

Estudo da mortalidade materna na Região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais

Mortality Study of Mother in High Region Jequitinhonha, Minas Gerais

Juliana Augusta Dias¹, Geraldo Cunha Cury², Assis do Carmo Pereira Júnior³

RESUMO

Introdução: Embora as complicações no parto e puerpério não sejam previsíveis, os indicadores de mortalidade materna são extremamente sensíveis a cuidados obstétricos de qualidade, e o tempo na obtenção de cuidado adequado é o fator mais importante relacionado às mortes maternas, o que comprova que a mortalidade materna é prevenível.

Objetivo: Identificar e analisar a mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, MG. **Método:** Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, com análise de dados no SIM/DATASUS, nos atestados de óbitos e nos prontuários das pacientes que foram a óbito materno, no período de 2010 a 2013, sobre as características relacionadas aos dados epidemiológicos, obstétricos, situação do município quanto à existência de protocolo e investigação do óbito, causas de morte e atraso na assistência. **Resultados:** A faixa etária predominante foi entre 18 e 30 anos, atingindo 50%. Entre as características obstétricas do óbito, destaca-se a primiparidade, o terceiro trimestre gestacional, a classificação de baixo risco e a incidência de cesáreas. Nos municípios, 83,33% não apresentam protocolo de atendimento e em 66,66% dos casos não foi realizada a investigação do óbito. As principais causas de mortalidade materna encontradas foram diretas, com destaque para a síndrome de Hellp, com 25%. Dentre os fatores relacionados à qualidade do cuidado assistencial, destaca-se o atraso no início do tratamento, com 83,33%, assim como o atraso no diagnóstico e o manejo inadequado do paciente, ambos com 75%. **Conclusão:** A frequência de demora na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Saúde materna; Fatores de risco; Gestação.

¹ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Departamento de Medicina. Diamantina, MG - Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ Hospital Nossa Senhora da Saúde - HNSS, Departamento de enfermagem Diamantina, MG - Brasil.

Instituição:

Jad Clinica Médica
Diamantina, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Juliana Augusta Dias
E-mail: jadbh@hotmail.com

Recebido em: 16/10/2015.

Approved em: 16/03/2016.

ABSTRACT

Introduction: Although complications in childbirth and postpartum are not predictable, maternal mortality indicators are extremely sensitive to quality obstetric care, and time in getting proper care is the most important factor related to maternal deaths, which proves that maternal mortality is preventable. **Objective:** To identify and analyze maternal mortality in the region of Alto Jequitinhonha, MG. **Methods:** It is a quantitative, descriptive study, with data analysis on the SIM / DATASUS in death certificates and medical records of patients who progressed to maternal deaths in the period 2010-2013, on the characteristics related to epidemiological data, obstetric, municipal situation as to the existence of protocol and investigation of death, causes of death and delayed assistance. **Results:** The predominant age group was between 18 and 30 years, reaching 50%. Among the obstetric characteristics of death, there is primiparity the third trimester, the low risk rating and the incidence of cesarean sections. In the municipalities, 83.33% have no treatment protocol and in 66.66% of cases was not carried out the investigation of the death. The main causes of maternal mortality were found direct, highlighting the Hellp syndrome, with 25%. Among the factors related to quality of care assistance, the delay stands out at the beginning of treatment with 83.33%, and the delay in diagnosis and inappropriate management of the patient, both with 75%. **Conclusion:** The frequency of delays in obstetric care is directly related to the worst maternal outcome.

Keywords: Maternal mortality; Maternal health; Risk factors; Pregnancy.

INTRODUÇÃO

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devido a causas acidentais ou incidentais.¹

Quanto à causa, as mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (hemorragia, seps, complicações de aborto e doenças hipertensivas), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças existentes antes da gestação ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como problemas circulatórios e respiratórios.

