



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO**

Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde

Curso Técnico de Registros e Informações em Saúde

# Avaliação da Mortalidade Materna na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2004

Por Dirlene Vicente Amaral

Rio de Janeiro, 2006.

Dirlene Vicente de Amaral

*Monografia apresentada ao Curso Técnico de Registros e Informações em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ requisito parcial a obtenção do título de Técnica de Nível Médio em Registros e Informações em Saúde.*

Orientadora

Dra. Nair Navarro

Co-orientadora

Márcia Fernandes Soares

Rio de Janeiro, 2006.

## DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, que sempre me apoiaram, e com toda a dedicação lutaram por mim, em especial a minha mãe que sempre acreditou na minha capacidade e ao meu filho Gabriel, que veio pra me dar estímulo e coragem, para que eu pudesse concluir este trabalho, visando à importância que terá na minha vida profissional.

## AGRADECIMENTO

*Agradeço primeiramente a Deus, aos meus pais, mas em especial minha mãe, que sempre me deu apoio para a conclusão deste trabalho, a minha irmã pelo zelo, dedicação e carinho com que cuidou do meu filho nos momentos em que tive de estar ausente, a minha co-orientadora Márcia Fernandes Soares pela atenção, estímulo e disponibilidade, a Natália Santana Paiva, que se mostrou uma verdadeira amiga, me apoiando, incentivando e me auxiliando no que fosse necessário mesmo estando ocupada, a minha orientadora Nair Navarro que em tão pouco tempo se dedicou inteiramente e atenciosamente a me ajudar para que este trabalho fosse realizado, finalmente a todos que acreditaram e torceram por mim.*

*A todos aqui mencionados recebam meus sinceros agradecimentos.*

*“Diante de uma morte materna, deveríamos interrogar onde começou a se construir esta morte. Quais as condições de trabalho de parto que teve durante a gravidez? Que método contraceptivo usou antes de engravidar? E o feto? Sofreu alguma violência na relação conjugal? Fez pré-natal, e com que qualidade? Dessa forma evitaremos raciocínios simplistas como aquele que relacionam uso de contracepção e redução de mortalidade materna. Ai a morte não acontece porque não existiu gravidez.”*

*(Maria Betânia Ávila)*

## **RESUMO**

O óbito materno se mostra como um indicador de déficit de qualidade do amparo à saúde nas instituições oferecida a população. A finalidade deste trabalho foi analisar os óbitos maternos na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro nos períodos de 2000 a 2004. Os dados analisados foram coletados do banco de dados do Datasus, no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com base nestes dados foram calculados o coeficiente dos óbitos maternos (diretos e indiretos), morte relacionada a gravidez, parto e puerpério, e morte materna diretas e indiretas separadamente e calculamos a proporção de causas básicas de morte materna às mais frequentes e foram colocadas em ordem de maior proporção.

## SUMÁRIO

<b><u>1.</u></b>	<b><u>APRESENTAÇÃO</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>2.1</u></b>	<b>HISTÓRIA DA MORTALIDADE</b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>2.2</u></b>	<b><u>EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA</u></b>	<b><u>10</u></b>
<b><u>2.3</u></b>	<b><u>CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO</u></b>	<b><u>12</u></b>
	MORTE RELACIONADA À GESTAÇÃO	12
	MORTE MATERNA TARDIA	12
<b><u>3</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>3.1</u></b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>3.2</u></b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>ANEXOS</u></b>	<b><u>21</u></b>

## **1. Apresentação**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), através do Laboratório de Informações e Registros em Saúde (LIREs), é responsável pela execução do Curso técnico de Registros e Informações em Saúde (CTRIS) que visa capacitar técnicos de nível médio para desenvolver diversas atividades que constam do Parecer do Conselho Federação de Educação nº 353/89, que define essa habilitação profissional. As disciplinas que compõem o currículo do curso irão contribuir para o desempenho desse profissional no desenvolvimento de suas funções, e para alimentar os Sistemas de Informação em Saúde. Nesse trabalho o objetivo é fazer uma análise dos dados da mortalidade materna, coletados na base de dados do Datasus.

