

SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO

PROJETO DE LEI : 001018192 DE 1992

02 - 147

NATUREZA : PL

01-0181/92-0 DE 09/06/92

PROMOVENTE: EXECUTIVO

DRA LUIZA ERUNDINA DE SOUZA

OFICIO ATL : 235 / 92

EMENTA :

Institui no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna, e dá outras providências.

INDICE :

COMITE DE MORTALIDADE MATERNA
INDICE DE MORTALIDADE MATERNA
MORTALIDADE MATERNA
PROGRAMA DE PREVENCAO A MORTALIDADE MATERNA

OBSERVAÇÕES :

CNC Solutions
Tipo: Processo Legislativo
21/10/2010 13:42:01

00000010378-03



ARQUIVADO EM 28/12/92

CHEFE DA SEÇÃO

LUIZA ERUNDINA DE SOUZA
Coordenadora Técnica (1)



Prefeitura do Município de São Paulo
São Paulo, 28 de maio de 1992

Folha no. 182 de proc.
no. 182 de 1992
Paulo Seiti Kobayashi

GABINETE DO PREFEITO

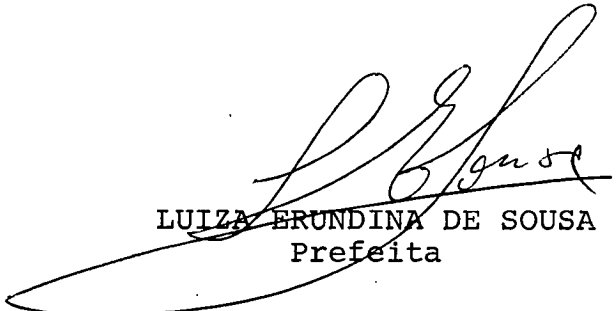
Ofício A. J. L. n.º 235/92

Processo nº 10-003.430-92*74

Senhor Presidente

Tenho a honra de encaminhar a Vossa Excelência, acompanhado da respectiva exposição de motivos, a fim de ser submetido ao estudo e deliberação dessa Egrégia Câmara, o incluso projeto de lei, que institui, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna, e dá outras providências.

Aproveito a oportunidade para reiterar a Vossa Excelência os protestos de minha alta consideração.


LUIZA ERUNDINA DE SOUSA
Prefeita

Anexos: projeto de lei, exposição de motivos e cópias xerográficas de fls. 8/17, 28/39, 71/72, 73, 116/117 e 118 do processo nº 10-003.430-92*74.

A Sua Excelência o Senhor Doutor Paulo Seiti Kobayashi
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo
EVC/fsc



DIGITADO
A. T. M. *lavar*

Folha no	02	de proc
no	181	de 1992
<i>Adelise</i>		

PROJETO DE LEI

01 - FL
01-0181/92-0

LIDO HOJE
AS COMISSÕES DE 09 JUN 1992
<i>CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA</i>
<i>POL. URBANA, METR. MAMB.</i>
<i>ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA</i>
<i>SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL E FAMILIA</i>
<i>FINANÇAS E ORÇAMENTO</i>
<i>[Signature]</i>
PRESIDENTE

Institui, no âmbito da
Secretaria Municipal da Saúde,
o Programa de Prevenção à
Mortalidade Materna e os
Comitês de Mortalidade
Materna, e dá outras
providências.

A Câmara Municipal de São Paulo

DECRETA:

APROVADO EM 1ª DISCUSSÃO
VOLTA A 2ª DISCUSSÃO
04 NOV 1992
<i>[Signature]</i>
PRESIDENTE

APROVADO EM 2ª DISCUSSÃO A SANÇÃO
04 DEZ 1992
<i>[Signature]</i>
PRESIDENTE

Art. 1º. - Fica instituído, no âmbito da
Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à
Mortalidade Materna.

Art. 2º. - O Programa de Prevenção à
Mortalidade Materna tem por finalidade:

- I - Conhecer os reais índices de
mortalidade materna do Município de São Paulo;
- II - Caracterizar os aspectos ligados à



Folha no	03	de proc
no	181	de 1992
Adeline		

assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices referidos no inciso I;

III - Pesquisar as principais causas da mortalidade materna;

IV - Assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna.

Art. 3o. - A fim de dar execução ao Programa instituído por esta lei, ficam criados Comitês de Mortalidade Materna no Município de São Paulo, com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria, sendo:

I - 1 (um) Comitê Central, instalado no Gabinete do Secretário Municipal da Saúde;

II - Comitês Regionais, instalados nas Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde.

Art. 4o. - O Comitê Central de Mortalidade Materna terá função precipuamente normativa e será composto de 8 (oito) membros titulares e respectivos suplentes, a serem designados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante indicação das instituições ou setores da sociedade civil, da seguinte forma:

I - Um representante da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP;

II - Um representante do Conselho



Folha n.º	24	de proc
n.º	184	de 1992
Adeline		

Regional de Medicina - CRM;

III - Um representante do Movimento de Mulheres;

IV - Um representante da Rede Hospitalar Municipal;

V - Um representante do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal da Saúde - CEPI;

VI - Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal da Saúde;

VII - Um representante do Conselho Municipal de Saúde;

VIII - um representante da área jurídica.

Art. 5o. - Os Comitês Regionais de Mortalidade Materna atuarão basicamente junto aos Serviços Ambulatoriais, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica, Hospitais Municipais e Conveniados, e serão compostos por 6 (seis) membros titulares e respectivos suplentes, a serem designados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante indicação das unidades administrativas e setores da sociedade civil, da seguinte forma:

I - Um médico obstetra do Hospital Municipal;

II - Um representante da área de informação do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI;



Folha no	05	de proc
no	181	de 1992
Adeline		

III - Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Administração Regional de Saúde ou do Distrito de Saúde;

IV - Um representante do Movimento de Mulheres;

V - Um representante do Movimento de Saúde;

VI - um representante da área jurídica.

Art. 6o. - Os membros dos Comitês de Mortalidade Materna terão um mandato de 2 (dois) anos, renovável por uma única vez e por igual período, sem direito a qualquer remuneração.

Parágrafo único - O membro titular que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) alternadas, em cada ano, será substituído mediante indicação da respectiva instituição ou setor da sociedade civil que o indicou.

Art. 7o. - Os Comitês de Mortalidade Materna terão um Presidente e um Secretário, eleitos entre os seus membros, com mandato de 2 (dois) anos, admitindo-se a reeleição por uma única vez e por igual período, sem direito a qualquer remuneração.

Art. 8o. - Os Comitês de Mortalidade Materna terão como instrumental básico de trabalho e metodologia:

I - O rastreamento dos atestados de óbitos de todas as mulheres com idade de 10 (dez) a 49



Folha no	06	de proc
nº	184	de 1992
Adeline		

(quarenta e nove) anos, ocorridos no Município de São Paulo;

II - A investigação dos óbitos por causas maternas e daqueles cujos atestados contenham apenas a causa básica do óbito e que possam estar relacionados com complicações da gravidez, do parto, puerpério ou aborto;

III - A análise dos prontuários de assistência ao pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério;

IV - As entrevistas domiciliares com a família da falecida.

§ 1o. - Para efeito do disposto neste artigo serão considerados, inclusive, os óbitos de mulheres não residentes no Município de São Paulo.

§ 2o. - Para o cálculo do coeficiente da mortalidade deverão ser consideradas as mortes de mulheres residentes no Município de São Paulo (numerador do coeficiente) e o número de nascidos vivos da população residente.

§ 3o. - Os procedimentos previstos nos incisos II e III deste artigo poderão efetivar-se em instituições de saúde não integrantes da rede municipal, desde que contem com a expressa concordância de seus representantes legais.

§ 4o. - Os procedimentos previstos nos incisos II, III e IV deste artigo, bem como outros que se fizerem necessários, serão realizados por profissionais de saúde, integrantes da Assessoria de Saúde da Mulher e do



Folha n.º	07	de proc
n.º	181	de 1992
Adeline		

Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI, da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 9o. - Ao Comitê Central de Mortalidade Materna caberá:

I - Expedir normas com vistas a uniformizar a atuação dos Comitês Regionais;

II - Realizar diagnóstico da situação da Mortalidade Materna no Município de São Paulo, a partir dos elementos fornecidos pelo Comitê Regional, previstos no artigo 10 desta lei;

III - Informar os órgãos competentes sobre os resultados do trabalho desenvolvido;

IV - Encaminhar as conclusões ao Secretário Municipal da Saúde;

V - Oficiar aos Conselhos Profissionais, no caso de suspeita de responsabilidade de profissionais na morte materna investigada, sem prejuízo da adoção, pelo Secretário Municipal da Saúde, das medidas disciplinares cabíveis.

Art. 10 - Aos Comitês Regionais de Mortalidade Materna caberá, com base nos dados apurados através dos procedimentos previstos no artigo 8o., ou outros eventualmente efetivados:

I - Manifestar-se conclusivamente sobre a evitabilidade da morte investigada;

II - Manifestar-se sobre a eventual responsabilidade institucional, bem como sobre as causas



Folha no.	08	de proc
no.	181	de 1991
Adeline		

sociais, econômicas e culturais que influíram na morte materna;

III - Propor medidas visando a melhoria da qualidade dos serviços.

Art. 11 - Os Comitês de Mortalidade Materna poderão solicitar assessoramento jurídico da Procuradoria Geral do Município, da Secretaria dos Negócios Jurídicos, bem como de outras Assessorias Técnicas, sempre que se fizer necessário.

Art. 12 - Ficará a critério de cada Comitê o local, duração e periodicidade das reuniões ordinárias, bem como a realização de reuniões extraordinárias, observadas as normas gerais expedidas pelo Comitê Central.

Art. 13 - Às despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 14 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

EVC/sffs



Folha no.	09	de proc
no.	181	de 1992
Adelina		1

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O presente projeto de lei objetiva instituir, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e criar Comitês de Mortalidade Materna.

A medida legislativa aqui proposta reveste-se de elevado alcance social e reflete a preocupação deste governo municipal, em face do alarmante índice de mortalidade materna no Município de São Paulo, revelados por estudos estatísticos, qual seja 99/100.000 n.v., levando-se em conta a constatação de que 96% (noventa e seis por cento) de tais mortes poderiam ser evitadas.

O combate à mortalidade materna, que alcançava índices extremamente elevados, motivou, já há mais de dois séculos, nos países europeus, uma maior preocupação dos seus governantes no sentido de aperfeiçoar o atendimento médico à mulher, o que, associado à melhoria de qualidade de vida naqueles países, resultou em sensível queda daqueles índices. O mesmo exemplo pode-se invocar, considerando a experiência dos Estados Unidos nesta questão de saúde pública, onde foi criado o primeiro Comitê de Mortalidade



Folha no	10	de proc
no	181	de 1992
Adelino		

Materna, já no ano de 1931. A finalidade precípua do Comitê de Mortalidade Materna foi a de estudar individualmente cada morte, com a avaliação de cada fator e a responsabilidade dos diversos setores. Esses comitês foram se multiplicando e vieram a desempenhar papel determinante na redução paulatina dos índices de mortalidade materna naquele país.

No Brasil, a experiência do Comitê de Mortalidade Materna, na Cidade de Ribeirão Preto, tem-se mostrado altamente produtiva, revelando os fatores causadores de morte materna, considerando as condições diversas dos municípios de onde procedem as pacientes, e indicando as medidas necessárias à redução daquelas mortes.

No âmbito do Município de São Paulo, pretende-se, com esta iniciativa, a instituição do Programa de Prevenção à Mortalidade Materna, com a finalidade de conhecer os reais índices de mortalidade materna; caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos ^xinstitucionais, sociais, econômicos e culturais, que influem nesses índices; pesquisar as principais causas dessas mortes; além de assessorar as instituições responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, quanto às providências necessárias à redução de óbitos maternos.

A fim de dar execução ao referido Programa, propõe-se a criação de Comitês de Mortalidade Materna, um central, com preponderante função normativa, e



Folha no	11	de proc
no	181	de 1992
Adeline		

unidades regionais, a atuarem, basicamente, junto aos Serviços Ambulatoriais, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica, Hospitais Municipais e Conveniados.

• Os referidos comitês terão caráter ético, técnico, educativo e de assessoramento, e serão compostos especialmente por representantes da área de saúde, contando com a participação de entidades e movimentos da sociedade civil.

Cabe ressaltar que a matéria objetivada no projeto de lei em foco tem por fundamento, considerada a competência municipal, o disposto no Capítulo II da Lei Orgânica do Município, em especial nos artigos 213, 215, "caput", e 216, inciso VI, abaixo transcritos:

"Art. 213 - O Município, com a participação da comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante:

I - políticas que visem ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, a redução e a busca da eliminação do risco de doenças e outros agravos, o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho;

II - acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade;

III - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e



Folha no.	12	de proc
no.	187	de 1992
Adeline		

recuperação da saúde."

"Art. 215 - As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Município dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

....."

"Art. 216 - Compete ao Município, através do sistema único de saúde, nos termos da lei, além de outras atribuições:

.....

VI - assegurar à mulher a assistência integral à saúde, pré-natal, no parto e pós-parto, bem como nos termos da lei federal, o direito de evitar e interromper a gravidez, sem prejuízo para a saúde, garantindo o atendimento na rede pública municipal de saúde;

.....".

Ainda mais, cumpre ressaltar que sobre a matéria consubstanciada na propositura, ora encaminhada a essa E. Câmara, foi consultado, através dos ofícios 1385/91-SGM/GAB e 53/92-SGM/G, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que se manifestou através do Parecer-Consulta no. 34.435/91, aprovado em reunião plenária realizada em 27 de janeiro de 1992, sendo que a colaboração oferecida pela entidade foi acolhida na elaboração do



Folha n.º	13	de proc
n.º	181	de 1992
Adeline		

projeto de lei, em especial no § 4o. do artigo 8o., que reserva aos profissionais de saúde integrantes da Assessoria de Saúde da Mulher e do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI, da Secretaria Municipal de Saúde, os procedimentos previstos nos incisos II, III e IV do artigo 8o.

Com as razões acima expostas e, com o objetivo de contribuir para sanar esse grave problema de atendimento de saúde pública no Município de São Paulo, encaminho esta propositura a essa Colenda Casa de Leis, confiando no senso público elevado de seus ilustres membros.

Acompanham cópias xerográficas ilustrativas do assunto.

EVC/fsc

Folha n.º 14 do proc.
n.º 131 de 1991
Adilino

Folha n.º 08 do proc.
n.º 01/109/SM5.5/91
Nadya
NADIA MARIA ABRU VIANNA DA SILVA
Chefe de Seção II
P.G.M. G

100034308274

Paulo Rodrigues Jr.
Eng. Autuação/SAB

**COMITÊS DE MORTE MATERNA NOS ESTADOS UNIDOS
E INVESTIGAÇÕES CONFIDENCIAIS DE MORTES
MATERNAS DA INGLATERRA E PAÍS DE GALES
(texto preliminar)**

Anna Volochko

João Vallen Chami

Folha nº 15 de prod
nº 181 de 1992
Adilina

Folha nº 09 do prod
nº 01-22/09/8ms G/P
NADJA MARIA ABREU VIANA DA SILVA

INTRODUÇÃO

A morte de mulheres durante a gestação, parto ou puerpério constitui-se numa tragédia pessoal, familiar e social que horroriza e emociona pelas suas características - envolve mulheres jovens, na plenitude da vida; pelas suas consequências - deixa crianças pequenas sem o carinho e cuidado maternos; e especialmente, pelo fato de ser potencialmente evitável na grande maioria dos casos.

Os médicos sempre se preocuparam e se incomodaram com as altas taxas de mortalidade materna com a qual conviviam. A febre puerperal ceifava milhares de vidas femininas por ano, e constituiu-se no maior terror das mulheres em idade fértil. Os médicos nos séculos XVIII e XIX. Essa endemia, cujo mecanismo foi desvendado por Semmelweis na Europa e por Lister na Inglaterra, obrigou os cirurgiões a rever seus comportamentos e a adotar estritas medidas de higiene e antissepsia pessoais e das pacientes.

A partir do século XX iniciou-se uma melhoria geral na qualidade de vida e de saúde das populações da Europa e Estados Unidos, que logo se refletiu numa queda da mortalidade materna. Entretanto, ela era ainda demasiadamente alta, tendo em vista o caráter evitável de muitas mortes.

Os primeiros Comitês de Morte Materna foram instalados em 1931 na Filadélfia e, em 1932, em Nova Iorque, Estados Unidos. De lá para cá seu número se multiplicou, cresceu e diminuiu. Muitos trabalhos sobre a história, composição, achados, recomendações, limitações e impactos dos Comitês sobre a mortalidade materna foram publicados. Sua influência espalhou-se pelo Canadá e Israel onde comitês semelhantes foram instalados.

Do outro lado do Atlântico, na Inglaterra, a onda social democrata que varreu a Europa no pós-guerra instaurou o Estado de Bem Estar Social que, entre outros benefícios sociais, estatizou e unificou os serviços de saúde, criando o Serviço Nacional de Saúde, que passou a operar a partir de 1949.

A Inglaterra apresentava então mortalidade materna maior do que alguns de seus vizinhos - Escócia, Holanda e países escandinavos. A preocupação era diminuir imediatamente o número de mortes. Em 1952, iniciou-se a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas da Inglaterra e País de Gales, cujo relatório foi publicado anos depois. Essas investigações continuam até hoje, com a publicação de relatórios trienais, o último dos quais, o décimo-primeiro, se refere ao período 1982-84.

Essas experiências ilustram maneiras distintas de estudar e atuar sobre a Mortalidade Materna. Sua duração (58 anos nos EUA e 37 anos na Inglaterra), produção e inúmeras avaliações feitas, tornam imperativo o conhecimento, análise, reflexão e discussão do alcance e limitações que esses estudos tiveram historicamente sobre a profissão médica e sobre os serviços obstétricos.