Um relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), com foco nas causas globais das mortes maternas, destaca o impacto que condições médicas preexistentes - como diabetes, AIDS, malária e obesidade - têm sobre a saúde da gestante, sendo responsáveis por 28% das mortes deste tipo no mundo. Esta proporção é similar à das mortes

por hemorragias graves durante gravidez ou parto que, isoladamente, é a principal causa da morte materna.²

Segundo a OMS, a falta da mulher e mãe no lar tem sido causa preponderante para a desestruturação familiar, senão até de uma população. “Uma morte materna afeta diretamente um número grande de membros da família e da comunidade que dela dependem. As mortes maternas, quando muitas, podem produzir graves consequências para as comunidades, população e nações”. Mesmo assim, meio milhão de mulheres grávidas morrem, a cada ano, em todo o mundo, sendo que 13% delas perdem a vida em função de abortos realizados sob condições inadequadas.³

Intervenções para a redução da mortalidade materna já foram propostas como aperfeiçoamento contínuo da coleta de dados estatísticos para um melhor conhecimento sobre o número de mortes maternas e seus fatores de risco; investigação epidemiológica com criação de comitês de mortalidade materna; melhora na assistência à gravidez, parto e puerpério; prevenção de gravidez em mulheres com alto risco de morte materna e adoção de medidas para redução de morte pós-aborto.⁴

Alguns passos importantes, firmados pelo governo brasileiro, contribuíram no sentido de melhorar o quadro da mortalidade materna no país. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado 1984 pelo

Ministério da Saúde e, em 1988, grande passo foi dado com a criação dos comitês estaduais e municipais de mortalidade materna. Durante a 23ª Conferência Pan-americana de Saúde, em 1990, o governo brasileiro foi signatário do plano regional de redução da mortalidade materna.

Em 1994, foi criado o Comitê Nacional de Mortalidade Materna e a Portaria nº 663 instituiu, entre outras determinações, o Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna, com a finalidade de, nessa data, serem avaliados, em todos os escalões do Sistema Único de Saúde (SUS), os programas desenvolvidos para este fim. Em 1995, o governo divulgou o Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna.⁵

Em setembro de 2000, foi firmado um compromisso entre 189 países para o combate da extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados até 2015. Em setembro de 2010, houve a renovação deste compromisso para acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos. Os ODM surgem da Declaração do Milênio das Nações Unidas. Esta traz uma série de compromissos concretos que deverão ser cumpridos nos prazos fixados, segundo os indicadores quantitativos que os acompanham. O cumprimento desses objetivos deverá melhorar o destino da humanidade neste século.⁶

Apesar do tema da redução da mortalidade materna ser amplamente discutido e inúmeras tentativas serem propostas e firmadas, os resultados, porém, continuam sendo insuficientes. Embora se conte com o conhecimento sobre as intervenções eficazes em função do custo para evitar mais de 90% das mortes maternas e das complicações obstétricas graves, as mulheres e seus filhos continuam enfrentando barreiras econômicas, geográficas, sociais, legais e comportamentais que as impedem de acessar serviços de qualidade.⁷

Assim, espera-se, com essa pesquisa, identificar os casos de mortalidade materna ocorridos na região do Alto Jequitinhonha e analisar as diversas variáveis envolvidas neste quadro. A partir desses dados, teremos um diagnóstico da real situação das causas de mortalidade materna na região, propiciando intervenção futura com o objetivo de diminuir essas taxas.

Diante da importância do cenário acima descrito, objetivou-se identificar e analisar a mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, MG.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caráter descritivo, visando observar, registrar e descrever as características do fenômeno ocorrido em certa população, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Em relação aos procedimentos técnicos, a pesquisa foi documental, já que utilizou o levantamento de documentos como base.⁸

A pesquisa foi realizada no Território do Alto Jequitinhonha, MG, que abrange uma área de 19.578,30 Km² e é composto por 20 municípios: Aricanduva, Capelinha, Carbonita, Coluna, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Leme do Prado, Minas Novas, Presidente Kubitscheck, Rio Vermelho, São Gonçalo do Rio Preto,

Senador Modestino Gonçalves, Serra Azul de Minas, Serro, Turmalina e Veredinha.

