

A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo, Brasil¹

Ruy Laurenti²

Este artigo descreve as tendências da mortalidade materna em São Paulo, Brasil, de 1960 a 1990. Ao fazê-lo, compara os índices de mortalidade materna obtidos de dados tirados de atestados de óbito com dados resultantes de três levantamentos independentes realizados naquela cidade nos anos de 1962–1963, 1974–1975 e 1986. Esses dados indicam, em geral, que uma parcela substancial de todas as mortes maternas na cidade foram atribuídas, nos atestados de óbito, a outras causas, que os níveis de mortalidade são muito mais elevados do que os que ocorrem nas áreas urbanas da maioria dos países desenvolvidos e que os índices de morte materna na cidade vêm aumentando nos últimos anos. Várias sugestões são feitas para melhorar a precisão dos dados disponíveis e para reduzir a mortalidade materna que descrevem.

Há aproximadamente trinta anos, de 1962 a 1964, a Organização Pan-Americana da Saúde realizou um grande projeto intitulado "Investigação Interamericana de Mortalidade" que consistiu de um estudo em profundidade, de maneira padronizada e com correção de dados, da mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade, em 10 áreas urbanas da América Latina, uma dos Estados Unidos da América e outra da Inglaterra. Os resultados foram apresentados na publicação *Características de la mortalidad urbana (I)* e mostraram aspectos muito interessantes não só ao comparar as cidades entre si, mas, particularmente, ao comparar as áreas urbanas latino-americanas com as duas outras anglo-saxônicas.

Quanto à mortalidade materna, os resultados daquela investigação mostraram claramente a desvantagem das 10 cidades latino-americanas em relação à norte-americana e à inglesa. De fato, a publicação acima referida diz textualmente: "Poucas causas de

morte exibiram maior variação de uma cidade a outra do que aquelas atribuídas às complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Entre as mulheres em idade fértil, dos 15 aos 44 anos, as taxas de mortalidade por 100 000 habitantes variaram desde o nível de 1,1 (em San Francisco, Estados Unidos) e 1,6 (em Bristol, Inglaterra), a níveis elevados de 33,7 (em Cali, Colômbia) e 40,9 (em Santiago, Chile). Esta ampla margem de variação na mortalidade por essas causas, como por qualquer outra, assinala fortemente a existência de fatores adversos no meio ambiente que podem ser susceptíveis de correção.

"A magnitude do problema também pode ser ilustrada mediante o exame da importância relativa das causas maternas como causa de morte. Entre as mulheres de 15 a 44 anos em San Francisco, somente uma morte entre 174 deveu-se a causas maternas, em comparação com uma em sete, em Cali e na Cidade do México, e uma em cinco em Santiago. O enorme desafio apresentado por essas cifras está no fato de que mais de 90% da mortalidade materna em várias dessas cidades seriam preveníveis a julgar por outros dados mais favoráveis encontrados. Nas 10 cidades latino-americanas, durante o período de dois anos cobertos pela investigação, cerca de 1 600 mulheres morreram como

¹ Publica-se este artigo no *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 27, Nº 3, 1993, com o título "Maternal Mortality in Latin American Urban Areas: The Case of São Paulo, Brazil".

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia.

conseqüência de complicações da gravidez, do parto ou do puerpério, o que não teria ocorrido se a mortalidade por causas maternas tivesse sido tão baixa quanto foi a de Bristol e a de San Francisco" (1).

A tabela 1 apresenta as taxas de mortalidade por causas maternas, segundo os tipos de complicações, em 12 cidades, mostrando de maneira clara a diferença entre as latino-americanas e San Francisco e Bristol.

Mesmo sendo os dados referentes a 30 anos passados, é desalentador saber que no começo da década de 1990 São Paulo continua a exceder bastante os níveis de mortalidade de San Francisco e Bristol. Além disso, a análise da mortalidade materna nas Américas só apresentou declínio durante as duas últimas décadas em alguns poucos países, principalmente aqueles que já apresentavam taxas de mortalidade materna relativamente baixas — Canadá, Estados Unidos da América, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba e Porto Rico (2).

