

Análise da assistência hospitalar dos casos de óbitos maternos: uma reflexão crítica

Analysis of hospital care of maternal deaths: critical reflection

Análisis de la atención hospitalaria de los casos de óbitos maternos: una reflexión crítica

Pâmela Yuri Saitoⁱ; Neuma Zamariano Fanaia Teixeiraⁱⁱ; Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawaⁱⁱⁱ

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência hospitalar prestada às gestantes que foram a óbito em Cuiabá, Mato Grosso. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa. Os locais de estudo foram os hospitais onde ocorreram as mortes e a população estudada constou de 14 mulheres residentes no município de Cuiabá, que morreram no período de 2008 a 2010. As fontes de dados foram as fichas de investigação do óbito materno do Ministério da Saúde. As variáveis de interesse para o estudo foram coletadas em formulário com perguntas abertas e fechadas. **Resultados:** identificou-se que ocorreram 14 óbitos durante esse período, sendo que 64,3% deles decorreram de causa obstétrica e, entre elas, 88%, provavelmente, eram evitáveis. Entre as causas de óbito, as principais foram infecções, doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas. **Conclusão:** a mortalidade materna no município está fortemente associada a fatores sociais e assistenciais.

Palavras-chave: Mortalidade materna; morte materna; gestação; assistência hospitalar.

ABSTRACT

Objective: to examine hospital care provided to pregnant women who died in Cuiaba, Mato Grosso. **Method:** this cross-sectional, quantitative, descriptive study was conducted at the hospitals where the deaths occurred with a study population of 14 women resident in the city of Cuiaba, who died between 2008 and 2010. Data were sourced from Ministry of Health maternal death review reports. The variables of interest for the study were collected directed using a questionnaire of open and closed questions. **Results:** it was established that 14 deaths occurred during this period, 64.3% of them resulting from obstetric causes and, of these, 88% were probably preventable. The main causes of death were infections, hypertension and hemorrhagic syndromes. **Conclusion:** maternal mortality in the city is strongly associated with social and care-related factors.

Keywords: Maternal mortality; maternal death; pregnancy; hospital care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asistencia hospitalaria prestada a las mujeres embarazadas en Cuiabá, Mato Grosso. **Método:** se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de enfoque cuantitativo. Los sitios de estudio fueron los hospitales donde ocurrieron las muertes y la población estudiada consistió de 14 mujeres residentes en la ciudad de Cuiabá que murieron en el período de 2008 a 2010. Las fichas de investigación de óbitos maternos del Ministerio de Salud constituyeron la fuente de datos. Las variables de interés para el estudio se recolectaron en un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. **Resultados:** según se ha identificado, ocurrieron 14 óbitos durante ese período, siendo que el 64,3% tuvo origen de causa obstétrica y, entre ellas, un 88% probablemente era evitable. Entre las causas del óbito, las principales fueron: infecciones, enfermedades hipertensivas y síndromes hemorrágicos. **Conclusión:** la mortalidad materna en la ciudad está fuertemente asociada con factores sociales y de atención.

Palabras clave: Mortalidad materna; muerte materna; embarazo; atención hospitalaria.

INTRODUÇÃO

O desafio em reduzir em 75% a Razão da Mortalidade Materna (RMM) mundial em 15 anos, estabelecida no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas¹ é uma meta que requer esforços duplicados dos países em desenvolvimento, em especial, naqueles em que há um número elevado, como é o caso da Índia e Nigéria, que concentram 19% (56.000 mortes) e 14% (40.000 mortes), respectivamente, do total de óbitos maternos^{2,3}.

O Brasil teve posição abaixo da meta do milênio; nos últimos 18 anos, alcançou redução de 52%, com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seriam 5,5% para alcançar a meta estabelecida no ODM⁴. Para atingir essa meta, é necessário muito esforço e cabem medidas mais intensivas por parte do Estado, para que os gestores de cada um de seus municípios se comprometam com a redução dessa taxa, com a criação de ações específicas para a melhoria da assistência obstétrica.

ⁱEnfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Brasil. E-mail: pysaito@live.com

ⁱⁱEnfermeira Obstétrica, Doutora em Ciências, Docente da Universidade Federal de Mato Grosso. Brasil. E-mail: neuma.zamariano@gmail.com

ⁱⁱⁱEnfermeira Obstétrica, Doutora em Ciências, Docente da Universidade Federal de Mato Grosso. Brasil. E-mail: tominaka2003@hotmail.com

O Estado de Mato Grosso (MT) apresentou uma RMM de 86,97 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (NV), seguido de 76,29 e 71,68 por 100.000 NV nos anos de 2008 a 2010, respectivamente⁵, índice muito superior a 20/100.000 NV, delimitado como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴. Diante das elevadas taxas no Estado, este estudo teve como objetivo analisar a assistência hospitalar prestada às gestantes que foram a óbito em Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso.

REVISÃO DE LITERATURA

Estudos de revisão sobre o tema são unânimes em considerar o óbito materno como um bom indicador de sua realidade social, por estar inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano^{6,7}. O contraste entre os países com melhores e piores taxas é bem acentuado, com RMM de 3/100.000 NV na Irlanda a 1.200/100.000 NV no Afeganistão⁴.

No Brasil, é visível o decréscimo da RMM nas últimas três décadas. Nos anos 80, a taxa nacional era de, aproximadamente, 150 por 100.000 NV, com uma concentração maior na Região Nordeste, com taxa registrada acima de 200 por 100.000 NV. Na década de 90, totalizava, aproximadamente, 120 óbitos maternos por 100.000 NV e, em 2005, houve uma queda significativa, chegando a 64/100.000 NV em 2005 e 58/100.000 NV em 2008⁸.

Um importante estudo identificou um declínio em 15 capitais brasileiras, com RMM de 54,3, com uma variação de 43 a 73,2 por 100.000 NV na Região Sul e Nordeste, respectivamente⁹ e revela a existência de diferentes realidades brasileiras, reflexo do grau de desenvolvimento de cada região e das políticas de saúde adotadas pelos gestores, como ocorreu no município de Juiz de Fora, que adotou estratégias para redução da mortalidade materna através de medidas para a diminuição do índice de cesareana, implantando o Modelo de Assistência Humanizada ao Parto¹⁰.

Apesar das diferentes realidades do Brasil, estudo destaca a vulnerabilidade social das mulheres que foram a óbito, pois as baixas condições sociais dessas mulheres somam-se à falta de acesso a bons serviços de saúde⁷.

Pesquisas mostram que as mulheres de raça/cor preta têm um risco de morte muito mais elevado do que outras raças/cor⁶, confirmado em um estudo realizado no Estado de Mato Grosso, que revelou que 63% das mortes maternas (MM) ocorreram entre as mulheres afrodescendentes, cuja proporção de óbitos por falha na assistência médica pode ser considerada uma evidência de diferenças entre grupos étnico-raciais, ao tomarem-se por referência condições de acesso aos serviços de saúde¹¹.

Grande parte dos estudos constata que os óbitos maternos são proporcionalmente maiores em idades extremas, na fase de adolescência ou acima de 40 anos^{6,7}. Esses estudos têm constatado que mulheres de baixa

escolaridade de países em desenvolvimento são mais expostas ao risco de morte pela dificuldade da garantia de acessar os serviços de saúde¹². As Regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas; no entanto, as mortes nestas regiões são subnotificadas e subinformadas, o que compromete a qualidade das informações⁹.

Predominam as mortes maternas por síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções, sendo tais óbitos classificados como evitáveis. No entanto, enquanto em países em desenvolvimento, a maior parte ocorre devido às causas obstétricas diretas, em alguns países desenvolvidos, as mortes são consequências da prática da cesárea e anestesia⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, cuja variável resposta (casos de óbitos) e variável de exposição (dados assistenciais das vítimas) foram simultaneamente investigadas na pesquisa.