A população total do território é de 270.529. Existem na região 36.024 pessoas que vivem em situação de extrema pobreza. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio da região é de 0,68.⁹ A decisão de utilizar esta região decorre da carência assistencial da mesma. Existe, portanto, necessidade de melhor diagnóstico do quadro de mortalidade materna do Alto Jequitinhonha, para futura intervenção no sentido de reduzir as taxas maternas de óbitos.

A amostra foi constituída com base na lista dos casos de óbitos maternos, ocorridos nesta região, no período de 2010 a 2013, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade Materna (SIM/DATASUS). O período de tempo foi estabelecido, pois, a partir do ano de 2010, deu-se início, no município de Diamantina, ao Centro Viva Vida (CVV) de atendimento às gestantes de alto risco, sendo referência da atenção secundária para a região, e no ano de 2013 consta o último registro de óbitos maternos no SIM/DATASUS. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do estudo pela Secretaria de Saúde dos Municípios e pelo Comitê de Ética e pesquisa do Hospital da Baleia, Fundação Benjamim Guimarães, sob o número de protocolo 920.187.

Os dados foram coletados por meio dos Atestados de Óbitos, Fichas de Inquérito dos Comitês de Mortalidade Materno-Infantil e prontuários hospitalares. Utilizou-se um questionário adaptado,¹⁰ constituído por perguntas estruturadas, contendo dados epidemiológicos (idade, raça, escolaridade e estado civil); dados obstétricos (paridade, idade gestacional, gravidez planejada, gravidez de alto risco, gravidez de alto risco acompanhada no CVV, causa de alto risco, via de parto e profissional responsável); situação do município quanto à existência de protocolo de atendimento às gestantes e comitê de investigação de óbito; causa de morte e fatores que contribuem para atraso na assistência (atrasos nos cuidados relacionados ao paciente, atrasos relacionados à acessibilidade dos serviços de saúde e atrasos relacionados à qualidade do cuidado assistencial), para análise do perfil da gestante e das condições em que ocorreu o óbito.

Os dados coletados foram compilados para um banco de dados computadorizado e a análise foi descritiva, baseada em tabelas e referências bibliográficas nacionais e internacionais atualizadas.

Vale ressaltar que os aspectos éticos de confiabilidade e privacidade foram assegurados de acordo com a Resolução 466/12, do Código Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.¹¹

RESULTADOS

No período de 2010 a 2013, ocorreram 12 óbitos maternos nos hospitais do Alto Jequitinhonha, MG. Dentre os óbitos, dois (16,66%) foram em mulheres com idade menor que 18 anos, seis (50,00%) entre 18 a 30 anos e quatro (33,33%) em mulheres com idade maior que 30 anos. Quanto à raça, nove (75,00%) eram brancas e três (25,00%) pardas. Em relação à escolaridade, cinco (41,66%) possuíam ensino fundamental e sete (58,33%) possuíam escolaridade desconhecida. No que concerne ao estado civil, sete (58,33%) eram solteiras e cinco (41,66%) tinham uma união estável.

Os dados obstétricos; paridade, idade gestacional, gravidez planejada, alto risco, alto risco acompanhado no Centro Viva Vida (CVV), causa do alto risco, via de parto e profissional responsável pela assistência dessas mulheres são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados obstétricos referentes aos casos de óbitos maternos ocorridos no Alto Jequitinhonha, MG no período de 2010 a 2013.

Características	N	%
Paridade		
Primigesta	6	50,00%
1 a 2 partos	2	16,66%
3 ou mais partos	2	16,66%
Não informada	2	16,66%
Idade Gestacional		
Até 20 semanas	0	0
20 a 32 semanas	4	33,33%
33 a 36 semanas	3	25,00%
37 semanas ou mais	5	41,66%
Gravidez planejada		
Sim	2	16,66%
Não	1	8,33%
Não informado	9	75,00%
Alto risco		
Sim	3	25,00%
Não	9	75,00%
Alto Risco acompanhado no CVV		
Sim	1	33,33%
Não	2	66,66%
Causa Alto Risco		
Alcoolismo	1	33,33%
Cardiopatia	2	66,66%
Via de parto		
Parto Vaginal	4	33,33%
Parto Cesárea	8	66,66%
Profissional responsável		
Obstetra	11	91,66%
Outros	1	8,33%

