



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

IGOR DE FREITAS

**ANÁLISE DO PERFIL DOS ÓBITOS MATERNS DE UMA MATERNIDADE NO
NORDESTE DO BRASIL**

FORTALEZA

2016

IGOR DE FREITAS

ANÁLISE DO PERFIL DOS ÓBITOS MATERNS DE UMA MATERNIDADE NO
NORDESTE DO BRASIL

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F936a Freitas, Igor de.
Análise do Perfil dos Óbitos Maternos de uma Maternidade no Nordeste do Brasil / Igor de Freitas. –
2016.
57 f. : il.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Régia Christina Moura Barbosa Castro.

1. Morte Materna. 2. Saúde da Mulher. 3. Mortalidade Materna. I. Título.

CDD 610.73

IGOR DE FREITAS

ANÁLISE DO PERFIL DOS ÓBITOS MATERNOS DE UMA MATERNIDADE NO
NORDESTE DO BRASIL

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 16/12/2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Mestranda Sâmia Monteiro Holanda (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Mestranda Sâmua Kelen Mendez de Lima (2º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A DEUS.

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu *DEUS*, meu guia e grande motivador da minha vida, por ter me possibilitado realizar esse grande sonho, por ter me capacitado com esforço e sabedoria para trilhar este caminho que escolhi com tanta dedicação. Tudo que tenho devo ao *SENHOR!*

Aos meus pais, *Ivan Martins* e *Lúcia de Fátima*, que me proporcionaram grande apoio ao longo da minha vida. Tudo que sou agradeço a vocês. Obrigado por terem acreditado em mim.

Aos meus irmãos *Ivanyra*, *Ivan*, *Francilúcia* e *Ana Paula*, pela torcida em favor do meu sucesso.

Aos meus sobrinhos *Guilherme*, *Iudi*, *Caio*, *Cauã*, *Hemerson*, *Paulina*, *Iago* e especialmente à *Nicole Valentina* (que está chegando!), que alegraram meus dias e fizeram me esforçar cada dia mais.

À minha namorada *Allana Christie Coutinho Guimarães*, companheira de todas as horas. Agradeço pela paciência e carinho que teve por mim durante meus dias. Obrigado por tudo!

À minha querida professora, tutora e orientadora Dra. *Régia Christina Moura Barbosa Castro*, por todos os ensinamentos enquanto professora e enquanto pessoa. Sou eternamente grato a Deus por ter me dado a oportunidade de tê-la como orientadora. Professora, a senhora é fantástica!

Às minhas queridas professoras e tutoras Dra. *Priscila de Souza Aquino* e Dra. *Ana Kelve de Castro Damasceno*, por todos os ensinamentos que me proporcionaram, sempre com muita dedicação e capacidade.

Ao meu querido professor Dr. *Michell Ângelo Marques Araújo*, que me fez crescer como profissional, como cristão, como pessoa e como espírito. O senhor foi um presente de Deus na minha vida!

À minha querida professora Dra. *Mônica Oliveira Batista Oriá* pela confiança, apoio e torcida pelo meu sucesso. Sinto-me honrado com seu apoio! MUITÍSSIMO obrigado, professora!

Ao *Programa de Educação Tutorial (PET Enfermagem UFC)* por ter sido o grande divisor de águas na minha graduação. Obrigado por tudo! Cresci muito com vocês!

Aos melhores petianos da história do PET Enfermagem: *João Victor, Maria Laura, Haroldo Junior, Karla Lima, Caroline Ribeiro, Essyo Pedro, Paloma Gabrielly, Izabel Cristina, Igo Borges, Débora Batista, Joyce Silva, Vitória Caroline, Gabriella Farias, Fernanda Cartaxo, Mayara Alencar e Thays Lopes.*

Ao *Projeto Rondon na UFC*, que me abriu os olhos para realidades que não conhecia e me proporcionou um crescimento profissional e como pessoa sem igual!

Aos meus amigos *Essyo Pedro, Mairton Rodrigues, Êmile Costa, Caroline Ribeiro, Emanuelle Moura e Lauro Inácio* por todos os momentos ricos de aprendizado, sempre cheios de muita diversão e felicidade!

À minha sempre amiga *Guadá Bezerra*, que apesar de longe permanece ao meu lado e torce muito por minhas conquistas.