A população estudada compreendeu todos os óbitos de mulheres que residiam em Cuiabá, num total de 14 casos classificados como MM pela Gerência de Óbitos e Nascimentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no período de 2008 a 2010.

Os critérios de inclusão foram mulheres que foram a óbito por causas obstétricas (direta e indireta) residentes em Cuiabá e que foram assistidas em alguma instituição de saúde localizada no município em estudo.

As variáveis do estudo foram: características socio-demográficas das mulheres, antecedentes obstétricos, comorbidades ou doença preexistentes, causa do óbito registrado na Declaração de Óbito (DO), dados do parto e puerpério e da assistência hospitalar.

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2011. A fonte de dados foram as DO e as fichas de investigação do óbito materno do Ministério da Saúde (MS), que captam dados registrados nos prontuários clínicos, nas fichas de entrevistas com os profissionais de saúde e com os familiares da vítima.

O procedimento da coleta de dados foi através da análise desses documentos, extraíndo as variáveis de interesse para o estudo da fonte de dados. Para isto, foi utilizado um questionário eletrônico com perguntas fechadas e abertas, desenvolvido no programa *Epi Info 3.5.2*.

Os dados coletados foram digitados e armazenados no banco de dados do programa, e permitiram a análise estatística dos dados. Foi utilizada a estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão e a frequência absoluta e relativa das respostas, com auxílio do programa *Epi Info 3.5.2* e apresentadas em tabelas e figura, direcionada pelo objetivo do estudo.

Após a organização e compilamento dos dados, cada caso foi discutido e analisado detalhadamente,

buscando evidenciar as dificuldades e as falhas do processo assistencial que levou a mulher ao desfecho desfavorável, apresentadas sob a forma tabelas e figuras, sintetizando as principais categorias do estudo: características sociodemográficas das mulheres, síntese das condições da assistência de saúde prestada e dados das condições clínicas das vítimas.

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e obtendo aprovação para o seu desenvolvimento através do parecer nº 883/2010. Para preservação do anonimato e sigilo, os estudos de casos foram identificados com letra E, seguidos de um número ordinal que corresponde à sequência em que foram analisados os óbitos maternos e segundo o ano em que ocorreu a morte.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo identificou 14 óbitos maternos no período de 2008 a 2010 no município em estudo.

As variáveis sociodemográficas analisadas estão especificadas na Tabela 1.

Observa-se que as mulheres, em sua grande maioria, eram solteiras, baixo nível de escolaridade, afrodescendentes (pardas e pretas), com atividade profissional de baixa remuneração, conforme mostra

a Tabela 1. Somente uma delas exercia profissão com qualificação maior, sendo a única a ser atendida pelo plano de saúde privado, cuja causa da morte foi uma neoplasia intestinal preexistente à gravidez e em pleno tratamento com quimioterápico (E2).

As demais tiveram atendimento pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja assistência em algumas localidades apresenta precariedade nos componentes estruturais, técnicos e humanos, pois, conforme aponta a literatura, vem resultando em superlotação dos hospitais, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de habilitação profissional no atendimento, atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento adequado⁶.

Somado a isto, na realidade estudada, a rede SUS atende essencialmente à população com baixas condições sociais, potencializando, assim, o risco de vida. Estudo de revisão aponta que a população mais vulnerável ao evento apresenta características sociais e econômicas semelhantes às das vítimas⁶; no entanto, os autores destacam que, em países em desenvolvimento, cujas políticas públicas adotadas estão envolvidas com o processo de melhoria do sistema de saúde – como Chile e Cuba – apresentaram RMM semelhantes aos países desenvolvidos^{6,7}.

Em relação à idade, a mínima foi de 22 anos e a máxima de 42 anos. A moda foi 27 anos, mediana de 32 anos, média de 31,8 anos com desvio-padrão (DP) de 6,47. A literatura aponta que a idade em seus extremos – menor de 15 anos e maior que 35 anos – é um dos fatores gestacionais de risco, principalmente quando associado a outras condições sociais e de saúde também desfavoráveis à gestação¹³. Encontrou-se que 78,6% dos óbitos analisados no estudo ocorreram em mulheres na faixa etária de menor risco obstétrico, aspecto importante e que merece uma maior observação por ser o grupo de menor risco.

