

Caracterização da mortalidade materna em uma maternidade de alto risco

Characterization of maternal mortality in a high-risk maternity ward

DOI:10.34117/bjdv7n9-004

Recebimento dos originais: 07/08/2021

Aceitação para publicação: 01/09/2021

Ellen Sterphanie Alves da Silva

Mestranda Programa Associado de Pós Graduação em Enfermagem
Universidade de Pernambuco-UPE - Universidade Estadual Paraíba-UEPB-Recife-PE
Enfermeira Obstétrica no Hospital Petronila Campos-São Lourenço da Mata-PE
Rua Roberval Bandeira da Silva, n° 66, Casa: D, Cohab - Cabo de Santo Agostinho- PE
E-mail: ellen.sterphanie@hotmail.com

Rachel Caroline Alves Leite

Mestre em Cuidados Intensivos pelo Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira-IMIP, Recife-PE
Enfermeira Obstétrica no Hospital Agamenon Magalhães-Recife-PE
Rua Doutor Vicente Meira, n°180 - Graças - Recife-PE
E-mail: rachelcaroline@hotmail.com

Mateus Carneiro Vicente

Mestrando em Gerontologia - Universidade Federal da Paraíba - João Pessoa- PB
Enfermeiro da Maternidade e Policlínica Professor Barros Lima, Recife-PE
Vila Rissete, n° 38, Morro da Conceição - Recife - PE
E-mail: mateusvcarneiro@gmail.com

Lucas Nunes Damásio de Oliveira

Graduando do curso de bacharelado em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)
Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife – PE
Rua Treze, 106. 4ª Etapa, Rio Doce. Olinda - PE
E-mail: lucas.damasio@upe.br

Herika Dantas Modesto Pinheiro

Mestre em Saúde Coletiva- Universidade Federal de Pernambuco –Recife - PE
Enfermeira Obstétrica na Área técnica da saúde da mulher
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – Recife – PE
Rua Ambrósio Machado, n° 401 – Iputinga - Recife – PE
E-mail: herika_dantas@hotmail.com

Maria Suely Medeiros Côrrea

Doutora em Materno Infantil - Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira – IMIP – Recife – PE
Professora Adjunta do Curso de Graduação de enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) - Gerente da Assistência estudantil da UPE
Rua Feliciano José de Farias, n° 185, Boa Viagem - Recife - PE
E-mail: suely.correa@upe.br

Marilia Perrelli Valença

Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife-PE. Professora Adjunta na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Universidade de Pernambuco (UPE), Recife-PE
Rua Teles Júnior, nº 350, Rosarinho - Recife - PE
E-mail: marilia.perrelli@upe.br

RESUMO

Avaliar o perfil da Mortalidade Materna nos últimos 10 anos em um hospital público especializado na capital pernambucana. o presente estudo possui natureza descritiva, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência no atendimento à gestação de alto risco. A população do estudo foi composta pelos óbitos maternos ocorridos entre janeiro de 2010 e janeiro de 2020. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial. O nível de significância assumido para as análises foi de 5% ($p \leq 0,05$). Foram utilizados os Testes Mann-Whitney e Qui-Quadrado para associar as variáveis foram estudados 66 óbitos maternos, idade entre 30 e 39 anos (43,9%), mulheres de cor/raça parda (53,0%), solteiras (47,0%), que eram do lar (36,4%), com comorbidades (63,9). O maior número ocorreu em até 42 dias do puerpério (69,7%), as principais causas dos óbitos foram problemas respiratórios (51,5%) e cardiovasculares (48,5%) e sepse/choque séptico (43,9%). A Mortalidade Materna é um indicador de qualidade da assistência à saúde da mulher, os achados deste estudo demonstram a necessidade do investimento na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, com olhar diferenciado ao puerpério, visto a ocorrência significativa dos óbitos nesse momento.

Palavras-chave: Mortalidade Materna, Perfil Epidemiológico, Gravidez de Alto Risco.

ABSTRACT

To evaluate the profile of Maternal Mortality in the last 10 years in a specialized public hospital in the capital of Pernambuco. The study population was composed of maternal deaths that occurred between January 2010 and January 2020. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics. The significance level assumed for the analyses was 5% ($p \leq 0.05$). Mann-Whitney and Chi-square tests were used to associate the variables 66 maternal deaths were studied, age between 30 and 39 years (43.9%), women of brown color/race (53.0%), single (47.0%), who were housewives (36.4%), with comorbidities (63.9). The highest number occurred within 42 days of puerperium (69.7%), the main causes of death were respiratory problems (51.5%) and cardiovascular (48.5%) and sepsis/septic shock (43.9%). Maternal Mortality is an indicator of quality of care to women's health, the findings of this study demonstrate the need for investment in care to the gravidic-puerperal cycle, with a differentiated look at the puerperium, since the significant occurrence of deaths at this time.

Key-words: Maternal Mortality, Health Profile, Pregnancy, High-Risk.

