

ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE MUNICIPALITY OF GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

Yara Maria Diniz Figueiredo¹
Deborah Carvalho Malta²
Edna Maria Rezende³

RESUMO

Neste trabalho, busca-se conhecer a mortalidade materna e a qualidade das informações contidas nas Declarações de Óbito em Governador Valadares-MG. No estudo descritivo foram utilizados dados do Sistema de Informações em Mortalidade, do Sistema de Informações de Nascidos Vivos e registros de investigação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna de Governador Valadares, em 2002-2004. Para a compreensão dos eventos (óbitos), foi construído o percurso da linha do cuidado utilizando o fluxograma analisador. Ao se recalcular a Razão de Mortalidade Materna no município, houve aumento da RMM de 24,2 por mil nascidos vivos para 36,2 óbitos por mil nascidos vivos. Dentre as causas encontradas, 80% foram causas diretas, destacando-se os abortos. Na análise da linha do cuidado, foram detectadas falhas no pré-natal, na assistência (diagnóstico tardio, não uso da tecnologia disponível), chamando atenção a evitabilidade e o sub-registro dos eventos.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Fertilidade.

ABSTRACT

This work aims to study the maternal mortality and the quality of the information contained in Death Certificates issued in Governador Valadares, Minas Gerais. This descriptive study used data of the System of Information in Mortality, of the Live Births Information System, and of the information records of the Committee for the Prevention of Maternal Mortality between 2002 and 2004. In order to understand the events (deaths), the care pathway was reconstructed, using the process flow chart analysis. When recalculating the Maternal Mortality Rate in the municipal district, we detected an increase of the MMR ratio from 24, 2 deaths per 1000 (one thousand) live births, to 36, 2 deaths per 1000 (one thousand) live births. Among the causes of death, 80 percent was due to a direct cause, mainly abortions. The care pathway analysis detected flaws in antenatal and health assistance (late diagnosis, lack of use of available technology), calling attention the event's avoidability and its underreporting.

Key words: Maternal Mortality; Fertility.

RESUMEN

El presente trabajo busca conocer la mortalidad materna y la calidad de la información contenida en las Partidas de Defunción de Governador Valadares, Minas Gerais. La investigación descriptiva utilizó datos del Sistema de Información en Mortalidad, Sistema de Información de Nacidos Vivos y registros de investigación del Comité de Prevención de Mortalidad Materna de Governador Valadares entre 2002 y 2004. Para la comprensión de los eventos (muertes), se trazó la línea de cuidado utilizando el diagrama de flujo analizador. Al recalcular la Razón de Mortalidad Materna en el municipio se constató aumento de la RMM de 24,2 por 1000 nacidos vivos para 36,2 muertes por 1000 nacidos vivos. Entre las causas encontradas el 80% se debe a causas directas, destacándose los abortos. En el análisis de la línea de cuidado se detectaron errores en el prenatal, en la asistencia (diagnóstico tardío, falta de uso de tecnología disponible), llamando la atención la prevención y el subregistro de las muertes.

Palabras clave: Mortalidad Materna; Fertilidad.

¹ Enfermeira. Mestre. Professora adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

² Médica. Doutora. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenadora-geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Ministério da Saúde.

³ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Endereço para correspondência – Yara Maria Diniz Figueiredo: Rua Suíça nº 379 CEP 35057-670. Governador Valadares-MG. Tel: (33)32762625; 32795967. E-mail: yaraenf@univale.br.

INTRODUÇÃO

De acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), morte materna é aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não decorrentes de causas acidentais ou incidentais.¹

Em 1987, a partir da *International Conference on Safe Motherhood*, em Nairobi, no Kênia, a mortalidade materna passou a ser vista como grave problema de saúde da mulher e de saúde pública nos países em desenvolvimento, estabelecendo como uma das metas a redução dessa mortalidade em 2000 em 50% do observado em 1985.²

Deve-se considerar que a mortalidade materna poderá causar desagregação familiar, assim como maior probabilidade de morte do recém-nascido e o comprometimento do desenvolvimento dos outros filhos, em especial os menores de 5 anos.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação ao total de mulheres que estiveram grávidas.¹

Em pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, publicada em 2004, verificou-se subnotificação significativa no número de óbitos maternos (40%), sendo sugerido ajuste por meio de um fator de correção de 1,4, no cálculo da RMM.³

Observa-se que o conhecimento da RMM é um desafio para os serviços de saúde, para o governo e para a sociedade, uma vez que as causas maternas são as mais mal declaradas, em razão do sub-registro das declarações de óbito e do preenchimento incorreto das Declarações de Óbito (DOs), levando a um real desconhecimento da magnitude desse problema.⁴

O sub-registro decorre da omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, seja pela existência de cemitérios irregulares, seja pela falta de informação da população quanto à importância da DO como instrumento de cidadania.⁴

Visando à redução do sub-registro, recomenda-se a investigação de todos os óbitos em mulheres de idade fértil para rastrear a ocorrência de óbitos maternos não identificados. Laurenti *et al.*⁴ recomendam utilizar o método RAMOS, que envolve a identificação e a investigação do óbito nos prontuários hospitalares, nas unidades básicas de saúde, nas visitas domiciliares e nos relatórios de necropsia de causas de óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) consideram

o método RAMOS como o padrão ouro para estimar mortalidade materna.⁵

O óbito materno é considerado evitável e pode ser compreendido como um “evento-sentinela”,⁶ constituindo-se um dos métodos para vigilância à saúde⁷ que corresponde às doenças, incapacidades ou óbitos preveníveis por um sistema de saúde eficiente e considerado como um indicador da qualidade dos serviços.