A causa básica e causa imediata de cada óbito estão relacionadas na Figura 1.

No total de 9(100%) mortes por causas obstétricas diretas, 5(55,5%) não tinham comorbidades ou outros fatores clínicos de risco e 8(88%) foram classificadas como provavelmente evitáveis, conforme mostram os dados contidos na Figura 1 e na Tabela 2, respectivamente. Isto vai ao encontro do que preceitua o MS, que estima que 90% dessas ocorrências são consideradas evitáveis¹³ e são as que mantêm os níveis elevados de MM10. As condições de assistência à saúde das mulheres do estudo são especificadas na Tabela 2.

Foi constatado que deficiências estruturais e técnicas foram codeterminantes para algumas situações, como pôde ser observado no atendimento à gestante no pronto-atendimento com sintomas de irritação peritoneal, cuja principal barreira foi a não investigação de uma gravidez no primeiro atendimento, afastando a possibilidade de identificar uma prenhez ectópica rota (E12).

TABELA 1: Características sociodemográficas das mulheres casos de óbitos maternos. Cuiabá/MT, Brasil, 2008-2010. (N=14)

Variáveis	f (%)
Situação conjugal	
Casada/União estável	6 (42,8)
Solteira	8 (57,2)
Escolaridade	
Menos de 11 anos	11 (78,6)
12 anos ou mais	3 (21,4)
Raça/cor	
Branca	5 (35,7)
Parda	8 (57,2)
Preta	1 (7,1)
Faixa etária	
22 a 24	2 (14,3)
25 a 39	9 (64,3)
40 a 42	3 (21,4)
Plano de saúde privado	
Não	13 (92,9)
Sim	1 (7,1)
Ocupação	
Do lar/Doméstica/Cozinheira/Auxiliar de 1ª Infância	9 (64,3)
Agente de trânsito/ Telefonista/Secretaria/ Operadora de prensa	4 (28,5)
Professora de 2º. grau	1 (7,2)
Total	14 (100)

Ano	Ficha	Causa básica	Causa imediata do óbito (DO)	Comorbidades	Período do óbito	Causa obstétrica
2008	E1	Hérnia encarcerada	Peritonite	Obesidade, Cirurgia anterior (gastroplastia) e Hipertensão Arterial Sistêmica	Gestação	Indireta
2008	E2	Neoplasia intestinal	Sepse	Neoplasia, Desnutrição grau II	Puerpério	Indireta
2008	E3	DHEG (toxemia ou Eclampsia) Síndrome HELLP	Insuficiência renal	Idade avançada (40 anos)	Puerpério	Direta
2008	E4	Nada consta	Septicemia biodinâmico	HAS/DHEG (toxemia ou eclampsia)	Puerpério	Direta
2008	E5	Nada consta	Meningite meningocócica	Nada consta	Puerpério	Indireta
2008	E6	DHEG	Acidente vascular encefálica hemorrágico	Nada consta	Puerpério	Direta
2008	E7	Síndrome da imunodeficiência adquirida	Choque séptico abdominal	SIDA, Idade avançada (40 anos)	Puerpério tardio	Indireta
2008	E8	TPP/Atonia uterina	Choque hipovolêmico	Nada consta	Puerpério	Direta
2009	E9	H1N1/Pneumonia	Choque séptico	HAS, Idade avançada	Gestação	Indireta
2009	E10	Placenta prévia + Placenta acreta	Infecção puerperal	Ausente	Puerpério	Direta
2009	E11	TPP/ Outras formas de inércia uterina	Hemorragia uterina	Baixo peso, Multiparidade	Puerpério	Direta
2010	E12	Prenhez tubária bilateral	Choque hipovolêmico	Nada consta	Gestação	Direta
2010	E13	Edema e congestão pulmonar	A esclarecer	Nada consta	Gestação	Direta
2010	E14	Nada consta	Arritmia cardíaca	Obesidade, HAS, Cardiopatia	Puerpério	Direta

FIGURA 1: Dados clínico-obstétricos maternos e causas do óbito. Cuiabá/MT, Brasil, 2008-2010.