É oportuno ressaltar que o CVV corresponde a um programa de redução da mortalidade infantil e materna no estado de Minas Gerais, lançado em 2003, com proposta de sistematização de ações que inclui investimento em equipamentos, estrutura física e no processo de capacitação dos profissionais, para o combate contra a mortalidade infantil e materna.¹²⁻¹⁴

Entre as características obstétricas do óbito, destaca-se a primiparidade, o terceiro trimestre gestacional, a classificação de baixo risco e a incidência de cesáreas.

No que diz respeito aos municípios em que ocorreram os óbitos maternos, 10 (83,33%) não apresentam protocolo de atendimento para gestantes e 11 (91,66%) das gestantes foram atendidas pelo SUS. Todos os atestados de óbito

foram encontrados; entretanto, em oito (66,66%) casos não foi realizada a investigação do óbito.

Quanto à etiologia do óbito materno, no presente estudo apresentaram-se as causas obstétricas diretas como as principais causas de mortalidade materna, com destaque para a síndrome Hellp com três (25,00%) casos, descolamento prematuro de placenta dois (16,66%), insuficiência cardíaca dois (16,66%), hemorragia pós-parto um (8,33%), eclâmpsia um (8,33%) e causa indeterminada com três (25,00%).

As características de atraso na assistência prestada são apresentadas na Tabela 2.

Dentre os fatores relacionados à qualidade do cuidado assistencial, destaca-se o atraso no início do tratamento com 10 (83,33%) casos, assim como o atraso no diagnóstico e o manejo inadequado do paciente, ambos com nove (75,00%).

No tocante aos motivos, os achados levaram à busca pelo cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) da região do Alto Jequitinhonha no período estudado, atingindo o valor de 76,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo corroboram outro constante da literatura,¹² realizado em capitais brasileiras, no qual 74,3% dos óbitos foram de mulheres com menos de 35 anos e 97% ocorreram em hospitais, 47% eram pardas e 39% brancas, 61% tinham até sete anos de escolaridade, e 58% eram solteiras.

Em um estudo¹³ realizado no Rio Grande do Sul observou-se um aumento da mortalidade, conforme elevação da idade das mulheres; quanto à escolaridade, notou-se variação decrescente da mortalidade, quando comparada ao número de anos cursados na escola, no qual as mulheres brancas destacaram-se em detrimento das mulheres pardas ou negras, quanto à ocorrência dos óbitos maternos.

No que concerne aos dados obstétricos, estudos recentes mostram que a maior parte dos óbitos maternos foram em múltiparas, com idade gestacional entre 28 a 36 semanas, e a via de parto, na maioria dos casos, foi cesariana, realizada em mais da metade desses casos.^{15,16}

Em outro estudo,¹⁷ realizado no estado de São Paulo, observou-se também alto índice de parto cesárea, chegando a cerca de 80%, muito acima dos 20% que a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria recomenda e dos 15% indicados pela Organização Mundial de Saúde. De acordo com estudos realizados no Brasil, a dificuldade de reduzir as taxas de mortalidade materna está diretamente associada ao grande índice de cesáreas, as quais, quando realizadas sem indicação necessária, mostram incremento no risco da mortalidade materna em 20%.^{18,19}

Em relação à assistência prestada nos municípios que ocorreram os óbitos, ressalta-se a importância do protocolo de atendimento para gestante na reorganização e padronização da assistência prestada, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas, a fim de que a gestante tenha um atendimento integral, assim como uma experiência gratificantes nesse período.²⁰

A atenção humanizada ao parto, que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à prevenção da mortalidade materna, exige fundamentalmente respeito e

Tabela 2. Proporção de causas do atraso na assistência dos casos de óbitos maternos ocorridos no Alto Jequitinhonha, MG, no período de 2010 a 2013.