Egito Villen Chami
Aracaju, A. T. L.

Folha nº 16 de proc. nº 181 de 1992
Adelina

Folha nº 10 de proc. nº 109/SmS.6/91
Nadya

OS COMITÊS DE MORTE MATERNA NOS ESTADOS UNIDOS

Datas Históricas

NADJA MARIA ABRUJO VIANA DA SILVA
Chefe de Seção II

F.G.M. G

1917 - O Comitê de Saúde Pública da Academia de Medicina de Nova Iorque se preocupa com a mortalidade puerperal. Kosmak diz: *"embora a mortalidade por doenças evitáveis venha se reduzindo progressivamente, as mortes puerperais estão estacionárias"*. Cria-se um grupo para estudar o tema. Quando se reúne os dados disponíveis verifica-se que são incompletos e imprecisos.

1920 - O Comitê Nacional do Bem Estar Materno é criado para estimular a análise das mortes maternas em cada estado, município e comunidade, e preveni-las através de ações educativas voltadas aos leigos, às equipes hospitalares, à comunidade e aos médicos.

1927 - O Departamento de Estatística Vital e a Secretaria de Saúde da Cidade de Nova Iorque iniciam a coleta de atestados de óbitos de mortes puerperais. Logo se abandona o projeto porque os dados não são significativos.

1928 - O Comitê de Saúde Pública de Nova Iorque decide realizar estudo sobre os problemas de saúde obstétrica da cidade. A pesquisa inicia-se em janeiro de 1930 e dura 3 anos.

1930 - A Associação Médica da Filadélfia cria o Comitê do Bem Estar Materno que implanta o Comitê de Estudos de Morte Materna, presidido por Williams.

1933, 1934 e 1935 - Publicação dos resultados do "Estudo sobre as mortes puerperais em Nova Iorque: 1930-1932"; "Relatório do Comitê de Mortes Maternas de Filadélfia: 1931-1933" e o "Estudo da Mortalidade Materna de Sete Cidades da Costa do Pacífico: 1933-1934", que causam grande impacto sobre os obstetras da época.

1948 - A Associação Médica Americana cria o Comitê sobre Saúde Materna e da Criança.

1957 - O Comitê sobre Saúde Materna e da Criança, da AMA, publica o Guia de Referência para Estudos de Morte Materna, revisto e reeditado em 1964.

Origem dos Comitês de Morte Materna

No fim dos anos 20 a mortalidade materna americana era bem maior que a européia, fato preocupante para os obstetras americanos. Williams, professor de obstetrícia no Philadelphia General Hospital acreditava que ela somente seria reduzida se cada morte materna fosse estudada, caso por caso, com avaliação cuidadosa dos fatores que concorriam para o óbito, o grau de evitabilidade de cada fator e a responsabilidade dos diversos setores.

Em 1931 iniciou-se a revisão das mortes maternas ocorridas no hospital, em discussões de caso, públicas. Além dos médicos que trataram das pacientes e da equipe obstétrica do hospital, convidavam-se também residentes, internos e alunos dos 4º e 5º anos de Medicina, além de médicos visitantes.

Egle Oulien Chami

Folha nº 17 da proc.
nº 131 de 1992
Adelina

Folha nº 11 do proc.
nº 109/SMSC/71
NADJA MARIA ABREU DIAS DE SILVA

O Dr. Williams, presidente do Comitê, era um homem carismático, que transformou as sessões de discussão de caso em verdadeiros eventos clínicos. O médico encarregado pela apresentação postava-se frente à audiência e respondia às questões e críticas formuladas pelos participantes. Todos os promenores eram discutidos e não escapava nenhum erro por omissão ou intervenção. Interpelava-se o descumprimento de normas vigentes; a adequação do raciocínio clínico adotado; erros técnicos cometidos. Esperava-se uma discussão livre e franca e "embora o clima dos encontros fosse o de um tribunal, os objetivos eram educativos e não punitivos".

Usou-se a metodologia do estudo de mortes puerperais de Nova York. Adaptou-se a planilha padrão da Divisão da Criança do Departamento de Trabalho Americano para a coleta de dados. As informações eram complementadas por entrevistas com médicos envolvidos nos cuidados com a paciente. Os dados de identificação eram omitidos. O Comitê julgava-se a morte era obstétrica ou não, se evitável ou não. Caso fosse considerada evitável, decidia-se que fatores poderiam ter sido evitados e atribuía-se a responsabilidade pela morte a uma das quatro categorias seguintes: 1) médico; 2) paciente; 3) família e 4) inevitáveis.

Em 1934 foram publicados os resultados referentes ao período de 1931 a 1933. A franqueza e a transparência das discussões e recomendações acarretou a Williams uma série de antagonismos e objeções, às quais ele retrucou: "Deve-se inicialmente desenvolver uma consciência geral para a questão obstétrica e só então a consciência obstétrica se desenvolverá".

Em 1934 o Comitê se estabeleceu como um programa de cooperação mútua entre a equipe do hospital e a Associação Médica local. Todo mês o representante de um dos hospitais da Filadélfia apresentava, voluntariamente, o relatório completo sobre as mortes maternas ocorridas em seu hospital. Cada caso era preliminarmente discutido pelos médicos envolvidos, e uma causa provisória era estabelecida. Às vezes, o diagnóstico sugerido pela equipe do hospital não era aceito pelo Comitê. Williams, presidente do Comitê até 1940, decidiu transformar as discussões em "fóruns mensais de debate". Esses encontros, repetidos mensalmente, logo revelariam uma grande porcentagem de fatores evitáveis. Tornou-se evidente que "muita obstetrícia ruim vinha sendo praticada".

Medidas foram tomadas para evitar operações obstétricas desnecessárias e o uso abusivo de medicamentos e intervenções por médicos pouco qualificados. Os hospitais modificaram os regulamentos das maternidades definindo melhor os deveres e privilégios da equipe obstétrica. Em muitos hospitais, para a realização de cesarianas, era obrigatória a discussão prévia entre a equipe.

Gradualmente, essa abordagem analítica espalhou-se. Residentes e médicos visitantes, com especialização na Filadélfia, organizaram comitês nos locais onde se estabeleciam.

O Comitê de Saúde Materna e da Criança, da AMA, reconhece a contribuição dos Comitês para a redução da mortalidade materna nos estados onde os estudos eram realizados e lamenta a multiplicidade nas definições, que tornava impossível qualquer comparação. Em 1955 a AMA organiza uma Conferência Nacional para formular um guia de estudos de mortalidade materna

Es. Oulton Chami

Fólia n.º 18 de proc
n.º 131 de 19 92
Adelina

Folha n.º 12 do livro
n.º 109 / Sm. 56/9/46
NADJA MARIA ABRAHAM DA SILVA
P.G.M. 6

zizar as definições e metodologias, tendo o Dr. Williams como consultor especial. Esse publicado em 1957.

so inicial, segundo esse Guia, seria estabelecer canais de cooperação entre a ção Médica e o respectivo Departamento de Saúde. A Divisão de Estatística Vital do mento de Saúde identificaria a morte materna e a comunicaria ao Comitê que iniciaria ção coletando as informações pertinentes, através de questionário, ou de entrevistas. As fontes seriam os médicos que trataram da paciente e os prontuários hospitalares. laudos de necrópsia, resultados de exames, etc. Completado o protocolo eliminar-se-ia a comunicação do caso e se procederia à análise.

cada de 30 apenas 10 estados e o Distrito Federal possuíam comitês ativos. Durante 40 e 50 mais de 13 e 15 estados, respectivamente, iniciaram atividades. Em 1968, 44 estados e Distrito Federal possuíam comitês ativos. 38 dos Comitês estaduais trabalhavam sem interrupções. Seis interromperam suas atividades durante algum tempo. Um de suas atividades em 1958. O tempo de latência entre a criação do comitê e o início do trabalho ativo variou de 2 a 9 anos. Em Nebraska ele somente começou a funcionar depois de aprovada uma legislação protegendo os médicos.

estados também possuem comitês locais. A Flórida possui um comitê nos municípios em número não especificado. Illinois, Maryland e Missouri têm dois comitês. Michigan 3. Califórnia, 5. Ohio, 6. Nova Iorque tem 1 comitê para cada município. A Pensilvânia possui comitês locais e nenhum estadual.

o mais importante dos comitês é o de que muitas mortes maternas são evitáveis, pode ver abaixo.

COMITÊS	DURAÇÃO	PREVENIBILIDADE
Ohio	10 anos	64,6%
Rhode Island	5 anos	59,0%
Mississippi	1 ano (1957)	90,0%
South Carolina	1 ano (1964)	52,7%
Indiana	1 ano (1964)	66,6%
Califórnia	2,5 anos	79,0%

ter educativo e formador dos comitês é sempre enfatizado. Muitos dos estudos de utilizados nas discussões clínicas com residentes e equipes obstétricas em geral. A de trabalhos, relatórios e recomendações dos comitês influenciou médicos e obstétricos mesmo nos estados que não os tinham, e impulsionou o desenvolvimento da obstetrícia.

medir a contribuição dos Comitês na redução da Mortalidade Materna. Williams que a mortalidade na Filadélfia, no ano de início do Comitê em 1931, era de 68/10.000 em 1940, para 23/10.000. É importante lembrar que essa queda ocorreu antes do

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha n.º 19 da proc.
n.º 121 de 19 92
Adelina

13 13
n.º 109/8ms 6/91
Nadya
NADJA NADJA ADRIANA DA SILVA
Chefe de Seção II

evento da sulfa, antibióticos e bancos de sangue. Ao se avaliar a prevenibilidade e a responsabilidade, muitos erros e inadequações de tratamento são revelados e discutidos, sugerindo-se alternativas mais seguras.

As principais causas terminais encontradas pela maioria dos comitês são toxemia, hemorragia e septicemia. É inestimável a contribuição dos comitês para a prevenção dessa tríade, através das recomendações de pré-natal precoce; hierarquização dos serviços obstétricos; instalação de bancos de sangue permitindo reposição imediata, da participação no uso das intervenções cirúrgicas no parto; padronização do equipamento mínimo das salas de partos e salas cirúrgicas e melhoria dos serviços anestésicos e de emergência.

Nos estados onde o aborto foi legalizado (Nova Iorque, Massachusetts, Califórnia) os Comitês foram os primeiros a divulgar a redução da mortalidade materna devido à sepsis pós aborto. Em 1967, antes da legalização do aborto na Califórnia, foram realizados 518 abortos legais e a mortalidade por abortamento séptico foi de 10/100.000 nv. Em 1969, foram realizados 15.314 abortos legais e a mortalidade caiu para 6/100.000 nv. Em Nova Iorque a mortalidade materna, que era de 54/100.000 nv nos 6 meses anteriores à legalização, caiu para 26/100.000 nos 6 meses posteriores.

A mortalidade materna decresceu paulatinamente. Em 1915 era 600/100.000 nv e 1.000/100.000 nv entre mulheres brancas e não brancas. Em 1960 reduziu-se para 25/100.000 e 101/100.000 respectivamente. Nos anos 70 o valor médio foi de 10/100.000, que tem permanecido estável até a década de 80.

Face a esses dados alguns comitês postulam que se alcançou um "patamar irredutível" a partir do qual as reduções seriam extremamente improváveis.

Desde então, o número de comitês começou a diminuir, face aos cortes no seu financiamento por parte dos órgãos públicos. Em 1975, dos 45 comitês de 1968, estavam ativos apenas 38.

A análise das publicações dos comitês mostra que sua orientação era primariamente clínica. Faltava-lhes o enfoque básico de saúde pública. Muitos não se dão conta, face aos números absolutos pequenos, que a mortalidade é ainda elevada se comparada aos países europeus; que alguns segmentos da população têm um risco relativo 4 vezes maior do que outros, e que a proporção de mortes evitáveis tem crescido, em vez de diminuir.

Autores mais lúcidos recomendam a avaliação da estrutura e função dos Comitês com a incorporação de anestesistas, epidemiologistas e especialistas em saúde pública para a elaboração de análises e propostas mais abrangentes que envolvam, além dos departamentos de obstetrícia, os serviços de saúde como um todo e os equipamentos sociais disponíveis.


Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha n.º 20 de proc.
n.º 181 de 1992
Adelino

14 de Set
n.º 107/8ms-6/91.48
Nadya
ADJ. MARIA 78011 VIAN DA SILVA
Chefe de Seção

INVESTIGAÇÕES CONFIDENCIAIS DE MORTES MATERNAS DA INGLATERRA E PAIS DE GALES

A história da Inglaterra é bem diversa. O país é menor, a estatização, unificação e universalização dos serviços de saúde sob o National Health Service favorece a implantação de programas como o da Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas, que se inicia em 1952.

É necessário aqui abrir um parêntesis para descrever rapidamente a organização dos serviços de saúde ingleses. (ver Quadro I, Anexo B)

Em cada Area Health Authority o supervisor dos serviços de saúde materna, especialista em saúde pública, identifica as mortes de mulheres em idade fértil e, caso se confirme a gestação, preenche um questionário padronizado através de entrevistas com os profissionais que prestaram assistência pré-natal, natal e puerperal. A seguir, convoca o grupo de assessores (obstetras, generalistas, patologistas, pediatras, anestesistas) que julga pertinente e, juntos, avaliam o caso quanto à causa terminal, à causa básica, classificam se a morte foi obstétrica direta, indireta ou não associada, julgam a evitabilidade e a responsabilidade, elaborando um relatório provisório. Esse relatório, juntamente com o questionário e os dados necessários, é enviado ao Ministério da Saúde onde, outro grupo assessor, revê o caso e dá o veredito final.

A cada triênio é publicado um relatório global que revê sucintamente os dados anteriores e coloca os dados atuais em perspectiva. Descreve detalhadamente os dados encontrados, analisando as mortes evitáveis e as responsabilidades. Finalmente, faz uma avaliação sobre o cumprimento das recomendações dos relatórios anteriores e dos atuais, não somente sobre os serviços médicos mas sobre os serviços sociais, bem como sobre aspectos a serem enfatizados nos próximos estudos.

Esse estudo apresenta alguns aspectos importantes:

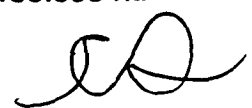
1º) A mortalidade materna é expressa como uma taxa = número de mortes por nascidos vivos. Neste estudo o denominador usado é o dos nascimentos totais (nascidos vivos + nascidos mortos), dificultando a comparação com outros países. (Ver Anexo C)

2º) A duração do estudo (37 anos) possibilita a análise da tendência secular da mortalidade e a reavaliação das recomendações.

3º) A incorporação de enfoques epidemiológicos que possibilite intervenções globais na organização dos serviços de saúde e de serviços sociais.

4º) O estudo é usado como um dos instrumentos de planejamento e financiamento das ações de saúde materna, possuindo um grande poder para alterar rotinas consideradas arriscadas.

No triênio 1952-54 foram analisadas 1094 mortes obstétricas diretas e 316 mortes obstétricas associadas. O total de nascimentos (vivos e natimortos) foi de 2.070.275 e a cobertura da investigação foi estimada em 77%. A taxa de mortalidade materna foi de 52,6/100.000 nt.


Egle Villen Chami
Assessora A, T. L.

Folha no 21 de proc.
no 182 de 1992
Adelina

Folha no 15 de proc.
no 109/Sms-G/91.
NADIA MARIA RODRIGUES DA SILVA

RELATÓRIO PARA O TRIÊNIO 1961-1963

Chefe de Seção II
P.G.M. G

**TABELA 1 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA E SUA EVITABILIDADE
INGLATERRA E PAIS DE GALES (1961-1963)**

100034309274

	MORTES OCORRIDAS		MORTES EVITÁVEIS	
	nº	%	nº	%
Aborto	139	20,0	84	60,4
Embolia Pulmonar	129	18,6	?	?
Toxemia	104	15,0	51	49,0
Hemorragia	96	13,8	38	39,5
Doença Cardíaca	68	9,8	32	47,0
Ruptura Uterina	38	5,5	38	100,0
Anestesia	28	4,0	14	50,0
Outros	91	13,1	19	20,8
TOTAL	693	100,0	262	37,8

Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Atuação / S.A.R.

Obs: IMM 27,5/100.000 nt

No triênio 1961-63 ocorreram 2.550.252 nascimentos totais e 693 mortes obstétricas diretas e indiretas, e 123 associadas. As 4 causas principais foram: aborto, embolia pulmonar, toxemia e hemorragia. A mortalidade materna foi de 27,5/100.000 nv.

63,3% (84/139) das mortes por aborto foram pós-aborto ilegais e 3,6% (5/139) pós aborto terapêutico.

27,9% (36/129) das embolias pulmonares ocorreram na gestação, aumento inexplicável em relação aos 4 casos de 1952-54. As embolias pós parto vaginal caíram de 104 (52-54) para 66, em decorrência da recomendação de mobilização precoce das puérperas. 27% das embolias puerperais foram pós cesarianas. O protocolo de embolia pulmonar foi ampliado e detalhado a partir desse relatório.

Em 49% (51/104) das mortes por toxemia encontraram-se fatores evitáveis, sendo os mais importantes: falta de cooperação da paciente; pré-natal inadequado; confusão de responsabilidades; indicação e consequente arranjo para parto domiciliar imprudente.

Metade das mortes por hemorragia eram evitáveis. Os generalistas não usaram completa e adequadamente as equipes de emergência das maternidades (que incluem ambulâncias com equipamentos para transfusão e ressuscitação).