Cabe também notar que a Investigação Interamericana mostrou que na maioria dos países as causas maternas não eram adequa-

damente declaradas pelos médicos nos atestados de óbito (1). De fato, a comparação entre os atestados de óbito originais e aqueles refeitos após a obtenção de dados adicionais que a pesquisa permitiu, evidenciou, claramente, que as taxas de mortalidade por esse grupo de causas eram, na realidade, bem maiores do que expressavam as estatísticas oficiais, (mais de 50% em algumas cidades latino-americanas). Outros estudos também têm mostrado que as taxas de mortalidade oficiais por causas maternas são inferiores às verdadeiras (3–5).

Dentre as 10 cidades latino-americanas incluídas no estudo, São Paulo apresentava a segunda mais baixa taxa de mortalidade materna, maior apenas à observada em Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo.

A região estudada foi o distrito de São Paulo que, na época da investigação, era o maior dos oito distritos que formam a área do município de São Paulo. Este distrito ocupa 55,7% da área territorial do município e contém 92,5% de sua população.

Desde a época da investigação, o Departamento de Epidemiologia da Faculdade de

TABELA 1. Mortes por causas maternas, por 100 000 nascidos vivos, entre as populações das cidades relacionadas, durante o período de estudo da Investigação Interamericana de Mortalidade de 1962–1964. Os códigos que aparecem sob as causas “gravidez”, “aborto”, “parto” e “puerpério” referem-se às categorias especificadas na Sétima Revisão da *Classificação Internacional de Doenças*

Cidade	Total	Complicações do/da			
		Gravidez (640–649)	Aborto (650–652)	Parto (660–678)	Puerpério (680–689)
Bogotá	127,0	38,0	46,0	25,0	18,0
Bristol	18,0	9,0	0,0	0,0	9,0
Cali	218,0	49,0	80,0	57,0	32,0
Caracas	97,0	14,0	45,0	17,0	21,0
Cidade da Guatemala	159,0	31,0	75,0	41,0	12,0
Cidade do México	172,0	42,0	34,0	48,0	48,0
La Plata	133,0	37,0	31,0	60,0	5,0
Lima	156,0	60,0	21,0	44,0	32,0
Ribeirão Preto	58,0	19,0	11,0	13,0	15,0
San Francisco	11,0	0,0	11,0	0,0	0,0
Santiago	316,0	41,0	166,0	88,0	21,0
São Paulo	87,0	28,0	17,0	23,0	19,0

Fonte: Referência bibliográfica Nº 7

Saúde Pública da Universidade de São Paulo vem acompanhando o comportamento da mortalidade materna na cidade de São Paulo.³

O objetivo desta apresentação é descrever a tendência da mortalidade materna no município de São Paulo, em uma série temporal de 1960 a 1990, e comparar os dados estatísticos oficiais com aqueles corrigidos mediante investigações especiais em três intervalos de tempo durante esse período. Não há, nesta apresentação, a intenção de discutir os possíveis fatores que estão afetando o comportamento da mortalidade materna que vem sendo observado, mas tão somente descrever esse comportamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a série temporal a ser descrita, obtiveram-se os dados brutos referentes às mortes por causas maternas e aos nascidos vivos no órgão oficial responsável por estatísticas vitais no estado de São Paulo. Neste Estado, e particularmente na sua capital, o município de São Paulo, a cobertura dos registros de óbito e de nascimentos vivos é considerada como correspondendo a praticamente 100%.

No período abrangido pelo estudo, as causas maternas foram classificadas por três revisões da Classificação Internacional de Doenças, a saber: de 1960 a 1968, pela 7ª Revisão (6), que compreendia os códigos 640 a 689; de 1969 a 1978, pela 8ª Revisão (7), com os códigos 630 a 678, e de 1979 a 1990, pela 9ª Revisão (8), códigos 630 a 676.

