

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GRACE REITER CHEDID

**ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO
DE DOURADOS MATO GROSSO DO SUL DE 2002 A 2005**

**BRASÍLIA
2007**

GRACE REITER CHEDID

ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA DO MUNICÍPIO DE
DOURADOS MATO GROSSO DO SUL DE 2002 A 2005

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa Minter multidisciplinar convênio Universidade de Brasília e Centro Universitário da Grande Dourados, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA - DF
FEVEREIRO 2007

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

GRACE REITER CHEDID

Estudo da Mortalidade Materna no Município de Dourados Mato
Grosso do Sul de 2002 a 2005

Esta dissertação foi aprovada
pela seguinte Comissão Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro - UnB

Prof. Dr. Pedro Luis Tauil - UnB

Prof^a. Dra. Jane Linn Garrison Ditz - UnB

Brasília – DF, Brasil, 2007

A minha querida mãe Rosi Maria Reiter Chedid e,
a minha irmã Daniele Reiter Chedid, pela compreensão, apoio, incentivo e eterno amor.

AGRADECIMENTO

À Deus por iluminar a minha vida com anjos protetores.

Aos familiares das vítimas de óbitos maternos de Dourados por terem revivido lembranças tão dolorosas, muitas vezes em pratos, do início ao final das entrevistas, viabilizando a realização do estudo em questão.

Ao Professor Dr. Pedro Sadi Monteiro, pela orientação neste trabalho e principalmente pela sua compreensão e carinho. Se hoje alcancei esse objetivo foi devido a sua confiança e competência. Um eterno amigo.

A equipe de trabalho que me rodeia na Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, atuante no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Juliany Ishii de Souza, Vagner Silva Costa e Antônio Marinho Falcão Neto por saber que em qualquer momento foi possível contar com as suas ajudas e, a quem boa parte desse trabalho deve ser compartilhada.

Ao Hospital da Mulher de Dourados, lugar onde sempre fui muito bem recebida e respeitada. Lugar onde nossas mulheres humildes parem seus filhos, merecedor de louvores pela incessante busca em nunca desampará-las.

A querida Cássia Barbosa, pelo incentivo nos momentos em que encontrei as minhas limitações, uma mulher exemplo de perseverança e conquista.

Aos meus colegas de mestrado, que em grupo dividimos experiências, apoiando-nos uns aos outros, as diversas descobertas redundantes a realização dos estudos: Elizandra, Elsiane, Geórgia, Marco Aurélio e Renata.

A família que escolhi, minhas amigas e amigos, que mesmo com a minha ausência interminável, sempre me acolheram e estiveram presentes quando busquei colo.

Meu muito obrigada!

*Sob a macieira te despertei, onde em dores te deu à luz tua mãe,
onde em dores te pôs no mundo tua mãe.
Põe-me como um selo sobre o seu coração,
como um selo sobre os teus braços;
porque o amor é forte como a morte,
a paixão é violenta como o céu.
Suas centelhas são centelhas de fogo,
uma chama divina.
As torres não poderiam extinguir o amor,
nem os rios poderiam submergir.*

Cântico dos Cânticos 8 5-7.

RESUMO

Introdução - A morte materna é um indicador de saúde da mulher e, de certa forma, da saúde da população da qual a vítima pertence. Uma análise abordando as possíveis situações do cotidiano das vítimas, propícias a implantação de doenças, esclarece a amplitude da situação de saúde em que as falecidas se encontravam, dessa forma, o presente estudo aborda aspectos relacionados com a mortalidade materna no Município de Dourados - MS. **Objetivos** - Conhecer o perfil clínico epidemiológico e social das mulheres que evoluíram para óbito materno no período entre 2002 e 2005. **Materiais e Métodos** – Estudo Epidemiológico descritivo do tipo série de casos. Analisaram-se os 30 registros de óbitos maternos ocorridos em Dourados, independente do Município de residência das vítimas. O estudo envolveu mortes maternas obstétricas, tardias e não obstétricas; os dados foram coletados com a utilização de instrumento com questões abertas e fechadas, a partir de investigações realizadas em fichas pertencentes ao Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados e entrevistas com familiares das vítimas. **Resultados** - Verificou-se que a maioria dos óbitos esteve associada com o sangramento severo, 60% a cesarianas, 66,6% em gestações não planejadas, 43,3% realizando 06 consultas de pré-natal, recomendadas como mínimas pelo Ministério da Saúde, 50% falecidas entre uma hora e 42 dias após o parto e aborto, das gestações que resultaram em nascimentos 65% com menos de 37 semanas, 73,3% de analfabetas ou com o ensino fundamental incompleto, 50% negras ou pardas, 20% vivendo com menos de um dólar americano/dia, 46,6% com atividades trabalhistas para ajudar na renda familiar, 3,3% tendo acesso ao serviço de escoamento de esgoto e 50% de água por rede geral, 26,6% vítimas de violência durante a gestação. O livre acesso de acompanhante intra-hospitalar foi permitido a 30% dos casos e somente 60% dos familiares obtiveram informações da evolução clínica de suas entes. **Conclusão** – A mortalidade materna verificada no Município de Dourados apresenta elevados valores, principalmente por causas que poderiam ser evitadas, o que justifica o emprego de estratégias diferenciadas de assistência, de forma a contribuir com a redução da razão de mortalidade observada nesse município.

Palavras chaves: Morte materna; Causas evitáveis óbito; Indicador de saúde.

ABSTRACT

Introduction – Maternal death is an indicator of women's health and also of the population health as whole. This study is on some aspects related to maternal death in the municipality of Dourados, MS. **Objectives** –To know the epidemiological and social profile of those women who died between 2002 and 2005. **Material and Methods** – It is an epidemiological study of a series of maternal death cases reported. The study held obstetrical maternal deaths, late motherly deaths and even non-obstetrical deaths. The data were obtained by an instrument with direct and non-direct questions, from investigation sheets that belong to the Committee Materno-Infantil e Fetal of Dourados and by interviewing the victim's relatives. **Results** – It was verified that the most deaths were associated to severe bleeding, 60% to cesarean operations, 66,6% to non-planned pregnancy, 43,3% to 6 – prenatal visits to the doctor as it is recommended by the Ministry of Health, 73,3% to illiterated women or to those who did not attend all years of elementary school, 50% to black or brown skinned women, 20% to women who have an American dollar/day income and 26,6% to women victim of violence during pregnancy. Free access to patient during her hospital staying was allowed in 30% of the cases and only 60% of the family members got informed about the clinical evolution of the patient. **Conclusion** – Maternal mortality rate is very high in the country of Dourados because of reasons that could be avoided. If different strategies of assistance were taken, maternal mortality rate would be reduced in Dourados, MS.

Key words: Maternal death; Avoidable causes of death; Health indicator.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Razão da mortalidade materna referente aos casos de residentes no município de Dourados –MS dos anos de 2002 a 2005 47
- Figura 2: Razão da mortalidade materna específica em etnia referente aos casos de residentes no município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004 50
- Figura 3: Razão da mortalidade materna específica por faixa etária referente aos casos de residentes no município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004 51
- Figura 4: Razão da mortalidade materna específica em consultas de pré-natal referente aos casos de residentes no município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004..... 51
- Figura 5: Razão da mortalidade materna específica por via de parto referente aos casos de residentes no município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004 51

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Distribuição dos municípios de residência das vítimas e incidência de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados – MS, no período de 2002 a 2005..46
- Tabela 2 - Óbitos Maternos ocorridos no município de Dourados por ano de ocorrência no período de 2002 a 2005 47
- Tabela 3 - Causas dos Óbitos segundo as Declarações de Óbitos das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados - MS de 2002 a 2005 48
- Tabela 4 - Faixa etária, etnia e grau de escolaridade das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005 53
- Tabela 5 - Renda familiar em salários mínimos, renda per capita, número de pessoas por núcleo familiar das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005 54
- Tabela 6 - Vivência com companheiro e o estado marital da união das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005 55
- Tabela 7 - Plano de convênio de saúde utilizada para internação, instrumentos de participação financeira da União em programas governamentais de garantia de renda mínima e seus tipos utilizados (programas governamentais financeiros), meio de transporte, religião e tipos de religiões seguidas pelas vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005 57
- Tabela 8 - Condições de posse da casa em que residiam, tipo de locação da casa, material de construção, tipo de escoamento de esgoto, rede de abastecimento de água e tipo de abastecimento de água das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005 58

Tabela 9 - Ocupações trabalhistas, ocupação trabalhista remunerada, condição empregatícia ao público e licença maternidade das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005	60
Tabela 10 - Condição empregatícia, etnia, escolaridade, e idade das vítimas de óbitos maternos trabalhadoras domésticas ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005	61
Tabela 11 - Transtornos psicológicos na gestação, sugestivas de depressão, alto risco com transtornos psicológicos, etnia com transtornos psicológicos, escolaridade com transtornos psicológicos, tabagista com transtornos psicológicos, etilista com transtornos psicológicos, vítimas de violência física e emocional com transtornos psicológicos, vítimas de violência física com transtornos psicológicos.....	64
Tabela 12 - Violência física e emocional, violência física, episódios de violência física eram utilizados, escolaridade do agressor violência física e emocional, drogas e trabalho do agressor de violência física e emocional, trabalho do agressor físico e emocional, história familiar de violência e medo de quem das vítima e medo de que pessoa as vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005	66
Tabela 13 - Gestação planejada, número de refeições dia, fumo, tipos de fumo e álcool das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.	69
Tabela 14 - Gestações anteriores, via de parto anterior, pré-natal, início do pré-natal em meses gestacionais, gestação de alto risco, encaminhamento ao Centro de Atendimento à Mulher (CAM) das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005	70
Tabela 15 - Doença anterior à gestação, freqüência de consultas pré-natal das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.....	71

Tabela 16 - Acompanhante intra-hospitalar, parentesco dos acompanhantes, acesso a informação da evolução clínica, tipo de informante da evolução clínica das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.....	73
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	<i>Abuse Assessment Screen</i>
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAM	Centro de Atendimento à Mulher
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMM	Comitês de morte materna
CMMIF	Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal
DF	Distrito Federal
DO	Declarações de Óbitos
DSM IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HE	Hospital Evangélico Drº e Srª Goldsby King
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IDB	Indicadores Básicos de Saúde
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i>
MDMs	Metas de Desenvolvimento do Milênio
MS	Estado de Mato Grosso do Sul
NOB	Norma Operacional Básica
NV	Nascidos vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEA	População Economicamente Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNPH	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RJU	Regime Jurídico Único
RIPSA	Rede Interagencial de Informações de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	<i>United Nation Internation Children's Emergency Fund</i>
UTI	Unidade de tratamento intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Aspectos Sócio - Econômicos e Ambientais.....	21
2.2 A Mulher no Trabalho	22
2.3 Aspectos Psicológicos na Gestação.....	26
2.4 Violência Doméstica na Gestação.....	28
2.5 Período Pré-Natal	30
2.6 Assistência Hospitalar ao Trabalho de Parto, Parto e Puerpério	33
2.7 Acesso familiar às informações e acompanhamento intra-hospitalar	35
3 OBJETIVOS	39
3.1 Geral	39
3.2 Específicos	39
4 MATERIAIS E MÉTODOS	40
4.1 Descrição da Área de Estudo.....	40
4.2 Tipo de Estudo	41
4.3 População do Estudo	41
4.4 Operacionalização do Estudo	41
4.4.1 Identificação das mulheres falecidas.....	41
4.4.2 Fonte de coleta de dados.....	42
4.4.3 Entrevistas com familiares.....	42
4.4.4 Instrumento de coleta de dados	42
4.5 Análise dos Dados	43
4.5.1 Cálculo de prevalência de variáveis nos óbitos maternos	43
4.5.2 Razão de mortalidade materna	44
4.5.3 Razão da mortalidade materna específica.....	44
4.5.4 Qualitativa	44
4.6 Aspectos Éticos.....	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6 CONCLUSÃO.....	76
7 RECOMENDAÇÕES.....	78
8 REFERÊNCIAS	79

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE DOURADOS – MS DE 2002 A 2005.....	101
ANEXO A - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	114
ANEXO B - PLANILHA DE GASTOS.....	116
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
ANEXO D - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DO PRESIDENTE DO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL E FETAL	120
ANEXO E - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR GERAL DE ESTUDOS E PESQUISA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI	122
ANEXO F - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB	125

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define morte materna segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças – 10, revisão de 2000, (OMS, 2000) como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

As mortes maternas acidentais e incidentais também são denominadas mortes maternas não obstétricas e, em conjunto com a morte materna tardia, devido a causas obstétricas diretas e indiretas, que ocorreram num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, não são incluídas no cálculo da razão de mortalidade materna (BRASIL, 2002). Em um contexto mundial, a ocorrência de morte materna, é utilizada como parâmetro para avaliação dos serviços de saúde ofertados não somente à mulher, mas da população como um todo (LAURENTI, 2004).

A Organização Mundial de Saúde e o *United Nation Internation Children's Emergency Fund* (UNICEF) comentam que

a mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico (OMS, 1996a; UNICEF, 1996).

Particularmente os óbitos de mães e crianças são interpretados como resultados visíveis de desenvolvimento de uma sociedade, por serem biologicamente vulnerável, assisti-las é um acerto na delimitação de prioridades da saúde pública (OMS, 2005). O ciclo gravídico-puerperal é experiência comum vivenciada pelas mulheres no mundo; cerca de 150 mulheres dão à luz a cada minuto e dessas, mais de uma morre em decorrência de suas complicações (OMS, 1996a).

A mulher está preparada fisiologicamente para a procriar, a gravidez é resultado deste fato. A sua evolução envolve modificações anatômicas, fisiológicas e psicológicas inerentes à sustentação da gravidez, na maioria das vezes sem intercorrências, tanto para o feto como para si mesma (BRASIL, 2000c).

Entretanto, algumas dessas adaptações corporais podem evoluir de forma desfavorável, o que justifica a necessidade de avaliações contínuas, com intervenções inerentes aos sinais de riscos ou agravos à sua saúde (FIEWSKI, 2002; GOUVEIA, 2004). Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitam de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundários e terciários, ou mesmo arrastam-se até o momento do parto, tendo como desfecho, óbito materno em determinados casos, resultante de um conjunto de eventos mal sucedidos (BRASIL, 2000c).

Estudos realizados pela OMS estimaram que em 2005, aproximadamente 529.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, o que representa uma proporção de 400 falecimentos por 100.000 nascidos vivos (NV). Apenas 1% delas viviam em países desenvolvidos. No Brasil, não é bem conhecida a real magnitude do problema pela sub-informação nas declarações de óbitos, segundo a Rede Interagencial de Informações de Saúde - RIPSAs, (RIPSAs, 2005). Mas, segundo os Indicadores Básicos de Saúde – IDB de 2005 dos anos 2001, 2002 e 2003 (IDB, 2004) as razões de mortalidade materna foram respectivamente 70.91/100.000 nascidos vivos (NV) e 75.87/100.000 NV; 72.99/100.000 NV. No Canadá, a morte materna é de 3/100.000 NV, em Cuba 7/100.000 NV, nos EUA 10/100.000 NV e na Argentina 50/100.000 NV (REZENDE, 2000).

O estudo da mortalidade materna tem se mostrado de grande valia para determinar as condições sócio-econômico-culturais de uma sociedade, delimitando o grau de desenvolvimento em que se encontra, no âmbito social e político, assim como a capacidade técnica dos profissionais de saúde e condições de saúde oferecidas a ela (KRIKOR, 2004). A atuação de Comitês de Morte Materna (CMM) implementados nos níveis Estaduais, Regionais e Municipais, integrando um sistema de vigilância epidemiológica de mortalidade materna, vêm sendo gradativamente instituídos no Brasil. No Estado do Mato Grosso do Sul foi reativado em 2001 (BRASIL, 2003a) e, em Dourados, implantado no ano de 2002.

As investigações no Município de Dourados vêm sendo realizadas em todas as Declarações de Óbitos (DO) de mulheres de 10 a 49 anos visando a reduzir ou eliminar discordâncias (DOURADOS, 2005), dessa forma reduzindo a sub-notificação junto à vigilância epidemiológica, conforme a Resolução nº 256 do Conselho Nacional de Saúde. Os indicadores utilizados nas investigações do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal (CMMIF), de acordo com o Manual do Comitê de Morte Materna 2002, padronizado pelo Ministério da Saúde para aplicação em todo o território brasileiro, são de grande valia ao planejamento das ações materno-infantis prestadas no município, com ênfase voltada a

atenção pré-natal e hospitalar, estando os aspectos sociais, ambientais e psicológicos com breve abordagem ou mesmo nenhuma.

Essa observação é pertinente a partir do momento que se distingue o significado de saúde não como ausência de doença e sim como bem estar físico, social e mental, individual e coletivo segundo a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). O olhar eclético da saúde contempla a transversalidade de ações em todos os níveis de atenção, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. Conforme a Norma Operacional Básica - NOB 96:

É válido salientar que as ações de assistência à saúde não se dão somente no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domicílio. Dessa forma, a saúde é inerente ao envolvimento na assistência como também nas intervenções ambientais. Essa avaliação macronômica de saúde congrega o emprego, a habitação, a educação, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais, a renda e o transporte, com acesso universal e igualitário.

Todo esse reconhecimento representa uma conquista inestimável no campo do conhecimento dos direitos da igualdade entre os cidadãos, entre homens e mulheres. Em vários artigos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estão garantidas prerrogativas que até hoje não foram plenamente concretizadas, apesar de esculpidas na Carta Magna. O contexto amplo de saúde à população no Art. 196 da Constituição Federal estabelece “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos...”.

Para que o planejamento em saúde atinja as causas de riscos de doenças é necessário, *a priori*, deixar cair as máscaras que contribuíram para o desfecho de óbito materno (COSTA, 2002b). Segundo Rezende (2000), “Particularmente em países em desenvolvimento, as mortes maternas caracterizam uma epidemia silenciosa”. Essa morte é inerente às oportunidades e qualidade de assistência recebida pela mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério (TANAKA, 1995) como também está relacionada a fatores associados às suas condições biológicas (independentes da gestação), sócio-culturais e econômicas (BRASIL, 2001c).

Por ser um fenômeno fisiológico, a gestação por si só não é considerada uma variação da normalidade a mulher, sendo um fenômeno intrínseco ao período reprodutivo de sua vida, compreendido dos 10 aos 49 anos (GOMES, 2001). O que predispõe ao risco são características específicas sofridas ou agravos em que a mesma está exposta, que possam apresentar probabilidades de evolução desfavorável para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2001c).

O sentido de risco na gravidez direciona a questões enfatizadas a associações com patologias visto como oposto ao padrão normativo no campo fisiológico. A doença configura-se a partir da criação de padrões, de normas (CANGLUILHEM, 1995). É importante ressaltar que durante toda uma gestação podem ocorrer complicações que tornam uma gestação normal em gestação de alto risco. Para que se viabilize a identificação de tais fatores, a gestante deve ser acompanhada em consultas sistemáticas que abordem o contexto amplo de suas vidas, não somente os sistemas corporais envolvidos com a formação fisiológica do feto, possibilitando o mapeamento dos riscos de saúde que a gestante está exposta (BRASIL, 2000c; SCHWARCZ, 1996).

Para a dinamização da “avaliação de riscos”, no contexto amplo de saúde de uma gestante, faz-se necessário abranger o seu contexto sócio-demográfico, história reprodutiva, doenças obstétricas na gravidez atual e daí sim as intercorrencias clínicas (BRASIL, 2001c), ampliando o debate além do campo fisiológico, tentando compreender como a mulher vivencia o processo de gestação e principalmente o que a leva a ter um determinado tipo de vivência (GOMES, 2001).

Cabe à Previdência Social atender, nos termos da lei, “a proteção à maternidade, especialmente à gestação” (artigo 201 da Constituição Federal) e à Assistência Social (artigo 203 da Constituição Federal) por objetivo, inclusive, “a proteção à família, à maternidade, à infância”.

Neste contexto, fazem-se presentes as mulheres residentes no município de Dourados ou aquelas que residem em outros locais, mas que são assistidas no município de Dourados, e que podem ser vulneráveis à opressão e à pobreza, tornando a pesquisa sedutora (GRECO, 1999), uma vez que como afirmam

...os cidadãos de países em desenvolvimento encontram-se comumente em situação de vulnerabilidade em nome de sua falta de poder político, falta de educação formal, pouca familiaridade com as intervenções médicas, extrema pobreza e ainda necessidade de saúde e nutrição... (GLANTZ, 1998, p.39).

Essa dura realidade é vivenciada mais fortemente por mulheres de pele negra e parda em relação às mulheres brancas. Ademais, nas mulheres não brancas são mais elevados os níveis de baixa escolaridade, a falta de trabalho remunerado e das que vivem desacompanhadas (LEAL, 2004a).

Com base na Declaração de Helsinque, discutida por Diniz (2001a), em que “uma probabilidade razoável de que as populações nas quais a pesquisa é realizada se beneficiem

dos resultados da pesquisa, tornando-se, portanto, bastante útil o estudo epidemiológico em questão”.

Diante dessa explicitação de normativas sobre a saúde e para a saúde, o conceito morte materna gera uma reflexão: que fatores de exposição, no contexto amplo do cotidiano da vida das mulheres férteis Douradenses que mais as vulnerabilizam? Como mapeá-los?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos Sócio - Econômicos e Ambientais

A gravidez por ser uma condição especial na vida da mulher, requer que, sejam considerados os contextos social, ambiental e político favoráveis. Embora houvesse, por décadas, o consenso global de que a saúde das mães e das crianças seja uma prioridade pública, muito ainda necessita ser feito no Brasil e no mundo (OMS, 2005).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde produzido pela Organização Mundial de Saúde (2005) ações voltadas para a parcela da população vulnerável, em que se encontram as mulheres e as crianças, atingem suas necessidades humanas de sobrevivência, reduzindo a mortalidade materna e neonatal diretamente. Quando um sistema econômico se deteriora, o desemprego, a pobreza e a violência se difundem, fontes de água, sanitários, eletricidade, estradas, comunicação e controle de doenças minguam além dos sistemas de referências hospitalares se tornarem insuficientes.

Em tais situações, as mulheres e as crianças pagam o preço mais pesado: são as mais vulneráveis e também as mais expostas (os homens tendem a deixar tais áreas em busca de trabalho), permanecendo exclusas do acesso ao cuidado de saúde. As insuficiências atingem também o acesso às informações e às instruções, que são importantes ferramentas na prevenção de doenças. Sua ausência impossibilita que a mulher consiga, por si só, tomar iniciativas de reversão da realidade em que se encontra.

Nessa temática, a cúpula dos chefes de Estados e de Governos mundiais, em Assembléia Geral, no ano de 2000, em Nova York, adotaram o compromisso mundial pela paz, segurança, desenvolvimento, erradicação da pobreza e a promoção dos direitos humanos chamada Declaração do Milênio das Nações Unidas.

Tendo presentes as assimetrias da globalização, a Declaração incorpora uma série de compromissos que passaram a ser conhecidos como Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs) – *Millennium Development Goals* [MDGs], dos quais o primeiro é o de reduzir à metade, até 2015, o número de pessoas que vivem em pobreza extrema e famintas. Outras metas são: a universalização do ensino primário, a redução da mortalidade materna em três quartos e da mortalidade infantil em dois terços, a reversão da epidemia do HIV/Aids e de

outras doenças contagiosas, a redução do número de pessoas que vivem sem água potável e a promoção da igualdade de gênero (SARDENBERG, 2005).

Nesse contexto, precisam ser resgatadas a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico (em especial o acesso às tecnologias da informação e da comunicação), que se apresentam transversalmente e permitem a realização de todas as MDMs. O Brasil sempre desempenhou papel importante nas grandes conferências e tem contribuído para a adoção de propostas construtivas, equilibradas e de consenso, com exemplos de “boas práticas”, constituindo programas comprovadamente bem sucedidos e passíveis de réplica em outros países.

