vivos	RMM	Óbitos	Nasc. Vivos	RMM	
10 Piracicaba	10	20.224	49,4	19	18.641	101,9	106,1
04 Baixada Santista	17	27.803	61,1	15	25.159	59,6	-2,5
16 Sorocaba	13	37.900	34,3	17	32.563	52,2	52,2
09 Marília	9	16.189	55,6	7	13.528	51,7	-6,9
03 Araraquara	5	12.662	39,5	6	11.837	50,7	28,4
01 Grande São Paulo	140	360.954	38,8	132	314.560	42,0	8,2
14 S. João da Boa Vista	3	11.628	25,8	4	9.778	40,9	58,6
07 Campinas	17	58.064	29,3	20	56.530	35,4	20,8
17 Taubaté	19	36.990	51,4	11	33.331	33,0	-35,7
15 S. José do Rio Preto	12	18.341	65,4	5	17.707	28,2	-56,8
13 Ribeirão Preto	4	18.836	21,2	5	18.225	27,4	29,2
12 Registro	6	5.669	105,8	1	4.145	24,1	-77,2
11 Presidente Prudente	2	10.800	18,5	2	9.132	21,9	18,3
02 Araçatuba	1	9.678	10,3	2	9.149	21,9	111,6
08 Franca	5	10.300	48,5	1	8.643	11,6	-76,2
06 Bauru	9	24.624	36,5	2	21.988	9,1	-75,1
05 Barretos	3	5.795	51,8	0	5.294	-	-100,0
Total	275	687.779	40,0	249	610.222	40,8	2,1

*óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos – Obs.: Regiões ordenadas de forma decrescente segundo a RMM de 2011
Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

Tabela 4. Número de óbitos, de nascidos vivos, Razão de Mortalidade Materna* e respectiva variação percentual no período segundo RRAS de residência. Estado de São Paulo. 2000 e 2011

RRAS Residência	2000			2011			Variação % da RMM 2011- 2000
	Óbitos	Nasc. Vivos	RMM	Óbitos	Nasc. Vivos	RMM	
RRAS 14	10	20.224	49,45	19	18.641	101,93	106,1
RRAS 03	8	8.826	90,64	6	8.690	69,04	-23,8
RRAS 07	23	33.472	68,71	16	29.304	54,60	-20,5
RRAS 08	13	37.900	34,30	17	32.563	52,21	52,2
RRAS 10	9	16.189	55,59	7	13.528	51,74	-6,9
RRAS 02	22	49.975	44,02	22	44.642	49,28	11,9
RRAS 06	77	203.922	37,76	84	176.487	47,60	26,0
RRAS 15	14	51.169	27,36	21	48.277	43,50	59,0
RRAS 17	19	36.990	51,37	11	33.331	33,00	-35,7
RRAS 01	15	44.326	33,84	10	36.227	27,60	-18,4
RRAS 13	17	47.593	35,72	12	43.999	27,27	-23,6
RRAS 12	13	28.019	46,40	7	26.856	26,06	-43,8
RRAS 05	12	33.803	35,50	7	30.596	22,88	-35,6
RRAS 11	2	10.800	18,52	2	9.132	21,90	18,3
RRAS 04	6	20.102	29,85	3	17.918	16,74	-43,9
RRAS 16	6	18.523	32,39	3	18.031	16,64	-48,6
RRAS 09	9	24.624	36,55	2	21.988	9,10	-75,1
Total	275	687.779	39,98	249	610.222	40,80	2,1

*óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos – Obs.: Regiões ordenadas de forma decrescente segundo a RMM de 2011
Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

Para facilitar a visualização das diferenças entre as regiões e os anos selecionados, são apresentados quatro mapas (Figuras 1 a 4),

com a distribuição regional da RMM por região dos DRS e das RRAS para os anos de 2000 e 2011.