## 2 Introdução

### *2.1 História da mortalidade*

De todos os eventos que ocorrem durante a vida humana, a morte é um que sempre preocupou o homem. Essa preocupação diz respeito a vários aspectos, entre os quais, os filosóficos, os religiosos e, quase sempre, o medo acompanhado por uma curiosidade: **a causa**.

A saúde da população pode ser avaliada em termos da quantidade de doenças e de incapacidades presentes ao longo do tempo nos indivíduos que a constituem, do número de mortes por várias doenças e outros agravos que ocorrem anualmente.

A descrição da saúde das populações toma em conta, principalmente, *o número e o tipo de doenças* que acometem os indivíduos que procuram tratamento médico, mas o remédio para a falta de saúde não está apenas no diagnóstico e tratamento médico individual da doença. Implica numa ação planejada que interessa a comunidade para corrigir os fatores nocivos ao meio ambiente, encontrar solução preventiva para as doenças e *outros agravos evitáveis* e os problemas sociais que exercem influência no estado de saúde dos indivíduos.

Nenhuma descrição da saúde da comunidade pode ser considerada completa sem a informação concreta dos aspectos que dizem respeito a saúde do meio ambiente (quantidade e qualidade de água e alimento, destino final adequado para dejetos e lixo, poluição – ar, solo e água), etc. Os fatores de ordem social (pobreza, desemprego, alcoolismo, crime, delinquência juvenil, causas externas (violências), escolaridade, educação, etc.

Durante milênios, a população do globo aumentou muito lentamente e em diferentes épocas e lugares declinava ou chegava mesmo a desaparecer por ação da maior incidência de algumas doenças. A ignorância das causas e dos mecanismos de transmissão das doenças humanas e das influências dos diversos fatores do meio ambiente que condicionam e a falta de registro regulares

de nascimento, do número de doentes e mortes não permitia que os agrupamentos humanos pudessem ter nestes tempos qualquer idéia clara das razões por que as doenças apareciam e como evoluíam ou da maneira de as combater.

As doenças eram em grande parte indiferenciadas ou mal identificadas, muitas delas existindo com caráter mais ou menos endêmico, como a malária, hanseníase (lepra) e tuberculose, ou aparecendo sob a forma de epidemia, como a varíola, a peste e o tifo exantemático, que dizimavam grandes massas da população atingida.

Outras causas de sofrimento e morte, porém, tem as que menos matam, como, a fome, as lutas, guerras, migrações, acidentes que vinha juntar-se com outros problemas de tal força, que a vida humana tinha duração curta e era cheia de sofrimento e de riscos desde o nascimento. Os indivíduos isolados ou vivendo em grupos e em comunidade estavam desprovidos de meios com algum valor na proteção contra as doenças e outras calamidades.

As mesmas espécies de riscos para a saúde dos indivíduos – infecções, epidemias, fome, má nutrição, perigos naturais e do trabalho, guerra, **perigos do parto**, falta de cuidados com as crianças têm prevalecido desde os tempos primitivos da evolução da espécie humana e hoje pode avaliar-se bem a sua importância, pelo que se conhece dos seus efeitos e das dificuldades de os debelar.

## 2.2 Evolução da Mortalidade Materna

*Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), expresso na 10ª Revisão do livro de Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), “a mortalidade materna consiste na morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação,*

independentemente da duração ou localização da gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

(FIGO, OMS, 1967).

No Brasil, há um excelente Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), administrado pelo Ministério da Saúde (MS), inserido desde meados dos anos 70, e cujo indicador total de casos captados está próximo a um milhão de óbitos por ano.

É preciso pesquisar com atenção todas as mortes de mulheres em idade fértil, ou seja, de 10 a 49 anos, a fim de detectar o maior número possível de mortes maternas *existentes*, á que muitas das vezes no atestado de óbito não se sugere gravidez só a causa direta da morte, então a gestação passa despercebida, a falha está na falta de atenção do preenchimento deste atestado, que em várias situações carece de informação sobre a morte registrada.