À professora *Eunice Ramiro*, minha primeira incentivadora, ainda no Ensino Fundamental. Nunca esquecerei o quanto confiou em mim e no meu potencial!

Às professoras *Marilene Banhos, Carla Nunez e Lidiane Capistrano*, por terem me incentivado durante todo o Ensino Médio. Vocês foram anjos nessa fase da minha vida! Obrigado!

A todos *Professores do Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem e da Faculdade de Medicina* por todos os ensinamentos.

Aos funcionários da FFOE e do DENF, *Ju Veloso, Edileuza, à Dona Socorro e ao Érico*, que se mostraram sempre muito disponíveis a ajudar!

Aos meus *amigos* maravilhosos que me auxiliaram ao longo da minha trajetória. Muito obrigado!

A *Todos* que contribuíram para a conclusão deste trabalho! Muito obrigado!

“Pois eu tenho a certeza de que nada pode nos separar do amor de Deus: nem a morte, nem a vida; nem os anjos, nem outras autoridades ou poderes celestiais; nem o presente, nem o futuro; nem o mundo lá de cima, nem o mundo lá de baixo. Em todo o Universo não há nada que possa nos separar do amor de Deus, que é nosso por meio de Cristo Jesus, o nosso Senhor.”

(Bíblia Sagrada – Romanos 8, 38 – 39).

RESUMO

A perda de uma mulher no período gravídico-puerperal configura-se como evento que finaliza, de forma trágica, o processo natural de reprodução. Para a Organização Mundial da Saúde, Morte Materna é definida como o óbito da mulher durante a gestação ou dentro de um período até 42 dias após seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas em relação a ela, excetuando-se causas acidentais ou incidentais. O estudo objetivou conhecer o perfil sociodemográfico, obstétrico e clínico dos óbitos maternos de uma maternidade pública do nordeste do Brasil. Trata-se de pesquisa descritiva, documental de natureza quantitativa desenvolvida na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. A coleta de dados foi efetuada durante o mês de agosto de 2016, a partir dos prontuários de pacientes que foram a óbito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Materna da instituição no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. Amostra composta por 47 prontuários evidenciou prevalência de mulheres com idade entre 20 e 29 anos (55,3%), solteiras (40,4%), com grau de escolaridade entre ensino fundamental completo/incompleto (48,9%). Os resultados indicaram maior número de mulheres “do lar” (34%), procedentes do interior (61,7%) e pardas (59,6%). Prevaleram mulheres com duas a três gestações anteriores (36,2%), um parto anterior (31,9%), sem histórico de abortos (68,1%). Encontraram-se registros referentes ao acompanhamento pré-natal em 36,2% dos prontuários, com maior número de mulheres tendo realizado entre uma e cinco consultas. Houve registros de antecedentes obstétricos patológicos, com maior número de fígado esteatótico da gravidez (4,3%). Antecedentes clínicos mais recorrentes foram cardiopatias (6,4%). O fator de risco na gestação que prevaleceu foi infecção urinária (14,9%), e os diagnósticos na admissão na UTI mais recorrentes foram infecção (36,2%), hemorragia (25,5%) e Síndrome de Hellp (19,1%). A média da Pressão Arterial Sistólica na admissão foi de 109,1 mmHg, da Pressão Arterial Diastólica 64,9mmHg; a glicemia capilar média foi de 152 mg/dl. Durante a internação na UTI 70,2% das mulheres fizeram exames de hemograma e eletrólitos. Quanto ao sumário de urina, 25,5% realizaram esse exame, com presença de indícios de infecção urinária em 83,3%. No exame de cultura de urina, realizado em 27,7% das mulheres, 76,9% identificaram unidades formadoras de colônias. A hemoterapia foi indicada em 76,6% dos casos, com destaque para a transfusão de hemácias (70,2%). Na maior parte dos casos o desfecho da gestação foi cirurgia cesariana (58,7%), ocorrida na maternidade (67,6%), indicada principalmente por DHEG/Eclampsia (26%). 96,7% dos partos/abortos foram acompanhados por médico obstetra. O momento do óbito prevalente

foi o puerpério (76,6%), com causa relacionada a infecção (27,7%). 97,9% dos casos se configuraram como óbitos maternos, por causas obstétricas diretas (59,6%) e foram declarados (87,2%). Conclui-se que o perfil indica mulher com baixo nível socioeconômico, perfil gineco-obstétrico evidenciando riscos durante a gestação e admissão na UTI em quadro grave. Entende-se que considerável parte dos óbitos decorreu de causas evitáveis, mediante acompanhamento e assistência pré-natal adequados. Houve falhas nos registros acerca de informações relevantes, indicando necessidade de melhor preenchimento desses dados.

