



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Rachel Geber Corrêa

**Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas:
a precariedade e a desimportância da vida**

Manaus, 19 de maio de 2023.

Rachel Geber Corrêa

**Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas:
a precariedade e a desimportância da vida**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade do Estado do Amazonas.

Orientadora: Profa. Dra. Munique Therense Costa de Morais Pontes

Manaus, 19 de maio de 2023.

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

G293ee Corrêa, Rachel Geber

Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas: a precariedade e a desimportância da vida / Rachel Geber Corrêa. Manaus : [s.n], 2023.
124 f.: il.; 29 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

Inclui bibliografia

Orientador: Munique Therense Costa de Moraes Pontes

1. Morte materna. 2. Amazonas. 3. Vulnerabilidade.. I. Munique Therense Costa de Moraes Pontes (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas: a precariedade e a desimportância da vida

Rachel Geber Corrêa

**Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas:
a precariedade e a desimportância da vida**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Aprovada em 19 de maio de 2023.

Banca Examinadora: _____

Profª. Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes
Universidade do Estado do Amazonas

Profª. Dra. Luciana Stoimenoff Brito
Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

Profª. Dra. Ilana Ambrogi
Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

Prof. Dr. André Luiz Machado das Neves
Universidade do Estado do Amazonas

Manaus-AM

2023

DEDICATÓRIA

Dedico essas poucas páginas às 72 mulheres que faleceram no estado do Amazonas em 2018, às suas famílias e aos seus órfãos. Adolescentes e jovens mulheres que perderam suas vidas simplesmente porque estavam grávidas ou passaram por abortamento. Sou apenas um instrumento que tenta dar voz à curta vida de todas vocês através do meu olhar. Dedico a vocês.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento principal é para meu filho Joaquim, ainda pequeno, com 9 anos. Ficará aqui registrado para quando ele crescer e demonstrar interesse em ler essas páginas acerca do que me angustia, saberá que eu o agradei publicamente. Obrigada meu filho, não consigo expressar as mudanças que você trouxe para mim. O amor verdadeiro, a alegria das nossas brincadeiras e sobretudo a maneira como eu me torno diferente porque te mostro um pouco da vida. Você é a minha coragem!

À minha família, pais, irmãos, sobrinhos e cunhados, porque entenderam minhas ausências, porque vibram a cada nova conquista, porque compartilham o cuidado com o Joaquim e porque não me deixam sozinha no mundo.

À minha orientadora e amiga Munique Therense. Eu só cheguei até aqui porque você está comigo. Sempre existe um elogio e uma palavra de incentivo e encorajamento que ela fala aos seus alunos e eu tenho essa sorte de fazer parte disso. Você é amor, força, esperança e amizade. Seguiremos juntas pelas mulheres do Amazonas.

Às minhas amigas Marília Freire, Natália Demes, Roberta de Lima e Bruna Menezes que me relembram a importância da minha existência e que estão comigo nos dias alegres, nos dias de vitória e também nos dias mais tristes.

Meu agradecimento especial às mulheres que compõem o Núcleo de Investigação do Óbito - NUIOB da Secretaria Municipal de Saúde em Manaus e que enfrentam as dificuldades administrativas e quase sem apoio, continuam resistindo ao dia a dia do serviço prestado.

À UEA - Universidade do Estado do Amazonas, pelo oferecimento deste curso de Pós-Graduação que mudou minha maneira de ser e de pensar. Em especial ao professor Dr. André Luiz Machado, pela amizade e condução de todos os obstáculos. Obrigada por acreditar em mim e por me incentivar.

Quem conta como ser humano? Quais vidas contam como vidas? E finalmente, o que concede a uma vida ser passível de luto?

Judith Butler

RESUMO

GEBER-CORRÊA, Rachel. Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas: a precariedade e a desimportância da vida. 2023. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

Em 2018, o estado do Amazonas apresentou a maior taxa de morte materna do Brasil, chegando à Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 108,4 a cada 100 mil habitantes, sendo classificada como alta pela Organização Mundial de Saúde. Em contraponto a essa taxa, o Ministério da Saúde considera que a maior parte das mortes maternas ocorridas no Brasil são evitáveis e acontecem em consequência da má assistência e/ou falta de acesso à saúde. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo analisar as mortes maternas do ano de 2018, de modo a compreender o fenômeno no estado do Amazonas. Para alcançar este objetivo, optou-se por realizar uma etnografia documental, utilizando a análise de conteúdo de Laurence Bardin de 1977. As fontes documentais da pesquisa foram os documentos do Comitê de Mortalidade Materna do município de Manaus e as Fichas de Investigação de Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus, do ano de 2018 e as publicações no Diário Oficial do Estado do Amazonas e no Diário Oficial do Município de Manaus. Os resultados obtidos propõem a existência de uma interseccionalidade das vulnerabilidades presentes na vida das mulheres falecidas em Manaus, demonstradas por meio do perfil das mortes maternas, construído por mim a partir das fichas de investigação do óbito materna: a maioria das mulheres que faleceu em 2018 registradas em Manaus era negra, moradora da zona leste de Manaus, que passou por cirurgia cesárea, de 30 a 45 anos e que compareceu a mais de 06 consultas no pré-natal. Além do perfil observado, este trabalho demonstrou que a investigação do óbito materno obedece a uma lógica cartorial de preenchimento e que existe uma nítida precariedade das investigações de cada processo com a utilização de folhas de rascunhos, bilhetes, letras ilegíveis e principalmente ausência de preenchimento de campos essenciais para entender a história da morte das mulheres. Por fim, os resultados demonstraram a ausência de publicações específicas nos Diários Oficiais para a prevenção da morte materna que estava em curso durante todo o ano. Neste sentido, esta dissertação demonstra nas considerações finais que existe uma ausência grave de preenchimento das informações sobre a investigação de óbito e que está intimamente ligada à precariedade da vida e à vulnerabilidade.

Palavras-chave: Morte materna. Amazonas. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

GEBER-CORRÊA, Rachel. *Documental ethnography on maternal deaths in the state of Amazonas: the precariousness and unimportantness of life*. 2023. 124 f. Dissertation (Master in Collective Health) - Amazonas State University, Manaus, 2023.

In 2018, the state of Amazonas had the highest maternal death rate in Brazil, reaching a Maternal Mortality Ratio (MMR) of 108.4 per 100,000 inhabitants, being classified as high by the World Health Organization. In contrast to this rate, the Ministry of Health considers that most maternal deaths in Brazil are preventable and happen as a result of poor care and/or lack of access to health. Therefore, this work aims to analyze maternal deaths in 2018, in order to understand the phenomenon in the state of Amazonas. To achieve this objective, it was decided to carry out a documentary ethnography, using the content analysis of Laurence Bardin from 1977. The documentary sources of the research were the documents of the Maternal Mortality Committee of the municipality of Manaus and the Investigation Sheets of Deaths of the Municipal Health Secretariat (SEMSA) of Manaus, of the year 2018 and the publications in the Official Gazette of the State of Amazonas and in the Official Gazette of the Municipality of Manaus. The results obtained suggest the existence of an intersectionality of the vulnerabilities present in the lives of women who died in Manaus, demonstrated through the profile of maternal deaths, constructed by me from the maternal death investigation forms: the majority of women who died in 2018 registered in Manaus was black, resident of the east zone of Manaus, who underwent cesarean section, aged 30 to 45 years and who attended more than 06 prenatal consultations. In addition to the observed profile, this work demonstrated that the investigation of maternal death obeys a notary logic of completion and that there is a clear precariousness in the investigations of each process with the use of draft sheets, notes, illegible letters and, mainly, the absence of filling in essential fields to understand the history of women's death. Finally, the results demonstrated the absence of specific publications in the Official Gazettes for the prevention of maternal death that was ongoing throughout the year. In this sense, this dissertation demonstrates in the final considerations that there is a serious lack of filling in information about the investigation of death and that it is closely linked to the precariousness of life and vulnerability.

Keywords: Maternal death. Amazonas. Vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fórmula matemática do cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM).....	21
Tabela 1 -	Comparativo entre as RMMs apresentadas para o estado do Amazonas.	22
Tabela 2 –	Dados comparativos de Razão de Mortalidade Materna entre Amazonas, Santa Catarina e Brasil.....	23
Gráfico 1 -	Razão de Mortalidade Materna dos estados do Amazonas, Santa Catarina e do Brasil no intervalo de 2010 a 2022.....	24
Figura 2 -	Quadro de instrumentos de coleta de dados e análise.....	28
Tabela 3 –	Roteiro didático para análise de conteúdo	31
Tabela 4 –	Parâmetros utilizados para preenchimento do DataSUS.....	34
Figura 3 –	E-mails trocados com a Coordenação de Ensino e Pesquisa Científicas SESAM	36
Figura 4 –	Resposta de uma das maternidades com o indeferimento da solicitação para coleta de dados da pesquisa.....	37
Gráfico 2 –	Distribuição das mortes maternas em Manaus, em 2018.....	42
Figura 5 –	Ficha M5 de uma das adolescentes.....	50
Tabela 5 –	Campos de preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno - M5.....	51
Figura 6 –	Campo n° 31 da ficha M5.....	55
Figura 7 -	Campos n° 55 da ficha M5.....	55
Figura 8 -	Campo n° 31 da ficha M5.....	56
Figura 9 -	Causas de morte materna com ausência de preenchimento nas letras a) b) e c).....	57
Figura 10 -	Causas de morte materna com ausência de preenchimento na letra b)....	57
Figura 11 -	Causas de morte materna com ausência de preenchimento nas letras b) e c).....	57
Figura 12 -	Campo n° 55 da ficha M5.....	58
Tabela 6 -	Tempo de investigação do óbito materno.....	59
Figura 13 -	Questões n° 49 e n° 50 da ficha M5.....	60
Figura 14 -	Campos n° 51, 2, 53 e 53 da ficha M5.....	61

Figura 15 -	Folha de cartão de crédito rasurada anexada à investigação de óbito...	64
Figura 16 -	Certidão de óbito rasurada de outra falecida anexada à investigação de óbito.....	64
Figura 17 -	Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito..	65
Figura 18 -	Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito..	65
Figura 19 -	Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito..	66
Figura 20 -	Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito..	66
Figura 21 -	Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito..	67
Figura 22 -	Página 01 da ficha M5 com anotações ilegíveis.....	69
Figura 23 -	Página 01 da ficha M5 com anotações ilegíveis.....	69
Figura 24 -	Página 01 da ficha M5 com anotações ilegíveis.....	70
Figura 25 -	Bilhete anexado à folha nº02 da ficha M5.....	71
Figura 26 -	Bilhete anexado à folha nº 02 da ficha M5.....	72
Figura 27 -	Bilhete anexado à folha nº 02 da ficha M5.....	72
Figura 28 -	Bilhete anexado à folha nº 02 da ficha M5.....	73
Figura 29 -	Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5...	74
Figura 30 -	Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5...	74
Figura 31 -	Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5...	75
Figura 32 -	Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5...	75
Figura 33 -	Ficha do SINAN preenchida de uma adolescente de 14 anos.....	78
Figura 34 -	Ficha M5 de uma adolescente de 14 anos.....	78
Figura 35 -	Ficha M5 de uma adolescente de 14 anos.....	78
Figura 36 -	Destaque à ata de reunião que descreve sobre a trégua do zika vírus.....	81
Figura 37 -	Declaração de óbito de uma mulher com números de telefone no lugar das causas de morte materna.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Amazonas
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMPOMIF	Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DO	Declaração de Óbito
DOE	Diário Oficial do Estado do Amazonas
DOM	Diário Oficial do Município de Manaus
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M5	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Síntese, conclusões e recomendações
MPE	Ministério Público do Estado
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NUIOB	Núcleo de Investigação do Óbito
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação da Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. Escolha do tema e compreensão panorâmica sobre as mortes maternas.....	13
2. Mortes maternas como ferramentas de pesquisa.....	29
CAPÍTULO 1 – AUTORIZAÇÕES, TRANSPARÊNCIAS E INTERDITOS.....	34
CAPÍTULO 02 - PERFIL DAS MORTES MATERNAS, PREENCHIMENTO DAS FICHAS E PRECARIIDADE DA VIDA.....	41
2.1 Dimensão estética da Ficha M5.....	48
2.2 Categorias de análise.....	52
2.2.1 Incoerência.....	52
2.2.2 Em branco.....	56
2.2.3 Riscos, rabiscos e rascunhos.....	63
CAPÍTULO 03: DIÁRIOS OFICIAIS E ATAS DE REUNIÕES DO CMPOMIF.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONSIDERAÇÃO POSSÍVEIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXO I.....	107
ANEXO II.....	110
ANEXO III.....	114
ANEXO IV.....	119
ANEXO V.....	120
ANEXO VI.....	123
ANEXO VII.....	124

INTRODUÇÃO

1. Escolha do tema e compreensão panorâmica sobre as mortes maternas

Este estudo foi proposto a partir da minha própria atuação dentro do movimento de humanização do parto no estado do Amazonas, onde desenvolvo atividades de maneira voluntária na Associação Humaniza Coletivo Feminista, desde o início das discussões ainda em 2014. Meu desejo de trabalhar com a humanização do parto se deu após o nascimento do meu filho, no ano de 2013, onde passei por um parto vaginal traumático após ter sofrido violência obstétrica. A cena do nascimento do meu filho foi construída em cima de diversos tipos de violência, começando pelo pré-natal, onde não tive acesso às melhores informações possíveis sobre minha condição de saúde, e pelos profissionais médicos por quais eu passei, que tentaram me conduzir para uma cirurgia cesárea eletiva, por meio de mentiras e intimidações.

Durante a assistência do trabalho de parto e parto, passei por redução manual do colo do útero, ocitocina de rotina e sem utilização de bomba de infusão, posição litotômica para parir, manobra de Kristeller, constrangimentos e humilhações. Eu só vim me dar conta da violência que tinha sofrido meses depois do nascimento e foi essa força motriz que me conduziu frente à Humaniza, onde fui presidenta até o ano de 2021.

A partir dessa experiência traumática física e psicológica, senti vontade de auxiliar outras mulheres e outras famílias a não passar pelo que eu passei, por isso me uni a outras ativistas e fundamos a Associação Humaniza Coletivo Feminista, juridicamente constituída em 2017 e registrada em 2018.

A Associação Humaniza é uma organização sem fins lucrativos que recebe e encaminha os casos de violência obstétrica para dar início às investigações, que podem ser no âmbito dos Ministérios Públicos, das Defensorias Públicas, da polícia civil, dos conselhos profissionais e/ou de qualquer outra instituição relacionada ao assunto. Fui presidenta da Humaniza de 2018 a 2021, e hoje, mesmo fora da diretoria, continuo como membra, atuando nas denúncias, analisando os prontuários, mais especificamente, na análise das condutas e procedimentos realizados pelos profissionais de saúde que levam à sequelas graves, óbitos fetais e mortes maternas.

A minha atuação está diretamente ligada à articulação entre os entes governamentais que fiscalizam e atuam no cenário obstétrico, por isso em 2015 solicitamos ao Ministério

Público Federal (MPF) a primeira audiência pública sobre o tema e nessa oportunidade, juntamos mais denúncias que foram entregues ao MPF, possibilitando a abertura de um Inquérito Civil Público. Hoje a investigação conta com mais de 150 casos.

Todo esse movimento fez com que o MPF instituísse em 2016 o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no estado do Amazonas, único no país, que envolve tanto as instituições do sistema de justiça, assim como as universidades e as secretarias de saúde (Geber-Corrêa et al., 2022; Silva e Geber-Corrêa, 2023). O objetivo inicial era agregar todos os membros do Comitê para trabalharem em rede, diante da complexidade da violência obstétrica, que se funda na desigualdade de gênero e é construída nos desequilíbrios do poder, nas diferenças sociais, econômicas, culturais e históricas que envolvem a vida as mulheres (SILVA e AGUIAR, 2020).

Hoje trabalhamos mais diretamente no Comitê, analisando conjuntamente as políticas públicas vigentes sobre o atendimento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal e em abortamento, oferecidas no Amazonas. O trabalho do Comitê e da Humaniza tem como foco a diminuição da mortalidade materna local, intervindo e repensando o sistema de saúde diante dos números alarmantes dos casos de violência obstétrica com o desfecho morte (GEBER-CORRÊA et al., 2022; SILVA e GEBER-CORRÊA, 2023).

Movida pela minha experiência traumática, pelo sentimento de injustiça e pela vontade de melhorar os índices de morte materna no estado, ingressei no curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas - UEA, com o intuito de me alicerçar de algumas teorias sociais e propor um trabalho para levantar novas discussões no âmbito local e regional acerca das mortes maternas, pensando em melhorar o atendimento e alinhando o que ainda precisa ser aprimorado.

A partir disso, é necessário narrar que a minha escrita está permeada das minhas experiências pessoais e pelo ativismo que há quase 10 anos estou inserida no estado do Amazonas. As análises que faço diante dos resultados que fui descobrindo, fazem ressurgir a minha própria história. Esse meandro entre a pesquisadora, a ativista e a vítima de violência obstétrica que vivencio, foi descrito por Melo (2020) como a política etnográfica do contágio, onde as experiências marcam os corpos, as vidas e o cotidiano, bem como, a forma de escrever, pesquisar e narrar os estudos.

Minha inquietação também decorre da situação de que mesmo existindo recursos tecnológicos avançados no Brasil, como pontuam Costa et al. (2002) e Martins (2002), e o estado do Amazonas fazer uso dessas tecnologias para acompanhar o ciclo gravídico e puerperal das mulheres, o número de mortes maternas apresenta pouca melhora ao longo de

décadas (Brasil, 2017) e por isso, acredito que trazer uma nova forma de discutir as mortes maternas locais, a partir de novas perspectivas, posso trazer elucidações para melhorar a assistência.

Nesse contexto, a morte materna é considerada uma tragédia social, muitas vezes ignorada e de consequências desastrosas, desestruturando o cerne familiar, deixando órfãos e retirando um dos esteios daquele núcleo. Deve ser tratada como uma morte evitável, ou seja, que não deveria ter acontecido, e portanto, traz à tona a complexidade de se entender os múltiplos fatores que levaram a esse desfecho. Ainda sugerem que para diminuir as mortes maternas é preciso oferecer condições básicas de saúde e educação para as mulheres, rompendo com as estruturas de dominação social que é imposto a elas, oferecendo educação sexual, acesso aos serviços de saúde com ênfase aos direitos reprodutivos como o planejamento familiar (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

Em consonância com os autores acima, o próprio Ministério da Saúde (2009) indica que 92% das mortes maternas no país são evitáveis, e diante desse cenário, este estudo teve como principal tema as mortes maternas no estado do Amazonas, ocorridas no ano de 2018. Este ano foi escolhido por ter sido o ano no qual o Amazonas apresentou a maior mortalidade materna do Brasil (IBGE, 2021), calculada por meio da Razão de Mortalidade Materna (RMM) que significa o n.º de óbitos maternos diretos e indiretos, dividido pelo n.º de nascidos vivos, multiplicados por 100.000.

Partindo da premissa que a maior parte das mortes maternas acontece por causas evitáveis (Brasil, 2009) e que o Brasil já dispõe há décadas de tecnologias e de conhecimento suficientes sobre a assistência do ciclo gravídico-puerperal e por essa razão, as mortes maternas deveriam ser acontecimentos raros (Costa et al., 2002; Martins 2002), as seguintes questões norteadoras direcionaram este trabalho: Por quais motivos as mulheres morreram durante o ciclo gravídico puerperal no estado do Amazonas em 2018? Foram causas evitáveis? Por que a mortalidade materna está alta há décadas e o estado não consegue sair dessa classificação? O que ainda falta para levantar a discussão teórica sobre esse fenômeno social?

Este trabalho está organizado em torno da precariedade de vida das mulheres do estado do Amazonas e do argumento de que as mortes maternas evitáveis podem ocorrer em consequência da violência obstétrica. A precariedade da vida das mulheres é trazida a partir de Butler (2020) onde o estado aparece como regulador das informações por ele mesmo elaboradas e que produz efeitos diretos acerca de quais vidas são consideradas importantes.

Além do argumento sobre a precariedade da vida, acionei a normativa legal do estado do Amazonas sobre violência obstétrica, que trarei como um conceito essencial para discutir as mortes maternas do ano de 2018. A definição está descrita na Lei estadual nº 4.848:

Art. 1.º Ficam instituídas medidas de proteção contra a violência obstétrica no Estado do Amazonas e de divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Parágrafo único. Para os fins da presente Lei, entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres durante o pré-natal, parto, puerpério ou em abortamento, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada por membros que pertençam à equipe de saúde, ou não, sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia.

A lei do Amazonas teve como inspiração na Lei Federal da Venezuela (2007) que exemplifica ações e condutas que são consideradas violentas e que podem ter o desfecho morte para a mulher que está sendo assistida, como: tratar a mulher de forma agressiva, ignorar suas queixas, induzir à mulher a passar por procedimentos cirúrgicos sem indicação clínica, retardar e/ou impedir o atendimento, promover a transferência inadequada e outros (AMAZONAS, 2019).

A elaboração e a formatação da lei amazonense contou com a minha colaboração pessoal e com as membras da Associação Humaniza, a partir da solicitação da deputada estadual Alessandra Campelo que nos procurou para redigirmos parte da normativa legal e que, como trabalho coletivo, conseguimos aprová-la na Assembleia em 2019. Sendo assim, parte da investigação desta dissertação foi analisar se as mortes maternas evitáveis no Amazonas, dentro deste contexto legal, jurídico e normativo, são consideradas consequência da violência obstétrica.

Para nortear as políticas públicas mundiais sobre o assunto, a Organização Mundial de Saúde (2014) publicou um documento chamado Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde onde definiu que *“toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso”*. No documento, a OMS indica que é necessário compreender as

práticas abusivas e desrespeitosas como uma das formas de tentar prevenir e erradicar a violência sofrida pelas mulheres e consequentemente prevenir as mortes maternas.

Diniz et al. (2015) apontam que as mortes em consequência da violência obstétrica, acontecem quando se impõe sobre as mulheres riscos adicionais, desde o uso indiscriminado de medicamentos (hipermedicalização) para aceleração do trabalho de parto e parto, até condutas que são prescritas, como a manobra de Kristeller e a episiotomia. Outro exemplo de risco adicional é conduzir a mulher para uma cirurgia cesárea sem indicação clínica, o que eleva as chances de infecção puerperal, hemorragias graves e morte. Esses exemplos consequentemente aumentam a morbimortalidade materna.

A violência obstétrica, além dos exemplos anteriormente descritos, também deve ser definida não somente por abusos físicos e psicológicos, mas quando profissionais da assistência à mulher e ao bebê não estão capacitados e atualizados para o atendimento, perpetrando condutas inadequadas, intervenções desnecessárias, condenadas pela OMS e pelo MS, e que não estão baseadas em evidências científicas, sem o consentimento da mulher (MASCARENHAS e PEREIRA, 2017).

A violência obstétrica deve ser enxergada como um grave problema para a saúde pública e que precisa de uma mudança nas inúmeras faces sociais: na formação teórica e prática dos profissionais que assistem a ciclo gravídico puerperal, na percepção e no conhecimento das mulheres sobre os processos fisiológicos da gravidez e parto e no cumprimento da legislação vigente no território nacional (LANSKY et al., 2019).

Marques (2020) aponta que violência obstétrica é o resultado de uma sociedade misógina e uma consequência da dominação masculina, do machismo e das relações desiguais de gênero perpetradas há séculos. A violência obstétrica é muito mais do que o descumprimento da legislação vigente, das normativas regulamentadas pelo Ministério da Saúde, é um processo histórico construído na diferença dos gêneros, antiético, desumano e que não leva em consideração as melhores evidências científicas possíveis disponíveis o que pode gerar morte materna, óbito fetal e/ou sequelas graves.

Entender a morte materna como consequência da violência obstétrica é um dos direcionamentos possíveis de interpretação que engloba ações biomédicas causa e efeito, mas entendo que, pela complexidade do tema, faz-se necessário levantar outras questões na concepção social, por isso, a análise que fiz dos resultados também tem uma perspectiva feminista, onde busquei interpretar a forma como o estado do Amazonas conduziu os documentos das mulheres falecidas em 2018 como um instrumento de mudança de política pública. O movimento feminista contribui para dar visibilidade às questões privativas à vida

das mulheres, como por exemplo o processo de parturição. O feminismo vem evidenciando a inferiorização e o descrédito, característicos da sociedade patriarcal na qual as mulheres estão inseridas (CASTRO e MACHADO, 2016; 2018).

Diante desta complexidade, também utilizei como embasamentos teóricos a vulnerabilidade (Luna, 2008), interseccionalidade (Crenshaw, 2002; Diniz, 2003) e a precariedade das vidas (Butler, 2021) como já mencionei, traçando um raciocínio que foge tão somente às causas biomédicas, mas que tenta compreender como a morte materna no estado do Amazonas é reflexo da má qualidade dos serviços públicos ofertados de investigação e encaminhamentos de cada óbito.

Aqui chego ao ponto central da dissertação onde aprofundei o entendimento sobre a morte materna, as causas, índices e as variáveis que existem no Brasil e no Amazonas. Começo com a definição de morte materna no Brasil, onde o Ministério da Saúde (MS) segue a mesma descrição da Organização Mundial de Saúde (1994): *a morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez*. Estas mortes podem ser classificadas em dois tipos: mortes maternas por causas obstétricas diretas e mortes maternas por causas obstétricas indiretas.

Entende-se por mortes maternas por causas obstétricas diretas as mortes provocadas por intervenções desnecessárias, iatrogenia e a pela falha do sistema de saúde, caracterizada pela omissão e demora no atendimento, causando complicações durante gravidez, parto ou puerpério, complicações graves e morte. Entende-se por iatrogenia as mortes provocadas no paciente pela má prática médica. As principais causas obstétricas diretas são: hemorragia, infecção puerperal, síndromes hipertensivas, abortamento inseguro e mais recentemente covid-19 (TAKEMOTO, 2020).

A morte materna por causa obstétrica indireta corresponde às mulheres que faleceram por complicações de doenças preexistentes ou por condições que não foram provocadas: doenças crônicas, cardiopatias e outras (Brasil, 2007). No mundo, as mulheres morrem como resultado de complicações durante e após a gravidez e o parto, onde a maioria delas se desenvolve durante a gravidez, podendo ser prevenida ou tratada. Outras condições de saúde pré-existentes também podem ser agravadas durante a gravidez, especialmente se não forem bem conduzidas durante o pré-natal.

Em 2015 o Brasil pactuou junto à ONU a redução de mortalidade materna até 2023, uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 70 a cada 100.000 nascidos vivos, assim descrito (IPEA, 2018):

3. Saúde e Bem-estar

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Meta 3.1

Nações Unidas

Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Brasil

Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Em que pese os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável firmados entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU) até o ano de 2030, onde se propõe mais igualdade, justiça e equidade entre os países, o último relatório da Organização das Nações Unidas (2023), que engloba o período de 2000 a 2020, aponta um aumento do número de mortes maternas em diversas regiões do mundo, incluindo o Brasil.

Ainda alerta que a cada dois minutos existe uma morte materna no mundo e a estimativa é que durante esse intervalo de 20 anos, 287 mil meninas e mulheres morreram em decorrência do ciclo gravídico puerperal e tiveram como causas biomédicas: hemorragias graves, hipertensão arterial, infecções relacionadas à gravidez, complicações de aborto inseguro e comorbidades que podem ser agravadas pela gravidez (como HIV/aids e malária). Neste relatório a ONU reforça que estas causas biomédicas são evitáveis e tratáveis se o acesso à saúde e a qualidade da oferta dos serviços forem aplicadas (ONU, 2023).

Por sua vez, o Ministério da Saúde segue a orientação da ONU e assume que existem mortes maternas decorrentes de falhas no atendimento, iatrogenia e omissões. Assim, como já foi citado anteriormente, relembremos o dado do próprio Ministério que informa que 92% das mortes maternas ocorridas no Brasil são mortes evitáveis, ou seja, não deveriam acontecer (Brasil, 2007). Mais recentemente, frente a pandemia da Covid-19, o estudo de Takemoto et al. (2020) chegou a conclusão que, a cada dez gestantes ou puérperas que morreram no mundo pela Covid-19, oito eram brasileiras.

Para chegar a esse dado sobre mortes maternas evitáveis, utilizou-se uma medida para avaliar a qualidade do atendimento de saúde ofertada, considerando que *qualidade* refere-se ao efeito no cuidado em saúde no indivíduo e/ou na população, com o foco no resultado final. A partir da avaliação do cuidado, elaboraram uma lista com inúmeras causas que poderiam poupar a vida de indivíduos e nela está incluída todas as mortes maternas (Rutstein et al., 1976). Interessante notar que este artigo foi publicado na década de 70, já indicando que as mortes maternas eram evitáveis e desde então o problema das altas taxas de mortes maternas persiste no Brasil.

Mais recentemente, já nos anos 2000, Bittencourt e colaboradores (2016) também apontam que a maioria das mortes maternas podem ser evitadas e que estão diretamente associadas às falhas graves no atendimento, falta de organização e infraestrutura inadequada. Existem dificuldades de acesso ao sistema de saúde que são levadas em consideração, contudo não se pode apenas oferecer o acesso sem se preocupar com a qualidade do serviço oferecido, por exemplo, garantir atendimento por equipes preparadas e treinadas para a assistência do parto normal/vaginal e de intercorrências em mulheres de alto risco.

Somada a pandemia da covid, Ambrogi (2021) também demonstrou que os direitos reprodutivos das mulheres em momentos de crise de saúde pública, como a covid-19 e a epidemia do Zika Vírus, são facilmente violados e por isso devem se manter no centro das discussões e das ações. Além disso, foi demonstrado que características socioeconômicas, diferenças de classes sociais, localização geográfica e o recorte racial compõem a vulnerabilidade em maior ou menor escala das mulheres no atendimento em saúde.

Ainda na década de 80, Becker e Lechtig (1987) já pontuavam as diferenças regionais no Brasil e relataram que as mortes por complicações da gravidez, parto e puerpério apresentam-se 5 vezes maiores na região Norte quando comparadas à região Sudeste do Brasil. Destas mortes, 15% acometeram mulheres entre 15 e 49 anos, enfatizando a necessidade de entender as diferenças socioeconômicas entre as regiões no Brasil e as diferenças para o acesso aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que as desigualdades regionais no Brasil determinam os índices de morte materna. Nas regiões menos desenvolvidas e de difícil acesso ao serviço de saúde, a razão de morte materna mostra-se mais elevada em comparação àquelas mais desenvolvidas. Dado a sua geografia e suas condições naturais, ainda há a dificuldade dos registros adequados e reais dessas mortes e as chances delas não serem registradas aumentam conforme o desenho ambiental que se apresenta (BRASIL, 2017).