Os programas sociais agregados à campanha brasileira contra a fome e a pobreza – o programa “Fome Zero”- têm gerado grande expectativa na ONU. Embora a pobreza seja assimilada, prioritariamente, à África e à Ásia, houve uma elevação na América Latina, conforme estudo da Cepal, a 220 milhões em 2002, o que corresponde a 43,4% da população da região (SARDENBERG, 2005). Como a morte materna é diretamente relacionada à falta de oportunidades em âmbito social e político, a mensuração dos contextos em que ocorrem elege um debate adequado ao olhar de saúde não como ausência de doença (PEREIRA, 2002), mas a falta de uma estrutura propícia à implementação da saúde.

2.2 A Mulher no Trabalho

Uma das características mais evidentes do desenvolvimento do ser humano no seu contexto social são as constantes alterações em valores, práticas e papéis que desempenham (ALVES, 2000). Dentre esses papéis pode-se destacar o da mulher que de “cuidadora” familiar passa também a integrar o mercado de trabalho após a II Guerra Mundial, atuando em indústrias, pela falta da mão de obra masculina (COSTA, 2001).

No Brasil, essa transformação do papel feminino observa-se paliativamente, com princípio na introdução da produção em domicílio de pequenos artesanatos e a ajuda ao esposo nos comércios familiares (SCOTT, 1994). Isso ocorria porque o número de filhos era vasto e ela não tinha com quem deixá-los, impedindo-a de ir ao público (BRUSCHINI, 2000). Com a urbanização da sociedade o trabalho tornou-se a única fonte de receita familiar, antes apoiada com fonte de renda secundária como hortas, pomares, ou mesmo pequenas vendas de produtos excedentes produzidos em casa, agora ligados diretamente à pagamento em dinheiro pelo desempenho individual, na prestação de serviços (PAZELLO, 2003; SENNA, 1993).

Acrescidas a isso, despesas que a família obteve em âmbito urbano com aluguel, roupa, transporte, etc, impulsionou as mulheres a abrirem as fronteiras de seus lares e saírem de suas casas (COSTA, 2000).

O trabalho doméstico barato e invisível, exercido pelas mulheres, incluía o cuidado à prole numerosa, tornando o controle de natalidade uma exigência (WILLIS, 1973) para poderem integrar o mercado de trabalho com menos preocupações. Nos anos 80, esse ideário se reforça, sendo proclamado por movimentos feministas, o direito a não-reprodução e ao prazer (SCHOR, 2000). Corpo, prazer e direitos reprodutivos juntaram mulheres em torno da idéia de uma existência feminina não necessariamente destinada à reprodução, tornada factível com o advento da pílula nos anos 60 (SANCHES, 2003).

Assim o trabalho fora dos limites domésticos pôde ser construído, o que não a desvinculava das funções domésticas. A mulher teve que reprogramar o tempo aplicado à casa mudando suas práticas (SOIHET, 2000). A mulher perpetua nos dias de hoje o seu trabalho dentro do lar, a “jornada dupla”. O trabalho doméstico de cuidados com a casa, marido e filhos não é visto como trabalho e, sim, como uma função da mulher (FIEWSKI, 2002). A sociedade cobra que a família seja bem assistida, ficando ao encargo da mulher a tarefa de providenciar a harmonia no lar (PAZELLO, 2003).

Por essa razão, quase que de forma geral e oculta, a mulher é motivada, algumas vezes, a abrir mão da maternidade ou adia-lá, bem como o casamento, em função de seu trabalho profissional (TEIXEIRA, 1999). O autor ainda ilustra que socialmente a mulher só é considerada como trabalhadora, quando exerce alguma atividade fora do lar, ou seja, que tenha uma profissão remunerada. Contudo, esta visão está sendo mudada com o provimento do sustento da família por mulheres. E o cuidado com o lar e os filhos tem sido considerado como atividade de trabalho, com direitos ao descanso, divisão de tarefas com o companheiro e demais membros da família.

Pode ser visto em dados do IBGE 2006, por exemplo, que sobre os arranjos familiares mais freqüentes na sociedade brasileira, o percentual de famílias, cuja pessoa responsável pelo domicílio é a mulher, vem aumentando ao longo dos anos, o que demonstra não somente sua potencialidade, mas também a necessidade dessa inserção no mercado de trabalho, por necessidades financeiras (GELINSKI, 2005). Dessa forma, pode-se afirmar que a mão de obra feminina é parte fundamental na cadeia produtiva brasileira (MONTALI, 2002). Segundo esse autor, são milhares de trabalhadoras, no campo e na cidade, contribuindo para o desenvolvimento e sustentação do país.

Aliada a esta função existe o direito e a responsabilidade, não da mulher, mas da humanidade, de perpetuar a espécie humana. Sendo assim, a sociedade criou mecanismos de proteção à maternidade e de combate à discriminação ao gênero feminino como a Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995 (BRASIL, 1995) que proíbe a prática discriminatória no acesso ao emprego. No Brasil, a legislação trabalhista contempla tanto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que vigora no setor privado, quanto o Regime Jurídico Único (RJU), no setor público, proteção à mulher.

As garantias admitidas à gestante possuem cláusulas que têm por objetivo preservar a saúde da mulher e da criança durante a gravidez como:

Art. 391. Não constitui justo motivo para rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou encontrar-se em estado de gravidez.

Parágrafo Único. Não serão permitidos em regulamentos de qualquer natureza contratos coletivos ou individuais de trabalho, restrições ao direito da mulher ao seu emprego, por motivo de casamento ou gravidez.

Art. 392. É proibido o trabalho da mulher grávida no período de quatro (4) semanas antes e oito (8) semanas depois do parto.

1º Para fins previstos neste artigo, o início do afastamento da empregada de seu trabalho será determinado por atestado médico nos termos do art. 375, o qual deverá ser visado pela empresa.

2º Em casos excepcionais, os períodos de repouso antes e depois do parto poderão ser aumentados de mais duas (2) semanas cada um, mediante atestado médico, na forma do parágrafo 1º.

3º Em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito às 12 (doze) semanas previstas neste artigo.

4º É garantido à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos:

I - transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurada à retomada da função anterior exercida, logo após o retorno ao trabalho;

II - dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

Art.393. Durante o período a que se refere o art.392, a mulher terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho, bem como aos direitos e vantagens adquiridos, sendo-lhe ainda facultado reverter à função que anteriormente ocupava (CARRION, 2000, p. 391-392).

As leis, apesar de claras, nem sempre são cumpridas pelos empregadores; não há como negar que a mulher se encontra em situação diferenciada do sexo oposto, pois diminui seu ritmo de trabalho, alheio a sua vontade, tem de faltar ao trabalho para realizar consultas médicas, desenvolve patologias pela gestação e ou desencadeadas pelo exercício do trabalho, o que pode vir a afastá-la de suas funções no período gestacional (FIEWSKI, 2002).

No trabalho feminino há uma série de fatores a serem considerados, já estudados por Pelosso (1981):

O organismo feminino está fisiologicamente destinado a assegurar a função de reprodução (gestação e parto), pelve mais larga, parede abdominal mais flexível, predomínio da parte inferior do corpo sobre o tórax. O esqueleto feminino é mais frágil, o desenvolvimento muscular menos importante. Igualmente, o coração e os pulmões menores. O assoalho pélvico não é tão fechado como no homem o que impede uma contração mais eficiente da musculatura abdominal e diafragmática para esforço físico.

Porém, quando a mulher gesta, esses fatores são acentuados, o processo gestacional produz grandes alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas no corpo feminino. Rezende (2005) salienta que as alterações decorrentes da gestação ocorrem principalmente devido a fatores hormonais e mecânicos. Essas alterações são adaptações do corpo, para que o mesmo possa receber o embrião e fazê-lo se desenvolver nas melhores condições.

Ziguel (1985) afirmou que o sistema músculo-esquelético é o que sofre mais alterações, pois ocorre um relaxamento das articulações pela ação hormonal da relaxina, provocando um andar característico, chamado anseriano, que em algumas ocasiões pode provocar quedas e acidentes no local de trabalho. Há também uma mudança da postura acentuando a lordose, como consequência ocorre uma sobrecarga dos músculos intercostais, além da ampliação da base de sustentação do corpo (abertura dos pés), na tentativa de manutenção do equilíbrio.

Todas estas modificações anatômicas e fisiológicas trazem desconforto à gestante, contudo são consideradas normais na gravidez sadia. Quando estes desconfortos se somam a alguma atividade de trabalho ou não adaptação à mesma, pelo uso inadequado dos equipamentos, utensílios e mobiliários podem acarretar riscos comprometedores à saúde da trabalhadora. Este fato pode prorrogar-se além da gravidez, afastando a trabalhadora de suas atividades, não apenas no período gestacional, mas, após o parto ou até mesmo invalidando-a para atividades produtivas (FIEWSKI, 2002).

Para Burroughs (1995), a gravidez exige adaptações que extrapolam ao controle da mulher, ela espera que mesmo grávida possa continuar a desenvolver todos os trabalhos que fazia anteriormente, porém as modificações corporais, sejam de ordem mecânica ou hormonal, a impedem de exercer determinadas atividades, principalmente as que necessitam de rapidez, concentração, precisão, transporte de cargas, entre outras. Dessa forma, todas as atuações em trabalho exercidas pelas mulheres, devem levar em conta os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, tanto no âmbito público como no lar, pela potencialidade de interferências recíprocas em consequência de agravos sofridos.

No Brasil - Ministério do Trabalho e Emprego, (BRASIL, 2005b) em 2005, 98.031.971 pessoas pertenciam à População Economicamente Ativa (PEA), dessas 43,5%

eram mulheres, em dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 1990, a PEA de mulheres era de 35,5%, em 1995 de 40,1% da prestação de serviços do país. Essa progressão de 8% de 1990 a 2005 representa um crescente avanço das mulheres na força de trabalho do país (BRITTO, 2000).

2.3 Aspectos Psicológicos na Gestação

A gravidez pode ser considerada um período de grandes mudanças para a vida da mulher, que se inicia desde o momento em que ela se descobre grávida até o ápice desse processo – o parto, com o nascimento de seu filho (BAPTISTA, 2005).

A mulher grávida pode deparar-se com uma crise de identidade, conseqüente das diversas alterações do seu corpo, o que a deixa mais sensível. O desenvolvimento da gestação causa expansão do espaço interno, do peso, do volume, alterações hormonais, da libido sexual, da postura, do eixo gravitacional, o seu corpo como um todo se modifica (SOIFER, 1992; KENNERLEY; GATH, 1989). Essas mudanças fisiológicas e orgânicas podem trazer transformações comportamentais, inclusive desencadeando ou exacerbando sintomatologia depressiva. Quanto à categoria depressão, a Classificação Internacional de Doenças, Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas - CID 10 – da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) expressa como:

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo.

Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número

e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

A *American Psychiatric Association* (1994), no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) propõe instrumentos que permita interpretações de eventos para caracterização dos fenômenos psíquicos, no caso da depressão temos: “Um transtorno afetivo de humor, que ocorre em um período mínimo de duas semanas, envolvendo episódios depressivos e mais, pelo menos quatro das seguintes sintomatologias propostas pelo CID 10” acima mencionadas acrescida de pensamento suicida e desvalia (ZUCCHI, 1999).

Como alguns dos sintomas da gravidez confundem-se com os gestacionais, estudos realizados para a mensuração da depressão obtiveram baixo valor preditivo (HOLCOMB, 1996), além de utilizarem escalas de depressão para a população em geral e não específica em gestantes (CLARK, 2000; AREIAS, 1996), pela escassez de tal abordagem. Melhores resultados são vistos em escalas específicas de pós-parto (AUSTIN, 2005).

A depressão no último trimestre de gestação apresenta-se de forma mascarada, envolvendo manifestações de ansiedade e irritabilidade direcionada aos outros e a si mesma, sendo assim destacada a dificuldade e a importância da detecção precoce desse transtorno (RIGHETTI, 2003). Estudos recentes revelaram que transtornos psiquiátricos, subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves conseqüências materno-fetais, até mesmo durante o trabalho de parto (JABLENSKY *et al.*, 2005; SENG *et al.*, 2001).

Na gravidez a depressão está agregada a partos prematuros (ZUCCHI, 1999), em associação a dificuldades econômicas, ausência de um parceiro ou de suporte familiar e social (ZUCKERMAN, 1989; ORR, 1995; COPPER, 1996). Diversas questões ainda estão em aberto no que se refere a um tema tão amplo quanto a saúde mental das mulheres em período de gestação e puerpério. Por mais contraditório que possa parecer, muitas pacientes apresentam tristeza ou ansiedade em vez de alegria nessas fases de suas vidas. Os limites entre o fisiológico e o patológico podem ser estreitos, o que pode gerar dúvidas em obstetras, clínicos ou psiquiatras e a presença da depressão na gestação pode por em risco a vida da mulher e da criança (CAMACHO, 2006).

Dezadorlf (1995) afirma que a assistência à saúde deve ser prestada com um olhar para averiguações de possíveis déficits biopsicossocial e a área emocional não deve ser subestimada. Por isso, os autores propõem intervenções em diversas áreas, como na área biológica (controle de patologias por meio do tratamento); cognitiva (providenciar informações a paciente em um processo psicoeducacional, com o propósito de compreender seu problema, facilitando a adaptação e enfrentamento), comportamental (desenvolver o

autocuidado) e afetiva (discussão e enfrentamento dos estados de ansiedade, de depressão e hostilidade).

Reichenheim (2000), por ver que esse era um evento frequentemente visto fora do Brasil, avaliou a equivalência do instrumento proposto pela *American Psychiatric Association* (1994) no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) que serviu de norte para o levantamento do perfil epidemiológico do estudo em questão.

2.4 Violência Doméstica na Gestação

Desde o início da década de 1970, a violência contra a mulher tem recebido crescente atenção e mobilização. A importância dada ao problema é fruto da crescente conscientização das hierarquias e das desigualdades de gênero, da lentidão do estado em implementação dos direitos da mulher e do enfrentamento do problema em âmbito público, visto não somente como assunto inerente ao núcleo em que ocorre, mas como um problema de saúde pública de graves dimensões (MENEZES, 2003; SCHRAIBER, 2002).

A disseminação do problema da violência contra a mulher, em todos os países do mundo, vem sendo discutida pela OMS. Estima-se que pelo menos um quinto da população feminina mundial tenha já sofrido violência física ou mesmo sexual, em algum momento de sua vida (OMS, 1997). Quem cunhou a expressão “violência contra a mulher” foi o movimento social feminista, há pouco mais de 20 anos (SCHRAIBER, 1999; GROSSI, 1995) e em Assembléia Geral das Nações Unidas em 1993, foi reconhecida a violência contra a mulher como:

qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres, incluindo também ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada (OMS, 1997).

O termo violência doméstica destina-se ao emprego de violência cometida por membros pertencentes ao grupo familiar, inclusive sem funções de parentesco, que convivem no mesmo espaço doméstico. Incluem-se empregados, pessoas que convivem esporadicamente e agregados (BRASIL, 2002), porém cometida à mulher, geralmente, por seu parceiro íntimo (ELLSBERG, 2000). Por violência familiar entende-se a praticada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou

por vontade expressa. No Brasil a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006) cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo um grande passo para preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Em seu capítulo II, das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, diz que:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Dentre as medidas cabíveis do atendimento pela autoridade policial caberá, entre outras, cumprir a medida protetiva de urgência defendida e ao agressor a prisão preventiva, caso o juiz assim o decida. Uma das formas mais evidentes de violência contra a mulher é a praticada pelo seu parceiro (HAILE, 1999; MENEZES, 2003), muitas vezes aceito pela sociedade como um fenômeno cultural, como forma de ação disciplinar sobre a esposa (MENEZES, 2003). Essa agressão íntima significa violência repetida e contínua que, muitas vezes, perpetua-se cronicamente por muitos anos ou até vidas inteiras (SCHRAIBER, 1999).

Esta violência tem conseqüências para a saúde que vão além dos traumas óbvios das agressões. A cascata de eventos na violência contra a mulher repercute em queixas ginecológicas, depressão, suicídio (STARK, 1996), doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, dentre outras (HEISE, 1994a), tendendo a utilizar mais os serviços de saúde (STARK, 1996; MACCAULEY, 1995). A violência tende ainda ser maior no período em que a mulher está grávida (MCFARLANE, 1992). Embora não sejam dados conclusivos, estudos apontam a gravidez como fator de risco para a violência doméstica (EILENBERG,

1996). Isso fez com que alguns autores postulassem que a gravidez poderia ser m período com maior risco para sofrer a violência (STARK, 1996).

Os danos à saúde causados pela violência doméstica, praticada em gestantes, têm conseqüências diretamente relacionadas ao trabalho de parto prematuro e perdas fetais (JEEBHOY, 1998), abortamento e natimortalidade (WEBSTER, 1994), dores pélvicas, cefaléia, depressão (COKER, 2000), tentativa de suicídio (OMS, 1997), síndrome do estresse pós-traumático, ansiedade (EILENBERG, 1996), retardo em iniciar o pré-natal (GAZMARARIAN, 2000), todas causas que podem levar, ou se somarem, para o desfecho de um óbito materno.

2.5 Período Pré-Natal

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução dá-se, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades (BRASIL, 2001c). O adequado atendimento profissional à mulher durante a gestação desempenha um papel fundamental na detecção de bons resultados de saúde (CECATTI, 2005). Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a freqüência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal (LORENZI, 2001). A atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioridade na história de saúde pública do Brasil (TREVISAN, 2002). Com a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1983, ampliou-se o elenco de ações de saúde à população feminina, destacando a atenção pré-natal (OSIS, 1994).

Para que seja feita uma averiguação de possíveis evoluções desfavoráveis em gestações é necessário um acompanhamento adequado durante o transcorrer de todo o ciclo gestacional, diagnosticando as possíveis gestantes de alto risco (COSTA, 2005; TREVISAN, 2002; GOUVEIA, 2004). Por gestação de alto risco entende-se aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingidas por complicações que a média das gestações (BRASIL, 2001c).

Segundo o Manual produzido pelo Ministério da Saúde de 2000, em sua 4ª edição, têm-se como fatores de risco na gravidez:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis:
 - Idade menor de 17 anos e maior de 35 anos;
 - Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horários, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
 - Situação conjugal insegura;
 - Baixa escolaridade;
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
 - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas
2. História reprodutiva anterior
 - Morte perinatal explicada ou inexplicada;
 - Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;
 - Abortamento habitual;
 - Esterilidade/infertilidade;
 - Intervalo interpartal menor que 02 anos ou maior que 05 anos;
 - Nuliparidade e multiparidade;
 - Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
 - Cirurgia uterina anterior;
3. Doenças obstétricas na gravidez atual
 - Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
 - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
 - Ganho ponderal inadequado;
 - Pré-eclampsia e eclampsia;
 - Diabetes gestacional;
 - Amniorrexe prematura;
 - Hemorragias da gestação;
 - Aloimunização;
 - Óbito fetal;
4. Intercorrências clínicas
 - Hipertensão arterial
 - Cardiopatias
 - Pneumopatias;
 - Nefropatias;
 - Endocrinopatias;
 - Hemopatias;
 - Epilepsia;
 - Doenças infecciosas;
 - Doenças autoimunes;
 - Ginecopatias.

A identificação de grávidas de alto risco representa o principal elemento na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, demandando um acompanhamento especializado, embora as outras funções de profilaxia e monitoramento da gravidez, desenvolvidas durante a assistência pré-natal, constituem-se em práticas de promoção da saúde e de preparação para a maternidade (LEAL, 2004b).

Um ponto de partida político no Brasil, no final dos anos 90, foi o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNPH) enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado um indicador da qualidade da atenção, e a humanização (SERRUYA, 2004). O PNPH preconiza a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, uma gama de exames e a consulta puerperal, implantado com a

Portaria nº 570, de 01 de junho de 2000 (BRASIL, 2000b), tendo dessa forma uma padronização nacional de acompanhamento pré-natalista propícia à averiguação de possíveis estados patológicos desencadeantes de situações de alto risco (TREVISAN, 2002).

Para Tanaka (1995) a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gestação revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. Por esse autor, as patologias gestacionais estão inclusive ligadas diretamente à situação econômica em que as gestantes estão inseridas, como também à sociedade em que se encontram, refletindo dessa forma, no tipo de serviço oferecido às mesmas.

Os serviços de saúde prestados carecem do cumprimento de normas e rotinas, por parte dos profissionais no preenchimento dos registros de cuidados dispensados que, quando são feitos, constataam a real necessidade de prestação de cuidados dessa fase (CÁMUS, 1992; SIKOSANA, 1994; SILVEIRA, 2001). No caso das gestantes de alto risco esse acompanhamento adequado deveria ser seguido à risca, mas segundo o estudo de Santos (2000a), apresentam-se proporcionalmente mais inadequado ou intermediário, quando comparado com as acompanhadas de menores riscos.

As consultas em gestantes devem ressaltar a importância da identificação de riscos no contexto amplo de suas vidas de modo a mapear suas exposições, em seus diversos aspectos como: social, reprodutivo, doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas (BRASIL, 2001c) indo ao encontro com a proposta do PAISM para a saúde da mulher, vendo-a no seu conjunto de saúde (LAURENTI, 1997, SERRUYA, 2004).

Mas o PAISM não foi proposto somente para aprimoramento no olhar a gestante, mas sim abranger a saúde da mulher integralmente, em todas as fases de sua vida (OSIS, 1994). Nessa visão, questiona-se o acesso aos cuidados holísticos de saúde no período pré-concepção, na efetividade do planejamento de sua prole (VIEIRA, 2002) ou mesmo em questões como tabagismo (ZULLINI, 1998; KROEFF, 2004), etilismo (KAUP, 2001) e doenças sexualmente transmissíveis (MURTA, 2001; MARTINS, 2004), todos fatores que se afluem e se intercalam na vida feminina, influenciando diretamente as gestações (OSIS, 1994).

A integralidade da assistência à saúde da mulher age sinergicamente (LEAL, 2004b) na difusão das necessidades para o transcurso de uma gestação sadia, simplesmente pelo fato de a mulher permanece no período reprodutivo dos 10 aos 49 anos, sendo assim impossível à gestação ser trabalhada em separado do seu contexto de vida e saúde (KILSZTAJN, 2003). A prevenção de doenças e a promoção de saúde para a mulher menina, moça e mãe devem vê-la

como um todo, um ser humano em mutação, em adaptação com o meio onde vive, em qualquer das fases em que se encontrem, principalmente pelo fato de que nos países em desenvolvimento a assistência médica recebida na gestação representa, talvez, a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica (BELFORT, 1987).

O esclarecimento de que a saúde à mulher não deve apenas promover uma prole saudável, mas sim uma mulher saudável, retira vícios de prestação de serviços à saúde da mulher voltada exclusivamente para um útero gravídico, enxergando os outros aspectos sociais de sua saúde (TREVISAN, 2002). O desfecho desfavorável de uma gestação, com seu término em óbito materno, é o espelho de uma cascata de eventos que influenciavam nas vidas das vítimas, vindo à tona no momento da gestação, do parto ou puerpério, eventos que poderiam ser identificados e sofridos as devidas intervenções preventivas (KILSZTAJN, 2003; COSTA, 2005).

2.6 Assistência Hospitalar ao Trabalho de Parto, Parto e Puerpério

As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna são dependentes do acesso e da qualidade da atenção realizada pelos serviços de saúde, especialmente na atenção ao parto e puerpério (COSTA, 2005).

Com o advento do parto institucionalizado em meados do século XX, passando de um evento vivenciado em âmbito doméstico a um público, no intuito de redução da morbidade e mortalidade materna, o parto vem sofrendo paulatinamente um processo chamado de “medicalização do parto” (ENKIN, 2005). Sua tese baseia-se em intervenções médicas para controlar o processo fisiológico do parto tornado mais rápido, limpo e científico, minimizando o desgaste da parturiente no processo de “dar a luz” (BRASIL, 2003b).