Palavras-chave: Morte materna. Saúde da mulher. Mortalidade Materna.

ABSTRACT

The loss of a woman in the pregnancy-puerperal period is an event that ends, in a tragic way, the natural process of reproduction. For the World Health Organization, Maternal Death is defined as the death of a woman during pregnancy or within a period up to 42 days after its termination, regardless of the duration or location of the pregnancy, due to any cause related or aggravated by pregnancy or With respect to it, except for incidental or consequential causes. The study aimed to know the sociodemographic, obstetric and clinical profile of the maternal deaths of a public maternity hospital in northeastern Brazil. It is a descriptive, documentary research of a quantitative nature developed in the Maternity School Assis Chateaubriand. Data collection was performed during the month of August 2016, from the medical records of patients who died at the Maternal Intensive Care Unit (ICU) of the institution from January 2010 to December 2015. The sample consisted of 47 (55.3%), unmarried (40.4%), with a grade of schooling between complete / incomplete elementary school (48.9%). The results indicated a higher number of "domestic" women (34%), from the interior (61.7%) and brown women (59.6%). Prevalence of women with two to three previous pregnancies (36.2%), one previous birth (31.9%), and no history of abortions (68.1%). Records of prenatal follow-up were found in 36.2% of the medical records, with a greater number of women having had between one and five visits. There were records of pathological obstetric antecedents, with a higher number of pregnancy steatotic liver (4.3%). The most recurrent clinical history was heart disease (6.4%). Infection (36.2%), haemorrhage (25.5%) and Hellp syndrome (19.1%) were the most frequent risk factor in preterm gestation (14.9%), 1%). The mean systolic blood pressure at admission was 109.1 mmHg, Diastolic Blood Pressure 64.9 mmHg; Mean capillary glycemia was 152 mg / dL. During ICU admission, 70.2% of the women had blood counts and electrolytes. Regarding the urine summary, 25.5% performed this test, with signs of urinary infection in 83.3%. In the urine culture test, performed in 27.7% of the women, 76.9% identified colony forming units. Hemotherapy was indicated in 76.6% of the cases, with red blood cell transfusion (70.2%). In the majority of cases, the outcome of pregnancy was cesarean section surgery (58.7%), which occurred in the maternity ward (67.6%), indicated mainly by Specific Hypertensive Disease of Pregnancy / Eclampsia (26%). 96.7% of deliveries / abortions were followed up by an obstetrician. The prevalent death moment was the puerperium (76.6%), with cause related to infection (27.7%). 97.9% of the cases were classified as maternal deaths due to direct obstetric causes (59.6%) and were declared (87.2%). It is concluded that the profile indicates a woman with low socioeconomic level,

gynecological-obstetric profile evidencing risks during pregnancy and admission to the ICU in a severe setting. It is understood that a considerable part of the deaths resulted from avoidable causes, through adequate prenatal care and assistance. There were flaws in the records regarding relevant information, indicating the need to better fill these data.

Palavras-chave: Maternal death. Women's health. Maternal mortality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	28
Tabela 2	Características gineco-obstétricas dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	31
Tabela 3	Antecedentes obstétricos dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	33
Tabela 4	Aspectos clínicos dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	33
Tabela 5	Diagnósticos na admissão na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	34
Tabela 6	Parâmetros clínicos na admissão na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	35
Tabela 7	Exames realizados durante internação na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	36
Tabela 8	Aspectos relacionados ao desfecho da gestação dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	37
Tabela 9	Aspectos relacionados ao momento, causa e caracterização dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MM	Morte materna
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMME	Razão de Mortalidade Materna Específica
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
RC	Rede Cegonha
SAME	Subdivisão de Arquivo Médico e Estatística

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo Geral.....	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	Mortalidade Materna no Brasil e no Mundo.....	19
3.2	Mortalidade Materna no Nordeste do Brasil e no Ceará.....	20
3.3	Políticas Públicas de Saúde e a Mortalidade Materna.....	21
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de Estudo.....	25
4.2	Período e Local do estudo.....	25
4.3	População e amostra do estudo.....	26
4.4	Coleta e análise de dados.....	26
4.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	27
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5.1	Caraterização Sociodemográfica	28
5.2	Caraterização Gineco-obstétrica	30
5.3	Caraterização Clínica	34
6	CONCLUSÃO.....	41
	REFERÊNCIAS.....	43
	APÊNDICES.....	47
	ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

A perda de uma mulher no período gravídico-puerperal configura-se como um evento que finaliza, de forma trágica, o processo natural da reprodução. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), Morte Materna (MM) é definida como o óbito da mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas em relação a ela, excetuando-se as causas acidentais ou incidentais.