O relatório da UNICEF (2003) concluiu que lugares onde mulheres têm menos acesso e direito à educação e à segurança alimentar, apresentam maiores RMM. Somado a isso, a falta de atendimento adequado às mulheres não é uma grande novidade no Brasil, demonstrando que estamos entre os países com as maiores taxas de cirurgia cesárea do mundo, aumentando a morbimortalidade das mulheres. A injustiça que baliza a desigualdade de gênero também contribui para as maiores taxas de morte materna.

A Razão de Mortalidade Materna é um excelente indicador de saúde e demonstra não somente as mortes maternas em si, mas as condições socioeconômicas e de desenvolvimento

daquela região específica, representa o acesso aos serviços de saúde e a qualidade ofertada (LAURENTI et al., 2000; 2004).

Para elucidar a comparação dos números de mortes maternas entre países ou entres os estados brasileiros, utilizaremos a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pode ser: baixa, alta e muito alta. Essa classificação deriva da relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, dividida pelo nº de nascidos vivos, multiplicados por 100.000, conforme figura abaixo:

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos diretos e indiretos}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Figura 1: Fórmula matemática do cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM)

Considera-se então que a RMM é **baixa** quando menor que 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (NV) considerada uma taxa aceitável; RMM **média** de 20 a 49 óbitos; RMM **alta** entre 50 e 149 óbitos; e RMM **muito alta** a partir de 150 por 100.000 NV. Pois bem, em países desenvolvidos (Canadá e Finlândia, por exemplo) considera-se a inexistência de morte materna, com 4 mortes a cada 100.000 nascidos vivos, taxa aceitável pela classificação descrita. No Brasil a situação é bem diferente, assim como no Amazonas. Os dois recebem a classificação da RMM como alta há décadas, e não conseguem efetivar um declínio satisfatório para salvar a vida das mulheres.

No Brasil a RMM variou, entre o período de 2015 a 2019, de 55 a 58 mortes maternas/100.000 NV e em 2018 o Brasil apresentou a RMM de 59,1 a cada 100 mil nascidos vivos. Já no Amazonas, no ano de 2018, a RMM foi de 108,4 a cada 100.000 nascidos vivos, demonstrando ser quase 2x mais alta que a média nacional, conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Comparativo entre as RMMs apresentadas para o estado do Amazonas

Ano	Razão de Mortalidade Materna do estado do Amazonas (RMM)			
	DataSUS, 2019	IBGE, 2021	Sistema Informação de Mortalidade-SIM	FVS-Amazonas
2015	64	78,8	64,92	64,92
2016	71	84,7	71,71	71,71
2017	51	75,6	64,05	64,05
2018	75	108,4	90,92	88,4

Os dados apresentados na tabela acima estão disponíveis nas diversas plataformas que agrupam os números de morte materna, como o DATASUS, o IBGE, a Fundação de Vigilância em Saúde - FVS e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Observa-se que há diferenças entre as RMMs de acordo com o site pesquisado, mesmo quando pertencem ao Sistema Único de Saúde-SUS (DATASUS e o SIM), porém, apesar de apresentar diferenças, quando comparamos os anos de 2015 a 2018, o ano que aparece com maior mortalidade materna é o de 2018, em todos eles, o que não revela nenhuma surpresa pois estamos falando o maior estado brasileiro em extensão territorial e de enorme barreiras geográficas.

Desde a década de 90, Tanaka (2000) já havia identificado que o número de morte materna é difícil de identificar com precisão, visto que há falhas no registro, como o mal preenchimento das Declarações de Óbito, falta de exatidão quanto aos nascidos vivos e o sub-registro, principalmente em áreas remotas.

Nesse cenário de desigualdade e corroborando com os dados do Ministério da Saúde que indicam que 92% das mortes maternas são evitáveis, Castro e Ramos (2016) publicaram que, em um estudo sobre o perfil da mortalidade materna do estado do Amazonas, 68% das mulheres que faleceram eram mulheres de risco habitual, ou seja, não possuíam comorbidades associadas à gestação, nem ao parto e tampouco ao puerpério e foram classificadas como mortes maternas por causas obstétricas diretas.

Outro estudo realizado por Ramos (2013) ficou demonstrado que entre o período de 2001 a 2010, a maior parte das mortes maternas ocorridas em Manaus era de mulheres jovens, não brancas, baixa escolaridade, solteiras, em hospitais da rede pública e em zonas municipais

mais populosas e menos favorecidas. As mortes maternas deste trabalho de Ramos (2013) também ocorreram por causas obstétricas diretas.

Medeiros et al. (2018) realizaram um estudo sobre as mortes maternas no Amazonas entre os períodos de 2006 a 2015 e também concluíram que a maior parte das mulheres vitimadas no parto são em decorrência de causas obstétricas diretas. A infecção puerperal é a causa mais comum e acomete mulheres que possuem menor escolaridade, frequência de 4 a 7 anos na escola. Enfatizaram que mortes maternas por causas obstétricas diretas podem ser evitadas melhorando a assistência, seja na qualidade do atendimento, seja no acesso ao pré-natal e ao parto levando em consideração a desigualdade social e as barreiras geográficas enfrentadas no estado do Amazonas.

O Amazonas está entre os estados brasileiros com as maiores taxas de mortalidade materna e no período de 2015 a 2018 os óbitos maternos ocorridos no estado foram de mulheres de 20 a 29 anos (40,27%), provenientes do interior (53,24%), pardas (71,67%), solteiras (60,75%) e que possuíam 8 a 11 anos de escolaridade (39,25%) (Reis et al., 2021). Portanto, os três estudos acima citados Ramos (2013), Medeiros et al. (2018) e Reis et al. (2021), demonstraram que entre o período de 2001 a 2018, a mortalidade materna no Amazonas foi classificada como alta e teve como consequência causas obstétricas diretas, na sua grande maioria.

Para demonstrar a situação do Amazonas, coloquei na tabela 02 as Razões de Moraldade Materna de 2014, 2018 e 2021. Comparei o estado do Amazonas, com o estado de Santa Catarina e com os dados do Brasil. Escolhi o estado de Santa Catarina por ser um estado com as menores razões de mortalidade materna ao longo da história do Brasil, para efeitos de comparação. Dei ênfase a esses anos pois em 2014 e 2018 o Amazonas ficou em primeiro lugar de mortalidade materna no Brasil e em 2021 foi o segundo ano da pandemia da covid-19, apenas para efeitos comparativos:

Tabela 2 - Dados comparativos de Razão de Mortalidade Materna entre Amazonas, Santa Catarina e Brasil

Estados	2014	2018	2021
Amazonas	98,03	108,4	164,05
Santa Catarina	25,72	36,21	89,52
Brasil	58,33	67,59	110,06

Na tabela 02 existe uma diferença notável entre o Amazonas, região Norte do Brasil, com Santa Catarina, região sul. No ano de 2014 o Amazonas apresentou a RMM de 98,03, o que significa ser quase 4 vezes maior do que Santa Catarina. Em 2018 o Amazonas apresentou uma mortalidade materna 3 vezes maior do que o estado de Santa Catarina. No ano de 2021, quando comparado a 2014 e 2018, nota-se que houve um incremento em todos os três estados e que está ligado à pandemia da covid-19 (TAKEMOTO et al., 2020).

Para ilustrar ainda mais os dados e facilitar a visualização do leitor, construí o Gráfico 01 para ilustrar as diferenças apontadas. Os dados das RMMs utilizadas no gráfico 01 abaixo, foram calculados por mim, coletando os números brutos diretamente do site do DataSUS, onde o Ministério da Saúde fornece o nº de óbitos maternos e o nº de nascidos vivos. O eixo X demonstra os anos a partir de 2010 a 2020. O eixo Y demonstra os valores de RMMs:

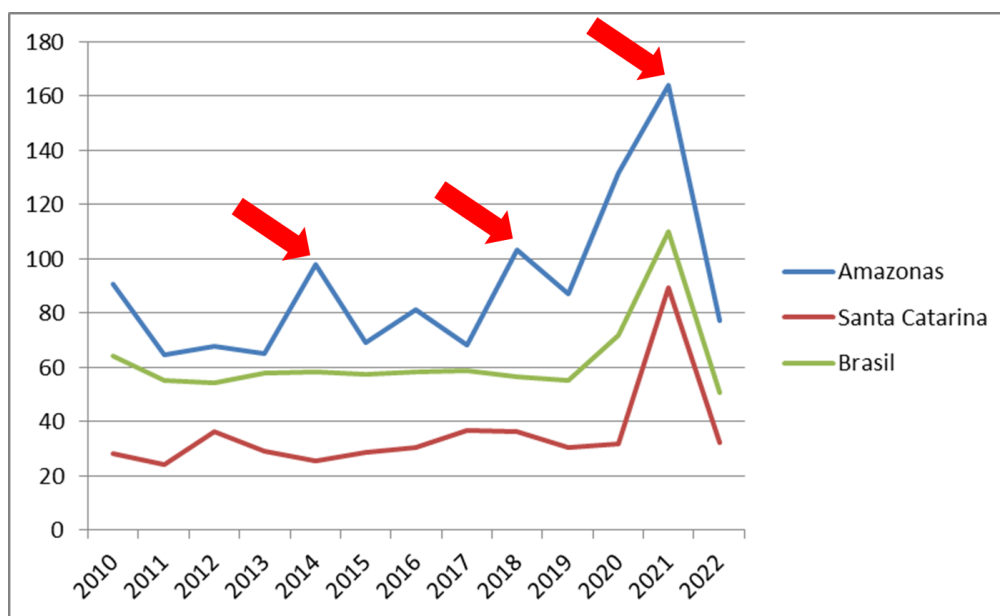


Gráfico 1: Razão de Mortalidade Materna dos estados do Amazonas, Santa Catarina e do Brasil no intervalo de 2010 a 2022.

As setas vermelhas apontam os picos encontrados para o estado do Amazonas e as diferenças entres os estados escolhidos. A morte materna no Amazonas quase apresentou-se em dobro, quando comparada ao Brasil. Também depende-se do gráfico que a morte materna no Amazonas em 2014 e 2018 apresentou pico expressivo e diferenciado, pois Santa Catarina e o Brasil mantiveram um traço de estabilidade.

Já em 2021, os três picos que aparecem coincidem com a “segunda onda” da pandemia de covid-19 e reforçam que a assistência obstétrica ofertada no Brasil é caracterizada pela baixa qualidade do pré-natal, subfinanciamento, desigualdades raciais, violência obstétrica e falta de acesso. A pandemia adicionou um fator para as mulheres conseguirem acesso de

qualidade à saúde, o que refletiu nas altas taxas de morte materna (Takemoto et al., 2020). Orellana et al. (2022) também concluíram que houve um excesso de mortes maternas no Brasil entre os meses de março a maio de 2021, reflexo da má gestão dos serviços de saúde frente à crise pandêmica, associada às desigualdades socioeconômicas.

Em que pese a pandemia da covid-19 e esta nova doença ser um fator adicional para a morte materna, 22,6% das mulheres que faleceram em 2021 não foram internadas na UTI e mais de 30% não tiveram acesso à ventilação invasiva. De outro modo, as pacientes obstétricas enfrentaram dificuldade ao acesso para utilização de ventiladores e terapia intensiva, porém os autores reforçaram que a falta de cuidados intensivo e a escassez de profissionais de saúde não é um problema novo no sistema de saúde brasileiro, e somente foi agravado pela pandemia de covid-19 (NAKAMURA et al., 2020).

Reduzir as mortes maternas no Brasil ainda continua sendo um grande desafio para os serviços de saúde e para toda a sociedade e não somente apresenta-se como um problema de saúde, mas também está pautada nas políticas internacionais e nacionais de Direitos Humanos (CEDAW, 1979; Brasil, 2002). As taxas de mortes maternas encontradas no país e no estado do Amazonas classificadas como altas, são consideradas graves violações de direitos humanos atingindo de maneira desigual as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres das classes sociais mais baixas e que não conseguem acesso às políticas públicas de saúde (BRASIL, 2011).

Diante desse desafio, após o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil (BRASIL, 2004), a investigação do óbito passou a ser obrigatória pela Portaria nº 1.172, de 15 de junho que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e foi reforçada pela Portaria nº 1.119 do Ministério da Saúde que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos, assim descrito:

Art. 2º - Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.

Os dados disponíveis de mortes maternas nos Sistemas oficiais de Informação do SUS estão atrelados à uma prévia investigação do óbito, ou seja, os dados oficiais são confirmados após a investigação de todo o percurso que aquela vítima percorreu, levando em consideração toda a assistência, desde o pré-natal até o dia do seu falecimento, para tentar compreender as

causas e as falhas dos processos de saúde. Essa é a orientação central dos manuais disponíveis que o governo disponibiliza (BRASIL, 2009).

A investigação de cada óbito materno é obrigatória no Brasil e se dá nos três níveis de atenção: municipal, estadual e federal, em conjunto com os Comitês Estaduais e Municipais de Morte Materna e dos serviços de Vigilância em Saúde (Brasil, 2009). Prioritariamente, a investigação do óbito deve ser realizada pelas prefeituras de cada município de onde o óbito ocorreu, nos seus próprios serviços de investigação do óbito e com apoio suplementar dos estados, conforme publicação do Ministério da Saúde na Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004, Art. 3º:

Compete aos municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, as seguintes atividades:
(...)

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
XIV - execução das ações básicas de vigilância sanitária;
XV - gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
c) análise dos dados; e
d) retroalimentação dos dados.

XIII - vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna.
Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Para conseguir que a investigação seja realizada da melhor maneira possível, utiliza-se documentos oficiais como a Declaração de Óbito, prontuários, caderneta de gestante, entrevista com as famílias e dados dos Comitês de Morte Materna, se o município e os estados brasileiros possuírem. Contudo, diante da extensão territorial e dificuldades geográficas encontradas no Brasil, as barreiras geográficas contribuem para o monitoramento real das mortes maternas e causam a sub-informação, o sub-registro das declarações de óbito e ausência de dados (BRASIL, 2004).

Observo aqui que a Amazônia Legal e Região Nordeste do Brasil foram consideradas regiões prioritárias para o MS, pois apresentam os piores índices de morte materna e morte infantil do Brasil (BRASIL, 2009), um dos motivos pelos quais eu também escolhi estudar e me aprofundar sobre as mortes maternas no Amazonas.

As orientações iniciais para o funcionamento dos Comitês, sua composição e produção de dados estão contidas no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, publicado em 2009, onde traz detalhamento sobre como os estados e municípios brasileiros devem se organizar minimamente para melhorar os processos de saúde, evitando as mortes.

É importante salientar que a atuação dos comitês é principalmente pedagógica, não-coercitiva, não punitiva e por isso a investigação dos óbitos é sigilosa. O objetivo principal é permitir que os estados e municípios consigam visualizar os problemas que levaram àquelas mulheres à morte, para futuras ações que objetivam a prevenção.

Para cada caso, orienta-se que os Comitês tenham um Instrumento de Investigação do Óbito Materno, composto pela Declaração de Óbito (D.O.) que é obrigatório, por questionários, fichas e relatórios de visitas às famílias das vítimas. Ao final, um relatório individual será produzido. Os relatórios individuais comporão os relatórios trimestrais que podem ser produzidos conforme a organização de cada local, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Os Comitês são subsidiados por documentos que são padronizados para investigação do óbito materno, desenvolvida em cada município por meio de sua secretaria municipal de saúde. Aqui em Manaus a investigação fica sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), no Núcleo de Investigação do Óbito (NUIOB). Estes documentos padronizados são chamados “Fichas para Investigação do Óbito Materno” nomeadas M1 (ANEXO I), M2 (ANEXO II), M3 (ANEXO III), M4 (ANEXO IV), M5 (ANEXO V), M6 (ANEXO VI) e MIF (ANEXO VII).

As fichas de investigação são divididas em 07 fichas diferentes e cada uma tem um objetivo diferente dentro da investigação e ao juntá-las, o investigador poderá ter informações mais fidedignas do que aconteceu com aquela mulher. As fichas são:

- M1 - Ficha de Investigação de Óbito Materno - Serviço de Saúde Ambulatorial
- M2 - Ficha de Investigação de Óbito Materno - Serviço de Saúde Hospitalar
- M3 - Ficha de Investigação de Óbito Materno - Entrevista Domiciliar
- M4 - Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia - Óbito Materno
- M5 - Ficha de Investigação de Óbito Materno - Síntese, Conclusões e Recomendações
- M6 - Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Materno
- MIF - Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil - Identificação de possível óbito materno

No Guia de Vigilância do Óbito (Brasil, 2009) os documentos de investigação da morte materna são chamados de "instrumentos de coleta de informações". Os instrumentos que podem e devem ser utilizados para cada investigação são:

Quadro dos instrumentos de coleta e análise de dados

Instrumentos de coleta e de análise de dados	Objetivos
Cópia da Declaração de Óbito (DO) DO Epidemiológica	Identificar o óbito e orientar os procedimentos e as fontes de informação para a investigação do óbito.
MIF = Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno	Coletar dados que possibilitem, em entrevista domiciliar, identificar se a mulher estava grávida ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte.
M1 = Fichas de Investigação de Óbito Materno – Serviço de saúde ambulatorial M2 = Fichas de Investigação de Óbito Materno – Serviço de saúde hospitalar	Coletar dados referentes à assistência da mulher em serviços de saúde nos registros do atendimento ambulatorial e hospitalar.
M3 = Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista domiciliar	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (familiar ou amigo) acerca da história de vida e de saúde da mulher e da assistência em serviços de saúde, durante a doença que levou à morte.
AV3.1 Autópsia Verbal – Formulário 3: pessoa com 10 anos e mais – mulher em idade fértil	Coletar as informações verbais do(s) cuidador(es) da falecida (irmã ou familiar) para esclarecer a causa da morte quando mal definida ou desconhecida.
M4 = Ficha de coleta de dados de Laudo de Necropsia	Coletar dados registrados nos Institutos Médicos Legais (IML) ou Serviços de Verificação de Óbito (SVO) e nos relatórios de encaminhamento médico para esses serviços.
M5 = Ficha de Investigação de Óbito Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações	Reunir e organizar de forma sumária os principais dados coletados para análise e interpretação, com a identificação dos problemas e as recomendações específicas para o caso. Organizar os dados para inserção e correção de campos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
M6 = Planilha Municipal de Investigação de Óbito Materno	Organizar os eventos investigados para acompanhamento e monitoramento da investigação dos óbitos e para avaliação situacional da mortalidade fetal e infantil para subsidiar o planejamento e as intervenções de saúde local e regional.

Figura 2: Quadro de instrumentos de coleta de dados e análise (BRASIL, 2009).

Todas as informações coletadas por meio das fichas e outro instrumento de coleta de dados devem ser consolidadas em um relatório anual e encaminhadas para a Comissão Nacional de Morte Materna, contendo medidas de prevenção formuladas para estimular a redução da mortalidade materna naquela área de abrangência (BRASIL, 2009).

As vítimas da morte materna estiveram sujeitas ao longo da sua trajetória, não somente durante o ciclo gravídico, mas também ao longo da sua vida, a um conjunto de fatores, condições sociais, culturais, educacionais e econômicas que foi imposto a elas uma condição de desigualdade (Martins, 2002). Diante da trágica condição do estado do Amazonas e da suposta produção de documentos obrigatórios para cada morte materna, a análise desta dissertação está direcionada às teorias das ciências humanas, tentando afastar-se apenas das causas biomédicas relacionadas a cada morte.

2. Mortes maternas como ferramentas de pesquisa

Diante desses dados prévios levantados onde o estado do Amazonas apresentou o primeiro lugar de morte materna no Brasil em 2018, esta pesquisa teve como ponto de partida algumas questões centrais que me trouxeram a curiosidade para desenvolver o tema: como se caracterizaram as mortes maternas do estado do Amazonas do ano de 2018? Como repensar a morte materna para além das causas biomédicas?

Com estas questões centrais prévias, defini o objetivo geral deste trabalho: analisar as mortes maternas do ano de 2018 sob à luz da precariedade da vida, da vulnerabilidade social e da violência obstétrica de modo a compreender o fenômeno no estado do Amazonas. Para tanto, tracei alguns objetivos específicos que consegui respondê-los e conforme for apresentando os resultados vou relembra-los. Eles se resumiram em: a) Realizar um levantamento de dados das mortes maternas de 2018 com vistas a compreender como estas mortes foram classificadas; b) Avaliar o padrão das mortes maternas em 2018; c) Caracterizar as instituições que produziram os dados de mortes maternas, os contextos e processos de produção do levantamento desses dados e quais atores intervieram nesses processos, seus usos sociais e como foram utilizados e onde foram produzidos. d) Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que faleceram em 2018 por morte materna no estado do Amazonas, entendendo os contextos sociais; e) Compreender a responsabilidade do sistema de saúde, dos seus atores e da sociedade diante das mortes contabilizadas em 2018; f) Compreender o lugar das mulheres considerando os conceitos da precariedade de vida, vulnerabilidade social e da violência obstétrica.

Diante dos objetivos traçados, optei pela abordagem qualitativa em saúde, por meio da etnografia documental com o suporte da análise de conteúdo de Bardin (1977). A abordagem qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos ocorridos, às relações e às estruturas sociais, ajudando a entender o funcionamento das relações, como e por quê estão organizados daquela forma, levando em consideração os múltiplos olhares, não fixando o estudo em representações numéricas, considerando aspectos do dinamismo das relações sociais (Olson, 2014). Também trouxe na análise a compreensão do fenômeno da morte materna dentro de um contexto histórico que é significativo em sua singularidade, considerando a riqueza da vida cotidiana e seus significados em um determinado tempo, enfatizando as experiências humanas vividas em 2018 (DESLANDES, 1994).

Lowenkron (2021) denomina de artefatos os documentos que podem ser utilizados para a produção de conhecimento por meio de percursos etnográficos, o que utilizei nesta dissertação, analisando documentos oficiais, publicados por entes do governo e documentos encontrados na internet disponíveis para consulta. Estes artefatos foram utilizados para contribuir com amplas reflexões e aprofundar a discussão sobre a morte materna do estado do Amazonas.

Não somente o conteúdo dos documentos em si foi analisado, mas a forma como foram preenchidos, por quem foram preenchidos e a relação de preenchimento e/ou ausência de preenchimento com a importância das mortes maternas como política pública do estado do Amazonas e a importância de cada mulher, como indivíduo, falecida em 2018, dito de outra forma por Lowenkron (2021), os documentos foram analisados como produtores vivos de “relações, efeitos e afetos” acerca da morte materna.

Minayo (1998) também discorre que a análise de conteúdo é a análise de expressão, das relações, de avaliação, de enunciação e categorial temática. Este trabalho utilizou a análise categorial temática, que organizou a análise em etapas: desmembra os textos em unidades, categorias para depois reagrupar os semelhantes e isolar elementos descobertos.

Oliveira (2021) resumiu as etapas da análise de conteúdo considerando Bardin (2007) e Minayo (2013), que serão utilizadas neste trabalho (Tabela 03). As diferentes fases organizam-se em torno de três etapas que seguem uma organização cronológica para a análise:

- 1) a pré-análise;
- 2) a exploração do material;
- 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

1ª. Etapa: Pré-análise

A etapa da pré-análise

Nesta etapa houve a escolha inicial dos documentos, observando especificamente qual objeto de estudo e os objetivos da pesquisa.

2ª. Etapa: Exploração do material

Elaboração dos indicadores: recorte dos textos e categorização; Preparação e exploração do material.

3ª. Etapa: Tratamento dos dados e interpretação

Interpretação dos dados brutos: idade, raça/cor, tipo de parto, endereço de moradia, causas das mortes; classificação das mortes; análise das fichas de investigação do óbito e conclusão dos relatórios dos comitês de mortalidade materna.

Tabela 03 - Roteiro didático para análise de conteúdo (Oliveira, 2021).

Etapas	Intenções	Ações
1ª etapa Pré-análise	Resgate do objeto e objetivos da pesquisa; Escolha inicial dos documentos; Construção inicial de indicadores para a análise.	Leitura flutuante: primeiro contato com os textos, genericamente, sem técnicas; Constituição do corpus, seguindo normas de validade: 1.Exaustividade: dar conta do roteiro; 2.Representatividade: dar conta do universo pretendido; 3.Homogeneidade: coerência interna de temas, técnicas e interlocutores; 4. Pertinência: adequação ao objeto e objetivos do estudo.
2ª etapa Exploração do Material	Elaboração dos indicadores: recorte dos textos e categorização; Preparação e exploração do material.	Desmembramento do texto em unidades/categorias: isolamento dos elementos; Reagrupamento por categorias para análise posterior: classificação a partir dos elementos repartidos.

<p>3ª etapa</p> <p>Tratamento dos dados e interpretação</p>	<p>Interpretação dos dados brutos: fala das vítimas entrevistadas;</p> <p>Estabelecimento dos resultados destacando as informações fornecidas pela análise.</p>	<p>Inferências com uma abordagem qualitativa, trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas.</p>
---	---	---

Diante dos dados coletados e organizados, construí uma interpretação diversa àquela única e exclusivamente biomédica acerca da assistência ao parto às mulheres no ano de 2018, aplicando como referencial teórico a vulnerabilidade, a precariedade da vida, a interseccionalidade e a violência obstétrica. As causas biomédicas foram mantidas ao longo da dissertação como testemunhas dos óbitos, pois norteiam uma ideia central sobre o que de fato aconteceu com as mulheres em 2018, mas o que trago na análise é um outro olhar, um olhar inserido nas ciências humanas.

Os riscos possíveis desta pesquisa incluíram a divulgação de informações confidenciais dos dados de identificação e invasão de privacidade das mulheres que faleceram em 2018 e das famílias de cada uma delas. Para minimizá-los, esta pesquisa assegurou a confidencialidade e a privacidade de cada mulher e menina, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das famílias das mulheres falecidas ou delas mesmas, mantendo os nomes e dados pessoais em sigilo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do estado do Amazonas, para que os dados referentes às mortes maternas e aos próprios Comitês pudessem ter assegurados a confidencialidade, proteção e sigilo das informações coletadas, conforme determinam as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 - Ética na pesquisa envolvendo seres humanos e nº 510, de 07 de abril de 2016 - Ética na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. A pesquisa foi autorizada pelo Parecer no Comitê de Ética da Universidade do estado do Amazonas - UEA, Parecer nº 5.584.540, CAAE: 60852322.9.0000.5016 de 16 de agosto de 2022.

Ao final, o leitor terá a oportunidade de compreender a precariedade e a desimportância da vida das mulheres que faleceram em 2018, considerando todos os documentos analisados pelo estado do Amazonas, no Brasil, mas não sob o aspecto biomédico e fatalístico, mas sob a ótica da interpretação etnográfica documental realizada por mim.

As fontes documentais utilizadas nesta pesquisa foram os documentos do Comitê de Mortalidade Materna do Município de Manaus (regimento interno, composição e atas das

reuniões de 2018), as fichas de investigação do óbito da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), as publicações no Diário Oficial do estado do Amazonas (DOE) e no Diário Oficial do Município de Manaus (DOM). Foram excluídos os documentos que não estão diretamente ligados à investigação das mortes maternas de 2018.

A dissertação está apresentada em 3 capítulos que contemplam uma discussão teórica e os resultados para melhor apresentação para o leitor. O primeiro capítulo intitulado “Autorizações, transparências e interditos” trago a discussão sobre as autorizações de pesquisa fornecidas pelas Secretarias de Saúde e quais caminhos percorri para começar alcançar os documentos que elenquei nesta análise, utilizando a explicação de etnografia documental de Lowenkron (2020). Também aponto Fanon (2008) e Butler (2020) sobre a zona da não existência e a desimportância da vida.

No capítulo 2 intitulado “Perfil das mortes maternas em Manaus e ausências e presenças nas fichas de investigação do óbito” caracterizo o perfil das mulheres falecidas em 2018 quanto à raça/cor, idade, tipo de parto, número de consultas pré-natal e local de residência. Para caracterizar esse cenário, utilizei autores como Maciel (2016) e Barbosa (2017) que descreveram com detalhes a cidade de Manaus e o nascimento dos bairros com ênfase à zona leste do município.

Também é neste segundo capítulo que investigo com riqueza de detalhes as fichas de investigação do óbito chamadas de M5, onde elenquei as categorias relacionadas a ausência e presença de preenchimentos e também discuto a forma que os processos são elaboradas, descritos e o que isso implica na vulnerabilidade, precariedade e na desimportância da vida das mulheres no Amazonas. Esses conceitos foram mais trabalhados a partir de Crenshaw (2002) e Butler (2020; 2021), mas pontuações em Luna (2008) e Diniz (2003).

No capítulo 3, último da dissertação, os resultados são referentes aos documentos oficiais encontrados no Diário Oficial do Estado do Amazonas - DOE, no Diário Oficial do Município de Manaus - DOM e também analiso as atas de reuniões produzidas pelo Comitê de Morte Materna do Município de Manaus, a partir do suporte teórico de Fanon (2002), e Butler (2020 e 2021).

CAPÍTULO 1 – AUTORIZAÇÕES, TRANSPARÊNCIAS E INTERDITOS

Inicialmente analisamos a autorização para esta pesquisa, realizadas junto às Secretarias de Saúde e após esta análise, seguimos para os documentos produzidos pelo Núcleo de Investigação do Óbito em Manaus (NUIOB), pensando nas práticas burocráticas de acesso à informação e de produção de dados de saúde para o estado do Amazonas.

Considero que os documentos aqui analisados não são meros pedaços de papel nos quais resumem as situações complexas que uma mulher vivenciou até a sua morte, mas eles assumem uma posição de movimento da vida, restaurando a visibilidade das mulheres falecidas em 2018, após sua morte.

De acordo com os dados do DataSUS, faleceram em 2018 no estado do Amazonas o total de 72 mulheres, sendo 49 no município de Manaus e 23 nos municípios do interior, ou seja, mais de uma morte por semana ao longo de 2018.

As morte maternas aconteceram nos seguintes municípios: Manaus (49); Beruri (1); Coari (3); Manacapuru (1); Borba (1); Novo Aripuanã (4); Maués (4); Parintins (2); Canutama (1); Pauini (1); Carauari (1); São Paulo de Olivença (1); Tabatinga (3). Para a busca no DataSUS - Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, utilizou-se os seguintes parâmetros:

Tabela 04: Parâmetros utilizados para preenchimento do DataSUS.