A doença cardíaca complicando a gestação causou 68 mortes, das quais 32 (47%) foram consideradas evitáveis e devidas a erros de avaliação e julgamento médico - seleção de casos


Egle Ellen Chanii
Assessora A. T. I.

Folha n.º 22 de proc.
n.º 181 de 1992
Adelina

Folha n.º 16 do Proc.
n.º 1071 SMS-6/71 50
NADJA MARIA ABREU VIANA DA SILVA
7/10/92

inadequados para parto em clínica geral ou domiciliar; consulta especializada procurada tardiamente; subutilização dos recursos de emergência das maternidades; e decisão de cirurgias e cirurgias obstétricas realizadas por médicos pouco qualificados, sem a necessária supervisão.

38 mortes foram por ruptura uterina e ilustram a inadequação de partos domiciliares ou em clínicas, para primigestas idosas, multigestas, etc.

A anestesia foi responsável por 28 mortes, das quais metade era inevitável e atribuída à inalação de conteúdo gástrico por falha técnica.

27 mortes foram devidas a embolias por líquido amniótico, entidade cujo diagnóstico é difícil. O relatório propõe critérios para os diagnósticos absolutos e presuntivos desta condição.

No triênio 61-63, 37,9% das mortes maternas eram evitáveis, contra 43,1% no triênio 52-54, proporção ainda muito alta. Os problemas mais frequentes foram a não utilização pela mãe ou seu médico dos equipamentos obstétricos disponíveis. O relatório sugere que a equipe de saúde seja mais persuasiva com as pacientes renitentes, sugerindo ações educativas mais eficazes. *"O fato de a maioria das gestações e partos serem fenômenos fisiológicos, normais e seguros, faz com que algumas mulheres e médicos assumam riscos desnecessários. O reconhecimento e a caracterização dos grupos de alto risco e a possibilidade de se diagnosticar a passagem para um grupo de risco mais elevado, facilitam um tratamento mais adequado".*

O relatório enfatiza a necessidade da atribuição do conceito de risco a cada gestação e a indicação absoluta de parto hospitalar para casos de médio e alto risco.

RELATÓRIO PARA O TRIÊNIO 1967-69

TABELA 2 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA NA INGLATERRA E PAIS DE GALES (1967-1969)

	MORTES OCORRIDAS	%
Aborto	117	25,7
Embolia Pulmonar	75	16,5
Toxemia	53	11,6
Hemorragia	41	9,0
Anestesia	50	11,9
Septicemia	33	7,3
Gravidez Ectópica	31	6,8
Embolia Amniótica	27	6,0
Outros	28	6,1
TOTAL	455	100,0


Egle Vallen Chami
Assessora A. T. L.

Folha no 23 de proc.
no 181 de 19 92
Adelina

Folha no 17 do 92
no 109/5ms-6/91
NADJA MARIA / Nadja DA SILVA
Unidade de Saúde

O relatório mostra claramente os pontos fracos dos serviços obstétricos. Ocorreram 2.484.004 nascimentos totais, 698 mortes maternas, 455 mortes obstétricas diretas e indiretas e 243 associadas. A cobertura estimada foi de 85%. A mortalidade materna foi de 18,5/100.000 nt.

As 4 principais causas de morte ainda foram aborto, embolia pulmonar, toxemia e hemorragia. Entretanto, algumas causas vêm surgindo como importantes: mortes anestésicas, septicemia, gravidez ectópica e embolia por líquido amniótico, enquanto outras vêm decrescendo acentuadamente, como ruptura uterina.

E embora o aborto ainda seja a causa principal, o quadro vem se alterando. Em 1968 foi legalizado o aborto na Inglaterra e, neste ano, ocorreram 29 mortes por aborto ilegal e 4 entre 22.000 abortos legais. Em 1969 ocorreram 12 mortes entre 54.000 abortos legais e 17 mortes por abortos ilegais. Esta é uma indicação confiável de que a legalização reduziu os abortos ilegais.

29,3% (22/75) embolias pulmonares ocorreram na gestação. Das 53 embolias puerperais, 1/3 foi pós cesariana. Verificou-se que as embolizadas apresentavam um déficit de grupo sanguíneo 0 e um superávit de grupo A em relação à população geral.

A toxemia vem decrescendo paulatinamente, mas 56% das mortes tinham fatores evitáveis, a maior proporção encontrada, sugerindo o uso de critérios mais rigorosos de avaliação de evitabilidade. O fator mais importante foi a baixa qualidade do pré-natal. Em 95 casos a responsabilidade foi do generalista. No hospital, os obstetras mais graduados foram responsáveis em 79 casos e os obstetras menos qualificados em 39. O erro mais comum é que a equipe senior delega responsabilidades indevidas à equipe júnior. Às vezes, os obstetras menos qualificados deixaram de buscar opinião mais abalizada.

A causa mais crítica foi a das mortes anestésicas. Essa mortalidade cresceu e 2/3 eram evitáveis. O fator mais grave é a preparação inadequada da paciente. Aspiração do conteúdo gástrico foi a causa mais comum de morte, seguida por morte durante tentativa de intubação traqueal. Na maioria das vezes, a anestesia foi realizada por anestesistas inexperientes e sem a supervisão de membros mais graduados.

As mulheres não brancas representam um grupo de risco gestacional particularmente elevado. 34% (40) das mortes por aborto ocorreram em não brancas. Em 32 casos o aborto foi ilegal. 35,2% (12/34) das mortes anestésicas e 27,1% (45/166) das mulheres, que não tiveram seu parto arranjado para nenhum lugar, eram de origem africana, caribenha, asiática ou europeia do sul. Atribui-se a esse grupo a subutilização dos serviços obstétricos, por dificuldades de língua ou diferenças culturais.

O relatório recomenda:

- agilizar a resolução dos abortos legais, diminuindo as intervenções no segundo trimestre;
- supervisão mais atenta e cuidadosa dos obstetras e anestesistas júnior;

Egle Dillen Chami
Assessora A. T. L.

Folha nº 24 de proc
nº 181 de 19 92
Adelina

Folha nº 18 do proc.
nº 0f. 109/8ms-6/1 52
Nadya
NADIA MARIA FERREIRA DA SILVA

- a equipe obstétrica e anestésica não mais deve delegar tarefas de sua alçada à equipe júnior;
- melhoria da qualidade do pré-natal;
- aumento dos arranjos para partos hospitalares.

100034309274
Paulo Rodrigues Jr.
Eng. Autuação/SAB

RELATÓRIO PARA O TRIÊNIO 1970-1972

TABELA 3 - PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA NA INGLATERRA E PAIS DE GALES (1970-1972)

	MORTES OCORRIDAS		MORTES EVITÁVEIS	
	nº	%	nº	%
Aborto	81	20,4	58	71,6
Embolia Pulmonar	61	15,3	19	31,2
Toxemia	47	11,8	31	66,0
Doença Cardíaca	42	10,5	14	33,0
Anestesia	37	9,3	28	75,7
Gestação ectópica	34	8,5	11	32,3
Sepsis	32	8,0	19	59,3
Hemorragia	27	6,8	14	52,0
Embolia amniótica	22	5,5	?	-
Outras diretas	14	3,5	0	-
TOTAL	397	100,0	193	-

Obs: As mortes maternas associadas à doenças cardíacas e à anestesia não fazem parte de mortalidade direta, mas foram incluídas devido à sua magnitude e à evitabilidade.

O total de nascimentos foi de 2.322.124, com 355 mortes obstétricas diretas e 251 associadas. A cobertura foi estimada em 91%. Ocorreu uma queda nas mortes obstétricas diretas e aumento das mortes associadas em relação ao triênio anterior. O índice de mortalidade materna foi de 15,29.

Este é o primeiro triênio completo após o Abortion Act 1968. A natalidade reduziu-se e aumentou a proporção dos partos hospitalares. O número de abortos legais cresceu a cada ano (1970 - 14.751; 1971 - 19.847; 1972 - 23.899).

O aborto continuou como a primeira causa de morte. Os óbitos por aborto ilegal reduziram-se à metade do triênio anterior e os por aborto legal dobraram. Um terço deles ocorreu em mulheres provenientes da "Nova Comunidade Britânica", dos quais 66% foram ilegais (auto

JS
Est. Milton Chami

Folha n.º 25 de proc.
n.º 181 de 19 92
Adelina

FOLHA n.º 19 de 53
n.º 109/SmS-G/71
NADJA MARIA ABREU Nadya DA SILVA

infligidos). O aborto constitui 2,7% das mortes por todas as causas em mulheres não brancas, de 15 a 44 anos, e apenas 0,1% das mortes em mulheres brancas. 71,6% (58/81) das mortes era evitável. Todos os abortos ilegais foram considerados evitáveis, sendo a paciente a responsável. Nos abortos legais (19/39) os ginecologistas foram responsabilizados por 14 mortes; os anestesistas por 4, e o ginecologista juntamente com o generalista em um caso. Das 6 mortes por aborto espontâneo 3 foram evitáveis, a paciente responsabilizada em duas, e a equipe de obstétrica em outra.

Recomendações - substituir alguns procedimentos abortivos arriscados por outros mais seguros, e a realização de *screening* para anemia falciforme nas não brancas que procuram aborto.

A embolia pulmonar acarretou 61 mortes, das quais 19 (31,2%) poderiam ter sido evitadas. 22,9% (14/61) ocorreram durante a gestação. 36,2% (17/47) das embolias pós-parto ocorreram após cesáreas. A embolia durante a gestação diminuiu muito, pois em 84,3% foi súbita e inesperada. Sinais de alerta de tromboembolismo puerperal estiveram presentes em 46,7% (14/30) das embolias pós-partos normais, e em 41,2% (7/17) das cesarianas. A supressão da lactação com estógeno contribuiu em 27,6% (13/34); a obesidade, hipertensão e toxemia estiveram associadas em 26,4% dos casos.

O relatório aponta fatores de risco associados a embolia pulmonar: idade e paridade; obesidade; repouso no leito (por abortamento, toxemia ou parto prematuro; anemia falciforme; supressão da lactação por estrógenos e intervenções obstétricas cirúrgicas com repouso prolongado no pós-operatório. Também se alerta para a falta de importância atribuída aos sinais de alerta, como dor no peito, muitas vezes tratada com antibióticos.

A toxemia causou 47 óbitos: 76% (22/29) das eclâmpsias eram evitáveis, bem como metade das 18 pré-eclâmpsias. Pré-natal de baixa qualidade continua sendo o fator mais comum, sendo a paciente, o generalista e o obstetra senior co-responsáveis por essa situação.

42 mortes maternas foram associadas à doença cardíaca, mortalidade que vem decrescendo. Fatores evitáveis ocorreram em 32% dos casos, sendo responsável a equipe obstétrica do hospital.

A mortalidade associada à anestesia causou 37 mortes, um decréscimo importante. 75,7% (28/37) era evitável. 59,4% (22/37) dos casos envolveu anestesistas júnior. Recomenda-se a presença de anestesistas graduados em plantão de 24 horas nas unidades obstétricas para atuar e supervisionar casos mais difíceis.

A gravidez ectópica tem se alçado como causa importante, com a diminuição percentual das outras causas. Seu número tem se mantido constante. Em 32,3% (11/34) haviam fatores evitáveis, das quais 63,6% (7/11) devidos à demora na intervenção cirúrgica. A ressuscitação da paciente deve coincidir com a cirurgia.

32 mortes foram por septicemia; 15 por sepsis puerperais, 60% (9) das quais evitáveis, e 17 pós cirúrgicas com 58% (10) evitáveis.

Ed
Egle Villen Chami
ANEXO A 701

Folha no 26 de proc
no 18.1 de 19 92
Adelina

Folha no 20 do proc
no 109/SmS-6/91
NADIA MARIA ABREU DA SILVA
Chefe do Serviço

27 óbitos foram devidos a hemorragia, que passou de quarta para oitava posição. 52% (14/27) foram considerados evitáveis, proporção inalterada desde o último inquérito. Os generalistas continuam a subutilizar a equipe de emergência das maternidades. A recomendação enfática é que esses serviços sejam acionados mesmo antes de arranjar a transferência hospitalar, pois nesse meio tempo pode-se iniciar a reposição sanguínea. Todas as unidades obstétricas devem estar aparelhadas para cesarianas de emergência, inclusive com sangue tipado para reposição imediata, e obstetras experientes.

A tabela 4 abaixo mostra a atribuição de responsabilidades para as mortes evitáveis no triênio 70-72.

TABELA 4 - RESPONSABILIDADE PELOS FATORES EVITÁVEIS (1970-1972)

	Pré-natal procedimento cirúrgico		No parto ou		Puerpério	
	nº	%	nº	%	nº	%
Paciente	91	45,8	7	7,7	8	14,0
Generalista	43	21,6	8	8,8	7	12,3
obstetra	3	1,5	3	3,3	1	1,8
equipe obstétrica (hospital)	59	20,6	49	53,8	38	66,6
anestesista	3	1,5	24	26,4	2	3,5
administração	-	-	-	-	1	1,8
TOTAL	199	100,0	91	100,0	57	100,0

RELATÓRIO DO TRIÊNIO 1979-81

O relatório da Investigação de Morte Materna mudou substancialmente no triênio 1979-81. Foi adotada a 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, que classifica as mortes maternas em diretas, indiretas ou associadas. A definição das mortes maternas diretas não sofreu alteração, mas uma série de causas anteriormente consideradas associadas passou a ser considerada causa indireta. A segunda alteração, com consequências mais importantes, foi o abandono da utilização do conceito fatores evitáveis e o uso de "evidências de tratamento inadequado", cujo peso não mais é quantificado. As principais causas de morte no triênio foram respectivamente: toxemia (36) 18,7%; embolia pulmonar (23) 11,9%; mortes associadas à anestesia 22 (11,4%); gravidez ectópica (20) 10,4%; embolia amniótica (18) 9,3%; mortes associadas à doença cardíaca (16) 8,3%; hemorragia e aborto, ambas com 14 mortes, 7,2 %; e sepsis (8) 4,1 %. Outras causas totalizam 21 casos com 10,9%, totalizando 192 mortes.

Ed
Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha no 27 de proc
no 181 de 1992
Adelino

Folha no 24 do prot.
no SMS-6/07/91.
NADJA MARIA ABREU DA SILVA

O tratamento da toxemia foi inadequado em 75% (27/36) dos casos, e sua mortalidade foi considerada inaceitável face o nível de desenvolvimento da obstetrícia. Recomenda-se a constituição, em cada região, de equipe especializada em toxemia para normatizar seu tratamento e servir como referência para casos graves. É enfatizada a necessidade de reciclagem de generalistas quanto aos recentes avanços no diagnóstico e tratamento precoce da toxemia pré-natal. São sugeridas atividades educativas específicas para mulheres hipertensas, grupo especial de risco.

A embolia pulmonar sofreu decréscimo importante em relação ao triênio anterior: 47,8% (11/23) das embolias ocorreram durante a gestação, e 47,8% (11/23) no puerpério, das quais 63,7 (7) pós cesarianas. A proporção de cesarianas para partos vaginais nas mortes por embolia é de 16:1.

A mortalidade associada à anestesia declinou. O relatório apresenta pormenorizado comentário sobre técnicas e drogas anestésicas, e fisiopatologia do trabalho de parto prolongado.

As mortes por gestação ectópica não têm diminuído significativamente. Um terço delas foi devido à subida impossibilidade de sequer iniciar o tratamento. Há excesso de mulheres não brancas. Ainda ocorre muita demora entre a suspeita diagnóstica e a intervenção cirúrgica. Duas mortes ocorreram em mulheres esterilizadas. Enfatiza-se que os métodos contraceptivos modernos (ligadura tubária e DIU) predispõem à gestação ectópica.

As mortes por doenças cardíacas associadas à cardiopatias reumáticas vêm sendo substituídas por infarto do miocárdio. Sugere-se aconselhamento gestacional da cardiopatia.

A embolia amniótica deve ser diagnóstico histopatológico. 50% das mortes por essa causa estavam associadas à utilização de ocitócitos para acelerar o parto.

Mortes por hemorragia diminuíram acentuadamente neste triênio, mas existem evidências de tratamento insatisfatório em 85,7 % (12/14) dos casos, com delegação de cesárea por placenta prévia para membros júnior da equipe, e demora no tratamento. O relatório traz um guia de tratamento da hemorragia obstétrica maciça.

A mortalidade por aborto permaneceu constante, mas seu padrão mudou, com aumento das mortes por abortos espontâneos e diminuição das mortes por abortos legal e ilegal. A mortalidade entre os abortos legais é de 1,3/100.000.

A septicemia diminui bastante com relação ao triênio anterior, mas ainda em muitos casos foi subestimada a severidade da infecção.

Como vimos, o estudo inglês vem sendo realizado trienalmente desde 1952, quando analisou 1094 mortes do país inteiro, com uma cobertura de 77%. No triênio 1979-81 analisou 177 óbitos, com uma cobertura de mais de 89%. Nesse período a mortalidade materna caiu de 98,9 par 8,9/100.000 nascimentos totais. O perfil da mortalidade materna alterou-se substancialmente. O aborto, primeira causa da morte até meados da década de 70 ocupa atualmente a oitava

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha n.º 28 de proc.
n.º 181 de 1992
Adelina

Folha n.º 22 de proc.
n.º 109/SMS:6/71.88
NADJA MARIA ABREU DA SILVA
Linda de Freitas

posição. Ainda ocorrem mortes evitáveis, mas seu número é tão pequeno que sua redução será custosa.

Hoje, as principais causas de morte são abruptas: aquelas com fatores de risco ainda desconhecidos (embolia por líquido amniótico); ou cujo diagnóstico precoce não é sistematizado (gestação ectópica), ou com tratamento preventivo controverso (embolia pulmonar).