O atual trabalho busca conhecer a realidade da mortalidade materna e a qualidade das informações contidas nas DOs, na faixa etária entre 10 e 49 anos no município de Governador Valadares.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados os dados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), das declarações de óbitos e dos registros de investigação do Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna de Governador Valadares, em 2002-2004. As fichas utilizadas pelo Comitê são aquelas padronizadas pelo Ministério da Saúde. Adotou-se o método RAMOS na investigação do óbito materno.⁴

A investigação foi realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna de Governador Valadares (CMPMMGV) e foi conduzida pelos visitantes do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde Municipal, com vista a identificar os óbitos maternos. Foi realizado o reestudo das fichas de investigação pelos pesquisadores, bem como a discussão do seu preenchimento com os membros do comitê.

Para a completude das informações, examinaram-se, inicialmente, todos os óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos registrados no SIM e os dados de Nascidos Vivos registrados no SINASC, utilizados para o cálculo da RMM no município. Utilizou-se o Excell para a comparação das tabelas. Visando evitar flutuação aleatória no cálculo da RMM, em razão de pequeno número de eventos, foi realizado o cálculo da razão no triênio (2002-2004), usando-se como numerador o número de óbitos nos três anos e no denominador o número de NV também dos três anos. Esse procedimento visa estabilizar as taxas, quando se tem pequeno número de eventos.

Realizou-se o cruzamento dos dados contidos no Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SIM/SES), com aquele disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares (SIM/GV), com o objetivo de comparar as bases existentes, uma vez que parcela dos óbitos de mulheres residentes em Governador Valadares poderiam ter ocorrido em outros municípios.

No caso de identificação de novos óbitos no SIM/SES, ocorridos fora do município de Governador Valadares, procedeu-se à investigação pelo pesquisador principal, seguindo os mesmos procedimentos preconizados pelo Comitê Morte Materna e foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se, ainda, investigação nos arquivos da Fundação de Obras Sociais (FUSOBRAS), órgão responsável pelo gerenciamento dos cemitérios da cidade, para verificar se as declarações de óbitos conferiam com os sepultamentos ocorridos. O objetivo com esse procedimento foi verificar os sepultamentos clandestinos, ou não notificados, o que poderia alterar a base de dados oficiais.

Todos esses procedimentos tiveram por objetivo verificar se os óbitos identificados pelo Comitê Morte Materna correspondiam ao total de óbitos ocorridos.

Visando analisar o percurso da linha do cuidado, os problemas ocorridos no processo assistencial, ou "os ruídos", optou-se pela utilização do fluxograma analisador,⁸⁻¹⁰ um diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si e em torno de certa cadeia de produção de procedimentos.⁸⁻¹⁰

A investigação foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo COEP, apenas para entrevistas domiciliares com os familiares daqueles óbitos identificados como ocorridos fora de Governador Valadares, registrados apenas no SIM/SES, e que, portanto, não constavam nos registros do município.

Dentre os casos que foram a óbito, 14 famílias foram localizadas e convidadas a fazer parte da pesquisa, sendo informadas sobre o objetivo e a importância do estudo e da participação delas.

Para desenvolver a entrevista, realizou-se contato por telefone com um dos membros da família dos óbitos de mulheres identificados como ocorridos fora do município. O primeiro contato com aqueles que não tinham telefone disponível foi pessoal, mediante a informação da pesquisa e convite à participação. As entrevistas individuais foram agendadas em cada residência pelo fato de os entrevistados acharem que seria mais privativo. Solicitou-se que no momento do encontro fosse reservada uma sala ou quarto com cadeiras, com isolamento sonoro e visual, evitando quaisquer tipos de exposição dos sujeitos da pesquisa. Em respeito ao luto das famílias, utilizou-se o tempo de escuta dos sentimentos e somente após o

aceite do membro da família iniciou-se a entrevista com a autorização de uso de informações, com ressalvas à privacidade, à recusa, ao acesso ao pesquisador, e do Comitê de Ética e Pesquisa (CNS 196/96).

A pesquisa prevê aspectos éticos relacionados aos seres humanos, sigilo do conteúdo das informações coletadas e o anonimato dos participantes da pesquisa – a garantia da preservação da privacidade, isto é, da confidencialidade e do anonimato dos indivíduos pesquisados.

RESULTADOS

Óbitos maternos

Foram identificados no sistema de informação de mortalidade (SIM), no período avaliado, 345 óbitos de mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos), em Governador Valadares, o que representou 17,6% dos óbitos femininos ocorridos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004. Foram quatro óbitos maternos identificados pelo Comitê de Morte Materna. Com base no cruzamento das bases de dados SINASC e do SIM, evidenciou-se um novo óbito não localizado anteriormente pelo Comitê, totalizando cinco óbitos maternos no triênio. Assim, a RMM, anteriormente de 24,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, foi recalculada, nesta pesquisa, para 36,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com base no acréscimo de um óbito encontrado, o que equivale ao fator de correção de 1,25 (TAB. 1).

Foram treze óbitos identificados e relacionados ao período de gestação e distribuídos em dois grupos: o primeiro inclui os cinco óbitos que fizeram parte do cálculo da RMM e o segundo, oito óbitos que não compõem o cálculo da RMM (TAB. 2).

Compõem o primeiro grupo cinco óbitos classificados como mortes maternas obstétricas diretas e indiretas e correspondem a 1,45% do total de óbitos de mulheres em idade fértil. Dentre os óbitos maternos, 80% foram classificados como mortes maternas diretas, sendo três casos por complicações de abortamento e um caso por eclampsia e 20% como morte materna indireta, correspondendo a um caso de *status* epiléptico grave.

TABELA 1 – Razão de mortalidade materna e suas causas antes e após a investigação. Governador Valadares – 2002-2004

Morte materna obstétrica	Investigação			
	Antes		Após	
	N*	RMM**	N*	RMM**
Obstétrica direta	03		04	
Obstétrica indireta	01		01	
Total	04	24,2	05	36,2

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação, SIM e SINASC.