TABELA 2: Distribuição das condições da assistência à saúde dos óbitos maternos. Cuiabá/MT, Brasil, 2008-2010.

Condições da assistência de saúde	f(%)
Local do 1º atendimento (que causou o óbito)	
Hospital	9 (64,3)
Domicílio/SAMU	2 (14,3)
Policlínica	3 (21,4)
Era possível perceber a gravidade do problema no primeiro atendimento?	
Não	3 (21,4)
Sim	11 (78,6)
Procurou algum tipo de atendimento (com sintomas/sinais de agravamento do quadro) 24-48h antes da internação?	
Não	8 (57,1)
Sim	4 (28,6)
Em acompanhamento da comorbidade ¹	2 (14,3)
Estava disponível um atendimento adequado?	
Em parte	3 (21,4)
Não	5 (35,7)
Sim	6 (42,9)
Houve falha em que nível de atenção?	
Terciária - Hospitais	6 (42,9)
Secundária - Policlínicas de Saúde	2 (14,3)
Primária - PSF/Centro de saúde	2 (14,3)
Não identificado	4 (28,6)
A morte por causa básica era provavelmente evitável?	
Obstétrica direta - Sim	8 (57)
Obstétrica direta - Não	1 (7,0)
Obstétrica indireta - Sim	4 (29)
Obstétrica indireta - Não	1 (7,0)
Rede de assistência à saúde	
Hospital público ou privado conveniado com SUS	13 (92,9)
Particular	1 (7,1)
TOTAL	14 (100)

Dentre os casos analisados, concluiu-se que as mortes por Síndrome Hipertensiva poderiam ter sido evitadas, identificando as vulnerabilidades e os riscos durante a gestação (E3,E6), como ilustram os dados na Figura 1. A assistência pré-natal é o melhor momento de detectar as possíveis intercorrências, anormalidades e prevenção de agravos referentes à gestação, especialmente o aumento dos níveis pressóricos. Porém, um estudo mostrou que as consultas são rápidas, fazendo com que sinais e sintomas passem despercebidos, inibindo a mulher a indagar suas dúvidas e queixas referentes à gravidez¹⁴. Segundo a literatura, 15% das gestações caracterizam-se como de alto risco¹², sendo que a detecção precoce de alterações é decisiva para a manutenção da vida dessas mulheres.

Comumente, na realidade estudada, as gestantes recebem alta do pré-natal no seu momento mais crítico, ao redor do oitavo mês – quando se desenvolvem ou agravam patologias da gestação como a hipertensão, diabetes –, deixando-as sem saber a que serviço recorrer frente a uma intercorrência ou no momento do parto. Além disso, recomenda-se que, a partir da 36ª semana, a consulta passe a ser semanal¹³, sendo possível verificar a importância dessa recomendação ao analisar os dados. Estudo sobre óbito neonatal realizado no município constatou que a precariedade da assistência pré-natal contribuiu, de alguma forma, para a ocorrência dos óbitos neonatais, pois 70% deles ocorreram em recém-nascidos de baixo peso¹⁵.

No estudo, dois óbitos (E13, E14) apresentados na Figura 1 ocorreram de forma súbita, aparentemente relacionado a problemas cardiocirculatórios, sem manifestação clínica prévia, porém poderia ter sido diagnosticado durante a assistência pré-natal.

Constatou-se que, dentre as mortes por causas indiretas, a demora no reconhecimento da gravidade foi o fator mais presente. Em uma das situações, a causa básica foi elucidada somente após o laudo da necropsia e, muito provavelmente, evitaria o agravamento se, no primeiro atendimento, fosse identificada a gravidade do caso (E1), cujos dados são apresentados na Figura 1.