Esse tipo de investigação sempre teve apoio total e incondicional da Sociedade Médica Inglesa, muito preocupada em manter altos padrões de qualidade. Paralelamente é feita a Investigação Confidencial sobre Mortes Perinatais que também aborda, entre outras, a qualidade dos serviços obstétricos e suas consequências em nível ainda mais refinado, pois a susceptibilidade do feto e recém-nascido é maior do que a de suas mães.

O Real Colégio de Anestesiologistas da Grã-Bretanha iniciou uma monitoração semelhante às mortes anestésicas.

CONCLUSÃO

Os comitês reproduzem, na sua especificidade, a sociedade em que estão inseridos. Nos Estados Unidos, eles são inúmeros, desarticulados, atualmente incertos quanto à sua função e utilidade; com impacto pequeno sobre organização e qualidade dos serviços de saúde. Salvo raras exceções, a mortalidade materna é analisada como evento obstétrico, hospitalar, isolado, abstrato. Quem é essa mulher, qual a sua história, qual a história da sua gestação, são perguntas nunca feitas e, portanto, não respondidas. A redução da morte a fenômeno puramente técnico, limita o papel do comitê. Existe nos Estados Unidos, como na Inglaterra, uma dupla sociedade. A sociedade dos "tax payers" e a sociedade dos "tax consumers"; a mortalidade materna da classe I ("professional") e a mortalidade materna da classe V ("unskilled worker").

A questão da desigualdade social é ignorada por muitos comitês americanos. A questão da cor, por exemplo, é tratada apenas como um dado genético; inarredável - negras têm hipertensão essencial e nada se pode fazer. Oras, as brancas também têm hipertensão arterial, mas sua mortalidade por toxemia é muitas vezes menor. O reconhecimento da desigualdade social possibilita a alocação de recursos segundo critérios de risco. Evidentemente um grupo socialmente desprivilegiado necessitará de um aporte muito maior e mais diversificação de recursos para alcançar um patamar mínimo mais favorável de saúde. Essa é uma decisão política.

A limitação dos Comitês Americanos decorre da sua fragmentação; sua visão restrita e tecnicista; sua falta de vontade política para propor mudanças mais amplas no setor saúde; sua incapacidade de compreender globalmente a causalidade da mortalidade materna. Eles estão, a meu ver, fadados ao desaparecimento, porque seu custo/benefício tende a ser cada vez maior. Alguns comitês mais lúcidos propõem a ampliação dos estudos para incluir também a mor-

Egle Villen Chant
Assessora A. T. L.

Folha n.º 29 de proc.
n.º 181 de 19 92
Adilson

Folha n.º 23 do proc.
n.º 107/8ms-6/91
NADJA MARIA PEREIRA DA SILVA

bilidade materna, a adoção do enfoque de risco; a coalisão de comitês estaduais em comitês regionais, com mudanças em sua estruturação.

Na Inglaterra e País de Gales a própria organização dos serviços obstétricos facilita a coleta e o diagnóstico das falhas no pré-natal ou puerpério.

Geralmente o pré-natal ocorre nos serviços comunitários. Os exames laboratoriais de rotina são feitos na maternidade. Nessa oportunidade se dá o pré-natal compartilhado entre o generalista e a equipe obstétrica. Para a cliente esse pré-natal é educativo e a gestante conhece o hospital, a equipe obstétrica, se familiariza com as rotinas da maternidade, onde ela e o bebê ficarão alojados por uma semana pelo menos, conhece os serviços prestados e tem aulas de preparação para o parto e sobre os primeiros cuidados com o bebê. Para os serviços de saúde esse pré-natal compartilhado é um instrumento de hierarquização e integração dos serviços.

Depois do parto, a paciente volta para casa onde recebe visitas diárias da equipe de saúde da comunidade.

Dessa forma, a situação e condições de vida da cliente são conhecidas, permitindo atuação nessa esfera através da convocação dos serviços especiais de assistência social.

Os inquéritos de mortalidade materna se inserem, portanto, em um sistema de saúde mais articulado, mais abrangente, mais próximo da comunidade, podendo mais facilmente propor programas e atividades educativas às pacientes, e de reciclagem da equipe envolvida nos serviços maternos. A investigação passa a ser um instrumento sistemático de avaliação, controle, planejamento e mudança dos processos e rotinas hospitalares e comunitários.

Por outro lado, quando a taxa de mortalidade materna é muito baixa, as mortes tornam-se eventos raros e excepcionais, e a vigilância de cada caso torna-se mais onerosa e produz menos impacto. Por isso é provável que os estudos tenham um intervalo maior.

Ou quem sabe? Com a onda neoliberal e conservadora que assola o mundo, temos assistido a sucessivos cortes nas despesas públicas da área social, que terão impacto mais marcado na saúde e educação dos grupos de baixa renda. Acresça-se o retrocesso jurídico na abrangência das leis do aborto. Se nestes países a mortalidade materna recomençar a aumentar, não será surpresa para ninguém. E entre nós?

Apesar da modernidade de nossas escolas médicas e da sofisticação técnica e tecnológica de nossos obstetras, taxas de mortalidade materna são escandalosamente elevadas (99/100.000 no município de São Paulo e 200/100.000 - oficial - no país). A idéia dos Comitês de Morte só recentemente vem sendo considerada. Em apenas um Estado alguns comitês foram implantados, e se encontram em estado experimental. A adesão dos médicos, quer individualmente quer através de suas organizações (CRM e Associações de Medicina) tem sido mínima. Os comitês são mal vistos, sabotados, ignorados, temidos e combatidos pelos médicos, tanto no plano individual quanto institucional.

A história de nossos comitês ainda está por ser escrita.


Eglê Villeri Chami
Assessora A. T. L.

Folha n.º 30 de proc.
n.º 181 de 1992
Adelina

Folha n.º 24 de 181
n.º 109/SmS-6/91.
NADJA MARIA (B) TADJA DA SILVA
Chefe de Ecd. II
P.G.M. G

Bibliografia

AMA - The Clinical Meeting: Maternal Mortality Studies. J. Am. Med. Assoc. 162: 807-10, 1956.

Editorial - Maternal Deaths. Br. Med. J. 5502:315-20, 1966.

Editorial - Maternal Deaths. Lancet, 370, 1972.

Grimes D.A. et al. The Impact of State Maternal Mortality Study Committees on Maternal Deaths in The United States. Am. J. Pub. Health.

Faúndes A. et al. O problema da mortalidade materna feminina, 25-31, Jan. 1987.

Fox L.P. Return to Maternal Mortality a Necessary Effort. Am. J. Gynecol. Obste. 152:39-86, 1985.

Marmol J.G. et al. History of the Maternal Mortality Study Committees in the United States. Obstet. & Gynecol. 34:123-138, 1968.

25
100034309274

Paulo Rodrigues dr.
Cic. Autuação/SAB



Egle Villen Chami
Assessora A, T: L.

Folha no. 31 de proc.
no. 181 de 1992
Adelina

Folha no. 25 do proc.
no. 109/8ms-6/91.
NADJA MARIA Adrya SILVA
P.G.M. 3

ANEXOS

TABELA - EVOLUÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA NA INGLATERRA E PAÍS DE GALES DE 1972 A ÍNDICE DE MORTALIDADE POR 100.000 NASCIMENTOS TOTAIS EM 1979-81 ATÉ 1972.

ANO	52-54	55-57	58-60	61-63	64-66	67-69	70-72	1978-81
Aborto	7,4	6,7	5,9	5,5	5,1	4,8	3,5	2,6
Embolia pulmonar	6,7	7,4	5,7	5,1	3,5	3,0	2,6	1,2
Hemorragia	9,2	5,3	5,7	3,6	2,6	1,7	1,2	0,7
Toxemia	12,0	8,1	5,1	4,1	2,6	2,2	2,0	1,9 18,5
Gestação ectópica	3,7	2,9	1,8	1,7	1,6	1,3	1,5	1,0
Sepsis	3,3	3,5	2,0	1,4	2,2	1,1	1,4	0,4
Embolia líquido amniótico	-	-	-	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9
Anestesia	-	-	-	-	1,9 8,7%	2,0 10,9%	1,6 10,4%	1,1
Doença cardíaca	5,8	4,8	2,0	1,4	2,2	1,0	1,4	0,8
TOTAL	53,3	40,7	32,3	27,5	22,3	18,5	15,6	8,9

Paulo Rodrigues Jr.
26. Adjuvado/S.A.B.

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha no 32 de proc.
no 181 de 1992
Adelina

Folha no 26 do proc.
no 109/8ms-G/71. 60
NADJA MARIA RODRIGUES DA SILVA

**ANEXO B - QUADRO I - ORGANOGrama SUSCINTO DA ORGANIZAÇÃO DO NHS -
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY

DISTRICT HEALTH AUTHORITY

AREA HEALTH AUTHORITY

SERVIÇOS
HOSPITALARES

SERVIÇOS
COMUNITÁRIOS

27
34309274
Ministério
Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Autuação / S.A.S.
Secretarias Estaduais
(49)

Secretaria Municipal
- Centros de Saúde (HC)
- Médicos Generalistas (GP)

Obs: A integração dos serviços é feita pelos Community Medicine Specialists que tem formação especializada em Maternal Services; Child Services; Emergency Services; etc, e que são lotados no AHA.

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha no 33 de proc
no 181 de 1992
Adelina

Folha no 27 de proc
no 109/8ms-6/91
NADJA MARIA APARECIDA DA SILVA
100034309274

ANEXO C - DEFINIÇÕES E TAXAS ESPECIAIS USADAS NOS INQUÉRITOS CONFIDENCIAIS SOBRE MORTES MATERNAS.

1. O período puerperal considerado é um ano após o parto ou aborto. No corpo do trabalho, as estatísticas adotam o período puerperal de 42 dias para possibilitar comparações com dados internacionais. As mortes tardias são tratadas em capítulo à parte.

2. A taxa de mortalidade materna exclui abortos, que são expressos pela taxa específica e cujo denominador é o numero de conceptos: soma de total de partos + abortos legais.

3. A mortalidade materna do início da gestação e que inclui abortamentos, gestações ectópicas e anestesia no primeiro trimestre, é expressa por uma taxa cujo denominador é constituído por número de conceptos mais o número de gestações ectópicas e abortamentos espontâneos hospitalizados.

26
100034309274

Paulo Rodrigues Jr.
Eng. Atuação / S.A.B.

Egle Villen Chami

Egle Villen Chami
Assessora A, T: L.

Folha nº 24 de proc.
nº 181 de 1992
Adelina

Folha nº 28 do proc.
nº 109/SM.S.G./91
Rady

(Sete de Seção I)
P.O.M. C

10003430924

Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Autuação / S.A.B.

ANÁLISE DE UM COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA INTERVENÇÕES PARA PREVENIR MORTE MATERNA

Francisco Mauad Filho

Depto. de Ginecologia e Obstetrícia

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Presidente do Comitê de Mortalidade Materna do ERSA-50.

Egle Villen Chami
Assessoria A. T. L.

Folha no 35 de proc.
no 181 de 19.92
Adelina

Folha no 29 do proc.
no 0109/SM5.6/91 63
NADJA MARIA FERREIRA VIANA DA SILVA
Nadja

ANÁLISE DE UM COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA **INTERVENÇÕES PARA PREVENIR MORTE MATERNA**

Neste documento será analisado o funcionamento do Comitê de Mortalidade Materna de Ribeirão Preto, onde atuamos.

Este Comitê iniciou suas atividades em janeiro de 1988, tendo quatro elementos na sua composição: um representante da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, um do CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado - um do Centro Médico de Ribeirão Preto e um do SUDS de Ribeirão Preto.

Inicialmente foi eleito um presidente, responsável pela organização dos trabalhos.

Na sua primeira reunião discutiu-se sobre os objetivos de trabalho do Comitê que receberia e analisaria os óbitos maternos ocorridos em Ribeirão Preto, de maneira confidencial e sigilosa, não tendo caráter punitivo, mas sim o de atuar, na medida do possível, como elemento educativo, de prevenção da mortalidade materna no município de Ribeirão Preto.

Foram ainda abordados os aspectos metodológicos da investigação e os recursos materiais e humanos necessários para a sua viabilização.

As reuniões de rotina do Comitê foram programadas para serem realizadas quinzenalmente, e nelas discutiam-se todos os problemas relacionados à investigação.

METODOLOGIA E TRABALHO

Decidiu-se realizar um estudo prospectivo sobre óbitos maternos de mulheres entre 15 e 49 anos, ocorridos no município de Ribeirão Preto, de janeiro a dezembro de 1988.

No sentido de colocar os objetivos da investigação e pedir colaboração dos médicos nos hospitais, foi elaborada uma carta dirigida aos Diretores Clínicos e Administrativos, explicando a sua finalidade (não punitiva).

As cartas foram entregues pessoalmente por três membros da Comissão, aos Diretores Clínicos dos Hospitais de Ribeirão Preto, reforçando-se assim o seu conteúdo, e solicitando que os hospitais notificassem os óbitos por causas maternas.

Ao mesmo tempo, um coletor de dados iria periodicamente aos Cartórios de Registro Civil de Ribeirão Preto xerocar as Declarações de Óbitos de mulheres de 15 a 49 anos de idade, além de anotar mensalmente o número de nascimentos vivos ocorridos e registrados em cada Cartório. Todos os Cartórios foram notificados previamente por um dos membros do Comitê sobre o trabalho a ser realizado pelo mesmo, e prontificaram-se a colaborar, sem restrições.


Egla Villen Chami
Assessora A, T: L.

Folha no. 36 de proc.
no. 181 de 1992
Adeline

Folha no. 30 de proc.
no. 01.109/ SMS. 6/91 64
MADJA MARIA ADRAU VIANA DA SILVA
Radya

As cópias das Declarações de Óbitos eram revisadas individualmente por um dos membros do Comitê, e cada Declaração, confirmada ou sugestiva de se tratar de óbito materno, era separada para investigação.

As informações de Declaração de Óbito Materno confirmado ou sugestivo eram transmitidas aos entrevistadores médicos, que então dirigiam-se ao hospital onde ocorrera o óbito, e com os dados obtidos preenchiam um questionário contendo informações clínicas, obstétricas, sociais e econômicas sobre a mulher falecida. No caso de haver sido realizada a necrópsia, os entrevistadores assinalavam o resultado do exame patológico.

Os itens relacionados à causa da morte materna e sua possível prevenção, eram discutidos em conjunto, entrevistadores e Comitê, de forma que expressassem a opinião final do Comitê.

Caso as informações contidas nos prontuários médicos hospitalares não fossem suficientes, deveriam ser procuradas junto aos eventuais Centros de Saúde, onde as pacientes pudessem ter feito pré-natal, com o patologista (caso de necrópsia), ou mesmo com a família da falecida.

Recursos Humanos e Materiais

O desenvolvimento do trabalho do Comitê exigiu os seguintes recursos humanos:

- Um coletor de dados das Declarações de Óbito
- Dois entrevistadores médicos
- Uma secretária

Eventualmente, uma condução com motorista solicitada ao SUDS - Ribeirão Preto.

Decidiu-se solicitar da Secretaria da Saúde, via SUDS - Ribeirão Preto, uma verba para fazer face às despesas de pessoal (coletor de dados, secretária e entrevistador).

100034309274

Paulo Rodrigues Jr.
Eng. Autuação / S.A.R.

Egle Vallen Chamã
Assessora A. T. L.

RESULTADOS DO ANO DE 1988.

MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

Nº Nascidos vivos	Nº Mortes Maternas	CMM por 10.000 NV*
9.404	16	17,01/10.000 NV

MORTALIDADE MATERNA, SEGUNDO PROCEDÊNCIA, EM RIBEIRÃO PRETO

Procedência	Número	CMM por 10.000 NV*
Ribeirão Preto	5	5,31
Outros Municípios-SP	9	-
Outros Municípios-MG	2	-
TOTAL	16	17,01/10.000 NV

* CMM = $\frac{\text{Nº de óbitos por causas maternas}}{\text{Nº NV}} \times 10.000$

100034309274

PROCEDÊNCIA DOS ÓBITOS MATERNOS DE NÃO RESIDENTES EM RIBEIRÃO PRETO

CIDADE	Nº
Cajuru	01
São Joaquim da Barra	01
Santa Cruz das Posses	01
Monte Alto	01
Pitangueiras	01
Cravinhos	01
Ituverava	01
Batatais	01
Serrana	01
Passos-MG	01
Guaxupé-MG	01
TOTAL	11

Paulo Rodrigues Jr.
Eng. Sanção / S.A.R.

Egle Vilcen Chami
Assessora A. T. L.

Folha no 38 de proc
no 181 de 1992
Adelina

Folha no 32 de proc
no Of 109/SM5.6/91 66
Nadja
NADJA MARIA ROSSI VIANA DA SILVA
Secretaria de Saúde II

ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO O HOSPITAL ONDE OCORREU O ÓBITO, RIBEIRÃO PRETO

HOSPITAL	Nº
Hospital das Clínicas	09
Hospital Santa Lúcia	01
Hospital São Francisco	04
Hospital Santa Casa	02
TOTAL	16

33
100034308274
Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Atuação / S.A.R.