* N-Número de observações analisadas

**RMM – Razão de mortalidade materna (óbitos maternos/ nascidos vivos * 1000)

TABELA 2 – Causas de mortes relacionadas à gravidez não contabilizadas na razão de mortalidade materna. Governador Valadares – 2002-2004

Causas	Até 42 dias		Após 42 dias pós-parto	
	N	%	N	%
Causas de morte materna tardia				
Miocardiotopia periparto			03	37,5
Lúpus			01	12,5
Subtotal			04	50,0
Morte materna não obstétrica				
Causa externa				
Homicídio	02	25,0		
Suicídio	01	12,5		
Linfoma ulcerado	01	12,5		
Subtotal	04	50,0		

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação e do SIM

N – Número de observações analisadas

O segundo grupo, que não entra no cálculo da RMM, é composto de causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, CID O96.¹¹ Nesse grupo, foram incluídos quatro óbitos maternos tardios (50,0%), sendo três casos de miocardiotopia periparto e um de lúpus, além dos óbitos não relacionados à gravidez e sua condução, também chamados de morte materna não obstétrica ou acidentais, que foram dois homicídios, um sugestivo de suicídio (37,5%) e um óbito por linfoma ulcerado (12,5%) (TAB. 2). Na investigação desses óbitos, observou-se que os homicídios foram cometidos pelos parceiros dessas mulheres e o suicídio, em decorrência de possível depressão pós-parto.

Dos cinco óbitos maternos, quatro ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos (80%), e um na faixa de 30 a 49 anos (20%). Os óbitos se concentraram no único hospital público da cidade. Dos quatro óbitos maternos diretos, três foram por aborto, sendo dois infectados (40%) e um hemorrágico (20%); o outro foi por doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (20%). O óbito materno indireto foi decorrente de doença preexistente agravada pela gravidez (20%).

Para a análise dos cinco óbitos maternos ocorridos no município, bem como a característica da assistência prestada foram utilizadas as informações contidas nos prontuários hospitalares das unidades de atenção básica a saúde (UBS, PACS e PSF), e nas fichas de investigação hospitalar e domiciliar.

Óbitos maternos e linha do cuidado

Todos os casos foram analisados remontando a linha do cuidado assistencial percorrida pela gestante, ou seja, coletando registros nos prontuários e cartões de

gestante, as descrições dos fatos, desde o pré-natal até o desfecho óbito. Buscou-se, dessa forma, compreender as falhas ocorridas durante o pré-natal, parto e puerpério, que resultaram no óbito⁸⁻¹⁰. Empregou-se o fluxograma analisador⁸, identificando os ruídos, ou falhas ocorridas.

A seguir, visando à exemplificação dos casos, descrevem-se os óbitos investigados que compõem a RMM, e um óbito materno por causa externa, que não entra no cálculo da RMM. São ainda ilustrados dois casos contendo o correspondente fluxograma analisador para a compreensão da análise da linha do cuidado realizada. Um deles compõe o cálculo de RMM e o outro não (FIG. 1 e 2).

Análise dos óbitos que compõem a RMM

Caso nº 1 – 2002 – Óbito materno direto, declarado, hospitalar

MJSS, 28a, solteira, parda, 1º grau incompleto de escolaridade, comerciária, procedente Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G3 P2 A1 deixou um filho de 10 anos e outro com 6 anos. Segundo relato da família e investigação em prontuários, constatou-se a inexistência de registros na Unidade Básica de Saúde das consultas médicas no pré-natal. A paciente procurou um hospital particular credenciado pelo SUS no dia 12/6/2002 com queixa de cefaleia e dores generalizadas pelo corpo. Foi atendida e medicada com anti-inflamatório e liberada pelo clínico plantonista. Não existe referência de gravidez ou aborto. A família informou que no dia 15/6/2002 a paciente foi atendida em outro hospital privado (não conveniado ao SUS) e também liberada. Durante a investigação, não foi encontrado registro dessa paciente, tampouco de

evolução nesse hospital. No dia 16 de junho de 2002, a paciente foi internada em hospital público e apresentava pequeno sangramento, icterícia e febre. Foi avaliada pelo ginecologista, que realizou curetagem uterina com retirada de restos ovulares compatíveis com abortamento infectado. Foi mantida no mesmo hospital, aos cuidados de um médico clínico geral, tendo o seu quadro evoluído para óbito após três dias de internação (FIG. 1).

Foram observados dados incompletos nos prontuários. No registro na DO constava *Septicemia e aborto séptico*.

A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde¹¹ quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde.⁶