Os dados corrigidos, para cálculo das verdadeiras taxas de mortalidade materna e suas causas, foram obtidos através de três pesquisas ou "investigações de mortalidade", obedecendo à mesma metodologia

— estudo de uma amostra de atestados de óbito e, para cada caso, uma investigação em profundidade junto aos familiares, médicos, hospitais e outros serviços de saúde que cuidaram dos casos — a fim de conhecer as causas de morte e calcular as taxas verdadeiras, possibilitando sua comparação com os dados oficiais. Para maiores detalhes sobre essas três investigações, recomenda-se consultar as publicações originais sobre os estudos (1, 9–11).

Na análise da série temporal de 1960 a 1990, foram também calculadas as taxas de mortalidade materna tanto para o interior do Estado como para o Estado como um todo, com o fim de compará-las com as do município de São Paulo.

RESULTADOS

Nos primeiros anos da década de 1960, a mortalidade materna no município de São Paulo estava em torno de 100 por 100 000 nascidos vivos (n.v.). Passou a declinar continuamente até 1985 e, deste ano até 1990, apresenta uma discreta tendência a se elevar. A tabela 2 mostra, ano a ano, as taxas de mortalidade de 1960 a 1990 e, para finalidades de comparação, apresenta também o comportamento desta mortalidade para a capital, para o interior do Estado e para o Estado como um todo.

Verifica-se que as taxas de mortalidade materna para o município de São Paulo são bem inferiores àquelas observadas no interior; estas também declinam continuamente, mas a um ritmo mais acelerado. Nos primeiros anos da década de 1980 ambas estão bem próximas. Nos três últimos anos analisados o interior passa a apresentar taxas de mortalidade inferiores às do município de São Paulo.

Para melhor analisar os níveis e a tendência da mortalidade materna, calcularam-se as taxas médias para quatro triênios: 1º) 1960–1962, 2º) 1970–1972, 3º) 1980–1982 e 4º) 1988–1990; seus valores respectivos encontram-se na tabela 3. As diferenças percentuais a mais ou a menos dessas taxas entre um e outro período encontram-se na tabela 4.

³ A Investigação Interamericana estudou o distrito de São Paulo, enquanto que os dados oficiais estudados cobriram toda a área municipal. Há vários estudos que não encontraram diferenças significativas entre diferentes indicadores de saúde (incluindo a mortalidade materna) entre o distrito e a área municipal como um todo — o que não é de surpreender tendo em conta que 92,5% da população da área municipal está radicada no distrito.

TABELA 2. Mortalidade materna por 100 000 nascidos vivos, para a capital, o interior e o estado de São Paulo, de 1960 a 1990, segundo dados oficiais de atestados médicos

Ano	Capital	Interior	Estado
1960	99,3	172,6	152,6
61	104,9	161,2	145,6
62	112,3	142,5	133,7
63	96,4	153,3	136,9
64	104,4	125,4	119,2
1965	87,3	134,6	120,8
66	98,2	134,6	123,7
67	78,7	136,8	119,3
68	73,3	110,2	99,1
69	90,6	128,4	166,6
1970	68,8	104,5	93,0
71	71,6	94,6	87,0
72	65,5	85,5	78,8
73	70,4	99,9	89,7
74	75,2	96,4	88,9
1975	69,2	89,9	82,6
76	63,3	99,4	86,5
77	65,7	78,5	74,0
78	52,4	77,7	69,0
79	49,5	71,7	64,2
1980	53,5	56,1	55,2
81	46,1	53,9	51,3
82	38,2	52,6	47,8
83	45,4	50,0	48,5
84	48,1	48,9	48,6
1985	43,1	49,0	47,0
86	51,6	49,6	50,2
87	46,0	53,4	51,0
88	51,0	47,0	48,3
89	47,5	46,0	46,5
1990	48,0	45,9	46,8

Fonte: Dados brutos fornecidos pela Fundação SEADE.