1 INTRODUÇÃO

A Mortalidade Materna é o principal indicador de qualidade de saúde da população feminina, sendo conseqüentemente berço de políticas públicas a fim de reduzir os índices atuais. O continente europeu foi o primeiro a despertar quanto aos índices de

mortalidade, e associar a mortalidade materna com qualidade de assistência. Durante todo século XX, foi implementado ações para reduzir os níveis de óbitos maternos, mas apesar de muitos esforços, muitas mulheres morreram durante o ciclo gravídico-puerperal.¹

No ano de 2015, a Razão da Mortalidade Materna (RMM) mundial foi estimada em 216 por 100 mil Nascidos Vivos, no continente europeu, houve uma variação de 16 por 100 mil Nascidos Vivos, enquanto no continente africano a razão foi de 542 por 100 mil nascidos vivos.² Estudo realizado entre 2011 e 2015 no Estados Unidos da América (EUA), mostra que as existem disparidades raciais e étnicas importante, com dados que comprovam que mulheres negras morrem três vezes mais que mulheres brancas quando o assunto é Mortalidade Materna.³

No Brasil, a RMM em 2015 foi de 44 por 100 mil Nascidos Vivos, muito superior aos países mais pobres da América Latina, como no Uruguai, com 15 por 100 mil Nascidos Vivos, Costa Rica 25 por 100 mil Nascidos Vivos e em Cuba, com 39 por 100 mil Nascidos Vivos. Em 2012, o risco de morrer por causa obstétrica direta foi de 40,7 por 100 mil nascidos vivos, enquanto por causas indiretas foi de 19,4. As principais causas diretas foram hipertensão (20,2%), hemorragia (11,9%), infecção puerperal (7,3%) e aborto (4,5%). Nas causas indiretas, houve maior frequência de doenças do aparelho circulatório, complicadas pela gestação, parto ou puerpério, representando 7,3% dos óbitos maternos.⁴

Sabe-se que a mortalidade materna ainda hoje representa um problema de saúde pública, além da correlação com a qualidade da saúde, pode-se citar também como indicador de desenvolvimento humano e socioeconômico do país.⁵ A morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.⁶

Essa morte é um evento trágico e evitável, onde mesmo diante de inúmeros avanços na saúde materno infantil no país, a meta de redução para 75% dos Objetivos do Desenvolvimento de Desenvolvimento Sustentáveis não foi alcançada.⁷ Diversas são as causas da Mortalidade Materna, muitas associadas a fatores sociais, econômicos, aos serviços de saúde e seu cuidado, como também alguns fatores determinantes que afetam diretamente a saúde da mulher.⁸

As iniquidades de saúde são manifestações dos determinantes da saúde, assim, a injustiça social pode originar algumas condições, que são responsáveis pelo risco de

adoecer e/ou morrer. Estudos demonstram que as desigualdades socioeconômicas persistem como determinantes na mortalidade materna.²

Os Determinantes Sociais de Saúde são caracterizados como elementos que fornecem compreensão do processo de saúde-doença a partir das iniquidades sociais. A produção capitalista e o mecanismo de acumulação do capital e do poder, são responsáveis pela posição de classe social, um dos principais determinantes na desigualdade quando se trata sobre saúde-doença. Esses Determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que podem causar ou colocar em risco a saúde e um indivíduo e/ou população.⁹

Os óbitos maternos são classificados em causas obstétricas diretas e causas obstétricas indiretas e não especificadas. A Mortalidade Materna por causa obstétrica direta define-se quando é relacionada a condições exclusivamente ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, podendo estar associada à assistência inadequada. Esse tipo de causa é mais presente em países em desenvolvimento. Quando abordamos Mortalidade Materna por causa obstétrica indireta, é quando decorre de complicações de doenças pré-existentes que foram agravadas com a gravidez. Mesmo na Mortalidade Materna por causa indireta, fica evidente que o desfecho desfavorável poderia ser evitado, seja com o planejamento reprodutivo, ou com desenvolvimentos de ações em tempo hábil e de forma eficaz.¹⁰

Salienta-se que no relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas, em 2015, nenhum país conseguiu atingir a meta de reduzir o índice de Mortalidade Materna. Ainda se percebe o predomínio de causas obstétricas diretas, entretanto as doenças preexistentes, as causas obstétricas indiretas, são os maiores desafios no manejo da assistência.

No Brasil, com a redução da taxa de natalidade esperava-se que houvesse um reflexo na taxa de Mortalidade Materna, entretanto esta tendência não acompanhou e manteve-se em níveis estáveis. A investigação dos óbitos maternos possibilita visualizar o comportamento e o perfil desses óbitos, assim como promover a elaboração de estratégias que atendam e melhorem a assistência à saúde da mulher.¹¹

Frente a contextualização científica apresentada e a relevância sobre o conhecimento dessas características sociais, demográficas e de saúde com intuito de visibilizar os grupos populacionais mais vulneráveis à morte materna, este estudo buscou definir o perfil da mortalidade materna para permear a construção de um corpo de conhecimento que mostre evidências para estes casos, além de estruturação para criação e implementação de estratégias que atuem diretamente na redução desse dano. Diante

disso, essa pesquisa foi norteada a partir da seguinte pergunta: Qual o perfil epidemiológico da mortalidade materna nos últimos 10 anos em uma maternidade de alto risco?

Diante disso, o objetivo desse artigo é avaliar o perfil dos óbitos maternos nos últimos 10 anos em um hospital público especializado na capital pernambucana.