Ano de Referência:	2018
Local de registro:	Óbitos por ocorrência
Abrangência:	Unidade da Federação
Unidade da Federação:	Amazonas
Indicador:	Maternos declarados
Categoria:	Notificação de óbitos de mulheres
Estatística:	Número de óbitos
Local de ocorrência:	Todos
Óbito atestado por médico:	Todos
Grupo etário:	10 a 49 anos
Raça/Cor:	Todos

Visualização - linha:	Localidade
Visualização - coluna:	Local de ocorrência

O desenvolvimento do projeto se concentrou nas mulheres que faleceram em Manaus, pois não conseguimos autorização de pesquisa junto à Secretaria de estado de Saúde-SES e, portanto, não tivemos acesso aos dados no interior do estado. Também não obtivemos acesso aos documentos produzidos pelo Comitê Estadual de Morte Materna. Nesse sentido, a análise desta dissertação resume-se a entender as mortes maternas de 49 mulheres ocorridas em Manaus-AM, conforme número oficial do DataSUS.

A anuência negada referia-se ao acesso dos prontuários das mulheres que faleceram em 2018 em cada maternidade estadual em Manaus, especificamente: Ana Braga, Azilda Marreiro, Balbina Mestrinho, Chapot Prevost, Nazira Daou, Instituto da Mulher Dona Lindu e maternidade da Alvorada.

Para dar início à solicitação, deve-se encaminhar por e-mail toda documentação elencada pela SES (Projeto, Folha de Rosto da Plataforma Brasil, Termo de Responsabilidade e compromisso da pesquisadora responsável, documentos pessoais da pesquisadora, currículo da pesquisadora principal e currículo da orientadora), o que foi realizado no mês de maio de 2022, gerando o Processo n.º 01.01.017101.014472/2022-80, pertencente à Secretaria de estado de Saúde.

Mesmo após a formalização processual, não tive acesso ao sistema, ou seja, para saber do andamento e o status da solicitação, a pesquisadora requisitante deve, sempre que achar necessário, encaminhar um e-mail à Coordenação de Ensino e Pesquisas Científicas da SES e aguardar resposta. O que contrasta com todo embasamento legal sobre transparência dos dados que são produzidos pelo estado, ainda que sejam dados sigilosos, pois esta pesquisa já contava com autorização do CEP.

De maio de 2022 até o mês de janeiro de 2023, 10 meses depois do início da solicitação, já foram 22 e-mails trocados entre Coordenação de Pesquisa da SES e a aluna requisitante (Figura 03), mas ainda sem a autorização devida para a pesquisa. A última resposta, em 09 de janeiro de 2023, é que está na maternidade Chapot Prevost, conforme foto abaixo:

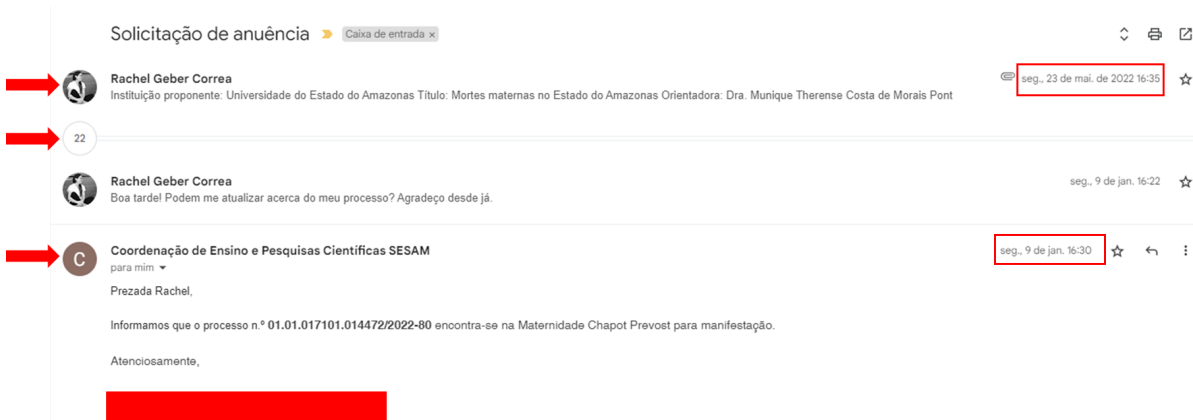



Figura 03: E-mails trocados com a Coordenação de Ensino e Pesquisa Científicas SESAM

Importante notar que a primeira solicitação realizada aconteceu dois meses após a minha qualificação em março de 2022. O processo de autorização de pesquisa na SES tramita em sistema *on-line*, o que encurtaria o tempo de comunicação da Coordenação de Pesquisa com as maternidades, porém até a última resposta em janeiro de 2023, a autorização ainda não tinha sido concluída. Também não há como informar se esta morosidade aconteceu especificamente para meu projeto de pesquisa ou se a SES mantém-se dessa forma para todas as autorizações de pesquisa solicitadas.

Somado a isso, em julho de 2022 recebemos a resposta de uma das maternidades, INDEFERINDO o pedido de pesquisa, com a seguinte alegação: *“INDEFERIMENTO campo para coleta de dados da pesquisa, pois anteriormente foi autorizada outra pesquisa, estando a Maternidade com um número expressivo de estágios em curso, ficando indisponível até agosto para novos processos”*, conforme Figura 04:



Processo nº 01.01.017101.014472/2022-80

Em: 04/07/2022

À Secretaria Executiva Assistência da Capital - SEAC,

Tratam os autos da solicitação de autorização para realização de pesquisa intitulada "MORTES MATERNAS NO ESTADO DO AMAZONAS " a ser realizada nesta Maternidade desenvolvida por Rachel Geber Corrêa, conforme OFÍCIO S/N – 2022 - UEA, datado de 23 de maio de 2022.

Em atenção a solicitação em questão, acolho o despacho do Núcleo de Ensino e Pesquisa e Humanização desta Unidade de Saúde à fl. 81 e **INDEFERIMENTO campo para coleta de dados da pesquisa**, pois anteriormente foi autorizada outra pesquisa, estando a Maternidade com um número expressivo de estágios em curso, ficando indisponível até agosto para novos processos.

Atenciosamente,

ando assinatura por login/senha.

Figura 04: Resposta de uma das maternidades com o indeferimento da solicitação para coleta de dados da pesquisa.

Interessante notar é que a direção geral desta maternidade negou o pedido pois indicou que até agosto de 2022, ficaria indisponível para novos processos de pesquisa, porém até o momento, o processo continua tramitando pela SES e já estamos no ano de 2023. Ademais, a SES não encaminhou nenhuma informação adicional acerca desta tramitação, sem que eu precisasse provocar a secretaria.

Prontuários médicos são documentos sigilosos que devem registrar os procedimentos, exames, condição física e qualquer outra informação sobre o atendimento dos pacientes. Sua confidencialidade está amparada por legislação específica (CNJ, 2015) e para salvaguardá-la no manuseio para uma pesquisa científica, é obrigatória a autorização do Comitê de Ética para ter acesso a esses documentos, o que foi feito.

Manter os documentos sem acesso é uma forma de construir obstáculos intransponíveis à pesquisa brasileira e à pesquisa amazonense. Considero também que a falta de acesso se deu pelo cenário trágico da assistência obstétrica no estado do Amazonas e olhar detalhadamente o atendimento que realizaram às mulheres em 2018 poderia ser muito revelador sobre a responsabilização dos entes envolvidos.

Um dos motivos pelos quais posso argumentar sobre a falta de acesso aos prontuários não tem relação nenhuma com confidencialidade e sim sobre o que o estado do Amazonas

define sobre o que pode ser revelado ou não para o meio acadêmico e para a sociedade como um todo. A realidade apresentada é que em 2018 o estado ficou em primeiro lugar no ranking de mortes maternas no Brasil. Esse é um fato trágico.

Existe uma realidade construída a partir da decisão do estado daquilo que pode ser visto, lido e interpretado. E neste contexto, compreendo que não ter acesso e não ler com detalhes o atendimento realizado às mulheres no dia da sua morte nas maternidades é uma intervenção do estado de forma a estabelecer limites sobre o que não pode ser desvelado, sobre o que é considerado importante e quais mortes o estado do Amazonas continuará sem identificar as melhorias que precisam ser feitas.

Considero que existe uma regulação documental, definida pela SES e que estabelece o que pode e o que não pode ser apresentado para o meio acadêmico, já que documentos são o reflexo das realidades de uma época específica, conforme Lowenkron (2020). Refletir também sobre essa regulação é um modo de identificar a importância de cada morte como fonte de informação para salvar futuramente outras mulheres que ainda estão vivas e que passarão pelas mesmas maternidades, pelos mesmos profissionais e pelos mesmos processos de trabalho.

Até o momento atual que escrevo essa dissertação (abril de 2023), ainda não conseguimos autorização de pesquisa junto à Secretaria de estado de Saúde-SES e, portanto, não conseguimos analisar os prontuários das mulheres falecidas em 2018 que são guardados nas maternidades. Por esse motivo, o desenvolvimento do projeto precisou sofrer alterações: 1. concentramos a análise das fichas de investigação do óbito das mulheres que faleceram em Manaus e documentos referentes ao Comitê Municipal de Morte Materna e; 2. não conseguimos comparar os prontuários com as fichas de investigação do óbito.

Em contrapartida, a autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Semsas, foi respondida em menos de 30 dias, também por meio de processo *online*. A diferença da SEMSA para a SES é que na SEMSA existe uma prévia tramitação por meio de formulário eletrônico (Google forms) que deve ser preenchido e os documentos são anexados nesta plataforma. Após o envio, a SEMSA orienta a esperar resposta em até 10 dias, o que realmente aconteceu, já com a autorização da secretaria.

Após o recebimento da autorização da SEMSA, submetemos o projeto ao Comitê de Ética da UEA, o qual emitiu parecer favorável em setembro de 2022, quando dei início de fato às primeiras tratativas para a pesquisa de campo e para a pesquisa documental na internet. Todo o trâmite para iniciar a pesquisa de campo demorou 4 meses, até que o CEP-UEA emitisse o parecer.

A despeito dos Comitês de Mortalidade Materna, observo que não obtivemos autorização da SES para analisar documentos referente ao Comitê Estadual de Morte Materna do Amazonas, mas informo que nenhum documento foi publicado em 2018 no DOE referente ao seu funcionamento, composição e regimento. Ficamos apenas com a análise dos documentos produzidos pelo Comitê Municipal de Morte Materna do município de Manaus que possui o nome de Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal - CMPOMIF.

A pesquisa de campo se deu junto ao Núcleo de Investigação do Óbito - NUIOB, localizado na Rua Comandante Paulo Lasmar, 10, bairro Da Paz, Manaus - AM, 69049-110, Zona Oeste. O NUIOB está disposto, conforme organização estrutural da prefeitura de Manaus, entre os Órgãos de Atividades Finalísticas, inserido na Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Zoonoses e da Saúde do Trabalhador (MANAUS, 2022).

Obtive acesso aos arquivos referentes aos óbitos maternos de 2018 salvaguardados neste setor: uma sala composta por três computadores, três mesas e três cadeiras individuais, mais uma mesa grande para pequenas reuniões, armários com arquivos físicos e alguns utensílios de cozinha. Leva-me a crer que apenas 03 pessoas trabalham no setor e são responsáveis pela investigação do óbito em Manaus.

Existem duas pastas de arquivos com os óbitos maternos de 2018 que foram disponibilizadas para eu consultar presencialmente, conforme orientações sobre o sigilo. Foram encontrados 54 arquivos, que chamarei de “processos” para diferenciar dos outros documentos que vou mencionar.

Cada processo é composto por documentos padronizados pelo Ministério da Saúde e outros que não são padronizados. Os padronizados são: as fichas de investigação do óbito (M1, M2, M3, M4, M5, M6 e MIF) (Brasil, 2009), declaração do óbito, comprovantes do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM e comprovantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os não padronizados pelo Ministério da Saúde, mas que foram produzidos pelas equipes que investigam as mortes maternas e que compõem cada processo são: resumo do caso, evolução da investigação e outros. Cada processo é referente a uma única mulher.

Os processos estavam organizados sempre com a ficha M5 em primeiro lugar na pilha de documentos, envolvida por um elástico amarelo. Acredito que estão organizados dessa forma porque a ficha M5 é a ficha que deve trazer a conclusão sobre o caso, após a investigação. Supostamente considerando apenas 03 pessoas no setor conforme o número de

mesas e computadores, os arquivos estavam organizados nos armários e prateleiras, sendo facilmente identificados.

Neste trabalho analisei os óbitos maternos diretos, por isso, dos 54 processos encontrados, 01 foi excluído pois estava com anotações para ser retirado da classificação de ÓBITO MATERNO DIRETO, restando ao total um número de 53 mortes maternas em Manaus, o que difere das 49 presentes no site do Ministério da Saúde.

Existe então uma diferença de 05 mulheres que faleceram durante o ciclo gravídico puerperal e que não aparecem nos dados do Ministério da Saúde, no site do DATASUS. Essas 05 mulheres para a contagem, classificação e principalmente para repensar políticas públicas a partir do governo federal, estão invisíveis e esquecidas, ao passo que escrever e falar sobre elas é mencionar suas breves existências, valorizar suas vidas que foram tão curtas (FANON, 2008).

Não escrever sobre elas, não computar os dados em um sistema no DataSUS, sistema este que dá transparência à situação de saúde de uma localidade, é deixá-las em um vazio existencial, como se não tivessem o direito de realmente existir, mesmo que pelo pouco tempo vivas, adolescentes e jovens mulheres. Nenhuma chegou à meia idade, e após suas mortes, sequer tornaram-se números para a DataSUS. Sobre isso, Fanon (2008) discorre sobre uma zona de não existência, a zona do não-ser. Esta zona demonstra a desimportância da vida de algumas pessoas, dentro de uma cultura política onde humanos não são considerados humanos, onde mesmo diante desta tragédia, as mortes maternas são normalizadas (BUTLER, 2020).

A não-existência dessas mulheres, nem ao menos como números, se mostra como uma escolha ou uma imposição do estado aqui neste trabalho, que pelo acaso, escolha ou violência, engravidaram e ficaram submetidas à conduta do estado no pré-natal, parto, puerpério e/ou e abortamento. Arendt (2000) argumenta que existe a banalidade do mal, muitas vezes, mantida pelos entes estatais que fazem recair sobre mulheres vulneráveis a culpa e a responsabilidade das suas próprias mortes, esquecendo e suprimindo todos os seus direitos resguardados em normativas internacionais e nacionais.

CAPÍTULO 02 - PERFIL DAS MORTES MATERNAS, PREENCHIMENTO DAS FICHAS E PRECARIIDADE DA VIDA.

Artefatos documentais, folhas inanimadas, sem vida, todos são objetos por definição e foram utilizados para dar vida às mulheres que já não estão mais aqui para serem ouvidas e para contarem o seu lado da história. São utilizados para registrar e transcrever como foram atendidas, se tiveram chance de ter autonomia sobre seu processo gravídico ou o seu processo de adoecimento, se suas necessidades físicas e mentais foram acolhidas pela rede de saúde e portanto, aqui nesta análise, eu trouxe uma interpretação possível sobre a pouca importância das suas mortes como produtoras de mudança de política pública de estado.

Este capítulo traz os resultados desses artefatos que foram preenchidos pelo serviço municipal de saúde e que analisei sob a ótica da ausência e presença de preenchimento, mas também sob a ótica da forma e o que isso traz de significados afetivos.

Primeiramente, tracei o perfil das mulheres falecidas em 2018. Seus processos de vida e morte estão organizados no Núcleo de Investigação do Óbito (NUIOB) e foram analisadas neste trabalho quanto à raça/cor, idade, localização da sua residência e ao tipo de parto. A informações para traçar este perfil foram retiradas das Declarações de Óbito, das fichas de investigação do óbito e/ou do espelho impresso do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, ou seja, dos documentos oficiais e padronizados pelo Ministério da Saúde que compõem os processos de investigação.

As mortes aconteceram em todos os meses do ano de 2018 de janeiro a dezembro, porém a maioria delas ocorreu em abril, totalizando 10 mortes maternas, 18.8% do total, conforme gráfico abaixo. No eixo X estão os meses do ano de 2018 e no eixo Y estão o número absoluto de mortes maternas que vai de 02 mortes (mês de outubro) até 10 mortes (mês de abril) (Gráfico 02).

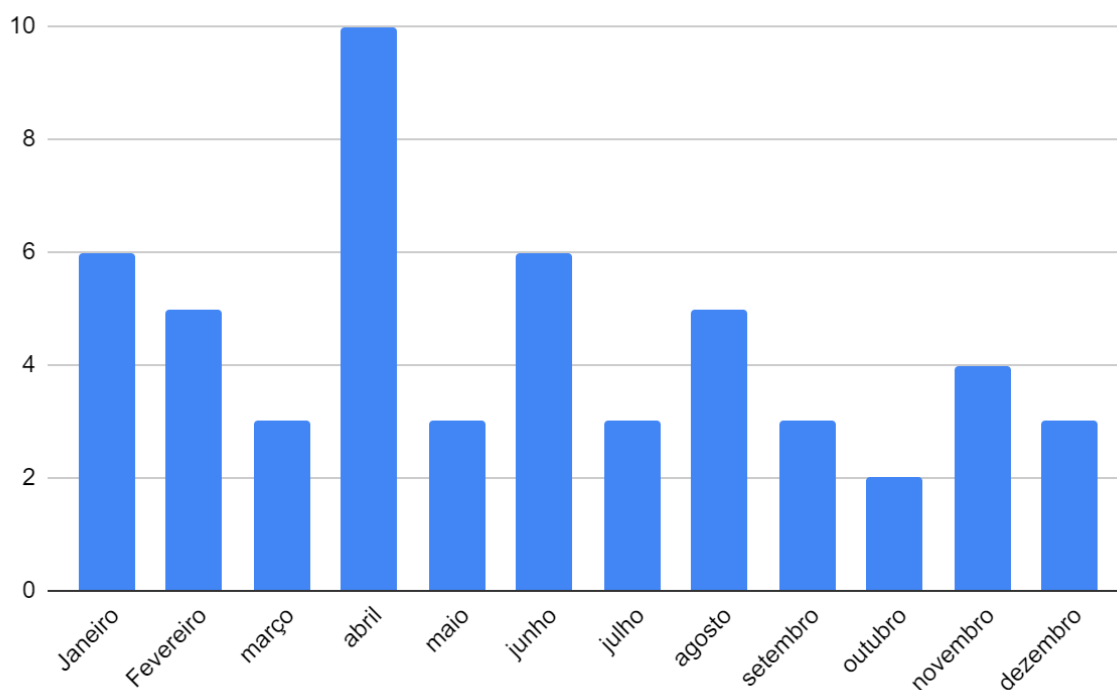


Gráfico 02: Distribuição das mortes maternas em Manaus, em 2018.

Quanto à raça/cor 86,78% eram negras (84,9% eram pardas e 1,88% pretas) e 15,09% brancas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra orienta que a população negra é a soma dos pretos e pardos (BRASIL, 2017), portanto iremos seguir a orientação do próprio Ministério da Saúde e assumir que a maioria das mulheres que faleceram em Manaus eram negras, somando os dois percentuais.

Quanto à idade: 15 eram adolescentes de 14 a 19 anos (28,3%); 14 estavam entre 20 e 29 anos completos (26,4%) e 24 mulheres de 30 a 45 anos (45,2%). Utilizaremos a fase da adolescência convencionada pela Organização Mundial de Saúde e que o Ministério da Saúde no Brasil recepciona: a adolescência é o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade (SENAD, 2007).

Quanto ao tipo de parto 45,28% passaram por cirurgia cesárea; 35,84% tiveram partos vaginais; 9,43% das mulheres morreram após procedimento para o abortamento e 9,43% não chegaram a ser classificadas pelo tipo de parto, visto que faleceram antes de parir, por exemplo, com gravidez tubária ou outras causas.

Quanto ao número de consultas de pré-natal: das 53 mulheres estudadas, a grande maioria realizou 06 consultas ou mais, 19 no total. 12 delas apresentaram menos do que 6 consultas, mas estavam dentro do esperado pois faleceram antes que pudessem finalizar as consultas. Mulheres que apresentaram pré-natal com o número de consultas do inadequado

somam-se em 05, apenas. 07 delas estavam em branco e 09 não realizaram o pré-natal. Dito de outra forma: 31 mulheres (58,48%) compareceram às consultas de pré-natal e realizaram dentro do esperado para idade gestacional. 09 (16,98%) não realizaram o pré-natal e não é possível descrever os motivos.

Quanto à localização das residências 39,6% eram moradoras da Zona Leste da cidade de Manaus, 24,5% residiam na Zona Norte, 16,98% Zona Oeste e 16,98% na Zona Centro-Sul. Mesmo não sendo a Zona mais populosa de Manaus, a Zona Leste apresentou a maior mortalidade materna em 2018 em números absolutos.

Os bairros que compõem a Zona Leste são: Distrito Industrial II, Puraquequara, Colônia Antônio Aleixo, Mauazinho, Armando Mendes, Zumbi dos Palmares, Tancredo Neves, Coroado, Jorge Teixeira e São José Operário e Gilberto Mestrinho, áreas estabelecidas pelo Decreto nº 2924, de 07 de agosto de 1995, publicado no Diário Oficial nº 28.253, Ano CI de 10 de agosto de 1995 e revogado pela Lei nº 1.401 de 2010. Considerando a lei de 2010, Manaus é composta por 63 bairros atualmente. Vejamos os três bairros que apresentaram o maior número de morte materna em 2018 (MANAUS, 2010):

ZUMBI DOS PALMARES

SUPERFÍCIE: 251,05 ha

Ponto inicial - Começa na Av. Autaz Mirim com a Rotatória do São José Operário.

Descrição do Perímetro - Começa no cruzamento da Av. Autaz Mirim com a Rotatória do São José Operário; contornando esta até a Av. Cosme Ferreira, desta até a rua Marcelo Santos; desta até o Ig. Do Zumbi; deste até a Av. Autaz Mirim; desta até a Rotatória do São José Operário.

SÃO JOSÉ OPERÁRIO

SUPERFÍCIE: 543,10 ha

Ponto inicial - Av. Cosme Ferreira com o Ig. do Acariquara.

Descrição do Perímetro - Começa na Av. Cosme Ferreira com o Ig. Do Acariquara; seguindo por este até o Ig. do Mindú; seguindo por este até o Ig. do Aleixo; deste até a rua Bom Intento; desta até a rua Paduari; desta até a rua Leonora Armstrong; desta até a TV. Maracanaú; desta até a Av. Cosme Ferreira; seguindo por esta até a Rotatória do São José Operário; contornando esta (inclusive) até a Av. Cosme Ferreira; desta até o Ig. do Acariquara.

JORGE TEIXEIRA

SUPERFÍCIE: 1557,15 ha

Ponto inicial - Av. Brig. Hilário Gurjão com a Av. Autaz Mirim.

Descrição do Perímetro - Começa na Av. Brig. Hilário Gurjão com a Av. Autaz Mirim, seguindo por esta até a Rotatória da Feira do Produtor; contornando esta (exclusivamente) até a Av. Autaz Mirim; seguindo por esta até a Av. N.S. da Conceição; segue por esta até encontrar o limite Sul da Reserva Adolfo Ducke; seguindo por este no sentido Oeste-Leste até a projeção do eixo do Ramal do Ipiranguinha; daí, por uma linha reta, até o Ramal do Ipiranguinha; seguindo por este até o rua Douradinha; seguindo por este até a Rua Cataruê; segue por esta até a Rua Casca Preciosa; desta até a rua do Brasileirinho; seguindo por esta até o rua Prímula; seguindo por este até um afluente da Bacia do Ig. Boa Vista, seguindo por este, contornando a Comunidade Santa Inês, até encontrar um afluente da Bacia do Igarapé da Colônia Antônio Aleixo; seguindo por este até a Rua Hibisco; segue por

esta até a rua Jatubú; desta até a rua das Pratas seguindo por este até a rua Pedras Corais, segue por esta até a rua Águas Marinhas, segue por esta até a rua Marcassita; seguindo por esta até a TV. Marcassita; deste até a rua do Alumínio, seguindo por esta até a rua Profa. Neuza Chevalier; segue por esta até a rua das Turmalinas; seguindo por esta até a Av. Brig. Hilário Gurjão; seguindo por esta até encontrar a Av. Autaz Mirim.

A maior parte da população encontra-se nas zonas norte e leste da cidade, sendo a Cidade Nova (Zona Norte) o bairro mais populoso, muito em consequência à políticas habitacionais direcionadas a esta área (Barbosa, 2017) com mais de 300 mil moradores, e foram nessas duas zonas que apresentaram a maior mortalidade materna. Essas duas zonas possuem extensas áreas de moradias precárias, conforme demonstraram Marques et al. (2007), o que traz inúmeras vulnerabilidades sociais, ou seja, riscos sociais diante de fatores externos e negativos que as cidades oferecem à população (BITOUN et al., 2009).

A Zona Leste possui particularidades que são diferentes à Zona Norte. Sua história de nascimento é muito recente e está intimamente ligada ao uso dos rios e florestas. A situação desta Zona trouxe historicamente uma exclusão social que também foi resultado de algumas ações do governo e podemos citar as políticas habitacionais direcionadas apenas à Zona Norte e apenas para pessoas que podiam comprar uma casa nos conjuntos. Aqueles que não possuíam renda e não tinham condições financeiras, permaneciam aos arredores dos conjuntos habitacionais, organizando-se de forma precária, sem assistência do estado, o que expandiu a população da Zona Leste (BARBOSA, 2017).

Com isso a Zona Norte começou a se expandir em meio aos conjuntos habitacionais construídos pelo governo e àqueles que não eram contemplados com uma casa ficavam à margem e foram sendo empurrados para o leste da cidade, onde o crescimento urbano desordenado onde há ausência de banheiro, falta de água encanada, ausência de coleta de lixo e ausência de energia elétrica, itens de infraestrutura básica (MACIEL, 2016).

No início do século XX, a Zona Leste possuía grandes pavilhões para dar abrigo aos ribeirinhos seringueiros oriundos das calhas dos rios Madeira, Purus e Juruá e que se acostavam apenas com transporte fluvial, não havia conexão com o restante da cidade por meio rodoviário, não havia estradas. Além dos ribeirinhos, também naqueles anos, surge a necessidade de abrigar mão-de-obra nordestina com o objetivo de tentar ainda trabalhar nos seringais, mas a produção de seringa já estava entrando em declínio. A migração continuou até a década de 60-70, quando a Zona Franca foi inaugurada (Maciel, 2016). Em meio ao declínio da produção de borracha, os pavilhões não abrigavam mais os soldados da seringa,

mas começaram a ser utilizados para isolar pacientes com hanseníase, locais que ficaram conhecidos como leprosários (BARBOSA, 2017).

Dos anos 70 até a década de 90 só existiam estradas de barro para fazer a interligação entre a Zona Leste e o restante da cidade, e somente em 1996 a primeira estrada e única estrada foi asfaltada. Em resumo, a Zona Leste historicamente foi privada de políticas públicas de habitação e de saúde, visto que era estigmatizada por abrigar os hansenianos e isso contribuiu diretamente para a precariedade na qual o bairro cresceu: construções desordenadas próximas aos leitos dos rios e igarapés (palafitas), ausência de esgotamento, má distribuição de água encanada (BARBOSA, 2017).

Estes problemas de infraestrutura estão presentes ainda nos dias atuais e Manaus chegou a ultrapassar 40% da população vivendo em situação de pobreza, um dos piores índices no Brasil, ficando atrás apenas de Macapá, João Pessoa, Recife e São Luís. E também apresentou um número de 290.549 pessoas vivendo na extrema pobreza, ficando em terceiro pior lugar do país (Salata e Ribeiro, 2022). Apesar do rápido desenvolvimento da Zona Franca de Manaus na década de 70 o que trouxe alto fluxo migratório e geração de emprego, perdura na cidade uma enorme desigualdade social, com populações vivendo na pobreza e na miséria (MACIEL, 2016).

Refletindo neste contexto, de acordo com os dados disponíveis da Secretaria Municipal de Saúde -SEMSA, há na zona leste o total de 21 UBSs, zona com maior número de unidades básicas de saúde do município: Distrito Leste: 21 UBS, Distrito Rural: 20 UBS, Distrito Sul: 16 UBS, Distrito Oeste: 16 UBS e Distrito Norte: 08 UB. Das 21 UBSs, de acordo com a listagem, 20 estão em funcionamento e 01 em reforma, todas elas realizam pré-natal (SEMSA, 2022).

Para o atendimento do ciclo gravídico (pré-natal, parto, puerpério e abortamento) a possui: 01 Policlínica, 21 Unidades Básicas de Saúde (entre elas estão UBS e UBSF), 01 CEO Centro de Especializado em Odontologia, 01 CAPSI - Centro de Atenção Psicossocial Infantil e 01 laboratório distrital. Além disso, conta com as maternidades Ana Braga e Chapot Prevost, ambas do Governo do estado.

Em que pese o número de Unidades Básicas de Saúde disponíveis na Zona Leste, a mortalidade materna é um indicador de saúde e demonstra a baixa qualidade dos serviços de saúde, desde o planejamento reprodutivo e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério (REDE, 2008).

Corroborando com esses conceitos e definições de que a morte materna está relacionada a fatores socioeconômicos e de atenção à saúde, tudo indica que não basta apenas

ter Unidades Básicas de Saúde para salvaguardar a vida das mulheres, mas deve-se considerar as extremas dificuldades sociais, a qualidade dos serviços que já são ofertados, a falta de acesso às políticas públicas, bem como os marcadores raciais. Salvaguardar a vida, neste contexto, é entender que o caminho percorrido por cada mulher durante o ciclo gravídico puerperal poderá seguir de maneira imprevisível e que mesmo assim merece o futuro, merece vivenciar o cuidado digno e a preservação da sua autonomia (BUTLER, 2021).

Se a maioria das mulheres que morreram em Manaus em 2018 eram negras, repensar o sistema de saúde local deve primordialmente considerar a raça, a classe e o gênero, como categorias indissociáveis (RIBEIRO, 2016). Os resultados até aqui demonstram que mulheres negras, moradoras da Zona Leste de Manaus, que passaram por cirurgia cesárea e que tinham entre 30-45 anos traçaram o perfil das mortes maternas naquele ano, e essas características são evidentes no estudo. Este é um dos motivos que não podemos trazer à discussão separadamente das categorias sociais apresentadas, portanto, falaremos sobre interseccionalidade ou teoria interseccional de Kimberlé Crenshaw (2002).