O processo de medicalização do parto no Brasil veio a se completar somente a partir do ano de 1960, quando houve a expansão da cobertura médica hospitalar, substituindo e desencorajando a atuação de parteiras por todo o território nacional. O aumento do número de médicos obstetras disputando o mercado de trabalho também contribuiu para isso. As práticas invasivas vieram com essa evolução em obstetrícia, condizente com o processo de medicalização da sociedade brasileira, diretamente relacionado com a atuação médica (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde, (1985) propôs mudanças no atendimento ao parto hospitalar/medicalizado que incluíam incentivo ao parto normal, aleitamento materno pós-parto imediato, alojamento conjunto e recomendando modificações nas condutas de rotinas hospitalares, consideradas como desnecessárias, geradoras de riscos e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto como episiotomia, amniotomia, enema e tricotomia e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas.

A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende-se que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos. O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras, busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto e, portanto, menos agressivas e mais naturais.

O caráter multifacial das complicações obstétricas que levam a óbitos maternos desperta o questionamento profissional e institucional para condições capazes de diminuição de tais agravos, pendendo para um reconhecimento das recomendações internacionais da medicina baseada em evidências (BRASIL, 2003b).

Apesar de a cesariana ser aplicada abusivamente no mundo, principalmente no Brasil a partir dos anos 70 (FAÛNDES, 2004), é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou criança quando ocorrem complicações durante a gravidez e o parto (BARBOSA, 2003). Por outro lado, o parto operatório, em gestantes de alto risco, é procedimento importante que, em determinadas e precisas indicações, diminuem consideravelmente a mortalidade materno-infantil (OMS, 1985; VICTORA, 2001). Contudo, não se pode mensurar o impacto da medicalização do parto somente pelo crescimento das taxas de cesáreas. As séries de práticas que têm por finalidade intervir, monitorar e controlar a gravidez e o parto faz parte da sua institucionalização (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Além das intervenções técnicas da equipe de saúde no parto tem que se levar em conta outros aspectos que atuam no processo do nascimento e o que influenciam negativamente, como a peregrinação ao acesso à rede hospitalar, as referências hospitalares em obstetrícia de alto risco, nem sempre efetivas, dentre outros, dependentes diretamente de políticas de governo que abracem a causa do binômio mãe-filho sadio (TANAKA, 1995).

Quando se cita o desempoderamento materno sobre o processo de parto, conseqüente da sua medicalização, por vezes, esquece-se de todo um conjunto institucional, influenciado pelos planos políticos, que insatisfazem e geram insegurança, começando pelo acesso aos serviços de pré-natal com seu desfecho no parto institucional, gerando estresse, em um momento que a parturiente necessitaria de acolhimento e compreensão. A exclusão da mulher com a peregrinação em busca de uma vaga para parir agrava-se para gestantes de alto risco, que dependem de leitos especializados e de UTI neonatal, o que pode prolongar a procura (TANAKA, 1995).

E estar em uma instituição não significa necessariamente que há um contingente de equipe multidisciplinar para o seu atendimento e, menos ainda, que as rotinas aplicadas são atualizadas e seguras. A paciente torna-se refém, conseguindo mensurar a simpatia da equipe e hotelaria oferecida a ela, mas não consegue o mesmo em condutas técnicas assistencialistas, gerando insegurança, primeiramente por não poder se manifestar quanto ao que está podendo observar e, segundo por estar impotente a submissa em condutas desconhecidas (DINIZ, 2001b).

Esse processo poderia ser revertido com a aplicação das recomendações feitas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo, 1994 na Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, 1995, com orientações interpretativas das normas contidas nos tratados de direitos humanos e, também contempladas na Constituição Federativa do Brasil de 1988, que asseguram à mulher, como a qualquer outro cidadão, o acesso a informações sobre a sua saúde, a tomada de decisão sobre as condutas que serão submetidas, proteção à tortura que, infelizmente é desconhecida pela população nacional (DORA, 1998).

2.7 Acesso familiar às informações e acompanhamento intra-hospitalar

A eficiência do Sistema de Saúde está fortemente ligada a qualidade do relacionamento entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento hospitalar (PNPH). Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo sistema de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 1990; MEZOMO, 1993, KOTAKA, 1997).

Carr-Hill, (1992) faz a analogia das opiniões feitas por usuários quanto à sua satisfação perante os serviços de saúde, citando que os conflitos e qualidades observadas, que muitas vezes passam despercebidas aos funcionários e às outras pessoas, cujas necessidades são diversas daquelas (KOTAKA, 1997). Dentre essas observações encontram-se os direitos dos cidadãos, como o acesso às informações do tratamento, já contempladas em normas “obrigatórias” a todas as instituições hospitalares.

Nos últimos anos, diversos atores sociais têm se empenhado na criação, promoção e implementação de novos direitos reprodutivos. Entre esses configuram o direito da mulher à assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério. Esse direito é explicitado na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979, em que afirma que a mulher tem o direito à “assistência apropriada no pré-parto, parto e puerpério” (NAÇÕES UNIDAS, 1979), e reafirmado na Conferência Mundial de Direitos Humanos “direito da mulher a uma assistência de saúde acessível e adequada” (NAÇÕES UNIDAS, 1993).

Essa categoria de direitos foi recentemente denominada de direitos relativos ao parto e ao nascimento (A PANOS, 2001) e a definição do que seja “assistência apropriada” à saúde materno-infantil, sendo tema de debates com diversos atores sociais, profissionais engajados na área da saúde e dos direitos humanos e tem resultado na produção de múltiplos discursos tidos como “Humanização do Parto e Nascimento” (DINIZ, 2001b; TORNQUIST, 2003).

A discussão do aprimoramento da assistência de saúde prestada a mulheres, particularmente em relação ao parto e nascimento, o fato da presença de um acompanhante hospitalar foi averiguado em importantes pesquisas sobre parto no mundo inteiro e está contido em diversos documentos, entre eles: *Care in Normal Birth: A Prática Guide* (OMS, 1996a) e *World Health Day: Safe Mother Hood* (OMS, 1998) fazendo uma importante crítica à excessiva medicalização do parto, orientado pelo modelo tecnocrata da assistência, no sentido que lhe atribui Davis-Floyd (1992).

Essas evidências levaram a OMS (1985) a recomendar, na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto, a presença do acompanhante durante o parto e o nascimento:

O bem-estar da nova mãe deve ser assegurado por meio do livre acesso, de um membro da família, ou de sua escolha, ao parto, nascimento e durante o período puerperal. Além disso, a equipe deve proporcionar-lhe apoio emocional (OMS, 1985).

Recomendações e leis nacionais e internacionais, assim como o discurso de formuladores de políticas públicas, juristas, sanitaristas e acadêmicos, reconhecem a

importância que tem a presença do acompanhante no parto, com a pretensão de incentivar, por diversas abordagens, os profissionais de saúde a aderirem a tais iniciativas e valorizarem a maternidade naturalizada e a valorização do ser humano (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). Em âmbito político, a Assistência Humanizada ao Parto e ao Nascimento no Brasil constitui um conjunto de portarias, com incentivo à assistência pré-natal, à organização, regulação e novos investimentos na assistência obstétrica com foco na integralidade e afirmação dos direitos da mulher incorporados com diretrizes institucionais (BRASIL, 2003b).

Diante dessas iniciativas, encontra-se o parto normal sem distorção realizado por enfermeiro obstetra, referência hospitalar para gestante de alto risco, pagamento de um percentual máximo de cesarianas, limites institucionais para o parto cirúrgico, Prêmio Galba de Araújo, Mãe Canguru, o programa de humanização no parto e nascimento que abrange o pré-natal e o nascimento, o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e atualmente a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005c) que e a Lei Municipal de Dourados-MS nº 2.738 de 04 de abril de 2005 (DOURADOS/MS, 2005) que obriga à rede SUS permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Essa temática de iniciativas em relação à maternidade acabou ganhando força quando ocorreu à regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNPH) em maio de 2000, que contemplava usuários hospitalares do SUS, independente da especialidade. O objetivo do PNPH seria o de aprimorar as relações entre profissionais e entre usuários e profissionais, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por essas instituições.

Atualmente, o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico, o Humaniza SUS (BRASIL, 2004). Seus princípios norteadores propõem compromissos com os direitos do cidadão, trabalho em equipe multiprofissional, construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede SUS com um controle social em caráter participativo, além de valorização dos profissionais da saúde, indiretamente contemplando a linha de humanização no parto e nascimento.

Independente das políticas de governo quanto ao olhar humanizado para o atendimento prestado aos clientes SUS, as evidências científicas em condutas obstétricas que deveriam ser estimuladas são claras e precisas. Dentre as propostas internacionais e nacionais estão a direito da mulher de escolher seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto,

além de receberem as informações e explicações que desejarem (OMS, 1996b; BRASIL, 2003b).

Mas para entender-se a razão da esquivia profissional quanto a essa necessidade, tanto familiar como da parturiente, é necessário relembrar como foi feita à separação histórica da mulher do seu berço familiar na hora do parto.

Até meados do século passado, as mulheres eram acompanhadas por outras pessoas durante o trabalho de parto na maioria das sociedades e culturas. No entanto, as formas de acompanhamento variam segundo o contexto social e histórico, sendo moduladas a partir de diferentes valores culturais (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002). Foi apenas com o advento do parto hospitalar que a mulher passou a ser afastada do seu meio e de seus entes queridos durante esse evento.

As evidências científicas apontam para o fato de que a presença de um acompanhante na evolução no trabalho de parto e parto e pós-parto predispõe a suas evoluções com tranquilidade, facilitando esse processo, acarretando melhoria dos indicadores de saúde da mulher e do recém-nascido e do bem estar de ambos (HODNETT, 2000; DOMINGUES, 2000; CZARNOCKA, 2000). A presença, em acompanhante, além de reduzir significativamente o percentual de partos cesarianos, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia/ocitocina e principalmente a hospitalização prolongada dos recém-nascidos, contemplados na revisão sistemática da biblioteca Cochrane (HODNETT, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar a mortalidade materna ocorrida no Município de Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul, no período de 2002 a 2005 de acordo com o perfil clínico epidemiológico, social, econômico e ambiental.

3.2 Específicos

- investigar a mortalidade materna de acordo com o perfil clínico epidemiológico: etnia, faixa etária, realização de exame pré-natal, número de gestações, gestações de alto risco, número de filhos, planejamento familiar, violência doméstica, aspectos psicológicos, causa de óbito, momento do óbito e local, dentre outros;

- conhecer a condição social econômico e ambiental do cotidiano das vítimas de óbitos maternos durante o período gestacional, parto e puerpério: situação conjugal, escolaridade, ocupação, moradia, transporte, renda per capita, além do acesso ao acompanhante intra-hospitalar, dentre outros.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Descrição da Área de Estudo

O município de Dourados localiza-se na parte sudeste do Estado de Mato Grosso do Sul, 224 km a sudeste da capital do Estado, Campo Grande, estando a 130 km de distância da fronteira seca com o Paraguai, limitada pelo Município de Ponta Porã. Possui 4.086.39 quilômetros quadrados de extensão territorial. Sua localização geográfica está em latitude – 22° 13', longitude +54° 48' = +3h 39 m, altura em 430m.

Sua economia baseia-se na agricultura, predominando o plantio de soja, milho, sendo também grande produtor do rebanho suíno, de aves e bovino. A indústria vem apresentando leve crescimento nos últimos anos e o comércio é um dos grandes empregadores da população ativa no mercado, principalmente para as mulheres. Apresenta-se como o segundo maior município do Estado em população, com 186.357 habitantes em 2006 (DATASUS, 2006) sendo 50.8 % composta por mulheres.

A rede hospitalar municipal é composta de 01 instituição pública, o Hospital Universitário, com atendimentos de baixa e média complexidade, não prestando serviços obstétricos; 05 instituições privadas e dentre essas, somente uma prestadora de serviço ao SUS (unicamente em cirurgias cardíacas), que atendem aos serviços de obstetrícia com ênfase em cesarianas que são: Hospital Santa Rita, Santa Rosa, Mater Dei, São Luiz e Hospital do Coração; 02 instituições Filantrópicas com prestação de serviço ao SUS, o Hospital da Missão Caiuá “Porta da Esperança” com clientela indígena e o Hospital Evangélico Drº e Srª Goldsby King (HE) com atendimentos em diversas áreas, inclusive em obstetrícia.

O Hospital da Mulher é uma extensão dos serviços do HE com atendimento exclusivo ao SUS em pediatria e obstetrícia. Sua estrutura física pertence à Secretaria Estadual de Saúde estando cedida mediante contrato à administração do HE. É referência em maternidade de alto risco para Dourados e 34 municípios do Estado segundo regionalização.

4.2 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo do tipo série de casos, de os óbitos maternos ocorridos no município de Dourados - MS no período de 2002 a 2005.

4.3 População do Estudo

Foram investigados todos os óbitos maternos ocorridos no município. Verificou-se que no período de estudo houve o registro de 30 casos, e em todos foram pesquisadas as Fichas de Investigação de Óbito Materno pertencentes ao CMMIF; em 02 casos não foram localizados os familiares das vítimas para a realização de entrevistas.

4.4 Operacionalização do Estudo

4.4.1 Identificação das mulheres falecidas

Visando alcançar o primeiro objetivo específico do estudo, ou seja, caracterizar o perfil epidemiológico de cada mulher falecida, foi solicitado autorização junto ao Comitê de Mortalidade Materna de Dourados, e após ter sido autorizado a realização da pesquisa, deu-se início à coleta de dados das fichas de investigação. Visando alcançar o segundo objetivo específico, que foi descrever a condição social das mulheres que evoluíram para óbito, realizou-se por meio de telefone, o primeiro contato com parentes ou amigos da mulher falecida. Nesse primeiro contato, era solicitado ao interlocutor a marcação de uma entrevista com a finalidade de complementar a coleta dos dados. No caso das mulheres indígenas, o contato foi realizado por intermédio de servidores da Fundação Nacional de Saúde.

4.4.2 Fonte de coleta de dados

A coleta de dados baseou-se na análise documental das Fichas Confidenciais de Investigações de Óbitos Maternos pertencentes ao Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourado-MS. Nesse documento foram coletados dados relativos às seguintes variáveis: causa do óbito, idade, etnia, número de consulta de pré-natal, complicações ocorridas, local do óbito, profissional que prestou assistência.

4.4.3 Entrevistas com familiares

Como forma de se complementar os dados secundários registrados nas Fichas Confidenciais de Investigações de Óbitos Maternos pertencentes ao Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourado-MS, realizou-se, então, a coleta de dados complementares por meio de entrevistas (PEREIRA, 2002), considerando-se o tipo de informante e suas características quanto à sua credibilidade de retratar, de forma mais fidedigna possível, a emissão de dados, o que foi feito geralmente por familiares ou pessoas que conviveram com as vítimas.

A realização das entrevistas teve como objetivo coletar dados de origem sócio – econômico – demográfico no contato com familiares das falecidas, residentes ou não no município de Dourados, abordando questões não contempladas pela investigação do CMMIF, mas imprescindíveis à proposta do trabalho em questão.

4.4.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados com a utilização de questionário semi - estruturado, adaptado do Ministério da Saúde, com acréscimo de perguntas essenciais ao estudo e propostas pela pesquisadora. Foram mensuradas as frequências das variáveis relacionadas a pessoa: idade, estado civil, etnia, religião, renda, ocupação, paridade, composição familiar,

peso, altura e hábitos de fumar ou de ingerir bebida alcoólica; variáveis relacionadas ao município de residência das vítimas, local de ocorrência do óbito (Apêndice A)

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada com a utilização do software EPI-INFO 6.4; sobre o cálculo de incidência de variáveis nos casos de óbitos maternos analisaram-se os 30 casos ocorridos no município de Dourados, independente do município em que as vítimas residiam, coeficiente descrito a baixo e, na razão de mortalidade materna, de acordo com o Ministério da Saúde:

Morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças - 10. Revisão de 2000, como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

As mortes maternas acidentais e incidentais também são denominadas mortes maternas não obstétricas e, em conjunto com a morte materna tardia, devido a causas obstétricas diretas e indiretas, que ocorreram num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, não são incluídas no cálculo da razão de mortalidade materna.

Dessa forma foram analisados 14 dos 30 casos totais, enquadrando-se nas definições de morte materna, constituindo exclusivamente a amostra do município de Dourados.

Com relação a razão da mortalidade materna específica também foram usados somente os casos de residentes em Dourados.

4.5.1 Cálculo de prevalência de variáveis nos óbitos maternos

Calculou-se a prevalência de variáveis nos óbitos maternos colocando-se no denominador os casos de mortes maternas e como numerador as variáveis em questão (grupo etário, cor, local de residência, etc) ou peculiaridades de desfecho do óbito (causa específica, local de ocorrência, entre outras). Dessa forma, mensurou-se a incidência de uma variável nos óbitos maternos de forma geral, independente do município de residência, mas ocorridos em Dourados/MS.

Para calcular a prevalência de uma variável nos óbitos maternos, por exemplo, a cor, adotou-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos com a cor (branca,etc)}}{\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos total}} \times 100$$

4.5.2 Razão de mortalidade materna

No cálculo da razão da mortalidade materna empregou-se a seguinte equação, aplicado somente nos casos de residentes em Dourados:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos (diretos, indiretos, tardios e não relacionados a gestação)}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos}} \times 100.000$$

4.5.3 Razão da mortalidade materna específica

A razão da mortalidade pode ser específica segundo um amplo conjunto de variáveis relacionadas às características da mulher (grupo etário, cor/etnia, nº consultas pré-natal, tipo de parto), mas considerando somente os casos ocorridos de residentes do município em questão, no caso Dourados/MS.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ óbitos maternos por cada etnia (brancas, negras, pardas,vermelhas, amarelas,etc)}}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães da cada etnia (brancas, negras, pardas, vermelhas e amarelas)}} \times 100.000$$

4.5.4 Qualitativa

Os dados para esta parte da pesquisa foram coletados por meio de questões abertas. As anotações de campo foram feitas de maneira detalhada de forma a possibilitar a análise do conteúdo (POPE; MAYS, 2005), por meio de tabulação dos dados, incluindo a contagem de palavras ou de idéias expressadas pelos entrevistados. A repetição destas traduz o entendimento da população sobre determinado assunto.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado na íntegra pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB; autorizado pelo Presidente do CMMIF de Dourados – MS. Todos os familiares entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os 05 casos de indígenas, a FUNAI, FUNASA e os Capitães das respectivas aldeias oficializaram a aprovação da realização do estudo, sendo isso realizado adequadamente, conforme a Instrução Normativa 01/95 PRESI de 29/11/95 FUNAI/BRASIL.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incidência de mortalidade materna registrada no município de Dourados no período estudado, foi de 30 óbitos. Desses, 18 casos pertenciam a mulheres residentes no município de Dourados, sendo: 14 óbitos obstétricos (utilizados para o cálculo da razão da mortalidade materna de Dourados), 02 óbitos não relacionados à gestação e 02 óbitos maternos tardios. Com relação a residentes em outros municípios, foram detectadas 12 ocorrências, detalhadas na tabela 1. Todos os casos foram descritos, mas analisados somente os de residentes no Município de Dourados obstétricos, conforme orientação do Manual para os Comitês de Mortalidade Materna, proposta pelo Ministério da Saúde, 2002. Verifica-se na tabela 1 que a maior incidência, 60% dos óbitos, foi de mulheres residentes no Município de Dourados.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios de residência dos óbitos maternos ocorridos no município de Dourados – MS, no período de 2002 a 2005.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA/ Nº OCORRÊNCIA	Nº	%
Antônio João	01	03,3
Caarapó	01	03,3
Coronel Sapucaia	01	03,3
Douradina	01	03,3
Dourados	18	60
El Dourado	01	03,3
Fátima do Sul	02	06,6
Ponta Porã	02	06,6
Sete Quedas	01	03,3
Tacuru	01	03,3
Vicentina	01	03,3
TOTAL	30	100

Fonte: Fichas de Investigações Confidenciais de Óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal do Município de Dourados – MS.

As razões de mortalidade materna de Dourados referentes aos anos 2002, 2003, 2004 e 2005 foram respectivamente 91,35, 112,29, 188,9 e Zero (figura 1). A razão da mortalidade materna na Europa, segundo o Relatório Mundial da Saúde 2005, gira em torno de 24/100.000 Nascidos Vivos (NV). Os países desenvolvidos assumem somente 1% dessa mortalidade no mundo, já na África pode alcançar 830/100.000 NV. O resultado Zero da Razão de mortalidade materna de 2005, possivelmente se deu devido aos cursos de capacitações obstétricas disponibilizadas a equipe para médica do Hospital da Mulher.

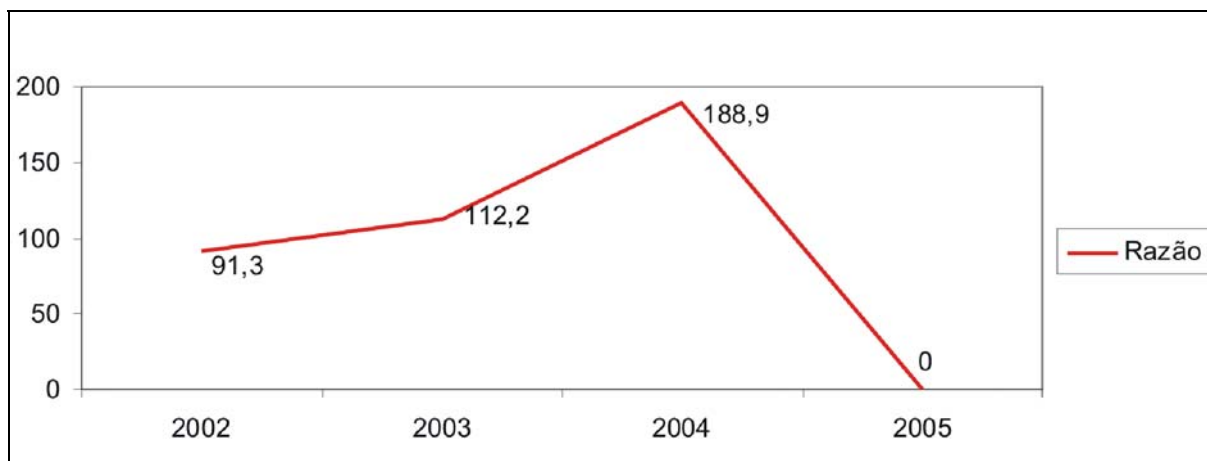


Figura 1: Razão da mortalidade materna referente aos casos de residentes no Município de Dourados – MS dos anos de 2002 a 2005.

A ocorrência de óbitos maternos, de acordo com suas classificações, é mostrada na tabela 2; verifica-se um aumento do número de registros a partir do ano de 2002, o que coincidiu com a instituição do Comitê de Mortalidade Materna no município de Dourados. Provavelmente, o aumento observado poderia estar relacionado à implantação do Comitê, o que possibilitou o aprimoramento na qualidade das investigações e, assim, pôde-se trabalhar de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde nas investigações de óbitos. Da mesma forma, os óbitos de residentes em outros municípios, também se tornaram mais precisos pela dinâmica do serviço de Dourados.

Tabela 2 - Óbitos Maternos ocorridos no município de Dourados por ano de ocorrência no período de 2002 a 2005.

ANO DE OCORRÊNCIA/ TIPOS DE ÓBITOS MATERNOS	ÓBITOS MATERNOS -DIRETOS E INDIRETOS	ÓBITOS MATERNOS NÃO RELACIONADOS À GESTAÇÃO	ÓBITOS MATERNOS TARDIOS	ÓBITOS MATERNOS DE RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS	TOTAL DE ÓBITOS POR ANO
2002	3	0	0	1	04
2003	4	0	1	4	09
2004	7	1	0	5	13
2005	0	1	1	2	04
Total	14	2	2	12	30

Fonte: Fichas de Investigações Confidenciais de Óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal do Município de Dourados – MS.

As diversas causas que levaram aos óbitos dos 30 casos, preenchidas com 07 alternativas, contempladas nas partes I e II das Declarações de Óbitos (DO), pelos médicos

responsáveis pela assistência hospitalar recebida pelas vítimas, encontramos descritas na tabela 3.

Tabela 3 - Causas dos óbitos segundo as Declarações de Óbitos ocorridos no município de Dourados - MS de 2002 a 2005.