2 MÉTODO

O presente estudo é de natureza descritiva, retrospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva visa descrever os fenômenos da população e a abordagem quantitativa preconiza em dados numéricos o comportamento da população estudada. O estudo retrospectivo busca resgatar dados a fim de obter evidências. É o processo contrário, primeiramente ocorre o fato e depois estuda-se a causa.¹²

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte vinculado ao estado de Pernambuco, referência para o alto risco obstétrico, cardiologia, clínica e otorrinolaringologia. O hospital atende por mês cerca de 5 mil usuários nas suas quatro emergências. A sua maternidade, referência em alto risco, é uma das maiores da rede materno-infantil do estado, contribuindo com a rede de acesso do Sistema Único de Saúde.

A população do estudo foi composta pelos óbitos maternos ocorridos entre janeiro de 2010 e janeiro de 2020, os dados foram de fontes secundárias, proveniente das Fichas de Investigação de Mortalidade Materna e das Declarações de Óbitos. A amostra foi composta por 66 óbitos maternos ocorridos conforme critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa foram: óbito de mulher ocorrido durante o período gestacional ou dentro de um período de 42 dias após término da gestação, independentemente da localização ou da duração da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais; óbitos maternos de causa direta ou indireta; óbitos maternos ocorrido entre janeiro de 2010 a janeiro de 2020. E os critérios de exclusão foram: óbitos maternos com Ficha de Investigação de Óbito Materno e Declaração de Óbito ilegíveis, indisponíveis ou não encontrados.

Utilizou-se instrumento estruturado elaborado pelos autores para obtenção dos dados especialmente desenvolvido para este estudo. Foram investigados variáveis como: sexo, raça/cor, idade, anos completos de estudo, estado civil, renda familiar, ocupação, município de origem, paridade, comorbidades, dados do pré-natal como mês de início e

número de consultas, data da admissão, condição de saúde na admissão, estimativa da idade gestacional, tipo de parto (se pariu), procedimentos cirúrgicos (se realizou), internação em unidade crítica, data do óbito, momento do óbito, evitabilidade, causa do óbito na Declaração de óbito e classificação obstétrica.

Os dados foram digitados com dupla entrada e armazenados em planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel[®]. Em seguida, foram organizados, codificados, importados e processados pelo aplicativo Statistical Package for the Social Science for Windows, versão 22.0, sendo analisados por estatística descritiva e inferencial. O nível de significância utilizado para as análises foi de 5% ($p \leq 0,05$). Foram utilizados os Testes Mann-Whitney e Qui-Quadrado para associar as variáveis.

Este estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas com seres humanos. Esta pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa-CEP do Hospital Agamenon Magalhães, estando aprovado sob protocolo do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 33466920.60000.5197, com Número do Parecer:4.276.417. Houve dispensa do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa com dados secundários. As informações coletadas serão armazenadas em absoluto sigilo, garantido o anonimato das pessoas e os dados obtidos, sendo utilizados apenas para fins de pesquisa científica, não oferecendo risco aos sujeitos da pesquisa.

3 RESULTADOS

Dentre os 66 óbitos maternos investigados, a maior parte apresentava idade entre 30 e 39 anos (43,9%), com idade média de 29,7 ($\pm 7,7$), sendo a idade mínima de 16 anos e máxima de 44 anos. Observou-se prevalência de óbitos entre mulheres de cor/raça parda (53,0%), solteiras (47,0%), que eram do lar (36,4%), que tinham estudado de 0 a 4 anos completos (74,2%), residiam na Região Metropolitana do Recife (53,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos de óbitos maternos em um hospital público. Recife-PE, Brasil, 2010 a 2020. (N=66).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤ 19 anos	9	13,6
20 – 29 anos	20	30,3
30 – 39 anos	29	43,9
40 – 44 anos	8	12,2
Cor/raça		
Parda	35	53,0
Preta	9	13,6
Branca	16	24,2
Amarela	1	1,5
Indígena	1	1,5
Ignorado	4	6,1
Estado civil		
Solteira	31	47,0
Casada	13	19,7
União estável	2	3,0
Ignorado	20	30,3
Ocupação		
Do lar	24	36,4
Agricultora	6	9,1
Estudante	5	7,6
Doméstica	4	6,1
Comerciante	4	6,1
Outros	7	10,5
Ignorado	16	24,2
Anos completos de estudo		
0 – 4	49	74,2
5 – 8	17	25,8
Mesorregião de residência		
Metropolitana do Recife	35	53,0
Agreste Pernambucano	18	27,3
Mata Pernambucana	11	16,7
Sertão Pernambucano	1	1,5
São Francisco Pernambucano	1	1,5
Total	66	100,0

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar, 2020

Em relação aos dados obstétricos, foi evidenciado que a maioria apresentou entre uma e duas gestações (54,5%). Percebeu-se um maior número de mulheres que apresentavam comorbidades (63,9%), com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (30,3%). A gestação era do tipo única (93,9%), iniciaram o acompanhamento de pré-natal entre o quarto e sexto mês (21,2%), realizaram entre uma e três consultas (24,2%) e estavam no terceiro trimestre (57,6%), conforme exibido na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos dados obstétricos de óbitos maternos em um hospital público. Recife - PE, Brasil, 2010 a 2020. (N=66).