O preenchimento do atestado de óbito, além de se constituir em temática de grande relevância para as estatísticas de saúde em geral, reveste-se de especial importância quando se deseja trabalhar com a mortalidade materna . Neste caso há a necessidade obrigatória de considerar o conceito de **Morte Materna** e a definição de sua causa de morte e dos procedimentos técnicos para a certificação. (D.O em anexo 1)

Milhares de mulheres morrem todos os anos por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, sendo que as razões mais frequentes de morte são as doenças hipertensivas da gravidez, hemorragias, infecções, e abortos, as chamadas *causas diretas*.

## 2.3 Conceito e classificação

O “conceito” é a forma pela qual um determinado fenômeno é compreendido e explicitado. Esta compreensão determina o que será trabalhado e quais os seus componentes. É a partir daí que se poderão ou não realizar comparações entre informações, em especial de realidades diferentes.

A mortalidade materna vem sendo estudada desde o advento da teoria microbiana, quando da descoberta da febre puerperal. Ao longo da história, a mortalidade materna teve interpretação conceitual bastante diversa, apresentando variações com relação à inclusão ou não dos casos de aborto, das causas acidentais ou incidentais ou acidentais não relacionadas com a gravidez e seu manuseio (morte materna não obstétrica) e com o tempo de puerpério.

### *Morte relacionada à gestação*

“A morte relacionada à gestação é a da mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, seja qualquer que tenha sido a causa da sua morte”

(Brasil, MS, Datasus, Informações de Saúde, Definições).

### *Morte materna tardia*

“A morte materna tardia consiste na morte de uma mulher por causas obstétricas, diretas ou indiretas, com mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez” (Brasil, MS, Datasus, informações de Saúde, Definições).

As *mortes obstétricas diretas* são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devidas a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima citadas.

Exemplos de doenças causadas ou agravadas pela gestação são:

- Toxemia: ocorre com maior frequência nas primíparas e na faixa etária acima de 35 anos. É mais comum nas gestações gemelares do que simples, a expressão toxemias da gravidez é definida como os distúrbios encontrados durante a gestação ou imediatamente após o parto (pré – eclampsia e eclampsia, caso mais grave da doença);
- Hipertensão: pode ser pré-existente ou gestacional, podendo ser acompanhada ou não, de edema e proteinúria, podendo causar pré-eclâmpsia evoluindo para a convulsão e coma, a *Eclampsia* propriamente dita, que podem ser também conhecidas como toxemias da gravidez ;
- Diabetes gestacionais: podem estar associados a vários agravos que podem agredir o feto, como : abortamento, má formação, pré-maturidade, macrosomia, retardo na maturação fetal e do crescimento intra-uterino (prematuridade), morte perinatal e recém nascido com hiperglicemia ;
- Doença cardíaca hipertensiva ;
- Doença renal hipertensiva ;
- Doença cardiorrenal hipertensiva ;
- Hemorragia por atonia uterina pós – parto;
- Descolamento prematuro de placenta.

*Já as mortes obstétricas indiretas:* são as resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. É o que ocorre, por exemplo, com mulheres cardiopatas que vêm apresentar uma insuficiência cardíaca grave durante a gravidez.

## **3 Objetivos**

### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a mortalidade materna na região metropolitana do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2004.

### **3.2 Objetivo Específico**

- Conhecer o quadro epidemiológico dos óbitos maternos, através da análise do coeficiente de mortalidade materna;
- Calcular e avaliar as taxas de mortalidade maternas na região metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2004;
- Calcular e avaliar a morte materna proporcional;

## **4 Metodologia**

Para a avaliação dos óbitos maternos da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro foram utilizadas as seguintes fontes:

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do banco de dados do Datasus/Ministério da Saúde que consta informações sobre a mortalidade geral e específica em particular, em todo território nacional, sendo as mortes maternas um dos exemplos.

O documento base do SIM é o formulário/declaração de óbito preenchido pelo médico no momento da morte do indivíduo e que será posteriormente trabalhadas para serem informatizadas para formação dos bancos de dados.

- Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) no banco de Dados no Datasus do Ministério da Saúde, que contém dados sobre Nascidos Vivos<sup>1</sup>.