CAUSAS DE ÓBITOS	OCORRÊNCIAS
Septicemia	06
AVC	04
Coagulação Intravascular Disseminada	03
Hipertensão Arterial	03
SIDA	03
Insuficiência respiratória	03
Choque cardiogênico	02
Choque hipovolêmico	02
Miocardiopatia	02
Meningite	02
Parada cardiorrespiratória	02
Perfuração de víceras	01
Peritonite supurada	01
Pneumonia	01
Pré-eclampsia	02
Acidente ofídico	01
Anorexia	01
Caquexia	01
Crise convulsiva	01
Descolamento prematuro de placenta	01
Diabetes	01
Eclampsia	01
Edema cerebral	01
Etilismo	01
Hemorragia	01
Hemorragia cerebral	01
Infecção Trato Urinário	01
Insuficiência cardíaca congestiva	01
Intoxicação exógena	01
Obesidade	01
Paralisia bulbar	01
Pielonefrite	01
Tireoidite	01
Ruptura Uterina	01
Síndrome Hellp	01
Síndrome Sheeran	01
Traumatismo crânio encefálico	01
Tuberculose	01
Varicela	01
Total	62

Fonte: Fichas de Investigações Confidenciais de Óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal do Município de Dourados – MS.

Dentre as causas de óbitos verificou-se que as mortes maternas obstétricas indiretas, decorrentes de complicações na gravidez e/ou agravadas por ela, como: anemia, HIV/AIDS,

doenças cardiovasculares, etc, incessantemente discutidas pela OMS e pelo MS há décadas estão presentes no estudo. Mas, a maioria das enfermidades está classificada nas causas de óbitos diretos por complicações na gravidez e no parto, ou causadas por todas as intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou eventos que resultam dessas complicações como hemorragias, infecções, eclâmpsia, etc.

Tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento a causa mais comum de morte materna é o sangramento severo. No pós-parto, um sangramento severo pode levar à óbito mesmo uma mulher sendo saudável, em 02 horas, se não receber as devidas intervenções assistenciais. É o mais rápido dos assassinos maternos (OMS, 2005) e está associada a várias patologias certificadas em DO como: Coagulação Intravascular Disseminada, Ruptura Uterina, Síndrome Sheeran, dentre outras presentes no estudo (tabela 3).

A segunda maior causa desses óbitos no mundo é a septicemia. Tal ocorrência já era expressiva durante o século 19, e ainda no século 21 é uma ameaça significativa em muitos países e presentes em Dourados com 06 casos declarados em DO. A terceira madrastra são as disfunções hipertensivas na gestação e suas várias faces como a pré-eclâmpsia acompanhada, em grande parte, por convulsões.

A ocorrência dos óbitos deu-se no hospital em 93,3% dos casos, sendo os 06,7% restantes ocorridos um em igreja e o outro em via pública, indo ao encontro do benzedor. No caso das ocorrências hospitalares, 64,2% foram em UTI, 14,3% em enfermarias, 14,3% no setor de Moléstias Infecciosas, 3,6% em Pronto Socorro e 3,6% no Centro Obstétrico. Cem por cento receberam assistência hospitalar na primeira instituição que procuraram na internação em que vieram a óbito. Dos 30 casos de óbitos maternos, 30% nem chegaram a nascerem os bebês, 3,4% resultou de um aborto e, dos 20 casos com expulsão do feto, 95% foram hospitalares e desses, 60% cesarianas e 40% vaginais.

A cesariana é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, se ocorrer complicações durante a gravidez ou o parto, mas têm como consequência o aumento da morbi-mortalidade materna e do recém-nascido, comparada ao parto normal (BARBOSA, 2003). Por outro lado, o parto operatório, em gestantes de alto risco, é procedimento importante que, em determinadas e precisas indicações, diminuem consideravelmente a mortalidade materno-infantil (VICTORA, 2001, GIGLIO, 2005).

Com relação ao momento do óbito encontrou-se que 50% das mulheres faleceram após uma hora até 42 dias após do parto ou aborto, 33,3% durante a gestação, 13,3% entre 43º dia e até 1 ano após o término da gestação e 3,3% no parto.

Entre as gestações que resultaram em nascimento 65% foram com menos de 37 semanas, dessas 75% resultaram em bebês com vida, os ditos recém nascidos prematuros. Vários trabalhos procuram explicar os fatores determinantes de possíveis falhas da assistência vinculadas à natimortalidade e à mortalidade materna, correlacionados com a qualidade da assistência desempenhada pelos hospitais, por ocorrerem dentro das estruturas hospitalares e por causas evitáveis (ARAGÃO, 1994).

Outras razões calculadas foram as características específicas das falecidas Douradenses, por conta da possibilidade do acesso a esses dados em toda a população gestante do município, no site do DATASUS como: escolaridade, etnia, faixa etária e via de parto. A bibliografia sobre morte materna aborda a incidência das características específicas somente dentre a população das falecidas, não realizando tal equação de razão de mortalidade materna por características, certamente pelo fato de tais dados específicos só estarem disponibilizados recentemente pelo Ministério da Saúde.

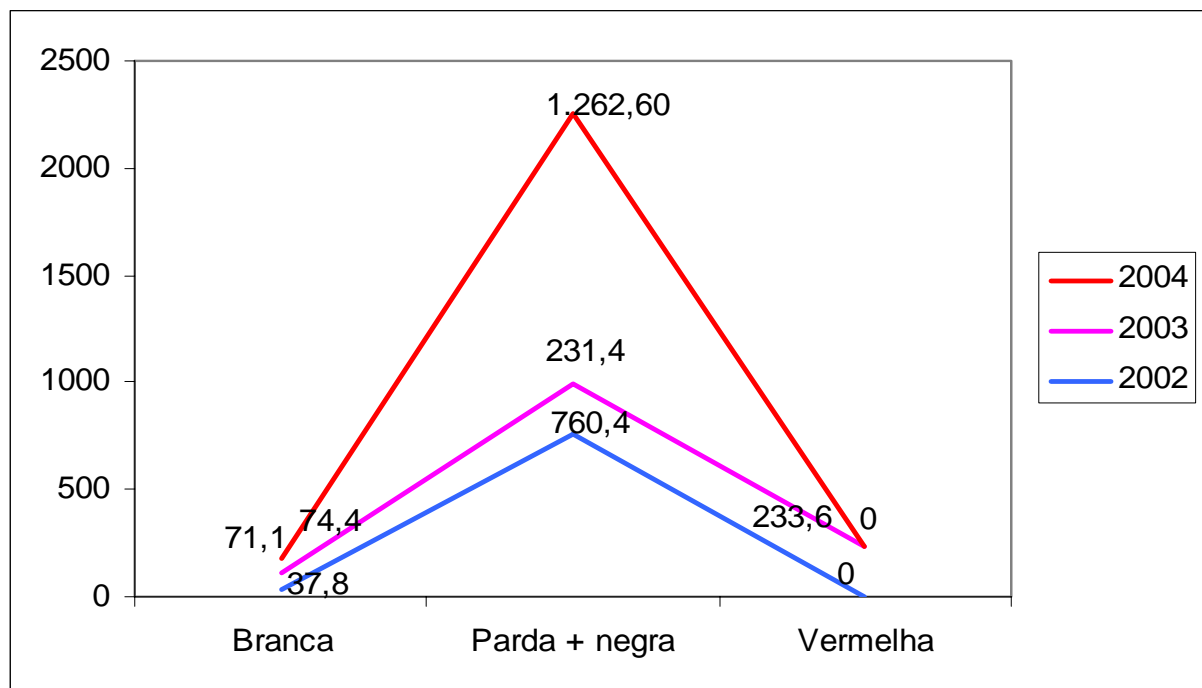


Figura 2: Razão da mortalidade materna específica em etnia referente aos casos de residentes no município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004.

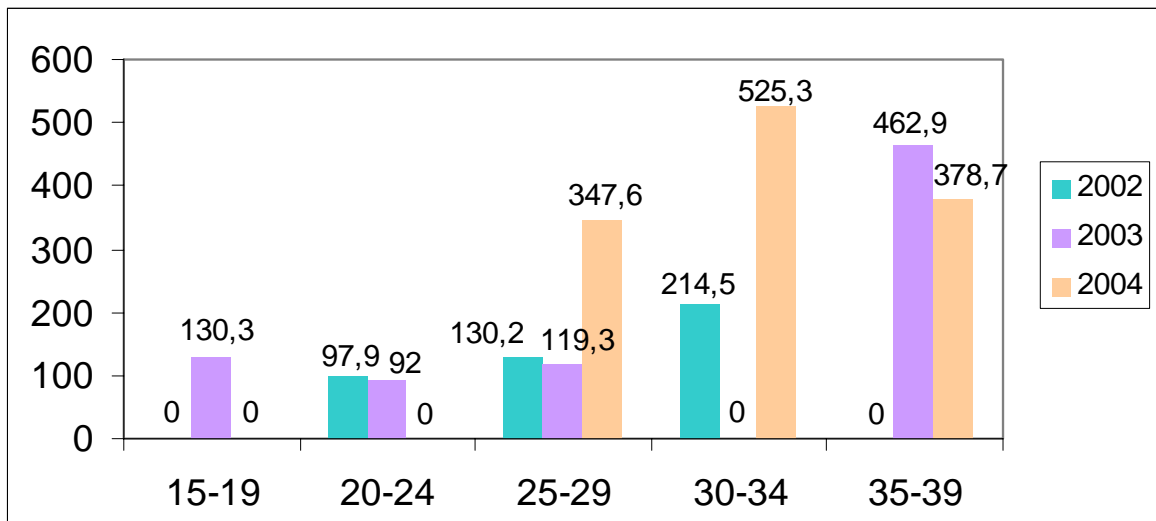


Figura 3: Razão da mortalidade materna específica por faixa etária referente aos casos de residentes no município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004.

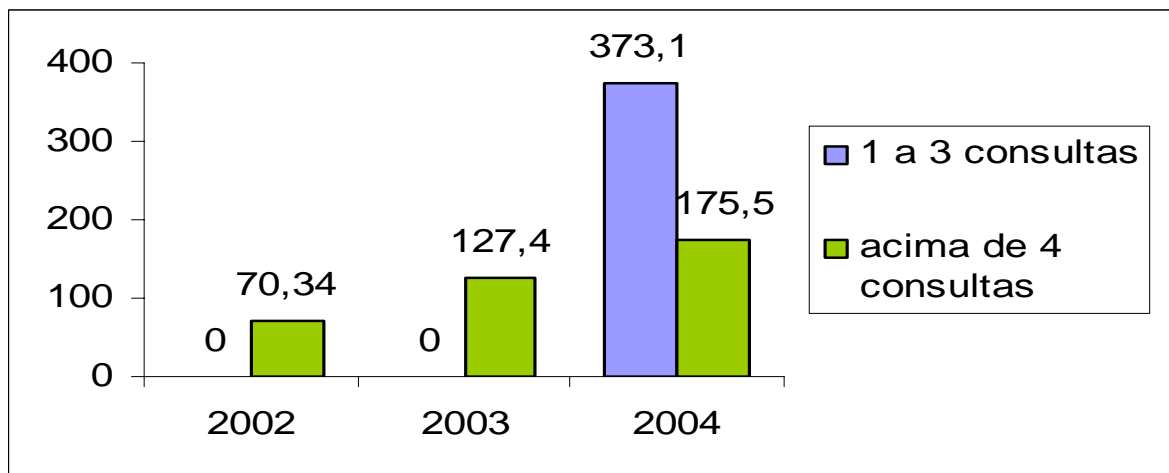


Figura 4: Razão da mortalidade materna específica em consultas de pré-natal referente aos casos de residentes no Município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004.

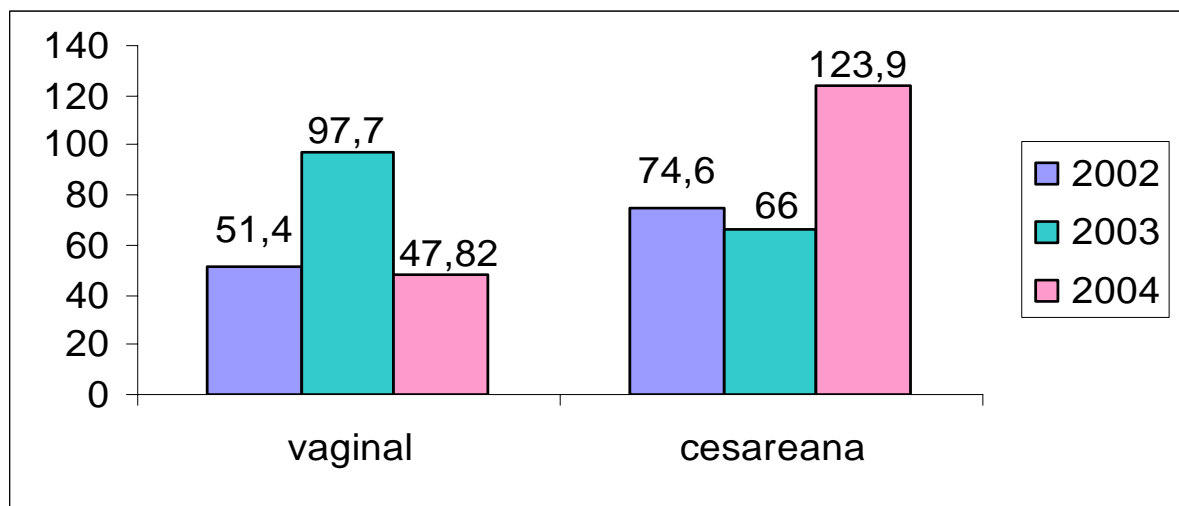


Figura 5: Razão da mortalidade materna específica por via de parto referente aos casos de residentes no Município de Dourado-MS dos anos de 2002 a 2004.

Na figura 2, verifica-se a razão de mortalidade materna destacada de negras e pardas foi maior em relação às mulheres brancas e as de pele vermelha. Na faixa etária (figura 3) observa-se que houve uma mudança do perfil de 2002 e 2003 que contemplavam casos de 15 a 24 anos; já para o ano de 2004 os casos variaram de 25 a 39 anos. Com relação ao número de consultas pré-natalistas (figura 4), o risco de óbitos em pacientes com uma a três consultas se sobressaíram em 2004 e, por último em relação ao risco por via de parto, pode-se dizer que dentre as submetidas ao ato cirúrgico o risco de óbito permaneceu maior que as por via natural (figura 5) condizendo com os dados do Ministério da Saúde, em que a maior proporção de falecimentos maternos se encontra relacionada a essa via de nascimento.

O que se encontra em relação à análise da incidência quanto à faixa etária de todos os casos ocorridos no Município de Dourados é que a média foi de 26,6 anos, com a mediana de 28,5 anos (tabela 4), condizente com a faixa em idade fértil de 10 a 49 anos, preconizada pelo Ministério da Saúde. Todos os casos analisados se encontravam em idade fértil. No Brasil os óbitos maternos, de 2002 a 2004, segundo o Sistema de Informação de Saúde (DATASUS), em idade fértil foram de 62,9%. O processo reprodutivo é inerente à natureza da mulher e, a sua morte, em decorrência desse processo, é uma tragédia desigual, com efeitos devastadores em suas famílias (OMS, 2005).

Comparando a etnia de todas as vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados (tabela 4) verifica-se que 50% eram pardas ou negras. No Brasil esse indicador de óbitos maternos, segundo o DATASUS de 2002 a 2004, foi de 51,43%, o que condiz com a realidade nacional. As vítimas indígenas foram de 16,7% e no Brasil em óbitos maternos, de 2002 a 2004, temos 0,67%. Com relação às brancas encontramos 33,3% e no Brasil em óbitos maternos, de 2002 a 2004, 36,7%.

A baixa escolaridade materna tem sido apresentada em vários trabalhos associada a maior risco de mortalidade materna (ORACH, 2000; THEME FILHA, 1999). Nesse trabalho encontra-se que 20% das vítimas eram analfabetas e 53,3% estavam com o ensino fundamental incompleto, contra 3,3% de ensino completo; com o ensino médio 6,7% incompleto e a mesma proporção para o completo; ensino superior 3,3% incompleto e igualmente para o completo tem-se 3,3%; fora outros 3,3% não possível mensuração, por não terem sido encontrados os familiares. (tabela 4).

Tabela 4 - Faixa etária, etnia e grau de escolaridade das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

IDENTIFICAÇÃO	N	%
Faixa etária em anos		
16 a 23	08	26,6
26 a 33	16	53,3
37 a 41	06	20,0
Etnia		
Branca	10	33,3
Negra	03	10,0
Parda	12	40,0
Indígena	05	16,7
Grau de Escolaridade		
Analfabeta	06	20,0
Fundamental Incompleto	16	53,3
Fundamental Completo	01	3,3
Médio Incompleto	02	6,7
Médio Completo	02	6,7
Superior Incompleto	01	3,3
Superior Completo	01	3,3
Não sabe	01	3,3

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

As mulheres com baixa escolaridade frequentemente estão limitadas às instruções, as informações e as idéias novas, que poderiam poupá-las de vários filhos, ou tê-los em intervalos de tempo mais prolongados. O grau de instrução da mulher, gestante ou mãe, está diretamente relacionado ao autocuidado e o cuidado com seus filhos, na Nigéria, por exemplo, o recém-nascido tem aproximadamente 2,5 vezes mais risco de morrer quando sua mãe não atinge a escola secundária, ou instruções mais elevadas (OMS, 2005).

Partindo do pressuposto de que a sustentabilidade da saúde depende diretamente da diminuição da pobreza (OMS, 2005), avalia-se o poder econômico das mulheres estudadas. Para se mensurar a renda familiar, primeiramente leva-se a quantidade de salários mínimos de cada família e dessa forma, encontra-se 13,3% famílias vivendo sem renda mensal (tabela 5). Comparando com o resultado nacional de mulheres em geral vivendo sem renda mensal, fornecidos pelo IBGE 2004, de 1,14%, fica claro a grave pobreza que as mulheres do estudo se encontravam, em relação ao Brasil. 36,7% viviam com 01 a 1 ½ salário mínimo por mês. Comparando esse indicador com o IBGE 2004 com 26,35%, demonstra a concentração das falecidas com renda restrita, sendo essa a faixa salarial mais contemplada no estudo.

A comparação das que tinham renda mensal de mais de três salários (10%), com o resultado brasileiro de 13,9%, fica explícita a pobreza das vítimas. Sabe-se que saúde pública

precária somada a um ambiente sócio-econômico inseguro expõe particularmente mulheres e crianças, à exclusão do acesso aos serviços e aos cuidados eficazes. O número de pessoas compondo cada núcleo familiar, incluindo agregados como parentes em geral, apresentou a mediana de 04 pessoas. Das que viviam sozinhas foram encontradas 3,3%, de 02 a 04 pessoas, totalizando 50% dos casos; de 05 a 06 foi 26,6% e acima de 06 temos 13,3% (tabela 5). No Brasil, os familiares residentes em domicílios particulares encontram 8,33% com um componente, 22,7% com 04 componentes e 10,3% com 06 componentes.

Como a renda familiar não leva em conta o número de dependentes da mesma converte-se a renda familiar em renda per capita mensal. Em seguida converte-se o valor obtido em reais para dólares, segundo a cotação do dia 01/10/06 de 2,17 reais (BOVESPA, 2006).

Tabela 5 - Renda familiar em salários mínimos, renda per capita, número de pessoas por núcleo familiar das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

IDENTIFICAÇÃO	N	%
Renda familiar salários mínimos		
Sem renda	04	13,3
01 a 1 ½	11	36,7
Acima 1½ a 2½	10	33,3
Acima de 03	03	10,0
Não sabe	02	06,7
Renda per capita em dólar		
Menos 01	06	20,0
01 a 1,98	10	33,3
2,69 a 6,73	09	30,0
8,7 a 10,73	03	10,0
Não sabe	02	06,7
Pessoas por núcleo familiar		
01	01	3,3
02 a 04	15	50,0
05 a 06	08	26,7
Acima de 06	04	13,3
Não sabe	02	06,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Encontrou-se que 20% das mulheres viviam com menos de 01 dólar por dia. A maioria dos povos no mundo que vive com menos de um dólar por dia vem diminuindo, principalmente na Ásia, em contra - partida, a África emergiu com a incidência mais elevada de pobreza extrema, com a renda média caindo. Deparou-se com 3,3% das vítimas vivendo

com um a 1,98 dólares por dia, 30% com 2,69 a 6,73 dólares dia e 10% com de 8,7 a 10,73 dólares dia. Demonstrando a renda baixa quase que hegemônica dentre as vítimas.

As que viviam com companheiros encontraram-se 80% dos casos, no Brasil em óbitos maternos, de 2002 a 2004, são 33,10% mas, só são mensuradas as mulheres casadas no civil. Dessa forma, segmentamos os matrimônios do estudo por união consensual 66,7% e por união civil 33,3% (tabela 6). Não pode-se desprezar as uniões consensuais por também serem uma forma de união empregada no Brasil e no mundo, que vem crescendo nas últimas décadas (IBGE, 2004).

Outra abordagem realizada foi a pesquisa de modalidades de assistência à saúde utilizada pelas pacientes nos seus atendimentos ambulatorial e hospitalares; verificou-se que 96,7% utilizou o Sistema Único de Saúde (SUS), 3,3% realizou o atendimento por convênio privado e, 6,7% pagaram diretamente em dinheiro a assistência recebida (tabela 6). Nascimento (2003) em estudo epidemiológico sobre gestantes com atendimento pré-natalista, comparou as fontes pagadoras, o SUS ou o setor privado, encontrando nas clientes SUS menos anos de estudo, menor número de consultas de pré-natal, idade materna inferior, intervalo interpartal reduzido e mais desempregadas.

Tabela 6 - Vivência com companheiro e o estado marital das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

COMPANHEIRO	N	%
Vivia com companheiro		
Sim	24	80,0
Não	05	16,6
Não sabe	01	3,3
Estado Marital		
Civil	08	33,3
Consensual	16	66,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Ainda com relação a assuntos financeiros inerentes ao cotidiano dessas mulheres, bem como das suas famílias, questiona-se se recebiam instrumentos de participação financeira da União em programas governamentais de garantia de renda mínima e dessas, em 33,3% a resposta foi positiva. Os incentivos financeiros contemplaram 60% Bolsa Escola, 30% Cestas Básicas ou outros ligados à alimentação e 10% outro tipo de incentivo.

Conforme a Lei nº 10.219 de 11 de abril de 2001 (BRASIL, 2001a) que institui a Bolsa Escola e garante uma ajuda mensal para crianças na faixa etária entre 06 a 15 anos de

R\$ 15,00, freqüentantes escolares. O programa cobre no máximo 03 crianças por família, e a renda familiar, dividida pelo número de pessoas que a compõem, não pode ser superior a R\$ 90,00. Cabe à Caixa Econômica Federal (2006a) a função de operador do processo, segundo diretrizes do Ministério da Educação.

Abrangendo ainda mais o cotidiano das mulheres estudadas questiona-se qual era a forma que elas utilizavam com freqüência para seus deslocamentos e vimos que: 36,6% utilizavam bicicleta, 20% moto, 16,6% ônibus, 6,6% carro, 30% andavam a pé e 3,3% de carroça (tabela 7). Andar de moto e bicicleta na gravidez não é muito aconselhável, pois o ponto de equilíbrio está alterado e vai se alterando a cada dia, com o aumento do volume uterino, acarretando desequilíbrio e diminuição de reflexos, além de risco de tontura ou desmaio, inerente à gestação, correndo o risco de cair da moto, mesmo na garupa. Outra observação é que a gestante está exposta a um impacto, caso leve uma queda, colocando em risco o feto. Se somando os resultados encontrados positivos em bicicleta e moto obtém-se 56,6% (tabela 7). Um dos casos ocorreu por consequência de um acidente de trânsito onde a vítima estava na garupa de uma motocicleta.