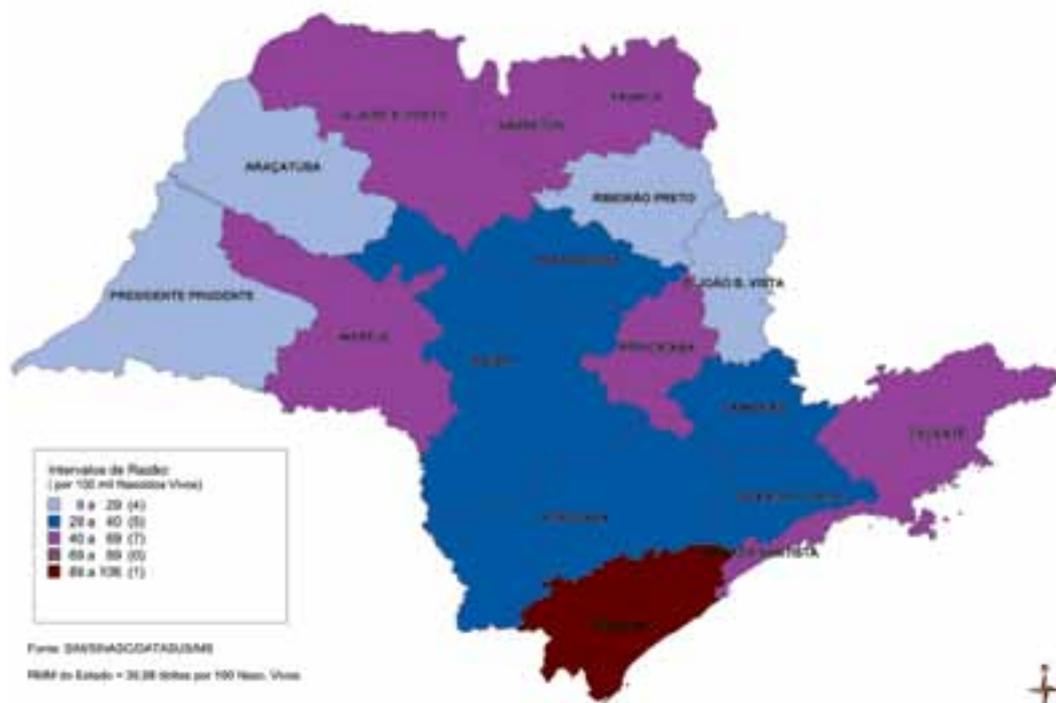


Figura 1. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo DRS de residência. Estado de São Paulo, 2000



Figura 2. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo DRS de residência. Estado de São Paulo, 2011



Figura 3. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo RRAS de residência. Estado de São Paulo, 2000

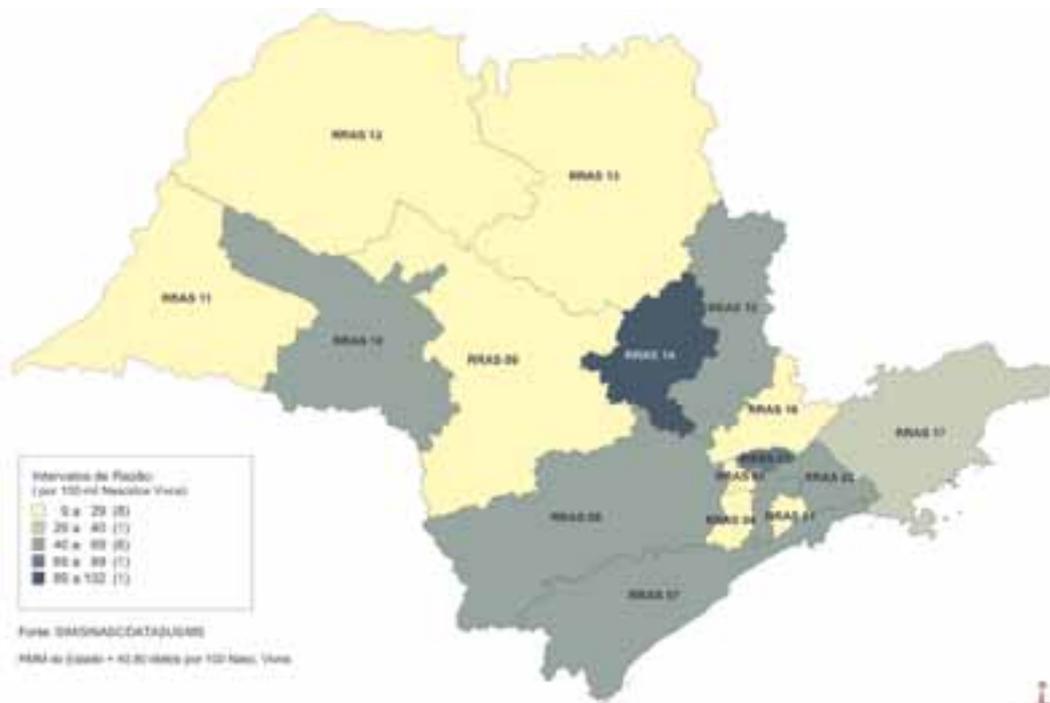


Figura 4. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) segundo RRAS de residência. Estado de São Paulo, 2011

Tabela 5. Número de óbitos maternos, nascidos vivos, Razão de Mortalidade Materna* e respectiva variação percentual no período segundo Região de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2000 e 2011