## 5 Resultados

Nos anos de 2000 a 2004 ocorreram 859 óbitos maternos com causas básicas variadas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A distribuição do número de óbitos por ano foi o seguinte: no ano 2.000 foram 197 ocorridos. Deste total 129 foram de mulheres residentes na capital do Rio de Janeiro e 66 caso de mulheres residentes fora da capital. Em 2001 o número de óbitos ocorridos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro foram 173 óbitos sendo que 126 de mulheres que residiam na capital e 46 fora. Para o ano de 2.002 foram 172 casos, sendo que deste total 126 foram de mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro e 49 casos fora da capital. Em 2.003 foram observados 158 casos ocorridos na região Metropolitana do Rio de Janeiro. Deste total 109 casos foram de mulheres que residiam na capital e 49 casos fora. Em 2004 o

---

1. Definição de Nascido Vivo Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS): Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

número de óbitos ocorridos foi de 159, sendo que 109 casos foram de mulheres residentes na capital e 49 casos de mulheres que residiam fora da capital.

Ao estudar a proporção (%) de óbitos por causa materna na região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, observamos uma variedade de causas básicas, sendo que algumas aparecem com maior frequência na serie estudada.(Tabela1, em anexo)

Em primeiro lugar a causa O15 (Eclâmpsia (com HA pré-existente ou induzida pela gravidez)) é a mais freqüente, aparecendo nos anos 2000 (14,7%), 2003 (12,0%) e 2004 (8,2%). Na terceira posição, apenas os anos de 2003 e 2004, mantiveram a mesma causa. (CID O14 (HÁ gestacional – induz. pela gravidez com proteinura significativa); 7,6% e 6,9%, respectivamente). (Anexos – Tabela 1)

No quarto posto, a CID O14 e O88 (Embolia de origem obstétrica) foram às causas que mais mataram, sendo a primeira em 2000 e 2001 (6,6% e 6,9%, respectivamente) e a segunda em 2002 e 2004 (5,8% e 5,6%). (Anexos – Tabela 1)

Na quinta posição, as causas não variam, (exceto no ano de 2004 -CID O10 (Hipertensão pré-existente complic. Gravidez, o parto e o puerpério) e O45 (Deslocamento prematuro de placenta); ambas com 5%), ficando entre a CID O05 (Outros tipos de aborto) e O06 (Aborto não especificado) , e em alguns anos, ambas são as causas, como 2001 e 2002. (Anexos – Tabela 1)

Nas posições seguintes, não há uma frequência significativa das causas no período avaliado. Merece destaque o nono e décimo lugar, onde no ano de 2004 inúmeras são as causas, Cid O16 (HA materna não especificada), O42 (Ruptura prematura de membranas), O86 (Outras infecções puerperais) (9º posto; 2,5%), B24 (Doença pelo vírus HIV não especificada), O36 (Assist. prestada à mãe por outras anormalidades ou lesões fetais), O72 (Hemorragia pós-parto), O75 (Outras complicações do trabalho de parto e do parto, NCOP), O95 (Morte obstétrica de causa não especificada) (10º posto; 1,9%). (Anexos – Tabela 1)

Quando analisamos a taxa de mortalidade materna no período de 2000 a 2004 na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, observamos que a morte obstétrica direta mata mais que a soma das mortes obstétricas indiretas com a relacionada à gravidez, parto e puerpério. (Anexos – Tabela 2)

Ao estudar as mortes obstétricas indiretas e as relacionadas à gravidez, parto e puerpério, encontramos diferenças mínimas de uma taxa para outra, praticamente em todos os anos analisados. Apenas o ano de 2001 que foge a esse padrão analisado, pois os óbitos relacionados são o dobro dos indiretos. (Anexos – Tabela 2 e 3)

Quando analisamos os óbitos maternos em geral, sendo contadas apenas as causas diretas e indiretas (sendo retirados os ignorados) observamos que a quantidade de óbitos é elevada, sendo o ano de 2001 o qual obteve o valor mais elevado (N= 121), fazendo assim com que as taxas de mortalidade materna sejam altas. (Anexos – Tabela 3)

Em relação à distribuição dos tipos de morte nessa série temporal, podemos analisar a variação das taxas. Verificando a distribuição da taxa de morte relacionada à gravidez, parto e puerpério, encontramos as taxas bem próximas. Merece destaque o ano de 2001, onde a taxa foi a mais elevada (2,37). (Anexos – Tabela 2)