Atrasos	nº	%
Atrasos no cuidado relacionados ao paciente		
Atraso na procura de atendimento	1	8,33%
Recusa de tratamento	0	0
Abortamento induzido	0	0
Atrasos relacionados à acessibilidade dos serviços de saúde		
Dificuldade de acesso ao serviço pré-natal	0	0
Dificuldades de transporte da cidade para hospital	0	0
Pré-natal ausente ou inadequado	2	16,66%
Dificuldade geográfica para acesso em serviço de saúde	3	25,00%
Atrasos relacionados à qualidade do cuidado assistencial		
Atraso no diagnóstico	9	75,00%
Atraso no início do tratamento	10	83,33%
Manejo inadequado do paciente	9	75,00%
Ausência de hemoderivados	1	8,33%
Atraso no encaminhamento	2	16,66%

promoção dos direitos das mulheres. Para que isso ocorra, é fundamental que as rotinas assistenciais, as instalações físicas e o uso de recursos tecnológicos sejam adequados ao que é cientificamente comprovado como eficiente e benéfico.²¹

No que concerne ao atestado e à investigação do óbito, uma das grandes dificuldades se deve à qualidade das informações, já que estes são procedimentos que permitem identificar as causas dos mesmos. Em sua maioria, eles são inadequadamente preenchidos, quer pela pouca importância que se dá a este registro, quer por desconhecimento de como preenchê-lo, ou mesmo para mascarar a verdadeira causa do óbito.

De forma geral, o médico, responsável pelo preenchimento da declaração, informa a causa terminal e não a causa básica que levou à morte, omitindo também se a mulher esteve ou estava grávida. Com isso, fica praticamente impossível identificar a morte como materna. A pesquisa das mortes maternas vê-se, também, dificultada pela deficiência dos registros hospitalares.²²

Nessa perspectiva, nem sempre é fácil reconhecer quando a morte de uma mulher em idade fértil ocorreu devido a uma causa materna. Estudos realizados no Brasil mostram que a atribuição da causa básica do óbito e a mensuração da mortalidade materna ficam em geral subestimadas. De fato, recente publicação da OMS mostrou subestimação desses casos no estado do Paraná, após investigação dos casos pelos comitês de morte materna.^{19,23}

Fica evidente, portanto, a necessidade de se ter sempre informações sobre a morte e suas características, que sejam adequadas, tanto em quantidade como em qualidade, já que os dados sobre óbitos fazem parte de numerosos indicadores de saúde, auxiliando, também, na elaboração de políticas públicas adequadas, visando à melhoria da saúde da população.

No que diz respeito à etiologia do óbito materno, um estudo aponta que no Brasil 80% dos óbitos maternos são decorrentes de causas obstétricas diretas, com destaque para as hemorragias e as crises hipertensivas da gravidez, enquanto que as causas obstétricas indiretas são responsáveis por apenas 15 a 20% dos óbitos. Em países desenvolvidos, esta

relação é contrária, com as causas obstétricas indiretas sendo as principais responsáveis pelos óbitos. O que abre espaço para a discussão sobre a qualidade da assistência prestada a mulher durante o período gestacional, parto e puerpério.²⁴

Os óbitos maternos por razões obstétricas diretas são os mais evitáveis, já que as mulheres que fazem pré-natal de qualidade possuem menor risco de morrer por causas obstétricas diretas como, por exemplo, as hemorragias e eclâmpsia, que podem ser prevenidas. As hemorragias estão relacionadas ao descolamento prévio de placenta e a problemas circulatórios. A eclâmpsia, por sua vez, está relacionada à pressão alta e ao diabetes, que são afecções que podem ser diagnosticadas e controladas no pré-natal.⁷

No estudo realizado no Sudeste brasileiro evidenciam-se, como causas principais relacionadas ao óbito, as afecções hemorrágicas, hipertensivas e infecciosas. Embora a hipertensão represente a maior causa de óbito materno no Brasil, há, pelo menos, uma década, nos centros e instituições com maiores recursos, a morte por hipertensão é mais facilmente evitada.²⁵

Em outro estudo,²⁶ quanto à classificação dos óbitos, quase metade era de causa obstétrica direta, que, teoricamente, seriam óbitos evitáveis, sendo que a média na literatura, para contextos brasileiros, é maior, em torno de 67%.