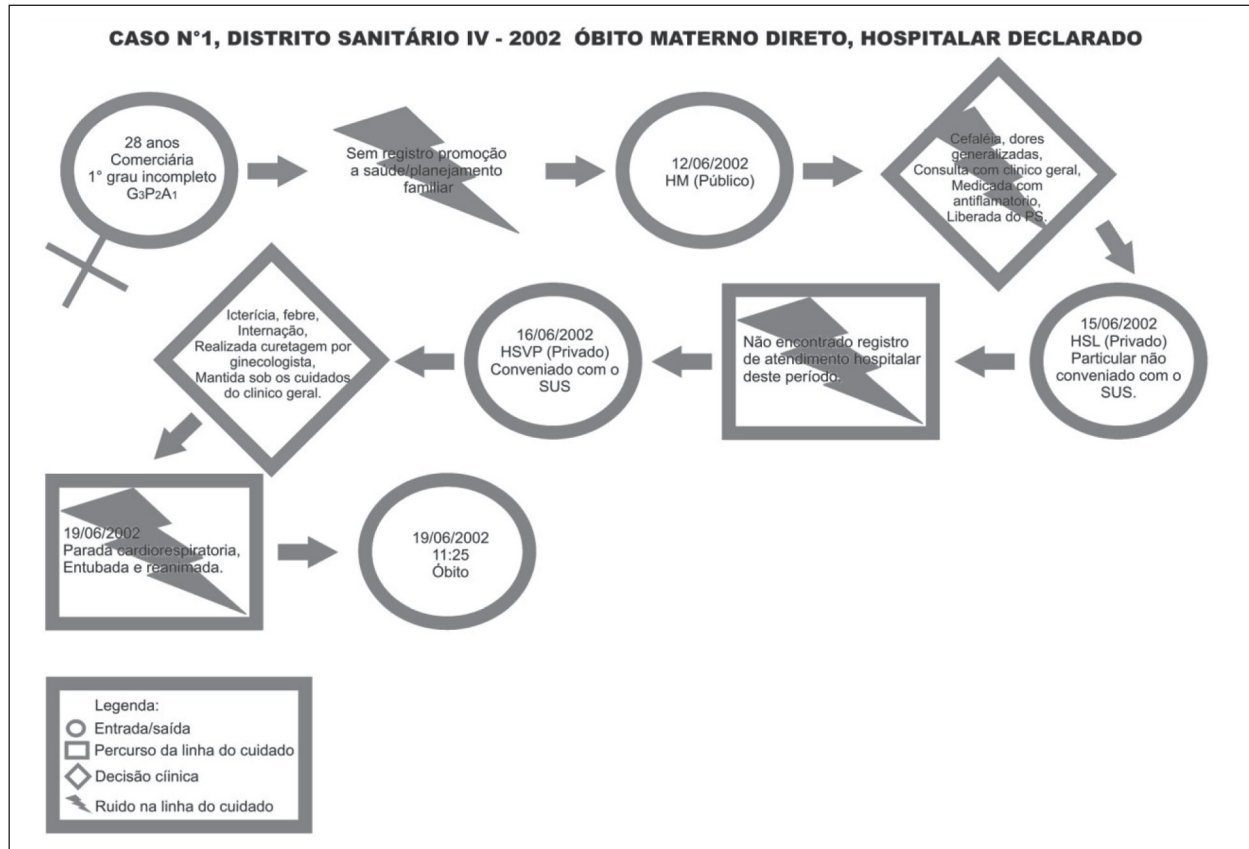


FIGURA 1 – Óbito materno direto, declarado. Governador Valadares – 2002

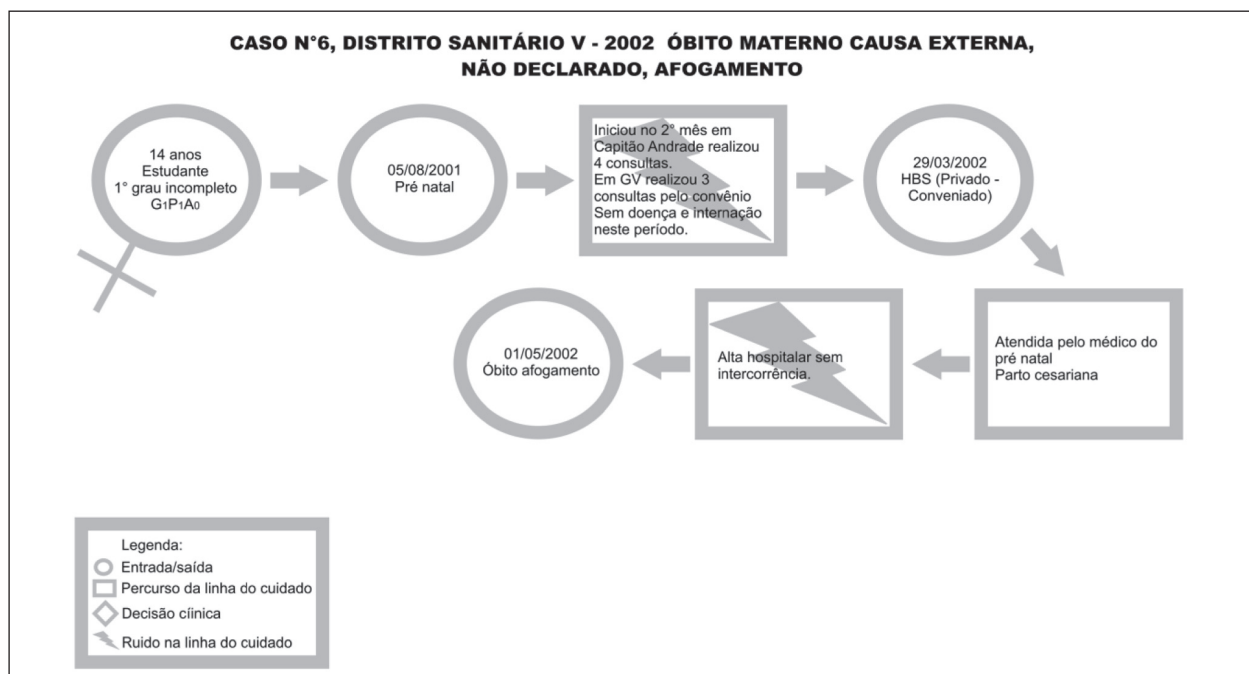


FIGURA 2 – Óbito materno não obstétrico. Governador Valadares – 2002

Caso nº 2 – 2003 – Óbito materno indireto, hospitalar, não declarado

EMS, 27a, solteira, vivia com o companheiro havia quatro anos, parda, G3 P0 A2, 1º grau incompleto, do lar, procedente do Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. História de epilepsia desde os 7 anos de idade, fazia acompanhamento com neurologista na policlínica e uso regular de medicamento. Nas informações da Unidade Básica de Saúde (PSF) consta que a paciente esteve grávida e abortou após queda, “anterior ao ano 2002”. Em 2002, há o registro de nova gravidez confirmada por exame laboratorial cuja gestação terminou em aborto. Em 2003, novo registro de amenorreia e encaminhamento, em novembro de 2003, para seguimento de gestação de alto risco, porém não existem outros registros. Durante a pesquisa, um membro da família relatou que a partir da terceira gravidez a paciente interrompeu os medicamentos neurológicos por conta própria. Foi internada no dia 12/11/2003 em pronto-socorro público com crises frequentes de convulsão, não sendo avaliada pelo neurologista até a tarde do dia 13/11/2003. A família solicitou e foi realizada transferência para outro hospital conveniado com o SUS, que não possui UTI. Assistida pelo neurologista em 14/11/2003, foi medicada, porém continuou apresentando convulsão e febre. Avaliada pela ginecologia, foi indicada a necessidade da UTI, mas não chegou a ser transferida, e foi a óbito no dia 15/11/2003, constatado pelo plantonista.

No registro na DO constava: Insuficiência respiratória aguda, *status* epiléptico severo e na parte II, epilepsia. A morte foi classificada como provavelmente evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde,¹¹ quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde.⁶ O óbito decorreu da interrupção da medicação antiepiléptica, falhas dos profissionais, demora na avaliação e retomada do tratamento neurológico no hospital, transferência para outro hospital sem CTI, a pedido da família, baixa qualidade da atenção pré-natal, com registros inadequados, baixa vinculação dos profissionais da atenção básica, que não alertaram sobre riscos de gravidezes sucessivas, seguidas de abortamento e da necessidade de manutenção da medicação neurológica.

Caso nº 3 – 2004 – Óbito materno direto, hospitalar, declarado

MMS, 38a, casada, branca, G1 P0 A1, 1º grau incompleto, costureira, procedente do Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tinha filhos, tampouco relato de gravidez anterior. Fazia uso de medicação para tratamento de hipotireoidismo. Atendida no HM, no dia 18/10/2004 com história de atraso menstrual de dois meses e teste de gravidez positivo. Relato verbal da família de duas consultas na unidade básica de saúde com ginecologista, ausência de cartão de pré-natal e sem registro na Unidade. Foi avaliada pelo ginecologista do plantão, que solicitou ultrassom obstétrico, sem registros das orientações fornecidas. O resultado do exame solicitado