Nota-se que entre todos os triênios a redução foi maior no interior do Estado do que na capital, sendo que entre 1980–1982 e 1988–1990 não houve redução na capital, mas sim um aumento de 6,3% na capital e um pequeno declínio de 14,6% em outras partes do Estado. Comparando-se os triênios inicial e final, verifica-se que no município da capital a redução foi bem menor do que a observada no interior, respectivamente 53,8% e 70,8%.

As investigações realizadas no município de São Paulo em 1962–1963⁴ (1), 1974–1975

TABELA 3. Mortalidade materna (por 100 000 nascidos vivos) para a capital, o interior e para o estado de São Paulo. Valores médios trienais: 1960/1962, 1970/1972, 1980/1982 e 1988/1990

Triênios	Capital	Interior	Estado
1960–1962 (1 ^a)	105,5	158,8	144,0
1970–1972 (2 ^a)	68,6	94,9	86,3
1980–1982 (3 ^a)	45,9	54,2	51,4
1988–1990 (4 ^a)	48,8	46,3	47,2

TABELA 4. Variação percentual entre os valores médios trienais apresentados na tabela 3 referentes à mortalidade materna em São Paulo capital, interior e estado

Triênios	Capital	Interior	Estado
(1 ^a)–(2 ^a)	–35,0%	–40,2%	–40,1%
(2 ^a)–(3 ^a)	–33,1%	–42,9%	–40,4%
(3 ^a)–(4 ^a)	+6,3%	–14,6%	–8,2%
(1 ^a)–(4 ^a)	–53,7%	–70,8%	–67,2%

(9) e 1986 (10, 11) que serviram de base para a correção dos dados referentes às taxas de mortalidade materna derivados dos dados oficiais mostraram, respectivamente, os seguintes valores: 87,0; 156,0 e 99,6 por 100 000 n.v. Comparando-se essas taxas corrigidas com as oficiais exposta na tabela 2, verifica-se que para 1974–1975 e para 1986 a correção possibilitou mostrar claramente que a mortalidade materna foi aproximadamente o dobro do que mostraram as estatísticas oficiais.

À primeira vista, não parece ter sido este o caso no período de 1962 a 1963 porque os dados oficiais indicavam que a mortalidade materna no município de São Paulo foi de 104,4 por 100 000 n.v. enquanto que no distrito de São Paulo, segundo os dados do levantamento, foi de 87 por 100 000 n.v. O que na verdade ocorreu foi o seguinte: até 1968 o órgão elaborador de estatísticas vitais para o estado de São Paulo apresentava os dados de mortalidade sem fazer a discriminação de residência, isto é, as mortes e as taxas eram

⁴ O período coberto pela Investigação Interamericana variou um pouco dos estudos de uma para outra cidade. O estudo feito em São Paulo cobriu o período de 1^o de janeiro de 1962 a 31 de dezembro de 1963.

apresentadas por local de ocorrência e, como o município da capital sempre atraiu pacientes de regiões circunvizinhas, isto parece ter aumentado artificialmente suas taxas de mortalidade.

Além disso, na pesquisa de 1962–1963, a amostra estudada só incluiu os residentes do município da capital o que permitiu verificar, pelos atestados de óbito destes residentes (preenchidos pelos médicos), que a mortalidade materna não corrigida foi de 58,0 por 100 000 n.v., inferior, portanto, à taxa corrigida calculada com os dados da investigação — 87,0 por 100 000 n.v. Houve, assim, da mesma maneira, uma subinformação de mortes maternas declaradas pelos médicos nos atestados de óbito.

Também é de se notar que a Investigação Interamericana encontrou que a mortalidade materna entre os residentes do distrito (como indicado ao examinar somente os atestados de óbito) foi de 58 por 100 000 n.v. Este número foi bem menor do que as 87 mortes por 100 000 n.v. determinadas após exames no campo, o que reforça a percepção de que os dados oficiais dos atestados de óbito, tanto para o distrito como para a área municipal, subestimaram consideravelmente a mortalidade materna.