No mundo, quase 300 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez e ao parto em 2013, dessas, a maioria das mortes era evitável. (OMS, 2014). A redução da mortalidade materna é uma das mais importantes metas discutidas em conferências internacionais anuais, por ser considerada um excelente indicador de saúde não apenas da mulher, mas de toda a população, pois, assim como o coeficiente de mortalidade infantil, constitui um retrato fiel do painel sócio-político-cultural da sociedade quanto à disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde existentes.

As Mortes Maternas Obstétricas são classificadas como diretas ou indiretas. Configuram-se como diretas, as resultantes de complicações obstétricas em todo o ciclo gravídico-puerperal, representando a principal causa de morte materna nos países em desenvolvimento. Dentre as causas, ressaltam-se intervenções e tratamentos incorretos, omissões e infecções. Por sua vez, as mortes maternas obstétricas indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação (intercorrentes) e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas respiratórios, cardiopatias e outras doenças crônicas. (BRASIL, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU) adotou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentre os quais, o quinto foi duas metas globais que deveriam ter sido atingidas até 2015, destaca-se a redução da mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 e Segundo o Relatório dos Objetivos do Milênio 2015, o mundo não conseguiu atingir essa meta, porém importantes avanços já foram alcançados. A Razão da Mortalidade Materna (RMM) no mundo caiu 45% entre 1990 e 2014, com destaque para a Ásia Oriental, que reduziu em 65% a RMM, porém a América Latina registrou declínio médio de 40% (OMS, 2015).

No Brasil, entre os anos de 1990 e 2011, foi registrada uma redução da razão de mortalidade materna (RMM) de 141 óbitos por 100 mil nascidos (NV) para menos de 64

óbitos por 100 mil NV, representando uma queda de aproximadamente 55%, porém, para se atingir a meta estabelecida, este número deve ser igual ou menor a 35 mortes por 100 mil NV até o fim do ano de 2015 (BRASIL, 2014).

A maior parte desta redução observada se deve à queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas, que saiu de 126 mortes por 100 mil NV em 1990 para 43 mortes por 100 mil NV em 2011, uma redução de quase 67% nos 21 anos. No Brasil, um fator que dificulta a redução da MM é o alto índice de partos cesáreos (quase 54% em 2011), já que mulheres submetidas a cirurgias cesarianas têm 3,5 vezes maior risco de morte e cinco vezes maior chance de adquirir infecção puerperal (BRASIL, 2014).

No Brasil, a mortalidade materna é vista com preocupação pelas autoridades de saúde em nível federal, estadual e municipal, sendo sua redução geralmente associada à qualidade da atenção à parturiente e à assistência obstétrica de emergência. Para a melhoria da saúde materna o Sistema Único de Saúde (SUS) tem adotado medidas, como o lançamento da Rede Cegonha em 2011, em que o principal objetivo é reduzir a mortalidade materna e neonatal. Até 2013, 5.488 municípios tinham aderido à Rede Cegonha, favorecendo 2,5 milhões de gestantes (BRASIL, 2014).

Os recursos são empregados no reforço à rede hospitalar convencional, principalmente relacionada à obstetrícia de alto risco, à criação de novas estruturas que possam prestar assistência, como Centros de Parto Normal, e à qualificação dos profissionais de saúde. Segundo a ONU, uma estratégia essencial para reduzir a morbidade e a mortalidade materna é assegurar que todos os bebês nasçam com a assistência de pessoal de saúde qualificado - enfermeiro, médico ou parteira (BRASIL, 2014). Em 2014, 71% dos partos foram realizados conforme essa orientação. (OMS, 2015).