informou espessamento endometrial e restos ovulares. Segundo relato da família, a paciente recebeu alta médica e foi para casa da mãe em área rural próxima a cidade de Governador Valadares. No dia 25/10/2004, apresentou sangramento e, por falta de transporte, só conseguiu chegar a Governador Valadares no período da tarde. Retornou ao mesmo hospital apresentando quadro de choque hipovolêmico, com distensão abdominal. Internada em estado grave, chocada, PA inaudível, pele e mucosa descorada, útero amolecido, canal cervical entreaberto. Não atendida na urgência, foi encaminhada para a sala de parto, onde foi realizado outro ultrassom, que evidenciou endométrio acentuadamente espessado e restos ovulares. Puncionada veia, a paciente teve uma parada cardiorrespiratória antes do procedimento de curetagem.

No registro na DO constava: “A – Choque hipovolêmico; B – Aborto incompleto”. A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde¹¹ quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde⁶, destacando que o óbito ocorreu por falhas profissionais, uma vez que, mesmo diante do resultado do ultrassom, após abortamento, foi liberada, sem informação adequada de riscos. Após uma semana de abortamento, ocorreu choque hipovolêmico e houve demora e precariedade no atendimento do pronto-socorro, resultando no óbito. Além disso, o pré-natal, na atenção básica, mostrou falta de vínculo com profissionais da atenção básica de saúde, ausência de registros e de qualidade do atendimento.

Caso nº 4 – 2004 – Óbito materno direto mascarado, hospitalar, não declarado

MPM, 25a, casada, parda, G6 P5 A1, 1º grau incompleto, auxiliar de cozinha, não vivia com o companheiro, procedente do Distrito Sanitário II, usuária do SUS. A família informou que a paciente não fez pré-natal porque não queria a gravidez. O aborto foi provocado por “curiosa”. Procurou o hospital em 11/6/2004 com queixa de febre, dor na barriga, dificuldade para urinar, náuseas e sangramento vaginal. Foi consultada e medicada pelo ginecologista, que, segundo a família, informou à paciente que o bebê estava vivo. A paciente ocultou a tentativa de abortamento da família e “do médico”. Após nove dias, em 20/6/2004 internou-se no hospital do SUS com gestação de cerca de três meses, hipótese de infecção urinária e ameaça de aborto, tendo sido diagnosticado aborto infectado em 23/6/2004, sendo realizada curetagem. Em 25/6/2004 foi realizada nova curetagem para revisão da cavidade e iniciada a antibioticoterapia em 27/6/2004. Em 29/6/2004, a paciente piorou o quadro e o ultrassom apresentou massa pélvica. Foram realizados os exames de laparotomia exploradora, histerectomia abdominal total, anexectomia direita, abscesso tubo-ovariano e trombose de vasos ovarianos à direita. No dia 30/6/2004, foi admitida na UTI com quadro de septicemia, tromboflebite pélvica séptica e SARA, e colocada no respirador. No dia 11/7/2004, realizou-se

laparotomia de revisão com lavagem da cavidade e retirada de fibrina. No dia 30/7/2004, nova laparotomia por suspeita de coleção intra-abdominal, mas a paciente teve uma parada cardiorrespiratória na mesa cirúrgica e foi a óbito.