Outra observação é que somente 6,6% utilizavam carro em seus cotidianos, reafirmando o baixo poder aquisitivo das vítimas. Embora se reconheça que a miséria não gera, por si só, a desesperança e o desassossego. Em nossa análise encontramos que 63,3% de nossas vítimas seguiam alguma religião, dessas 68,4% eram católicas e 31,6% evangélicas (tabela 7).

O poder aquisitivo que as pacientes dispunham pode refletir diretamente nas características dos seus domicílios, a casa própria era uma realidade para 53,3% (tabela 8) das vítimas e seus familiares podendo ser atribuídos, pelo menos, em parte, o empenho dos governantes em projetos de moradia própria para a população carente (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2006b). No Brasil dos domicílios particulares permanentes encontramos 75,04%, IBGE (2000).

As mulheres que não dispunham dessa condição eram 40% das quais, 37,5% moravam de aluguel; 37,5% eram casas cedidas e os outros 25% não souberam informar (tabela 8). No Brasil, dos domicílios particulares permanentes encontra-se no IBGE em 2000, 14,1% alugados e 9,7% cedidos. A característica geral das moradias das vítimas era 43,3% casas de alvenaria, 26,6% de madeira, 16,6% de palha e 13,3% não souberam informar. O número de cômodos apresentou a mediana de 4. Vale ressaltar que 04 famílias possuíam apenas um cômodo em suas casas (tabela 8), deixando amostra às precárias condições de vida.

Tabela 7 - Plano de convênio de saúde utilizada para internação, instrumentos de participação financeira da União em programas governamentais de garantia de renda mínima e seus tipos utilizados (programas governamentais financeiros), meio de transporte, religião e tipos de religiões seguidas pelas vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E AMBIENTAIS	N	%
Convênio de saúde		
SUS	29	96,7
Privado	01	03,3
Particular	02	06,7
Programas governamentais financeiros		
Sim	10	33,3
Não	13	43,3
Não sabe	07	23,3
Tipo programa governamental financeiro		
Bolsa escola	06	60,0
Alimentação	03	30,0
Outro	01	10,0
Meio de transporte		
A pé	09	30,0
Bicicleta	11	36,6
Carro	02	06,6
Carroça	01	03,3
Moto	06	20,0
Ônibus	05	16,6
Não sabe	03	10,0
Religião		
Sim	19	63,3
Não	06	20,0
Não sabe	05	16,6
Tipo de religião		
Católica	13	68,4
Evangélica	06	31,6

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Em relação à rede de esgoto somente 3,3% possuíam o serviço por escoamento em rede geral, 53,3% era por meio de fossa rudimentar e 23,4% por fossa séptica e o mais alarmante foi que 10% não tinham nenhuma forma de sistema de esgoto, o que as impelia a realizar suas necessidades no meio ambiente, o que sabidamente contribui para a ocorrência de doenças, especialmente, aquelas de transmissão oro-fecal; 10% restantes não souberam informar (tabela 8). No Brasil domicílios particulares permanentes encontram-se 48,6% com

escoamento de esgoto por rede geral ou pluvial, 15,2% por fossa séptica e 7% não tinham banheiro.

Tabela 8 - Condições de posse da casa em que residiam, tipo de locação da casa, material de construção, tipo de escoamento de esgoto, rede de abastecimento de água e tipo de abastecimento de água das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E AMBIENTAIS	N	%
Casa própria		
Sim	16	53,3
Não	12	40,0
Não sabe	02	6,6
Tipo de locação de casa		
Alugada	06	37,5
Cedida	06	37,5
Não sabe	04	25,0
Tipo material construção		
Alvenaria	13	43,3
Madeira	08	26,6
Palha	05	16,6
Não sabe	04	13,3
Escoamento de esgoto		
Rede geral	01	3,3
Fossa rudimentar	16	53,3
Fossa séptica-casinha	07	23,4
Mato	03	10,0
Não sabe	03	10,0
Abastecimento de água		
Sim	23	76,6
Não	04	13,3
Não sabe	03	10,0
Tipo de fornecimento de água		
Rede geral	15	50,0
Poço	08	26,6
Nascente	03	10,0
Outro	01	3,3
Não sabe	03	10,0

Fonte: Fichas Confidencias de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Com relação à água 50% possuíam o fornecimento via rede geral, 26,6% era por poço artesiano raso, 10% por nascentes e em 3,3% o fornecimento era por rede geral que ia até o cavalete, em frente a casa, dessa forma utilizavam uma mangueira para a água chegar até o terreno da residência (tabela 8). No Brasil dos distritos de cada estado da federação que

possuíam a rede geral de distribuição de água se encontrava em 93,4%, no Estado do Mato Grosso do Sul era de 99,2% em 2000, demonstrando a falta de acesso das vítimas ao acesso a esse bem, em relação à população em que se encontravam.

Por conta de a pesquisa apresentar dados fiéis sobre as vítimas, por meio da obtenção dos dados em prontuários médicos e entrevistas com familiares, os dados referentes às vítimas podem não coincidir com os fornecidos pelo Sistema de Informação de Saúde (DATASUS) em relação a Dourados, acrescida aos casos por ocorrência e não por residência. Mesmo assim, o novo sistema do DATASUS está abrangente, permitindo algumas comparações devido o seu aprimoramento.

Nos casos de óbitos maternos ocorridos em Dourados também fez-se à abordagem sobre atuações no trabalho, no intuito de analisar-se as influencias que poderiam se somar, interferindo na vida cotidiana dessas mulheres, direta ou indiretamente, durante a gestação. Todas elas trabalhavam em afazeres inerentes ao domicílio ou em prestação de serviços, reafirmando a crescente dedicação das mulheres ao trabalho, garantindo definitivamente a inserção da mulher também na esfera pública (ITABORAÍ, 2002) como importante ferramenta na renda familiar (TRONCOSO, 2001).

As mulheres que se ocupavam com atividades empregatícias para ajudar no sustendo de suas famílias somavam-se 46,6% das vítimas de óbitos maternos e somente com afazeres do lar encontravam-se 53,4% (tabela 9). Encontrou-se 33,4% na jornada dupla, com atividades inerentes a educação dos filhos, zeladora do marido e dos afazeres domésticos, além de trabalhar para o sustento da família.

As profissões em que elas atuavam eram: 7,1% professora, 7,1% costureira, 14,2% agricultoras e 43% domésticas (que inclui babá), reproduzindo no mercado de trabalho, atividades semelhantes àquelas realizadas no âmbito doméstico (SANCHES, 2003); 7,1% vendedora, 7,1% contadora, 7,1% carteira, 7,1% auxiliar de serviços gerais, 7,1% agente administrativo. As dificuldades encontradas em suas atuações evidenciam-se primeiramente no não reconhecimento de seus direitos trabalhistas, estando somente 21% das que atuavam fora de seus domicílios com carteiras assinadas, 36% trabalhando em acordos verbais, autônomas em 7% e, dos que não sabiam informar ou não foram encontrados foram 36% (tabela 9). No Brasil em trabalho formal no ano de 2005, com que carteiras assinadas, encontraram-se 35,7% da População Economicamente Ativa (PEA); nas mulheres esse valor foi de 34,34%.

Tabela 9 - Ocupações trabalhistas, ocupação trabalhista remunerada, condição empregatícia ao público e licença maternidade das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

ASPECTOS TRABALHISTAS	N	%
Trabalho		
Lidiz do lar (somente)	16	53,4
Trabalho remunerado	14	46,6
Ocupação trabalhista remunerada		
Agente administrativo	01	7,1
Agricultora	02	14,4
Autônoma	01	7,1
Carteira	01	7,1
Costureira	01	7,1
Doméstica	06	43,0
Professora	01	7,1
Serviços Gerais	01	7,1
Vendedora	03	7,1
Condição empregatícia ao público		
Acordo	05	36,0
Carteira Assinada	03	21,0
Não sabe	05	36,0
Autônoma	01	7,0
Licença maternidade		
Sim	01	7,2
Não	13	92,8

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

O trabalhador doméstico é definido segundo a Lei n. 5852 de 11/12/1972 como “atividade econômica, na qual se situam indivíduos que prestam serviços remunerados, a pessoas ou famílias, em suas residências” e levam o rótulo de empregados domésticos. Quando esses afazeres são realizados pela dona-de-casa, no âmbito da família, eles são computados estatisticamente como inatividade econômica.

Na atuação como empregadas domésticas encontrou-se, 66,6% atuavam em acordos verbais, somente 16,6% estando resguardadas com carteiras assinadas e nos 16,6% restantes, não souberam informar a real situação empregatícia (tabela 10). Das que atuaram no trabalho doméstico no Brasil, em 2005, 15,9% da PEA feminina, somente 26% possuía carteira assinada, restando 74% atuando sem respaldo legal.

Podemos fazer uma analogia sobre as características das empregadas domésticas: dos 06 casos encontrados, 83,3% eram negras ou pardas, 50% tinham o ensino fundamental incompleto, 33,3% possuíam o ensino médio incompleto e 16,7% o médio completo; a média de idade foi de 25,3 anos, sendo a idade mediana de 24,5 anos (tabela 10).

Tabela 10 - Condição empregatícia, etnia, escolaridade, e idade das vítimas de óbitos maternos trabalhadoras domésticas ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

TRABALHADORAS DOMÉSTICAS	N	%
Condição empregatícia		
Acordo	04	66,6
Carteira assinada	01	16,7
Não sabe	01	16,7
Etnia		
Branca	01	16,7
Negra	01	16,7
Parda	04	66,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	03	50,0
Médio incompleto	02	33,3
Médio completo	01	16,7
Idade		
21	01	16,7
22	01	16,7
23	01	16,7
26	01	16,7
27	01	16,7
33	01	16,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Quando questionados sobre a licença maternidade, em todas as trabalhadoras, somente uma das mulheres solicitou o direito com antecedência ao parto, mesmo sabendo que seriam atendidas se solicitassem, no caso de terem carteiras assinadas (Tabela 9). A licença maternidade tem por objetivo preservar a saúde da mulher e da criança, durante o final da gestação, por meio de direitos concedidos às trabalhadoras (SANCHES, 2003). O intuito das mulheres era adiar a licença maternidade para a usufruírem somente no pós-parto, nos cuidados com o recém-nascido.

As suas queixas mais comuns em relação à atividade trabalhista, nos 07 casos constatados, eram de: dor lombar, algia em membros inferiores e superiores, na barriga, na cabeça e falta de ar, todas queixas características da gestação, mas que devem ser devidamente acompanhadas nas consultas de pré-natal. Muitas patologias ou indisposições decorrentes da própria gestação, ou agravadas por ela, fazem com que trabalhadoras se afastem de suas atividades (COSTA, 1997). Outras vezes, por necessidades sociais, insistem na continuação de suas atividades colocando em risco seu estado de saúde, tendo como consequência abortamentos espontâneos, partos prematuros, desencadeamento de patologias

gestacionais ou risco de doenças fatais (REZENDE, 2005) e, no caso do estudo em questão, somando para a evolução das mortes maternas.

O que causava as indisposições na realização dos trabalhos era: lavagem de roupas e cuidar dos filhos, atividades que acarretam esforços musculares, dificultados pelo aumento uterino, que separa os músculos retos abdominais (chamado de diástese), que também é o causador das dores em baixo ventre na gestação (ZIGUEL, 1985). Ficarem sentadas estáticas por longos períodos era outra queixa das gestantes, isso devido ao aumento do útero, que pressiona os vasos das extremidades inferiores, dificultando o retorno venoso, causando várias patologias como: varizes, trombos e estase venosa (LAMEYERE, 1977).

Um ponto que respalda a gestante de afastamento de suas atuações funcionais é o atestado médico, relacionado às complicações de sua saúde, e não de atuações específicas da atividade empregatícia, pois essas estariam relacionadas com o direito à transferência de funções, também respaldadas na legislação trabalhista, mas que se não forem empregadas podem agravar o caso, necessitando assim do atestado. Quatro casos tiveram indicações médicas para permanecerem em repouso e assim o fizeram, apresentando anemia, fadiga, inflamação na garganta crônica e em um dos casos a família não soube informar a causa precisamente.

Dezesseis por cento trocaram de funções após o início da gestação, pelos riscos decorrentes dos trabalhos desenvolvidos e, pela sintomatologia fisiológica da gravidez, ora por solicitação da trabalhadora, ora pelo empregador. A troca de função ou abandono do trabalho pode ser decorrente a uma diminuição do ritmo na execução e desenvolvimento das atividades, devido às alterações fisiológicas e anatômicas do corpo feminino (FIEWSKI, 2002).

Conforme respaldadas pela CLT e no RJU as mulheres têm o direito a ir a consultas médicas e realizar exames da gestação, com isso se afastando do trabalho. Questinou-se elas podiam sair para tais rotinas com liberdade e, somente em 03 casos nos foi relatado que as mesmas não usufruíram o direito. Essa não solicitação se deu por conta delas estarem escondendo a gestação e em um caso, essa liberação pelo empregador foi negada.

Carraro (1999) enfatiza que “... a gravidez faz parte do rol de discriminatórios, que dificultam o acesso das famílias ao mercado de trabalho, principalmente as de baixa renda, significando uma derrota na batalha por igualdade e melhores condições de vida”. Além do que, os aspectos sociais da função familiar, como “cuidadora” e educadora dos futuros cidadãos, não flexibilizam suas atuações trabalhistas, causando um vácuo familiar e social, o

que pode levá-la a soluções simples como o adiamento da decisão de ser mãe, ou até mesmo, abandonar essa idéia de vez (CARELLI, 2003).

Na proposta biopsicossocial, os familiares foram questionados, sobre as vítimas terem apresentado, durante a gestação, sintomatologia depressiva, por no mínimo duas semanas, segundo proposto pela *American Psychiatric Association* (1994) no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) e encontraram-se tais sintomas em 20% dos casos, resultado compatível com o de Weissman (1995), sobre sintomas depressivos em gestantes e no pós-parto. Das que se classificavam nos critérios sugestivos de diagnóstico de depressão tivemos 6,7% (tabela 11). Esse resultado se aproxima com o estudo de Cox em 1993, em que a prevalência da depressão variava entre 6,8 a 30%, sendo importante ressaltar que o resultado obtido é expressivo, pelo universo restrito de somente 30 casos para análise.

Se analisarmos os casos em que as pacientes se classificavam sugestivamente a depressão e sua classificação em alto risco encontram 66,6%. Baptista, 2005, que abordou somente gestantes de alto-risco, encontrou 50% de prevalência depressiva, sendo o resultado encontrado no estudo em questão acima.

Em relação a fatores de risco mais freqüentes, associados à sintomatologia depressiva, encontrou-se a prevalência de 33,3% em mulheres negras, não sendo um resultado compatível com Zuckerman (1989) que encontrou essa população em maioria. O baixo nível escolar hegemônico averiguado por Orr (1995) condiz com o resultado obtido de 66,6% de mulheres sem o ensino fundamental completo, ou mesmo, a maior presença de tabagismo e etilismo proposto por Zuckerman (1989) averiguado em 50% e 16,7% respectivamente no estudo proposto (tabela 11).

Sobre a prematuridade do parto, decorrente de depressão, em nenhum dos estudos foi encontrada a associação direta amplamente evidente (ZUCCHI, 1999; ZUCKERMAN, 1989, SÉGUIN, 1995). Na análise proposta em mortalidade materna ocorrida em Dourados, relacionando os casos de parto prematuro com sintomatologia depressiva encontrou-se 28,5%. Apesar da depressão, em si, não ser fator preditivo para o parto pré-termo (ZUCCHI, 1999) encontramos um valor expressivo de sintomatologia depressiva nos casos que evoluíram para óbito. Orr (1995) conseguiu somente uma porcentagem significativa em análise contemplando unicamente a população negra de 9,5%.

Nas relações sociais, enfatizando as familiares, verificou-se que 83,3% das mulheres que apresentavam sintomatologia depressiva, eram maltratadas emocionalmente ou fisicamente por seus familiares, ou alguém importante para elas e dessas, 16,7% foram inclusive vítimas de agressões físicas, sendo um dos casos que classificavam-se nos critérios

sugestivos de diagnóstico de depressão (tabela 11). Diversos danos à saúde podem resultar da violência doméstica ou familiar como à tentativa de suicídio, ansiedade, stresse e depressão.

Tabela 11 – Transtornos psicológicos na gestação, sugestivas de depressão, alto risco com transtornos psicológicos, etnia com transtornos psicológicos, escolaridade com transtornos psicológicos, tabagista com transtornos psicológicos, etilista com transtornos psicológicos, vítimas de violência física e emocional com transtornos psicológicos, vítimas de violência física com transtornos psicológicos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS	N	%
Transtornos psicológicos		
Sim	06	20,0
Não	20	66,7
Não sabe	04	13,3
Sugestivas de depressão		
Sim	02	06,7
Não	24	80,0
Não sabe	04	13,3
Alto risco com transtornos psicológicos		
Sim	04	66,6
Não	01	16,7
Não sabe	01	16,7
Etnia com transtornos psicológicos		
Branca	03	50,0
Parda	02	33,3
Vermelha	01	16,7
Escolaridade com transtornos psicológicos		
Não frequentou escola	01	16,7
Fundamental incompleto	03	50,0
Fundamental completo	01	16,7
Médio incompleto	01	16,7
Tabagista com transtornos psicológicos		
Sim	03	50,0
Não	03	50,0
Etilista com transtornos psicológicos		
Sim	01	16,7
Não	05	83,3
Vítimas de violência física e emocional com transtornos psicológicos		
Sim	05	83,3
Não	01	16,7
Vítimas de violência física com transtornos psicológicos		
Sim	02	33,3
Não	04	66,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

O suicídio por ingestão de veneno é um dos casos óbvios de possível “descompensação emocional”. A doença mental, sem tratamento durante a gravidez, pode ter impacto negativo na evolução obstétrica com a presença de risco de suicídio, além de problemas para o casal e a prole (STOWE; CALHOUN; RAMSEY et al., 2001). Em relação aos efeitos complexos da pobreza e da marginalização social gerando experiências depressivas, fica difícil a compreensão exata de como esses sentimentos gerados, poderiam contribuir para um óbito materno, mas, estiveram presentes e possivelmente contribuíram ao desfecho da morte.

A medida da violência doméstica durante a gestação é tão importante quanto qualquer outra conduta em anamnese realizada pelos profissionais de saúde, durante o pré-natal, como meio de detecção precoce para patologias ou mesmo, potenciais riscos para sua implantação. A violência está diretamente relacionada a resultados patológicos, que podem inclusive, desencadear a cascata de eventos inerentes à morte materna.

Reichenheim (2000) propôs a versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS) usado no rastreamento de violência contra a mulher durante a gestação, por ser um evento frequentemente descrito fora do Brasil (HEISE, 1994b), mas pouco estudado no país. Estudos de revisão sobre a violência doméstica na gravidez indicam uma estimativa de 0,9 a 20,1% e, encontra-se na mortalidade materna ocorrida em Dourados de 2002 a 2005 de 26,6% casos positivos, em que as mulheres foram maltratadas emocionalmente ou fisicamente pelos seus parceiros, ou alguém importante para elas (tabela 12).

Valor expressivamente acima dos propostos por Leung (1999), Moore (1999), Hedin (2000) e Gazmararian (2000) relataram casos de violências contra a mulher em sua família 16,7% dos casos (tabela 12), resultado inferior ao encontrado por Schraiber (2002) com 18% em representação da perpetuação da violência vivenciada no núcleo familiar. Mulheres que vivenciam atos de violência familiar tendem a apresentar maior tolerância à violência de seus parceiros, por aceitarem como normalidade formas violentas para resolução de conflitos, perpetuando o comportamento violento familiar (BUVINIC, 2000).

A violência familiar expressa uma dinâmica rígida de poder e afeto, nas quais estão presentes reações de subordinação em que à mulher, acaba exercendo um papel de dominada (BRASIL, 2002). Um outro achado que indica a alta frequência do problema é o fato de que umas em cada cinco mulheres tinham medo de algum familiar ou alguém importante para ela, resultado idêntico encontrado por Schraiber (2002), de mulheres (grávidas e não grávidas) em uma unidade de saúde.

Tabela 12 - Violência física e emocional, violência física, episódios de violência física eram utilizados, escolaridade do agressor violência física e emocional, drogas e trabalho do agressor de violência física e emocional, trabalho do agressor físico e emocional, história familiar de violência e medo de quem das vítimas e medo de que pessoa as vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

VIOLÊNCIA FÍSICA E EMOCIONAL	N	%
Violência física ou emocional		
Sim	08	26,6
Não	17	56,7
Não sabe	05	16,7
Violência física		
Sim	04	13,3
Não	22	73,4
Não sabe	04	13,3
Episódios violência física eram utilizados		
Maus tratos...	01	25,0
Tapa, empurrão...	01	25,0
Soco, chute, machucados...	03	75,0
Uso de arma	01	25,0
Outros	02	50,0
Escolaridade de agressor de violência física e emocional		
Analfabeto	01	12,5
Fundamental incompleto	01	12,5
Médio incompleto	02	25,0
Não sabe	04	50,0
Drogas pelo agressor físico e emocional		
Tabagismo	04	50,0
Etilismo	03	37,5
Maconha	01	12,5
Trabalho do agressor físico e emocional		
Sim	05	62,5
Não	01	12,5
Não sabe	03	37,5
História familiar de violência		
Sim	05	16,7
Não	19	63,3
Não sabe	06	20,0
Medo de quem		
Marido	04	66,6
Pai	01	16,7
Vizinha	01	16,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

O medo em relação ao sexo masculino estava presente em de 83,3%, 16,7% do pai e 66,6% do marido. A violência pode ser acometida por diversos perpetradores: parceiros,

familiares, conhecidos (BARSTED, 1999), mas praticada, geralmente, por seu parceiro íntimo (ELLSBERG, 2000). Finalmente o resultado expressivo de agressões físicas durante a gestação de 13,3%, sendo que em Menezes (2003) foi encontrado um indicador muito inferior de 7,4% em mulheres que tiveram o parto em um hospital materno-infantil de Pernambuco. Nos episódios de violência eram utilizados ou ocorriam: 25% ameaças de maus-tratos, inclusive com arma branca em 25%, tapas ou empurrões em 25%, soco, chute, machucados com cortes ou dores contínuas, com a apresentação de “manchas roxas” em 75% e outros em 25% (tabela 12).

Por outro lado, uma das gestantes estudadas foi vítima de homicídio por arma branca, sugerido na bibliografia sobre o tema, como o trauma representativo para ocorrência de óbitos maternos em diversos países, a maioria dos quais praticadas pelos esposos (DESLADES, 2000).

Uma particularidade em relação ao perfil dos agressores de violência física e emocional era que 12,5% eram analfabetos, 12,5% só frequentaram um ano de escola, 25% tinham o ensino médio incompleto e 50% não souberam responder à questão, sendo expressivo os parceiros com baixa escolaridade visto em Menezes, 2003. Com relação ao consumo de drogas pelos agressores, encontrou-se a presença do consumo de álcool em 50%, valor sugestivo de risco para realizar o delito por parecer corroborar a conduta violenta (CORSI, 1994), 37,5% tabagistas e 12,5% utilizavam maconha, sendo esse o caso em que a mulher foi vítima de homicídio por arma branca pelo esposo. Indo contra a propensão de agressores sem renda, ainda segundo Corsi (1994), que encontramos 62,5% exercendo trabalho remunerado (tabela 12).

A única vítima de violência física em que não houve nascimento do feto foi à citada anteriormente, em que o esposo a feriu por arma branca, levando o binômio mãe-filho a óbito. Com relação à natimortalidade, a violência física esteve relacionada em 25% dos casos e, em prematuridade fetal não foi encontrada relação. Provavelmente, se o número total do estudo fosse maior, poder-se-ia ter um indicador expressivo, por conta dos achados em revisão bibliográfica em que a violência doméstica pode fazer parte de uma intrincada interação de fatores que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade perinatal (WEBSTER, 1994).