A fim de ajudar a determinar as causas básicas da mortalidade materna é possível atribuírem-se todas as mortes maternas a complicações relacionadas com a gravidez, o

aborto, o parto ou o puerpério. Os dados de mortalidade materna, corrigidos de acordo com os achados dos três levantamentos citados, foram assim desmembrados na tabela 5. Os códigos de classificação de doenças, apresentados para cada tipo de causa, são aqueles dados pela *Classificação Internacional de Doenças* (8). Foram feitas as necessárias adaptações nos dados dos estudos de 1962–1963 e 1974–1975 por terem estes estudos empregado, respectivamente, as 7ª e 8ª revisões dessa classificação (6, 7).

Na tabela 5 pode-se ver um acentuado aumento de mortalidade materna entre o período de 1962–1963 e 1974–1975 que de modo algum podia ser explicado pelo fato dos dados do levantamento refererem-se somente ao distrito de São Paulo, já que, naquela época, o distrito possuía 92,5% da população de toda a área municipal.

Convém notar, igualmente, que o levantamento de 1962–1963 atribuiu somente 19,5% de todas as mortes maternas a complicações de aborto, enquanto que o de 1974–1975 atribuiu a esta causa uma porcentagem bem mais elevada, 25,0%.

Entretanto, os dados de 1986 inferem uma reversão dessa tendência. As cifras para 1986 (dados corrigidos) mostram que as mortes maternas relacionadas com o aborto declinaram a 10,7 por 100 000 n.v. (10,8% de todas as mortes maternas). É difícil dizer qual foi a razão para o aumento de mortes por

TABELA 5. Mortes por causas maternas por 100 000 nascidos vivos, segundo grupos de causas. Os dados de 1962–1963, para o distrito de São Paulo, são da Investigação Interamericana de Mortalidade e os de 1974–1975 e de 1986, para a área municipal de São Paulo, provêm de outros levantamentos (1, 9, 10). Os códigos apresentados são da *Classificação Internacional de Doenças* (CID), Nona Revisão. Fizeram-se adaptações para os dados dos estudos de 1962–1963 e 1974–1975 que empregaram a sétima e a oitava revisões

Complicações do/da	1962/1964	1974/1975	1986
Aborto (630–639)*	17,0 (19,5%)	39,0 (25,0%)	10,7 (10,8%)
Gravidez (640–648)*	28,0 (32,2%)	48,8 (31,2%)	64,0 (64,3%)
Parto (650–669)*	23,0 (26,4%)	34,1 (21,9%)	7,0 (7,0%)
Puerpério (670–679)*	19,0 (21,8%)	34,1 (21,9%)	17,8 (17,9%)
Total	87,0 (100,0%)	156,0 (100,0%)	99,6 (100,0%)

* Segundo a 9ª Revisão da CID.

aborto entre a primeira e a segunda investigação. Este foi o aumento real já que os dados foram corrigidos.

A redução ocorrida entre 1974–1975 e 1986 poderia ser explicada seja devido ao menor número de abortos provocados (consequência do uso mais difundido de anticoncepcionais), seja pelo fato de que os abortos passaram a ser efetuados em hospitais ou em outros estabelecimentos médicos, portando em condições melhores.

Os dados dos levantamentos mostram que no transcorrer de todo o período do estudo, a maior parcela de mortalidade materna deveu-se a complicações durante a gravidez. Entretanto, a mortalidade materna devida a essas complicações parece ter sofrido um aumento considerável — de 28,0 mortes por 100 000 n.v., nos dados para o distrito em 1962–1963, para 48,8 em 1974–1975 e de 64,0 por 100 000 n.v. em 1986, ocasião em que passou a ser mais elevada do que a taxa de mortalidade materna geral encontrada em muitos países em desenvolvimento.⁵ O levantamento de 1986 (11) mostrou, também, que as principais causas de mortalidade materna por complicações da gravidez foram: toxemia gravídica e doenças infecciosas e parasitárias. Mais especificamente: a toxemia gravídica foi responsável por 22,2% das complicações registradas como relacionadas com a gravidez e por 14,2% da mortalidade materna como um todo, enquanto que as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 8,9% do total da mortalidade materna.