^a Possibilidade de respostas múltiplas, exemplo:01 paciente teve 05 comorbidades; 10 tiveram 02 comorbidades (n=42). ^b 06 não realizaram pré-natal.

Variáveis	N	%
Número de gestações		
1 – 2	36	54,5
3 – 4	9	13,6
5 ou mais	10	15,2
Não se aplica	11	16,7
Presença de comorbidades		
Sim	42	63,9
Não	15	22,7
Ignorado	9	13,6
Comorbidades^a		
Hipertensão arterial sistêmica	20	30,3
Cardiopatia	13	19,7
Obesidade	4	6,1
Diabetes Mellitus	4	6,1
Outras	8	12,1
Ignorado	9	13,6
Mês de início do pré-natal^b		
1° - 3°	13	19,7
4° - 6°	14	21,2
7 ou mais	4	6,1
Ignorado	29	43,9
Número de consultas de pré-natal		
1 – 3	16	24,2
4 – 6	15	22,7
7 ou mais	7	10,6
Ignorado	22	33,3
Não realizou o pré-natal	6	9,1
Idade gestacional		
1° trimestre	4	6,1
2° trimestre	12	18,2
3° trimestre	38	57,6
Não se aplica (puérpera)	12	18,2
Total	66	100,0

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar, 2020

A Tabela 3 apresenta os dados sobre a assistência à saúde prestada nos casos de óbito materno, sendo identificada uma prevalência de tempo de internação de um a sete dias (69,7%), condição de saúde regular/comprometida na admissão (60,6%) com internação em UTI (75,8%), parto por cesariana (68,2%) e a ausência de cirurgias e/ou procedimentos de grande complexidade (71,2%).

Tabela 3 – Distribuição dos dados referentes à assistência de saúde dos óbitos maternos em um hospital público. Recife - PE, Brasil, 2010 a 2020. (N=66).

Variáveis	N	%
Tempo de internação (dias)		
1 – 7	46	69,7
8 - 14	9	13,6
15 – 21	4	6,1
22 – 28	1	1,5
29 ou mais	6	9,1
Condição de saúde na admissão		
Estado geral bom	6	9,1
Regular/comprometido	40	60,6
Grave	16	24,2
Ignorado	4	6,1
Internação em Unidade de Terapia Intensiva		
Sim	50	75,8
Não	13	19,7
Ignorado	3	4,5
Tipo de Parto		
Cesariana	45	68,2
Não houve parto	10	15,2
Vaginal	5	9,1
Abortamento	4	6,1
Ignorado	1	1,5
Cirurgias e/ou procedimentos de grande complexidade		
Não	47	71,2
Sim	18	27,3
Ignorado	1	1,5
Total	66	100,0

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar, 2020

No que tange às características dos óbitos, o maior número ocorreu nos anos de 2017 e 2019 (15,2% para ambos), em até 42 dias do puerpério (69,7%), sendo resultante de causa direta (43,9%) e que poderia ter sido evitado (78,8%). Além disso, as principais causas dos óbitos foram problemas respiratórios (51,5%) e cardiovasculares (48,5%) e sepse/choque séptico (43,9%).

Tabela 4 – Características dos óbitos maternos em um hospital público. Recife - PE, Brasil, 2010 a 2020. (N=66).

* Possibilidade de respostas múltiplas

Variáveis	N	%
Ano		
2010	5	7,6
2011	7	10,6
2012	3	4,5
2013	6	9,1
2014	6	9,1
2015	9	13,6
2016	6	9,1
2017	10	15,2
2018	3	4,5
2019	10	15,2
2020	1	1,5
Momento do óbito		
Até 42 dias do puerpério	46	69,7
Gestação	13	19,7
Abortamento	4	6,1
Parto	3	4,5
Classificação obstétrica		
Causa direta	29	43,9
Causa indireta	28	42,4
Indefinido	9	13,6
Evitabilidade		
Sim	52	78,8
Não	13	19,7
Ignorado	1	1,5
Causa do óbito*		
Problemas respiratórios	34	51,5
Problemas cardiovasculares	32	48,5
Sepse/choque séptico	29	43,9
Total	66	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Foi observada associação com significância estatística ($p \leq 0,005$) entre a cor/raça e as variáveis faixa etária ($p=0,002$) e estado civil ($p=0,049$), em que a maioria das mulheres não brancas apresentavam idade entre 30 e 39 anos e eram solteiras (Tabela 5).

Tabela 5– Associação entre a cor/raça e as variáveis faixa etária, estado civil, ocupação e causas de mortalidade. Recife - PE, Brasil, 2010 a 2020. (N=66).

*Teste Mann-Whitney. **Teste Qui-Quadrado.