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO IDADE E ESTADO CIVIL, RIBEIRÃO PRETO

Grupos etários	Solteira	Casada ou com vida conjugal regular
15 - 19	-	01
20 - 24	01	01
25 - 29	-	01
30 - 34	01	02
35 - 39	02	03
40 - 44	-	02
45 - 49	-	-
TOTAL	04	12

MORTALIDADE MATERNA DIRETA E INDIRETA, RIBEIRÃO PRETO

Mort.Obstet.Direta				Mort.Obstet.indireta	Total
Infec	Hemor	Hipert. toxemia	Outros		
03	05	03	03	02	16

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha n.º 39 de proc.
n.º 181 de 1992
Adelina

Folha n.º 33 de proc.
n.º Of. 109/SMS. 6/91 67
Nadyn
NADIA KAMATZOSKI VIEIRA DA SILVA

ÓBITOS MATERNOS, SEGUNDO O TIPO DE PARTO E PROCEDÊNCIA, RIBEIRÃO PRETO *

Procedência	Parto Transvaginal	Parto Cesárea
Ribeirão Preto	03	-
Outros Municípios-SP	02	07
Outros Municípios-MG	01	01
TOTAL	06	08

*Outros procedimentos cirúrgicos - 02

GRUPO IX (CIC): ÓBITOS POR COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO.

Gravidez terminada em aborto (630-639)

- Gravidez tubária rota (633) 01
- Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente 01

Complicações relacionadas com gravidez (640-648)

- Hipertensão complicando a gravidez, parto e puerpério (642) 03
- Hemorragia anteparto, desprendimento prematuro de placenta e placenta prévia (611) 02
- Doenças infecciosas e parasitárias de mãe, classificáveis em outra parte, complicando a gravidez, parto e puerpério (647) 02

Parto normal e outras indicações de assistência na gravidez, no trabalho de parto e no parto (659-660)

- Rotura prematura de membranas (658) 01

Complicações que ocorrem principalmente durante o trabalho de parto e o parto (660-669)

- Hemorragia pós-parto 03

Complicações do puerpério (670-679)

- Infecção puerperal (670) 01
- Embolia pulmonar obstétrica 02
- **TOTAL** 16

Egle Villen Chami
Assessora A, T. L.

Folha n.º 40 de proc
n.º 181 de 1992
Adelina

34 de proc
Of. 109/SM5.4/91
Nadya

CAUSAS DOS ÓBITOS MATERNOS

NAOJA MARIA DA SILVA
Chefe de Seção II
P.G.M. G

1. J.D.B. - 31 anos, residência: Ribeirão Preto - SP
Parto domiciliar, removida ao HC - Causa: Endometrite pós-parto.
2. M.I.P. - 35 anos, residência: Cajuru - SP.
Hospital das Clínicas - Causa: Toxemia da gravidez.
3. M.R.D. - 34 anos, residência: Ribeirão Preto-SP
Hospital das Clínicas - Causa: Hemorragia pós-cesárea.
4. M.C.B. - 22 anos, residência: São Joaquim da Barra - SP
Hospital das Clínicas - Causa: Obstétrica indireta.
5. V.A.S. - 37 anos, residência: Ribeirão Preto - SP
Hospital das Clínicas internada em estado de choque, diagnóstico feito na necrópsia -
Causa: Septicemia, perfuração uterina traumática.
6. V.S.S. - 21 anos, residência: Santa Cruz das Posses.
Hospital das Clínicas - Causa: Embolia amniótica.
7. M.F.A.F.C. - 30 anos, residência: Monte Alto - SP
Hospital das Clínicas - Causa: Hipertensão arterial grave, eclâmpsia.
8. M.T.C.L.S.P. - 34 anos, residência: Passos - MG
Hospital das Clínicas - Causa: Atonia uterina, hemorragia pós-cesária. C.I.V.D.
9. A.C.N. - 26 anos, residência: Pitangueiras - SP
Hospital das Clínicas - Causa: I) Choque hipovolêmico; II) Hemoperitônio; III) Parto operatório.
10. R.M.S.F. - 19 anos, residência: Cravinhos - SP
Hospital das Clínicas - Causa: Descolamento prematuro de placenta
11. D.V.G. - 22 anos, residência: Ribeirão Preto
Hospital São Francisco - Causa: Embolia amniótica.
12. M.A.S. - 35 anos, residência: Batatais - SP
Hospital das Clínicas - Causa: I) a-Infarto agudo do miocárdio; b-Arterioesclerose; c-Arterioesclerose coronariana; II) Hipertensão arterial da gravidez,, com tratamento - morte materna obstétrica indireta
13. S.C.S. - 39 anos, residência: Guaxupé - MG.
Hospital das Clínicas - Causa: Endometrite aguda - morte materna obstétrica indireta.

100034309274
Paulo Rodrigues Jr.
Eng. Produção / S.A.B.

Egle Dillen Chami
Assessora A, T: L.

Folha no 41 de proc
no 131 de 1992
Adelina

Folha no 35 de proc
no 109 SMS-6/91
NADIA MARIA RODRIGUES DA SILVA
Chefe de Seção II
P.G.M. G

14. M.L.S.A. - 41 anos, residência: Serrana - SP
Hospital Santa Casa - Causa: Descolamento prematuro de placenta.

15. A.S.C. - 41 anos, residência: Ribeirão Preto - SP
Hospital Santa Casa - Causa: Prenhez tubária rota.

16. S.A.S.S. - 23 anos, residência: Ituverava - SP.
Hospital São Francisco - Causa: Infecção uterina por bolsa rota.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

100034309274
Paulo Rodrigues Jr.
Enq. Autuação / S.A.B.

Dos 16 casos de óbitos maternos ocorridos no município de Ribeirão Preto, em 1988, 11 procediam de outros municípios do estado de São Paulo, pertencentes ao SUDS -ERSA - 50, Ribeirão Preto, e dois do estado de Minas Gerais, o que nos mostra uma proporção de 68,8% de pacientes residentes fora de Ribeirão Preto e que para aqui foram trazidas em busca de assistência médico-hospitalar.

Grande parte das pacientes não fez pré-natal, ou as informações sobre sua realização em Centros ou Postos de Saúde locais são vagas e imprecisas. As pacientes em geral não conseguem dar informações razoáveis sobre a realização do pré-natal.

Outros órgãos de informação como o IML deixam a desejar quanto ao esclarecimento do diagnóstico.

Ocorre atraso no encaminhamento de pacientes aos serviços terciários, por problemas ligados não só à assistência médica pouco qualificada, como às dificuldades de transporte e comunicação.

A ocorrência de duas mortes maternas indiretas mostra a influência dos fatores sociais e a falha na educação em planejamento familiar, e no acesso ao uso de meios anticonceptivos.

Observou-se um caso de aborto. Houve uma diminuição progressiva dos casos de abortos registrados, no decorrer do tempo. Esta diminuição é devida a dois fatores: imprecisão das informações em virtude da legislação vigente, e a utilização de outros meios resolutivos da gestação. Por outro lado, profissionais médicos estão se utilizando de cuidados operatórios nos abortos, e os medicamentos abortivos estão mais facilmente disponíveis.

Observa-se que entre as pacientes que foram a óbito, a incidência de cesária foi elevada (mais de 50%). Isto reflete uma assistência obstétrica deformada, a nível nacional, onde este procedimento tem sido colocado como isento de riscos.

Quanto às causas de óbito materno direto, as hemorragias, infecções e hipertensão são as principais citadas na literatura. Estas causas poderiam ser prevenidas desde que houvessem serviços de urgência de atendimento à gestante, bem como disponibilidade médico-hospitalar de acesso pela mesma.

[Assinatura]
Egide Vallen Chanti
Assessora A. T. L.

Folha no 42 de proc
no 181 de 1992
Cidelinea

Folha no 36 do proc.
no 109/ SMS. 6791
Nadya

Quanto à possibilidade de melhor intervenção sobre a prevenção da mortalidade materna, fica intrínseco que os "Comitês de Mortalidade Materna" devem ser eficientes, pois as causas variam de região para região, como também no tempo. Para isso, há necessidade de que os Comitês tenham autonomia de funcionamento, contornando as dificuldades regionais.

Finalmente, gostaríamos de salientar que, para termos uma maternidade segura, devemos ter um compromisso político, recursos necessários para os serviços de saúde materna e planejamento familiar, e atividades de apoio em outros setores, também eficientes.

INTERVENÇÕES PARA PREVENIR A MORTE MATERNA

Justifica-se a necessidade de intervenção sobre o atendimento à mulher grávida, quando as condições existentes não sejam ótimas e/ou quando essa assistência não dá cobertura à totalidade da população de grávidas, parturientes e puérperas.

De acordo com as condições diferentes, existentes em cada local, será necessário realizar intervenções diferentes mas complementares, senão mutuamente exclusivas.

1) Intervenções dirigidas ao aumento da cobertura do atendimento pré-natal, quando esta é deficiente.

Geralmente será necessário intervir tanto sobre a oferta como sobre a demanda de serviços, já que o mais habitual é que existam de um lado, lugares com grande demanda que os serviços existentes não conseguem atender e, ao mesmo tempo, outros com capacidade ociosa, por que as grávidas não os procuram durante a gestação.

1.1. Intervenções sobre a oferta de serviços

Estas intervenções implicam em aumento dos locais, equipamentos e recursos humanos destinados à assistência pré-natal a nível primário de saúde.

Este incremento nas unidades básicas pode parecer tão caro que torne inviável aos países sua realização com extensão suficiente. Porém, é possível criar formas alternativas que, sem chegar a um nível de qualidade ideal, possam dar um atendimento pré-natal eficiente. O local pode ser uma casa já existente no bairro ou lugar que necessite da Unidade, colocada à disposição da comunidade. O equipamento pode ser também de manufatura local à exceção de alguns, como esfigmomanômetro e balança. O pessoal pode ser constituído por pessoas da própria comunidade, que já cumprem funções semelhantes (parteiras empíricas), ou que tenham interesse, caráter e um mínimo de conhecimentos básicos, que permitam o seu treinamento em períodos curtos para cumprir funções elementares de assistência pré-natal.

Logicamente, existindo os recursos que permitam universalizar a assistência pré-natal, constituindo novas unidades, equipando-se de acordo com a padronização internacional e colocando só médicos para prestar atendimento, esta alternativa poderia ser melhor. Deve-se, porém, entender claramente que a comunidade local, a modernidade do equipamento e o nível

Egle Villen Chami
Assessora A. T. I.

Folha no. 43	de proc. 181	no. 23	do proc. 109/SM 5.6/91
Adelina		NADJA MARIA T. G. SILVA	

profissional de quem atende não são por si só garantia de ótima qualidade de assistência. Da mesma forma, a precariedade do local, o equipamento rudimentar e a pouca instrução de quem atende não resultam necessariamente em má qualidade do atendimento.

1.2. Intervenções sobre a demanda de serviços

O estímulo para que as gestantes procurem os locais de assistência pré-natal é uma condição necessária para aumentar a cobertura onde ela não é universal. A gravidez é um fenômeno fisiológico normal, e uma condição que a mulher pode encarar como natural, não necessitando portanto de cuidados médicos, já que não está doente.

Dá a necessidade de se educar a população sobre a importância do pré-natal, que se deve iniciar tão precocemente quanto possível.

Essa educação deverá utilizar os meios disponíveis e aceitos pela comunidade-alvo. No Brasil a televisão é o grande meio de comunicação social e, seguramente, teria um maior impacto. Porém, apesar de sua enorme penetração, ainda existem núcleos de marginalização sem acesso a esse meio. Nesses casos, todos os outros meios devem ser tentados. A comunicação interpessoal a partir de líderes naturais de cada comunidade é da maior importância.

2) Intervenções para melhorar a qualidade da assistência pré-natal a nível primário.

O atendimento pré-natal a nível primário será de boa qualidade se cumprir duas funções: verificar e corrigir distorções da normalidade que dependem do seu nível de resolução, e identificar patologias ou fatores de risco que obriguem ao encaminhamento a nível superior de assistência.

Ambas as funções dependem do estabelecimento de rotinas adequadas, do uso de instrumentos simples mas eficientes, e do treinamento do pessoal que aplica as rotinas e utiliza esses instrumentos.

As intervenções que poderão ser eficientes na prevenção das mortes maternas através da melhora na qualidade de atenção pré-natal primária, serão aquelas que contribuam à introdução de rotinas, e instrumentos que forneçam a identificação oportuna de fatores de risco de morte materna, e as que facilitem o transporte dessas pacientes desde o nível primário, até o nível secundário e terciário.

As rotinas eficientes para identificar esses fatores de riscos são, no mínimo, anamnese dirigida para este fim, com perguntas específicas sobre fatores de risco, e um exame físico que permita identificar outros desses fatores. Tais exames deverão repetir-se na sequência de visitas pré-natais, com uma frequência mínima mensal até a trigésima semana, e quinzenal até o parto. É fundamental manter aberta a possibilidade de consulta eventual (não marcada) caso a gestante identifique qualquer anormalidade.

As rotinas que sejam introduzidas como intervenções deverão estar acompanhadas de instrumentos adequados ao seu cumprimento: ficha clínica e cartão de pré-natal, tornando obrigatórias as perguntas e exames que identifiquem fatores de risco; lista de condições que,

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.

Folha nº 47 de proc.
nº 181 de 1992
Adelina

nº 32 do proc.
9.109/SM.S.6/91
NADJA MARIA ADRIANO SILVA

quando presentes, indiquem o encaminhamento ao nível secundário; formulário de encaminhamento ao nível secundário; formulário de encaminhamento que solicite a informação apropriada para orientação de quem receba a paciente no nível secundário; balança de adulto, esfigmomanômetro, fita métrica e estetoscópio de Pinard.

Tudo isso, porém, será absolutamente insuficiente sem um treinamento específico do pessoal responsável pelo atendimento pré-natal de nível primário. O estabelecimento de rotinas, a disponibilidade de instrumentos e o treinamento são intervenções que deverão ser introduzidas simultaneamente para obtenção do efeito desejado. As rotinas serão a base do treinamento, e sem os instrumentos não será possível sua boa aplicação. Assim mesmo, não basta enviar instrumentos e rotinas por ofício, sem que sejam acompanhados pelo treinamento do pessoal que irá aplicá-los.

3) Intervenções para assegurar o acesso ao atendimento secundário e terciário das pacientes com alto risco de morte.

A identificação do risco a nível primário não cumprirá o objetivo sem a possibilidade de transferência dessas gestantes até o nível de assistência com recursos adequados para atender a complicação que poderia causar a morte.

Dá a necessidade de assegurar o acesso a esse atendimento de todas as grávidas identificadas como de alto risco de morte materna.

O primeiro passo para possibilitar tal acesso é ter um sistema de transporte que facilite a transferência de gestantes da unidade primária para os níveis superiores de atendimento. Isto inclui tanto um sistema de transporte próprio do sistema de saúde, através de ambulâncias ou viaturas que façam a ligação entre os diversos níveis e seguindo as prioridades previamente definidas, como um sistema de transporte coletivo eficiente e extenso, dando cobertura às zonas mais periféricas das cidades onde geralmente se encontra a população de mais baixa renda, e mais sujeita às patologias da gestação.

É evidente que isto passa por uma questão de ordem geral que é a regionalização do sistema de saúde, com áreas muito bem delimitadas (assim como sua população sob o controle de unidades básicas de saúde específicas). Dessa forma, uma gestante não poderia ter seu atendimento pré-natal em unidade primária que não correspondesse à de sua área geográfica, assim como cada unidade primária não poderia referenciar uma gestante a uma unidade secundária que não fosse previamente determinada pelo esquema de regionalização.

Os leitos das unidades hospitalares secundárias e terciárias disponíveis para a internação de gestantes com patologias que façam aumentar o risco de morte materna são poucos e inadequados. Em grande proporção desses casos seria suficiente a gestante estar em repouso e perto da unidade que poderia prestar assistência às possíveis complicações que tivesse. Surge então a idéia da criação de "casas maternas", que seriam unidades de semi-internação, localizadas próximas às maternidades de grande porte. Aí, as pacientes com alto risco de morte materna, poderiam alojar-se por períodos de tempo variáveis conforme as necessidades determinadas por sua patologia e sua condição social, além de estarem perto do atendimento

Egle Dillia Chama
Assessora A. T. L.

Folha n.º 45 de proc.
n.º 131 de 1992
Cadelina

Folha n.º 39 do proc.
n.º 109/SMG/91
NADJA MARIA ASSIS SILVA
Unidade de Saúde

médico que necessitem ocasionalmente. Dessa forma as gestantes aguardariam a resolução do parto num local mais agradável que o hospital, e com um custo muito mais barato.

Dentro da mesma perspectiva da regionalização da saúde, é importante estabelecer um sistema interinstitucional entre as diversas maternidades de uma cidade ou região, criando uma espécie de "banco de vagas" que funcionaria ininterruptamente. Uma central telefônica, possivelmente cedida pela municipalidade, centralizaria os dados atualizados referentes às vagas obstétricas dos diversos hospitais, públicos ou privados. Mediante a necessidade de se referir uma gestante para um nível superior de atendimento para internação, esta "central" poderá garantir a vaga no hospital mais adequado e/ou mais próximo, evitando assim a peregrinação da mulher por diversas unidades de saúde, antes de conseguir atendimento.

4) Intervenções para melhorar a qualidade da assistência à gestação, parto e pós-parto no nível terciário.

Todo o trabalho de identificação da grávida com alto risco de morte materna e sua transferência ao nível secundário e terciário não terão efeito se o atendimento da gravidez patológica, parto complicado e pós-parto não for tecnicamente eficiente e a prevenção de mortes maternas.

Como as causas de morte mais frequentes são toxemia, hemorragia, infecção e complicações anestésicas, as intervenções apropriadas para redução de mortes maternas estarão dirigidas a assegurar os meios e o treinamento que permitam prevenir e tratar estas complicações.

As intervenções que podem ser implementadas com esta finalidade incluem a melhoria dos serviços de banco de sangue e anestesia das maternidades, das condições gerais dos hospitais, incluindo centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. É evidente que estas ações só são possíveis com pessoal médico e técnico adequadamente adestrado. Para tanto, são recomendados cursos de reciclagem para os especialistas envolvidos no sistema.