Crenshaw (2002) defende que todas as mulheres estão sujeitas à discriminação de gênero, mas que outros fatores também podem atuar diretamente na vulnerabilidade e formar subgrupos de mulheres e que são afetadas de maneira totalmente desproporcional. Os fatores que ela menciona podem ser a raça, classe, etnia, religião, orientação sexual entre outros. Deste modo, estes subgrupos devem ser pensados pelo atravessamento do gênero, incluindo as questões raciais e socioeconômicas, o que ela define como interseccionalidade, ou seja, a interseção de categorias de subordinação que criam desigualdades estruturais sobre a vida das mulheres. A interseccionalidade contribui para uma vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres.

Florência Luna (2008) propõe pensar sobre a vulnerabilidade através da metáfora chamada “capas de vulnerabilidade”. Sugere que cada capa refere-se a uma vulnerabilidade diferente e que pode estar sobreposta a outras camadas, como se fossem capas, podendo ser retiradas uma a uma, de acordo com cada situação.

Já Diniz (2003) reforça a interseccionalidade de vulnerabilidades e não acredita em capas de vulnerabilidade, mas sim em um entrelaçado de características que atravessam os corpos de formas diferentes e, portanto, apresentam-se como opressões múltiplas que são retroalimentadas, que se conectam, se ligam e que potencializa as diversas formas de violência perpetradas contra as mulheres. Ribeiro (2016) também menciona que existe uma combinação de opressões na vida das mulheres negras que incluem a raça, classe e condições socioeconômicas.

Ainda que haja diferenças conceituais e teóricas e que a ideia das capas traga maior facilidade de entendermos as diversas vulnerabilidades que permeiam a vida das mulheres durante o ciclo gravídico até a sua morte, defendo que as vulnerabilidades encontradas aqui fazem parte, assim como descrever Crenshaw (2002) de um direcionamento político estrutural e cultural, que atravessa os corpos, como se pudessem ser lugares públicos, que recebem influência direta dos governos locais. Conseguir sobreviver as realidades que cercam as mulheres e que compõe o quadro de vulnerabilidade presente no Amazonas, é assumir que essas características estão interseccionadas e entrelaçadas aos corpos, às vidas e ao ciclo gravídico, influenciando diretamente em uma escolha política de quem tem o direito de viver ou de morrer.

Esta influência direta está relacionada às decisões políticas sobre o atendimento em saúde, onde os corpos que passam pelo ciclo gravídico ficam expostos e desprotegidos, à mercê destas decisões do estado. Significa dizer que durante o ciclo gravídico puerperal o estado vai decidindo onde e como serão atendidas, por quais profissionais, em qual maternidade, as consultas do puerpério. Não há espaço para autonomia e escolhas, portanto, mulheres que vivenciam esse ciclo ficam expostas e vulneráveis ao que o estado oferece ou ao que o estado não oferece, e muitas vezes isso reflete em formas normalizadas de violência obstétrica. Essa vulnerabilidade ganha força e amplitude de acordo com as condições sociais e políticas locais de onde se vive (BUTLER, 2020).

Então, podemos resumir assim: a maioria das 53 mulheres que faleceram em 2018, falando de números brutos, classificadas como morte materna, eram mulheres negras, de 30 a 45 anos, residentes da zona leste do município de Manaus, bairros de São José, Jorge Teixeira e Zumbi dos Palmares e que passaram por cirurgia cesárea. Todas estas são as diversas vulnerabilidades locais que estão diretamente ligadas à sobrevivência das condições que o estado do Amazonas oferece. E existem motivos para chegarmos a essas vulnerabilidades: racismo, misoginia e negligência sistêmica direcionados a um grupo de pessoas (BUTLER, 2021).

Essas categorias de vulnerabilidade que foram encontradas são invisibilizadas dentro da construção das políticas de saúde locais, o que implica em uma reivindicação social da existência dessas mulheres (Ribeiro, 2016), saindo da zona da não-existência como disse Fanon (2002) e entendendo que a interseccionalidade permite um olhar étnico-racial para o enfrentamento da violência obstétrica e outros tipos de violência contra as mulheres.

Conforme já introduzido neste trabalho e neste contexto de como o estado conduz políticas públicas dos nossos corpos vivos ou mortos, relembro aqui que a investigação do

óbito materno é uma política pública obrigatória que começou a ser tratada mais especificamente a partir dos anos 2000, com inúmeras publicações ministeriais. Uma delas foi o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, publicado pelo Ministério da Saúde, onde o governo, em discussões tripartite, estava tentando uma estratégia para diminuir as taxas de mortalidade do país. Além disso, o MS definiu que a vigilância epidemiológica da mortalidade materna é uma atribuição de municípios e estados (BRASIL, 2004).

Ainda nesse contexto, a Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 do Ministério da Saúde que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos deixa claro que a investigação é obrigatória, como já mencionamos na introdução deste trabalho.

E ainda, para auxiliar a obrigação sobre a investigação do óbito materno, um ano depois de publicar a Portaria nº 1.119 que fala sobre a obrigatoriedade, o MS lançou o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. O Guia é um documento de fácil leitura, composto pela legislação que orienta os dados sobre a mortalidade materna e que tem como papel fundamental auxiliar a gestão municipal e estadual de cada Unidade Federativa para organizar a vigilância epidemiológica sobre suas mortes maternas.

Apesar de estar indicado no Guia do Óbito Materno que os documentos que podem ser utilizados como instrumentos de coletas são a Declaração do Óbito, as fichas M1 a M6 (ANEXOS I a VI) e ficha MIF (ANEXO VII), nem todas as mulheres possuem todas essas fichas preenchidas e/ou anexadas no seu processo de investigação. A única ficha existente em 52 processos dos 53, é a ficha M5. Apenas uma mulher apresentou apenas a declaração de óbito. Presumo que a ficha M5 existe em todas elas, por ser a ficha que traz a conclusão sobre a investigação.

Concentramos nossa análise nas fichas chamadas de “Ficha de Investigação de Óbito Materno - Síntese, conclusões e recomendações - M5”, por ser justamente a ficha que deveria vir o resumo, os encaminhamentos, conclusões e recomendações dos casos específicos (Anexo V). As outras fichas que estavam disponíveis para análise não puderam ser analisadas detalhadamente pelo pouco tempo de pesquisa de um Mestrado Acadêmico, mas que poderão fazer parte de novos projetos futuramente.

2.1 Dimensão estética da Ficha M5

A ficha M5 apresenta-se composta por 56 perguntas, distribuídas em 3 páginas. As 3 páginas contém campos com a identificação da falecida (nome, endereço, nº da declaração do

óbito), as características sobre a assistência à gestação (pré-natal), aborto, parto, causas da morte, problemas identificados nos diversos momentos da assistência e a classificação daquela morte como evitável ou inevitável, resumo do caso, assinatura e carimbo do profissional que preencheu a ficha e a data de finalização da investigação.

A ficha foi elaborada para que todos os campos sejam preenchidos à mão pelos profissionais de saúde responsáveis pela investigação do óbito materno. Além do preenchimento ser à mão, os campos são diminutos e estreitos, conforme ANEXO V. Os diminutos espaços disponíveis parecem não contribuir para um adequado preenchimento.

Ferreira e Lowenkron (2020) já indicavam a existência da lógica cartorial, onde documentos são burocraticamente preenchidos por entes públicos, quase automaticamente, para finalizar a função meramente administrativa. Mas aqui nesta etnografia, essa forma de preenchimento trouxe elementos diversos para análise das mortes maternas no estado do Amazonas, trazendo à tona e fazendo submergir da história de cada uma delas em 2018, a forma desimportante como a morte das mulheres foi analisada e considerada pelo estado.

Todas as fichas foram revisadas uma a uma, observando inicialmente quais campos foram preenchidos, os campos que não foram preenchidos e quais campos ficaram incompletos. Os dados foram tabulados em planilha do Excel em: S que significa SIM (para os campos preenchidos); N que significa NÃO (para campos que não foram preenchidos) e I que significa INCOMPLETO para campos que tiveram informações subtraídas ou anotadas sem o complemento da resposta.

Para elaboração da tabela 5, insta pontuar que não observamos a qualidade das anotações, por exemplo, se estava legível ou não, se a anotação era coerente com o campo, os dados foram organizados para entendermos sobre a quantidade do preenchimento, com porcentagem simples, indicando quais campos foram e não foram preenchidos. Vejamos:

Tabela 5. Campos de preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno - M5

Campos da Ficha de Investigação	SIM	NÃO	INCOMPLETO
1. Nome da Falecida	100%	-	-
2. N° da Declaração de Óbito	100%	-	-
3. Data do óbito	100%	-	-
4. Endereço de residência da família	100%	-	-
5. No do Cartão SUS	7,69%	92,3%	-
6. Equipe/PACS/PSF	9,61%	90,3%	-

7. Centro de Saúde/UBS	13,40%	86,5%	-
8. Distrito Sanitário/Administrativo	32,6%	67,3%	-
9. Município de ocorrência do óbito	78,8%	17,3%	1,92%
10. Fontes dos dados consultados	94,2%	5,76%	-
11. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual)	98,08%	1,92%	
12. Resultado das gestações anteriores	69,23%	30,76%	
13. Data da última menstruação	88,46%	11,53%	
14. Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal	84,61%	11,53%	3,84%
15. Número de consultas no pré-natal	69,23%	30,76%	
16. Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal	65,38%	34,61%	
17. Idade gestacional na última consulta do pré-natal	55,76%	44,23%	
18. Foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco?	57,7%	42,30%	
19. Estabelecimento de saúde onde foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco	30,76%	69,23%	
20. Foi cadastrada no SISPRENATAL?	57,7%	42,30%	
21. Local do parto ou aborto	92,31%	7,69	
22. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto	86,54%	13,46%	
23. Idade Gestacional no momento do parto ou aborto	78,85%	21,15%	
24. Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	65,39%	34,61%	
25. Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	59,62%	40,38%	
26. A mulher teve acompanhante no momento do parto?	67,31%	32,69%	
27. O óbito ocorreu	92,31%	7,69%	
28. Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	23,08%	76,92%	
29. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	63,47%	36,53%	
30. A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	44,24%	55,76%	

31. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original	28,84%	23,07%	48,07%
32. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	25%	75%	
33. Quais campos e que alterações	53,84%	46,15%	
34. Foi descartado óbito materno?	40,38%	59,61%	
35. Foi descartado óbito materno após	5,76%	94,23%	
36. Classificação do óbito	42,30%	57,69%	
37. Foram identificados problemas após a investigação?	11,53%	88,46%	
38. Planejamento familiar	23,07%	76,92%	
39. Pré-natal	23,07%	76,92%	
40. Assistência ao parto	23,07%	76,92%	
41. Assistência na maternidade	23,07%	76,92%	
42. Assistência no Centro e Saúde/UBS	23,07%	76,92%	
43. Assistência na urgência	23,07%	76,92%	
44. Assistência no hospital	9,61%	78,84%	
45. Dificuldades da família	19,23%	80,76%	
46. Causas externas	13,46%	86,53%	
47. Organização do sistema/serviço de saúde	13,46%	86,53%	
48. Este óbito poderia ter sido evitado?	17,30%	82,69%	
49. Recomendações e medidas de prevenção	1,92%	98,07%	
50. Encaminhamentos	1,92%	98,07%	
51. O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	9,61%	90,38%	
52. Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	1,92%	98,07%	
53. O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?	3,84%	96,15%	
54. Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	1,92%	98,07%	
55. Data da conclusão da investigação	48,07%	51,92%	

56. Responsável	15,38%	36,53%	48,07%
-----------------	--------	--------	--------

De forma geral, todos os dados da M5 devem ser inseridos no site do SIM do MS para fins estatísticos brasileiros e que a partir deles, há a possibilidade de pensar novas estratégias direcionadas para a diminuição de morte materna. Para melhor compreender os achados na fichas M5 de grande complexidade, organizei os dados em 3 categorias de análise: 1. INCOERÊNCIA; 2. EM BRANCO e 3. RISCOS, RABISCOS E RASCUNHOS. Vamos então passar para a primeira categoria de análise.

2.2 Categorias de análise

As categorias abaixo elencadas por mim: a) incoerência, b) em branco e c) riscos, rabiscos e rascunhos, não foram denominadas facilmente. Muitas vezes, as fichas que indicam um preenchimento incoerente, elas também, no mesmo passo, indicam que estavam em branco e/ou rasuradas. Essa maneira de dividir em três categorias foi uma forma de organizar o que de pronto consegui enxergar, mas elas poderiam se sobrepor, se assim eu quisesse escrever sem dividi-las em categorias.

2.2.1 Incoerência

A ficha M5 possui 3 páginas (ANEXO V) e as primeiras perguntas são sobre a identificação da falecida. Curiosamente, os primeiros campos, de 1 ao 4, 100% das fichas estavam preenchidas, isso quer dizer que os dados pessoais como o nome, o nº da declaração do óbito, a data do óbito e o endereço foram preenchidos e detalhados nas fichas. A impressão que tive é que ao passar pelas perguntas e pelos campos de preenchimento, as ausências vão aumentando ao ponto de chegar às perguntas finais de cada ficha com quase 100% de ausência de preenchimento.

Vamos analisar o campo nº 07 - “Centro de Saúde/UBS” e o campo nº 15 - “Número de consultas no pré-natal”.

O campo 7, que deveria trazer o nome da UBS, apresenta quase 90% das fichas sem preenchimento. E o campo 15 que indica quantas consultas de pré-natal aquela menina ou mulher realizou possui 70% preenchido.

O número de consultas no pré-natal está diretamente relacionado à UBS que a gestante esteve, ou seja, a documentação que indica o número de consultas também indica qual Unidade Básica de Saúde (UBS), muitas vezes na cópia da caderneta de gestante que faz parte da investigação do óbito. O não preenchimento do campo 07 e o preenchimento do campo 15 é uma incoerência com a lógica documental que os processos apresentam. Esses dois campos, mesmo sendo interdependentes um do outro, apenas o campo 15 foi escolhido para ser preenchido.

Outro ponto incoerente encontrado refere-se ao campo nº 31 onde a investigação do óbito não descreveu as causas de morte para aquelas mulheres.

Do total de 53 mulheres, 07 delas estavam com as causas de óbito totalmente em branco, contudo tiveram a “data da conclusão da investigação” preenchida, campo nº 55, entenda visualizando das figuras abaixo:

31 Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original	
Parte I	a)
	b)
	c)
	d)
Parte II	

Figura 06: Campo nº 31 da ficha M5

54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda
	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê
55	Data da conclusão da investigação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
56	Responsável	Carimbo e rubrica

3 • Formulário M5

Figura 07: Campos nº 55 da ficha M5

É lógico pensar que se a data de conclusão da investigação foi preenchida, quer dizer que as causas da morte materna foram determinadas após minuciosa análise de toda a documentação, mas não é o que aconteceu com 07 delas. Finalizar a investigação de sete óbitos mesmo sem chegar à conclusão sobre as causas de morte materna é levá-las para um lugar de total desimportância das suas existências, é não oferecer a mínima dignidade àquela história e àquela família que ficou. É uma cultura administrativa-política que subscrevem a

elas o direito pós-morte de investigação do que lhes aconteceu e transforma essa ausência de preenchimento em acontecimentos naturalizados (BUTLER, 2020).

Enfatizando ainda a incoerência do preenchimento, faço um destaque às adolescentes que faleceram em 2018, pelo entendimento prioritário que o governo brasileiro define nas suas políticas específicas para este público. Após análise, 15 (quinze) eram adolescentes e, ainda que possuíssem atendimento prioritário em vida como direito fundamental previsto na Constituição (BRASIL, 1989) e regulamentado pela Lei nº 8069 de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990), a morte de cada uma delas resumidas nas fichas de investigação, não foram tratadas de forma mais célere ou com mais atenção quando comparadas às mulheres adultas.

A informação de serem adolescentes não foi considerada como prioridade, não encontramos nenhum destaque, nenhum alerta ou marcação sobre esta fase de vida, não há um campo específico para identificar que eram adolescentes nas fichas M5. Vejamos o que diz a Constituição Federal de 1988:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.
Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:
a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Das 15 fichas referentes à adolescentes, apenas 01 (uma) foi encaminhada para o Comitê de Morte Materna. E não consegui trilhar o caminho pelo qual essa morte materna foi encaminhada: quem a encaminhou? Por qual meio: físico ou digital? Quem a recebeu? Não há como saber nesta análise.

Um exemplo da desimportância de lidar com adolescentes que possuem prioridade no atendimento em vida, podemos ver na foto abaixo, que é de uma ficha de investigação de uma delas e trouxe uma anotação que utilizou a mesma palavra que estou trazendo e mostrando na legislação: “prioridade”. A mensagem dizia: “*Ligou para o SAMU e informaram que não era prioridade*”.

16.3	Com quantas semanas de gestação?	<u>+</u>	1ª internação	A Z <u>SAMU</u>	2ª internação		SR	
17	Houve alguma emergência obstétrica?					<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	SR
17.1	Qual o transporte utilizado?	SAMU	Outro, qual?	<u>UBER</u>				SR
17.2	O transporte foi em tempo oportuno?					<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	SR

OBS: " ligou para o SAMU e informaram que não era prioridade .."

1 - Formulário M1

Figura 05: Ficha M5 de uma das adolescentes.

A situação de saúde desta adolescente era grave, tanto que ela não suportou às negativas do estado e faleceu. Não ser prioridade é encarar a desimportância destas vidas, é avaliar e pesar quais delas têm o direito de serem salvas e quais não têm esse direito (BUTLER, 2021). Retomo aqui que para o estado brasileiro, adolescentes possuem prioridade no cuidado em saúde, durante a assistência obstétrica e no pós parto, mas o que se expressa nesses documentos analisados não condiz com o que está estabelecido pelo governo federal e estadual. Ela não teve prioridade em vida.

Ao total das 15 adolescentes, 09 delas aparecem com a investigação concluída, porém a causa da morte de 03 adolescentes está em branco. Estes casos específicos onde as causas de morte sequer estão preenchidos, 02 delas possuem a “Data de conclusão da investigação” preenchida. Descrevendo de outra forma: duas adolescentes tiveram sua investigação do óbito finalizada mesmo sem que as causas das mortes estejam preenchidas.

Tudo indica que existe uma lógica cartorial como descreve Lowenkron (2021), onde documentos são preenchidos e seguem um rito ligado às orientações do Ministério da Saúde, que definem o prazo de 120 dias para que a investigação seja concluída. Colocar uma data de conclusão da investigação sem nem ao menos a causa da morte estar descrita, é obedecer a uma burocracia do estado, sem uso crítico das ferramentas de investigação, é continuar acumulando processos, folhas e fichas sem produzir novas análises e sem ampliar as reflexões sobre as mortes maternas ocorridas.

Ainda sobre as adolescentes, o campo nº 48 que aponta a evitabilidade da morte, 05 fichas trouxeram a informação que foram mortes “provavelmente evitáveis”, isso foi assinalado. Cabe observar mais de perto: se 05 mortes foram definidas como provavelmente evitáveis, seria muito importante encaminhar estes casos específicos para o Comitê de Morte Materna ou fornecer algum outro detalhamento para que novas mortes com as mesmas causas pudessem ser evitadas, porém a lógica de preenchimento estritamente burocrático permanece também aqui nesse quesito.

Seguindo os resultados chegamos à segunda categoria elencada:

2.2.2 Em branco

A ficha M5 traz no seu próprio nome, por definição “Ficha de Investigação de Óbito Materno - Síntese, conclusões e recomendações - M5, mas o que encontrei se opõe ao nome, pois não traz nenhuma recomendação e/ou conclusão. Vejamos os resultados.

A conclusão do óbito materno se dá após toda a investigação do óbito e por meio dela pode-se modificar as causas da morte que anteriormente foram descritas na DO.

No campo nº 32 a pergunta é: “A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44?”. 75% de todas as fichas estavam em branco.

Não existe possibilidade de modificar as causas da morte materna se 75% das fichas sequer foram preenchidas. Esse dado pode indicar que a investigação do óbito materno está sendo continuado, preenchido e finalizado apenas para cumprimento burocrático do serviço de vigilância em saúde e do MS, o que pode-se também ser reforçado pelo vazio encontrado no campo 37.

O campo 37 ”Foram identificados problemas após a investigação?” 90% das fichas estavam em branco, por isso não há como afirmar se existem problemas que a investigação do óbito enxergou e que podem ser resolvidos no serviço de saúde.

Em todas as fichas M5 analisadas as causas da morte materna são estritamente biomédicas, não há outro tipo de raciocínio e condução da investigação para se chegar mais próximo do que realmente aconteceu com elas. Para entender melhor o que estou descrevendo, vamos rever a ficha M5 e os campos que falam sobre as causas do óbito, Vejamos abaixo:

31 Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original	
Parte I	a)
	b)
	c)
	d)
Parte II	

Figura 08: Campo nº 31 da ficha M5

As causas do óbito são descritas no campo nº 31 e subdivididas em Parte I e Parte II.

Na Parte I, existem 4 possibilidades de causas a) b) c) e d).

E na Parte II, mais um espaço para preenchimento.

Neste campo, 48,07% estavam com o preenchimento incompleto, isso equivale dizer que 25 fichas M5 ora apresentavam as letras a) b) c) e/ou d), ora era a Parte II, sem nenhuma palavra escrita.

E o mais curioso é que muitas vezes a letra a) e/ou a letra b) estava em branco e as outras letras preenchidas, ou vice-versa. O que isso quer dizer? Por que preencheram as letras c) e d) e deixaram as primeiras letras em branco? Vamos entender abaixo com as figuras:

31 Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original

Parte I

a)
 b)
 c) Hipertensão Gestacional 013
 d) Queda do próprio alter W18 | Hemorragia subdura traumática S06.5

Parte II

32 A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44 Sim Não

33 Quais campos e que alterações
 causa básica: 013

Figura 09: Causas de morte materna com ausência de preenchimento nas letras a) b) e c)

31 Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original

Parte I

a) Insuficiência Respiratória aguda J96.0
 b)
 c) Pneumonia devido vômito J69.0
 d) Transtornos mentais complicando a gravidez 099.3

Parte II

32 A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44 Sim Não

33 Quais campos e que alterações
 causa básica: 099.3
 2 05/10/18

Figura 10: Causas de morte materna com ausência de preenchimento na letra b)

31 Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original

Parte I

a) AVC Hemorrágico (intracraniano) I 61.0
 b)
 c)
 d) Hipertensão Gestacional 013 0100

Parte II

32 A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44 Sim Não

33 Quais campos e que alterações
 * causa básica: 013/n
 N179

Figura 11: Causas de morte materna com ausência de preenchimento nas letras b) e c)

Vejamos com mais calma o que está escrito no campo 31: “Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original”. Depreende-se que após as investigações realizadas pelo NUIOB, as causas primárias descritas na Declaração de Óbito podem ser modificadas. Mas vamos reforçar aqui que quase a metade das fichas tinham os campos incompletos e 28% delas sequer estavam preenchidas, ou seja, estavam em branco.

Foi onde me deparei com outras perguntas sobre a investigação: o não preenchimento de uma das informações mais importantes da ficha M5, que são as causas da morte, pode indicar a precariedade dos serviços de saúde? Os vazios encontrados podem indicar que a vida e a morte de cada uma delas não teve o tratamento adequado pelo estado do Amazonas? A investigação de uma morte materna pode ser finalizada com as causas básicas em branco?

Penso que esse tipo de ausência é um dos pontos mais graves deste trabalho, no sentido de mudança de política pública. Como os serviços de saúde, os entes governamentais conseguirão propor mudanças no pré-natal, nas maternidades ou mesmo na compreensão do fenômeno da morte materna no estado se as causas de morte não são claras, não são preenchidas e não estão totalmente esclarecidas?

Relembro aqui que são esses dados que serão inseridos no Sistema de Informação de Mortalidade do MS, mas quais dados são esses se em 28% das fichas não possuíam as causas de morte materna após investigação? O estado deixa claro o não reconhecimento dessas mortes e das suas vulnerabilidades. E se não reconhece, se não descreve e se não investiga, essas vidas e mortes são desumanizadas, desimportantes e sem direito ao luto, Se não existe o direito ao luto, essa vida não se qualifica como uma vida digna de ser reconhecida (BUTLER, 2020).

Ainda contabilizando as causas de morte materna em meio a precariedade da preenchimento, das 53 fichas analisadas, 12 estavam em branco, ou seja, as letras a) b) c) e d) do campo nº 31 não foram preenchidas, a investigação do óbito não descreveu as causas de morte para aquelas mulheres. Dentro dessas 12 fichas, 07 delas, mesmo com as causas de óbito totalmente em branco, tiveram a “data da conclusão da investigação” preenchida, campo nº 55, entenda visualizando a figura abaixo:

54 Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?

Sim Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda

Não Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê

55 Data da conclusão da investigação

56 Responsável Carimbo e rubrica

3 • Formulário M5

Figura 12: Campo nº 55 da ficha M5.

Essas sete fichas tiveram os seguintes intervalos de investigação:

Tabela 06: Tempo de investigação do óbito materno

Data de início	Data de conclusão da investigação	Tempo de investigação
24.02.2018	07.05.2018	1 mês e 14 dias = 44 dias
27.02.2018	09.04.2018	1 mês e 12 dias = 42 dias
08.03.2018	12.06.2018	3 meses e 4 dias = 94 dias
02.04.2018	02.05.2018	1 mês = 30 dias
05.04.2018	17.05.2018	1 mês e 12 dias = 42 dias
15.11.2018	25.02.2019	3 meses e 10 dias = 100 dias
04.12.2018	29.03.2019	3 meses e 25 dias = 115 dias

O período de investigação do óbito apresentou-se dentro dos 120 dias definidos pelo MS no Guia de Orientação da Investigação (Brasil, 2009), mas é impensável que um óbito tenha seu desfecho concluído sem as causas da morte estarem definidas. Aqui me parece muito lógico observar que o rito de finalização da investigação, ou seja, encerrar o caso em 120 dias é cumprido, mas não como uma forma de produzir a descoberta genuína das causas de morte materna e o que elas poderiam fornecer de informação acerca do que precisa ser melhorado na assistência, e sim, o rito é cumprido para manter a produção de documentos burocráticos, dentro dos prazos, mas que não funcionam como instrumentos de conhecimento das relações, efeitos e afetos (Lowenkron, 2021). Vejamos a orientação do MS (BRASIL, 2009):

As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

Informar o resultado da investigação epidemiológica significa:

- a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município o relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a esta Portaria, devidamente preenchido; e
- b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme o fluxo definido em cada UF.

A partir do campo n° 48 até o campo n° 56, percebe-se que a ficha traz questões que estão relacionadas à finalização da investigação, traz as perguntas que ajudam a concluir o caso. A maioria dessas perguntas não foi preenchida, como os encaminhamentos, as recomendações e se foram encaminhadas para o Comitê de Morte Materna, por exemplo.

O campo n° 48 “Este óbito poderia ter sido evitado?” 82,69% das fichas não tiveram esse campo preenchido, portanto não há como afirmar, tampouco calcular quantos óbitos o estado do Amazonas poderia ter evitado considerando esta forma de preenchimento.

Mais à frente, as questões n° 49 e n° 50 que tratam sobre as recomendações e os encaminhamentos, 98,07% das fichas também não foram preenchidos, estavam em branco, que nos faz pensar que as fichas perdem o seu valor primordial que é recomendar ações para estratégias futuras, auxiliando a correção de processos de trabalho e assistência durante o ciclo gravídico. Vejamos abaixo o que estou escrevendo:

49	Recomendações e medidas de prevenção
49.1	Planejamento familiar
49.2	Pré-natal
49.3	Assistencial ao parto
49.4	Assistência na maternidade
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS
49.6	Assistência na urgência/emergência
49.7	Assistência no hospital
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde
49.9	Outras
50	Encaminhamentos

Figura 13: Questões n° 49 e n° 50 da ficha M5.

Existe aqui um confronto com o Guia orientativo do MS (BRASIL, 2009), pois uma das suas estratégias para diminuir a morte materna é entender a evitabilidade dos óbitos e

diante desse cenário de ausência de preenchimento, os dados do ano de 2018 ficam totalmente comprometidos e incompreendidos. Há uma desconfiança por minha parte que alguns campos são escolhidos pelas equipes de investigação para serem preenchidos. Entender quais campos são claramente escolhidos para serem preenchidos adequadamente e quais campos não são preenchidos é uma tarefa complexa e oferece possíveis interpretações.

Há quatro campos relacionados ao Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, são eles: nº 51, 52, 53 e 54 que descrevemos novamente abaixo:

51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê

Figura 14: Campos nº 51, 2, 53 e 53 da ficha M5.

De todas as 53 mortes analisadas, apenas 02 foram encaminhadas para o CMPOMIF, ou seja, para o Comitê Municipal, sendo as duas mulheres falecidas no mês de fevereiro, porém foi no mês de abril que 2018 apresentou maior mortalidade materna daquele ano.

Em abril foram contabilizadas 10 mortes maternas em Manaus, onde 05 delas estavam com as causas de morte materna incompletas, 03 apresentavam as causas totalmente em branco e apenas 02 estavam com as causas de morte preenchidas adequadamente. Mesmo diante da incompletude e da ausência, não houve interesse de encaminhar estes processos de investigação para o Comitê de Morte Materna objetivando uma análise mais minuciosa.

As histórias de vida e as histórias de morte me parecem claramente não valorizadas pelos entes governamentais e esta não valorização pode ser explicada por muitos motivos, mas que Butler (2020) considera que incluem o racismo, a misoginia e a negligência sistêmica em relação às pessoas empobrecidas e despossuídas.

Sobre o encaminhamento de 02 mortes maternas para o Comitê, presumo que deveria estar registrada em ata a menção sobre os dois. Veremos mais à frente os documentos referentes ao CMPOMIF e analisaremos as tratativas internas sobre o que estava acontecendo em Manaus-AM relacionado às mulheres.

O preenchimento precário das fichas de investigação da morte de cada mulher me remete ao livro de Judith Butler que se intitula “Vida precária. Os poderes do luto e da violência” (BUTLER, 2020) onde ela faz uma reflexão sobre os impactos da violência, da

guerra e do poder do estado americano e transcreve sobre a importância e a desimportância de cada vida para o governo trazendo uma reflexão sobre o direito ao luto.