No registro na DO constava: "A – Choque Séptico; B – Peritonite C – Piometrite. Óbito mascarado, aborto infectado". A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde¹ quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde⁶, destacando-se o óbito ocorrido em decorrência de falhas na assistência. Principal fator/problema que possivelmente contribuiu para o óbito: aborto provocado por "curiosa" e realizado em condições inseguras. Houve falha na primeira busca de assistência em 11/6/2004, uma vez que não foi diagnosticada a tentativa de abortamento. Após nove dias, novo atendimento, que não resultou em conduta adequada. O antibiótico foi introduzido tardiamente, evoluindo para aborto complicado 12 dias após o primeiro atendimento. Seguiram-se complicações (abscesso, trombose, sepse), e o quadro tornou-se irreversível.

Caso nº 5 – 2004 – Óbito materno direto, hospitalar, declarado

Este caso não foi incluído no cálculo do Comitê de Prevenção de Morte Materna em Governador Valadares, sendo identificado posteriormente, nesta pesquisa. SSS, 28a, solteira, parda, G2 P2 A0, 1º grau incompleto, do lar, procedente do Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Vivía com o companheiro e tinha uma criança de 8 anos. Fez controle ambulatorial de câncer de mama, diagnosticado em 2001, e realizou mastectomia conservadora. Em 2002, foram realizadas quimioterapia e radioterapia. Iniciou o pré-natal tardio, no quinto mês de gravidez, e em 24/8/2004 foi encaminhada ao hospital por apresentar hipertensão arterial sistêmica, edema leve, ganho de peso excessivo nas últimas duas consultas: 16/7/2004 e 17/8/2004. Foi realizado parto vaginal às 3h25 do dia 25/8/2004, com alta no dia 26/8/2004, sem registro da evolução no hospital, da condição de alta e da orientação fornecida à puérpera. No dia 31/8/2004, sétimo dia após o parto, foi admitida no PSM, onde foi medicada e mantida em oxigenação por três horas, sendo transferida para a UTI com quadro grave, edema agudo de pulmão (EAP), dispneia acentuada, febre, taquicardia, hipotensão. Evoluiu no mesmo dia para insuficiência respiratória aguda, foi colocada em ventilação mecânica, com o uso de drogas vasoativas e antibioticoterapia. O quadro evoluiu para insuficiência hepática e renal e foi a óbito em 4/9/2004.

No registro na DO constava: "A – Septicemia; B – Broncopneumonia". A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde¹¹ quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde⁶, destacando-se o óbito ocorrido em decorrência de falhas nas atitudes dos profissionais que atenderam e não perceberam a necessidade da paciente. O pré-natal foi iniciado

tardiamente (5º mês) em paciente com história anterior de câncer de mama. A gestação evoluiu com hipertensão e edema sem registros no Centro de Saúde. Alta após 24 horas do parto. As anotações relativas às orientações no prontuário são inexistentes, o que dificultou a análise do acompanhamento do caso. Retornou no 7º dia após o parto com edema agudo de pulmão, que evoluiu para óbito.

Caso nº 6 – 2002 – Óbito por causa externa, que não compõe para o cálculo da RMM – Óbito materno, não declarado

GSB, 14 anos, solteira, branca, 1º grau incompleto de escolaridade, estudante, não vivia com o companheiro, procedente do Distrito Sanitário V. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G1 P1 A0. Não tinha doença anterior à gravidez. Iniciou o pré-natal no segundo mês de gestação, fazendo, ao todo, sete consultas. Não desenvolveu problemas clínicos durante a gravidez, tampouco foi internada. Parto cesariana, deu à luz a recém-nascido vivo no dia 29 de março de 2002. Alta hospitalar sem intercorrência. A família informou que a filha foi tomar banho no rio Doce, contra a vontade da mãe, e só foi encontrada morta no dia 1º de abril de 2002, três dias após a saída da sua casa.

Registro na DO do Instituto Médico-Legal: "Asfixia por afogamento, óbito não declarado, não analisado pela CMPMM". Principal fator/problema que possivelmente contribuiu para o óbito: a hipótese é de óbito por suicídio, em decorrência de quadro depressivo pós-parto. Sugere-se falta de vínculo com serviço de saúde desde a primeira consulta em GV, bem como a não percepção da fragilidade da paciente pelos profissionais da atenção básica.

DISCUSSÃO

A realização de estudos sobre morte materna é de grande relevância, uma vez que demonstra a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher, a existência de sub-registro dos óbitos, possibilitando conhecer a gravidade e a real magnitude desse problema de saúde pública.

No Brasil algumas investigações têm sido realizadas com o objetivo de conhecer e/ou corrigir os dados oficiais sobre morte materna, buscando, por um lado, identificar os entraves que dificultam estimar de forma fidedigna a mortalidade materna.^{3,12-14}

É necessário estimular o aprimoramento do sistema de informação em mortalidade, incluindo o melhor preenchimento da declaração médica da causa de morte, já que esse é um dos fatores que impedem o conhecimento do problema da morte materna no Brasil.⁴

A mortalidade materna não aparece entre as principais causas de morte, tendo, em valores absolutos, pequeno destaque, porém, considerando-se que a maioria dos óbitos maternos são evitáveis,^{6,7} torna-se indiscutível a relevância de estudos que possam conhecer a realidade e os recursos preventivos.

Segundo a definição da OMS, é considerada morte materna apenas o óbito em mulher ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, sendo incluídas apenas as causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, excluindo-se as causas acidentais ou incidentais; ou seja, as causas externas não são contabilizadas. Ao se adotar essa definição dos treze óbitos encontrados e analisados na pesquisa, somente cinco foram incluídos no cálculo de RMM no município, no entanto as oito mortes não incluídas no cálculo da RMM chamam a atenção sobre o critério restritivo da RMM. A adoção do ponto de corte de 42 dias, na atualidade, não leva em consideração os avanços tecnológicos e as novas intervenções em saúde, que podem alongar a vida, e problemas decorrentes do parto e do puerpério que podem resultar em morte tardia, após os 42 dias. No estudo atual, alguns dos casos se situam nessa condição, que se deveram, claramente, a problemas ocorridos durante o parto, sendo que, pelo acesso às tecnologias e aos tratamentos instituídos, os óbitos ocorreram após os 42 dias e não foram contabilizados como óbitos maternos.