Ressalta-se que as situações analisadas mostram a complexidade e a dificuldade de se fazer um diagnóstico preciso, pois são vários fatores que interagem e obscurecem o diagnóstico correto, pois uma gestante (E1) procurou o atendimento com queixa de mal estar geral, episódios de vômitos e retornou para o seu domicílio com medicamentos para atenuar os sintomas muito comuns na gravidez. Após três dias, ao retornar para um novo atendimento, já havia se instalado o quadro de sepsis, cuja evolução para o óbito ocorreu em menos de uma semana. A causa básica do óbito foi somente esclarecida após o laudo da necropsia que identificou uma hérnia encarcerada, responsável pelo quadro de *sepsis*.

Pode-se assim, como neste e nos demais casos, identificar barreiras em diferentes momentos do pro-

cesso assistencial, mas destaca-se a importância de valorizar a história clínica, pois, no caso anteriormente mencionado, a gestante (E1) havia se submetido à cirurgia abdominal (gastroplastia) antes da gravidez, informação não registrada na ficha de internação hospitalar e, provavelmente, não associada pelos profissionais durante a investigação clínica.

Ainda entre as causas obstétricas indiretas, foi evidenciada uma possível falha na resolatividade do sistema de saúde, em um caso (E5), por não ter sido assegurada a internação em serviços especializados e em unidade de terapia intensiva (UTI). A causa básica do óbito foi declarada como meningite, sendo que a gestante buscou uma unidade básica de saúde próxima do seu bairro quando os primeiros sintomas surgiram; porém, naquele momento, o quadro neurológico em processo de instalação não foi reconhecido. Ao agravarem-se os sintomas, buscou o atendimento no serviço de atenção secundária, porém houve demora na regulação do leito em serviço especializado.

No Brasil, a mortalidade por causas obstétricas indiretas aumentou 33% no período de 1990 a 2000 e manteve os mesmos patamares nos anos seguintes¹³. No presente estudo, os casos examinados evidenciaram a necessidade de investigação constante dos óbitos de mulheres em idade fértil, pois muitas são hospitalizadas em fase inicial de gravidez, com hemorragia e infecção, decorrente de um aborto inseguro não declarado, implicando em subenumeração desses óbitos.

A partir dos dados da Figura 1, foi analisada a presença de comorbidades, sendo que 5(35,7%) das mulheres apresentaram alguma comorbidade ou doença preexistente que contribuíram para o óbito (E1, E2, E4, E7, E14). Dentre as diversas situações de associação de comorbidades, não poderia deixar de citar a ocorrência da gravidez no transcurso do tratamento oncológico, com assistência de profissional especialista do sistema privado (E2). Desse modo, observa-se que não deve ser desconsiderado que a mulher seja analisada em suas múltiplas dimensões, na sua integralidade, sem reduzi-la a uma especialidade médica, desconsiderando a vida reprodutiva e a necessidade de prevenir a gravidez em mulheres em tratamento para o câncer.

Embora os dados tenham sido registrados de forma técnica e objetiva, o cenário de desespero dos familiares transpareceu nas anotações das fichas dos óbitos, pois, ao analisar tais descrições, foram detectados episódios, em que algumas mulheres e familiares percorreram os diversos serviços de saúde existentes no município em busca de auxílio, muitos em horários típicos de situação de emergência, supondo um pedido de socorro dos familiares aos serviços de saúde (E1, E9, E12).

Esses dados não são apresentados no estudo, mas foi possível reconhecer o contexto da assistência prestada nas transcrições feitas a partir dos prontuários clínicos, pois os casos analisados mostraram-se bastante

complexos, envolvendo outras condições clínicas que obscureceram a causa principal do problema, além de fatores individuais, sociais e estruturais da assistência que se somaram e, certamente, dificultaram a elucidação diagnóstica no momento exato. Revelam, também, a dificuldade técnica da equipe de saúde em responder satisfatoriamente às situações complexas, pois estas exigem dos profissionais muito além da competência técnica, mas a capacidade de compreender a realidade de vida e de saúde de uma população extremamente carente, que depende exclusivamente do SUS.