É importante lembrar ainda os altos índices de parto cesárea em nosso meio, sabidamente com maior risco de morbidade e mortalidade materna que o parto por via vaginal.

Embora sejam relativamente pequenos os riscos que implicam a anticoncepção, em relação aos riscos da gravidez e do parto, aqueles são mais debatidos e controversos.

Finalmente, nos países em desenvolvimento três condições são necessárias para que as intervenções sobre a morte materna sejam viáveis:

1. O compromisso político de dar prioridade à maternidade segura;
2. Propiciar os recursos necessários para os serviços de saúde materna e planejamento familiar;
3. Realizar atividades de apoio nos setores social, econômico e cultural.

Egle Ellen Chami
Assessora A. T. L.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha no 46 de proc
no 121 de 1992

Folha de Informação n.º 71

d o Ofício n.º 109/SMS.G/91

em 17 / 07 / 91 (a)

NADJA MARIA ABRÃO VIANA DA SILVA

(chefe de Seção II)

P.G.M. G

Interessado - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

Assunto - Comissão de Auditoria.

SJ

Sr. Secretário

72
10003439274

Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Autuação / S.A.R.

A respeito do assunto versado no presente expediente, cumpre-me tecer as seguintes considerações.

Em 16.05.91 esta PGM participou de reunião que contou com a presença do Sr. Secretário Municipal de Saúde e representantes de minha Assessoria Jurídica-Consultiva, da Assessoria Jurídica desse Gabinete e Assessoria Jurídica do Gabinete da Sra. Prefeita.

Nessa ocasião, o grupo redigiu minuta de Projeto de Lei criando os Comitês de Mortalidade Materna no âmbito de SMS.

No dia 28.05.91 participei de um debate organizado pela Secretaria Municipal da Saúde, no qual, representantes do CRM, Faculdade de Saúde Pública, de SMS, em especial da assessoria do Programa de Saúde da Mulher, do Conselho Municipal de Saúde e do Movimento de Mulheres, bem como da Câmara Municipal, discutiram e apresentaram sugestões para o aperfeiçoamento do projeto.

Levando em conta os objetivos pretendidos por SMS para a criação de tais comitês, esta PGM deu forma jurídica final à idéia e, nesse sentido, submete à

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha n.º	47	de proc
n.º	181	de 1992
Adeline		

Folha de Informação n.º 72

d. of n.º 109/8ms 6/91 em 17 / 07 / 91 (a) Nadja

NADJA MARIA ABRU VIANA DA SILVA
Chefe de Seção II
FCM-2

./...

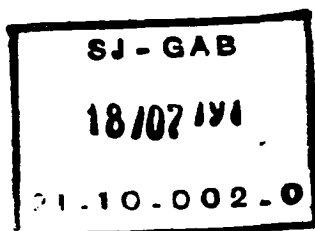
apreciação de V.Exa, minuta de Decreto que institui o Programa de prevenção à mortalidade materna, bem como Mensagem Legislativa e Projeto de Lei que cria, no Município de São Paulo, os Comitês de Mortalidade Materna.

São Paulo, 17 de julho de 1991.

ANNA EMÍLIA CORDELLI ALVES
Procuradora Geral do Município

Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Educação/SAB

AE/cc.



Egle Villen Chami
Assessora A, T: L.

17.949



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha n.º 48 de proc.
n.º 181 de 1992
Adelina

Folha de informação n.º 73

Ofício n.º 109/SMS-G/91

em 5 de 8 de 91 (a) *Darcy*

MARIA DARCY CAMPOS DANTAS

Auxiliar de Gabinete

SJ-GAB

Interessado:- Secretaria Municipal da Saúde

Assunto :- Comissão de Auditoria

Senhora Prefeita

Em atendimento ao pedido de *Paulo de Abreu Dallari* após reunião da qual participaram representantes da pasta, da PGM, de minha Assessoria Jurídica e da Assessoria Jurídica do Gabinete de Vossa Excelência, a Procuradoria Geral elaborou minutas de Projeto de Lei e mensagem legislativa, para instituição de Comitês de Mortalidade Materna, bem como de Decreto, para criação de Programa de Prevenção à Mortalidade Materna.

Essas minutas, encartadas, respectivamente, a fls. 63/64, 65/70 e 59/62, encontram-se, em meu entendimento, em condições de serem adotadas.

Diante disso, submeto o presente a Vossa Excelência para apreciação, reportando-me ao encaminhamento da PGM, de fls. 71/72.

São Paulo, 24-9-91.

DALMO DE ABREU DALLARI

Secretário dos Negócios Jurídicos

OFM/mrss

ES

Egle Villen Chami

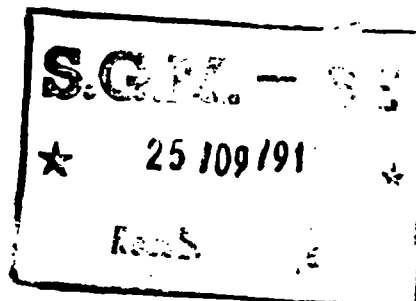
Assessoria T. L.

5507

SGM - ASSESSORIA TÉCNICA

Entrada 250991

Sala: 260991





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha n.º	49	de proc.
n.º	121	de 1992
Adelina		

Folha de informação n.º

09

d. memo n.º 219/92 - SMA.G em 07 / 05 / 92 (a) 11

INTERESSADO : SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

Tânia Datusca Raphael

ASSUNTO : Minuta de Decreto.

Chefe do Grupo II
SMA. G

S M A

Senhor Secretário

100034309274

Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Autuação / S.A.H.

Trata o presente de minuta de Decreto que instituiu, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e cria os Comitês de Mortalidade Materna.

A proposta, harmoniza-se com o disposto no artigo 213, III, da Lei Orgânica deste Município que dispõe:

"Art. 213 - O Município, com participação da Comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante :

- I -
- II -
- III - Atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação da saúde."

Em seu artigo 216, inciso VI, a Lei Orgânica estabelece também como atribuição do Município, através do Sistema Único de Saúde, assegurar à mulher a assistência integral à saúde, pré-natal, no parto e pós-parto.

Ely Gilson Chaves

O Programa de Prevenção à Mortalidade Ma

.../...



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha nº 50 de proc
nº 184 de 1992

Adelina

Folha de informação nº

30

d. menor n.º 219/92-SMAG em 07, 05, 92 (a) 12

Tânia Dalasco Raphael
Chefe do Departamento II

.../...

terna, nos termos do artigo 2º da minuta de Decreto, visando atingir esta finalidade e considerando que será executado por meio de Comitês, cujos membros serão indicados por instituições ou setores da sociedade civil, ficará assegurada a participação da Comunidade estabelecida no art. 213 da L.O.M., retro transcrito.

Ante o exposto, nada tendo a opor à proposta de Decreto apresentada, observando apenas que é verificada a necessidade de se inserir artigo relativo à previsão de despesas com a execução do Programa.

São Paulo, 07 de Maio de 1.992.

Maria Cristina L.V. Sarli

MARIA CRISTINA L.V. SARLI

Chefe da Assessoria Jurídica - SMA

SSL/lcp

Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha nº 51 de proc.
n.º 181 de 1992
Edilina

117

Folha de informação nº 11

d. menor n.º 219/92-SMPS em 07 / 05 / 92 (a) *JK*

INTERESSADO : SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

ASSUNTO : Minuta de Decreto.

S G M - A T L

Senhora Assessora Chefe

1000343092/4
Paulo Rodrigues Jr.
Enc. Assessoria/SAR

Retorno o presente com a manifestação da
Assessoria Jurídica desta Pasta, que acolho.

São Paulo, 8 de Maio de 1.992.

SÉRGIO RABELLO TAMM RENAULT
Secretário Municipal da Administração

SSL/MCLVS/lcp

CS
Egle Villen Chami
Assessora A. T. L.



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº.....52.....

do processo nº.....181..... de 1992 12/ 06 /92.....(a).....Adelina.....

Sobre o assunto, nada consta
Em 12-06-92

Adelina Azeite

À Douta Comissão de
Constituição e Justiça;
Em 12/06/92

LUIZ ARNIAS DE CARVALHO
Assessor Técnico Leg. Chefe-
A. T. M.

Recebido na Comissão da
Constituição e Justiça
Em 15/06/92 às 1200 hs. *[Signature]*

Ao Nobre Vereador Valfredo Ferreira
para relatar

Sala da Comissão da Constituição e Justiça
em 15 de 06 de 1992

[Signature]
Presidente

S E G U E juntado nesta data, documento e papel para informação, rubricado
sob folha nº 53

Em 26/06/92

(a) *[Signature]*



Câmara Municipal de São Paulo

PARECER
0825/92

DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E

JUSTIÇA SOBRE O PL 181/92

Folha n.º	53	de proc.
n.º	181	de 19 92

MP

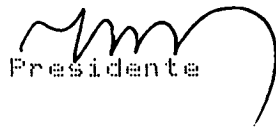
A Sra. Prefeita do Município, no uso da atribuição que lhe concede o art. 69, I, da Lei Orgânica do Município, envia à Câmara projeto de lei que objetiva instituir o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

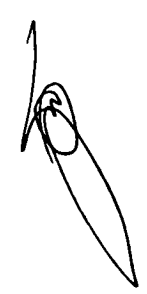
A proposta ampara-se nos arts. 13, I e II; e 37, § 2º, IV; 69, XVI; 213, I e 216, I, II e III, todos da Lei Orgânica do Município.

Em cumprimento ao art. 41 da L.O.M., a Câmara Municipal convocará pelo menos duas audiências públicas durante a tramitação da propositura.

Pela legalidade.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça, em 26/06/92.


Presidente


Ulisses Kamin


RELATOR

Publicar:	FINAL
de 02 07 92	
por 45	2ª/3ª
conferido:	

À Com. Política Urbana.

Em, 02/07/92

js

ANGELA BORGES
Oficial Legislativo

Recebido na Comissão de Pol. Urbana.

Em 02/07/92 às 16:00 hs.

AO NOBRE VEREADOR

PARA RELATAR.

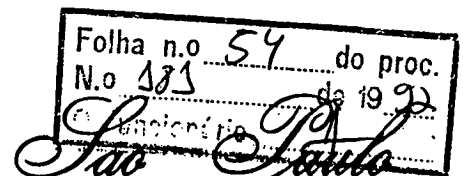
Sala da Comissão de Política Urbana, Metropolitana
e Meio Ambiente.

02 107 192

Ed. Campos
PRESIDENTE



Câmara Municipal de



COMISSÃO DE POLÍTICA URBANA, METROPOLITANA E MEIO AMBIENTE

PARECER
0913/92

PARECER Nº

ASSUNTO: PROJETO DE LEI Nº 181/92

Provido do Executivo, o presente projeto de lei tem por objetivo instituir, no âmbito da Secretaria da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna.

As finalidades desse Programa seriam:

- I - Conhecer os reais índices de mortalidade materna do Município de São Paulo;
- II - Caracterizar os aspectos ligados a assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices de mortalidade materna;
- III - Pesquisar as principais causas da mortalidade materna;
- IV - Assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna.

Para implementar tal Programa, seriam criados um Comitê Central, de caráter normativo, instalado no Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, e Comitês Regionais, com funções executivas, instalados nas Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde.

Face ao cunho social, especialmente no aspecto da saúde, que a medida encerra, não poderíamos deixar de manifestar apoio à mesma. No entanto, há alguns aspectos que merecem ser observados para que fiquem claros nossa visão e posição à respeito do assunto.

Ninguém ignora que as causas maiores dos péssimos indicadores sócio-econômicos que nossa sociedade apresenta estão ancoradas no tripé pobreza-ignorância-doença. Uma está indissolivelmente ligada às outras, e suas resoluções só se darão através de combate global às mesmas.

No caso da mortalidade materna, é bom assinalar que já há programas que, apesar de atuarem com outro nome, têm também entre suas finalidades, a redução da mortalidade materna. É o caso, por exem-

uf



Câmara Municipal de

Folha n.º 55	do proc.
N.º 181	de 1992
Funcionário	

. 2 .

plo, da assistência pré-natal, programa implementado, na área pública, pelos diversos órgãos que compõem o SUS-Sistema Unificado de Saúde, onde é feito a identificação das grávidas com alto risco de morte materna, com a consequente adoção de medidas que procuram minimizar esses riscos. A esse respeito, é ilustrativo os dados coletados e apresentados no ensaio "Análise de um Cômite de Mortalidade Materna-Intervenções para prevenir morte materna", que acompanha a presente propositura, onde foi realizado estudo prospectivo sobre óbitos maternos ocorridos no município de Ribeirão Preto no ano de 1988, que, entre outras conclusões, diagnosticou que grande parte das pacientes em que ocorreu óbito materno não fizeram, ou fizeram inadequadamente, o pré-natal.

Assim, temos convicção de que teríamos mais sucesso se, ao invés de dispersarmos nossas forças em programas paralelos, concentrássemos nossa atenção, tanto num melhor funcionamento do atual sistema, como numa melhor informação e captação para o sistema da população feminina grávida, com o que, sem dúvida, assistiríamos uma queda brutal dos índices de mortalidade, seja o infantil como o materno.

Favorável, com as restrições apontadas, nosso parecer.

Sala da Comissão de Política Urbana, Metropolitana e Meio Ambiente, em 30/8/92

PRESIDENTE

RELATOR

G. Ortega

DC

Publicado no DIÁRIO OFICIAL
do 13/08/92 pág. 46
coluna 2ª conferido: J

À
Com. Adm. Pública
13/8/92

Luis Fernando B. de Araujo
Reg. 10840

Ao nobre Vereador *Stalo Cardoso*
para relatar Regimentalmente até 26/8/92.
Sala da Comissão de Administração Pública

18/08/92

[Signature]
Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
n.º 55 e 56 - 128/08/92
folha de informação sob



Câmara Municipal de São Paulo

PARECER
1013/92

DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE
O PROJETO DE LEI Nº 181/92.

O Projeto de Lei nº 181/92, da Senhora Prefeita, institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna.

No Brasil, para cada 100.000 recém-nascidos, morrem 200 mulheres - dados subestimados por ineficiência dos serviços de saúde no preenchimento dos atestados de óbito, que omitem informações sobre a gravidez. Por outro lado, um atendimento médico adequado evitaria 96% das complicações que surgem na gravidez, parto, puerpério ou aborto.

A gravidez é a quarta causa da mortalidade em adolescentes, principalmente, naquelas com menor poder aquisitivo, cuja condição física e social dificulta o acesso ao pré-natal, onde aparecem complicações como anemia, hipertensão, infecções urinárias, etc.

Há que se esclarecer alguns dados:

- Em São Paulo, para cada 1000 recém-nascidos, filhos de adolescentes, 70 morrem no primeiro mês;

- No Brasil, onde são realizados 4 milhões de aborto por ano, 400 mil mulheres morrem ou ficam com sequelas, principalmente, aquelas da classe trabalhadora que não têm recursos para custear um aborto com métodos adequados.

A desinformação sobre a prevenção à mortalidade materna, responsável também pela utilização de práticas inadequadas, acontece em função da pouca divulgação relacionada ao tema e, consequentemente, o acesso é mínimo aos serviços prestados pelo Poder Público.

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países do terceiro mundo, a maioria esmagadora nos movimentos de saúde são as mulheres que, em função de o seu corpo ser modificado com maior regularidade durante a vida - menstruação, gravidez, parto, amamentação, aborto, menopausa - são elas que efetivamente questionam mais o sistema de saúde vigente.



Folha n.º	57	do proc.
n.º	181	de 19
O funcionario	M	

Câmara Municipal de São Paulo

Nos Estados Unidos e vários países europeus, onde já estão institucionalizados Comitês de Mortalidade Materna há muito tempo, objetiva-se o estudo e a avaliação dos diversos fatores responsáveis por essas mortes, bem como efetivam-se formas de combate à elas. A multiplicação desses comitês desempenharam importante papel na redução progressiva dos índices de mortalidades nesses países.

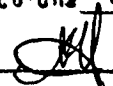
Os comitês e grupos de mulheres que discutem a questão da mortalidade materna propõem que todo movimento neste sentido possua uma papel político de investigação das causas de mortes maternas e intervenha na qualidade dos serviços públicos de saúde.

Pelas razões expostas acima e pela coerência com os princípios de defesa da saúde pública, somos favoráveis à proposição do Executivo.

Sala da Comissão de Administração Pública, 24/08/92

- PRESIDENTE

- RELATOR

Publicado no DIÁRIO OFICIAL
de 29, 08, 1992
na página 47 coluna 3ª
Conferido: 

Em 31.08.92

À Com. de Saúde, Promoção Social e Trabalho.

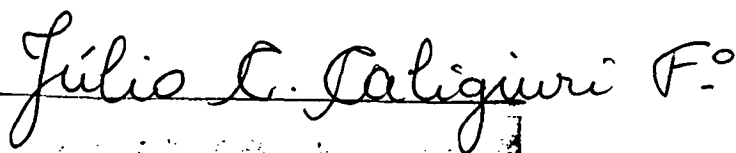
MARIA ELIZABETH P. CAMARGO

Secretária

Comissão de Administração
Pública

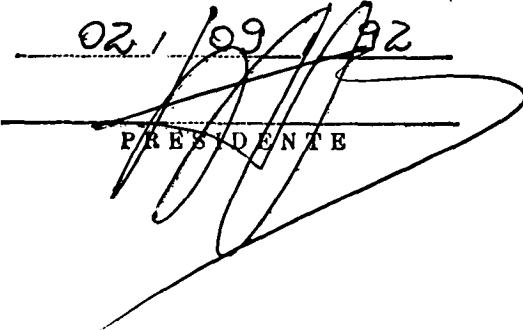
Recebido na Comissão de
Saúde Pr. Soc. e Trabalho
Em 01/09/92 às 1200 h, 

Ao nobre Vereador
para relatar.