Neste livro, o direito ao luto é descrito como uma característica atribuída a um grupo de pessoas ou a uma população nos termos de uma decisão política de ser reconhecida como digna de merecer o direito público ao luto. Para que uma vida seja considerada importante ao ponto de ser digna de luto pelo estado, ela precisa ser considerada uma perda. E se não for considerada uma perda, aquilo que causa a sua morte não vai ser enfrentado e combatido pelo poder público, pelo simples fato de não ser importante. A ideia de ser importante é compreender que aquela vida é enlutável e que se supõem direitos atrelados a ela, direitos humanos, como princípios básicos que fornecem acesso à saúde, à moradia, à emprego, ao planejamento reprodutivo e qualquer outro princípio que entende-se como básico para se viver com dignidade (BUTLER, 2021).

Na minha percepção, o direito de continuar existindo enquanto meninas e mulheres vivas e o direito de serem investigadas após a morte, se coaduna com inúmeras normativas internacionais e nacionais sobre Direito Humanos, assim como está descrito no Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002 que promulgou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979:

Artigo 12

1. Os estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

Em meio a tantas ausências de preenchimentos nas fichas M5, só consigo direcionar meus pensamentos e discussões para as múltiplas instâncias de poder que são responsáveis por compreender o fenômeno da morte materna no estado: SES e SEMSA responsáveis pela produção desses documentos e inúmeras instituições que fazem parte do monitoramento e fiscalização desses serviços que não foram objeto de estudo neste trabalho. As instâncias de poder diretamente relacionadas tem a prerrogativa de controlar a população que estou falando, a de mulheres gestantes, puérperas e mulheres em processo de abortamento. Que tipo de controle é esse?

Um controle de estado que se mobiliza mais ou se mobiliza menos diante de algumas tragédias e aqui estou falando apenas da tragédia das mortes maternas de 2018. Fica muito evidente para mim que a mobilização para conter as mortes maternas e/ou para investigar o que estava havendo, foi uma mobilização quase nula. Ao não se movimentar, Butler (2021) discorre que as estruturas burocráticas do estado diante de tantas mortes evitáveis, as vidas das mulheres são assinaladas como sujeitos dos quais a sua existência não merece ser preservada.

Minha argumentação é sustentada na pouca significância das vidas daquelas que já morreram, apresentada nas ausências de preenchimento, de encaminhamentos e de mudanças urgentes de políticas públicas, que não foram documentadas ou, pelo menos, não tive acesso.

E chegamos à terceira categoria de análise que elenquei:

2.2.3 Riscos, rabiscos e rascunhos

A desimportância e a precariedade continuam não somente nos campos que são escolhidos para serem preenchidos, mas até mesmo nas folhas que são utilizadas em todo o processo. Em todas as fichas M5, 100% delas, existem folhas de rascunho que são utilizadas para imprimir documentos formais e oficiais da própria investigação. Os rascunhos são de toda ordem: faturas de cartão de crédito, proposta de planos de saúde, declaração de óbito rasurada de outra falecida, ficha de investigação de óbito infantil de um bebê e/ou criança que não é da mulher que faleceu, e-mails antigos impressos, fichas de SEMSA diversificadas e outros (Figuras 07 a 16).

Data	Lançamento	Dcto.	Crédito (R\$)	Débito (R\$)	Saldo (R\$)
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	90,66		606,13
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	APLIC.INVEST PLUS	394333		-605,13	1,00
04/04/2017	DEPOSIT TRANSFER BDN	49074	50,00		51,00
	Gisele Cardoso Litaiff				
	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	68,25		119,25
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
05/04/2017	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	68,25		187,50
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
06/04/2017	CARTAO VISA ELECTRON	5025215	12,67		200,17
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	48,75		248,92
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
11/04/2017	CIELO VDA CREDITO MASTER	5025215	115,80		364,72
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
12/04/2017	TRANSF CC PARA CC PJ	3734191	960,00		1.324,72
	NUCLEO DE AMPARO SOCIAL TOMAS DE				
	APLIC.INVEST FACIL	7947107		-1.323,72	1,00
13/04/2017	CARTAO VISA ELECTRON	5025215	9,75		10,75
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	41,92		52,67
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA CREDITO MASTER	5025215	58,86		111,53
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	TARIFA BANCARIA				
	CestaEmpresarial1	30417		-45,00	66,53
17/04/2017	CARTAO VISA ELECTRON	5025215	44,85		111,38
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CARTAO VISA ELECTRON	5025215	340,27		451,65
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	170,62		622,27
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	42,90		665,17
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	64,35		729,52
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	66,30		795,82
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	RESGATE INVEST PLUS	394333	606,18		1.401,00
	RESGATE INVEST PLUS	9729140	512,15		1.913,15
	TRANSF CC PARA CC PJ	3734804		-520,00	1.393,15
	NUCLEO DE AMP SOC TOMAS A MOACYR				
	TRANSF CC PARA CP PJ	524806		-856,07	537,08
	[REDACTED]				
	FEDERACAO ESPIRITA AMAZONENSE	482580		-400,00	137,08
20/04/2017	CARTAO VISA ELECTRON	5025215	79,16		216,24
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	14,62		230,86
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	49,72		280,58
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
24/04/2017	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	78,00		358,58
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	PAGTO ELETRON COBRANCA	71		-251,00	107,58
	FOGAS				
	PAGTO ELETRON COBRANCA	72		-40,00	67,58
	WEBLINK FEA				
25/04/2017	CIELO VDA DEBITO MASTER	5025215	243,75		311,33
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	CIELO VDA DEBITO ELO	5025215	72,15		383,48
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				
	TRANSF CC PARA CC PJ	482002		-75,00	308,48
	WANDERLEY VICENTE TEIXEIRA DA SI				
26/04/2017	DEPOSITO C/C BDN	2253131	800,00		1.108,48
	Ags1374maq052253seq01131				
	DEPOSITO C/C BDN	2253135	1.000,00		2.108,48
	Ags1374maq052253seq01135				
	TRANSF CC PARA CC PJ	3726005		-1.621,00	487,48
	RITA DE CASSIA CASTRO DE JESUS				
27/04/2017	CARTAO VISA ELECTRON	5025215	111,63		599,11
	CIA BRAS DE MEIOS DE PAGAMENTO				

Figura 15: Folha de cartão de crédito rasurada anexada à investigação de óbito

26066701-3.jpg

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I - Identificação

Nome completo: [redacted] Data de nascimento: 13/03/2018 Sexo: Masculino Feminino Estado Civil: Casado Solteiro Viúvo Divorciado Separado

Local de nascimento: [redacted] Município de nascimento: [redacted] UF de nascimento: [redacted] Nacionalidade: Brasileira Estrangeira

II - Residência

Endereço: [redacted] Município de residência: Manaus UF: AM

III - Ocorrência

Local de ocorrência do óbito: Hospital Domicílio Outras Estabelecimento: UPs Platão Araújo Código CNES: [redacted]

Município de ocorrência: Manaus UF: AM

IV - Fetal (ou menor que 1 ano)

Sexo: Masculino Feminino Grau de escolaridade: Analfabeto Fundamental I (1ª a 4ª Série) Superior incompleto Superior completo Ocupação habitual: Do lar

V - Condições e causas do óbito

OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

A morte ocorreu: Na gravidez No parto No puerpério Não ocorreu nestes períodos

CAUSAS DA MORTE

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

1. Insuficiência Respiratória (Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 196.0)

2. Pneumonia (Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 15.9)

3. Bronquite (Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 24)

VI - Médico

Assinatura: [redacted] CRM: 6186 Data do atestado: 13/03/2018

VII - Causas externas

Prováveis circunstâncias de morte não natural: Acidente Suicídio Homicídio Acidente de trabalho Não

VIII - Cartório

Cartório: [redacted] Município: [redacted] UF: [redacted]

Figura 16: Certidão de óbito rasurada de outra falecida anexada à investigação de óbito

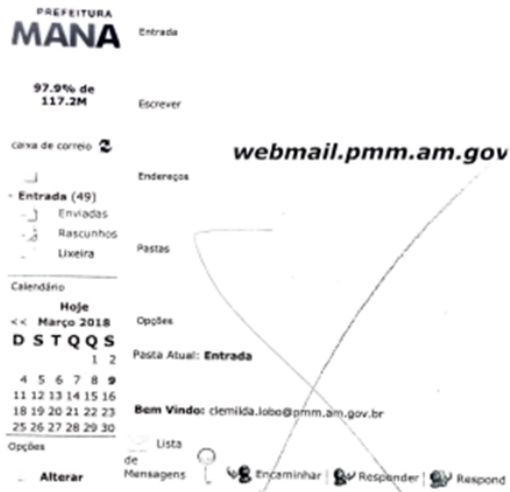



Figura 17: Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito

HPSC-ZL

12



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde


Nº de Caso
LLLL

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde hospitalar

Nome do Criança		[REDACTED]	
Nome da Mãe		[REDACTED]	
Nº da Declaração		[REDACTED]	
Nº da Declaração		[REDACTED]	
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Ignorado	Outro
Mãe em idade	04 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos
Estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito	Hospital de Referência - HPSC - ZL		
Código CID-10	2012030		
Fato de hospitalização	<input checked="" type="checkbox"/> SUS	Convênio	Particular
MOMENTO DO PARTO			
Número superior disponível em artigos de saúde sobre a assistência ao parto (partograma, frequência, etc.)			
Data de parturimento	02/02/17	Hora de parturimento	03:43
Parto normal	<input type="checkbox"/> No hospital <input type="checkbox"/> No domicílio	Outro tipo de parto	Via pública
Tipo de parto			
<input checked="" type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Césario			
Profissional que fez o parto			
<input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Médico não obstetra			
<input type="checkbox"/> Enfermeira Obstetra <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulso			
<input type="checkbox"/> Outro, Especificar			
Tempo de labor total			
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
Aspecto do líquido amniótico			
<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Com coágulos <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Escuro			
Intervenção realizada durante o trabalho de parto			
<input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Manobra <input type="checkbox"/> Partograma			
<input type="checkbox"/> Outros, Especificar			
Meio gestacional diagnóstico			
<input checked="" type="checkbox"/> Ultrassom <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado			
Tempo gestação antes do parto			
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
Número de gestações (incluindo esta)			
Número de partos			
Número de óbitos			
Parto normal			
Parto cesáreo			
Número de filhos vivos (incluindo este)			
Filhos nascidos vivos			
Fatores relacionados ao óbito			
<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Hipertensão pré-eclâmpsica <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> Cardíacas <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> SÍTILO <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Occlusão intra-uterina <input type="checkbox"/> Distúrbio hemostático <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Errores de compatibilidade sanguínea <input type="checkbox"/> Distúrbio de parto prematuro <input type="checkbox"/> Tumor uterino <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial (HAS) (tensão hipertensiva específica da gestação)			
Outros, especificar			

Figura 18: Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS



**VIDA
NOTRÂNSITO**

PROJETO DA OFICINA DE AVALIAÇÃO DE 2017 E PLANEJAMENTO PARA 2018 DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO, VISANDO A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO REALIZADAS PELOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS DAS ÁREAS DE TRÂNSITO, SAÚDE, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO, DAS DIVERSAS ATIVIDADES REALIZADAS NA CIDADE DE MANAUS.

2017

Figura 19: Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito

Investigações encerradas de óbitos fetais, < de 1 ano, MIF e materno segundo o distrito de residência, a conclusão e a data de encerramento da investigação.

Filtros:
 Distrito: DISA NORTE
 Data Inicial: 01/02/2017; Data final: 28/02/2017

Distrito de residência	Conclusão da investigação	Data de encor.	Class. Inicial óbito	Nº DO	Nome	Nome da mãe	Duração (em dias)
25/01	ÓBITO MIF	09/02/2017	ÓBITO MIF	2319678-0	[REDACTED]	[REDACTED]	29,4
	ÓBITO MIF	14/02/2017	ÓBITO MIF	23413814-2	[REDACTED]	[REDACTED]	202,5
	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23257461-2	[REDACTED]	[REDACTED]	111,4
25/02	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23195412-5	[REDACTED]	[REDACTED]	42,4
25/03	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23261141-9	[REDACTED]	[REDACTED]	29,4
12/01	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23198656-5	[REDACTED]	[REDACTED]	64,4
03/01	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23198152-2	[REDACTED]	[REDACTED]	60,5
	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23201374-8	[REDACTED]	[REDACTED]	11,6
	ÓBITO MIF	20/02/2017	ÓBITO MIF	23198404-4	[REDACTED]	[REDACTED]	60,6
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23201757-3	[REDACTED]	[REDACTED]	12,4
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23201439-2	[REDACTED]	[REDACTED]	13,4
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23205429-9	[REDACTED]	[REDACTED]	12,4
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23205428-0	[REDACTED]	[REDACTED]	13,4
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23205423-3	[REDACTED]	[REDACTED]	15,4
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23201399-0	[REDACTED]	[REDACTED]	18,4
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23197331-4	[REDACTED]	[REDACTED]	78,5
03/01	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23198720-0	[REDACTED]	[REDACTED]	61,5
	ÓBITO MIF	21/02/2017	ÓBITO MIF	23197883-9	[REDACTED]	[REDACTED]	82,5

Distrito de residência: DISA NORTE
 terça-feira, 30 de maio de 2017

Página 2 de 2

Figura 20: Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito

hele
30/03/16

Monitoramento - Implantação de Brigadas de Combate ao Aedes

Distrito	Nome	Nº de Brigadas	Local	Endereço	Responsável	Nº de Brigadas	Status	Distrito	Endereço
14010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS AVELINO PEREIRA	8	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
14020016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS AVELINO PEREIRA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
15010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS GEDES DE MEDEIROS	28	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
21010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS GEDES DE MEDEIROS	28	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
22010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS GEDES DE MEDEIROS	28	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
23010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS GEDES DE MEDEIROS	28	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
24010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS GEDES DE MEDEIROS	28	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
27010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS CACILDA DE FREITAS	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
27050016	MANHA	1	MUNICIPAL	LESTE	UBS CACILDA DE FREITAS	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	1	MUNICIPAL	LESTE	UBS L-14	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28050016	MANHA	3	MUNICIPAL	LESTE	UBS L-14	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	CEMEO ANTONIO ANASTASIO CAVALCANTE	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28050016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS AVELINO PEREIRA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	3	MUNICIPAL	LESTE	EM NOSSA SENHORA DA APARECIDA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS CACILDA DE FREITAS	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	3	MUNICIPAL	LESTE	CEMEO CRISTO REI	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	CEMEO SÃO FRANCISCO	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	1	MUNICIPAL	LESTE	SUPERMERCADO NOVA ERA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	3	MUNICIPAL	LESTE	CEMEO MARCOS ANDRADE	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	3	MUNICIPAL	LESTE	CASA MANAÉ MORGARCA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	DISTRITO LESTE	DISTRITO LESTE
28010016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	UBS GEDES DE MEDEIROS	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
04020016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	CEMEO NOSSA SRA DA CONCEIÇÃO	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
04030016	MANHA	2	MUNICIPAL	LESTE	E.M. PROF. DAVIDSON PEREIRA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
04030016	MANHA	4	MUNICIPAL	LESTE	UBS IVONE LIMA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE
15030016	MANHA	1	MUNICIPAL	LESTE	EMP. PROF. TOMÁSIOLES PINHEIRO GAZELHA	10	DISCALCADO EM 28/02/17	LESTE	DISTRITO LESTE

Figura 21: Folha de rascunho utilizada em um processo de investigação do óbito

Esse foi o primeiro olhar em todos os processos de investigação de morte materna e me chamou atenção tantas folhas de rascunho serem utilizadas pelo NUIOB. Podemos começar a refletir o que é um rascunho? Utilizar rascunhos para investigar a morte de uma mulher traz quais efeitos quando pensamos na seriedade de produzir mudança de política pública para salvaguardar a vida de outras mulheres? Butler (2021) declara que manter e preservar a vida do outro é uma maneira de considerar que outra vida, além da sua como indivíduo, tem validade e direito ao luto coletivo.

Podemos começar a pensar no que de fato significa um “rascunho” com definições que estão nos dicionários da língua portuguesa. Vejamos:

1. ras.cu.nho: *sm* delineamento de qualquer escrito; esboço, minuta (AMORA, 2009)
2. ras·cu·nho: *sm*: a) Primeira redação de um documento, antes de sua versão final; b) Escrito com emendas e rasuras antes de ser passado a limpo; c) Delineamento do que se vai fazer (MICHAELIS, 2015).

As definições mais simples encontradas nos indicam que são artefatos não finalizados, que estão em construção e que serão passados a limpo em outro momento. Não foi o que encontramos. Folhas de rascunho, rasuradas ou não, foram utilizadas em diversas investigações e desde 2018, ou seja, 5 anos depois, permanecem da mesma forma, sem serem substituídas.


O uso dos rascunhos traz uma simbologia diante da trágica situação das mortes maternas no Amazonas daquele ano, uma simbologia de que é preciso olhar e examinar estes artefatos documentais como uma forma de linguagem que o estado demonstra à sociedade. O que significa usar rascunhos de toda ordem para investigar uma morte materna? Que valor possui a morte de cada uma delas para os governos locais? Por que fazem dessa forma?

Sobre essas dúvidas parece-me que não somente os rascunhos utilizados, mas todo o processo de investigação e as ausências documentais, demonstram o pouco reconhecimento da vida de cada uma delas, ainda que existam orientações do Ministério da Saúde acerca da investigação das mortes maternas, nem isso é rigorosamente ao ponto de produzir dados minimamente compreensíveis.

Além dos rascunhos, logo na página 01 das fichas M5, encontra-se enorme dificuldade para a compreensão sobre o “Resumo do Caso”, pois são preenchidas de forma ilegível ou cheias de rasuras, o que prejudica a leitura e interpretação daquilo que está sendo investigado nesta pesquisa. Mais do que isso, se para esta pesquisadora existe a dificuldade de interpretação e leitura, não deve ser diferente para os profissionais que fazem parte da

investigação no NUIOB. As fichas não são preenchidas por apenas um profissional e sim por inúmeros profissionais o que pode gerar uma cascata equivocada de interpretação e leitura, vejamos as figuras abaixo:

M5


MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria de Vigilância em Saúde
 Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso: LLLL

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Síntese, conclusões e recomendações

RECEBIDO EM 12/02/19 **ATRASO!**

ENTRADA + JOÃO

Tardis

OK SIM LIF - 13/02/18

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1 Nome da Falecida	[REDACTED]
2 Nº da Declaração de Óbito	[REDACTED]
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	[REDACTED]
Bairro	<i>noxe vitória</i>
Distrito/Procedo	<i>leste</i>
Local	<input checked="" type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
Município de residência da família	<i>Manaus</i>
UF	<i>AM</i>
5 Nº do Cartão SUS	LLLLLLLLLL
6 Equipe/PACS/PSF	<input type="checkbox"/> sem cobertura
7 Centro de Saúde/UBS	
8 Distrito Sanitário/Administrativo	<i>leste</i>
9 Município de ocorrência do óbito	<i>Manaus</i>
UF	<i>AM</i>
Resumo do caso <i>GI e IA p, queixou de cólicas, em companhia da parte genitora, p/ o Ambulatório Cirúrgico, em segu. do p/ met. Balbina Mestrinho, onde foi atendida medicada e encaminhada p/ ee, dia 29/12/18 ao Hospital, onde deu a luz no 1º parto e nasceu um sexo masculino, peso 3500 g, viv.</i>	

Figura 22: Página 01 da ficha M5 com anotações ilegíveis



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

M5

Nº do Caso
LLLL

OK SIM LIF- 13/02/19

Ficha de Investigação de Óbito Materno **TARDIO**

Síntese, conclusões e recomendações

OBITO 64 DIAS APÓS PARTO

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1 Nome da falecida	[REDACTED]
2 Nº da Declaração de Óbito	[REDACTED]
4 Endereço de residência	[REDACTED]
Bairro	Grande Vitória
Distrito/Povoado	Centro
Local	<input checked="" type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
Município de residência da família	Mamaneu
UF	AM
5 Nº do Cartão SUS	[REDACTED]
6 Equipe/PACS/PSF	[REDACTED]
7 Centro de Saúde/UBS	Alfredo Campes
8 Distrito Sanitário/Administrativo	Centro
9 Município de ocorrência do óbito	Mamaneu
UF	AM
Resumo do caso: Gestante primípara, iniciou pré-natal na UBS Alfredo Campes, e às 33 semanas, SIE (segunda) a mesma tendo IUT e repouso em casa. Ex. Apresentou IUT durante a gestação, teve 33 semanas PN, peso 1.650g na MAB, NEXE E, com 33 semanas em 1/11/18, deu entrada na HPS João Durval, quando se faleceu, vítima de febre, euforica. Exames: EAS, EEG, hemograma, Rx, tomografia de crânio e tórax, sem êxito. Óbito 10 dias após parto.	

Figura 23: Página 01 da ficha M5 com anotações ilegíveis



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

DUM!
IG no momento do óbito não bater!
Folha resumida de casos com datas divergentes.

M5

Nº do Caso
LLLL

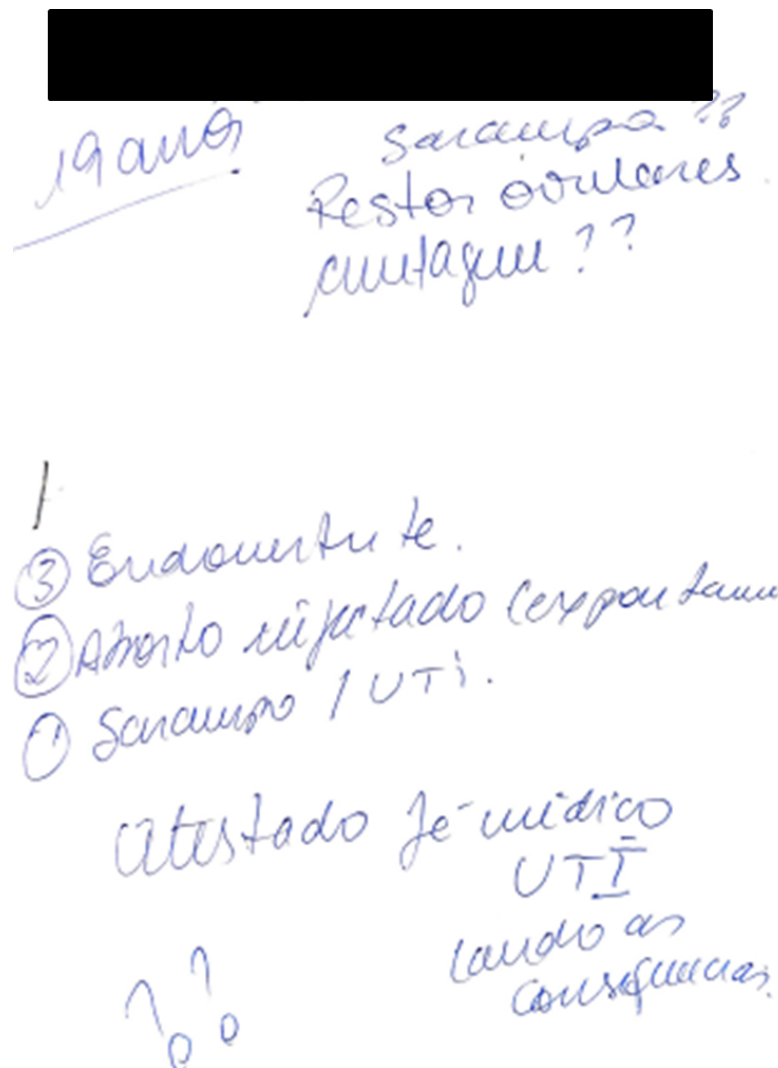
Ficha de Investigação de Óbito Materno

Síntese, conclusões e recomendações

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
Nome da falecida	[REDACTED]
Nº de Declaração de Óbito	[REDACTED]
Endereço de residência	[REDACTED]
Bairro	Novo Azeite
Distrito/Povoado	[REDACTED]
Local	<input checked="" type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
Município de residência da família	Mamaneu
UF	AM
Nº do Cartão SUS	[REDACTED]
Equipe/PACS/PSF	[REDACTED]
Centro de Saúde/UBS	UBS - NOVO
Distrito Sanitário/Administrativo	[REDACTED]
Município de ocorrência do óbito	Mamaneu
UF	AM
Resumo do caso: (Digitado em anexo).	

Figura 24: Página 01 da ficha M5 com anotações ilegíveis

Ao passar pela página número 01, chegamos à página 02 onde encontramos bilhetes escritos à mão, grampeados, que trazem a mensagem “concordo” na maioria delas. Ao que tudo indica, parece ser um bilhete que concorda com a mudança das causas básicas da morte materna, após a investigação, porque também apresentam causas definidoras enumeradas conforme os exemplos abaixo: 3. endometrite; 2. aborto infectado ILEGÍVEL; 3. sarampo/UTI; sepse? ILEGÍVEL; Atonia?; Eclampsia?; ILEGÍVEL convulsão? etc.



19 anos

Sarampo?
Restos ovulares.
mutagem??

1.
③ Endometrite.
② Aborto infectado (separação)
① Sarampo / UTI.

Atestado Je-vidico
UTI
lado as
consequências.

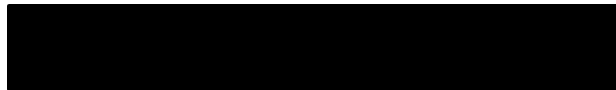
Figura 25: Bilhete anexado à folha nº02 da ficha M5



34 anos
 Cesariana
 Parado condut
 Resposta Low
 (PCR)
 Afiridade Eletro
 seu pulso
 (AES?)

sepe ? mame.
 Afonia?
 Eclampsia?
 mal conduzido?

Figura 26: Bilhete anexado à folha nº 02 da ficha M5



40 anos
 História
 prévio
 Sarampo??

AVC Hemorragico. Isquêmico
 Eclampsia no parto

? ?
 0


Figura 27: Bilhete anexado à folha nº 02 da ficha M5

[Redacted]

Após 5:dia Alto de 4/5
abd. Lindu -
07/10 - 28 de Agosto 33 de 1977
punto.

↓

- 3 Processoinite cavitaru
- 2 choque xptico
- 4 Excedenteite pueruend

4 Hemorrafie
digitiva

Concordo
a formente

Figura 28: Bilhete anexado à folha nº 02 da ficha M5

Os escritos destes bilhetes com ou sem a palavra “concordo” não consegui concluir qual profissional os escreve e quem “concorda” com o que está escrito. Também não consegui concluir se realmente o que está escrito nestes bilhetes são utilizados para mudar a ficha M5, após a investigação.

Outro fato curioso é que os bilhetes trazem muitas rasuras, letras ilegíveis, pontos de interrogação, às vezes vem escrito “concordo” outras vezes “rejeito”, mas não conseguimos identificar quem é o personagem que parece dar a última palavra para terminar a investigação. Nos exemplos abaixo (Figuras 29, 30, 31 e 32) dei ênfase ao termo DHEG encontrado em inúmeros bilhetes, indicado com a seta vermelha.

[Redacted]
 Bilhete de Exame. outros
 DHEG: 150x400 exames
 De Exames.
 Exames. Exames?
 AVC Hemisfério. Exames?
 1- AVC Hemisfério.
 2- Exames.
 3- De Exames.
 4- DHEG

Comando el
 resumo.





Figura 29: Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5

[Redacted]
 38 anos.
 data 10/04/18
 32p.

4- CHOCUE SÉPTICO.
 3- CHOCUE HIPOVOLEMICO
 2- SIND. HELLP.
 1- DHEG

Comando
 C/O
 Exeto.



2 - Formulário M1

Figura 30: Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5

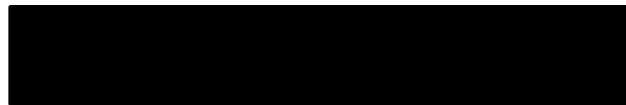


Vale Cabanalis
ANA Braga

Bronquite
AUC

→ DHEG.

Figura 31: Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5



4.2.2.2.

DT R Aguda

② AUC Hemorrágica

→ DHEG.

2 - Formulário M5

Figura 32: Termo DHEG destacado no bilhete anexado à folha nº 02 - ficha M5

Nestes exemplos específicos acima, é importante observar que o termo "DHEG" (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) ou "pregnancy-induced hypertension (PIH)" em inglês, é utilizado rotineiramente mesmo que tenha sido abolido desta classificação em 1990 e endossado pelo protocolo do National High Blood Pressure Education Program's Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy (NHBPWEP, 2000).

Adicionado ao termo proscrito usado de forma inadequada para classificar as mortes maternas, é de se estranhar o uso rotineiro dos bilhetes escritos à mão e o termo de concordância estar escrito em um pedaço de folha, muitas vezes com rasuras e de forma ilegível.

Esteticamente temos processos formados com rascunhos, rasuras, sem assinaturas e sem carimbos dos responsáveis pelo preenchimento, bilhetes escritos à mão, letras impossíveis de serem lidas, o que dificulta o entendimento sobre a elucidação daquelas mortes, as vezes não existe nem entendimento, porque o NUIOB não consegue concluir se aquela morte é ou não é evitável.

A qualidade do preenchimento também é observada na falta de padronização de preenchimento das Declarações de óbito e das Fichas de Investigação M5, ou seja, para as mesmas causas utilizam-se termos diferentes. Por exemplo, para pacientes que conviveram com o vírus HIV: algumas vezes escrevem “SIDA”, outras vezes “HIV”, “Vírus da imunodeficiência adquirida” ou “retrovirose”. Para mulheres que morreram em decorrência de infecção generalizada, alguns descritores foram encontrados: sepse, septicemia e/ou choque séptico.

Foram encontradas 13 mulheres que possuíam comorbidades (lúpus, câncer, tuberculose e mulheres conviventes com o HIV) que devem ser inseridas no SINAN - Sistema de Notificação de Agravos, mas nenhum tipo de surto epidemiológico de doenças virais e/ou bacterianas, como H1N1, sarampo, neste grupo específico foi reportado ou mencionado, que pudesse justificar a maior mortalidade materna do Brasil naquele ano. Apenas 01 delas trouxe a dúvida de que poderia ser sarampo, o que não foi confirmado.

A classificação biomédica das mortes maternas existe e é precária. Das 53 mortes maternas analisadas, 12 estavam em branco, ou seja, as causas biomédicas não foram descritas. Em 20 delas as causas estavam diretamente relacionadas à infecção puerperal e sepse. 5 faleceram por consequências de síndromes hipertensivas e 4 por hemorragia grave. Minha proposta é fugir apenas das causas biomédicas e tentar pensar o que é anterior a cada morte, considerando que quase todas essas mortes são evitáveis.