As mais prevalentes causas de morte materna, assim como de internamento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) por causa obstétrica, decorrem de complicações inerentes ao período gravídico-puerperal, sendo, em sua maioria, representadas basicamente pelas complicações hipertensivas, hemorrágicas e por infecções puerperais. As doenças cardíacas e respiratórias têm surgido como importantes causas de internamento de mulheres no ciclo gravídico-puerperal em UTI, elevando relativamente suas contribuições como causa de óbitos maternos. (COELHO *et al.*, 2012)

No nível nacional, as mulheres admitidas em UTI com diagnóstico por causa obstétrica (de 50% a 80%), apresentam melhor prognóstico quando comparadas às mulheres admitidas em UTI por causas clínicas. (AMORIM, 2008).

No Ceará, a Razão de Morte Materna (RMM) por 100 mil nascidos vivos

apresentou um declínio de 32,5% entre 1998 e 2014. Em 1998 foram registrados 136 óbitos maternos (131 por causas obstétricas e cinco por causas não obstétricas) com uma RMM de 93,7 mortes maternas para cada 100 mil NV, enquanto em 2014 este número caiu para 124 (78 por causas obstétricas, 34 mortes maternas tardias e 8 por causas não obstétricas), representando 61,2 MM para cada 100 mil NV. Assim como no cenário nacional, hipertensão, hemorragias e infecção puerperal estão entre as principais causas de MM direta. Quanto às causas obstétricas indiretas se destacam doenças do aparelho circulatório e respiratório (CEARÁ, 2015).

A partir do pressuposto surgiram os seguintes questionamentos: qual o perfil obstétrico e clínico dos óbitos em uma maternidade pública no Nordeste brasileiro? Quais as causas das mortes maternas? Quais as variáveis obstétricas e clínicas dessas mulheres?

Acredita-se que estimar a magnitude do problema é um importante passo para que sejam identificadas causas e, assim, deliberadas estratégias de suporte eficazes. Analisar as mortes que ocorrem é um passo fundamental para que se entenda o processo do cuidado obstétrico oferecido às mulheres, assim como para se identificar problemas já existentes no sistema de saúde e estabelecer práticas que venham a melhorar a qualidade da assistência (MORSE *et al.*, 2011).

No Ceará, uma das propostas para o enfrentamento da mortalidade materna é conhecer o perfil dessas mulheres, para que se possa implementar estratégias eficientes voltadas para sua redução, portanto, torna-se de extrema importância que se realizem estudos para melhor conhecimento desses óbitos no estado (CEARÁ, 2015).

Faz-se importante a inserção da Enfermagem no estudo e análise dos óbitos maternos visto que o Enfermeiro é, muitas vezes, o principal profissional que realiza o acompanhamento pré-natal de baixo risco com a gestante, tornando-se peça importante na identificação de fatores de risco precocemente, o que favorece a resolução de casos e diminui as chances de um fim trágico do ciclo gravídico-puerperal.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Conhecer o perfil obstétrico e clínico dos óbitos maternos de uma maternidade pública no Nordeste brasileiro.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as causas de óbito materno;
- Conhecer as variáveis obstétricas e clínicas das mulheres que foram a óbito no período estudado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Mortalidade Materna no Brasil e no Mundo

Diariamente, cerca de 1500 mulheres morrem em todo o mundo em decorrência de complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e mais de 99% destas mortes acontecem nos países em desenvolvimento (EFTEKHAR-VAGHEFI; FOROODNIA; NAKHAEI, 2013). A Morte Materna (MM) é entendida como o óbito da mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas em relação a ela, excetuando-se as causas acidentais ou incidentais (OMS, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode-se distribuir as mortes maternas em duas categorias: as de causas obstétricas diretas e as de causas obstétricas indiretas. As mortes diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer das causas acima mencionadas, como por exemplo: hemorragia, descolamento prematuro de placenta e abortamento. Já as causas indiretas resultam de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Hipertensão Arterial Sistêmica pré-existente (OMS, 1998).

O óbito materno por causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorre em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez é compreendido como morte materna tardia (CID096). Por décadas, as mortes consequentes à gravidez foram consideradas como fatalidades, o que contribuiu para os índices permanecerem elevados por um longo período de tempo.