Júlio C. Daligueri F.º

Sala da Comissão de Saúde, Prom. Soc. e Trabalho

02.1/09/92


PRESIDENTE

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SEGUE, Juntado nesta data para informação do documento, rubricado sob
folha n.º 58 / 16/09/92 a) 



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º	58	do proc.
N.º	181	de 1992
O funcionário	E. Paulo	

Senhor Presidente da Comissão de Saúde, Promoção Social e Trabalho

Tendo em vista a necessidade de maiores estudos da matéria, solicito de V.Exa a prorrogação de prazo para emissão de parecer desta Comissão, conforme disposto no art. 63 "caput", do Regimento Interno.

Em, 16/09/92.

Ver.

Relator

Deferido

Ver. Brasil Vita

Presidente da CSPST

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SEGUE, Junta ao n.º 59 / 24/09/82 a) 

DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL E TRABALHO
AO PROJETO DE LEI No. 181/92.

Visa o Executivo criar o programa de **Prevenção à Mortalidade Materna** e os **Comitês de Mortalidade Materna**. Tal matéria já está regulada em vários países do Primeiro Mundo e tem merecido dos movimentos pelos direitos humanos e contra a discriminação das mulheres na sociedade a maior atenção.

A Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD) realizada no Rio de Janeiro (ECO 92) tratou na Agenda 21, Capítulo 6, da questão da **proteção e promoção da saúde humana**; e colocou as mulheres na secção da **proteção aos grupos vulneráveis**.

A Justificativa encaminhada pelo Executivo e os documentos anexados são provas cabais de que é necessário e conveniente que se desenvolvam programas para diminuir os riscos de vida das populações, em especial em uma megalópole como São Paulo.

O PL 181/92 acolhido por esta Edilidade surtirá efeitos incontestáveis a médio prazo quer reduzindo os índices verificados; quer identificando causas mais regulares; quer conscientizando as mulheres de seus direitos como cidadã a cuidar de sua saúde e decidir sobre seu próprio corpo.

Pelas razões expostas acima e pela sintonia da proposta com os compromissos assumidos internacionalmente pelas municipalidades durante a ECO 92, somos favoráveis à proposição do Executivo.

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social e Trabalho, 21/09/92.

PRESIDENTE

RELATOR

Publicado no DIARIO OFICIAL
de 25/09 / 1992
pagina 60 coluna 3a
conferido: [assinatura]

À Douta Comissão de
Finanças e Orçamento
Em 28/09/92

[assinatura]
ROSMARI CURY A. DOS SANTOS
Secretária

Recebido na Comissão de
Finanças e Orçamento
Em 08.9.92 as 16h h.

[assinatura]
MARGARETE NUNES SILVA
Secretária

Ào nobre Vereador Arnaldo Madeira
para relatar.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento
30/09/92

[assinatura]
Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
FICHA (M) juntado(s) nesta data documento(s) rubri-
cado(s) sob n.º 60.61/07/10.92 e folha de informação sob
n.º 60.61/07/10.92 ([assinatura])



Câmara
PARECER
1168/92

Municipal de São Paulo

Folha n.º 60 do proc
N.º PL 181 de 19 92
O funcionário

DA COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO SOBRE

O PROJETO DE LEI Nº 181/92

O presente projeto de lei, de autoria do Executivo, visa instituir, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna.

O Programa teria por finalidade:

I - conhecer os reais índices de mortalidade materna do Município de São Paulo;

II - caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices referidos no inciso I;

III - pesquisar as principais causas da mortalidade materna;

IV - assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna.

A fim de dar execução ao programa, cria a propositura Comitês de Mortalidade Materna no Município de São Paulo, com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria, sendo 1 Comitê Central, instalado no Gabinete do Secretário Municipal da Saúde, e Comitês Regionais, instalados nas Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde. Os membros de tais Comitês não teriam direito a qualquer remuneração.

pl



Câmara Municipal de São Paulo

Folha n.º 61 do proc
N.º PL 181 de 19 92
O funcionário *mf*

Quanto aos aspectos atinentes a esta Comissão, nada há a opor à propositura, porquanto as despesas para sua execução correrão por conta de dotações orçamentárias, suplementadas se necessário.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 5 de outubro de 1992.

Presidente -

Relator -

PUBLICADO NO DIARIO OFICIAL
Dia 08 / outubro / 19 92
Pagina 57 Coluna 2a

À A.T.M.

Em, 08 / 10 / 92


MARGARETE NUNES SILVA
Secretária

CAMARA MUNI DE SÃO PAULO

SIG. 11 / 11 / 92 Publicado sob

folha n.º 62667 / 1 / 12/92



Câmara Municipal de São Paulo

Assessoria Técnica da Mesa
n.º 181
No. 1 181/92

ASSESSORIA TÉCNICA DA MESA
VOTAÇÃO NOMINAL REFERENTE AO

REQUERIDA PELO SR. VEREADOR:

☐ ORDINÁRIA

☒ EXTRAORDINÁRIA

220ª SESSÃO REALIZADA EM 4 DE novembro DE 1920

VEREADORES	VOTOU		ABSTENÇÃO	VEREADORES	VOTOU		ABSTENÇÃO
	SIM	NÃO			SIM	NÃO	
1. Adriano Diogo	X			28. Jamil Achôa	X		
2. Albertino Nobre	X			29. João Carlos Alves			
3. Francisco Santos Batista Fo.				30. Jooji Hato	X		
4. Alfredo Martins	X			31. José F. do Nascimento	X		
5. Almir Guimarães	X			32. José Viviani Ferraz	X		
6. Andrade Figueira	X			33. Juarez Soares			
7. Antônio Carlos Caruso	X			34. Jucelino Silva Neto			
8. Antonio José S. Fo. (BIRO-BIRO)	X			35. Júlio Cesar Filho			
9. Antônio Sampaio				36. Lúdia Correa	X		
10. Arnaldo de Abreu Madeira	X			37. Luiz Carlos Moura			
11. Arselino Tatto	X			38. Marcos Mendonça	X		
12. Aurelino de Andrade	X			39. Mario Noda	X		
13. Brasil Vita	X			40. Mauricio Faria	X		
14. Bruno Féder				41. Nelson Guerra	X		
15. Chico Whitaker	X			42. Osvaldo Giannotti	X		
16. Devanir Ribeiro	X			43. Osvaldo Sanches	X		
17. Eder Jofre	X			44. Paulo Kobayashi	X		
18. Edson Falanga	X			45. Roberto Trípoli	X		
19. Fausto Tomaz de Lina	X			46. Tereza Cristina S. Lajolo	X		
20. Fermão Fecchio	X			47. Terezinha Martins	X		
21. Gabriel Ortega	X			48. Tita Dias	X		
22. Geraldo Blota	X			49. Ushitaro Kania			
23. Gilberto Nascimento	X			50. Valfredo Ferreira Silva	X		
24. Guilherme Gianetti	X			51. Vital Molasco	X		
25. Henrique Pacheco	X			52. Walter Abrahão	X		
26. Irede Cardoso	X			53. Walter Feldman	X		
27. Ítalo Cardoso	X						

VOTARAM "SIM": 53 Srs. Vereadores

VOTARAM "NÃO": Srs. Vereadores

VISTO:

SECRETARIO



Câmara Municipal de São Paulo

*aprovado
1/12/92*

REQUERIMENTO DE INVERSÃO

Folha n.º	63
n.º	781
Assinatura	<i>[Signature]</i>

SENHOR PRESIDENTE,

REQUEIRO NA FORMA REGIMENTAL, OUVIDO O EGRÉGIO
PLENÁRIO, SEJA INVERTIDA A PAUTA DA ORDEM DO DIA DA
PRESENTE SESSÃO, CONSIDERANDO-SE COMO ÍTEM 13
O ATUAL ÍTEM N.º 19.

SALA DAS SESSÕES, 01 DE dezembro DE 1992.

[Signature]



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
- TAQUIGRAFIA -

RODÍZIO	FOLHA	TAQUIGRAFO	SESSÃO	DATA	ORADOR	CONT. APARTE
9	2	vand	235	1.12.92		50

O SR PRESIDENTE (Paulo Kobayashi - PSDB) - De acordo com o requerimento de inversão aprovado, vamos passar ao item 12 da pauta.

* * *

PL 131/92, do Executivo

Institui, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês da Mortalidade Materna.

Fase da discussão: 2ª

Aprovação mediante voto nominal, favorável, da maioria dos membros da Câmara.

* * *

O SR PRESIDENTE (Paulo Kobayashi - PSDB) - A votos. O Sr. Secretário procederá à chamada. Os Srs. Vereadores que estiverem de acordo responderão "sim"; os contrários, "não".

* * *

- Feita a chamada, sob a Presidência do Sr. Paulo Kobayashi, verifica-se que:



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

- TAQUIGRAFIA -

RODIZIO	FOLHA	TAQUIGRAFO	SESSÃO	DATA	ORADOR	CONT. A PARTE
9	3	vand	235	1.12.92		

O SR PRESIDENTE (Paulo Kobayashi - PSDB) - Votaram "sim"

31 Srs. Veredores. Está aprovado. Vai à sanção. Item seguinte.

Há sobre a mesa um requerimento de inversão, que será lido, considerando o item 11 como 13.

* * *

- É lido, posto em votação e aprovado, o seguinte:



Câmara Municipal de São Paulo

ASSESSORIA TÉCNICA DA MESA

VOTAÇÃO NOMINAL REFERENTE AO

No. 181/81/92

REQUERIDA PELO SR. VEREADOR:

235ª

SESSÃO

☐ ORDINÁRIA

☒ EXTRAORDINÁRIA

REALIZADA EM 1 DE dezembro DE 1972

VEREADORES	VOTOU		ABSTENÇÃO	VEREADORES	VOTOU		ABSTENÇÃO
	SIM	NÃO			SIM	NÃO	
1. Adriano Diogo	X			28. Jamil Achôa			
2. Albertino Nobre				29. João Carlos Alves	X		
3. Alex Freua Netto	X			30. Jooji Hato	X		
4. Alfredo Martins	X			31. José F. do Nascimento	X		
5. Almir Guimarães				32. José Viviani Ferraz			
6. Andrade Figueira				33. Juarez Soares	X		
7. Antônio Carlos Caruso	X			34. Jucelino Silva Neto	X		
8. Antonio José S. Fo. (BIRÓ-BIRÓ)				35. Júlio Cesar Filho			
9. Antônio Sampaio	X			36. Lídia Correa	X		
10. Arnaldo de Abreu Madeira	X			37. Luiz Carlos Moura			
11. Arselino Tatto	X			38. Marcos Mendonça	X		
12. Aurelino de Andrade				39. Mario Noda			
13. Francisco Santos Batista Fo.				40. Mauricio Faria			
14. Bruno Féder				41. Nelson Guerra			
15. Arnélindo Passoni	X			42. Osvaldo Giannotti	X		
16. Devanir Ribeiro	X			43. Osvaldo Sanches			
17. Eder Jofre	X			44. Paulo Kobayashi	X		
18. Edson Falanga				45. Roberto Trípoli	X		
19. Fausto Tomaz de Lima				46. Tereza Cristina S. Lajolo	X		
20. Fernão Fechio	X			47. Terezinha Martins	X		
21. Gabriel Ortega	X			48. Tita Dias	X		
22. Geraldo Blota	X			49. Ushitaro Kamia			
23. Gilberto Nascimento	X			50. Valfredo Ferreira Silva			
24. Guilherme Gianetti	X			51. Vital Molasco			
25. Henrique Pacheco	X			52. Walter Abrahão	X		
26. Irede Cardoso				53. Gilson Almeida Barreto			
27. Ítalo Cardoso	X						

VOTARAM "SIM": 32 Srs. Vereadores

VOTARAM "NÃO": Srs. Vereadores

ABSTENÇÕES: Srs. Vereadores

VISTO

SECRETÁRIO



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para Informação, rubricado como folha nº.....67

do processo nº.....181 de 19 22 / 11 / 21 52, a).....

À Leg.3-Senhora Chefe:

Na sessão extraordinária (2359) foi, APROVADO em segunda discussão o presente Projeto de Lei, que assim se encontra em termos de ser remetido a sanção.

01/12/92.


LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
Agente Técnico 1º. Classe - 222
(60.341)

Sra. Soraia,

Preparar ofício encaminhando cópia autêntica ao Executivo, 
preparar Carta de Lei e Registro.

01/12/92

Sônia Maria Verzolla
Chefe Seção Técnica IV

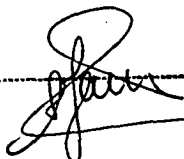
Sra. Chefe,

Preparados os documentos conforme despacho de
V.Sa.

01/12/92

SORAIA LÚCIA PERREIRA BARBOSA
Oficial Legislativo

SEGUE....., juntado....., nesta data
documento..... e papel de informação
rubricado..... sob folha..... nº 4680817
Em 103/12/92





Câmara Municipal de São Paulo

São Paulo, 08 de dezembro de 1992.

Folha N.º 68	de proc.
N.º 10181	de 1892
O Secretário	

DT7-LEG3
OFICIO N:300406/92

Senhora Prefeita.

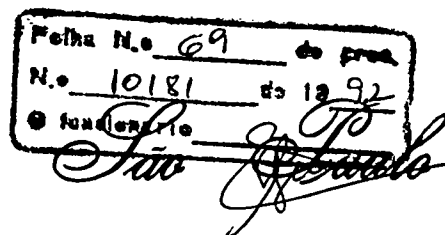
Encaminho a Vossa Excelência cópia autêntica da lei decretada pela Câmara em sessão de 01 de dezembro do corrente, relativa ao Projeto de Lei nº 181/92 de autoria desse Executivo - Instituído, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna, e dá outras providências.

Valho-me da oportunidade para apresentar a Vossa Excelência os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.


PAULO KOBAYASHI
Presidente

A Sua Excelência a Senhora
Professora Luiza Erundina de Sousa
Digníssima Prefeita do Município de São Paulo.

SLF.



Câmara Municipal de

São Paulo

-----Cópia autêntica. LEI DECRETADA NA SESSÃO DE 01 DE DEZEMBRO DE 1992. Cópia extraída de fls. nº 2/8 do Processo nº 010181/92. (PROJETO DE LEI Nº 181/92). Institui, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna, e dá outras providências. A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO decreta: Art. 1º - Fica instituído, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna. Art. 2º - O Programa de Prevenção à Mortalidade Materna tem por finalidade: I - Conhecer os reais índices de mortalidade materna do Município de São Paulo; II - Caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices referidos no inciso I; III - Pesquisar as principais causas da mortalidade materna; IV - Assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna. Art. 3º - A fim de dar execução ao Programa instituído por esta lei, ficam criados Comitês de Mortalidade Materna no Município de São Paulo, com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria, sendo: I - 1 (um) Comitê Central, instalado no Gabinete do Secretário Municipal da Saúde; II - Comitês Regionais, instalados nas Administrações Regionais de Saúde e



Câmara Municipal de São Paulo

Ata N.º 70	de 1992
N.º 00181	de 1992
O Secretário	

Distritos de Saúde. Art. 4º - O Comitê Central de Mortalidade Materna terá função precipuamente normativa e será composto de 8 (oito) membros titulares e respectivos suplentes, a serem designados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante indicação das instituições ou setores da sociedade civil, da seguinte forma: I - Um representante da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP; II - Um representante do Conselho Regional de Medicina - CRM; III - Um representante do Movimento de Mulheres; IV - Um representante da Rede Hospitalar Municipal; V - Um representante do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal da Saúde - CEPI; VI - Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal da Saúde; VII - Um representante do Conselho Municipal de Saúde; VIII - Um representante da área jurídica. Art. 5º - Os Comitês Regionais de Mortalidade Materna atuarão basicamente junto aos Serviços Ambulatoriais, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica, Hospitais Municipais e Conveniados e serão compostos por 6 (seis) membros titulares e respectivos suplentes, a serem designados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante indicação das unidades administrativas e setores da sociedade civil, da seguinte forma: I - Um médico obstetra do Hospital Municipal; II - Um representante da área de informação do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI; III - Um representante da Assessoria de Saúde da Mu-



Folha N.º	71	do pres.
N.º	10/81	de 12 92
Assinatura		

Câmara Municipal de São Paulo

lher, da Administração Regional de Saúde ou do Distrito de Saúde; IV - Um representante do Movimento de Mulheres; V - Um representante do Movimento de Saúde; VI - Um representante da área jurídica. Art. 6º - Os membros dos Comitês de Mortalidade Materna terão um mandato de 2 (dois) anos, renovável por uma única vez e por igual período, sem direito a qualquer remuneração. Parágrafo único - O membro titular que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) alternadas, em cada ano, será substituído mediante indicação da respectiva instituição ou setor da sociedade civil que o indicou. Art. 7º - Os Comitês de Mortalidade Materna terão um Presidente e um Secretário, eleitos entre os seus membros, com mandato de 2 (dois) anos, admitindo-se a reeleição por uma única vez e por igual período, sem direito a qualquer remuneração. Art. 8º - Os Comitês de Mortalidade Materna terão como instrumental básico de trabalho e metodologia: I - O rastreamento dos atestados de óbitos de todas as mulheres com idade de 10 (dez) a 49 (quarenta e nove) anos, ocorridos no Município de São Paulo; II - A investigação dos óbitos por causas maternas e daqueles cujos atestados contenham apenas a causa básica do óbito e que possam estar relacionados com complicações da gravidez, do parto, puerpério ou aborto; III - A análise dos prontuários de assistência ao pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério; IV - As entrevistas domiciliares com a família da falecida. § 1º - Para efeito do dis-