Com relação às doenças pré-existentes à gestação, nos casos de violências físicas e emocionais, temos 62,5% que apresentavam tais sintomas. Dentre as doenças a tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV), depressão e a hipertensão (em torno de 12,5%). A hipertensão é uma das maiores complicações gestacionais em nosso meio

(SANTOS, 2000b) e está diretamente relacionada à morte materna. Com relação às doenças que se instalaram após o início da gestação, encontrou-se infecção urinária, anemia, cefaléia, aminiorex precoce, todas pertinentes a gestações, mas que merecem o seu devido acompanhamento e possíveis causas de ocorrência ou intensificações.

Na verdade a mulher, vítima de violência está tendida a estabelecer comportamentos de risco para a sua saúde, motivada por fatores relacionados à perda da auto-estima, que conduzem a progressivo desinteresse no seu bem estar e do seu filho (BRATT, 1998). O conjunto de situações gestacionais e sociais associa-se e interagem, resultando, em uma parcela de casos, morbidade e mortalidade tanto materna como infantil e, a violência é um dos seus agravantes ou mesmo desencadeadores.

As ações dos serviços de saúde tem importante impacto na redução da mortalidade materna e perinatal e se iniciam muito antes da atenção pré-natal propriamente dita, como o seu acesso, nas diversas fases ou queixas da mulher (TREVISAN, 2002). O PAISM, com base no conceito integral de saúde à mulher, dentre suas ações, propõe o acesso à saúde reprodutiva, iniciada anteriormente à gestação, com o planejamento familiar (OSIS, 1994). No estudo em questão pode-se comprovar a sua ineficiência, apresentando 66,6% das mulheres não tendo planejado a gestação que a levaram a morte (tabela 13).

Mesmo depois da gravidez implantada, os cuidados de saúde não devem abranger somente assuntos inerentes ao feto, mas o cotidiano dessa gestação (VICTORA, 2001). Esses cuidados norteiam avaliações sobre questões diversas intrínsecas à vida das gestantes, como a alimentação, inferior a 3 vezes ao dia em 16,7% das falecidas (tabela 13).

Orientações quanto ao uso de drogas, por exemplo, devem ser efetivas na gestação e tem sido motivo de preocupação mundial em relação à saúde mãe-filho. Inúmeras pesquisas, nos últimos anos, têm alertado para o aumento progressivo e alarmante no consumo de álcool, fumo, maconha e outras drogas durante a gestação, não se observando mudanças significativas das gestantes, tanto no Brasil como em alguns outros países (COSTA, 1998). Encontrou-se 16,6% das estudadas tabagistas durante a gestação e, a inesperada proporção dentre essas, de 40% usuárias de Maconha (tabela 13).

Segundo Enkin (2005), o tabagismo é fator de risco para pré-eclâmpsia, e a susceptibilidade a gestações com menor duração (SIQUEIRA, 1986), mas carece de estudos sobre o tipo de parto, amamentação, bem-estar psicológico materno. Sobre os efeitos da maconha, não encontrou-se patologias específicas à gestante e sim possíveis distúrbios de sono na prole (ENKIN, 2005). Essa discussão pode pender então para o lado do déficit em auto-cuidado ou mesmo grupo de risco de comportamentos sociais, que influenciariam na

gestação. A questão do álcool também foi abordada, partindo do pressuposto de acarretar males à mãe como ao feto (KAUP, 2001) com a incidência de 3,3% (tabela 13), correspondendo a um dos casos usuários de maconha e soropositividade para HIV.

Tabela 13 - Gestação planejada, número de refeições dia, fumo, tipos de fumo e álcool das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

ASPECTOS DA SAÚDE	N	%
Gestação planejada		
Sim	06	20
Não	20	66,6
Não sabe	04	13,7
Nº refeições dia		
Menos 3	05	16,7
De 03 a 04	17	56,6
Acima de 5	03	10
Não sabe	05	16,7
Fumo		
Sim	05	16,7
Não	21	70
Não sabe	04	13,3
Tipo de fumo		
Cigarro	05	100
Maconha	02	40
Álcool		
Sim	01	03,3
Não	24	80
Não sabe	05	16,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Sessenta e sete por cento tiveram gestações anteriores sendo dessas 69,6% via vaginal, 11,6% cesarianas e 21,8% resultantes em abortos, 30% em intervalo interpartal inferior a 02 anos (em relação à gestação em questão), sugestivo de risco para a gestante, segundo o Ministério da Saúde 2000 (tabela 14). O número expressivo de 56 filhos que ficaram sem mães, somados aos outros 15 sobreviventes no parto, é causa merecedora de estudos posteriores.

Tabela 14 - Gestações anteriores, via de parto anterior, pré-natal, início do pré-natal em meses gestacionais, gestação de alto risco, encaminhamento ao Centro de Atendimento à Mulher (CAM) das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

OBSTÉTRICOS	N	%
Gestações anteriores		
Sim	20	66,7
Não	08	26,7
Não sabe	02	06,6
Tipos de via de parto/desfecho anteriores		
Vaginal	48	69,5
Cesarianas	08	11,6
Abortos	15	21,7
Pré-natal		
Sim	25	83,3
Não	04	13,3
Não sabe	01	03,4
Início do pré-natal em meses gestacionais		
1° ao 4°	21	84,0
5° ao 7°	03	12,0
Não sabe	01	04,0
Gestante alto risco		
Sim	10	33,4
Não	14	46,6
Não sabe	06	20,0
Encaminhada CAM		
Sim	09	30,0
Não	16	53,3
Não sabe	05	16,7

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Oitenta e três vírgula três por cento das mulheres fizeram exames pré-natais e dessas, classificadas em gestação de alto risco foram 33,4% dos casos, com encaminhamento ao Centro de Atendimento à Mulher (CAM), unidade de referência ao alto risco somente 30% (tabela 14). No Brasil 15% das gestantes são de alto risco (BRASIL, 2003b) demonstrando a tendência superior dos casos estudados a um desfecho desfavorável. O Ministério da Saúde preconiza no Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN/2000; BRASIL, 2000a) a frequência mínima de 06 consultas no transcorrer da gestação e encontrou-se somente 43,3% das gestantes se adequando a esse critério (tabela 15), condizendo com o estudo de Silveira (2001) e Trevisan (2002), que encontraram gestantes de alto risco com acompanhamento inadequado de pré-natal.

É importante ressaltar que durante toda a gestação podem ocorrer complicações que tornam uma gestação normal em uma gestação de alto risco. Devido a isso, durante toda a gestação deve ser feita “avaliação de risco” das gestantes de modo a identificá-las no contexto amplo de suas vidas, averiguando os pontos de risco de exposição (BRASIL, 2003b).

Segundo a OMS (2005), seriam necessárias no mínimo 04 consultas de pré-natal para averiguações de risco na gestação. Dessa forma encontrou-se nesse padrão 63,3% mas (tabela 15), fica a dúvida quanto à efetividade das consultas e seus devidos diagnósticos e encaminhamentos para o alto risco.

Tabela 15 - Doença anterior à gestação, frequência de consultas pré-natal das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

Doença anterior à gestação		
Sim	16	53,3
Não	10	33,3
Não sabe	04	13,7
Frequência consulta pré-natal		
Nenhuma	02	06,6
Até 3	07	23,3
4 a cima	19	63,3
6 a cima	13	43,3
Não localizada	02	6,6

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Com relação ao início da pré-natal, 12% iniciaram após o 4º mês de gestação. O início precoce das atividades do pré-natal é necessário para detecção precoce de patologias passíveis de intervenções, para não danificação fetal, além das ações quanto à saúde materna (BRASIL, 2005a). Em relação a todas as gestantes cadastradas no PHPN de Dourados de 2002 a 2005, tem-se que 23,9% com início após os 120 dias, dessa forma estando essa característica das estudadas bem abaixo das gestantes do município. No estudo de Coutinho (2003), observou-se 29,7% dessa característica em acompanhamento de pré-natal.

O percentual de gestações que apresentaram desenvolvimento de algum problema de saúde durante a gestação foi de 73,3%, dentre elas tem-se: algia em baixo ventre, anemia, condiloma venéreo, infecção urinária, hipertensão arterial, diabetes, nódulo mamário, pré-eclâmpsia, tuberculose e varicela, passíveis de serem diagnosticadas no transcurso do pré-natal (MARTINS, 2004; MURTA, 2001; BRASIL, 2005a; MONTENEGRO JR 2000; REICHELT, 2002). Nas gestações de alto risco, as preocupações com o sucesso da gestação acumulam-se frente às complicações as quais a mulher está sujeita (WALDOW, 1988), dessa

forma identificar as situações de risco possibilita prevenção de complicações frente à gravidez, ao parto e ao puerpério (OSIS, 1993).

Ao abordar-se a acessibilidade às Unidades de Saúde para a realização do pré-natal vimos que 20% tiveram dificuldade ao acesso, justificando em parte, o desfecho do óbito. Costa (2005) afirma que o pré-natal reduz a mortalidade materna desde que as gestantes tenham acesso ao serviço, os quais devem inclusive ter qualidade suficiente para realizarem o diagnóstico de risco e capacidade para seus controles.

Com relação aos pareceres do CMMIF sobre a assistência recebida pelas vítimas foi considerada adequada no pré-natal em 36,7%, no parto 56,6% e 53,3% no puerpério. Com relação à evitabilidade do óbito durante a gestação, parto e o puerperio encontrou-se 33,3%, 50% provavelmente evitáveis, 6,6% inevitáveis e em 10% dos casos o comitê não discutiu esse item, por falta de dados. Quanto aos prováveis responsáveis pelos desfechos dos óbitos, mais de uma alternativa foi escolhida em cada caso, encontrando-se 31,2% relacionadas a fatores comunitários, 18,8% a fatores profissionais, 15,6% às instituições em que às vítimas receberam assistência à saúde, 17% à condições sociais, 11% intersectorialidade na rede de assistência à saúde, 6,6% inconclusivos.

Analisando os dados levantados no estudo, viu-se que dos 30 casos de óbitos maternos, 20% não tiveram acesso ao acompanhante de sua escolha na assistência hospitalar. Sabe-se que o contato estreito da família com a parturiente diminui o sentimento de desamparo do familiar diante da internação dessa mulher (SILVA, 2005), sendo um grande sofrimento tanto para o familiar (ABREU; SOUZA, 1999) como para a gestante internada e solitária (BRITTO-e-ALVES, 2002). Quarenta por cento tiveram acesso parcial em horários pré - determinados pelos hospitais, os chamados horários de visita, obedecendo aos modelos hospitalares brasileiros de restrições aos seus usuários e familiares, que em termos de regras e horários, não obedecem a razões técnicas (PNPH, 2000).

Nos casos de acesso parcial, 83,3% encontravam-se disponíveis para o acompanhamento de suas familiares internadas, mas as suas permanências foram negadas (BOCCHI, 2001). Um dos familiares que usufruiu do horário de visita não tinha com quem deixar os filhos em casa. Essa realidade causou angústia ao pensar nas proporções da desagregação familiar após o desfecho do óbito (OMS, 2005), também averiguado em Carvalho (2003).

Nesse contexto, outra observação abordada foi o acesso às informações da evolução clínica das pacientes pelos familiares. Constatou-se que somente 60% (tabela 16) tiveram o acesso, mesmo com o amparo legal dos familiares de serem informados das condições de

saúde de suas entes, como também de participarem ativamente no processo decisório da aplicação de procedimentos médicos que envolvessem riscos de vida às gestantes (NASCIMENTO, 2000). Essa realidade deixa a situação encontrada explícita da contra mão em relação aos direitos humanos (OMS, 1985).

Tabela 16 - Acompanhante intra-hospitalar, parentesco dos acompanhantes, acesso a informação da evolução clínica, tipo de informante da evolução clínica das vítimas de óbitos maternos ocorridos no município de Dourados de 2002 a 2005.

ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES	N	%
Acompanhante intra-hospitalar		
Sim	09	30,0
Parcialmente	12	40,0
Não	06	20,0
Não sabe	03	10,0
Parentesco dos acompanhantes		
Marido	11	52,3
Mãe	07	33,3
Mãe e marido	01	4,8
Cunhada	01	4,8
Amiga	01	4,8
Acesso a informações		
Sim	18	60,0
Não	07	23,3
Não sabe	05	16,7
Informante da evolução clínica		
Médico	05	27,7
Enfermeiro	03	16,7
Médico e enfermeiro	07	38,9
Recepção	01	05,5
Não sabe	02	11,2

Fonte: Fichas Confidenciais de Investigações de óbitos Maternos do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil e Fetal de Dourados – MS de 2002 a 2005 e entrevistas com familiares das vítimas de óbitos maternos ocorridos no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

Quando à comunicação, encontraram-se limitada nos 23,3% dos familiares que não obtiveram as informações de suas vítimas. Nesses casos, a ansiedade pode ser maximizada gerando exclusão, repulsão e não adaptação ao meio ou à situação de saúde em que se encontra a paciente, causando insegurança e insatisfação com os cuidados prestados pela equipe de saúde e pela instituição hospitalar. (SILVA, 1991; STEFANELLI, 1993; INABA, 2005; SHIOTSU, 2000).

Os profissionais de saúde devem assumir suas responsabilidades sobre os familiares como indivíduos a serem cuidados, sendo uma extensão do paciente internado, igualmente

responsáveis por eles, como usuários do serviço institucional. Os familiares precisam de cuidados (NASCIMENTO, 2000), pois estão expostos à potencialização de doenças preexistentes, insegurança, irritabilidade, o que pode levar ao comprometimento da sua capacidade de decisão, nesse momento estressante em suas vidas (KIMURA, 1984; SHIOTSU, 2000).

Comunicação adequada é aquela apropriada a uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido (SILVA, 1996). Existem dois tipos de comunicação: a verbal e a não verbal, sendo que a comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita e a não-verbal ocorre por meio de gestos, expressões faciais, postura corporal e dentre outras o silêncio (SILVA, 1996).

Quando à comunicação verbal não se realiza, a não verbal se potencializa, como a única expressada, isso somado a um profundo abalo na estrutura emocional, que os familiares poderiam estar sendo submetidos, gerariam terror e estresse em relação a equipe para média e a instituição hospitalar(WALDOW, 1998). Partindo do pressuposto de que a media de internações dos casos foi de 10 dias (29 casos, pois um não foi possível avaliar), o esclarecimento dos quadros clínicos poderia ter sido prestado à família, por pelos menos um dos membros da equipe, aliviando o sofrimento familiar e conseqüentemente da vítima enquanto internada (SILVA, 2000). Para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pela paciente, também precisa de suporte (INABA, 2005).

Outra observação realizada é que o médico se absteve de uma abordagem familiar em 33,4% dos casos, sendo essa delegada a outro profissional como a de enfermagem ou recepção (tabela 16).

O Código de Ética Médica é claro no seu capítulo V, artigo 59:

Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Em relação aos cuidados de enfermagem centrados também na família, como parte integrante da prática de enfermagem (WRIGHT, 2002), vimos que somente 55,6% foram informados por essa equipe, mesmo partindo do pressuposto que uma boa comunicação com a família, estabelece um melhor cuidado ao paciente (RODRIGUES, 2003). Cabe à equipe de saúde introduzir a família na assistência ao paciente, orientando-a sobre os estágios da evolução clínica e proporcionando-a serenidade. O profissional de saúde não pode, de maneira alguma, negar o núcleo familiar no qual o paciente vive (SILVA, 2000).

Uma observação importante foi de que quando analisaram-se os casos em que foi permitido um acompanhante durante toda a internação ou nos horários de visita, já discutidos anteriormente, 57,1% eram cônjuges, opondo-se ao artigo de Hotimsky (2002) em que a hegemonia era de acompanhantes do sexo feminino, 47,7% dos casos (tabela 16).

Dos que receberam as informações e que não souberam reconhecer que profissionais eram, apresentaram-se em 10%, expressando a desatenção dos profissionais quanto aos familiares/acompanhantes (KIMURA, 1984).

Quando abordados para falarem o que os deixaram insatisfeitos nos atendimentos prestados, 26% reclamaram do atendimento hospitalar como falta de organização, maus tratos, que “não fizeram nada pela paciente”, negligência, demora; outros 13% relataram falta de ambulância, UTI, transferência; 13% reafirmaram a falta de informações e 6% continuaram revoltados pela ausência do acompanhante hospitalar.

O estabelecimento de uma relação próxima do familiar com os profissionais da equipe de saúde faz com que eles passem a agir em solidariedade às dificuldades impostas pela própria instituição ou sistema de saúde, observando e interpretando dentro do que eles conseguem vivenciar (SILVA, 2005). Sua introdução hospitalar poderia amenizar possível revolta após o desfecho do óbito entre os familiares e os profissionais.

6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou conhecer a situação da mortalidade materna no Município de Dourados, envolvendo desde questões biológicas até condições sociais das vítimas. A identificação da presença de fatores predisponentes à doença associados ao perfil epidemiológico das vítimas de óbitos maternos e a sua delimitação possibilitou uma imersão na vida das vítimas e no contexto do desfecho de seus óbitos, cuja análise revelou as circunstâncias que contribuíram para a ocorrência dos óbitos maternos.

Na análise dos óbitos ocorridos em Dourados, verificou-se que pelo menos uma parcela das mulheres de outros Municípios, foi assistida em serviços de saúde do município. Isso pode ser justificado por Dourado ser um pólo de referência assistencial à saúde na região, o que por sua vez, no caso de assistência materna o atendimento das gestantes com alto risco é garantido por uma estrutura adequada e de corpo de profissionais da área de saúde capacitados na assistência. Dessa forma, ocorre a migração de gestantes de outros municípios em busca de assistência especializada, portanto, os hospitais prestadores desses serviços conveniados pelo SUS, possuem acompanhamento e crédito dos gestores Municipais e Estaduais, por ser um pólo de referência em saúde para a região da Grande Dourados.

Verificou-se que a maioria das mulheres que vieram a óbito era de classe social baixa, com baixo grau de escolaridade e que recebia incentivos financeiros governamentais em número expressivo e em sua maioria eram negras e pardas. Em condições de moradia, com a minoria desfrutando de rede geral de esgoto, grande parte sem água encanada ou mesmo casa própria. Todas trabalhadoras, grande parte em duplas jornadas de trabalho e com a minoria respaldada com a carteira de trabalho. Observações correspondentes à pobreza, terreno fértil para a falta de auto cuidado e a busca de qualidade em saúde, conseqüente da falta de instrução e a inércia que ela predispõe.

O perfil descrito acima reafirma ao verificar-se que a maioria não realizou as 06 consultas de pré-natais (propostas como mínimas para o período gestacional pelo Ministério da Saúde), tabagismo, inclusive em Maconha. Somando-se a isso, é preocupante a descoberta de um número significativo de vítimas de violência durante a gestação, inclusive física, na maioria praticada por seus companheiros. Isso tem suscitado discussões que vêm sendo abordada nos últimos anos nacionalmente e que devem receber maior ênfase no Município de Dourados.

A verificação da presença de transtornos psicológicos durante a gestação, somados aos vários outros fatores observados no perfil epidemiológico, pode ter favorecido o êxito letal. Dentre outros, destaca-se que a maioria das gestantes não planejou a gestação, o que justifica o fomento de discussões sobre a eficiência das ações em planejamento familiar no município de Dourados e de outros de onde as vítimas eram originárias. Para tanto, é necessário que no emprego de estratégias, sejam levadas em consideração os aspectos culturais e sociais de cada gestante como forma de busca de uma maior inserção das mulheres aos recursos de assistência disponibilizados pelo Estado.

A conseqüência da redução dos óbitos maternos será a diminuição da desagregação familiar, pois, conforme foram verificados, cinquenta e seis crianças ficaram órfãos e outras quinze que sobreviveram ao episódio do parto não conheceram suas progenitoras. Afora as dificuldades verificadas, outras de cunho financeiro, também se fazem presentes já que a maioria das mulheres trabalhava para o provimento de suas famílias. Outro foco dado no estudo foi o acesso ao acompanhante intra-hospitalar e as informações das evoluções clínicas obtidas pelos seus familiares, estando em grande parte, esse direito não exercido ou é feito parcialmente, indo na contra mão dos direitos humanos propostos internacionalmente.

Parece, portanto, que para atingir a redução da mortalidade materna, ações voltadas para âmbito social deverão ser implementadas no combate à pobreza e à exclusão social, somadas à qualificação em acompanhamentos assistenciais à mulher, constituindo-se um verdadeiro desafio de mudança de olhar para a saúde da população.

7 RECOMENDAÇÕES

- Arquivar políticas governamentais, municipais e regionais, de combate às consequências da pobreza, com ênfase na população indígena como: moradia, escoamento de esgoto, alimentação e, principalmente educação para adultos;
- Disponibilizar, na atenção primária, acompanhamento em pré-natal por equipe multidisciplinar capaz de identificar possíveis gestantes expostas a riscos em sua saúde como: aspectos psicológicos, violência, atividades profissionais inadequadas, etc...;
- Qualificar médico e enfermeiros, executores de pré-natal, em identificação de gestantes de alto risco, para devidos encaminhamentos e acompanhamento das de baixo risco;
- Arquivar fluxograma de monitoramento de referência e contra referência das gestantes em toda a rede de saúde municipal, interligando todas as instâncias percorridas, de preferência via informatização, entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidade Secundária de Saúde (CAM), Rede Laboratorial, Farmácia Municipal, Serviço de Psicologia e inclusive entradas no Hospital da Mulher;
- Exigir que a Lei Nacional nº 2.738 de 04 de abril de 2005 e a Lei Municipal nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005c) entre em vigor no município de Dourados permitindo a entrada do acompanhante intra-hospitalar a todas as gestantes internadas no Hospital da Mulher, independente da gravidade do estado de saúde que se encontrem;
- Discutir com a Central de Vagas Estadual os critérios de evoluções clínicas das pacientes transferidas ao Hospital da Mulher, permitindo dessa forma as entradas em estados clínicos menos críticos, mas ainda passíveis de reversão;
- Ampliar os serviços da Assistência Social com amparo às famílias das vítimas de óbitos maternos, principalmente as crianças com creches, leite, etc...;
- Realizar trabalho de promoção e prevenção em saúde com trabalhadoras gestantes em sindicatos, associação comercial, indústrias, direcionados pelo programa de saúde do trabalhador na prevenção de patologias;
- Implantação e implementação dos Comitês de Morte Materna em todo o Estado do Mato Grosso do Sul.

8 REFERÊNCIAS

A PANOS INSTITUTE. *Birth Rights – New approaches to safe motherhood*. Londres, 2001.

Disponível em :<<http://www.panos.org.uk>>. Acesso em: 15 ago 2006.

ABREU, A. S. G. T.; SOUZA, Í. E. O. **O pai à espera do parto**: Uma visão compreensiva do fenômeno. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1999.

ALVES, Z. M. M. B. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no Século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 3, p. 233-239, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. São Paulo: Manole, 1994.

ARAGÃO, M. G. *Mortalidade perinatal na região metropolitana do Rio de Janeiro 1979-1989*. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação (Mestrado). ENSP/FIOCRUZ.

AREIAS, M. E. *Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers*. *Br. J. Psychiatry*, v. 169, n. 1, p. 30-35, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 9050**: Adequações das edificações e do mobiliário urbano a pessoas deficientes. 2 ed. Rio de Janeiro, 1990.

AUSTIN, M. P. *et al. Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire*. *Acta Psychiatr Scand*, v. 112, n.4, p. 310-317, 2005.

BAPTISTA, A. S. D. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, v. 9, n.1, p. 155-163. 2005.

BARBOSA, G. P. Parto cesareo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARSTED, L. L. **Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos: os direitos das mulheres são direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.

BATISTA, D. C. Atividade física e gestação: saúde da gestante na atleta e crescimento fetal. **Rev. Saúde Matern. Infant**, v. 3, n. 2, 2003.

BELFORT, P. Medicina Preventiva. Pré-natal. In: REZENDE, J. (editor). **Obstetrícia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 198-209.

BOCCHI, S. G. C. **Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC**. São Paulo, 2001. Tese - Escola de Enfermagem/USP.

BOVESPA - BOLSA DE VALORES DE SÃO PAULO. **Cotação do dólar**. Disponível em: <<http://www.bovespa.com.br/Principal.asp>>. Acesso em: 01 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1990.