A mortalidade materna resultante de complicações tanto do parto quanto do puerpério, de acordo com os dados de 1974–1975, apresentaram valores iguais — 34,1 por 100 000 n.v. — sendo que ambos foram superiores às taxas observadas em 1962–1963.

Já os dados disponíveis mostram que a mortalidade materna atribuída ao parto diminuiu acentuadamente (de 34,1 mortes maternas por 100 000 n.v. em 1974–1975 para 7,0 em 1986). A mortalidade materna atribuída a complicações do puerpério também decaiu (de 34,1 em 1974–1975 para 17,8 em 1986), mas esse declínio foi somente um pouco maior do que o declínio aparente observado na taxa total da mortalidade materna durante o período. Em 1986 as principais causas de mortalidade materna relacionada com o puerpério foram embolia pulmonar e infecção do puerpério.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A mortalidade materna no município de São Paulo, uma das áreas economicamente mais desenvolvidas do país, e até mesmo da América Latina, é expressamente alta, atingindo valores próximos a 100 por 100 000 n.v. O levantamento de 1986 mostrou que a taxa corrigida foi, praticamente, o dobro da taxa oficial. Sabendo-se que em numerosos países industrializados a taxa de mortalidade vem se situando entre 3–10 por 100 000 n.v., a apresentada no município de São Paulo pode ser considerada muito alta. Como exemplo podem-se citar os Estados Unidos, que em 1985 tinham uma mortalidade materna de 7,8 n.v.; a Dinamarca, com uma taxa inferior a 2,0 por 100 000 n.v., e a Noruega com 3,3 por 100 000 n.v. (12, 13).

Outro fato a ser comentado é que durante a maior parte deste século a mortalidade materna, na capital, sempre foi menor que a verificada no interior do Estado, porém, nos últimos anos da década de 1980, ocorreu uma inversão desta tendência. O crescimento urbano exagerado da capital, as péssimas condições de vida da população periférica, vivendo em grande parte em favelas, e a deterioração das condições econômicas verificadas no final da década de 1980 podem explicar, em boa parte, a alta mortalidade materna e sua tendência a aumentar. No interior do estado de São Paulo, até mesmo as populações mais desfavorecidas não chegam a apresentar condições tão precárias como as da capital do Estado. Nesta, por ou-

⁵ Esse aumento da mortalidade materna não pode ser atribuído a erros nos atestados de óbito porque os resultados das três investigações corresponderam aos dados corrigidos. Tampouco podem ser atribuídos a diferenças nos códigos de classificação das revisões do CID uma vez que houve um trabalho cuidadoso para assegurar sua compatibilidade.

tro lado, a dificuldade de acesso aos serviços médicos é bem maior, além destes estarem mais deteriorados, fato que não se observa tão intensamente no interior.

A situação observada em São Paulo assemelha-se a de outras regiões do Brasil e da América Latina com problemas sociais urbanos. A gravidade da situação na América Latina levou a Organização Pan-Americana da Saúde a enfatizar, em sua XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em setembro de 1990, a necessidade prioritária de diminuir a morbidade e a mortalidade materna na Região, tendo sido aprovado o "Plano Regional de Redução da Mortalidade Materna na Região das Américas".