Câmara Municipal de São Paulo

Processo N.º 72	do pres.
N.º 10181	de 1972
O Prefeito	

[Assinatura]

posto neste artigo serão considerados, inclusive, os óbitos de mulheres não residentes no Município de São Paulo. § 2º - Para o cálculo do coeficiente da mortalidade deverão ser consideradas as mortes de mulheres residentes no Município de São Paulo (numerador do coeficiente) e o número de nascidos vivos da população residente. § 3º - Os procedimentos previstos nos incisos II e III deste artigo poderão efetivar-se em instituições de saúde não integrantes da rede municipal, desde que contem com a expressa concordância de seus representantes legais. § 4º - Os procedimentos previstos nos incisos II, III e IV deste artigo, bem como outros que se fizerem necessários, serão realizados por profissionais de saúde, integrantes da Assessoria de Saúde da Mulher e do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI, da Secretaria Municipal da Saúde. Art. 9º - Ao Comitê Central de Mortalidade Materna caberá: I - Expedir normas com vistas a uniformizar a atuação dos Comitês Regionais; II - Realizar diagnóstico da situação da Mortalidade Materna no Município de São Paulo, a partir dos elementos fornecidos pelo Comitê Regional, previstos no artigo 10 desta lei; III - Informar os órgãos competentes sobre os resultados do trabalho desenvolvido; IV - Encaminhar as conclusões ao Secretário Municipal da Saúde; V - Oficiar aos Conselhos Profissionais. no caso de suspeita de responsabilidade de profissionais na morte materna investigada, sem prejuízo da adoção, pelo Secretário



Câmara Municipal de São Paulo

Fls. N.º 73 do proc.
N.º 10184 de 19 92
O Tabelião: _____

Municipal da Saúde, das medidas disciplinares cabíveis. Art. 10 - Aos Comitês Regionais de Mortalidade Materna caberá, com base nos dados apurados através dos procedimentos previstos no artigo 8º ou outros eventualmente efetivados: I - Manifestar-se conclusivamente sobre a evitabilidade da morte investigada; II - Manifestar-se sobre a eventual responsabilidade institucional, bem como sobre as causas sociais, econômicas e culturais que influíram na morte materna; III - Propor medidas visando a melhoria da qualidade dos serviços. Art. 11 - Os Comitês de Mortalidade Materna poderão solicitar assessoramento jurídico da Procuradoria Geral do Município, da Secretaria dos Negócios Jurídicos, bem como de outras Assessorias Técnicas, sempre que se fizer necessário. Art. 12 - Ficará a critério de cada Comitê o local, duração e periodicidade das reuniões ordinárias, bem como a realização de reuniões extraordinárias, observadas as normas gerais expedidas pelo Comitê Central. Art. 13 - As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário. Art. 14 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Eu, SORAIA LÚCIA FERREIRA BARBOSA, Oficial Legislativo, padrão "NM-3-B" extraí a presente cópia fielmente de fls. do livro competente nº 44 e datilografei. Eu, ZUZI ASSATO, Assistente de Administração, padrão "NM-2-B" a conferi. São Paulo, 03 de dezembro de 1992.



Câmara Municipal de São Paulo

Folha N.º	74	de	proa.
N.º	10181	N.º	19 92
Secretaria			

Chefe da Seção Técnica de Preparo e Registro de Documentos Legislativos,

[Signature]
VITA XAVIER MACHADO
Diretor Técnico de Depto.-DI. 7

[Signature]
Sônia Maria Verzolla

Seção Técnica IV

Diretora do Departamento dos

.Visto,

Serviços Legislativos da Câmara Municipal de São Paulo.-

AA) PAULO KOBAYASHI, GERALDO BLOTA, GUILHERME GIANETTI, ANTONIO CARLOS CARUSO, ALBERTINO NOBRE, ALFREDO MARTINS, NELSON GUERRA.

SLF.

[Signature]



Câmara Municipal de São Paulo

Folha N.º	45	de	proa.
N.º	10191	N.º	10 92
Funcionário			

• LEI Nº 11.313 DE 21 DE dezembro DE 1992 .

Institui, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna, e dá outras providências.

Faço saber que a Câmara, em sessão de 19 de dezembro de 1992, decretou a seguinte lei:

Art. 1º - Fica instituído, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna.

Art. 2º - O Programa de Prevenção à Mortalidade Materna tem por finalidade:

I - Conhecer os reais índices de mortalidade materna do Município de São Paulo;

II - Caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices referidos no inciso I;

III - Pesquisar as principais causas da mor-



Câmara Municipal de São Paulo

Feita H.º 76 de proc.
N.º 1081 de 10 92
O.º 1081 de 10 92

talidade materna;

IV - Assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna.

Art. 3º - A fim de dar execução ao Programa instituído por esta lei, ficam criados Comitês de Mortalidade Materna no Município de São Paulo, com caráter ético, técnico, educativo e de assessoria, sendo:

I - 1 (hum) Comitê Central, instalado no Gabinete do Secretário Municipal da Saúde;

II - Comitês Regionais, instalados nas Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde.

Art. 4º - O Comitê Central de Mortalidade Materna terá função precipuamente normativa e será composto de 8 (oito) membros titulares e respectivos suplentes, a serem designados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante indicação das instituições ou setores da sociedade civil, da seguinte forma:

I - Um representante da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP;

II - Um representante do Conselho Regional de Medicina - CRM;

III - Um representante do Movimento de Mulheres;

IV - Um representante da Rede Hospitalar Municipal;

V - Um representante do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação da Secretaria Municipal da Saúde - CEPI;

VI - Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal da Saúde;

VII - Um representante do Conselho Municipal de Saúde;

VIII - Um representante da área jurídica.



Câmara Municipal de São Paulo

Ata N.º	77	de 1992
N.º	10181	de 12 92
Assinado		

Art. 5º - Os Comitês Regionais de Mortalidade Materna atuarão basicamente junto aos Serviços Ambulatoriais, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica, Hospitais Municipais e Conveniados e serão compostos por 6 (seis) membros titulares e respectivos suplentes, a serem designados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante indicação das unidades administrativas e setores da sociedade civil, da seguinte forma:

I - Um médico obstetra do Hospital Municipal;

II - Um representante da área de informação do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI;

III - Um representante da Assessoria de Saúde da Mulher, da Administração Regional de Saúde ou do Distrito de Saúde;

IV - Um representante do Movimento de Mulheres;

V - Um representante do Movimento de Saúde;

VI - Um representante da área jurídica.

Art. 6º - Os membros dos Comitês de Mortalidade Materna terão um mandato de 2 (dois) anos, renovável por uma única vez e por igual período, sem direito a qualquer remuneração.

Parágrafo único - O membro titular que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) alternadas, em cada ano, será substituído mediante indicação da respectiva instituição ou setor da sociedade civil que o indicou.

Art. 7º - Os Comitês de Mortalidade Materna terão um Presidente e um Secretário, eleitos entre os seus membros, com mandato de 2 (dois) anos, admitindo-se a reeleição por uma única vez e por igual período, sem direito a qualquer remuneração.

Art. 8º - Os Comitês de Mortalidade Materna terão como instrumental básico de trabalho e metodologia:

I - O rastreamento dos atestados de óbitos de todas as mulheres com idade de 10 (dez) a 49 (quarenta e no-



Câmara Municipal de São Paulo

Folha N.º	98	do total
N.º	10181	de 17 72
O Tasso		

ve) anos, ocorridos no Município de São Paulo;

II - A investigação dos óbitos por causas maternas e daqueles cujos atestados contenham apenas a causa básica do óbito e que possam estar relacionados com complicações da gravidez, do parto, puerpério ou aborto;

III - A análise dos prontuários de assistência ao pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério;

IV - As entrevistas domiciliares com a família da falecida.

§ 1º - Para efeito do disposto neste artigo serão considerados, inclusive, os óbitos de mulheres não residentes no Município de São Paulo.

§ 2º - Para o cálculo do coeficiente da mortalidade deverão ser consideradas as mortes de mulheres residentes no Município de São Paulo (numerador do coeficiente) e o número de nascidos vivos da população residente.

§ 3º - Os procedimentos previstos nos incisos II e III deste artigo poderão efetivar-se em instituições de saúde não integrantes da rede municipal, desde que contem com a expressa concordância de seus representantes legais.

§ 4º - Os procedimentos previstos nos incisos II, III e IV deste artigo, bem como outros que se fizerem necessários, serão realizados por profissionais de saúde, integrantes da Assessoria de Saúde da Mulher e do Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI, da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 9º - Ao Comitê Central de Mortalidade Materna caberá:

I - Expedir normas com vistas a uniformizar a atuação dos Comitês Regionais; II - Realizar diagnóstico da situação da Mortalidade Materna no Município de São Paulo, a partir dos elementos fornecidos pelo Comitê Regional, previstos no artigo 10 desta lei; III - Informar os órgãos competentes sobre os resultados do trabalho desenvolvido;

IV - Encaminhar as conclusões ao Secretário Municipal da Saúde;

V - Oficiar aos Conselhos Profissionais, no caso de suspeita de responsabilidade de profissionais na morte



Câmara Municipal de São Paulo

Processo N.º	79	de 1992
N.º	10181	de 12 92
O Secretário		

materna investigada, sem prejuízo da adoção, pelo Secretário Municipal da Saúde, das medidas disciplinares cabíveis.

Art. 10 - Aos Comitês Regionais de Mortalidade Materna caberá, com base nos dados apurados através dos procedimentos previstos no artigo 8º ou outros eventualmente efetivados:

I - Manifestar-se conclusivamente sobre a evitabilidade da morte investigada;

II - Manifestar-se sobre a eventual responsabilidade institucional, bem como sobre as causas sociais, econômicas e culturais que influíram na morte materna;

III - Propor medidas visando a melhoria da qualidade dos serviços.

Art. 11 - Os Comitês de Mortalidade Materna poderão solicitar assessoramento jurídico da Procuradoria Geral do Município, da Secretaria dos Negócios Jurídicos, bem como de outras Assessorias Técnicas, sempre que se fizer necessário.

Art. 12 - Ficará a critério de cada Comitê o local, duração e periodicidade das reuniões ordinárias, bem como a realização de reuniões extraordinárias, observadas as normas gerais expedidas pelo Comitê Central.

Art. 13 - As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 14 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo, 04 de dezembro de 1992.

O Presidente,



CÂMARA MUNICIPAL

Folha N.º	80	do pres.
N.º	10181	de 1992
SÃO PAULO		

São Paulo, 08 de dezembro

de 19 92.

Recebi ofício DT.7/Leg.3 nº 300408 de
08.12.92 , encaminhando ao Sr. Prefeito Municipal cópia autên
tica da lei decretada pela Câmara, relativa ao Projeto de Lei
nº 181/92 de autoria desse Executivo.

ANEXO:

Recebi
09/12/92



Papel para informação, rubricado como folha nº 817

10181

92.23.12 92

LEI Nº 11.313, DE 21 DE DEZEMBRO DE 1992

LUÍZA ERUNDINA DE SOUSA, Prefeita do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 1 de dezembro de 1992, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica instituído, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna.

Art. 2º - O Programa de Prevenção à Mortalidade Materna tem por finalidade:

I - Conhecer os reais índices de mortalidade materna do Município de São Paulo;

II - Caracterizar os aspectos ligados à assistência pré-natal, ao parto, ao aborto e ao puerpério, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices referidos no inciso I;

III - Pesquisar as principais causas da mortalidade materna;

IV - Assessorar as instituições, inclusive as conveniadas, responsáveis pelos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, orientando quanto às providências necessárias à redução da mortalidade materna.

Art. 3º - A fim de dar execução ao Programa instituído por esta lei, ficam criados Comitês de Mortalidade Materna no Município de São Paulo, com caráter educativo, técnico, e de assessoria, sendo:

I - 1 (hum) Comitê Central, instalado no Gabinete do Secretário Municipal da Saúde;

II - Comitês Regionais, instalados nas Administrações Regionais de Saúde e Distritos de Saúde.

Art. 4º - O Comitê Central de Mortalidade Materna terá função predominantemente normativa e será composto de 8 (oito) membros titulares e respectivos suplentes, nomeados pelo Secretário Municipal da Saúde, mediante designação.

Art. 5º - O Comitê Central de Mortalidade Materna terá a seguinte composição:

I - Estímular, apoiar e desenvolver estudos e diagnósticos acerca das situações e da problemática das pessoas portadoras de deficiências, no âmbito do Município de São Paulo;

II - Formular políticas municipais de atendimento à pessoa portadora de deficiências, de forma articulada com as Secretarias ou demais órgãos da Administração Municipal envolvidos;

III - Traçar diretrizes, em seu campo de atuação, para a Administração Municipal Direta e Indireta e, de modo subsidiário e indicativo, para o setor privado;

IV - Elaborar e divulgar, por meios diversos, material sobre a situação econômica, social, política e cultural das pessoas portadoras de deficiências, seus direitos e garantias, assim como difundir textos de natureza educativa e denunciar práticas, atos ou meios que, direta ou indiretamente, incitem ou revelem a sua discriminação ou, ainda, restrinjam o seu papel social;

V - Estabelecer, com as Secretarias afins, programas de formação e treinamento dos servidores públicos municipais, objetivando a supressão de práticas discriminatórias nas relações entre os profissionais e entre estes e a população em geral;

VI - Propor, nas áreas que concernem às questões específicas, a celebração de convênios de assistência com instituições de ensino, pesquisa, saúde, bem como com órgãos de nível estadual e federal.

Art. 6º - Para a consecução de seus objetivos, caberá, ainda, ao Conselho Municipal da Pessoa Deficiente:

I - Estimular, apoiar e desenvolver estudos e diagnósticos acerca das situações e da problemática das pessoas portadoras de deficiências, no âmbito do Município de São Paulo;

II - Formular políticas municipais de atendimento à pessoa portadora de deficiências, de forma articulada com as Secretarias ou demais órgãos da Administração Municipal envolvidos;

III - Traçar diretrizes, em seu campo de atuação, para a Administração Municipal Direta e Indireta e, de modo subsidiário e indicativo, para o setor privado;

IV - Elaborar e divulgar, por meios diversos, material sobre a situação econômica, social, política e cultural das pessoas portadoras de deficiências, seus direitos e garantias, assim como difundir textos de natureza educativa e denunciar práticas, atos ou meios que, direta ou indiretamente, incitem ou revelem a sua discriminação ou, ainda, restrinjam o seu papel social;

V - Estabelecer, com as Secretarias afins, programas de formação e treinamento dos servidores públicos municipais, objetivando a supressão de práticas discriminatórias nas relações entre os profissionais e entre estes e a população em geral;

VI - Propor, nas áreas que concernem às questões específicas, a celebração de convênios de assistência com instituições de ensino, pesquisa, saúde, bem como com órgãos de nível estadual e federal.

Art. 7º - A PMSF fica autorizada a impor restrições à circulação de veículos na malha viária de limitada pelas vias Amaral Gurgel, Largo do Arouche, Avenida Duque de Caxias, Rua Mauá, Rua Cantareira, Parque D. Pedro II, Rua do Glicério, Ligação Leste-Oeste até encontrar-se com a R. Amaral Gurgel.

Art. 8º - A PMSF fica autorizada a impor restrições à circulação de veículos na área central da cidade.

Art. 9º - Esta lei entrará em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 21 de dezembro de 1992, 4399 da fundação de São Paulo.

LUÍZA ERUNDINA DE SOUSA, PREFEITA
DALMO DE ABREU DALLARI, Secretário dos Negócios Jurídicos
AMIR ANTONIO KHAIR, Secretário das Finanças
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 21 de dezembro de 1992.

PEDRO BOHOMOLETZ DE ABREU DALLARI, Secretário do Governo Municipal

LEI Nº 11.317, DE 21 DE DEZEMBRO DE 1992
(Projeto de Lei nº 640/91, da Vereadora Tereza Cristina Lajolo e Outros)

Autoriza a Prefeitura a impor restrições à circulação de veículos na área central da cidade.

LUÍZA ERUNDINA DE SOUSA, Prefeita do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei. Faz saber que a Câmara Municipal em sessão de 1 de dezembro de 1992, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - A PMSF fica autorizada a impor restrições à circulação de automóveis na malha viária de limitada pelas vias Amaral Gurgel, Largo do Arouche, Avenida Duque de Caxias, Rua Mauá, Rua Cantareira, Parque D. Pedro II, Rua do Glicério, Ligação Leste-Oeste até encontrar-se com a R. Amaral Gurgel.

Art. 2º - A PMSF fica autorizada a impor restrições à circulação de veículos na área central da cidade.

Art. 3º - Esta lei entrará em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 21 de dezembro de 1992, 4399 da fundação de São Paulo.

LUÍZA ERUNDINA DE SOUSA, PREFEITA
DALMO DE ABREU DALLARI, Secretário dos Negócios Jurídicos
AMIR ANTONIO KHAIR, Secretário das Finanças
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 21 de dezembro de 1992.

PEDRO BOHOMOLETZ DE ABREU DALLARI, Secretário do Governo Municipal

Conteúdo:
Página 15
coluna 1ª a 3ª
de 22 / 10 / 1992
Publicado no DIÁRIO OFICIAL

Ao DT.94 - arquivo,

Para as devidas providências.

23 / 12 / 92

Sônia Maria Verzolla
Coord. Seção Técnica IV

DEPARTAMENTO	
DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMÁTICA	
SEÇÃO TÉCNICA DE ARQUIVO	
Proc. encerrado em	81 fls.
Arquivo em	23.12.92
O Supl.	
LUIZA TAKEMI AKAMITSU	
Coord. da Seção Técnica IV	

SEGUE juntado nesta data, e papel para informação, rubricado

sob folha nº

Em

(a)