Variáveis	Cor/Raça				Valor p
	Branca		Não branca		
	N	%	N	%	
Faixa etária					
≤ 19 anos	4	25,0	4	8,7	0,002*
20 – 29 anos	9	56,3	10	21,7	
30 – 39 anos	2	12,5	25	54,3	
40 – 49 anos	1	6,3	7	15,2	
Estado civil					
Solteira	5	31,3	25	54,3	0,049**
Casada	7	43,7	6	13,0	
União estável	-	-	2	4,3	
Ignorado	4	25,0	13	28,3	
Ocupação					
Do lar	2	12,5	21	45,7	0,223**
Agricultora	3	18,8	3	6,5	
Estudante	2	12,5	3	6,5	
Doméstica	1	6,3	3	6,5	
Comerciante	2	12,5	2	4,3	
Outros	3	18,8	4	8,7	
Causas de mortalidade					
Problemas respiratórios					
<i>Sim</i>	7	43,8	24	52,2	0,562**
<i>Não</i>	9	56,2	22	47,8	
Problemas cardiovasculares					
<i>Sim</i>	9	56,2	20	43,5	0,378**
<i>Não</i>	7	43,8	26	56,5	
Sepsis/choque séptico					
<i>Sim</i>	7	43,8	22	47,8	0,778**
<i>Não</i>	9	56,2	24	52,2	

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar, 2020

Evidenciou-se associação significativa ($p \leq 0,005$) entre o número de consultas de pré-natal e a variável evitabilidade (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre o número de consultas de pré-natal e as variáveis comorbidades, HAS, cardiopatia, obesidade, diabetes e evitabilidade. Recife - PE, Brasil, 2010 a 2020. (N=66). Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar, 2020.

*Teste Qui-Quadrado.

Variáveis	Número de Consultas de Pré-Natal								Valor p*
	1 – 3		4 – 6		7 ou mais		Nenhuma		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Comorbidades									
Sim	13	81,3	10	66,7	4	57,1	1	16,7	0,070
Não	3	18,8	3	20,0	1	14,3	4	66,6	
Ignorado	-	-	2	13,3	2	28,6	1	16,7	
HAS									
Sim	8	50,0	5	33,3	2	28,6	1	16,7	0,442
Não	8	50,0	8	53,4	3	42,8	4	66,6	
Ignorado	-	-	2	13,3	2	28,6	1	16,7	
Cardiopatia									
Sim	2	12,5	2	13,3	1	14,3	-	-	0,507
Não	14	87,5	11	73,4	4	57,1	5	83,3	
Ignorado	-	-	2	13,3	2	28,6	1	16,7	
Obesidade									
Sim	3	18,8	1	6,7	-	-	-	-	0,336
Não	13	81,3	12	80,0	5	71,4	5	83,3	
Ignorado	-	-	2	13,3	2	28,6	1	16,7	
Diabetes									
Sim	1	6,3	2	13,3	-	-	-	-	0,404
Não	15	93,7	11	73,4	5	71,4	5	83,3	
Ignorado	-	-	2	13,3	2	28,6	1	16,7	
Evitabilidade									
Sim	16	100,0	12	80,0	7	100,0	3	50,0	0,030
Não	-	-	3	20,0	-	-	2	33,0	
Ignorado	-	-	-	-	-	-	1	2,3	

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar, 2020

4 DISCUSSÃO

Com relação ao perfil da idade materna, a média foi de 29,7 ($\pm 7,7$) anos. Esses achados corroboram com um estudo realizado em La Guajira, República da Colômbia, onde a média foi de 26,7 anos e com outro estudo realizado em Goiás, que teve uma média de 28,6 anos.^{8,30} A idade materna é um fator importante devido a associação com

comorbidades e possíveis complicações que podem surgir no decorrer da gestação, no momento do parto e puerpério. A idade materna igual ou superior a 35 anos, por exemplo, está relacionada ao risco de desenvolver hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e diabetes.¹³

Observou-se prevalência de óbitos entre mulheres de cor/raça parda (53,0%), os dados são inferiores aos encontrados em Recife, Pernambuco, entre 2001 e 2005, de 69,7%. Porém, os dados corroboram com os achados no perfil da população em PE e em Recife, que segundo censo, a maioria é parda.¹⁵ E, corroboram também, com um estudo realizado em Goiás de 2008 a 2017, onde em relação à raça/cor, a mortalidade foi maior entre as mulheres pardas com 55,7%.³⁰ Mulheres negras, jovens adultas e periféricas morrem mais no Brasil, evidenciando as iniquidades sociais e discrepâncias da saúde e a sua distante equidade.¹⁷

A raça negra foi dominante no estudo realizado em 2020, em Ribeirão Preto, São Paulo, com 64,5% da população do estudo.¹⁸ Mulheres solteiras (47,0%) representam a tendência nacional dos óbitos maternos, assim como mostra a semelhança do estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, onde o percentual era de 45,2%.¹⁶

Com relação a ocupação, 36,4% eram do lar e 9,4% agricultoras, achados que podem sugerir desigualdades sociais determinadas pelo tipo de trabalho e situação socioeconômica. Embora os estudos da correlação entre Mortalidade Materna e ocupação sejam escassos, associa-se que altas demandas de trabalho podem estar relacionadas a adversidades na gestação, como Trabalho de Parto Prematuro (TPP), Síndromes Hipertensivas, podendo estar associado a condição social na Mortalidade Materna.¹⁹

No que diz respeito à escolaridade, 74,2% estudaram de 1 a 4 anos completos, esses dados são opostos aos encontrados no Piauí, por NUNES et al 2020, onde 26% tinham estudado de 8 a 12 anos.