O local do primeiro atendimento para a causa que motivou o óbito, em 9(64,3%) situações, foi diretamente no hospital, conforme mostra a Tabela 2. Este dado mostra que os sintomas/sinais iniciais foram reconhecidos pela família e que merecia um atendimento em serviço de maior complexidade (E1,E2,E3,E5,E6,E7,E8,E10,E11). Em quatro casos, o motivo da internação não foi a causas do óbito, o que gera, frequentemente, sentimento de revolta dos familiares das vítimas (E1,E8,E10,E11).

Foi verificado que, em 2(14,3%) casos, a família chegou a acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, porém o óbito ocorreu antes da chegada da equipe de atendimento, sendo que um ocorreu na zona rural (E13,E14), cujos dados são apresentados na Tabela 2. Estudo realizado na Índia concluiu que o atraso no reconhecimento de complicações é um fator decisivo para ocorrência do desfecho¹⁶, especialmente em países em desenvolvimento.

Ainda pode ser visto na Tabela 2 que 3(21,4%) mulheres procuraram a policlínica e duas delas foram encaminhadas para o serviço de atenção terciária, pois requeriam uma atenção diferenciada. Para ilustrar melhor, apresentamos o caso da gestante que teve como causa básica do óbito uma infecção respiratória – com sinais e sintomas iniciais semelhantes a resfriado –, o que impossibilitou estabelecer a conduta de suporte de vida no momento que apresentou o agravamento do quadro respiratório (E9). O segundo caso foi uma gravidez ectópica, cuja família negava essa possibilidade, por ter em mãos um exame de gravidez com resultado negativo. Foi tratado somente o sintoma de dor abdominal apresentado pela mulher, não sendo possível evitar a morte antes de instalar o quadro de choque hemorrágico (E12). Já no terceiro caso, buscou-se atendimento na policlínica no sétimo dia pós-parto, com quadro de febre e dor abdominal, sendo transferida para o serviço de maior complexidade, indo a óbito no 12º dia pós-operatório por septicemia. Observa-se que, neste caso, a procura pelo atendimento ocorreu tardiamente (E4).

Foi investigado se houve procura por algum serviço de saúde dentro das 24-48hs anteriores a sua internação, conforme dados apresentados na Tabela 2. Dos 14 casos, 4(28,6%) procuraram o serviço de saúde com quadro clínico grave (E9,E12,E13,E14) e 8(57,1%) não buscaram nenhum tipo de atendimento de saúde

dentro desse período (E1,E3,E4,E5,E6,E8,E10,E11) e duas gestantes estavam em acompanhamento médico devido à doença preexistente grave (E2,E7).

Em relação ao atendimento, foram verificados se estavam ao alcance as condições para o diagnóstico e tratamento, a disponibilidade dos equipamentos e equipe de saúde com qualificação necessária e a eficiência do sistema de referência e contrarreferência. Destes, 42,9% disponibilizavam um atendimento adequado na maior parte dos atendimentos (E1,E3,E4,E5,E7,E13) e 21,4% dos casos apresentavam parcialmente um atendimento satisfatório, fatores que contribuíram para o acontecimento do óbito (E9,E12,E14), conforme mostra a Tabela 2.

Cabe informar que os atendimentos foram essencialmente em uma maternidade comum e três em hospitais de referência terciária da rede SUS do município, cuja instalação de uma estrutura mínima é obrigatória, conforme determina a Agência Nacional de Vigilância Sanitária nos itens relacionados ao espaço físico, materiais e equipamentos da maternidade dos estabelecimentos assistenciais de saúde, além da qualificação dos profissionais de saúde necessária para uma boa assistência.

Foi verificado que os partos operatórios foram mais frequentes; por isso, recomenda-se a redução da taxa de cesáreas desnecessárias. Apesar de a indicação do parto cirúrgico ser, na maioria das vezes, de caráter de urgência, aumenta o risco de morte no pós-parto, pois estudo mostra que há um número significativo de óbito materno por causa diretamente relacionada com o ato operatório/anestésico, como infecções pós-cesarianas, acidentes anestésicos, hemorragia e embolia por líquido amniótico⁶.