Este plano é fundamental para melhorar as condições de saúde da mulher, visto que, se medidas como as propostas não forem executadas, pouco se pode esperar quanto à melhora da situação. O que está proposto não é nenhuma novidade e é bastante conhecido e sabido por todos, mas é preciso que se realize. Entre as propostas incluem-se: aumento da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde; aumento da capacidade e qualidade da assistência institucional ao parto mediante o reforço do nível primário de referência; criação de um sistema para aumentar o rendimento de recursos instalados e para a habilitação de casas de parto de baixo risco; melhoria da assistência ao parto domiciliar mediante educação permanente de parteiras tradicionais e outros que eventualmente atendem os partos e maiores esforços no sentido de identificar as gestantes e garantir-lhes uma assistência adequada.

Dentro deste contexto, é necessário prover melhor sensibilização sobre o problema da mortalidade materna; para tanto foram propostas algumas estratégias tais como: criar e manter em funcionamento comitês de mortalidade materna a nível nacional, regional e local; assegurar a existência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica sobre mortes de mulheres em idade fértil para que proporcione informações suficientes, em quantidade e qualidade, que permitam conhecer a magnitude do problema, as causas

e os determinantes sociais da mortalidade materna. Como estratégia, também é importante melhorar o sistema de registro e de informações de todas as ações de saúde relativas à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como ao planejamento familiar.

É importante destacar que, entre as propostas, inclui-se o estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica (medida estrategicamente prioritária) e a instalação de comitês de estudo de mortalidade materna. Isto possibilitará, além do conhecimento estrutural das causas de morte e dos condicionantes ambientais e sociais, a mensuração correta dos casos existentes. Nesta apresentação viu-se que em três investigações realizadas no município de São Paulo durante cerca de 30 anos, onde o registro quantitativo das mortes tem excelente cobertura (aceita como 100%), as mortes por causas maternas são registradas, na metade dos casos, como devidas a outras causas. Tal fato dificulta o conhecimento exato da situação.

A alta mortalidade materna em São Paulo, bem como a declaração de outras causas de mortes nos atestados de óbito em casos de mortes maternas, fez com que as autoridades sanitárias do município de São Paulo estabelecessem, em 1991, um Comitê de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas. Este comitê coleta semanalmente todos os atestados de óbito de mulheres de 10 a 49 anos e os separa em três grupos — mortes maternas declaradas, mortes maternas presumíveis e mortes não maternas. Após investigar os dois primeiros grupos verificou-se que, no segundo grupo, muitos casos que não estavam declarados foram confirmados como mortes maternas. Os casos do primeiro e do segundo grupo foram investigados mediante entrevistas realizadas em hospitais, com médicos e, quando necessário, nos domicílios. Ficou constatado que uma grande maioria das mortes teriam sido facilmente evitadas e que um importante responsável pelas mortes foi a baixa qualidade dos serviços médicos.

É de se esperar que a atuação continuada do Comitê, bem como as medidas que este vem propondo, diminua a mortalidade materna no município de São Paulo.

Com o objetivo de cumprir com o proposto na XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana com respeito à redução da morbidade e mortalidade maternas nas Américas, a OPAS/OMS e o Centro de Controle de Doenças (CDC), juntamente com o grupo de peritos, reunidos em Atlanta, Geórgia, Estados Unidos, em julho de 1992, elaboraram um “Guia para a Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna” (14). A vigilância epidemiológica é, do ponto de vista estratégico, fundamental para atingir os objetivos propostos. Alguns países latino-americanos já vêm realizando, às vezes mesmo em nível nacional, a vigilância da mortalidade materna, o que tem contribuído bastante para a sua redução, podendo-se citar o caso de Cuba. A nível local, o primeiro ano de funcionamento de um comitê em São Paulo que faz a vigilância e o estudo detalhado de cada caso, permite vislumbrar a possibilidade de uma diminuição da elevadíssima mortalidade materna no município. Talvez, no início do século XXI o município de São Paulo atinja o mesmo nível de mortalidade materna observado em San Francisco e em Bristol no início da década de 1960.