Para se monitorar o progresso alcançado na redução da mortalidade materna é necessário dispor de mecanismos que quantifiquem e tornem claros estes avanços. Neste contexto, a Razão de Mortalidade Materna (RMM), definida como o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (NV), é o indicador de saúde usado tanto para dimensionar a magnitude da mortalidade materna como para avaliar tendências espaço-temporais (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

Em 2013 ocorreram cerca de 290 mil mortes maternas em todo o mundo, com

destaque para a África Subsaariana com quase 180 mil (OMS, 2013). Em todo o mundo, as causas mais registradas de óbito materno são hemorragias, desordens hipertensivas e infecções (SAY *et al.*, 2014).

A mortalidade materna é vista com atenção por todas as esferas do poder, já que seus números refletem, além da saúde reprodutiva, as condições de vida e acesso à saúde da população. A RMM é dos mais adequados indicadores para avaliar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde de maneira integral, assim como é um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e desigualdade social (SOUZA *et al.*, 2013).

Desde o ano de 1990 tem sido registrada uma redução na mortalidade materna em território brasileiro. Naquele ano, a RMM era de 141 mortes maternas para cada 100 mil NV. No ano de 2011, a mortalidade materna atingiu seu menor índice desde que começou a ser contabilizada, com menos de 64 óbitos para cada 100 mil NV (BRASIL, 2014).

Apesar dos avanços, os números ainda são insuficientes para o cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), que estabeleceu como meta a redução em 75% a RMM de 1990 até 2015. Para o Brasil alcançá-la, os óbitos maternos deveriam representar no máximo 35 para cada 100 mil NV ao final dos 25 anos (BRASIL, 2012).

A melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio que se mantém atual no contexto brasileiro. Normalmente as situações de risco são identificadas em mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde, como assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade (MORSE *et al.*, 2011). A atenção pré-natal adequada é um dos principais fatores de proteção tanto para a mãe, no que se refere ao diagnóstico precoce de doenças que possam prejudicar sua saúde quanto para o bebê (KASSAR *et al.*, 2013).

3.2 Mortalidade Materna no Nordeste e no Ceará

Levando-se em consideração as regiões brasileiras – Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul -, no período de 2000 a 2009 as regiões Norte e Nordeste registraram maior média de óbitos maternos por 100 mil NV, 67,26 e 64,01 respectivamente. A região Nordeste destacou-se negativamente apresentando a maior RMM entre todas as regiões nos 10 anos, com mais de 73 mortes maternas por 100 mil NV no ano de 2009 (FERRAZ BORDIGNON, 2012).

O perfil da morte materna no nordeste do Brasil é de uma mulher solteira, com idade entre 20 e 29 anos, parda, com 4 a 7 anos de estudo e com óbito decorrente de

eclampsia ou hipertensão gestacional. A percepção dessas informações, como o estado civil, ajuda a refletir sobre relações conjugais abertas e/ou não formalizadas, que muitas vezes têm seus vínculos quebrados na ocorrência de uma gravidez não planejada. Nesses casos, o prejuízo ao aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de estímulo do autocuidado da mãe, por parte dos familiares e do companheiro, normalmente vem acompanhado de tomada de decisões inconvenientes e perigosas à saúde materna (FERRAZ BORDIGNON, 2012).

A maior RMM percebida na região Nordeste quando comparada à média nacional tem justificativa socioeconômica, visto que o Ministério da Saúde do Brasil elenca que as razões para mortalidade materna estão intimamente ligadas com o baixo grau de informações, escolaridade, além de precárias condições financeiras, dinâmicas familiares com a presença de violência e dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2015).

No estado do Ceará, entre os anos de 1998 e 2014 foi registrado um declínio de quase um terço na RMM, que passou de 93,7 óbitos maternos por 100 mil NV para 61,2. Nos 17 anos, a média anual foi de 107 óbitos no ciclo gravídico-puerperal por causas obstétricas, cerca de nove por mês. Um importante achado foi o aumento do número de registros de mortes maternas tardias de mais de mais de 10 vezes no intervalo de 2012 a 2014, com três e 34 registros, respectivamente (CEARÁ, 2015).

As causas mais recorrentes de óbitos maternos no estado em 2014 podem ser dispostas como causas obstétricas diretas - onde se destacaram hipertensão, complicações do trabalho de parto, hemorragias e infecções, e por causas obstétricas indiretas, onde as mais prevalentes se configuravam como doenças nos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, doenças infecciosas e diabetes, respectivamente (CEARÁ, 2015).