Além disso, é complexo analisar o tema das causas externas, uma vez que, pelo critério adotado pela OMS,¹ tais causas não são contabilizadas no cálculo da RMM, sendo tratadas como acidentais ou não intencionais. Entretanto, no transcurso da gravidez, podem surgir eventos decorrentes ou motivados pela gravidez, como crimes passionais, suicídios relacionados à depressão pós-parto ou outras intercorrências relacionadas à gravidez.

No atual trabalho, os dois homicídios foram cometidos por parceiros das vítimas e, também, o caso investigado de uma jovem de 14 anos, com suicídio provável em decorrência de depressão pós-parto ou das mudanças geradas na sua vida em razão do nascimento da criança, este último apresentado no fluxograma analisador. Esse caso síntese demonstra como a gravidez precoce pode desestruturar a vida de uma adolescente e como se torna importante a análise das causas externas no contexto da gestação, mesmo não sendo estas componentes da RMM. O fato de estar grávida e de ter tido parto recente pode ter contribuído para o evento final – morte da paciente.

Essas ocorrências chamam a atenção para a necessidade de se aprofundar o debate sobre os critérios adotados no cálculo da RMM. O limite dos 42 dias na classificação da morte materna deve ser repensado em razão das transformações na assistência, sugerindo-se buscar ampla compreensão da rede causal que resultou nos óbitos por causa externa e como ela se articula ao evento gravidez. Esses casos ilustram a necessidade de abrir o debate sobre o tema, visando revisar tais conceitos.

É notável que as pesquisas e bibliografias que tematizam a mortalidade materna centrem foco nas mortes maternas por causas diretas e indiretas, ficando evidente a maior incidência de mortes por causa direta em regiões menos desenvolvidas, e, assim, a relação entre a porcentagem de óbitos maternos e a falta de cobertura e qualidade da assistência obstétrica prestada.⁴

Quanto às causas, em estudos realizados⁴ registra-se a existência de 93% de mortes maternas por causas

diretas e apenas 7% obstétricas indiretas, e ainda, nas regiões Sudeste e Sul, verificaram-se as maiores proporções por causas obstétricas indiretas em relação às demais regiões – respectivamente 10,3% e 10,9%. No atual estudo, também houve o predomínio dos óbitos maternos diretos.

Em estudos realizados registram-se as doenças hipertensivas como o principal grupo entre as mortes maternas diretas, ocupando 23,6% das mortes registradas, seguindo a sepse (8,1%), problemas hemorrágicos durante o parto (8,0%), contabilizando as complicações relacionadas ao aborto em 7,4% do total de mortes maternas, número certamente subestimado, uma vez que é ilegal no País.¹⁴

Em outras pesquisas, afirma-se que a interrupção da gravidez realizada em condições técnicas impróprias favorece o aparecimento de graves infecções e, ainda, que há estreita relação entre a prática do aborto e o nível socioeconômico das mulheres, uma vez que, não tendo assistência adequada nos programas de planejamento familiar ou condições de recorrer a serviços de melhor qualidade, ficam sujeitas aos fatores de risco de mortalidade.¹³ O aborto clandestino realizado, na maioria das vezes, por mulheres mais pobres transcorre em precárias condições, sendo realizado por curiosos, resultando em falta de assistência.

No estudo atual, destaca-se a elevada proporção de óbitos por aborto (60%), sendo dois infectados e um hemorrágico.

Poucas publicações se detêm na análise da evitabilidade dos óbitos, entretanto, algumas inferências puderam ser construídas com base em dados encontrados nesta pesquisa.

Dos cinco óbitos de GV investigados, quatro podem ser considerados evitáveis e um provavelmente evitável, no entanto, a evitabilidade depende da qualidade de assistência prestada, bem como da comunicação eficaz entre os diversos serviços e profissionais dos diversos setores da saúde.

A análise da linha do cuidado revelou-se instrumento sensível na investigação do óbito, pois possibilitou a identificação dos fluxos e das falhas (ruídos) ocorridos durante o percurso assistencial. Por meio desse tipo de análise todos os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde podem ser mapeados, permitindo avaliar as tecnologias utilizadas na assistência ao beneficiário (tipo, fluxos, mecanismos de regulação, negação de acesso, utilização dos recursos das clínicas especializadas, vigilância à saúde e ruídos produzidos). O esperado é um “caminhar” sem obstáculos, seguro e tranquilo na rede de serviços, pois isso garantiria a qualidade da assistência.^{9,10}

A análise dos óbitos por meio do fluxograma revelou a desatenção e a repetição de atos que evidenciam a falta de vínculo e de compromisso dos profissionais com o usuário. Essas falhas são repetidas: ausência de registros nos prontuários, diagnósticos graves não comunicados à paciente, atuação centrada na queixa-conduta, dentre

outras. Chama a atenção no estudo, ainda, o acesso aos serviços de saúde, entretanto há que se observar a baixa qualidade da assistência prestada, sem registro em prontuário, uso de sintomáticos, diagnóstico e intervenções tardias, o que contribui para o óbito.

Pôde-se observar em todos os casos analisados a existência de falhas nos registros das pacientes que são curtos e ilegíveis e também inexistentes desde a atenção básica até a atenção terciária. A ausência de registro em Unidade Básica de Saúde que pudesse compor a história e a evolução da paciente, bem como a falta relato de alerta no prontuário que possibilitassem identificar situações de gravidade/risco, reflete a qualidade de assistência que é oferecida aos usuários. Acrescenta-se, ainda, a inexistência de registro no prontuário que informasse sobre a participação delas nos grupos de promoção à saúde.