Saber apenas das causas estritamente biomédicas é mascarar falhas do sistema de saúde, a baixa qualidade do pré-natal, a falta de planejamento reprodutivo, a falta de acesso e principalmente as características sociorraciais, socioambientais e socioeconômicas. E é aqui que retomo a definição de violência obstétrica e que por meio dela, considero estas mortes consequência da violência obstétrica, pois o estado do Amazonas não proporcionou em 2018 o melhor cuidado possível as 53 mulheres que dependiam dele direta e indiretamente, o que se

contrapõem à atenção humanizada, realizada com qualidade e que atende aos apelos mínimos da dignidade humana (KATZ et al., 2022).

Os resultados aqui encontrados entram em consonância com Silva e Geber-Corrêa (2023) onde afirmam que a violência obstétrica está diretamente associada às desigualdades econômicas, sociais, geográficas e raciais, que refletem na formação das vulnerabilidades das mulheres nesta fase de vida, gestação, parto, puerpério e abortamento, e que os governos não as consideram para as mudanças de políticas públicas.

A assistência à mulher gestante e ao processo de parto e nascimento deveria ser pautada por uma atenção de qualidade e humanizada, sendo dever dos serviços e profissionais de saúde acolherem com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direito.

Ainda nos deparamos com a falta de acesso aos documentos da Secretaria de Estado de Saúde e na falta de publicações no Diário Oficial do estado sobre morte materna. Todas essas ausências juntas fazem-me refletir sobre a facilidade com que a vida das mulheres podem ser anuladas após a morte pelo poder estatal, para isso como uma forma de exemplificar trouxe a história de F.E.P.V. que descreverei abaixo.

A história de vida de cada mulher e/ou menina (14 a 19 anos) padece ainda mais. Não há sossego. A responsabilização dos entes estatais e municipais para que as mulheres e meninas não tivessem acesso ao pré-natal, a um parto respeitoso e baseado nas melhores evidências possíveis, não chega a ninguém, não afeta o governo e quem o comanda. Assim como Butler pergunta, também discorro e me inquieto: as mulheres do Amazonas são consideradas vida visíveis diante do cenário presente? E após a morte, são consideradas mulheres e meninas que têm o direito de serem enlutadas pelo estado? Vidas enlutadas significa um movimento de entender as causas, de buscar a investigação completa e a partir daí, realmente compreender e doer-se por aquilo que não se pode ver apenas em uma única ficha incompleta. Elas foram vida invisíveis para nós, para o estado e para o mundo. Morreram “de parto”, dizem.

O mais grave aos meus olhos é entender o poder que o estado possui em mostrar apenas aquilo que pode ser compreendido como realidade. Vou trazer o exemplo de F.E.P.V., a mais nova de todas, tinha apenas 14 anos. Sua declaração de óbito menciona que faleceu em decorrência de insuficiência múltipla de órgãos e sistemas, choque misto hipovolêmico e séptico, endometrite? e descolamento prematuro de placenta. Já na ficha M5 as causas anotadas foram: choque hipovolêmico, atonia uterina, descolamento prematuro de placenta e trauma físico (agressão). Ao que se lê as anotações da DO e da ficha M5 tem semelhanças

quando mencionam hemorragia (choque hipovolêmico) e descolamento prematuro de placenta, porém uma causa que aparece somente na ficha M5 é que a adolescente faleceu em decorrência de trauma físico (agressão).

Analisando mais detalhadamente seu processo, nas fotos abaixo destacamos que foi preenchida a ficha do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação e que nela consta a informação que “não houve agressão física” e na ficha M5, no campo “resumo do caso” o profissional que preencheu descreveu que "Não há registro da violência sofrida pela genitora (ficha de notificação)”.

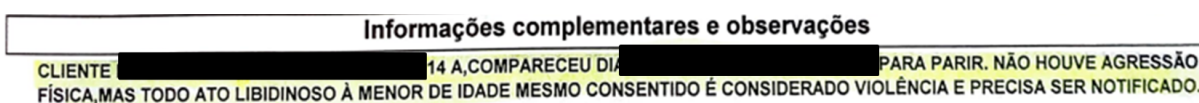


Figura 33: Ficha do SINAN preenchida de uma adolescente de 14 anos

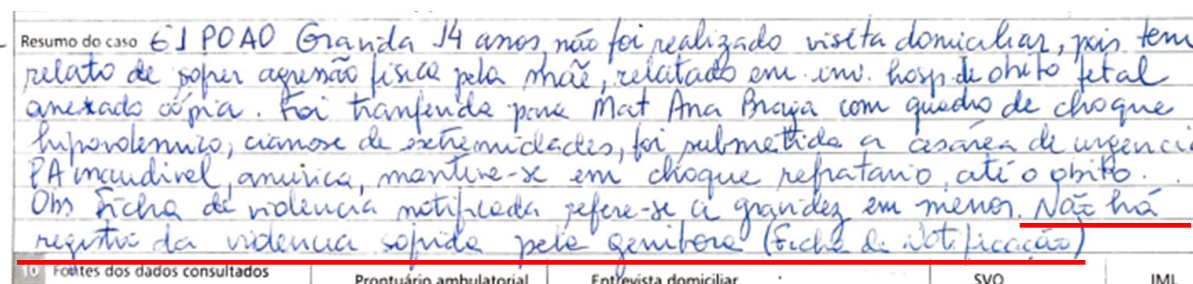


Figura 34: Ficha M5 de uma adolescente de 14 anos

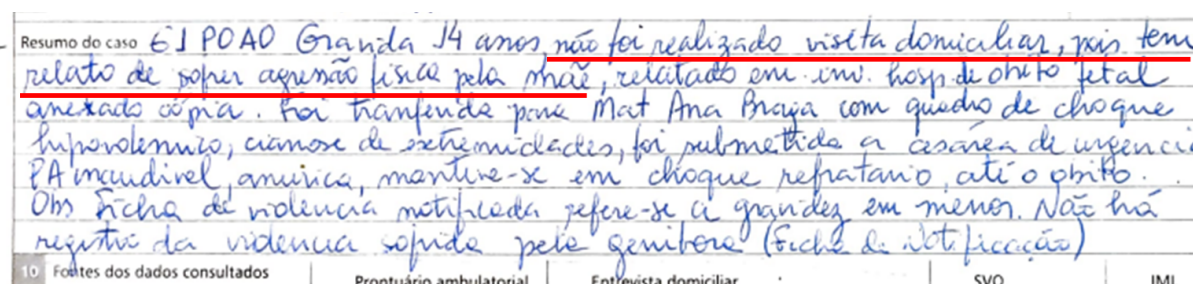


Figura 35: Ficha M5 de uma adolescente de 14 anos

Se não há como confirmar a agressão física porque não houve visita domiciliar (Figura 35), como a investigação chegou a esta causa de morte? Não há clareza da obtenção desta informação e se ela é realmente verídica, demonstrando falta de rigor nas investigações.

F.E.P.V. passou por uma cirurgia cesárea e tinha 14 anos, somente por essas características já existe um risco aumentado de morte. E após a cesárea ela teve hemorragia

grave e faleceu. Já é conhecido que a hemorragia pós parto é a maior causa de morte materna evitável no mundo e no Brasil ela ocupa a segunda causa de morte materna, perdendo apenas para os distúrbios hipertensivos, afetando 8% das mulheres no território nacional. Não somente o tratamento em si deve ser discutido, mas ações de prevenção na rede de atenção primária devem ser implementadas (SOUZA et al., 2013).

No caso de F.E.P.V. ela tinha apenas 14 anos e engravidou. O que o sistema de saúde poderia propor de ações diante dessa trágica morte? Quais são as ações de planejamento reprodutivo e de educação sexual oferecidos pelo estado?

Pensando sobre as estruturas sociais que oprimem as meninas e mulheres, Bhattacharya (2017) traz o conceito de justiça reprodutiva onde relaciona que as diferenças encontradas de classe social, de cor e de gênero aos métodos de produção capitalistas, onde o lucro é priorizado em detrimento do cuidado em saúde, do direito de ter ou não ter filhos, do direito reprodutivo, precisam ser inseridas na discussão do atendimento em saúde das mulheres.

Ausência de educação sexual, procedimentos cirúrgicos, altas taxas de cesárea e a perda de autonomia dos seus próprios corpos, são pontos que precisam estar coadunados com morte materna, com as sequelas graves e com os óbito fetais, principalmente no que tange à fase da adolescência e à punição do crime de estupro, visto que F.E.P.V. ainda tinha 14 anos o que deve ser considerado estupro de vulnerável para o sistema de justiça brasileiro (BRASIL, 2009).

O que é deixado ser contado para a população é uma moldagem da realidade e que marcam a vida e a morte das mulheres e continuamos ao longo da história com altos índices de mortalidade materna, tirando a nossa habilidade de pensar criticamente sobre o atendimento do cenário obstétrico. O que é deixado ser contado faz parte das práticas políticas que o estado escolhe e perpetua. Butler (2021) encara essa moldagem como a falta de direito ao luto, menciona que alguns grupos de pessoas não são enlutáveis e que existe um monopólio da violência perpetrado pelo estado, o que podemos trazer para a realidade da violência obstétrica que, de acordo com os documentos aqui estudados, foi mascarada e dissimulada.

CAPÍTULO 03: DIÁRIOS OFICIAIS E ATAS DE REUNIÕES DO CMPOMIF

Ainda em 2015, a Prefeitura de Manaus publicou no DOM a PORTARIA N° 0061/2015-GABIN/SEMSA a qual define no Art. 1°: *"Reestrutura o Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal - CMPOMIF, com caráter técnico-consultivo, sigiloso, não-coercitivo ou punitivo, ético, científico, educativo, de assessoria, com sede em Manaus, ligado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde"*, isso equivale dizer que em 2018 o CMPOMIF estava reestruturado e com seu funcionamento detalhado em portaria da SEMSA.

E no mesmo exemplar do Diário Oficial do Município de Manaus - DOM, ainda há a publicação da PORTARIA N° 0069/2015-GABIN/SEMSA que reformula o Regimento Interno do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal – CMPOMIF. Nesta Portaria ficam definidos os objetivos e finalidades do CMPOMIF:

TÍTULO II

DOS OBJETIVOS/FINALIDADES

Art. 3° São objetivos do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal:

I - Desenvolver as atividades em parceria com a rede municipal de vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil – MIF, Maternos, Infantis e Fetais, incentivando a identificação e o conhecimento de suas causas assim como seus fatores determinantes;

II - Sensibilizar os gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários sobre a situação da mortalidade materna, infantil e fetal, visando à melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança;

III - Recomendar aos gestores ações de intervenção para melhoria da qualidade da assistência à saúde materno e infantil e outras ações de prevenção, estimulando parcerias entre as diversas instituições e organizações envolvidas, governamentais ou não.

Me chamou muita atenção o inciso I que institui que o CMPOMIF deve desenvolver atividades em conjunto com a vigilância do óbito, setor no qual realiza a investigação do óbito preenchendo os fichas de investigação do óbito de cada mulher falecida. Foi exatamente neste setor que fiz a pesquisa nos processos de investigação do óbito e concentrei minhas análises nas fichas M5, onde nos deparamos com a desimportância da vida das mulheres para os governos locais.

Na sua estrutura e composição o CMPOMIF elenca no art. 4° da Portaria os entes que devem fazer parte das suas atividades onde 26 são considerados membros natos. Outros participantes são classificados como membros indicados e resumem-se às instituições

representativas da classe médica e dos profissionais de enfermagem, além dos representantes de hospitais, prontos-socorros e cooperativas médicas e de enfermagem.

O CMPOMIF produziu 06 atas referentes à 06 reuniões, aprovadas pelos membros, que ocorreram em: 06.02.2018; 03.04.2018; 05.06.2018; 07.08.2018; 02.10.2018 e 11.12.2018. Conforme o gráfico 01 o mês com maior mortalidade materna foi o mês de abril e portanto, esperava-se que na ata da reunião de junho houvesse a menção e encaminhamentos para a diminuição da morte materna. Vejamos uma a uma.

A reunião de fevereiro, segundo mês do ano, contou com 44 participantes. Na ocasião, as seis mortes maternas ocorridas no mês de janeiro de 2018 não foram mencionadas por nenhum membro. Mesmo sendo o Comitê Municipal de Morte Materna, instância onde deveria propor ações para diminuir as mortes maternas, elas não foram citadas, nenhuma menção e nenhuma palavra durante a descrição da reunião. Enfatizou-se que as maternidades de Manaus iriam participar do Projeto QualiNeo para diminuição de morte neonatal, além de mencionar que o zika vírus “*deu uma trégua*”:

60 fluxo de atendimento regular, ele entra apenas para a Pesquisa de placenta com grávidas
61 suspeitas de Zika Vírus sendo esse material enviado pelas Maternidades, conforme protocolo
62 acordado previamente; Disse ainda que, embora o surto do vírus zika tenha dado trégua, a
63 microcefalia continua existindo e as crianças continuam sendo acompanhadas no seguimento.
64 Dando continuidade, a enfermeira destacou que o grande desafio do Quali-Neo é a integração

2

Figura 36: Destaque à ata de reunião que descreve sobre a trégua do zika vírus

A segunda reunião ocorrida no dia 03.04.2018 contou com a presença de 53 participantes, houve um informativo sobre a mobilização da SEMSA para conter o sarampo e orientações sobre os sintomas. Logo após esses informativos, uma membra apresentou dados sobre a mortalidade materna:

“Na sequência a Enfa XXX lembrou como foi a construção do Plano para Redução do Óbito Materno em Manaus e qual o papel deste Comitê enfatizando que não somos os operacionais e que é necessário compreendermos o que devemos monitorar e o que recomendar aos gestores, cabe a nós, propor algumas soluções, por isso é importante qualificar bem o problema. O Enfo XXX sugere que seja colocada uma coluna ao lado do problema para seja detalhada a situação, a exemplo: insuficiência de equipamentos, aquisição, manutenção e reposição. A Enfa XXX falou sobre a qualificação dos enfermeiros do interior, percebe que alguns, lamentavelmente, não têm uma boa formação e que é difícil ir até eles e vice-versa; relatou ainda que durante supervisão da triagem neonatal, observou que alguns

enfermeiros recém-formados desconheciam o nome dos equipamentos de trabalho e como proceder. Na oportunidade apresentou a Enfa XXX da ABENFO que na ocasião reforçou a situação difícil do interior, disse que muitas vezes tem o equipamento, mas que os profissionais não sabem manuseá-los, portanto, urge que se realize qualificação desses. Em seguida a Enfa XXX do Instituto da Mulher solicitou que se acrescente a falta de medicamentos e insumos que são necessários, muitas vezes fica em falta medicamentos essenciais como, por exemplo, antibióticos. A Enfa XXX informou sobre reuniões que está acontecendo junto a SUSAM para minimizar esses problemas. A Enfa XXX chamou atenção sobre as causas de morte por infecção tendo em vista os altos índices de cesáreas que vem sendo realizadas ao que a Enfa XXX sugeriu que esse item seja contemplado no plano da Saúde da Mulher; acrescentou também, a importância de se incluir as universidades como parceiras para o processo de qualificação dos profissionais e destacou o bom desempenho da Maternidade Balbina Mestrinho dentro do processo pactuado nos fóruns de vinculação sobre referência e contrarreferência. A Enfa XXX ressalta que o envio das grávidas para vinculação e a contrarreferência é feita semanalmente e que esse trabalho é acompanhado pelas técnicas de Saúde da Mulher de cada Disa; sobre parto prematuro, sugere que seja colocado como educação permanente regular, tirando educação bimestral. O Enfo XXX sugere a inclusão da Rede de Urgência e Emergência - RUE e a Enfa XXX acrescentou que será importante levar essa pauta para uma das reuniões do Fórum Perinatal. Em seguida a Enfa XXXX apresentou o panorama de Mortalidade Materna do ano em curso; disse que no período de janeiro a março (29/03/18) aconteceram 10 óbitos maternos (08 com residência em Manaus, 01 com residência em Manacapuru e 01 de Iranduba) e 01 óbito materno tardio (Fonte Boa) totalizando 11 óbitos por local de ocorrência. Informou também os EAS onde ocorreram: 01 na Maternidade Ana Braga, 01 na UNIMED, 01 no HPS 28 de Agosto, 01 no HAPVIDA, 01 na Maternidade Balbina Mestrinho e 01 no HPS João Lucio. Destacou ainda que no período de janeiro a março de 2017 haviam ocorrido 10 óbitos sendo 06 residentes em Manaus e que nesse mesmo período de 2018, dos 11 óbitos ocorridos 08 são de residentes em Manaus. As investigações ainda não estão finalizadas e na próxima reunião apresentaremos o Plano Municipal para Prevenção e Redução de Óbitos Maternos; disse ainda que persistem as dificuldades com as informações nas Declarações de Óbitos, que nem sempre está especificado que o óbito foi materno e que por isso todas as mulheres em idade fértil –MIF (10-49 anos) que foram a óbito, passam por investigação e nessa ocasião se descobre óbitos maternos; Portanto, faz-se necessário que os profissionais da ponta estejam atentos; outra situação é a atenção que precisa ser dada nos estabelecimentos de saúde que não são Maternidade, que são procurados por grávidas passando mal e alguns cuidados deixam de ser dados pela não especificidade, porém sabe-se que todas as Unidades precisam estar preparadas para um primeiro cuidado de qualidade; Em seguida disse que na próxima reunião será trazido um ou mais caso de morte materna analisado para que nos ajude na reflexão e mudanças; A Ass. Social XXX considerando os locais da ocorrência dos óbitos maternos, chamou a atenção para a importância dos Hospitais e Prontos Socorros se fazerem presente nas reuniões do CMPOMIF; Em seguida a XXX do DICAR informou que haverá capacitação sobre preenchimento de DO e que na Maternidade Moura Tapajóz já ocorreram 05 encontros este ano. E não havendo mais nada, a reunião foi encerrada às 12h (...)"

Os destaques em amarelo me chamaram atenção e discutirei cada um deles. Os participantes tiveram acesso à informação que até o dia 29 de março já totalizavam 11 mortes maternas no Amazonas e propuseram alguns pontos como qualificar os enfermeiros do interior e incluir as universidades nestas capacitações.

Uma das membras enfatizou o papel do Comitê lembrando aos participantes que eles também podem monitorar e recomendar ações aos gestores e que eles devem compreender

melhor seu papel como CMPOMIF, lembrando inclusive o Plano de Redução de Morte Materna que ficou acordado fazer uma apresentação na reunião posterior.

Também destaco que foi mencionado que existem dificuldades com as informações prestadas nas Declarações de Óbito, mas não foi mencionado a dificuldade do andamento processual da investigação do óbito no setor, como se a responsabilidade sempre recaísse no mal preenchimento das DOs. Em que pese as letras e alguns preenchimentos indevidos, como por exemplo na Figura 37, onde o profissional que preencheu escreveu o telefone ou o endereço de alguém no campo que era para estar escrita uma causa de morte, ainda sim, as DOs estavam todas preenchidas, pelo menos a letra a), especificando uma primeira causa. Vejamos:

A imagem mostra um formulário de declaração de óbito. No topo, há opções de seleção: No parto, Até 42 dias após o término da gestação, e Não ocorreu nestes períodos. Abaixo, há uma seção para 'CAUSAS DA MORTE' com subseções 'PARTE I' e 'PARTE II'. A 'PARTE I' contém 'CAUSAS ANTECEDENTES' e 'CAUSAS DA MORTE'. A 'PARTE II' contém 'Outras condições significativas que contribuíram para a morte'. O formulário é preenchido com a seguinte informação: 'Morte Sem Assistência Médica' no campo 'a', e '993' e '988' no campo 'b', com setas vermelhas apontando para esses números. O campo 'Tempo aproximado entre o início da doença e a morte' está preenchido com '30' e o campo 'CID' está em branco.

Figura 37: Declaração de óbito de uma mulher com números de telefone no lugar das causas de morte materna

Terceira ata de reunião ocorrida em 05 de junho de 2018, já alcançamos a metade do ano, e aqui a morte materna foi mencionada, exposta e citada mais detalhadamente, dois meses após a maior mortalidade do ano ocorrida em abril de 2018, dois meses para se tornar uma pauta que necessitava de maior preocupação, assim analiso. Estavam presentes 36 membros. O que me chamou atenção é que o Comitê confirma que todas as mulheres que faleceram possuíam mais de 07 consultas no pré-natal, ou seja, maior do que 06 consultas que é preconizado pelo MS.

“(…) falou brevemente sobre a situação do óbito materno em Manaus e convidou a Enfa XXX para apresentar os dados de 2018, dando início esta informou que até o presente momento já ocorreram 12 óbitos maternos de residentes em Manaus, sendo 02 na zona Leste, 02 na zona Norte; 04 na zona Oeste e 04 na zona Sul, sendo a maioria na faixa etária de 30 – 39 anos e destacou 03 óbitos na faixa de 15 a 19 anos. E em relação ao local de ocorrência: Maternidade Balbina Mestrinho 04; Maternidade Ana Braga 01; Maternidade Moura Tapajoz 02; Pronto Socorro Dr. João Lúcio 01; SPA Danilo Corrêa 01, Hospital Rio Negro (Hapvida) 01; Prontocord 01 e Pronto Socorro Zona Norte 01. Ao falar sobre as causas, destacou 2 casos de pré-eclâmpsia, fato este recrudescente, sinalizando e sugerindo o fortalecimento da atenção ao pré-natal. Informou também que até o momento 08 óbitos já foram

analisados e que alguns carecem de dados nos documentos. Em seguida a presidente destacou a importância do envio em tempo oportuno da Declaração de Óbito por parte das maternidades. Retomando a Enfa XXX disse que em relação ao número de consultas de pré-natal, das 12 mulheres 07 realizaram ≥ 7 consultas. Em relação ao grau de instrução 07 possuíam nível superior. Sobre intercorrência no pré-natal, não se verificou seguimento do tratamento como registro de aferição de pressão arterial-PA. Bem como de temperatura da grávida no âmbito hospitalar. Nesse sentido, a Enfa XXX reforçou a importância dos registros das informações completas em todos os níveis da atenção, pois só assim possibilita focar nas intervenções. Em seguida a Dra. XXX (Associação Amazonense de Ginecologia e Obstetrícia do Amazonas - ASSAGO) relata que faltam termômetros nas maternidades, obviamente impossibilitando a realização desse procedimento. A Ass. Social XXX perguntou se as dificuldades de registros acontecem só no Setor Público e a Enfa XXX afirma que é no geral, público e privado. A Enfa XXX disse que o registro completo na Atenção Básica é algo desafiador e informou sobre a experiência que está sendo realizada na Maternidade Moura Tapajóz, com a participação do Dr. XXX (Núcleo de Investigação do Óbito SEMSA) e da XXX (DICAR/SEMSA). O Enfo XXX disse que a escassez de RH nas maternidades é um fator importante na questão do registro qualificado, hoje o profissional acaba trabalhando com o registro priorizado e não qualificado, ficando o tempo técnico comprometido devido à sobrecarga de trabalho. Disse ainda que por estarmos vivendo outra era, a digital, o registro em papel e na caneta não é mais a solução, nesse sentido sugere que se realize uma discussão entre SEMSA e SUSAM visando pactuar a institucionalização de um prontuário eletrônico, único e integrador, pois acredita que isso contribuirá sobremaneira para a melhoria de registro de informações, uma vez que no momento a rede é fracionada e não se comunica. Em seguida a Ass. Social XXX fala que a qualidade dos registros é um problema crônico mas que tem melhorado ao longo dos últimos anos a partir dos fóruns, capacitações e outros encontros e enfatiza que a união entre SEMSA e SUSAM no enfrentamento desse problema é crucial para a sua solução. Dr. XXX do DAP/SEMSA reforça que os sistemas eletrônicos têm um mecanismo próprio que obriga a colocar as informações para seguir com o seu preenchimento. Dra. XXX informou que o Ministério Público enviou notificação para Maternidade Moura Tapajóz para descontinuidade do uso de siglas nos prontuários; Em seguida dando continuidade à pauta a presidente convidou a Professora Doutora XXX para apresentar um caso de óbito materno analisado pela equipe do Núcleo de Investigação do Óbito da SEMSA: primeiramente apresentou um raio-x com dados do Ministério da Saúde sobre óbitos maternos, considerado assunto pouco debatido e vítima cerca de cinco mulheres por dia no Brasil e que 9 em cada 10 mortes poderiam ser evitadas. E por que não são? Em seguida apresentou o caso: E.L.S., DN: XXX; solteira, estudante do ensino médio, GIPOAO; data do óbito: 08/01/2018. Esclareceu que o Serviço de Investigação do Óbito, averigua através da Ficha de Investigação de Óbito Materno 3 serviços: 1) Serviço de Saúde ambulatorial, 2) Serviço de Saúde Hospitalar e 3) Entrevista Domiciliar e que por fim realiza uma síntese, conclusões e recomendações. Em seguida, demonstrou alguns dados colhidos na ficha de investigação ambulatorial, que a gestante do estudo, no dia 22/06/17 realizou a 1º Pré-natal (PN) com 10 sem. 1 dia; que realizou um total de 6 consultas e a última consulta no PN foi no dia 23/12/2017 com 35 sem., disse que todos poderiam achar que 6 consultas estava uma média boa, porém a história foi outra, uma vez que os agendamentos de retornos no Pré-natal não seguiram o padrão recomendado e especialmente no 3º trimestre; Foram detectados erros primário e ausência de registros graves no Cartão da Gestante. Necessidade de atualização/capacitação para verificação de pressão arterial, peso e altura. Na ficha de investigação hospitalar pode-se averiguar que a paciente deu entrada na Maternidade no dia 05/01/2018 às 02:00h com dor em baixo ventre e perda líquida, IG 38 sem e 2 dias; PA: 120x80 mmHg FC: 80bpm; exame obstétrico: Colo fino, 4cm, bolsa róta, bcf: 140 bpm (trabalho de parto) duração do trabalho de parto em torno de 08 horas?; parto vaginal às 12:45h NV, apgar 8/9; peso 2600g, 48 cm; No dia 08/01/2018: dor abdominal, queda do estado geral, dispnéia grave, cianose distal, útero contraído, lóquios fisiológico. Solicitação de parecer pela UTI (01:45h);UTI: Choque séptico

(Endometrite?). A partir desse desfecho ficou o questionamento do porque não houve procedimento cirúrgico, a USG TV: sugestiva de Endometrite as 2:00 do dia 08/01/2018; (2° DPPN + ENDOMETRITE + CHOQUE SÉPTICO + IR) a paciente foi a óbito as 6:45h desse mesmo dia. A outra vertente da análise vem da ficha da investigação domiciliar onde a cunhada relatou que a paciente vivia bem, não usava método contraceptivo, que apresentou ITU e anemia, que foi medicada com cefalexina e sulfato ferroso e que na hora do parto o esposo esteve presente; a família concluiu que a E.L.S morreu por negligência médica. Por fim, a Dra. XXX convidou a todos a refletirem e avaliarem o que cada um no seu âmbito pode fazer para vencermos esse enorme desafio das mortes maternas evitáveis. Disse antes de encerrar que não tiveram acesso ao prontuário da maternidade e a Enfa XXX informou que pode ser solicitado. Em seguida a Enfa. XXX reforçou a importância do registro nos documentos oficiais, do processo como um todo, de equipe. Em seguida a Ass. Social XXX parabenizou a apresentação e falou do grupo de Análise Causa Raiz e da parceria com a SEMSA. A Assistente Social XXX também parabenizou o excelente reflexo que a Dra. XXX trouxe e falou da implantação da ferramenta Análise Causa-Raiz na Atenção primária. Dando seguimento, a presidente convidou a Enfa XXX para apresentar o Projeto Municipal para Redução do Óbito Materno. Primeiramente ela apresentou um cenário do Município de Manaus que conta hoje com uma população de 2.130.264 habitantes, sendo 51,2% de população feminina, ou seja, 1.090.271 mulheres, onde 68,5% dessas estão em idade fértil, somando 747.453 mulheres; A Secretaria Municipal de Saúde, por meio de suas 215 unidades, realizam as ações de planejamento reprodutivo, de pré-natal e de atendimento à criança e atualmente está com cobertura de Atenção Primária em Saúde – APS, em 43,99% (DAB/MS – jan/abr-2018). Outro aspecto importante, de acordo com os dados do Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação – DICAR, a Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas Município de Manaus de 2009 a 2017 tem apresentado curva crescente nos últimos anos; sobre os óbitos maternos disse que o ano de 2017 foi o que apresentou a menor razão nos últimos anos, entretanto, os dados de 2018, de janeiro a maio, como já é do conhecimento de todos nos causam grande preocupação com a situação; Manaus tem 8 maternidades públicas, sendo apenas 1 de gestão municipal, a Maternidade Dr. Raimundo Moura Tapajóz. Duas maternidades de gestão estadual possuem Centro de Parto Normal Intrahospitalar – CPNi, sendo também consideradas para atenção do Alto Risco devido possuem UTI materna. 10 outras do serviço privado e militar; A APS por sua vez conta com 3 Ambulatórios de Pré-Natal de Alto Risco – APNAR, sendo 2 de gestão estadual e 1 de gestão federal, além de outros serviços para as demais condições de alto risco, tais como Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHEMOAM, Serviços de Atenção Especializada em HIV – SAE, entre outros. Em seguida apresentou o Plano Municipal que abrange ações voltadas para toda rede básica e para a Maternidade Moura Tapajóz; entre as diversas ações podemos destacar para APS: monitorar estoque de medicações e exames preconizados pelo PN, melhorar o fluxo de referência e contrarreferência; reforço na estratificação de risco, na vinculação das grávidas, capacitações para clínicos; implementar o PLANREP, monitorar as grávidas/puerperal near miss e fortalecer as ações do Núcleo de Investigação de Óbitos; na Maternidade Moura Tapajóz: Fortalecer ações do Apice On; realizar capacitações como ALSO entre outras; Atualizações em Acolhimento com Classificação de Risco; Implantar Sumário de Alta Obstétrica e Neonatal; transferência segura; monitorar taxa de cesariana; fortalecer a visita de vinculação, alta em tempo oportuno e instituição de protocolos entre outras ações. Em seguida a Presidente Enfa XXX disse que os desafios permanecem grandes, mas é de fundamental importância enxergarmos nossa realidade e vermos o que já estamos fazendo e o quanto ainda precisamos fazer”.