_____. **Constituição** (1988). Constituição Federativa da República do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Serie Legislação Brasileira).

_____. **Lei n. 9.029**, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos adimensionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. 1995. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 out 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Portaria GM/MS n. 569/GM, de 01/06/2000. **Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos que viabilizem a melhoria do acesso, a ampliação da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a realização do cadastramento das gestantes.** Brasília: Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 570, de 01 de junho de 2000. Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**. Brasília: 08 de junho de 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Riscos - Manual Técnico**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. **Lei n. 10.219**, de 11 de abril de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima Vinculada à Educação - "Bolsa Escola", e dá outras providências. 2001a. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 out 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: Orientações para Prática em Serviços**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de Alto Risco: Sistema Estadual de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Divisão de Imprensa. Saúde da Mulher. Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. **Dia Nacional de Redução da Morte Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASCO. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas-ABENFO. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política nacional de humanização: Humaniza SUS: Documento bases para gestores e trabalhadores do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. 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. 2005a.

_____. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Brasil: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005b. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

_____. **Lei n. 1.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005c. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 out 2006.

_____. Presidência da República. **Lei n. 11.340**, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da república. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 06 set. 2006.

BRATT, R. V. *Domestic violence and substance abuse*. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 63, n. 1, p. S25-31, 1998.

BRITTO-E-ALVES, M. T. S. O parto na maternidade: qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: BARBOSA, R. M., AQUINO, E. M. L., HEILBORN, M. L., BERQUÓ, E. (org.). **Interfaces-Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002. p. 279-307.

BRITTO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação positiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, 2000.

BRUSCHINI, C. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 119, p. 67-104. 2000.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Tradução Ana Thorell. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BUSCHINELLI, J. T. P. (org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

BUVINIC, M. M. A. **La violence em América Latina y el Caribe: um marco de referência para la acción**. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Programa Bolsa Escola**. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/Cidadao/produtos/asp/bolsa_escola.asp>. Acesso em 04 de outubro de 2006a.

_____. **Programas de moradias**. Disponível em:

<<http://www.caixa.gov.br/habitacao/index.asp>>. Acesso em: 01 out 2006b.

CAMACHO, R. S. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CÁMUS, L. B. *Evolución de la calidad de la assistência prenatal em atención primaria. Atención Primaria*, v. 10, p. 726-729. 1992.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. **Coleção Campo Teórico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARELLI, G. Com filhos no currículo: um dilema atormenta as mulheres - o que pôr em primeiro lugar, o desejo de ser mãe ou a ambição de vencer na vida profissional. **Veja**, v. 36, n.6, p. 58-65, 12 fev. 2003.

CARR-HILL, R. A. *The measurement of patient satisfaction. J. Public Health Méd*, v. 14, p. 236-49, 1992.

CARRARO, T. E. **Desafio secular**: mortes maternas por infecções puerperais. Série teses em enfermagem / UFSC. Florianópolis: UFSC, 1999.

CARRION, V. **Comentários à consolidação das leis do trabalho**: legislação complementar jurisprudência. 25 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

CARVALHO, M. L. M. Participação do país no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.399-398. 2003.

CECATTI, J. G. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev. Brás Obst**, v. 27, n. 6, p. 357-65, 2005.

CLARK, G. *Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. **Br J Community Nurs**, v. 5, n. 2, p. 91-98, 2000.

COKER, A. L. *Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering*. **Am J Public Health**, v. 90, p. 553-9, 2000.

COPPER, R. L. *The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five week's gestation*. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 175, n. 1, p. 1.286-1. 292, 1996.

CORSI, J. **Violência familiar: uma mirada interdisciplinar sobre um grave problema social**. Buenos Aires: Paidós, p. 252, 1994.

COSTA, S. H. M. **Rotinas em obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

COSTA, M. T. Z. *Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes?* **Pediatria**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 316-322, 1998.

COSTA, S. G. *Entre práticas escravistas e caritativas, transformações da gestualidade feminina*. Gênero, Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero (NUTEG), **EdUFF**, v. I, n. 1, p. 57-63, 2000.

_____. *História*, 21., Niterói. **Anais...Niterói**: ANPUH, 2001.

COSTA, S. K. *É Preciso Retirar as Máscaras*. **Jornal Fazendo Gênero**, São Paulo, n. 17, 2002.

COSTA, A. M. *Atendimento a gestantes no Sistema único de Saúde*. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 768-74, 2005.

COUTINHO, T. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **Rev. Brasil. Ginecol. E Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2003.

CZARNOCKA, J. *Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth.* **British Journal of Clinical Psychology**, v. 39, p. 35-51, 2000.

DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 ago 2006.

DAVIS-FLOYD, R. E. *Birth as an American Rite of Passage.* Berkeley: *University of California Press.* 1992.

DESLADES, S. E. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendida em dois hospitais públicos de Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, 2000.

DEZADORLF, W. W. *Intervention strategies in clinical health psychology. In: DEZADORLF, W. W. Bilar Clinical Health psychology in medical setting practitioner's guidebook. Britisi Library in Publication Date*, p. 69-100, 1995.

DINIZ, D. Declaração de Helsinki: Relativismo e Vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, 2001a.

DINIZ, C. S. G. **Entre Técnica e os Direitos Humanos:** Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto. São Paulo, 2001b. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Suporte emocional no parto.** Saúde em foco, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, v. 20, ano IX, p. 55-60, 2000.

DORA, D. D. No fio da navalha. In: DORA, D. D. et al. **Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos**. Porto Alegre: Themis - Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, p. 37-42, 1998.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Direitos sexuais e direitos reprodutivos, Parto Humanizado. Rede Nacional Feminista de Saúde, São Paulo, p. 301-321. 2002.

DOURADOS/MS. Prefeitura Municipal de Dourados. **Lei n. 2.738**, de 04 de abril de 2005. Dispõe sobre a presença de acompanhante no processo de parto nos hospitais públicos ou conveniados do Sistema Único de Saúde - SUS, no Município de Dourados/MS. Disponível em: < <http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2006.

_____.Secretaria Municipal de Saúde de Dourados. Comitê de Mortalidade Materno-infantil e Fetal de Dourados. **Relatório de Gestão 2005**. Dourados: SEMS, 2005.

EILENBERG, J. F. M. *Introduction*. In: **Commonwealth Foundation Commission on Women's Health. Violence Against Women in the United States: a comprehensive background paper**. 2 ed. New York: The Commission, 1996, p. 1-5.

ELLSBERG, M. P. R. *Candies in hell: women's experiences of violence in Nicarágua*. **Soc. Sci. Méd.**, v. 51, p. 1595-610, 2000.

ENKIN, M. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, A. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 488-94, 2004.

FIEWSKI, M. F. C. **Trabalho feminino indústria e gravidez: avaliação dos fatores de risco e seus impactos à saúde e ao processo de trabalho**. Florianópolis-SC, 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade de Santa Catarina.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF. **Relatório Mundial destaca “fome oculta” 1996**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 ago 2000.

GAZMARARIAN, J. A. *Violence and reproductve health: current knowledge and future research directions*. *Matern Child Health J*, v. 4 p. 79-84, 2000.

GELINSKI, C. R. O. G. **Mulheres e família em mutação: onde estão os mecanismos de apoio para o trabalho feminino?** Mulher e Trabalho. Florianópolis: Departamento de Ciências Econômicas da UFSC, 2005.

GIGLIO, M. R. P. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 350-7, 2005.

GLANTZ, L. *Research in Developing Countries: Taking “Benefit” Seriously*. *Hastings Center Report*, v.26, p.38-42, 1998.

GOMES, R. **Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia**: um estudo bibliográfico. Brasil: Rev. Latino-am Enfermagem, São Paulo, 2001.

GOUVEIA, H. G. Diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 175-82, 2004.

GRECO, D. Ensaio Clínicos em Países em Desenvolvimento: A Falácia da Urgência ou ética versus Pressão Econômica. **O Jornal do Médico, Doutor!**, v.83, p.3, 1999.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. **Sexualidade, Gênero e Saúde**, v. 2, n. 4, 1995.

HAILE, M. T. *Domestic violence agaisnt women in the International Community*. *Emerg. Med. Clin. North Am*, v. 17, p. 617-30, 1999.

HEDIN, L. W. *Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 79, p. 625-30, 2000.

HEISE, L. *Gender-based abuse: the global epidemic. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 135-45, 1994a.

_____. *Violence against women. The hidden health burden. Washington: The World Bank for Reconstruction and Development, The World Bank*, 1994b.

HODNETT, E. D. *Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Review*, Oxford: The Cochrane Library, Issue Oxford: Update Software, 2000.

HOLCOMB JR, W.L. et al. *Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. Obstet Gynecol*, v. 88, n. 6, p. 1021-1025, 1996.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica? *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 461-481, 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 set. 2006.

IDB – Indicadores e Dados Básicos. Indicadores de Morbidade. **Razão de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/co3br.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2006.

INABA, L. C. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enfm USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-9, 2005.

ITABORAÍ, N. R. **Trabalho feminino e mudanças na família no Brasil (1984-1996):** comparações por classe social. In: XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE

ESTUDOS POPULACIONAIS. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 04 a 08 de nov de 2002. Universidade de Pesquisa do Rio de Janeiro, 2002.

JABLENSKY, A.V. et al. *Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. Am J Psychiatry*, v. 162, n. 1, p. 79-91, 2005.

JEEBHOY, S. J. *Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural Índia. Stud Fam Plann*, v. 29, p. 300-8, 1998.

KAUP, Z. O. L. Avaliação do Consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **RBGO**, v. 23, n. 9, p. 575-580, 2001.

KENNERLEY, H.& GATH, D. *Maternity blues: detection and measurement by questionnaire. British Journal of Psychiatry*, v. 149, p. 240-243, 1989.

KILSZTAJN, S. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 303-10, 2003.

KIMURA, M. **Problemas dos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva: estudos comparativos entre pacientes e enfermeiros**. São Paulo, 1984. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem USP.

KOTAKA, F. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-7, 1997.

KRIKOR, B. **Como reduzir a mortalidade materna no Brasil**. 1999. Disponível em: <<http://www.obgyn.net>>. Acesso em: 21 abr. 2004.

KROEFF, L. R. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 261-7, 2004.

LAMEYERE, M. *La femme, la maternité, le travail*. Paris, 1977. Tese (Doutorado).
Université de Bordeaux II.

LAURENTI, R. Indicadores de saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Panam Salud Pública**, Washington, v. 1, p. 8-22, 1997.

_____. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. **Rev. Brás. Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LEAL, M. C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-7, 2004a.

_____. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação de assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 563-572, 2004b.

LEUNG, W. C. *The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community*. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 66, p. 23-30, 1999.

LORENZI, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, p. 141-146, 2001.

MARTINS, T. A. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes do Ceará? **DST – J Bras Doenças Sex Transmis**, v. 16, n. 3, p. 50-58, 2004.

MCFARLANE, J. et al. *Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care*. **JAMA**, v. 267, n. 23, p. 3176-8, 1992.

MACCAULEY, J. *The Battering Syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices.* **Ann Intern Med**, v. 123, p. 737-46, 1995.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MENEZES, T. C. Violência doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **RBGO**, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MEZOMO, J. C. Qualidade na relação hospital-paciente. **Hospital Adm. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 17-21, 1993.

MONTALI, L. **Relações familiares e trabalho feminino na região metropolitana de São Paulo na década de 90**. São Paulo: UNICAMP/NEPP, 2002.

MONTENEGRO, J.R. **Protocolo de detecção, diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus, na gravidez**. Ribeirão Preto, 2000.

MOORE, M. *Reproductive health and intimate partner violence.* **Fam Plann Perspect.**, v. 31, p. 302-12, 1999.

MURTA, E. F. C. Infecção pelo Papilomavírus Humano durante a gravidez: relação com Achados Citológicos. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2001.

NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, 1979**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br>>. Acesso em: 10 ago 2006.

_____. **Declaração de Viena e Programa de Ação, 1993**. Disponível em: www.unhcr.ch/html/menu5/wchr.htm. Acesso em 15 de janeiro de 2006.

NASCIMENTO, E. R. P. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**, Edição brasileira, v. 3, n. 29, p. 26-30. 2000.

NASCIMENTO, L. F. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 187-194, 2003.

ORACH, C. G. *Maternal mortality estimated using Sisterhood method in gulu district, Uganda*. **Tropical Doctor**, v. 30, p.72-74, 2000.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Tecnologia Apropriada para o Nascimento. **LACET**, v. 2, p. 436-7, 1985.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Estimativas da Mortalidade Materna**. A nova aproximação da OMS e UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF, 1996a.

_____. *Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health / Safe motherhood unit family and reproductive health*. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 1996b.

_____. **Dia Mundial da Saúde**. Segurança Materna Geneva: WHO, 1998.

_____. **Violência de encontro à mulher: uma prioridade de saúde**. 1997. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm. Acesso em: 20 out. 2006.

_____. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde/ CID-10**. Tradução Centro de Colaboradores da OMS para a classificação de doenças em Português. 10 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2005**. Disponível em < //http://who.int./whr/2005>.
Acesso em: 28 jan.2006.

ORR, S. T. *Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy out-come. Review of the Literature and Preliminary Findings. **Epidemiologic Reviews***, v. 17, p. 65-171, 1995.

OSIS, M. J. M. D. **Assistência Integral à saúde de mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado). Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

_____. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, p. 49-53, 1993.

PAZELLO, E. T. **A maternidade e a mulher no mercado de trabalho: diferenças de comportamento entre mulheres que têm e mulheres que não têm filhos**. São Paulo: FEA-RP/USP, 2003.

PELLOSO, N. Controle médico dos trabalhos do sexo feminino. In: **Cursos de Medicina do Trabalho**. São Paulo, v. 5, p. 1191-1195, 1981.

PEREIRA, G. M. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PNHAH. - **Manual do Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

POPE, C.& MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

REICHELT, Â. J. Recomendações da 2ª. Reunião do grupo Trabalho em Diabetes e Gravidez. **Ara Brás. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 5, 2002.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p.610-616, 2000.

REZENDE, C. H. A. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 323-28, 2000.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIGHETTI, V. M.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. *Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant*. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 12, p. 75-83, 2003.

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – IDB**. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 out 2006.

RODRIGUES, I. G. Enfermagem em cuidados paliativos. **O mundo da saúde**, v. 27, n. 1, p. 89-92, 2003.

SANCHES, S. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Estudos Feministas**, v. 17, n. 49, 2003.

SANTOS, I. S. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em postos de saúde na região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 329-36, 2000a.

SANTOS, L. C. **Atualização Obstetrícia: diagnóstico e tratamento**. Recife: IMIP, 2000b. v.2.

SARDENBERG, R. M. Brasil, política multilateral e Nações Unidas. **Estudos Avançados**, v. 19, n. 53, 2005.

SCHOR, N. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 3, n. 5, 1999.

_____. Violência contra a mulheres: estudos em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 470-477, 2002.

SCHWARCZ, R. **Saúde Reprodutiva. Atenção Pré-natal e do Parto do Baixo Risco: Materna Perinatal**. Montevideu, Uruguai: Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano – CLAP - OPS/OMS, 1996.

SCOTT, J. A mulher trabalhadora. In: FRAISSE, G.; PERROT, M. (Orgs.). **A história das mulheres no Ocidente: o século XIX**. Tradução Maria Helena da Cruz Coelho, Irene Maria Vaquinhas, Leontina Ventura e Guilhermina Mota. São Paulo: EBRADIL, p. 443-475, 1994.

SÉGUIN, L. *Chronic estresseors, social support, and depression during pregnancy*. **Obstetrics and Gynecology**, v. 4, p. 583-589, 1995.

SENG, J. S. et al. *Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications*. **Obstet Gynecol**, v. 97, n. 1, p. 17-22, 2001.

SENNA, D. M. A mulher em particular. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.;

SERRUYA, S. J. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SHIOTSU, C. H. Takahashi, R. T. O acompanhamento na instituição hospitalar: Significado e Percepção. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, p. 99-107, 2000.

SIKOSANA, P. L. N. *Na Evaluation of the quantity of antenatal care at rural health centres in Metrbeleland. North Provice*, v. 40, p. 268-272, 1994.

SILVA, M. J. P. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. **Rev. Esc. Enfem. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 309-18, 1991.

_____. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4 ed. São Paulo: Gente, 1996.

_____. **O amor é o caminho: Maneiras de cuidar**. 2 ed. São Paulo: Gente, 2000.

SILVA, L. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos. **Revista Latino-Am**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 180-7, 2005.

SILVEIRA, D. S. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SIQUEIRA, A. A. F. Relação entre estado nutricional da gestante, fumo durante a gravidez, crescimento fetal e no primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 6, 1986.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1992.

SOIHET, R. A história das mulheres. In: CARDOSO, C. F. **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro: Campus, p. 275-296, 2000.

STARK, E. *Women at risk-domestic violence and women's health*. London: Sage, 1996.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2 ed. São Paulo: Robe, 1993.

STOWE, Z. N.; CALHOUN, K.; RAMSEY, C. et al. *Mood Disorders During Pregnancy and Lactation: Defining Issues of Exposure and Treatment*. *CNS Spectr* **6**, p. 150-166, 2001.

TANAKA, A. C. H. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

TEIXEIRA, E. T. N. **Adiamento da maternidade**: ser mãe depois do 35 anos. Rio de Janeiro: 1999. Dissertação (Mestrado), ENSP/Fiocruz.

THEME FILHA, M. M.; SILVA, R.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 397-403, 1999.

TORNQUIST, C. S. *Paradoxos da humanização*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.

TREVISAN, M. R. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Saúde Brasil Ginecol Obstetr**, São Paulo, v. 24, p. 293-9, 2002.

TRONCOSO, E. L. **Participação feminina na região metropolitana de São Paulo na década de 90: consolidação ou precarização?** In.: XXIV GENERAL CONFERENCE IUSSP, Salvador, p. 18-24, 2001.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Estimativas da Mortalidade Materna.** A nova aproximação da OMS e UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF, 1996.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 3-69, 2001.

VIEIRA, C. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84p.

WALDOW, V. R. Processo de enfermagem: teoria e prática. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 14-22, 1988.

WEBSTER, J. *Domestic violence in pregnancy. A prevalence study.* **Med. J Aust**, v. 161, p. 466-70, 1994.

WEISSMAN, M. M. *Depression in women: implication for health care research.* **Science**, v. 269, n. 5225, p. 799-801, 1995.

WRIGHT, L. M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família.** 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

WILLIS, R. J. *A new Approach to the economic theory of fertility behavior.* **Jornal of Political Economy**, v. 81, n. 2, 1973.

ZIGEL, E. E. **Enfermagem obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

ZUCCHI, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 89-97, 1999.

ZUCKERMAN, B. *Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behavior. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 160, p. 1.107-1.111, 1989.

ZULLINI, M. T. et al. Drogas de abuso na gestação. **Pediatria**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 320-322, 1998.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA
NO MUNICÍPIO DE DOURADOS – MS DE 2002 A 2005.**

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Projeto: Estudo da Mortalidade Materna no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005.

QUESTIONÁRIO MORTE MATERNA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ÓBITO

1. Parentesco do entrevistado com a vítima: _____.

2. Iniciais do nome completo da vítima: _____.

3. Idade: _____ anos completos.

4. Data de falecimento: ___/___/___.

5. Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte segundo a D.O.:

5.1 Parte 1: a _____; CID 10 _____;

b _____; CID 10 _____;

c _____; CID 10 _____;

d _____; CID 10 _____;

5.2 Parte 2: _____; CID 10 _____;

_____; CID 10 _____;

6. Endereço (rua, nº, bairro, ponto de referência): _____.

_____.

7. Município de residência: _____.

8. Município que veio a óbito: _____.

9. Local de ocorrência (hospital via pública, outros est. saúde): _____.

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

10. Qual era a etnia/cor dela?

A. Branca;

B. Negra;

C. Parda;

D. Amarela;

E. Vermelha (indígena);

F. Não sabe.

11. Vivia com o companheiro?

A Sim; B. Não (ir para item 18); C. Não sabe.

12. Qual era o tipo de união?

A. Casamento civil; B. União consensual; C. Não sabe.

13. Qual era o grau de escolaridade dela?

A. Ela não frequentou a escola; B. Ensino Fundamental completo;
C. Ensino Fundamental incompleto; C. Ensino Básico completo;
D. Ensino Básico incompleto; E. Ensino Médio completo;
F. Ensino Médio incompleto; G. Ensino Superior completo;
H. Ensino Superior incompleto; I. Não sabe.

14. Alguém da sua família recebia incentivo governamental como subsídio (bolsa escola, bolsa alimentação, aux. leite, aux. gás).Qual (is)? _____.

15. Qual a renda familiar aproximada no mês que ocorreu o óbito em salários mínimos (incluir incentivos governamentais como bolsa escola)? _____salários.

16. Qual era o nº de dependentes dessa renda familiar? _____ dependentes.

17. Qual era a renda per capita (dividindo a renda total pelo nº de dependentes da mesma)?

_____ reais.

18. A cobertura assistencial do pré-natal dela, parto e puerpério foram custeadas (pagas) por que convênio de saúde?

A.Sus; B. Privado (Unimed, Cassems, Pax, etc...);
C.Particular; D. Não sabe; E. Não se aplica.

19. Ela era fumante?

A. Sim; B. Não (ir para item 30); C. Não sabe.

20. Se Sim, que tipo de fumo? _____.

21. Por quanto tempo ela utilizou o Fumo aproximadamente? _____anos.

22. Quantos cigarros por dia ela fumava? _____cigarros.

23. Qual era a marca do cigarro? _____.

24. Ela ingeria álcool?

A. Sim; B. Não (ir para item 33); C. Não sabe.

25. Quantas vezes por semana? _____vezes por semana.

26. Qual (is) era(m) o(s) tipo(s) de bebida(s) alcoólica(s) que ela ingeria?

- 26.1 _____ .Quantidade por semana? _____ .
26.2 _____ .Quantidade por semana? _____ .
26.3 _____ .Quantidade por semana? _____ .
26.4 _____ .Quantidade por semana? _____ .

27. Qual era o meio de deslocamento (transporte) que ela utilizava no cotidiano?

- A. Bicicleta; B. Moto; C. Ônibus;
D. Carro; E. A pé; F. Não sabe;
G. Não se aplica; H. Outro. Qual (is)? _____ .

28. Ela seguia alguma religião?

- A. Sim; B. Não; C. Não sabe.

29. Se Sim, qual era a religião que seguia?

- A. Católica; B. Evangélica; C. Espírita;
D. Outra. Qual? _____ .

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO

30. Ela morava em casa própria (quitada ou não)?

- A. Sim; B. Não; C. Não sabe.

31. Se Não, qual era a condição?

- A. Alugada; B. Cedida; C. Outro. Qual (is)? _____ ;
D. Não sabe.

32. Qual o tipo de material de construção da casa?

- A. Alvenaria (tijolo); B. Madeira; C. Adobe;
D. Entulho; E. Não sabe; F. Outro. Qual (is)? _____ .

33. Qual era o número de cômodos da casa? _____ cômodos.

34. Na casa em que ela morava tinha abastecimento de água?

- A. Sim; B. Não; C. Não sabe.

35. Se Sim, qual era forma de abastecimento de água?

- A. Rede geral; B. Poço ou nascente; C. Não sabe;
D. Outro. Qual (is)? _____ .

36. O escoamento do esgoto da casa em que ela morava era por:

- A. Rede geral de esgoto; B. Fossa séptica (casinha); C. Fossa rudimentar;
D. Vala; E. Outro. Qual? _____ ;
F. Não sabe.

DADOS DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

37. Ela trabalhava (incluir no domicílio)?

- A. Sim; B. Não (ir para o item 54); C. Não sabe;
D. Estudante.

38. Se positivo, que tipo de trabalho exercia, carga horária diária, turno, ocupação?

Tipo de trabalho	Carga horária diária	Turno	Ocupação
A. Lidiz do lar			
C. Voluntária			
D. Autônoma. Qual?			
E. Desempregada			
F. Outra. Qual?			
G. Não se aplica/não sabe			

39. Se mais de uma alternativa, qual era a carga horária total da atuação em trabalho dia? _____ horas.

40. Se assalariada responda, qual era a sua condição empregatícia?

- A. Carteira assinada; B. Contrato; C. Diarista;
D. Outro. Qual? _____; E. Não sabe.