CONCLUSÃO

Apesar de se detectar uma redução do número de óbitos no triênio estudado, o estudo mostrou que a mortalidade materna no local está fortemente associada a fatores de natureza social e revela a vulnerabilidade do grupo socialmente desfavorecido e, na maioria das vezes, fator decisivo para a ocorrência do óbito. Dentre as causas obstétricas diretas, mantiveram-se as infecções, doenças hipertensivas e síndromes hemorrágicas e a ocorrência do evento quase que exclusivamente nos serviços de saúde conveniados ao SUS.

Embora considerando que todas as mulheres do estudo tiveram acesso a algum tipo de assistência de saúde, isso não significou que tenham sido suficientes. No entanto, conclui-se que a morte materna decorre de um conjunto de fatores malsucedidos que vai além da assistência de saúde prestada à mulher. O processo inclui a condição de vida da mulher, o acesso à saúde, as características sociodemográficas, o nível cultural das pessoas de sua convivência, o suporte familiar e social e muitas outras peculiaridades.

É necessário superar as dificuldades e falhas dos serviços de saúde de todos os níveis de atenção do siste-

ma de saúde vigente; também se faz necessário envolver os sujeitos, de forma que os profissionais de saúde e gestores se corresponsabilizem pela assistência prestada.

Para a população assistida, deve-se dar a elas ferramentas necessárias para que reconheçam anormalidades, busquem sanar dúvidas e ansiedades e que não permaneçam submissas caso sua queixa principal não seja resolvida.

As principais limitações deste estudo foram a falta de registros das informações da assistência prestada à mulher durante sua trajetória nos serviços de saúde e falhas no preenchimento dos atestados de óbito. Para superar este problema, faz-se necessário disponibilizar treinamentos para os profissionais da área no correto preenchimento de fichas/prontuários e DO, salientando a importância dessas informações para as estatísticas vitais e que o próprio profissional passe a reivindicar uma capacitação técnica e não oculte os fatos por temor à punição.

REFERÊNCIAS

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [site de internet]. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). [citado em 12 out 2015] Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>.
2. Organização Panamericana de Saúde [site de internet]. Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2012. [citado em 20 out 2015] Disponível em: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260
3. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. Rev Bras Ginecol Obstet [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2012 [citado em 15 nov 2015]. 34: 5315. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
4. Organização Mundial de Saúde [site de internet]. The Millennium Development Goals Report 2008. [citado em 15 nov 2013] Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals>.
5. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso [site de internet]. [citado em 12 abr 2014] Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/indicadores>.
6. Viana RC, Novaes MR, Calderon IMP. Mortalidade materna - uma abordagem atualizada. Com Ciências Saúde. 2011; 22 Sup 1: S141-52.
7. 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 [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2011 [citado em 15 nov 2015]. 27: 623-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
8. Organização Mundial de Saúde [site de internet]. World Health Organization 2010. Trends in maternal mortality: 1990-2008. [citado em 12 abr 2015] Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/trends_matmortality90-08.pdf.
9. Laurenti R, Jorge MH, Gotlieb SL. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2004 [citado em 15 nov 2015]. 7: 449-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
10. Progiatti JM, Hauck FT. A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de Juiz de Fora. Rev. enferm. UERJ. 2013; 21:324-9.
11. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2012 [citado em 12 abr 2014]. 2: 27-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
12. Langaro F, Santos AH. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. Psicol cienc prof [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2014 [citado em 15 nov 2015]. 34: 625-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
14. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. Cogitare enferm. [online] 2011 [citado em 15 nov 2015]. 16: 29-35 Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21108/13934>.
15. Gaíva, MAM, Fujimori E, Sato, APS. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. Rev. enferm. UERJ. 2015; 23: 247-53.
16. Khan N, Pradhan MR. Identifying Factors Associated with Maternal Deaths in Jharkhand, India: A Verbal Autopsy Study. J Health Popul Nutr [online]. 2013 [citado em 15 nov 2015]. 31: 262-71.