No que concerne às características de atraso na assistência prestada às gestantes, os indicadores de mortalidade materna se mostram extremamente sensíveis a dois fatores: cuidados obstétricos adequados e presteza com que são aplicados.

Estes dois principais indicadores levaram, em 1990, à adoção de um modelo teórico denominado três demoras, *Three delays model*, com o objetivo de estudar as causas dos óbitos maternos desde o início das complicações até o óbito. O modelo considera os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado e que podem contribuir para as chances de sobrevivência. Esses fatores são compartimentados em três fases: demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados, demora de chegar a uma unidade de cuidado adequado de saúde e demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência.^{26,27}

A demora no atendimento pode ser localizada com a própria paciente, com o sistema de saúde, hospitais, com o médico ou profissional de saúde. Os problemas mais graves decorrem da demora do hospital em ministrar os cuidados adequados. Ademais, emergem também as demoras relacionadas à organização dos serviços de saúde, ao transporte e à comunicação entre os vários níveis de assistência.²⁸

Estudos^{27,29} sobre atraso na assistência à gestante oferecem uma visão singular a partir da qual os óbitos maternos podem ser gerenciáveis, abordando-se o tempo ocorrido a partir do início de uma complicação até seu resultado. Estima-se que o intervalo médio entre o início de uma complicação obstétrica até a morte seja algo entre 2 a 5,7 horas para hemorragia pós-parto e de 3,4 a 6 dias para infecções. Portanto, os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado determinam as chances de vida e morte.

Quanto à análise da qualidade da assistência à gestante, um estudo²⁸ mostra que cerca de 84% das mulheres que vieram a óbito enfrentaram pelo menos alguma demora, o que mostra claramente a associação entre demora e evolução da complicação e óbito.

Em relação ao atraso no diagnóstico, destaca-se a importância desse processo na identificação do problema e na tomada de decisão. Estudos têm evidenciado que o diagnóstico e o tratamento precoce podem reduzir a mortalidade específica. Dessa forma, é imprescindível a perícia dos profissionais de saúde em determinar a etiologia, já que o atraso e condutas equivocadas podem acarretar em manejo inadequado desse paciente.^{20,22}

Estima-se que o manejo inadequado do paciente, em virtude de falha do profissional de saúde e do serviço de saúde, é preponderante nas repercussões negativas à vida psíquica da mulher, desencadeando desapontamento e perda do sonho que foi construído durante a gestação, para o momento do parto e puerpério, bem como o surgimento de intoxicação medicamentosa, reações alérgicas e adversas, que podem ocasionar piora no quadro clínico e levar ao óbito.²⁹

Em relação à RMM, os dados sinalizam uma situação real de precariedade na qualidade dos serviços de assistência à gestação, parto e puerpério. Isto não é exclusivo da região, mas atinge todas as áreas onde estão as gestantes mais necessitadas e com maior dificuldade de acesso a assistência de qualidade.

A RMM é um indicador de qualidade de saúde, influenciada diretamente pelo grau de desenvolvimento econômico, cultural e tecnológico de um país ou sociedade. Para o Ministério da Saúde do Brasil, a RMM oficial do país é de 55,8/1000.000 nascidos vivos, distribuídas em 53,4 para a região Sudeste, 61,9 para a região Sul e 58,3 para a região Centro-Oeste.³⁰

A nossa realidade está muito aquém das atuais propostas tecnológicas para a prevenção da mortalidade materna. No Brasil, este sério problema de saúde pública está atrelado às subnotificações, às condições de alto risco para mortalidade materna, a maioria delas de causas diretas e evitáveis, e à falta de implementação de estratégias efetivas. Fatores culturais, profissionais de saúde e político-sociais são predominantes e facilmente reconhecidos, mostrando as iniquidades existentes.³¹

Reforça-se, então, a necessidade de uma rede de assistência materna articulada, que ofereça suporte eficiente, com recursos humanos e tecnológicos capacitados. A ineficiência na oferta de atendimento especializado, uma vez

que a mulher tenha conseguido chegar ao serviço de saúde, é determinante para o incremento da morbimortalidade materna.