Os dados encontrados que caracterizam as esferas nacional, regional e estadual quanto à mortalidade materna são sujeitos a erros. Falhas nas notificações têm sido apontadas há bastante tempo no Brasil, contribuindo para uma subnotificação dos casos (BRASIL, 2004).

3.3 Políticas Públicas de Saúde e a Mortalidade Materna

No que se refere às políticas públicas brasileiras voltadas para a saúde da mulher, um marco foi a criação em 1983 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Lançado no ano seguinte, o Programa incorporava como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, assim como a equidade e integralidade da atenção ao público feminino. Essa visão integral rompia com a perspectiva prevalente na época que só atentava para esse grupo no período gravídico-

puerperal (TAVARES; ANDRADE, SILVA, 2009).

O PAISM trazia como propostas a inclusão de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à saúde da mulher também em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas consultas em casos de IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades que fossem identificadas a partir do perfil populacional dessas mulheres (OSIS, 2011).

Muitas dessas propostas contribuíram para a queda na RMM brasileira. A atenção pré-natal realizada adequadamente, por exemplo, aumenta as chances de diagnóstico precoce de doenças que podem ser complicações ou causas de morte materna. Por sua vez, o planejamento familiar favorece essa queda reduzindo o número de filhos por gravidez indesejada e aumentando o intervalo de tempo entre as gestações. Este fato contribui para que as mulheres trabalhem, estabilizem suas economias e melhorem sua qualidade de vida (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

O Programa serviu como base para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004. O documento da Política mantém questões relacionadas à integralidade da assistência à mulher presentes no PAISM, mas inclui grupos historicamente alijados de políticas públicas, como mulheres negras, indígenas, presidiárias, de orientação homossexual ou com deficiência. A perspectiva de se abolir práticas excludentes é uma das mais importantes características da Política (PAZ; SALVARO, 2011).

Um dos objetivos da PNAISM é promover a atenção obstétrica, baseada na qualificação e humanização, que inclua a assistência à mulher em abortamento em condições inseguras, independentemente da idade. Algumas das estratégias traçadas para alcançar esse objetivo estão relacionados à melhor qualificação da assistência obstétrica a níveis estadual e municipal, a organização da rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra referência e qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento (BRASIL, 2004).

Ao preconizar a melhor qualificação da assistência obstétrica, a PNAISM induz que os partos sejam assistidos por profissional especializado. Isso favorece o rápido diagnóstico e classificação de risco da gestante, diminuindo as chances de um encerramento trágico da gravidez. O mesmo se aplica quando a Política planeja qualificar e humanizar a assistência em casos de abortamento, já que nessas situações é comum que ocorram

hemorragias e infecções, o que contribui para os altos índices de morte materna (PAZ; SALVARO, 2011).

Outro importante programa criado a nível nacional foi o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN. A instituição do Programa, lançado no ano 2000, partiu da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência prestada. Seu objetivo principal era concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

O Programa foi estabelecido com ares de ineditismo, já que até a data de seu lançamento não se tinha conhecimento de outro programa no mundo em seu formato. A surpresa foi devido a alguns aspectos, como o fato de ter sido elaborado em um país em desenvolvimento, estruturado levando-se em conta as diferentes instâncias de assistência e o incentivo financeiro rigorosamente atrelado ao cumprimento de critérios previamente estabelecidos (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em seu plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais os esforços deveriam ser concentrados. Incluem-se a necessidade de ampliação ao acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações necessárias a esse acompanhamento e a promoção do vínculo entre assistência ambulatorial e a prestada no momento do parto. Outra fundamental medida do Programa foi a criação do SISPRENATAL, um sistema informatizado de acompanhamento da qualidade da assistência. Este sistema fornece um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar a atenção e a gestão dos serviços (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em seu documento o PHPN também preconiza a ampliação dos investimentos em redes de assistência às gestantes de alto risco, ações como Maternidade Segura e a capacitação de profissionais diretamente ligados à área. Essas medidas tendem a melhorar os indicadores de mortalidade materna à medida que possibilitam às gestantes e puérperas um rápido acesso à assistência de qualidade (BRASIL, 2002).

Percebendo as fragilidades encontradas na atenção à saúde reprodutiva, principalmente ao binômio mãe/filho o Ministério da Saúde do Brasil lançou em 2011 a Rede Cegonha. A Rede surgiu visando implementar uma trama de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimentos saudáveis. Ela busca garantir às mulheres e seus filhos o direito de vivenciar todo o período gravídico puerperal de maneira digna (CABRAL *et al.*, 2015).