A maioria (53,0%) da população estudada residiam na Região Metropolitana do Recife, o hospital em que os dados foram colhidos é referência estadual em alto risco, esse achado corrobora com a facilidade do acesso devido a sua localização geográfica, os dados não são semelhantes ao encontrado em um estudo realizado em Maceió-AL, onde 57% eram procedentes das cidades do interior.²⁰

Foi evidenciado que a maioria apresentou entre uma e duas gestações (54,5%), o resultado desse estudo difere do encontrado por Carvalho et al (2020), onde 43,3% tinham duas gestações ou mais. No estudo realizado no Sudeste do Brasil, 50,7% estavam entre a 1-3 gestação.²¹

Percebeu-se um maior número de mulheres que apresentavam comorbidades (63,9%), com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (30,3%). O perfil das mortes maternas em decorrência do agravamento das síndromes hipertensivas da gestação se aproximou aos perfis dos estudos nacionais e da América Latina, onde foi encontrado 40%.²²

Quanto ao início do acompanhamento pré-natal, (21,1%) iniciou entre o quarto e sexto mês. O início de pré-natal precoce é um indicador de qualidade materna, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o início das consultas seja preferencialmente anterior ao terceiro mês.²³

Com relação ao número de consultas de pré-natal, 24,2% realizaram entre uma e três consultas, semelhante ao encontrado por Martins e Silva (2018), onde 34,12% realizaram menos de 6 consultas de pré-natais.

No que concerne à idade gestacional, 57,6% estavam no terceiro trimestre de gestação, período onde oferece maiores riscos maternos e fetais. Para acompanhar as gestantes no terceiro trimestre, recomenda-se entre 28 e 36 semanas, consultas quinzenais e no alcance do termo da gestação, consultas semanais.²³

Quanto ao tempo de internação, houve uma permanência de um a sete dias (69,7%). A média de tempo de internação no alto risco é de 5 dias. O resultado é negativo quando comparado ao estudo realizado em uma UTI materna do Estado de Alagoas, no ano 2015, onde a média de dias de internamento era de 1-4 dias.²⁰

Grandes períodos de hospitalização afetam o sistema de saúde e a qualidade da assistência. No Brasil, a média de dias de hospitalização é de 6,6 dias, no Nordeste a média é de 5,7.²⁴ O tempo de hospitalização está diretamente relacionado com a probabilidade de adquirir e desenvolver infecções nosocomiais, principalmente quando associado à ventilação mecânica, como na Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

25

A condição de saúde regular/comprometida na admissão (60,6%) foi a mais prevalente. O encaminhamento e internação da paciente à Unidade de Terapia Intensiva (75,8%) foi predominante.

A cirurgia cesariana (68,2%) foi a principal via de nascimento, dados semelhantes aos encontrados em 2020, de 61,2%.² Embora ainda predominante, foi demonstrado que a via de parto cirúrgica obteve um índice significativamente menor, de 38,82%.²⁷

O Brasil, nas últimas décadas, apresenta uma tendência crescente no número de cesarianas. Em 1970, estima-se que a taxa de cesárea era de 15%, alcançando 38% em 2001 e 48% em 2008.²⁸

A cesariana é um procedimento em que quando não há indicações médicas precisas para sua realização, aumenta o risco de morbimortalidade materna e neonatal, além de apresentar um aumento no risco de desenvolver alguma complicação em até 27%.¹⁶

Em relação a ausência de cirurgias e/ou procedimentos de grande complexidade (71,2%), os dados não se assemelham ao encontrados em Ribeirão Preto/SP, onde 5,7% realizaram algum procedimento cirúrgico.¹⁸

Os dados relacionados a distribuição dos óbitos por ano são semelhantes aos estudos nacionais, entretanto observou a curva crescente, estando divergente do encontrado em estudo realizado em 2015, na cidade de Juiz de Fora-MG, em que se observou a curva decrescente do óbito materno.²⁷

Quanto ao momento do óbito, (69,7%) ocorreu em até 42 dias do puerpério. Os resultados são similares ao encontrados em Recife-PE, de 57,3%.² O perfil é semelhante ao nacional, ressaltando o acompanhamento precário no período puerperal e o déficit da assistência qualificada e intervenções precisas e oportunas quando necessário.²⁹

Quanta a classificação dos óbitos, 43,9% foram resultantes de causa direta, desses, 78,8% poderiam ter sido evitados. Os dados são semelhantes ao estudo realizado em Montes Claros-MG, 2015, onde 48,4% foram por causa direta obstétrica e quanto à evitabilidade, foi encontrado 36,2%. A média nacional de óbitos maternos por causa direta chega a 67%, evidenciando a precariedade da assistência à saúde materna.²¹

Além disso, as principais causas dos óbitos foram problemas respiratórios (51,5%), cardiovasculares (48,5%) e sepse/choque séptico (43,9%). Os dados não se assemelhavam com o estudo realizado em Juiz de Fora/MG, onde 28,25% foi por septicemia, 14,15% por hipovolemia e 10,6% por causas desconhecidas.²⁷