41. Ela teve acesso ao benefício Licença Maternidade (120 dias de dispensa podendo ser retiradas até 28 dias anteriormente ao parto)?

- A. Sim; B. Não. Por quê? _____;
C. Não sabe.

42. Se Sim, quando foi dado início em relação ao parto?

- A. Anteriormente. Por quê? _____;
B. Posteriormente; C. Não sabe.

43. Queixava-se no desenvolvimento da atividade que exercia após a gestação, qual?(dor lombar, edema, sonolência, stress, tontura, nervoso, falta de ar) _____

44. Ela relatou o que causava ou aumentava a queixa, qual?(cadeira, esforço físico, posição sentada ou em pé, conflitos com colegas, não permissão para ir ao banheiro ou tomar água, transporte de peso) _____

45. Ela trocou de função após a gestação?

- A. Sim; B. Não; C. Não sabe.
Por quê? _____.

46. Ela conseguia dispensa para realizar as consultas e exames de pré-natal?

- A. Sim; B. Não; C. Parcialmente;
D. Não sabe.
Se Não ou Parcialmente, sabe a causa? _____.

47. Apresentou afastamento do trabalho por indicação médica (atestado)?

- A. Sim. Qual motivo e tempo? _____;
B. Não; C. Não sabe.

DADOS NUTRICIONAIS

48. Quanta refeição realizava por dia?

A. Menos que 03;
D. Não sabe.

B. de 03 a 04;

C. 05 acima;

49. Quais os alimentos consumidos com maior frequência por ela? _____

DADOS PSICOLÓGICOS

50. Ela apresentou transtornos psicológicos durante a gestação e/ou puerpério por no mínimo um período de duas semanas?

A. Sim;

B. Não;

C. Não sabe.

51. Se Sim, quais desses transtornos ela apresentou?

A. Episódios depressivos;

B. Queixas de tristezas;

C. Desesperança;

D. Perda de prazer generalizada;

E. Perda do apetite;

F. Perturbação no sono;

G. Alterações psicomotoras;

H. Pensamento suicida;

I. Culpa;

J. Diminuição de energia;

K. Sentimento de desvalia;

L. Outro. Qual (is)? _____.

DADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

52. Ela tinha história de violência contra a mulher em sua família (mãe, avó, irmã, etc)?

A. Sim. Quem? _____;

B. Não;

C. Não sabe.

53. Ela foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para ela?

A. Sim;

B. Não;

C. Não sabe.

54. Ela tinha medo de algum familiar? Quem (parentesco)? _____.

55. Desde que ela engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

A. Sim. Quem? _____ Quantas vezes por semana? _____ vezes;

B. Não (ir para item 66);

C. Não sabe.

56. Se Sim, no(s) episódio(s) de violência aconteceram e/ou eram utilizados (descreva a opção com o maior número):

A. Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma (revolver, faca);

B. Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura;

C. Soco, chute, machucado/ “mancha roxa”, cortes e/ou dor contínua;

D. Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados;

E. Danos na cabeça, internos e/ou permanentes;

F. Uso de armas, ferimento por arma;

G. Outro. Qual (is)? _____.

Se Sim, responda:

57. Quantos anos de estudo o agressor tinha? _____ anos.

58. Ele trabalhava?

A. Sim;

B. Desempregado;

C. Não;

D. Não sabe.

59. Ele utilizava alguma droga licita ou ilícita como:

A. Fumo. Quantas vezes por dia? _____ vezes/dia;

B. Álcool. Quantas vezes por semana? _____ vezes/semana;

C. Outras. Qual? Quantas vezes por semana? _____ vezes/semana;

D. Não;

E. Não sabe.

ANTECEDENTES PESSOAIS

60. Ela tinha alguma doença anterior a gravidez (incluir em gestações anteriores)?

A. Sim. Qual (is)? _____; B. Não;

C. Não sabe.

61. Ela fazia algum tipo de tratamento (médico, fisioterapêutico, psicológico, medicamentoso, etc)?

A. Sim. Qual (is)? _____; B. Não;

C. Não sabe.

62. A gestação atual foi planejada?

A. Sim (passar para o item 74); B. Não;

C. Não sabe.

63. Se Negativo, ela utilizava algum método contraceptivo? Qual (is)? _____.

64. Sabe o porquê da falha no método contraceptivo citado na questão anterior?

_____.

DADOS OBSTÉTRICOS ANTERIORES

65. N° gestações? _____ vezes.

66. N° partos vaginais? _____ vezes.

67. N° cesarianas? _____ vezes.

68. N° abortos? _____ vezes.

69. N° de filhos que nasceram vivos? _____ filho(s).

70. Desses quantos nasceram prematuros? _____ filho(s).

71. Em relação ao(s) peso(s) dos filhos ao nascer:

- A. Menor de 2.500 kg _____ filho(s);
- B. Maior de 4.500 kg _____ filho(s);
- C. Acima de 2.500 kg e abaixo de 4.500kg (peso normal)? _____ filho(s);
- D. Não sabe. _____ filho(s).

72. Quando foi a última gestação anterior a esta (em anos completos)? _____ ano(s).

DADOS OBSTÉTRICOS DA GESTAÇÃO ATUAL

73. Qual era a data da sua última menstruação (DUM)? ___/___/___.

74. Qual era a data provável do parto (DPP)? ___/___/___.

75. Ela fez pré-natal?

- A. Sim;
- B. Não (passar para o item 95);
- C. Não sabe.

76. Se Positivo, em que local (nome)? Se PSF sabe que equipe? _____.

77. Tem cartão de pré-natal?

- A. Sim;
- B. Não;
- C. Não sabe;
- D. Não localizado.

78. Se Sim, preencha os dados da tabela conforme o cartão de pré-natal:

Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apres.	Intercorrências	Terapêutica

79. Sabe quantos meses tinha de gestação quando iniciou o pré-natal?

- A. Entre o 1° e o 4° mês;
- B. Entre o 5° e o 7° mês;
- C. Entre o 8° e o 9° mês;
- D. Não sabe.

Exceto para a alternativa A, sabe por quê ela iniciou tardiamente o seu pré-natal? _____
_____.

80. Sabe quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta de pré-natal? _____ meses.

81. Foi considerada gestante de alto risco?

- A. Sim;
- B. Não;
- C. Não sabe.

82. Se Sim, ela foi encaminhada ao centro de atendimento à mulher (CAM)?

- A. Sim; B. Não; C. Não sabe.

Se Sim ou Não, Por quê? _____.

83. Ela teve alguma dificuldade de acesso às consultas de pré-natal, qual (is)?

- A. Agendamento de consultas; B. Realização de exames;
C. Diálogo com profissionais; D. Referências para especialidades;
E. Não; F. Outro. Qual (is)? _____;
G. Não sabe;

84. Se ela Não fez o pré-natal, sabe por quê? _____.

85. Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?

- A. Sim. Qual (is)? _____; B. Não; C. Não sabe.
_____;

86. Ela foi atendida em algum ambulatório (hospitalar ou pronto atendimento) durante a gestação (exceto no desfecho do parto e/ou óbito)?

- A. Sim. Quantas vezes? _____; B. Não; C. Não sabe.

87. Ela chegou a ser internada durante a gestação?

- A. Sim. Quantas Vezes? _____; B. Não; C. Não sabe.

88. Se Sim, qual (is) o(s) nome(s) do(s) hospital (is) e o(s) motivo(s) da(s) internação(s)?

- 90.1 _____;
90.2 _____;
90.3 _____;

89. Em que momento ela veio a óbito?

- A. Durante o aborto;
B. Na gestação;
C. No parto (até uma hora após o parto);
D. No puerpério (até 42 dias do término da gestação);
E. Entre 43 dias e até 1 ano após o término da gestação;
F. Não sabe.

90. Onde ela morreu?

- A. No hospital; B. Em casa; C. Na via pública;
D. Na casa da parteira; E. Outro lugar. Qual? _____.

91. Caso o óbito tenha ocorrido no hospital qual o nome da instituição? _____.

92. Se hospital, qual setor ocorreu o óbito?

- A. UTI; B. Enfermaria; C. Centro obstétrico;
D. Pronto atendimento; E. Outro. Qual? _____; F. Não sabe.

93. Local do parto ou aborto?

- A. Hospital; B. Domicílio; C. Casa de parto;
D. Outro. Local? _____; E. Não sabe; D. Não se aplica.

94. Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto, por ocasião do aborto ou na internação em questão?

- A. Sim; B. Não; C. Não sabe;
D. Não se aplica.

95. Qual foi o tipo de parto?

- A. Parto vaginal; B. Cesariana; C. Não sabe;
D. Não teve parto, ela morreu com bebê na barriga (ir para a questão 112);
E. Não se aplica.

96. Ela teve problema de saúde durante ou depois do parto e/ou aborto?

- A. Sim. Qual (is)? _____; B. Não; C. Não sabe.
_____;

97. Ela teve alta depois que pariu ou abortou?

- A. Sim; B. Não (ir para o item 112); C. Não sabe;
D. Não se aplica

98. Qual era o estado geral da paciente no momento da alta hospitalar?

- A. Bom estado geral; B. Óbito; C. Transferência;
D. Outra. Qual (is)? _____; E. Sem informações.

99. Ela foi internada novamente?

- A. Sim. Onde? _____; B. Não; C. Não sabe.

100. A gestante teve acesso a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério (PPP)?

- A. Sim; B. Parcialmente; Observação: _____; C. Não;
D. Não sabe.

Se Sim ou Parcialmente, quem foi o acompanhante (parentesco)? _____;

101. Os seus familiares tiveram acesso as informações da evolução clínica da paciente?

- A. Sim. Quem informou? _____; B. Não; C. Não sabe.
D. Parcialmente.

102. Alguma observação em relação ao atendimento hospitalar ou a qualquer outro serviço de saúde que ela tenha procurado quando precisou resolver o problema que a levou à morte? (problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vagas, falta de medicamento, discriminação do serviço com relação à família, entre outras). _____

HISTÓRIA DA INTERNAÇÃO

103. Data da internação? ____/____/____.

104. Motivo da internação? _____
_____.

105. Hipótese diagnóstica registrada no prontuário? _____.

106. Condições da vítima no ato da internação?

- A. Sem informação no prontuário; B. Boa; C. Regular;
D. Grave; E. Agonizante; F. Sem vida.

107. A gestação terminou em:

- A. Não houve expulsão do embrião/feto; B. Aborto espontâneo;
C. Aborto induzido permitido em lei; D. Aborto provocado;
E. Aborto se menção de espontâneo ou provocado; F. Expulsão da mola hidatiforme;
G. Complicações por gravidez ectópica; H. Parto vaginal;
I. Parto fórceps; J. Parto a vácuo;
K. Cesariana.

108. Data do término da gestação: ____/____/____.

109. Tempo da gestação em semanas? _____semanas.

110. Caso ela tenha sofrido algum tipo de aborto sabe qual a causa?

- A. Natural; B. Provocada/induzido; C. Não sabe;
D. Não se aplica (ir para o item 126).

111. Em caso de aborto provocado ou induzido, qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto?

- A. Amiu/sucção; B. Drogas. Qual (is)? _____;
C. Curetagem; D. Substâncias cáusticas;
E. Físicos (sondas, etc.); F. Micro-cesárea;
G. Chás caseiros; H. Sem informação no prontuário;
I. Não sabe; J. Não se aplica (ir para questão 126);

112. Caso aborto houve intercorrências?

- A. Não apresentou nada; B. Febre;
C. Sangramento vaginal; D. Secreção vaginal com mau-cheiro;
E. Dor na barriga; F. Dificuldade de urinar ou defecar;
G. Falta de apetite/náuseas; H. Tonturas/desmaios;
I. Tristeza/depressão; J. Infecção;
K. Perfuração; L. Outro. Qual (is)? _____;
M. Sem informação no prontuário; N. Não sabe.

PARTO (RESPONDER QUANDO A GESTAÇÃO TERMINOU EM PARTO COM MAIS DE 20 SEMANAS)

113. Quais intercorrências ocorreram durante o trabalho de parto?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| A. Sem complicações; | B. Eclampsia; | C. Pré-eclampsia; |
| D. Trabalho de parto (TP) prolongado; | E. Sangramento; | F. Hipertonia; |
| G. Obstrução do trabalho de parto; | H. Sofrimento fetal; | I. Coriomnionite; |
| J. Sem informação no prontuário; | K. Outra. Qual (is)? _____; | |
| L. Não sabe; | M. Não se aplica. | |

114. Ocorreram intercorrências no parto?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| A. Sem complicações; | B. Atonia uterina; | C. Retenção placentária; |
| D. Laceração de partes moles; | E. Outras. Qual (is)? _____; | |
| F. Sem informação no prontuário; | G. Não sabe; | H. Não se aplica. |

115. Houve necessidade de indicação médica por cesariana?

- | | |
|--|-----------------------------|
| A. Não o parto foi vaginal; | B. Sofrimento fetal; |
| C. Cesárea em morte materna iminente ou post mortem; | D. DPP/feto vivo; |
| E. Desproporção céfalo-pélvica; | F. Distorcia funcional; |
| G. Duas ou mais cesáreas anteriores; | H. Prolapso de cordão; |
| I. Iminência e/ou rotura uterina; | J. Outra. Qual (is)? _____; |
| K. Sem informação; | L. Não se aplica. |

CONDIÇÕES AO NASCER

116. Como o recém-nascido nasceu?

- | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------------------|
| A. Vivo (ir para questão 145); | B. Morto; | C. Não houve nascimento. |
|--------------------------------|-----------|--------------------------|

117. Se morto, quando ocorreu?

- | | | |
|---------------------|----------------|------------------|
| A. Antes do parto; | B. Intraparto; | C. Após o parto; |
| D. No óbito da mãe; | E. Não sabe. | |

PUERPÉRIO (caso não se aplique ir para o item 152)

118. Ocorreram intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto da paciente?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------|
| A. Sem intercorrências; | B. Sangramento; | C. Atonia uterina; |
| D. Placenta acreta; | E. Outra. Qual (is)? _____; | |
| F. Sem informação; | G. Não se aplica. | |

119. Ocorreram intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar da paciente?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------|
| A. Sem intercorrências; | B. Sangramento; | C. Infecção puerperal; |
| D. Embolias; | E. Outra. Qual (is)? _____; | |
| F. Sem informação; | G. Não se aplica. | |

120. Ocorreram intercorrências no puerpério da alta até 42 dias após o término da gestação?

- A. Sem intercorrências; B. Sangramento; C. Infecção puerperal;
D. Trombose venosa profunda; E. Embolias; F. Depressão puerperal;
G. Outra. Qual (is)? _____; H. Sem informação; I. Não se aplica.

121. Ocorreram intercorrências acima de 42 dias até um ano após o término da gestação? Qual (is)? _____.

CUIDADOS INTENSIVOS

122. Em algum momento da gravidez, parto, aborto ou puerpério, que ela tenha sido internada, chegou a precisar de UTI?

- A. Sim; B. Não (ir para o item 157); C. Não sabe;
D. Sem informações.

123. Ela foi encaminhada à UTI?

- A. Sim; B. Não; C. Sem informação.

124. Se positivo, a UTI era:

- A. No mesmo hospital; B. Em outro. Qual? _____;
C. Não conseguiu vaga; D. Não sabe.

125. Em caso negativo, por quê? _____.

PARECER DO COMITÊ

126. Fontes de dado consultadas:

- A. Entrevista domiciliar; B. Registros ambulatoriais;
C. Prontuários hospitalares; D. Laudo de necropsia;
E. Entrevistas com profissionais de saúde; F. Outra. Qual (is)? _____.

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

- A. Sim; B. Não; C. Inconclusivo;
D. Não se aplica.

128. Se Negativo, quais os motivos? _____.

129. Se Inconclusivo, por quê? _____.

130. Na opinião do Comitê, a assistência no parto, aborto ou na internação em questão foi adequada?

- A. Sim; B. Não; C. Inconclusivo;
D. Não se aplica.

131. Se Negativo, quais os motivos? _____
_____.

132. Se Inconclusivo, por quê? _____
_____.

133. Na opinião do Comitê, a assistência no puerpério foi adequada?
A. Sim; B. Não; C. Inconclusivo;
D. Não se aplica.

134. Se Negativo, quais os motivos? _____
_____.

135. Se Inconclusivo, por quê? _____
_____.

136. Em relação a evitabilidade?
A. Evitável; B. Provavelmente evitável; C. Inevitável;
D. Inconclusivo.

137. Quais os fatores de evitabilidade sugeridos?
A. Comunidade/família/gestante; B. Profissional; C. Institucional;
D. Sociais; E. Intersetoriais; F. Sem informações;
G. Inconclusivo.

138. Como foi classificado o óbito então pelo Comitê?
A. Materno (até 42 dias após término da gestação);
B. Materno tardio (de 43 dias a menos de 1 ano do término da gestação);
C. Não obstétrico;
D. Ignorado.

139. Se óbito materno esse foi classificado como?
A. Obstétrico direto; B. Obstétrico indireto;
C. Inconclusivo se obstétrico direto ou indireto; E. Não relacionado à gravidez.

ANEXO A - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	2005												2006					
	jan	fev	mar	ab	mai	jun	Jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	ab	mai	jun
Aprovação do projeto para Mestrado	X																	
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º Encontro com orientador em Brasília		X																
Produção do 2º pré-projeto		X	X															
2º Encontro com orientador em Brasília													X					
Produção do 3º Pré-projeto										X	X	X	X					
Produção do Questionário que abrange Entrevista Familiar e Dados do Comitê de Mortalidade Materno-infantil e Fetal de Dourados –MS										X	X	X	X					
Solicitação ao Presidente do CMMIF e a FUNASA de autorização oficial para a realização do estudo.											X		X					
Aprovação do Pré-projeto pela Comissão de Ética da UNB/Brasília						X												
Aplicação do questionário aos familiares das vítimas de óbito materno e o levantamento de dados do Comitê de Mortalidade Materno-infantil e Fetal de Dourados –MS						X	X											
Produção da dissertação								X	X	X	X	X	X					
Encaminhamento da Dissertação a Banca de Mestrado da UNB													X					
Defesa da Dissertação na UNB														X				

ANEXO B - PLANILHA DE GASTOS

Descrição	Quantidade e/ou momentos	Custo unitário (\$)	Total (\$)
Encontro com orientador em Brasília	04	1.000,00	4.000,00
Mensalidades do mestrado	24	680,00	16.320,00
Mensalidade de Internet ADSL	24	80,00	1.920,00
Fotocópias	3.000	00,10	300,00
Resmas de sulfite A 4	15	15,00	225,00
Cartucho de impressora preto	01	65,00	65,00
Cartucho e impressora colorido	01	65,00	65,00
Caneta	03	01,00	03,00
Lápis	02	00,60	01,20
Borracha	01	01,50	01,50
Corretivo	01	04,00	04,00
CD-R	07	02,00	14,00
Disquete	06	02,50	15,00
Total	3.095	1.261,70	23.733,77

Os gastos com a realização do Estudo da Mortalidade Materna no município de Dourado-MS de 2002 a 2005 foram de responsabilidade da pesquisadora.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa:

Eu abaixo assinado....., concordo em participar voluntariamente, de estudo sobre o Risco de Morte Materna no Município de Dourados -MS a ser por Grace Reiter Chedid, aluna do Curso de Mestrado da Universidade de Brasília, sob a Coordenação do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro/ UnB. Neste sentido, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora, sobre os objetivos da pesquisa e, que posso se assim desejar, não participar do estudo, sem nenhum prejuízo. Em caso de dúvida, favor manter contato pelo telefone.

Assinatura.....

Testemunha.....

Data e Local.....

Grace Reiter Chedid. Telefone (67) 3426-6831(residência); 3411-7636/266 ramal (Secretaria Municipal de Saúde de Dourados); 9954-8779 (celular).

Prof. Pedro Sadi Monteiro (telefone, 61(XX) 3307 –21 40).

**ANEXO D - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DO PRESIDENTE DO COMITÊ DE
MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL E FETAL**



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAUP

Ofício nº 74/05

Dourados, 28 de novembro de 2005

Prezada Senhora:

Com muito apreço, venho por meio deste autorizar a mestranda em Ciências da Saúde Grace Reiter Chedid a ter acesso as Fichas de Investigações de Mortes Maternas ocorridas entre os anos de 2001 a 2005, contemplando posteriormente o ano de 2006, no município de Dourados para a viabilidade de sua dissertação de mestrado, com o título de Prevalência de Morte Materna no Município de Dourados –MS, pela instituição Universidade de Brasília, sob a Coordenação do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro/ UnB.

Atenciosamente,

Antônio Marinho Falcão Neto
Ginecologista e Obstetra CRM 3165
Presidente do Comitê de Mortalidade
Materno-infantil e Fetal de Dourados – MS.

Ilmo Sr^a
Grace Reiter Chedid
Mestranda em Ciências da Saúde /UNB

**ANEXO E - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR GERAL DE
ESTUDOS E PESQUISA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO -
FUNAI**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍndIO

AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA

Nº: 35 /CGEP/07

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Grace Reiter Chedid Processo: 1061/06
 Nacionalidade: Brasileira Identidade: RG nº 000880430 SSP/MS
 Instituição/Entidade: Universidade de Brasília -Faculdade de Ciências da Saúde e UNIGRAN
 Patrocinador:

OBJETIVO DO INGRESSO

Desenvolver projeto de pesquisa de mestrado intitulado: "Estudo da Mortalidade Materna no Município de Dourados - MS de 2002 a 2005".

EQUIPE DE TRABALHO

Nº	Nome	Nacionalidade	Identidade

LOCALIZAÇÃO

Terra Indígena: Dourados Etnia: Kaiowá e Terene
 Administração Regional: SAL de Dourados Posto Indígena: Dourados

VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO

Início: 05 de março de 2007 Término: 05 de março de 2008

OBSERVAÇÕES

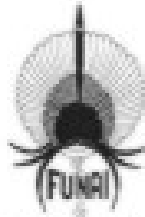
- * Esta Autorização está condicionada à emissão de parecer favorável por parte da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS.
- * Remeter à Coordenação Geral de Estudos e Pesquisa-CGEP dois exemplares da tese, relatórios, textos, artigos e outras produções decorrentes do trabalho realizado.
- * Esta autorização não inclui contrato de cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem de acesso a recursos genéticos e conhecimentos tradicionais.

Autorizo:

Brasília, 6 de março de 2007.

Márcio Pereira Gomes
 Presidente da FUNAI

Presidente da FUNAI



Fundação Nacional do Índio
Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisas
SEPS 702/902, bloco A, sala 102, Brasília - DF CEP 70390-025
TELEFAX (61) 3321-0613/ 3313-2606 E-mail: cgpep@funai.gov.br

Ofício nº 79 /CGEP/07

Brasília, 08 de março de 2007.

A Senhora
Grace Reiter Chedid
Rua Barão do Rio Branco, 395, Bloco D, Apto. 03
Bairro Jardim Tropical
79820-014 Dourados - MS

Assunto: pesquisa em terra indígena (Proc. nº.1061/06)

1. Cumprimentando-a, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº. 55 /CGEP/07 (em anexo), concedida a Vossa Senhoria para ingressar na TI Dourados, com o objetivo de desenvolver o projeto de pesquisa intitulada "Estudo da Mortalidade Materna no Município de Dourados - MS de 2002 a 2005".

Atenciosamente,

Etúdio dos Santos Romero
Coordenador-Geral de Estudos e Pesquisas

**ANEXO F - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB**



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 065/2006

Título do Projeto: "Estudo da Mortalidade Materna no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005".

Pesquisadora Responsável: Grace Reiter Cheid

Data de Entrada: 19/06/2006.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 065/2006 com o título: "Estudo da Mortalidade Materna no Município de Dourados – MS de 2002 a 2005". Analisado na 6ª Reunião, realizada no dia 11 de julho de 2006.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 13 de outubro de 2006.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900