REFERÊNCIAS

1. Puffer RR, Griffith GW. *Características de la mortalidad urbana*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1967. (Publicação Científica 151).
2. Laurenti R. *A saúde materna na região das Américas*. Organização Pan-Americana da Saúde; 1992. (Documento mimeografado).
3. Royston E, López AD. On the assessment of maternal mortality. *World Health Stat Q*. 1987;40: 214–224.
4. Atrash HK, Rowley D, Hogue CJR. Maternal and perinatal mortality. *Obstet Gynecol*. 1992;4:6–1971.
5. Allen MK, Chavkin W, Marinoff J. Ascertainment of maternal deaths in New York City. *Am J Public Health*. 1991;81(3):380–382.
6. Organização Mundial da Saúde. *Classificação internacional de doenças (sétima revisão)*. Genebra: 1957.
7. Organização Mundial da Saúde. *Classificação internacional de doenças (oitava revisão)*. Genebra: 1967.
8. Organização Mundial da Saúde. *Classificação internacional de doenças (nona revisão)*. Genebra: 1978.
9. Guimarães C, et al. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo, Botucatu e São Manoel (Brasil) 1974/75. *Rev Saude Publica* (S. Paulo). 1979;13(Supl. 3).
10. Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986: I, Metodologia e resultados gerais. *Rev Saude Publica* (São Paulo). 1990;24(2):128–133.
11. Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986: II, Mortes por causas maternas. *Rev Saude Publica* (São Paulo). 1990; 24(6):486–492.
12. Estados Unidos da América, National Center for Health Statistics. *Health, United States: 1987*. Washington D.C: U.S. Government Printing Office; (DRHS Publicação Nº PHS 88-1232).
13. Nordic Medical-Statistical Committee (NOMESCO). *Health Statistics in the Nordic Countries, 1990*. Copenhagen; 1992.
14. Organização Pan-Americana da Saúde e Centros para o Controle de Doenças. *Reducción de la morbilidad y mortalidad materna en las Américas: guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Atlanta: julho de 1992. (Documento mimeografado).

ABSTRACT

Maternal mortality in Latin America urban areas: the case of São Paulo, Brazil

This article describes maternal mortality trends in São Paulo, Brazil, from 1960 through 1990. In so doing, it compares mortality rates derived from death certificate data with rates suggested by three independent surveys con-

ducted in the city of São Paulo in 1962–1963, 1974–1975, and 1986. In general, these data indicate that a substantial share of all maternal deaths in the city have been ascribed to other causes on death certificates, that prevailing maternal mortality levels are far higher than those found in the urban areas of most developed countries, and that in recent years levels of maternal mortality in the city have been rising. Various measures are suggested for improving the accuracy of available data and reducing the maternal mortality they describe.

Correção

Rogamos aos leitores anotar que no artigo “Estabilidade de sais de reidratação oral em diferentes tipos de embalagem”, de M. I. R. Miritello Santoro, E. R. M. Hackmann e K. M. Moudatsos, publicado no *Boletim* de outubro de 1993, aparecem vários erros pelos quais os autores não são responsáveis.

Na página 311, seção “Materiais e métodos”, a lista de materiais de embalagem deve ser a seguinte: **1)** “Boop” metalizado 17 g + filme de polietileno leitoso 22/25 g. **2)** Papel monolúcido 40 g + polietileno 12 g + alumínio “soft” 0,020 g + polietileno 20 g. **3)** Papel kraft 30 g + polietileno 15 g + alumínio “soft” 0,09 g + adesivo + filme de polietileno 25/30 g. **4)** Celofane 35 g + polietileno 25/30 g. **5)** Papel 30/40 g + polietileno 12/15 g + alumínio 22/23 g + polietileno 25/30 g. **6)** Poliéster 18 g + alumínio 35 g + polietileno 50 g.

Na mesma página, seção “Discussão e conclusões”, terceira linha, deve-se ler “imprecisão” e não “impressão”.

Na página 313, terceira linha, deve-se ler “reage” e não “reagem”.