Registre-se, ainda, a não captação precoce das pacientes, o que sugere a não vinculação com profissional de saúde da rede básica. Dos óbitos maternos analisados, observou-se que na atenção secundária os registros são curtos, breves e ilegíveis, e não existem registros no prontuário, o que não permite certificar se a paciente havia sido orientada sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro, ou da necessidade de referenciá-la para algum centro de maior recurso.

Em relação à atenção terciária certificou-se que as consultas são mediante queixa-conduta; ausência de escuta e registro hospitalar nas primeiras buscas de assistência médica; não identificação da real necessidade da paciente; demora de assistência com especialista; ausência/demora de assistência no pronto-socorro; e demora da decisão terapêutica com ausência de registro hospitalar de seguimento da história das pacientes. Além disso, recursos tecnológicos, como UTI, nem sempre são acessados, retardando a possibilidade de terapêutica adequada.

O fluxograma analisador constituiu, assim, potente instrumento para a gestão, possibilitando a identificação/visualização dos ruídos (falhas assistenciais) e facilitando para as equipes de saúde e gestores a tradução dos problemas ocorridos. Propõe-se o uso rotineiro desse instrumento pela Comissão de Morte Materna nos municípios, uma vez que possibilitará sua comunicação tanto com as equipes que prestam atendimento quanto com os gestores.⁸⁻¹⁰

Como limite do estudo, destaque-se o reduzido número de casos, o que levou à necessidade de ampliar o número de anos estudados, e, seguindo recomendação do Ministério da Saúde,¹⁵ para estimativas de pequenas áreas, utilizar calcular a RMM para o triênio, visando estabilizar as estimativas e reduzir a flutuação aleatória de pequenos números.

Vale destacar que, mesmo sendo um pequeno número de eventos, o monitoramento e a vigilância da morte materna são de grande relevância, dada sua grande repercussão em termos de sofrimento às famílias, riscos aos recém-nascidos, além de serem óbito plenamente evitável,^{6,7} na maioria dos eventos.

O estudo se aplica ao município de Governador Valadares e não pretende ser replicável em outras realidades, mas os achados se tornam válidos para outros municípios de médio e pequeno portes, em razão de buscar maior investimento na informação, capacitar os Comitês de Morte Materna para a correta identificação dos casos e sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao registro da morte materna.

Destaque-se, ainda, que a precária realidade da assistência prestada e as falhas decorrentes, que resultaram nessas mortes, não são exclusivas desses municípios, constituindo, inclusive, uma meta dos Objetivos do Milênio a redução da mortalidade materna¹⁶, sendo pactuada pelo Brasil e a maioria dos países em desenvolvimento.

Este trabalho permitiu refletir sobre a evitabilidade do óbito materno e trouxe à luz esses casos e descasos com o objetivo de levantar a discussão e o reposicionamento dos técnicos de saúde, gestores e usuários, visando ao planejamento adequado e ao compromisso com os atos de saúde e com a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indicador de mortalidade materna reflete as condições da assistência prestada à saúde da mulher durante o pré-natal e o parto, além de aspectos biológicos da reprodução humana e de doenças associadas ao período gravídico-puerperal.

A análise dos óbitos por meio do fluxograma revelou, ainda, a desatenção e a repetição de atos que evidenciam a falta de vínculo e de compromisso dos profissionais com o usuário. Estas falhas são repetidas: ausência de registros nos prontuários; diagnósticos graves não comunicados à paciente; atuação centrada na queixa conduta, dentre outros. Chama a atenção no estudo, ainda, o acesso aos serviços de saúde, entretanto há que se observar a baixa qualidade da assistência prestada, sem registro em prontuário, uso de sintomáticos, diagnóstico e intervenções tardias, o que contribui para o óbito.

O conhecimento da razão da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde, para o governo e para sociedade. A investigação sobre a realidade desse indicador e das causas decorrentes poderá constituir importante meio para a produção de conhecimentos, de ações educativas e intervenções para a qualificação da assistência prestada, facilitando o alcance das metas do milênio.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças-CID-10. 4ª ed. vol 2. São Paulo: EDUSP; 1998. p.138.
2. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Mortes Maternas no Brasil: análise do preenchimento da variável da declaração de óbito. *Inf Epidemiol SUS*. 2000a; 9(1):43-50.
3. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7: 449-60.
4. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad Saúde Pública*. 2000b; 16(1):23-30.
5. United Nations Children's Fund (UNICEF) and United Nations of Population Fund (FNUAP). *Maternal Mortality in 1995*. Genebra: World Health Organization; 2001.
6. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L, et al. Lista de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*; 2007.
7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the Quality of Medical Care: a clinical method. *New Engl J Med*. 1976; 294:582-8.
8. Merhy EE, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In Merhy EE, Onoko R. *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; 1997.
9. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996 [tese]. Campinas: UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas; 2001.
10. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Jorge AO, Franco TB, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9:433-44.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Manual de Mortalidade Materna*. Brasília: MS; 2002.
12. Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I – mortes por causas naturais. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2):197-211.
13. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Júnior RP, Amaral E. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2000; 22: 579-84.
14. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J*. 2001; 119(1):33-42.
15. Brasil. 12007. *Saúde Brasil, 2007 – Uma análise da Situação de Saúde*. Secretaria de Vigilância à Saúde. Ministério da Saúde; 2007. [Citado 2009 dez. 09]. Disponível em www.saude.gov.br/svs/publicacoes
16. Brasil. Instituto Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos e Metas do Milênio*. [Citado 2009 dez. 09]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/005/00502001.jsp?ttCD_CHAVE=123.

Data de submissão: 15/7/2009

Data de aprovação: 26/5/2010