O encaminhamento que tinha ficado na reunião anterior sobre a apresentação do Plano Municipal de Redução do Óbito Materno aconteceu e a enfermeira mostrou um cenário histórico de 2009 a 2017, e enfatizou as altas taxas de 2018. Disse que o Plano estava mais

voltado à Atenção Primária em Saúde (APS) e para a única maternidade municipal em Manaus.

Interessante observar que o Plano de Redução estava voltado para a APS conforme relato da enfermeira, ou seja, para a melhoria e aperfeiçoamento do pré-natal, porém esta ata menciona que a maioria das mulheres falecidas em 2018 realizou mais do que 7 consultas de pré-natal. Muito embora as orientações elaboradas pelo Ministério da Saúde definem que o total mínimo de consultas deve ser 6 (seis) para que a mulher gestante tenha um melhor atendimento e melhor acompanhamento, as mulheres estudadas aqui nesta dissertação faleceram mesmo comparecendo à 7 (sete) consultas, mais do que o esperado (BRASIL, 2012). Desta forma, penso que pode existir uma correlação direta entre as mortes e uma deficiência na qualidade do pré-natal oferecida às mulheres, pois apesar delas comparecerem às consultas realizadas por médicos e enfermeiros, ainda sim acabam no pior desfecho: a morte materna.

Se o número de consultas é importante para um pré-natal de qualidade, o que esta análise indica é que não somente o número importa, mas a qualidade do que foi ofertado às mulheres. O número de consultas adequado para a idade gestacional foi definido pelo MS (Brasil, 2001), seguindo o cronograma abaixo:

Até 28ª semana – mensalmente;
Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

Além do mau preenchimento das fichas e da investigação das mortes, os dois casos que foram encaminhados ao CMPOMIF não foram mencionados nas reuniões. O único caso que foi detalhado, E.L.S., DN: 11/06/01; solteira, estudante do ensino médio, G1P0A0; data do óbito: 08/01/2018, mencionada na reunião de 05.06.2018 não apresentou na sua ficha M5 os campos 51, 52, 53 e 54 preenchidos e mesmo assim, seu caso, apareceu reunião. As mortes que foram encaminhadas ao CMPOMIF não foram mencionadas e a morte materna de E.L.S. que sequer estava preenchida, foi detalhada. Não observa-se um padrão de análise e de encaminhamentos.

A quarta reunião do ano ocorrida em 07.08.2018 contou com a presença de 52 membros e a fala específica sobre morte materna ou relacionada foi sobre a ferramenta Análise Causa Raiz na atenção primária, onde após investigação se constrói um Plano de Intervenção para melhorar os processos de trabalho.

Informou que a ferramenta Análise Causa-Raiz na atenção primária já está em fase de implantação numa ação conjunta da área técnica da saúde da mulher e criança com a equipe do Núcleo de Investigação de Óbito da SEMSA, onde num primeiro momento realiza a análise do óbito e num segundo momento numa roda de conversa com a equipe da UBS onde a grávida realizou o pré-natal e ao final se constrói um Plano de Intervenção para melhoria do processo de trabalho.

Dei ênfase à Análise Causa-Raiz por ser uma estratégia pensada para identificação dos processos de trabalho que levaram à morte materna. Esta análise busca investigar as falhas nos processos e sistemas de todo o atendimento que possam ter contribuído para causar eventos ou incidentes com desfechos graves ou não, procurando encontrar os erros para que não sejam repetidos (ANVISA, 2014).

A SEMSA informa que os dados são sigilosos e que são utilizados para o entendimento do sistema de saúde e não como uma forma punitiva aos profissionais de saúde envolvidos naquele atendimento (SEMSA, 2023). Na ata ela aparece em fase de implantação, mas já estamos no mês de agosto, oito meses se passaram do ano de 2018 e mesmo com a alta taxa de morte materna, essa ferramenta ainda estava sendo implementada.

Certo que a Análise Causa-Raiz foi dita como uma das estratégias para diminuir a morte materna, mas enfatizo que ainda estava sendo implementada durante o ano que mais morreram mulheres no Amazonas. Existe aqui uma parte da população que naquele momento estava sendo precarizada pela falta de urgência nas ações, pela pouca mobilidade dos governos, fazendo-os não enxergar as mulheres como sujeitos de direito. O que analisei até aqui me indica uma espécie de comodismo estatal, como se estar grávida já trouxesse consigo uma potencialidade de ser morrível e tão somente por isso, essas vidas passam despercebidas (BUTLER, 2021).

A quinta reunião ocorrida em 02.10.2018 contou com a presença de 39 membros e não houve preocupação sobre os números de morte materna. Nenhuma palavra mencionada. Chamo a atenção do leitor mais uma vez aqui, estou mencionando a ata de outubro de 2018, mês em que já ultrapassávamos 40 (quarenta) mortes maternas apenas em Manaus e nenhuma palavra foi dita sobre essa tragédia social. A reunião se ateve a falar sobre sífilis congênita, causas e tratamentos.

Essa falta de discussão sobre o óbito materno considero que os agentes públicos, representantes de um governo, assumem a desimportância da vida e que estas mulheres não são dignas de um luto social. O fenômeno que descrevo, principalmente aqui nesta ata de outubro de 2018, indica o monopólio do estado sobre quem ele valoriza e quem ele dignifica como uma vida importante e/ou enlutável. As mulheres morrem em decorrência de violência

obstétrica e mesmo após suas mortes permanecem no ciclo de violência que o estado produz, levando-as para a zona de não-existência, de não significância, se não preservação da sua história (FANON, 2002; BUTLER, 2021).

Enfim, a sexta e última do ano com 39 membros participantes. Vocês lerão que os participantes concordaram que as mortes maternas do ano de 2018 estão relacionadas à falta de capacitação profissional de quem está atendendo diretamente às gestantes, que existe uma sobrecarga de trabalho, condutas inadequadas e um déficit de 60 leitos em Manaus.

(...) apresentar o Panorama da Morte Materna em Manaus, iniciou mostrando um estudo da OMS no qual atesta que no Brasil cinco mulheres morrem por dia por questões relacionadas à gravidez; a mortalidade materna é um indicador do status da mulher, seu acesso a assistência à saúde e reflete no índice do desenvolvimento dos países, em países desenvolvidos a incidência de óbitos é maior por causa indireta. Destacou que a maioria dos óbitos ocorre em mulheres sem fatores de risco prévio e que às vezes se instala uma rotina nas maternidades como, por exemplo, não aferir a temperatura antes da alta. Nesse sentido, a Enfa XXX lembrou as três demoras que podem interferir num desfecho de óbito: 1) Atraso na decisão de procurar o serviço de saúde; 2) Atraso em chegar ao serviço de saúde 3) Atraso no início dos cuidados de saúde. Diante do nosso quadro fica a pergunta para cada um: “o que eu estou fazendo?” Enfa XXX acredita que um dos problemas encontra-se na nutrição dessas mulheres e pergunta por que não implementar a suplementação para grávidas como o NUTRISUS? Dando continuidade, a enfa XXX informou que foi pactuada em 2015 a meta de 35/100.000 NV e que a classificação da razão da MM obedece aos seguintes níveis: 20/100.000nv nível baixo, 20-49/100.000 nv nível médio e 50-149/100.000nv nível alto e 150/100.000nv nível muito alto. Em seguida apresentou a Razão de Mortalidade do Brasil e Manaus, sendo o último dado fechado no Brasil correspondente ao ano de 2016 com 64,4/100.000nv e Manaus em 2017 com 28,57/100.000nv, porém, 2018 esse número explodiu para 109,01/100.00nv (dados ainda sob análise, podendo sofrer alteração), dando sequência, apresentou os demais perfis de óbitos maternos como faixa etária, raça, situação conjugal, escolaridade, residência e local de ocorrência; fez o questionamento sobre o que pode ter acontecido em 2018 para que tenham ocorrido tantos óbitos maternos; nesse sentido, a Dra XXX da Maternidade Moura Tapajoz disse que a qualidade técnica está se deteriorando e que falta nos serviços suporte básico para tratar adequadamente os pacientes. A Enfa XXX disse também que existe uma sobrecarga de trabalho principalmente no que tange às cooperativas. A Enfa XXX disse que a maioria das mortes ocorre por condutas inadequadas ou negligenciadas. A Enfa XXX disse que a responsabilidade do paciente grave é do enfermeiro e que é preciso ter um protocolo único nos serviços; A Enfa XXX da ABENFO disse que neste ano entraram muitos profissionais novos e sem experiência no mercado de trabalho em especial nas maternidades e destacou que quando as Maternidades oferecem as capacitações, alguns profissionais não comparecem. Dra. XXX disse que em relação aos protocolos, seria bom unificar os protocolos CONITEC e FEBRASGO, disse ainda, que é preciso rever a superlotação das maternidades porque inúmeras vezes não têm nem onde deitar as pacientes. A Enfa XXX respondeu que Manaus tem um déficit de 60 leitos. Em seguida Enfa XXX do Disa Leste disse que falta alinhamento com os profissionais para melhorar o processo de trabalho, falta cultura organizacional. a presidente Enfa XXX comunicou que no decorrer de 2019, entre outras ações, devemos priorizar a implantação do Near Miss na rede de atenção integral à mulher.

Encontramos nas atas sugestões de melhorias do serviço, mas que não consegui analisar se foram cumpridos, quais ações foram tomadas e o que ainda ficou pendente. As sugestões que consegui extrair das atas foram: 1. monitorar e recomendar ações aos gestores de saúde; 2. qualificar enfermeiros do interior; 3. incluir as universidades como parceiras para o processo de qualificação dos profissionais; 4. apresentação do plano municipal para prevenção e redução do óbito materno; 5. capacitação para o preenchimento das DOs; 6. unificação de protocolos nas maternidades; 7. implementação da Análise Causa-Raiz na APS e outras.

Esta análise se resumiu ao ano de 2018 e que seria importante aprofundar o estudo para os anos subsequentes e observar o que foi realizado para evitar as mortes maternas. E este é um grande apontamento deste trabalho: o que ainda falta ser pensado sobre as mortes maternas do estado do Amazonas para realmente diminuir o número? Será que os Comitês realmente cumprem seu papel de orientar, monitorar e recomendar ações? Penso que os dados, como já mencionado acima, me limitaram a estes entendimentos mais profundamente, mas que no primeiro olhar dessa etnografia, penso que o funcionamento dos Comitês estão aquém do que é definido pelo Ministério da Saúde em 2009, que relembro abaixo:

- Estimular a organização de outros comitês de morte materna;
- Estimular a organização da investigação dos óbitos segundo os critérios preconizados;
- Avaliar a situação e distribuição dos óbitos maternos, seus componentes e fatores de risco;
- Identificar possíveis problemas nos diferentes níveis de assistência;
- Definir a evitabilidade do óbito materno identificando os fatores de evitabilidade:
- Avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher pelos serviços de saúde;
- Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessárias para a redução da mortalidade materna e melhoria dos registros de saúde tais como: a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, prontuários ambulatorial e hospitalar, bem como cartão da gestante;
- Envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna, sua repercussão sobre a sociedade como um todo;
- Definir e caracterizar os óbitos maternos evitáveis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;
- Construir um processo de aprendizagem crítico, contextualizado e transformador dos profissionais de saúde, por meio da responsabilização e discussão dos óbitos ocorridos na área de atuação dos serviços;
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade materna na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos para todas as instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas;
- Promover a interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas

A morte materna é um dos indicadores de saúde e reflete diretamente a qualidade de vida das mulheres, relacionando-se aos padrões sociais e econômicos e à qualidade dos serviços obstétricos (pré-natal, assistência ao parto, puerpério e abortamento) e se contrapõe ao modelo biomédico (MARTINS, 2022).

Em todas as reuniões não houve menção sobre as categorias sociorraciais que, dentro do grupo de mulheres, ainda trazem grupos mais vulneráveis, como já demonstrado, mas que não foram reduzidos a termo nas atas e considero que não foram pensadas.

E na última análise deste trabalho, partimos para os documentos oficiais publicados nos Diários Oficiais: DOM - Diário Oficial de Manaus e o DOE - Diário Oficial do estado do Amazonas. O termo escolhido para realização da busca nos dois Diários Oficiais foi “matern”, pois assim abarcou as variações como: materna e materno.

A busca realizada no DOE é simples, escolhendo o período e o termo que se quer achar. O período preenchido foi de 01/01/2018 a 31/12/2018 e a consulta pode ser realizada todos os documentos de uma só vez, *online*. Com isso, facilmente verificou-se que no ano de 2018 nenhum documento específico foi encontrado, com os termos escolhidos. Mesmo em face da alta mortalidade materna do estado do Amazonas em 2018, não há menção de ações prioritárias e/ou emergenciais, tampouco alocação específica de recursos direcionados às maternidades da capital, tampouco do interior, para a prevenção e/ou mitigação das mortes maternas.

Quanto ao DOM, a busca é mais demorada, pois os documentos de 2018 estão subdivididos em pastas organizadas por mês, de janeiro a dezembro. E dentro de cada pasta, os documentos estão anexados individualmente por publicação.

Todos os documentos encontrados nas pastas de 2018 foram acessados, baixados e salvos. Após esse primeiro passo, os arquivos em pdf foram unidos em um único arquivo e assim a busca pelos termos escolhidos foi feita. Ao total, foram baixadas e salvas 9.740 páginas para serem analisadas offline.

No mês de janeiro, foi publicada a Lei Orçamentária Anual do município de Manaus - LOA, que estimou a receita e fixa a despesa do Município de Manaus para o exercício financeiro de 2018. Encontramos como previsão orçamentária para 2018 o valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) para o Incentivo à Saúde Materno-Infantil, R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) para Reforma e Ampliação da Maternidade Municipal, R\$ 86.975.000,00 Pessoal e Encargos Sociais da Maternidade Municipal e 17.621.000,00 Gestão da Maternidade Municipal (material de consumo, mão-de-obra, serviços terceirizados, equipamentos e material permanente).

Em fevereiro, março, abril, julho, agosto, novembro ainda que haja publicações sobre a maternidade Moura Tapajóz, não há nada específico para morte materna. Contratos foram aditados, avisos de licitação para material permanente foram publicados, notas de empenho autorizadas para emissão, nada específico para o que estava acontecendo em Manaus.

Já em maio, a Resolução nº 18 de 25 de abril é publicada sobre o Comitê Municipal de Prevenção de Óbito Materno Infantil e Fetal - CMPOMIF que indica dois membros (titular e suplente) para atuação durante o mandato 2018-2021.

As publicações do Diário Oficial do estado do Amazonas e do Diário do Município de Manaus do ano de 2018 (AMAZONAS, 2018) não mencionam nenhuma proposição e alocação financeira específica relacionada à morte materna e/ou ao óbito materno. Isso equivale dizer que no ano que o estado do Amazonas ficou em primeiro lugar de morte materna do Brasil (DATASUS, 2022) o estado não publicou oficialmente nenhuma ação específica para conter a tragédia que estava acontecendo diante das secretarias de saúde, em total inércia diante do falecimento de mulheres.

Excluir recursos financeiros ou não incluir ações específicas para a morte materna de 2018 é coerente com Butler (2021) que aponta uma reflexão acerca de como o estado produz categorias de humanos, os incluídos e os excluídos, os que são valiosos e enlutáveis e os que não tem valor, os que são vivos e dignos de atenção e os que são mortos, sem direito a visibilidade pelo menos para repensar as políticas públicas. Para minha análise, mulheres mortas durante o ciclo gravídico puerperal, adolescentes ou adultas, não foram dignas de atenção do estado do Amazonas, diante da ausência de ações e documentos específicos para a morte materna. Não encontrei recursos financeiros e orçamentários, não encontrei as mortes maternas sendo realmente analisadas no CMPOMIF, sequer tive autorização da SES para analisar o funcionamento do Comitê Estadual de Morte Materna.

Pensando em cada mulher ou cada adolescente que faleceu em 2018 e no precário preenchimento das fichas de investigação do óbito, na falta de acesso aos documentos do estado, na falta de informação de qualidade, se estes óbitos poderiam ser classificados como evitáveis, pergunto como Butler perguntou em seu livro: o que ainda precisa acontecer para que cada morte materna seja passível de ter importância, de ser significativa, ao ponto do estado se mobilize com o luto de cada família, com cada vida, com cada órfão que ficou?

Não existe uma resposta pronta e direta para o tamanho da complexidade da morte materna, mas o que fica explícito é que existe uma desimportância das mulheres em vida, porque não houve ações urgentes e imediatas para conter a mortalidade de 2018, e depois da morte, onde a investigação demonstrou ser ineficiente e inadequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONSIDERAÇÃO POSSÍVEIS

Após cinco anos das mortes das 53 meninas/mulheres em Manaus, ainda há uma enorme lacuna para elucidar cada história e esta pesquisa teve como objetivo iniciar uma trilha de descobertas sobre o que de fato aconteceu no ano de 2018. Digo iniciar, porque há outras interpretações possíveis de ainda serem feitas, para demonstrar a gravidade do tratamento que as mulheres receberam em vida e como são tratadas após suas mortes no ano em que o estado do Amazonas atingiu o primeiro lugar do ranking no Brasil com a maior mortalidade materna.

Neste sentido e diante do objetivo geral deste trabalho que foi analisar as mortes maternas do ano de 2018 sob à luz da precariedade da vida, da vulnerabilidade social e da violência obstétrica de modo a compreender o fenômeno no estado do Amazonas, considero que este trabalho ilumina um pequeno ponto sobre a tragédia ocorrida com estas mulheres no ano que o Amazonas ficou em primeiro lugar de morte materna no Brasil.

De início, considero que os resultados obtidos propõem a existência de uma interseccionalidade das vulnerabilidades encontradas, que são demonstradas por meio do perfil das mortes maternas, construído por mim a partir das fichas de investigação do óbito M5: a maioria das mulheres que faleceu em 2018 registradas em Manaus era negra, moradora da zona leste de Manaus, que passou por cirurgia cesárea, de 30 a 45 anos e que compareceu a mais de 06 consultas no pré-natal.

Importante destacar que a ficha M5 foi escolhida justamente por ser a ficha que descreve as conclusões e recomendações para finalizar a investigação de cada óbito. Após observar e estruturar o perfil das mortes maternas, minha análise me levou à forma com que as fichas foram preenchidas e que tipo de afetos trouxeram até mim.

Para mim, ficou claro que a investigação do óbito materno obedece a uma lógica cartorial de preenchimento e que existe uma nítida precariedade das investigações, pois as informações são preenchidas utilizando folhas de rascunhos, bilhetes escritos à mão, total ou parcialmente ilegíveis e rodeadas por rabiscos, o que se traduz como um extrema falta de rigor no preenchimento da história de morte de cada uma delas.

Para além da falta de rigor, existe uma ausência grave de preenchimento das informações sobre elas, campos que são essenciais para o entendimento das suas mortes, ficaram em branco, como por exemplo as causas das mortes maternas. Julgo que este campo é um dos mais importantes para finalizar a investigação do óbito, é onde descrevem as causas

da morte, mas na oposição da minha compreensão, as fichas estavam com essa anotação ausente na sua grande maioria.

Também não há como afirmar se as mortes maternas de 2018 foram evitáveis pois o campo sobre a evitabilidade dos óbitos não estava preenchido na maioria.

Adolescentes como sujeitos de direitos no Brasil, possuem prioridade absoluta no atendimento em saúde em vida, porém, mesmo após as suas mortes, não há tratamento diferenciado quando comparadas às mulheres adultas.

A investigação do óbito realizada no estado do Amazonas, mais especificamente em Manaus, demonstrou enorme dificuldade de funcionamento. Considero que os ritos ordinários, organizacionais e obrigatórios como o preenchimento das fichas em folhas limpas, que nunca foram utilizadas, não foram sequer considerados. A investigação do óbito é realizada em folhas de rascunho, com bilhetes escritos à mão, ilegíveis e com falhas nas anotações.

No outro ponto, deparei-me com a ausência de autorização da Secretaria de Estado de Saúde para desenvolver parte da pesquisa, o que direcionou esta dissertação para as mortes maternas analisadas somente pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, por meio do Núcleo de Investigação do Óbito - NUIOB e pelo Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil - CMPOMIF. Portanto, o Comitê de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil do estado do Amazonas também não pode ser analisado.

As ausências também foram percebidas de outras formas, como no Diário Oficial do Estado do Amazonas e no Diário Oficial do Município de Manaus, quando deparei-me com a completa falta de publicações específicas sobre a prevenção da morte materna que estava em curso durante todo o ano. Não houve uma palavra publicada pelo estado e pelo município, o que me demonstra o quão desimportante foi a vida das mulheres que passaram pelo ciclo gravídico puerperal e por abortamento e que faleceram em 2018 em Manaus.

Nesse compasso, se considerarmos a legislação vigente no estado do Amazonas e o arcabouço teórico demonstrado na introdução desta dissertação, considero que as mortes maternas de 2018 guardam estreita relação com a violência obstétrica, onde existem graves falhas do sistema de saúde que deveria atuar na preservação da vida de cada uma, mas também graves falhas da prevenção de novos óbitos a partir do que observei nas fichas de investigação dos óbitos. A violência obstétrica neste trabalho apresenta-se sob o véu a violação dos direitos individuais, onde o corpo vivo, que passa pelo ciclo gravídico-puerperal, experimenta a manutenção da violência do estado após sua morte.

Quase chegando ao fim das minhas considerações, é preciso observar as limitações desta pesquisa quanto à análise documental. Os processos de investigação do óbito de cada mulher contavam com até 100 páginas, naqueles onde a documentação era maior. Pelo tempo concedido para um Mestrado acadêmico de até 2 anos de pesquisa, fiquei impossibilitada de investigar as outras fichas presentes, mas que me trouxeram grande interesse e que proponho estudar no doutorado ou em outras pesquisas. Por isso, limitei-me a analisar apenas as fichas M5.

Além disso, também assumo outra limitação sobre o que analisei. Ainda que eu tenha referenciado e trazido ao texto os conceitos de vulnerabilidade, de interseccionalidade, de precariedade da vida e de violência obstétrica percebo que meu texto ficou concentrado mais em demonstrar os dados em si, apontando que existem evidências e pistas sobre os três conceitos. Após finalizar a dissertação, percebo que trabalhar quatro conceitos foi excessivo e para os próximos estudos, devo definir uma quantidade menor para ter tempo hábil de análise.

Mais uma limitação que ficou evidente para mim é sobre as duas faces existentes que me permearam estes dois anos: a pesquisadora e a ativista. Um dos maiores desafios nesta caminhada foi escrever e me posicionar sem concluir preceitos carregados da vivência diária de quase 10 anos de ativismo no Amazonas. É bem verdade que as duas figuras se complementam e esta dissertação é fruto da minha experiência de parturição e do ativismo, porém ao transcrever e descrever os resultados e discussões, percebo que as palavras ainda trazem fortemente o ativismo empírico.

Dito isso, consigo observar nesta dissertação que é necessário considerar as categorias e marcadores sociorraciais que aqui foram levantadas, para propor mudanças mais realísticas no sistema de saúde local. Diminuir as mortes maternas é uma responsabilidade do sistema de saúde, das Universidades e da sociedade e só conseguiremos salvar vidas quando o racismo, misoginia e a pobreza forem enfrentados, entendendo ser categorias de vulnerabilidades e que são perversas para as mulheres do estado do Amazonas. Estas categorias precisam ser consideradas no planejamento estratégico do atendimento em saúde.

Mesmo enxergando minhas limitações, as palavras que aqui escrevi tem, sobretudo, o dever de instigar uma transformação, fazer um apelo pela vida das meninas e mulheres; de humanizar as vidas desumanizadas, sem direito a uma investigação adequada sobre sua morte, sem direito à um pré-natal de qualidade, sem direito a um atendimento de excelência nas maternidades quando ainda vivas.

Como uma sobrevivente à violência que passei no meu próprio parto, sinto-me na responsabilidade de escrever, de estudar e com isso, tentar garantir aqui na minha terra, por

destino e por escolha, que meninas e mulheres sobrevivam e vivam aos nascimentos dos seus filhos em um lugar que se importe não somente com números, mas que se importe com a história de vida ou com a história de morte de cada uma delas, de cada uma de nós.

Entendo que a partir do momento que não há acesso aos documentos do estado, quando não há preenchimento adequado da investigação de cada óbito e quando não há recursos e ações direcionados à morte materna, cabe dizer que nossos corpos e as nossas mortes são passíveis de violação do estado, violação antes da morte e violação pós-morte. Por fim, ainda fica meu questionamento: a quem é dado o direito de controlar as mortes maternas?

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : ANVISA, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF: Anvisa, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 3 ago. 2021.

AMBROGI, I. G. Justiça reprodutiva e a epidemia do vírus zika no Brasil: questões éticas urgentes em emergências de saúde pública. / Ilana Grunbaum Ambrogi. -- 2021. 91 f.

AMAZONAS. Ministério Público Federal. Ministério Público do estado do Amazonas. Recomendação nº 3, de 18 de janeiro de 2016. [...] promove, junto aos médicos inscritos em seu registro, campanhas de conscientização a fim de que eles observem o cumprimento da Lei 11.108/2005 e da Lei Estadual nº 4072/2014 [...]. Manaus: Ministério Público Federal; Ministério Público do estado do Amazonas, 2016.

AMAZONAS. Lei nº 4.749, de 3 de janeiro de 2019. Dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI) nos estabelecimentos da rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual, no âmbito do estado do Amazonas, e adota outras providências. Amazonas: Assembleia Legislativa do estado do Amazonas, 2019b.

AMAZONAS. Lei nº 4.848, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do estado do Amazonas. Manaus: Assembleia Legislativa do estado do Amazonas, 2019a.

AMAZONAS. Diário Oficial do estado, 2018. Disponível em: https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/busca/#/?page=1&q=matern&exata=1&data_init=01-04-2018&data_end=31-12-2018. Acesso em 12 de janeiro de 2023.

AMORA, A.S, 1997-1999. Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa/Antônio Soares Amora.- 19a ed.-São Paulo: Saraiva, 2009.

ARENDDT, Hannah (2000). Eichmann em Jerusalém. São Paulo: Companhia das Letras.

BARBOSA, Tatiana da Rocha, 1983-Ocupações irregulares e a (re)produção do espaço urbano da zona leste de Manaus (AM) [recurso eletrônico] : da ilegalidade do processo a legalidade da questão da moradia / Tatiana da Rocha Barbosa. - 2017.

BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. Revista Psicologia, Diversidade E Saúde, [s. l.], v. 5, n. 1, 2016 DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i1.847>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>. Acesso em: 10 set. 2021.

BECKER, R. A. & LECHTIG, A., 1987. Brasil: Aspectos da Mortalidade Infantil, Pré-Escolar e Materna. Brasília: Ministério da Saúde.

BARDIN, L.. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BRASIL. Lei nº 8069 de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984.

Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html. Acesso em 11 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/documento_fundador_-_pacto_nacional.pdf. Acesso em 11 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Cláudia Araújo de Lima *et al* (coord.). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008 que Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html#:~:text=do%20Distrito%20Federal.-,Art.,possam%20evitar%20a%20sua%20reincid%C3%Aancia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
84 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014 [...], para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento [...]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 15 dez. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância [...]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 mar. 2016.

BRASIL. Ministério Público Federal. MPF/AM: Cooperação técnica firmada durante audiência pública busca garantia de direitos contra violência obstétrica no Amazonas. Manaus, AM: Ministério Público Federal, 19 nov. 2016. Disponível em: <https://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/406646957/mpf-am-cooperacao-tecnica-firmada-durante-audiencia-publica-busca-garantia-de-direitos-contraviolencia-obstetrica-no-amazonas>. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017 : uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 426 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério Público Federal. MPF/AM: Cooperação técnica firmada durante audiência pública busca garantia de direitos contra violência obstétrica no Amazonas. Manaus, AM: Ministério Público Federal, 19 nov. 2016. Disponível em: <https://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/406646957/mpf-am-cooperacao-tecnica-firmada-durante-audiencia-publica-busca-garantia-de-direitos-contraviolencia-obstetrica-no-amazonas>. Acesso em: 17 set. 2021.

BHATTACHARYA, T. & Vogel, L. 2017. Social reproduction theory : remapping class, recentring oppression. Publisher: London : Pluto Press, 2017. ©2017.

BUENO, S. et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil 2º edição. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Pesquisa de opinião.

BUTLER, J. Vida precária : os poderes do luto e da violência / Judith Butler ; (tradução Andreas Lieber) ; revisão técnica Carla Rodrigues). – 1. ed. reimp. – Belo Horizonte : Audiência, 2020. – (Filô)

BUTLER, J. A força da não violência: um vínculo ético-político/Judith Butler; tradução Heci Regina Candiani : (prefácio de Carla Rodrigues). - 1 ed. - São Paulo : Boitempo, 2021.

CASTRO, Bárbara Misslane da Cruz e Ramos, Semírames Cartonilho de Souza. PERFIL DE MORTALIDADE MATERNA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DE MANAUS-AM. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 103-112, jan./jun. 2016.

CEDAW. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Organização das Nações Unidas - ONU, 1979. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf Acesso em: 12 de abril de 2023.

DAVIS, A. A democracia da abolição: para além do império das prisões e da tortura. Tradução Artur Neves Teixeira -3a. edição-Rio de Janeiro, 2019. 128p.

DINIZ, D. Modelo Social de deficiência: a crítica feminista. Brasília: Série Anis 28, Letras Livres, 1-8, julho, 2003.

CLADEM. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas(CRLP).Silencio Y Complicidad: Violencia Contra Las Mujeres En Los Servicios Públicos deSalud En El Perú. Lima: Cladem/CRLP; 1998.

CNJ. CNJ Serviço: Todo paciente tem direito à cópia do prontuário médico. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-todo-paciente-tem-direito-a-copia-do-prontuario-medico/>

COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2002, v. 24, n. 7 [Acessado 12 Março 2022] , pp. 455-462. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>>. Epub 06 Nov 2002. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>.

CRENSHAW, Kimberlé Williams. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.” Revista Estudos Feministas 10 (2002): 171-188.

DESLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). - Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DINIZ, D. e GUILHEM, D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense, 2002. Coleção primeiros passos.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. O que é Bioética. 1 st edition. 7th reprinting. São Paulo: Brasiliense. 2012.

DINIZ, D. Maternal mortality: when a pandemic overlaps with the anti-gender crusade. Developing World Bioethics, v. 20, p. 116-117, 2020.

FANON, Frantz. Pele negra, máscaras brancas / Frantz Fanon ; tradução de Renato da Silveira. - Salvador : EDUFBA, 2008. p. 194

FAÚNDES, Anibal e CECATTI, José Guilherme. Morte materna: uma tragédia evitável. 1991, Editora Unicamp.