Os dados referentes aos óbitos maternos por sepse são superiores aos encontrados em Fortaleza-CE, de 21,4%. A sepse é definida como a síndrome da resposta inflamatória sistêmica secundária a um foco infeccioso. A gravidez predispõe a mulher a algumas complicações infecciosas, como: endometrite, pielonefrite, corioamnionite e pneumonia. Parte dessas complicações possuem como fator de risco a cesariana. Esses dados alarmantes podem estar associados a alta taxa de cesáreas nacionais (52%), ao atraso na detecção dos sinais e sintomas de sepse e na definição de conduta.²⁶

Os dados demonstram a tendência nacional, onde a população negra, entre 30-39 anos, solteira e que vive nas periferias são as mais afetadas quando se trata da qualidade e acesso da assistência à saúde, resultando em desfechos desfavoráveis de saúde, como o óbito materno.²⁷

No estudo realizado por Pícoli et al.,2017, foi verificado que na raça/cor indígena e preta a RMM encontrava-se quase 3 vezes maior, com percentual de 186,3 para cada 100 mil Nascidos Vivos.¹⁵

Quanto à quantidade de consultas de pré-natal, 24,2% realizou de 1-3 consultas. Em um estudo realizado no Nordeste evidenciou que, das mulheres que vivenciaram o "near miss" materno, 49,2% realizaram menos de 6 consultas de pré-natal. Tal achado vai contra a recomendação do Ministério da Saúde de no mínimo 6 consultas.³⁸

Sabe-se que a cobertura da assistência ao pré-natal no Brasil é ampla, alcançando 98,7%, entretanto sua qualificação é baixa, apresentando como principais problemas o início tardio do acompanhamento e o número reduzido de consultas. Cuidados inadequados ou ausentes no pré-natal é um fator de risco independente para Mortalidade Materna.²⁶

5 CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que mulheres pardas e pretas, pertencentes a população negra, solteira e de baixa escolaridade são o predomínio dos óbitos maternos. Quanto à classificação do óbito, 43,9% são causas obstétricas diretas, e, 78,8% poderiam ser evitadas. No que se diz ao momento do óbito, 69,7% ocorreram até os 42 dias do puerpério. Em relação às principais causas do óbito, choque séptico 33,3%, insuficiência respiratória 19,7%, tromboembolismo pulmonar 16,7%.

A mortalidade materna é um indicador de qualidade da assistência à saúde da mulher, os achados deste estudo demonstram a necessidade do investimento na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, com olhar diferenciado ao puerpério, visto a ocorrência significativa dos óbitos nesse momento.

A assistência ao pré-natal, com atenção qualificada, é a principal estratégia para evitabilidade dos óbitos. Início precoce das consultas, encaminhamento em tempo hábil ao pré-natal de alto risco, e busca ativa daquelas gestantes que interromperam o pré-natal são fatores importantes para redução do dano. Além disso, a educação continuada tanto para os profissionais pré-natalistas como para os demais profissionais da rede de saúde é uma forte readequação do sistema para redução da Mortalidade Materna.

Outrossim, reforçar o acesso ao planejamento reprodutivo e sexual apresenta-se como uma vantagem no controle da natalidade e na redução de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ampliar o acesso a métodos contraceptivos, em especial de longa duração, reflete sobre o enfrentamento na Mortalidade Materna.

Sugere-se novos estudos para compreender o comportamento e quais estratégias evitariam a Mortalidade Materna por sepse, insuficiência respiratória e tromboembolismo pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Viana RC, Novaes MR CG, Calderon IMP. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. *Comun ciênc saúde* [Internet]. 2011 [cited 2021 Feb 15];22(1):141-152. Available from: <http://hdl.handle.net/11449/136938>
2. Carvalho PI de, Frias PG de, Lemos MLC, Frutuoso LALM, Figuerôa BQ, Pereira CCB, et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Rev Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 Mar 09 [cited 2021 Feb 15];29(1):e2019185. DOI: 10.5123/S1679-49742020000100005
3. Emily E. Petersen EE, Davis NL, Goodman D, Cox S, Mayes N, Johnston E, et al. Vital signs: pregnancy-related deaths, United States, 2011–2015, and strategies for prevention, 13 states, 2013–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2019 May 10 [cited 2021 Feb 15];68(18):423. DOI: 10.15585/mmwr.mm6818e1
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Morbimortalidade materna: tendências, causas e investigação de óbitos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Resumo Executivo Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza* [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2021 Feb 15]. p. 13-15. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resumo_executivo_saude_brasil_2013.pdf
5. Gomes JO, Vieira MCA, Mistura C, Andrade GG de, Barbosa KMG, Lira MOSC, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 Dec [cited 2021 Feb 15];12(12):3165-71. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i12a237316p3165-3164-2018
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* [Internet]. 10 rev., v. I e II. São Paulo: CBCD/EDUSP; 1995. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/icd/en>
7. Kale PL, Jorge MHPM, Fonseca SC, Cascão AM, Silva KS da, Reis AC, et al. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. *Ciênc saúde colet* [Internet], 2018 May [cited 2021 Feb 15];23(5):1577-1590. DOI: 10.1590/1413-81232018235.18162016
8. Arregocés SN, Molina RT. Desigualdades y características sociodemográficas de lamortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010–2012. *Rev Panam Salud Publica* [Internet], 2015 Apr-May [cited 2021 Feb 15];37(4/5):239-44. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/239-244>
9. Borghi CMSO, Oliveira RM de, Sevalho Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab educ saúde* [Internet], 2018 Sept-Dec [cited 2021 Feb 15];16(3):869-97. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00142