Quanto à morte obstétrica direta, as taxas se mantêm relativamente próximas, mas segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os anos 2001 e 2003 são “classificados como taxas elevadas”. Mas não podemos então, considerar os demais anos baixos, se a diferença entre as taxas não chegam a um. (Anexos – Tabela 2)

Já as mortes obstétricas indiretas se mantêm bem baixas em todos os anos, merecendo o destaque o ano de 2001, que obteve a menor delas (1,2). (Anexos – Tabela 2)

A mortalidade materna (mortes obstétricas diretas e indiretas, sem os ignorados), em todos os anos estudados, é considerada alta, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde

(OPAS), que considera alta a taxa a partir de cinco. Merecendo destaque o ano de 2001, que chegou a 6,7. (Anexos – Tabela 2)

E os valores ignorados da mortalidade materna na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro no período estudado, encontram-se relativamente baixos, quando analisado o valor de óbitos de cada ano. (Anexos – Tabela 4)

## **6 Discussão e conclusão**

Na presente análise, considera-se que os fatores socioeconômicos, aliados à queda na qualidade da assistência prestada à mulher na gestação, no parto e no puerpério, são variáveis que desempenham um papel significativo na evolução do coeficiente da mortalidade materna.

Observamos em nossa prática diária, que há um descaso ou uma desatenção em relação ao pré-natal. O atendimento em instituições públicas e, até em particulares, no período de gravidez está abaixo das necessidades e perspectiva da mulher. Na maior parte das vezes, em um olhar rápido no abdome e ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, cinco minutos de consulta para sobrar tempo para as outras quinze gestantes que aguardam na sala de espera.

Com base no período de 2000 a 2004, verificamos que a proporção (%) de óbitos por causas maternas, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, nos 5 anos analisados manteve-se em 1º posição o óbito por outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto, gravidez e puerpério. Na 2º posição manteve-se, na maioria, a morte por hipertensão na gravidez, na 4º posição houve uma variação, nos anos de 2000 e 2001 foi à hipertensão, em 2002 e 2004 foi a infecção puerperal e em 2003 a embolia de origem obstétrica e na 5º posição predomina o óbito causado por aborto. (ANEXO III)

Contudo, a melhoria na atenção básica, como Programa da Saúde da Família (PSF) e os programas de humanização só sugerem um acompanhamento minucioso de todo o processo da

gestação, envolvimento, compromisso, empatia, respeito à mulher e não se restringe apenas aos aspectos biológicos. Um pré - natal de qualidade seria a grande arma para a redução da mortalidade.

Então, os dados avaliados e as melhorias na atenção médico-hospitalar exercem influência sobre a estabilização, e até mesmo a diminuição, da taxa da mortalidade materna.

Concluindo, observamos que as taxas se encontram altas nos óbitos maternos no período analisado, segundo a OPAS. Mas como o avaliado, essas taxas estão estabilizando e diminuindo e um dos fatores é que as mortes relacionadas à gestação, parto e puerpério são influenciadas por fatores distais (socioeconômicos) e proximais (assistência médico-hospitalar), e esses estão desaparecendo, através da implantação e consolidação desses programas e serviços na região analisada.

## 7 Referências Bibliográficas

- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. “Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC”. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21379](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379). Acesso em: 30/11/2006.
- ✓ Souza ML, Laurenti, R. (Série divulgação nº 3, 1987) “Mortalidade materna: conceitos e aspectos estatísticos”.
- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Definições. Acessado em: 22 / 11 / 2006.
- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).
- ✓ Da Silva, Kátia S.. Mortalidade Materna: Avaliação da Situação no Rio de Janeiro, no Período de 1977 a 1987.

- ✓ Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ CID – 10. 5ª edição – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.
- ✓ Prado de Mello Jorge, Maria Helena. Gotlieb Davidson, Sabrina Léa. Laurenti, Ruy. A Saúde no Brasil – Análise do período 1996 a 1999. OPAS/ OMS, 1ª edição 2001, Editora Parma Ltda.