Dessa forma, espera-se que a região em estudo possa organizar um sistema de vigilância epidemiológica em relação ao atendimento da mulher, semelhante ao que existe nos centros mais desenvolvidos, contando com pessoal treinado e claramente identificado com uma assistência sistematizada e integrativa - é o que permite identificar casos graves, de forma que, diagnosticado o problema, a paciente possa ser encaminhada e receber assistência necessária. Sem dúvida nenhuma, para a redução da mortalidade materna, não basta um pré-natal bem feito se não existe um sistema organizado para o atendimento dessas gestantes no pré-parto, parto e puerpério.

CONCLUSÃO

O óbito de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade.

A mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge os países em desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida. Para redução destas mortes, devem ser propostas medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, que impeçam a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipe qualificada para atendimento e vigilância no período puerperal. É de fundamental importância para os estudos o preenchimento adequado dos atestados de óbito, para identificar os casos de morte materna e encaminhá-los para os comitês de mortalidade materna. Cabe a estes organismos não só a investigação dos casos, mas, também, a recomendação de medidas que visem evitar novos óbitos, já que a frequência de demora na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno. Assim, há muito ainda a ser feito para que seja alcançada a Quinta Meta do Milênio, estabelecida pela ONU.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª revisão. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1995.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos de desenvolvimento do milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; 2010.
3. Faria DR, Sousa RC, Costa TJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22(1):18-25.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. SOGIMIG - Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Manual de ginecologia e obstetrícia. 5ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2012.
6. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):623-38.

7. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Obstet.* 2013;35(12):533-5.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 487 p.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico de 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
10. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, *et al.*; Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:159.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informação em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):181-9.
13. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(4):662-70.
14. Moreira LMC, Alves CRL, Belisário SA, Bueno MC, Moraes EF. Das diretrizes à prática: avaliação da atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1785-94.
15. Magalhães MC, Bustamante-Teixeira MT. Morbidade materna extremamente grave: uso do Sistema de Informação Hospitalar. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(3):472-8.
16. Moraes AP, Barreto SM, Passos VM, Golino PS, Costa JA, Vasconcelos MX. Incidence and main causes of severe maternal morbidity in São Luís, Maranhão, Brazil: a longitudinal study. *Sao Paulo Med J.* 2011;129(3):146-52.
17. Cryschek ALFPL, Nichiata LYI, Fracolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari - São Paulo. *Saúde Soc.* 2014;23(2):689-700.
18. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):336-43.
19. Correno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):396-406.
20. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Prenatal care protocol: actions and the easy and difficult aspects dealt by Family Health Strategy nurses. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1041-7.
21. Frutuoso LD, Bruggemann OM. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(4):909-17.
22. Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade materna - uma abordagem atualizada. *Rev Com Ciênc Saúde.* 2011;22(Sup1):S141-52.
23. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(10):273-9.
24. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(2):418-26.
25. Troncon JK, Netto DLQ, Rehder PM, Cecatti, JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(9):388-93.
26. Waiswa P, Kallander K, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. *Trop Med Int Health.* 2010;15(8):964-72.
27. Thorsen VC, Sundby J, Malata A. Piecing together the maternal death puzzle through narratives: the three delays model revisited. *PLoS One.* 2012;7(12):e52090.
28. Shah N, Hossain N, Shoaib R, Hussain A, Gillani R, Khan NH. Socio-demographic characteristics and the three delays of maternal mortality. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2009;19(2):95-8.
29. Filippi V, Richard F, Lange I, Ouattara F. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(3):389-400.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Fundação IBGE. Anuário 2001. Ministério da Saúde; 2001. [citado 2015 Set 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
31. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(5):310-5.