10. Medeiros LT, Sousa AM, Arinana LO, Inácio AS, Prata MLC, Vasconcelos MNG. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. *Rev baiana enferm* [Internet], 2018 [cited 2021 Feb 15];32:e26623. DOI: 10.18471/rbe.v32.26623
11. Bianco RKC, Souza PCB de, Ferreira MBG, Silva SR da, Ruiz MT. Mortalidade materna no Brasil e nos municípios de Belo Horizonte e Uberaba, 1996 a 2012. *Rev Eletr Dial Acad* [Internet], 2017 [cited 2021 Feb 15];7:e1464. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1464
12. Praça FSG. Metodologia da pesquisa científica: organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. *Rev Eletr Dial Acad* [Internet], 2015 Jan-Jul [cited 2021 Feb 16];8(1):72-87. Available from: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170627112856.pdf
13. Fong-Pantoja L. Morbidade materna na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Ensino “Orlando Pantoja Tamayo”, Contramaestre 2014-2019. *Rev Inf Cient* [Internet], 2020 Jan-Feb [cited 2021 Feb 16];99(1):20-29. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v99n1/1028-9933-ric-99-01-20.pdf>
14. Nunes MDS, Madeiro A, Diniz D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde Debate* [Internet], 2020 Mar 09 [cited 2021 Feb 16];43(123):1132-44. DOI: 10.1590/0103-1104201912312
15. Picoli RP, Cazola LHO, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet], 2017 Oct-Dec. [cited 2021 Feb 16];17(4):729-37. DOI: 10.1590/1806-93042017000400007
16. Ruas CAM, Quadros JFC, Rocha FC, Andrade Neto GR de, Piris ÁP, Rios BMR, et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet], 2020 Apr-Jun [cited 2021 Feb 16];20(2):385-96. DOI: 10.1590/1806-93042020000200004
17. Silva NN da, FavachoI VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP das, Oliveira MAF de. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet], 2020 Jun 01 [cited 2021 Feb 16];73(4):e20180834. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0834
18. Andrade MG, Bonifácio LP, Sanchez JAC, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon ACA, et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2020 Jul 17 [cited 2021 Feb 16];36(7):e00096419. DOI: 10.1590/0102-311X00096419.
19. Feitosa-Assis AI, Santana VS. Ocupação e mortalidade materna. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2020 Jun 26 [cited 2021 Feb 16];54:64. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001736
20. Araujo ST, Sanches METL, Nascimento WS. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva materna. *Enferm. foco*

- (Brasília) [Internet] 2018 May [cited 2021 Feb 16];9(2):73-78. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1094/449>
21. Troncon JK, Netto DLQ, Rehder PM, Cecatti JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet], 2013 Sept [cited 2021 Feb 16];35(9):388-93. DOI: 10.1590/S0100-72032013000900002
 22. Duarte EMS, Alencar ÉTS, Fonseca LGA da, Silva SM da, Machado MF, Araújo MDP de, et al. Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet], 2020 Apr/Jun [cited 2021 Feb 16];20(2):575-86. DOI: 10.1590/1806-9304202000020001
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Feb 16]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
 24. Silva RP da, Pinto PIP, Alencar AMC de. Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. *Saúde (Santa Maria)* [Internet], 2018 Sept/Dec [cited 2021 Feb 16];44(3):1-12. DOI: 10.5902/2236583424876
 25. Alecrim RX, Taminato M, Belasco A, Longo MCB, Kushara DM, Fram D. Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet], 2019 Mar/Apr [cited 2021 Feb 16];72(2):521-30. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0473
 26. Saintrain SV, Oliveira JGR de, Saintrain MVL, Bruno ZV, Borges JLN, Daher EF, et al. Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet], 2016 Oct/Dec [cited 2021 Feb 16];28(4):397-404. DOI: 10.5935/0103-507x.20160073
 27. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev Bras Enferm* [Internet], 2018 [cited 2021 Feb 16];71(S1):677-83. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0624
 28. Mascarello KC, Horta BL, Silveir, MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev. Saúde Pública* [Internet], 2017 [cited 2021 Feb 16];51:105. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000389
 29. Lima MRG de, Coelho ASF, Salge AKM, Guimarães JV, Costa PS, Sousa TCC de, et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. *Rev Cad Saúde Colet* [Internet], 2017 Jul/Sept [cited 2021 Feb 16];25(3):324-
 30. DOI: 10.1590/1414-462x201700030057

31. Serqueira, JR; ROCHA, MGS; MATIAS, PRS; VILLELA, EFM. Análise da mortalidade materna por causas relacionadas ao trabalho de parto, parto e puerpério em Goiás no período de 2008 a 2017. *Brazilian Journal Of Development*, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 68307-68319, set. 2020. *Brazilian Journal of Development*. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n9-317>.