Região de Saúde Residência	2000			2011			Variação % da RMM 2011- 2000
	Óbitos	Nasc. Vivos	RMM	Óbitos	Nasc. Vivos	RMM	
35152 Santa Fé do Sul	1	536	186,57	1	509	196,46	5,3
35156 José Bonifácio	1	1.137	87,95	2	1.146	174,52	98,4
35102 Limeira	4	4.761	84,02	7	4.271	163,90	95,1
35032 Centro Oeste do DRS III	1	1.772	56,43	2	1.641	121,88	116,0
35115 Pontal do Paranapanema	1	1.264	79,11	1	895	111,73	41,2
35103 Piracicaba	3	7.825	38,34	7	7.033	99,53	159,6
35031 Central do DRS III	2	3.789	52,78	3	3.676	81,61	54,6
35141 Baixa Mogiana	2	4.266	46,88	3	4.015	74,72	59,4
35162 Itapeva	2	5.967	33,52	3	4.108	73,03	117,9
35101 Araras	2	4.503	44,41	3	4.193	71,55	61,1
35095 Tupã	1	1.865	53,62	1	1.398	71,53	33,4
35083 Alta Mogiana	1	1.723	58,04	1	1.402	71,33	22,9
35012 Franco da Rocha	8	8.826	90,64	6	8.690	69,04	-23,8
35094 Ourinhos	4	3.527	113,41	2	2.956	67,66	-40,3
35173 Litoral Norte	3	4.788	62,66	3	4.469	67,13	7,1
35104 Rio Claro	1	3.135	31,90	2	3.144	63,61	99,4
35093 Marília	2	5.615	35,62	3	4.741	63,28	77,7
35074 Oeste VII	4	15.727	25,43	10	15.893	62,92	147,4
35023 Consórcio do DRS II	1	3.294	30,36	2	3.264	61,27	101,8
35041 Baixada Santista	17	27.803	61,14	15	25.159	59,62	-2,5
35163 Sorocaba	7	24.454	28,63	11	21.816	50,42	76,1
35172 Circ. da Fé -V. Histórico	2	7.381	27,10	3	6.061	49,50	82,7
35011 Alto do Tietê	22	49.975	44,02	22	44.642	49,28	11,9
35016 São Paulo	77	203.922	37,76	84	176.487	47,60	26,0
35157 Votuporanga	3	2.174	137,99	1	2.157	46,36	-66,4
35161 Itapetininga	4	7.479	53,48	3	6.639	45,19	-15,5
35143 Rio Pardo	0	3.406	-	1	2.560	39,06	-
35132 Aquífero Guarani	4	10.861	36,83	4	11.035	36,25	-1,6
35092 Assis	1	3.532	28,31	1	3.114	32,11	13,4
35072 Campinas	7	23.814	29,39	7	22.606	30,97	5,3
35151 Catanduva	2	3.759	53,21	1	3.528	28,34	-46,7
35015 Grande ABC	15	44.326	33,84	10	36.227	27,60	-18,4
35171 Alto Vale do Paraíba	9	15.769	57,07	4	14.761	27,10	-52,5
35063 Polo Cuesta	1	4.216	23,72	1	3.835	26,08	9,9
35064 Jaú	2	4.532	44,13	1	4.072	24,56	-44,4
35073 Jundiaí	3	12.103	24,79	3	12.343	24,31	-1,9
35121 Vale do Ribeira	6	5.669	105,84	1	4.145	24,13	-77,2
35014 Rota dos Bandeirantes	12	33.803	35,50	7	30.596	22,88	-35,6
35034 Coração do DRS III	1	4.889	20,45	1	4.690	21,32	4,2
35112 Alta Sorocabana	1	5.657	17,68	1	4.753	21,04	19,0
35131 Horizonte Verde	0	6.050	-	1	5.553	18,01	-
35013 Mananciais	6	20.102	29,85	3	17.918	16,74	-43,9
35174 V. Paraíba - R. Serrana	5	9.052	55,24	1	8.040	12,44	-77,5
35021 Central do DRS II	0	3.831	-	0	3.584	-	-
35022 Lagos do DRS II	0	2.553	-	0	2.301	-	-
35033 Norte do DRS III	1	2.212	45,21	0	1.830	-	-100,0
35051 Norte - Barretos	2	3.742	53,45	0	3.541	-	-100,0
35052 Sul - Barretos	1	2.053	48,71	0	1.753	-	-100,0
35061 Vale do Jurumirim	2	4.426	45,19	0	3.945	-	-100,0
35062 Bauru	3	9.127	32,87	0	7.991	-	-100,0
35065 Lins	1	2.323	43,05	0	2.145	-	-100,0
35071 Bragança	3	6.420	46,73	0	5.688	-	-100,0
35081 Três Colinas	4	6.491	61,62	0	5.211	-	-100,0
35082 Alta Anhanguera	0	2.086	-	0	2.030	-	-
35091 Adamantina	1	1.650	60,61	0	1.319	-	-100,0
35111 Alta Paulista	0	1.569	-	0	1.608	-	-
35113 Alto Capivari	0	880	-	0	756	-	-
35114 Extremo Oeste Paulista	0	1.430	-	0	1.120	-	-
35133 Vale das Cachoeiras	0	1.925	-	0	1.637	-	-
35142 Mantiqueira	1	3.956	25,28	0	3.203	-	-100,0
35153 Jales	2	1.343	148,92	0	1.072	-	-100,0
35154 Fernandópolis	0	1.431	-	0	1.203	-	-
35155 São José do Rio Preto	3	7.961	37,68	0	8.092	-	-100,0
Total	275	687.779	39,98	249	610.222	40,80	2,1