## **8 ANEXOS**





**Tabela 1: Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro em 2000 a 2004**  
**Proporção (%) de Óbitos por Causas Maternas**

CAUSAS		2000		2001		2002		2003		2004	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa e parasitária	B20	9	4,57	4	2,31	1	0,58	2	1,27	5	3,14
Doença pelo HIV resultando em outras doenças especificadas	B22	0	0,00	2	1,16	1	0,58	0	0	1	0,63
Doença pelo vírus HIV resultando em outras doenças	B23	0	0,00	1	0,58	0	0	0	0	0	0
Doença pelo vírus HIV não especificada	B24	1	0,51	1	0,58	0	0	0	0	3	1,89
Gravidez ectópica	O00	4	2,03	2	1,16	0	0	7	4,43	2	1,26
Mola Hidatiforme	O01	0	0,00	2	1,16	0	0	2	1,27	0	0
Outros produtos anormais da concepção	O02	1	0,51	2	1,16	1	0,58	1	0,63	2	1,26
Aborto espontâneo	O03	1	0,51	1	0,58	0	0	1	0,63	0	0
Outros tipos de aborto	O05	2	1,02	3	1,73	7	4,07	9	5,7	6	3,77
Aborto não especificado	O06	12	6,09	10	5,78	7	4,07	9	5,7	5	3,14
Falha de tentativa de aborto	O07	1	0,51	0	0,00	0	0	1	0,63	1	0,63
Hipertensão Preexistente complic. gravidez,o parto e o puerpério	O10	2	1,02	6	3,47	0	0	2	1,27	8	5,03
Distúrbio Hipertensivo preexistente com proteinúria super posta	O11	1	0,51	1	0,58	0	0	1	0,63	1	0,63
HA Gestacional{Induz. pela Gravidez}sem proteinúria significativa	O13	3	1,52	5	2,89	11	6,4	4	2,53	4	2,52
HA Gestacional{Induz.pela Gravidez}com proteinúria significativa	O14	13	6,60	12	6,94	12	6,98	12	7,59	11	6,92
Eclâmpsia(com HA preexistente ou induzida pela gravidez)	O15	29	14,72	17	9,83	24	14	19	12	13	8,18
HA materna não especificada	O16	8	4,06	5	2,89	5	2,91	4	2,53	4	2,52
Complicações venosas na gravidez	O22	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	1	0,63
Infecção do trato geniturinário na gravidez	O23	3	1,52	4	2,31	3	1,74	1	0,63	0	0
DM na gravidez	O24	1	0,51	0	0,00	3	1,74	0	0	0	0
Assist.mater.por outras complic.ligadas predominante/ à gravidez	O26	2	1,02	0	0,00	2	1,16	1	0,63	1	0,63
Assist.prestada à mãe por outras anormalidades ou lesões fetais	O36	6	3,05	3	1,73	0	0	1	0,63	3	1,89
Ruptura prematura de membranas	O42	0	0,00	1	0,58	0	0	0	0	4	2,52
Placenta Prévia	O44	2	1,02	0	0,00	1	0,58	2	1,27	3	1,89
Deslocamento prematuro de placenta	O45	8	4,06	18	10,40	11	6,4	6	3,8	8	5,03
Hemorragia anteparto NCOP	O46	2	1,02	1	0,58	1	0,58	0	0	2	1,26
Anormalidades da contração uterina	O62	6	3,05	8	4,62	5	2,91	5	3,16	5	3,14
Outras formas de obstrução do trabalho de parto	O66	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	1	0,63
Outros traumatismos obstétricos	O71	3	1,52	0	0,00	4	2,33	4	2,53	2	1,26
Hemorragia pós-parto	O72	5	2,54	5	2,89	5	2,91	2	1,27	3	1,89
Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias	O73	0	0,00	0	0,00	0	0	1	0,63	0	0
Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto	O74	0	0,00	1	0,58	0	0	0	0	0	0
Outras complicações do trababalho de parto e do parto, NCOP	O75	2	1,02	3	1,73	4	2,33	1	0,63	3	1,89
Infecção puerperal	O85	9	4,57	8	4,62	11	6,4	10	6,33	5	3,14
Outras infecções puerperais	O86	0	0,00	2	1,16	2	1,16	3	1,9	4	2,52
Complicações Venosas no puerpério	O87	0	0,00	0	0,00	1	0,58	1	0,63	1	0,63
Em bolia de origem obstétrica	O88	4	2,03	9	5,20	10	5,81	8	5,06	9	5,66
Complicações da anestesia administrada durante o puerpério	O89	0	0,00	1	0,58	0	0	0	0	1	0,63
Complicações do puerpério, NCOP	O90	2	1,02	7	4,05	4	2,33	6	3,8	7	4,4
Morte obstétrica de causa não especificada	O95	15	7,61	8	4,62	5	2,91	4	2,53	3	1,89
Doenças infec.e parasitárias maternas classificáveis NCOP mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	O98	3	1,52	0	0,00	7	4,07	2	1,27	1	0,63
Outras doenças da mãe,classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério	O99	37	18,78	20	11,56	24	14	26	16,5	26	16,4
<b>TOTAL</b>		<b>197</b>		<b>173</b>		<b>172</b>		<b>158</b>		<b>159</b>	