FERREIRA, L. e LOWENKRON, L. Etnografias de documentos. Pesquisas antropológicas entre papeis, carimbos e burocracias / organização Leticia Ferreira e Laura Lowekron. 1 ed - Rio de Janeiro: E-papers, 2020.

GABRIEL, ALICE DE BARROS E SANTOS, BRENO RICARDO GUIMARÃES. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 28(2): e60012. DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n260012.

GEBER-CORRÊA, Rachel et al. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Estado do Amazonas: uma Rede de Proteção às Mulheres. In: DAVID, Décio Franco; MACCOPPI, Jaqueline Alexandra (org.). Violência obstétrica: perspectivas multidisciplinares. Habitus, 2022.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

HOFMANN, H. 2008. A bioética na discussão feminista internacional/Tradução Monika Ottermann. - São Bernardo do Campo : Nhaduti Editora, 2008, 296p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de mortalidade materna. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6694#resultado>. Acesso em: 10 nov. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ipea; 2018. (acessado 13 de março de 2023). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf

KATZ, Leila et al. Who is afraid of obstetric violence?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2020, v. 20, n. 2 [Acessado 17 Março 2023], pp. 623-626. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>>. Epub 05 Ago 2020. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 24, n. 8 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 2811-2824. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. & GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):23-30, jan-mar, 2000 [Acessado 13 Março 2023]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/wbkH9DyZ3MJ5FcNdnGTHken/?format=pdf&lang=pt>.

LAURENTI, Ruy, Jorge, Maria Helena Prado de Mello e Gotlieb, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2004, v. 7, n. 4 [Acessado 13 Março 2023], pp. 449-460. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400008>>. Epub 18 Jun 2007. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400008>.

LEAL, Maria do Carmo et al. “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”. Cad. Saúde Pública, v. 33, suppl. 1, e00078816, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Acesso em 25/09/2018. ISSN 1678-4464.

LEAL, Maria do Carmo et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(1):S1-22.

LUNA, Florencia. Vulnerabilidad: la máscara de las capas. Jurisprudência Argentina, IV, fascículo N° 1, 2008, pp: 60-67.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2015, v. 15, n. 1 [Acessado 23 Fevereiro 2022] , pp. 91-104. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>>. ISSN 1806-9304.
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.

MACIEL, Franciclei Burlamaque. Assentamentos precários : o caso de Manaus. Capítulo publicado em: Caracterização e tipologia de assentamentos precários : estudos de caso brasileiros / editores: Maria da Piedade Morais, Cleandro Krause, Vicente Correia Lima Neto. – Brasília : Ipea, 2016.
<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6801>

MANAUS. Lei nº 287, de 23 de maio de 1995. Delimita os bairros da cidade de Manaus, dispõe sobre sua identificação, fixa critérios para o processo de expansão urbana, e dá outras providências. Disponível em:
<https://leismunicipais.com.br/a/am/m/manaus/lei-ordinaria/1995/28/287/lei-ordinaria-n-287-1995-delimita-os-bairros-da-cidade-de-manaus-dispoe-sobre-sua-identificacao-fecha-criterios-para-o-processo-de-expansao-urbana-e-da-outras-providencias>

MANAUS. Lei nº 1401, de 14 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a criação e a divisão dos bairros da cidade de Manaus, com estabelecimento de novos limites, e dá outras providências. Disponível em:
<https://leismunicipais.com.br/a/am/m/manaus/lei-ordinaria/2010/140/1401/lei-ordinaria-n-1401-2010-dispoe-sobre-a-criacao-e-a-divisao-dos-bairros-da-cidade-de-manaus-com-estabelecimento-de-novos-limites-e-da-outras-providencias>

MANAUS. Lei nº 2.927, de 05 de julho de 2022. Dispõe sobre a estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (Semsu) e dá outras providências. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a1/am/m/manaus/lei-ordinaria/2022/293/2927/lei-ordinaria-n-29-27-2022-dispoe-sobre-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-semsa-e-d-a-outras-providencias?r=p>. Acesso em 11 de janeiro de 2023.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 9 n. 1: jan./mar., 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/585-Texto%20do%20artigo-2230-1-10-20200324%20(2).pdf>. Acesso em: 29 de mar. de 2020, p. 100.

MARQUES, E. et al. Assentamentos precários no Brasil urbano. Brasília: Centro de Estudos da Metrópole (Cebap), Secretaria Nacional de Habitação, MCidades, 2007.

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. A bioética da vida cotidiana como caminho para a compreensão da morte materna. Florianópolis, 2002. 145 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC, 2002.

MARTINS, RB, Vasconcelos MNG, Correa RG, Pontes MTCM. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. Cad Saúde Colet, 2022; Ahead of Print. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010245>

MASCARENHAS, Ana Cristina de Souza Serrano; PEREIRA, Graciele de Rezende Alves. A Violência Obstétrica Frente Aos Direitos Sociais Da Mulher. Revista Eletrônica de Estudos Jurídicos e da Sociedade. Guaxupé, v.6, n.1, p. 7-80, 2017. Anual. Disponível em: https://www.unifeg.edu.br/revista/artigos-docentes/2017/A_Violencia_Obstetrica.pdf. Acesso em: 09 jan de 2022.

MELO, Flavia. Ensaio por uma política etnográfica do contágio. Revista Humanidades e Inovação v. 7, n. 25-2020.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. ISBN: 978-85-06-04024-9 2015 Editora Melhoramentos Ltda.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NARVAZ, M.G & KOLLER, S.H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set/dez. 2006.

NHBPEP report on high blood pressure in pregnancy: a summary for family physicians. Zamorski MA, Green LA. Am Fam Physician. 2000 Jul 15;64(2):263-70, 216. PMID: 11476271.

OLIVEIRA, Francelma Lima Ramos de. Violência doméstica e implicações econômicas: um estudo sobre enlacs, negociações e ruptura. Dissertação Mestrado Profissional em Segurança

Pública, Cidadania e Direitos Humanos - Universidade do estado do Amazonas, Manaus, 2021. 97 f.: il.; 29cm.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde. Décima revisão. Manual de instrução (volume 2). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1994.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

ONU. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ORELLANA, J, Jacques N, Leventhal DGP, Marrero L, Moro'n-Duarte LS (2022). Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. PLoS ONE 17(10): e0275333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. OMS. Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1996.

RAMOS, S. C. de S. Análise de casos de mortes maternas em Manaus nos anos de 2001 a 2010 / Semírames Cartonilho de Souza Ramos - Manaus: UFAM, 2013.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

REIS, R. dos SANTOS, et al. Caracterização epidemiológica da mortalidade materna no estado do Amazonas. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.3, p. 9964-9979 may./jun. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/29332/23134>. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-032>.

RIBEIRO, Djamila. “Feminismo negro para um novo marco civilizatório”, SUR 24 (2016), acesso 2 Mar. 2023, <https://sur.conectas.org/feminismo-negro-para-um-novo-marco-civilizatorio/>

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RUTSTEIN, D. D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T. C. CHILD, C. G.; FISHMAN, A. P.; PERRIN, E. B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N Engl J Med, v. 294, n. 11, p. 582–588, 1976.

SALATA, Andre Ricardo e RIBEIRO, Marcelo Gomes. Boletim Desigualdade nas Metrôpoles. Porto Alegre/RS, n. 09, 2022 Disponível em: [<https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/>](https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/)

SEMSA. LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/localizacao-das-unidades-de-saude/>. Acesso em 12 de janeiro de 2022.

SEMSA. Prefeitura fortalece estratégias para redução dos índices de mortalidade materna em Manaus. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/noticia/prefeitura-fortalece-estrategias-para-reducao-dos-indices-de-mortalidade-materna-em-manaus/>. Acesso em 17 de março de 2023.

SENAD, UNIFESP, UNIAD, Universidade do Texas, Organização Mundial da Saúde e Projeto Genacis, 2007.

SILVA, B.M.G e AGUIAR, J. C. A violência obstétrica sob a perspectiva da análise comportamental do direito. Revista Direitos sociais e políticas públicas (UNIFABIBE). Disponível em:

www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/indexissn2318-5732-vol.8.n.1, 2020.

SILVA, B.M.G. e GEBER-CORRÊA, R. A experiência do estado do Amazonas no enfrentamento à violência obstétrica: um modelo dialógico reforçador da equidade de gênero. IN: Reflexos [livro eletrônico] : as mulheres e suas imagens no sistema de justiça / organização Ana Lúcia Stumpf Gonzáles...[et al.]. -- 1. ed. -- Brasília, DF : Associação Nacional dos Procuradores da República, 2023. ISBN 978-65-993102-3-2.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2013, v. 21, n. 3 [Acessado 7 Março 2023], pp. 711-718. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009>>. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009> .

TAKEMOTO, M.L.S., Menezes, M.d.O., Andreucci, C.B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M.M., Katz, L. & Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. Int J Gynecol Obstet. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>.

TANAKA, A. C. A. Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. Jornal da Redesaúde, n. 20, p. 5-8, maio de 2000.

TEIXEIRA, A. et al. 2021. Medicalização do parto: saberes e práticas / organização Luiz Antonio Teixeira ... et al - 1. ed. - São Paulo : Hacitec, 2021, 412 p.: 23 cm. (Saúde em Debate: 323)

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em: <http://fs.unb.br/images/Pdfs/Bioetica/DUBDH.pdf>

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia n° 38.668. Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

WHO. World Health Organization. Maternal mortality. Key facts. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. September, 19. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank, Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017 WHO, Geneva, 2019.



Nº do Caso

--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA				
1	Nome da Falecida			
2	Nº da Declaração de Óbito	2	Data do óbito	
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)		Nº	Compl
	Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência			UF
6	Tipo de seguro saúde			
7	Centro de Saúde	PSF/PACS	<input type="checkbox"/> sem cobertura	
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL				
Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.				
8	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal			
	Nome	Código CNES		
9	Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde /SUS	<input type="checkbox"/> Consultório convênio	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal
10	Idade gestacional na primeira consulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> SR
11	Idade gestacional na última consulta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> SR
12	Número de consultas pré-natal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> consultas	<input type="checkbox"/> SR	
13	A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
14	Já esteve grávida antes deste bebê?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
14.1	Número de gestações (inclusive esta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número de partos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número do abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SR
14.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos normais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos com fórceps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> partos cesáreos <input type="checkbox"/> SR
15	Foi considerada gestante de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
15.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
15.2	Com quantas semanas?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas <input type="checkbox"/> SR
15.3	Conseguiu ser atendida no PN de alto risco?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
15.4	Onde?			<input type="checkbox"/> SR
16	Foi internada durante a gestação?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
16.1	Quantas vezes?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> SR
16.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> SR
16.3	Com quantas semanas de gestação?			1ª internação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2ª internação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SR
17	Houve alguma emergência obstétrica?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
17.1	Qual o transporte utilizado?			<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outro, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
17.2	O transporte foi em tempo oportuno?			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR

18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:

<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional
<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Tireoideopatias
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)		<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		19 <input type="checkbox"/> SR

19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? Sim Não SR

19.1 Quais medicamentos usou?

20 Quadro da Assistência Pré-Natal

Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	Pressão arterial (mmHg)	Batimento cardíofetal (bpm)	Útero fita (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*

*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

20.1 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante? Sim Não SR

20.2 Faltou a alguma consulta de pré-natal? Sim Não SR

20.3 Se sim, foi realizada a busca ativa? Sim Não SR

21 Esquema de vacinação contra o tétano 1ª dose 2ª dose 3ª dose reforço imune SR

22 Foi realizada coleta para prevenção de câncer? Sim Não SR

23 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar? Sim Não SR

23.1 Se sim, qual o motivo?

24 Exames no pré-natal

Assinale o trimestre e anote o resultado	Trimestre			Resultados	SR
	1	2	3		
24.1 Hb/Ht					
24.2 Grupo sanguíneo ABO					
24.3 Fator RH					
24.4 Coombs indireto					
24.5 Glicemia de jejum					
24.6 Toxoplasmose – IgM					
24.7 Curva de tolerância à glicose					
24.8 Urina rotina					
24.9 Urocultura					
24.10 HbsAg					
24.11 Teste HIV					
24.12 VDRL					
24.13 Ultrassom					
24.14 Outros Exames					

25 Observações									
26 Responsável pela investigação									
Nome:					Profissão:				
ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA									
Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante									
27 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito									
Atenção Básica	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*	
Serviço de urgência/emergência									
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Pediatra; 3. Enfermeiro; 4. Outro									
28 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência?							<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
28.1 Por qual motivo?									
29 A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hiperdia, outros?)							<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
29.1 Especificar qual o programa									
30 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver									
31 Observações gerais									
32 Data do encerramento da coleta de dados				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
33 Responsável pela investigação									
Nome					Carimbo e rubrica				



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4		Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)	
		Nº	Compl
Bairro	Distrito/Povoado		Local
			<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência		UF
6	Tipo de seguro saúde		
INTERNAÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
<p>Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc). Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.</p>			
7	Estabelecimento onde ocorreu a internação		
Nome		Código CNES	
8	Tipo de hospital/maternidade		
		<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular
9	Data da internação	Hora da internação	SR
10	Procedência		
<input type="checkbox"/> domicílio no mesmo município		<input type="checkbox"/> encaminhada de outro hospital no mesmo município	
<input type="checkbox"/> domicílio em outro município		<input type="checkbox"/> encaminhada de hospital em outro município	
<input type="checkbox"/> transferida de outro hospital no mesmo município		<input type="checkbox"/> encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município	
<input type="checkbox"/> transferida de hospital em outro município		<input type="checkbox"/> encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município	
11	Motivo da internação – <i>Copie ou faça um resumo do motivo da internação</i>		
12	Hipótese diagnóstica registrada no prontuário		
<p>Registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inapropriados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessário, utilize o verso da folha.</p>			
13	Evolução e tratamento médico		
14	Anotações de enfermagem		
15	Anotações do anestesista		
16	Causa(s) da morte registradas no prontuário		
ASSISTÊNCIA AO PARTO OU ABORTO			
17	Data da última menstruação	SR	

18	Data provável do parto	____	____	____	____	____	SR	
19	Data do parto/aborto	____	____	____	____	Hora do parto/aborto	____	
20	Idade gestacional cronológica	____	semanas ou	____	meses	____	ignorada	
21	Esteve grávida antes deste bebê						<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
21.1	Número de gestações (inclusive esta):	____	Número de partos:	____	Número do abortos:	____	SR	
21.2	Tipo(s) de parto(s)	partos normais	____	partos com fórceps	____	partos cesáreos	____	
21.3	Filhos nascidos vivos (incluir este)	____	Filhos nascidos mortos	____				
22	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Gestação múltipla <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Tireotoxicose <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____						SR
23	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
23.1	Quais medicamentos usou?							
24	A gestação terminou em:	<input type="checkbox"/> aborto provocado <input type="checkbox"/> parto vaginal <input type="checkbox"/> não houve expulsão do embrião/feto <input type="checkbox"/> aborto sem menção de espontâneo ou provocado <input type="checkbox"/> parto forceps <input type="checkbox"/> aborto espontâneo <input type="checkbox"/> expulsão da mola hidatiforme <input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> aborto induzido permitido por lei <input type="checkbox"/> complicações por gravidez ectópica <input type="checkbox"/> SR						
25	O parto ou aborto ocorreu	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública				SR
		<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar	_____				
26	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea				SR
27	Profissional que fez/acompanhou o parto ou o aborto	<input type="checkbox"/> Médico obstetra <input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetrix <input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Médico não obstetra <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____						SR
28	Tempo de bolsa rota	____	horas	<input type="checkbox"/> Não se aplica				SR
28.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Com mecônio	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Fétido			SR
29	A gestação resultou em aborto?						<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
29.1	Qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto? – Pode ser assinalada mais de uma alternativa.	<input type="checkbox"/> amiu/sucção <input type="checkbox"/> substâncias cáusticas <input type="checkbox"/> micro-cesárea <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> curetagem <input type="checkbox"/> físicos (sondas,etc) <input type="checkbox"/> chás caseiros <input type="checkbox"/> drogas qual?						
29.2	Intercorrências do aborto	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> dor na barriga <input type="checkbox"/> infecção <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> perfuração <input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar <input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas <input type="checkbox"/> nenhum problema <input type="checkbox"/> tonturas/desmaio <input type="checkbox"/> tristeza/depressão <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro						
30	A gestação resultou em parto, após 22 semanas de gestação?						<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
30.1	Duração do trabalho de parto	____	horas				SR	

30.2	Intercorrências no trabalho de parto	<input type="checkbox"/> sem intercorrências	<input type="checkbox"/> TP prolongado	<input type="checkbox"/> sofrimento fetal
		<input type="checkbox"/> eclâmpsia	<input type="checkbox"/> obstrução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> corioamnionite
		<input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> hipertonia	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
30.3	Intercorrências no parto	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> laceração de partes moles	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> retenção placentário	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto ou aborto ocorridos em hospitalar/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 55.				
31	Estabelecimento onde ocorreu o parto	Nome _____ Código CNES: _____		
32	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
33	Data da internação	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Hora da internação	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
34	Condição à internação:	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)	
		<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____		<input type="checkbox"/> SR
35	Registros à admissão da gestante na maternidade:			
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Rota		<input type="checkbox"/> SR
36	Foram realizados na admissão:	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> SR
37	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR
38	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
39	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
40	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	Avaliação da mãe	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> hora/minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> hora/minuto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
41	Medicação utilizada:	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Misoprostol	<input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Meperidina	<input type="checkbox"/> Não usou medicação <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____ <input type="checkbox"/> SR
42	Se foi realizada cesárea, qual a indicação:	<input type="checkbox"/> Iterativa		<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> não se aplica, o parto foi vaginal	<input type="checkbox"/> duas ou mais cesáreas anteriores	<input type="checkbox"/> Prematuridade	
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> morte materna iminente ou post mortem	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	
	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez/eclâmpsia	
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrânio	<input type="checkbox"/> distocia funcional	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta/feto vivo	
	<input type="checkbox"/> prolapso de cordão	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> iminência e/ou rotura uterina	
	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		
43	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
43.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> SR
43.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR

43.3	Quem realizou a anestesia?	<input type="checkbox"/> anestesista	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR
43.4	Complicações da anestesia?	<input type="checkbox"/> sim, qual?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
44	Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?	<input type="checkbox"/> não foi necessário	<input type="checkbox"/> ligadura de artérias hipogástricas	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> histerectomia	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	
45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	<input type="checkbox"/> sim, recebeu	<input type="checkbox"/> sim, mas não recebeu	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
45.1	De que natureza?	<input type="checkbox"/> para de hemácias	<input type="checkbox"/> crioprecipitado	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> congelado de plaquetas	<input type="checkbox"/> outro
45.2	Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas		<input type="checkbox"/> SR
45.3	Qual a quantidade de bolsas administradas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bolsas		<input type="checkbox"/> SR
46	Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
47	Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> placenta acreta	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
48	Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
49	Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal
			<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
50	Intercorrências da alta até 42 dias pós termino da gestação.	<input type="checkbox"/> depressão puerperal	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal
			<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
51	Houve necessidade de UTI?	<input type="checkbox"/> sim, foi encaminhada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi encaminhada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
51.1	Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas		<input type="checkbox"/> SR
51.2	Se não foi encaminhada, por que não?			<input type="checkbox"/> SR
52	Condições de alta após o parto ou o aborto	<input type="checkbox"/> bom estado geral	<input type="checkbox"/> transferência para	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
53	Foi solicitada a necrópsia?	<input type="checkbox"/> sim, foi realizada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi realizada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO				
Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal.				
54	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento	
55	Índice de Apgar	<input type="checkbox"/> 1º minuto	<input type="checkbox"/> 5º minuto	<input type="checkbox"/> não se aplica, nasceu morto <input type="checkbox"/> SR
56	Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gramas		<input type="checkbox"/> SR
57	Observações gerais			
58	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
59	Responsável pela investigação			
Nome		Carimbo e rubrica		



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)	Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência	UF	
6	Nº do Cartão SUS	7	Equipe/PACS/PSF
8	Centro de Saúde/UBS	9	Distrito Sanitário/Administrativo
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
10	Nome do(a) entrevistado(a)		
10.1	Relação com a Falecida	<input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar	
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA			
11	Qual a idade da falecida? anos		
12	Qual era a raça/cor da falecida?	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
		<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> não sabe
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação)	<input type="checkbox"/> série	<input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe
13.1	Assinalar qual a escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
		<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Não frequentou a escola
		<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Não sabe
14	Ela vivia com um companheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
15	Qual o estado civil?	<input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável	<input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde?	<input type="checkbox"/> sim, qual?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
17	Quantas pessoas moram nesta casa?	<input type="checkbox"/> pessoas	<input type="checkbox"/> não sabe
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	<input type="checkbox"/> torneiras (pontos de água)	<input type="checkbox"/> não sabe
HISTÓRIA OBSTÉTRICA			
Para este bloco, excluir a gestação atual.			
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta?		<input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> não sabe
19.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos	<input type="checkbox"/> não sabe
19.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos com fórceps <input type="checkbox"/> partos cesáreos	<input type="checkbox"/> não sabe
20	Qual a data do último parto ou aborto		<input type="checkbox"/> não sabe
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?		
	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro
	<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> outra. Especificar

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

22 Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desnutrição	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Cirurgia, qual _____
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> D. pulmonar, qual _____
<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/> Câncer, qual _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Cadeirante	<input type="checkbox"/> Febre reumática	<input type="checkbox"/> Outra doença _____
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Acamado crônico	<input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental	<input type="checkbox"/> não sabe

23 Fazia algum tratamento? sim não não sabe

23.1 Qual? (Anotar todos que referir)

24 Ela menstruava? sim não não sabe

24.1 Sangrava muito durante o período menstrual? sim, por quanto tempo? não não sabe

24.2 Sangrava entre os períodos menstruais? sim, por quanto tempo? não não sabe

25 Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou? sim não não sabe

25.1 Em caso negativo, por que não? Queria engravidar Não tinha acesso ao serviço não sabe
 O serviço de saúde não tinha método Outra situação

26 Tinha as trompas ligadas (laqueadura)? sim não não sabe

GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

27 A gravidez foi única gemelar trigemelar ou mais não sabe

28 Quando ela morreu? Durante o aborto No parto, até uma hora após o parto
 Após o aborto No puerpério, até 42 dias do término da gestação
 Na gestação Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação
 Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer não sabe

29 Ela fez pré-natal? sim não não sabe

29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal? meses não sabe

29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta do pré-natal? meses não sabe

29.3 Quantas consultas fez no pré-natal? consultas não sabe

29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal
Código CNES

29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal cartão não disponível

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta

30 Foi considerada gestante de alto risco? sim não não se aplica não sabe

30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
30.2	Com quantas semanas?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas		<input type="checkbox"/> não sabe
30.3	Local do PN de alto risco			<input type="checkbox"/> não sabe
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
31.1	Quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> não sabe
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe		
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <input type="text"/> mês de gestação	
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
33.1	Quais medicamentos usou?	<input type="text"/>		
34	Se não fez pré-natal, por quê não?			<input type="checkbox"/> não se aplica
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?	<input type="text"/>		
35.2	Durante a gravidez apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> inchaço, onde <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro <input type="checkbox"/> dores de cabeça <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos) <input type="checkbox"/> outra		
PARTO OU ABORTO				
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> Não. Por que <input type="text"/>		
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	<input type="checkbox"/> não sabe
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais
		<input type="checkbox"/> não sabe		
38.3	Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.4	Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.5	Teve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.6	Teve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe

38.8	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe
38.9	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.10	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____		<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual? _____	<input type="checkbox"/> não sabe
38.11	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.12	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
38.13	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> pariu sozinha <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
38.14	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe
38.15	Após o parto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema	
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro	
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão		
39	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe
39.1	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.2	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> semanas		
39.4	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.5	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.6	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe
39.7	Qual foi a causa do aborto?				
39.8	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.9	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.10	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
39.11	Após o aborto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> nenhum problema	
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> outro	
		<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão		
40	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?				
41	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar	
41.1	Endereço do local do óbito				<input type="checkbox"/> não sabe
41.2	Nome do serviço de saúde onde faleceu				<input type="checkbox"/> não se aplica
				Código CNES _____	
41.3	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> outro		



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

--	--	--	--	--

Ficha de Coleta de Dados de Laudo de Necrópsia

Óbito Materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Número do Laudo de Necrópsia
	Data de emissão do Laudo
	Órgão Emissor do Laudo
	Município
5	Município de ocorrência do óbito
	UF
6	Causas da morte, que constam no Laudo de Necrópsia
7	Descrição do caso no Laudo e/ou informações relevantes da guia policial ou de encaminhamento do médico ou serviço de saúde
8	Exame macroscópico – transcrever os principais achados
9	Exame microscópico e/ou toxicológico – transcrever os principais achados
10	Data da coleta de dados
11	Responsável pela investigação
Nome	Carimbo e rubrica



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Síntese, conclusões e recomendações

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da Falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)	Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
Município de residência da família			UF
5	Nº do Cartão SUS	6	Equipe/PACS/PSF
7	Centro de Saúde/UBS	8	Distrito Sanitário/Administrativo
9	Município de ocorrência do óbito	UF	
Resumo do caso			
10	Fontes dos dados consultados	<input type="checkbox"/> Prontoúrio ambulatorial	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar
		<input type="checkbox"/> Prontoúrio hospitalar	<input type="checkbox"/> Entrevista com profissionais de saúde
		<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> IML
		<input type="checkbox"/> Autópsia verbal	
11	Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual)	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> Ign
12	Resultado das gestações anteriores	<input type="checkbox"/> abortos/perdas fetais	<input type="checkbox"/> partos vaginais (NV)
		<input type="checkbox"/> partos cesáreos (NV)	<input type="checkbox"/> Ign
13	Data da última menstruação	<input type="checkbox"/> Ign	
14	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal	
Nome	Código CNES		
Nome	Código CNES		
Nome	Código CNES		
14.1	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio
		<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal
		<input type="checkbox"/> Ign	
15	Número de consultas no pré-natal	<input type="checkbox"/> consultas	<input type="checkbox"/> Ign
16	Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal	<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses
17	Idade gestacional na última consulta do pré-natal	<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses
18	Foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco?	<input type="checkbox"/> Sim, qual?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
19	Estabelecimento de saúde onde foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
Nome	Código CNES		
20	Foi cadastrada no SISPRENATAL?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
21	Local do parto ou aborto:	<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Domicílio
		<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde
		<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde. Qual?
22	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
Nome	Código CNES		
22.1	Tipo de estabelecimento	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado conveniado
		<input type="checkbox"/> Privado não conveniado	<input type="checkbox"/> Filantrópico
		<input type="checkbox"/> Ign	
23	Idade Gestacional no momento do parto ou aborto	<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses
		<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Ign

24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito					
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> Ign			
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> Ign			
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente					
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original						
Parte I	a)						
	b)						
	c)						
	d)						
Parte II							
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
33	Quais campos e que alterações						
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
35	Foi descartado óbito materno após	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes					
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano)	<input type="checkbox"/> ignorado			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico direto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> declarado	<input type="checkbox"/> inconclusivo			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico indireto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> não declarado	<input type="checkbox"/> não obstétrico			
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso			Falha na assistência		
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3
39	Pré-natal	1	2	3	1	2	3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1	2	3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1	2	3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1	2	3

44	Assistência no hospital	1	2	3		1	2	3	
45	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3	
46	Causas externas					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
						2	2	3	
47	Organização do sistema/serviço de saúde					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
47.1	Cobertura da atenção primária					2	2	3	
47.2	Referência e contra-referência					2	2	3	
47.3	Pré-natal de alto risco					2	2	3	
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					2	2	3	
47.5	Central de regulação					2	2	3	
47.6	Transporte inter-hospitalar					2	2	3	
47.7	Bancos de sangue					2	2	3	
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> provavelmente evitável	<input type="checkbox"/> provavelmente inevitável	<input type="checkbox"/> Inconclusivo				
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso								
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Inconclusivo
49	Recomendações e medidas de prevenção								
49.1	Planejamento familiar								
49.2	Pré-natal								
49.3	Assistências ao parto								
49.4	Assistência na maternidade								
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS								
49.6	Assistência na urgência/emergência								
49.7	Assistência no hospital								
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde								
49.9	Outras								
50	Encaminhamentos								
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?								
	<input type="checkbox"/> Sim						<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda		
	<input type="checkbox"/> Não						<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê		
55	Data da conclusão da investigação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
56	Responsável	Carimbo e rubrica							



Planilha Municipal da Vigilância do Óbito Materno

Município _____ UF _____

Número de óbitos de mulheres em idade fértil:		Número e proporção de investigados:		Número de óbitos maternos:	
As quatro causas de morte mais frequentes foram:					
Os problemas identificados mais frequentes foram:					
As recomendações mais importantes são:					

Orientações Para problemas identificados: digitar 1= sim ou 0= não. Classificação de evitabilidade: utilizar os códigos da Lista brasileira – LB.

Problemas identificados após a investigação

1. Planejamento familiar	3. Assistência ao parto	5. Assistência no Centro de Saúde/UBS/PSF/PACS	7. Assistência no hospital	9. Causas externas
2. Pré-natal	4. Assistência na maternidade	6. Assistência na urgência/emergência	8. Dificuldades na família	10. Organização do sistema /serviço de saúde

Identificação do Óbito				Investigação do caso			Causa da morte										Classificação de evitabilidade								
Número do caso	Número da DO	Data do óbito	Idade	Local de ocorrência (município, distrito, ESF)	Local de realização do pré-natal	Local do parto ou aborto	Causa da morte na DO original	Causa da morte após a investigação	Óbito materno obstétrico				Problemas identificados												
									Direto	Indireto	Obstétrico tardio	Não obstétrico	1	2	3	4		5	6	7	8	9	10		



--	--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da falecida
2	N° da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)
	N°
	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado
	Local
	<input type="checkbox"/> urbano
	<input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência
	UF
6	N° do Cartão SUS
7	Equipe/PACS/PSF
8	Centro de Saúde/UBS
9	Distrito Sanitário/Administrativo
OCORRÊNCIA	
10	Local de ocorrência do óbito
	Nome do estabelecimento
	Código CNES
11	Município de ocorrência
	UF
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO	
12	A falecida estava grávida no momento do óbito?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13	A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 – Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.	
14	Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.
15	Data da investigação
16	Responsável pela investigação
Nome	Carimbo e rubrica