*óbitos maternos por 100 mil Nascidos Vivos
 Fonte: SIM/SINASC/DataSUS/MS

Considerações finais

Embora o Estado de São Paulo tenha Razão de Mortalidade Materna menor que o Brasil, o indicador ainda permanece alto em comparação com os países desenvolvidos, em especial em algumas regiões do Estado.

Entre as causas de morte materna, a hipertensão na gestação permanece como a causa direta mais frequente e que, embora se reduzindo no Estado de São Paulo, ainda responde por 17% de todos os óbitos maternos. Estas e outras causas podem ser prevenidas por meio da integração da atenção básica em saúde de boa qualidade com a assistência hospitalar, pronta e qualificada às emergências e ao parto.

Medidas como a criação da Rede Cegonha, objetivando estabelecer uma rede de cuidados que abrange o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério podem colaborar neste sentido. A implantação da linha de cuidados de Atenção à Gestante e à Puérpera no SUS-SP é outra medida com impacto para a redução das mortes maternas.

Medidas como a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; a classificação de risco da gestante, como por exemplo, a identificação adequada da pré-eclâmpsia; ações de educação permanente para a qualificação de médicos e enfermeiros para a atenção pré-natal, ao parto e às emergências obstétricas, entre outras, podem trazer benefícios substanciais à atenção prestada às mulheres.

Finalmente, o fortalecimento dos Comitês de Vigilância à morte materna mostra-se uma política importante, tanto para se conhecer as dimensões verdadeiras do problema em cada região, como para a discussão junto aos serviços de saúde de referência à gestante e à rede básica que realiza o pré-natal, sobre o tipo de atenção que tem sido prestado às gestantes. Conhecer os fatos, identificar os problemas assistenciais e propor soluções são fundamentais para desencadear as mudanças que se fazem necessárias para a redução mais rápida do indicador.

REFERÊNCIAS

1. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos do Milênio. Objetivo 5 – Melhorar a Saúde Materna. Pesquisado na internet em julho/2013. <http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>
2. WHO – World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Cause-specific mortality and morbidity: Maternal mortality ratio by country. Pesquisado na internet em julho/2013. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>
3. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004;7(4):449-60. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf>
4. RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos para o Brasil – 2011. C. Indicadores de Mortalidade. Razão de Mortalidade Materna. Tabulado em julho de 2013. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2011/C03b.htm>
5. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – 4º Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília:

- Ipea, 2010. 184p. Disponível em <http://www.pnud.org.br/Docs/4-RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>
6. OPAS - Organização Panamericana de Saúde/RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil – Conceitos e Aplicações. Brasília, 2008 - 2ª Edição. 349 p. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
 7. Laurenti, R. Maternal Mortality in Latin America Urban Areas: The Case of São Paulo - Brazil. Bulletin of PAHO, 27(3): 205-14, 1993. Disponível em; <http://hist.library.paho.org/English/BUL/ev27n3p205.pdf>
 8. Fundação SEADE. Informações dos Municípios Paulistas – IMP, pesquisado em 12/06/2013 no site da entidade em <https://www.seade.gov.br/produtos/imp/>
 9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP. Plano Estadual de Saúde – PES 2012 – 2015. Organizado por José Manoel de Camargo Teixeira [et al]. Análise Situacional – 4. Mortalidade Materna. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2012. 200p. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Volume 43 No 1 – 2012. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/bolepi_vol_43_n1.pdf

Correspondência/Correspondence to:
Secretaria de Estado da Saúde.
Avenida Enéas Carvalho de Aguiar, 188, CEP: 05403-000.
Fone: 3066-8660/8810.
E-mail: jdinio@saude.sp.gov.br.