ANEXO II

Tabela 2: Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro em 2000 a 2004  
Taxas dos tipos de Morte

Ano	Morte relacionada à gravidez, parto e puerpério	Morte Obstétrica Direta	Morte Obstétrica Indireta	Mortalidade Materna
2000	1,8	4,7	1,7	6,34
2001	2,4	5,5	1,2	6,71
2002	1,8	4,6	1,8	6,4
2003	2,1	5,1	1,3	6,36
2004	1,6	4,6	1,8	6,4

Tabela 3: Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro em 2000 a 2004  
Valores brutos dos tipos de Morte

Ano	Morte relacionada à gravidez, parto e puerpério	Morte Obstétrica Direta	Morte Obstétrica Indireta	Mortalidade Materna
2000	35	89	32	121
2001	42	98	21	119
2002	30	98	22	120
2003	36	86	22	108
2004	27	77	30	107

Tabela 4: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro a 2000 a 2004  
Óbitos Ignorados

Ano	Óbitos Ignorados
2000	8
2001	7
2002	3
2003	1
2004	2

**Tabela 5: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro em 2000 a 2004**

Número de Nascidos vivos	
Ano	Nascidos vivos
2000	191000
2001	177414
2002	169181
2003	169833
2004	167187

### ANEXO III

**Tabela 6: Proporção (%) de causas mais frequentes por posição no período de 2000 a 2004 na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro**

Ano	1° posto		2° posto		3° posto		4° posto		5° posto	
	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%
<b>2000</b>	O99	18,78	O15	14,72	O95	7,61	O14	6,6	O06	6,09
<b>2001</b>	O99	11,56	O45	10,4	O15	9,83	O14	6,94	O06	5,78
<b>2002</b>	O99	13,95	O14	6,97	O13	6,39	O88	5,814	O05	4,07
									O06	4,07
<b>2003</b>	O99	16,46	O15	12,03	O14	7,59	O85	6,329	O05	4,07
									O06	4,07
<b>2004</b>	O99	16,35	O15	8,176	O14	6,918	O88	5,66	O10	5,031
									O45	5,03

Ano	6° posto		7° posto		8° posto		9° posto		10° posto	
	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%	Causa	%
<b>2000</b>	B20	4,57	O16	4,06	O36	3,05	O72	2,5	O00	2,03
	O85	4,57			O62	3,05				

<b>2001</b>	O88	5,2	O62	4,62	O90	4,05	O10	3,47	O13	2,89		
			O85	4,62					O16	2,89		
									O75	2,89		
<b>2002</b>	O16	2,907	O71	2,326	O23	1,744	O26	1,163	B20	0,581		
					O24	1,744					O86	1,163
<b>2003</b>	O88	5,063	O00	4,43	O45	3,797	O62	3,165	O13	2,532		
					O90	3,797						
<b>2004</b>	O90	4,403	O05	3,774	B20	3,145	O16	2,156	B24	1,887		
					O62	3,145			O42	1,887		
					O85	3,145			O86	2,156	O72	1,887
											O75	1,887
								O95	1,887			

---

Fonte das tabelas: MS/SVS/DASIS/SIM e SINASC