Assim como o PNAISM e o PHPN, a Rede cegonha tem como objetivo a redução da mortalidade materna. As bases para sua aplicação são voltadas para a humanização da assistência baseada em evidências, sempre com o entendimento que a gravidez não é uma doença ou processo patológico, mas constitui uma função fisiológica natural e deve ser interpretada como uma experiência única e agradável para a mulher, a criança e seu acompanhante.

Algumas das práticas estimuladas pela Rede Cegonha incluem a construção de um plano individual que determine onde e por quem o nascimento será realizado, o qual deve ser estabelecido em comum acordo com a mulher durante a gestação e com o companheiro e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.

A Rede também elenca práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, as quais devem ser eliminadas – como o uso rotineiro e liberal de episiotomia, práticas que não têm evidências suficientes que apoiem uma recomendação, devendo ser utilizadas com cautela, como a manipulação ativa do feto no momento do parto e práticas frequentemente usadas de modo inadequado, exigindo então maior atenção ao se fazer uso, como é o caso do parto cesáreo (BRASIL, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, documental de natureza quantitativa, por ter como objetivo a observação, descrição e documentação de características de determinada população ou fenômeno. As pesquisas descritivas objetivam estudar as características de um grupo, como sua distribuição por sexo, idade, nível de escolaridade, procedência e outras variáveis, caracterizando assim o perfil epidemiológico da população. O presente estudo caracteriza-se também como pesquisa documental, e assemelha-se à pesquisa bibliográfica por assumir, como fonte de coleta de dados, materiais que não receberam ainda nenhum tipo de tratamento analítico (GIL, 2009).

A abordagem descritiva permite o estudo da distribuição de frequência das doenças em função de variáveis ligadas ao tempo, espaço e às pessoas, possibilitando que seja detalhado o perfil epidemiológico da população, visando uma melhor assistência, prevenção da doença e promoção da saúde (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

Possuiu abordagem quantitativa, pois houve uma medição formal com análise estatísticas dos dados. Portanto, foram analisados de modo sistemático, seguindo passos de acordo com um plano preestabelecido (POLIT; BECK, 2011). A abordagem quantitativa tem como característica permitir uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando-se de dados quantitativos e possui a vantagem de permitir a análise direta dos dados. Os dados são obtidos a partir de instrumentos de coleta padronizados e são tratados estatisticamente.

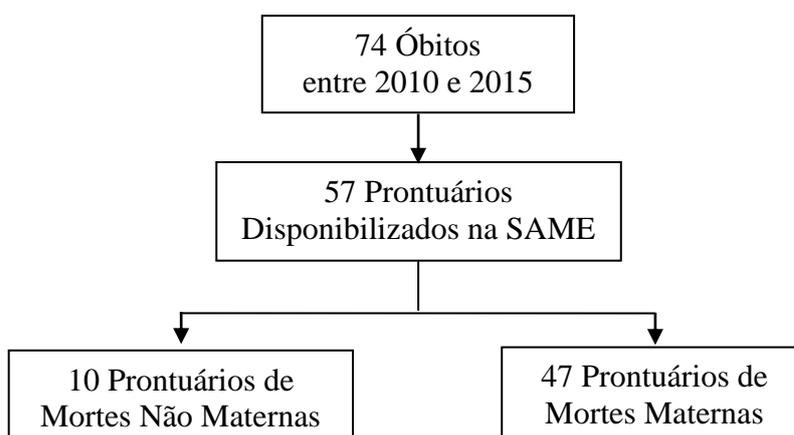
4.2. Período e Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2016 em uma maternidade escola pública, localizada na cidade de Fortaleza-Ceará que presta assistência à comunidade de todo o Estado, desde atendimento a nível ambulatorial até internações. A escolha dessa instituição se justifica pelo fato desta abrigar a única Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Materna do Estado do Ceará, uma importante característica, visto que mulheres em situação de risco materno grave, na maior parte das vezes, são transferidas para esse setor. Além disso, a referida Maternidade possui Comitê de Mortalidade Materna funcionante, o que colabora para uma maior riqueza de informações presentes nos instrumentos de investigação e classificação dos óbitos maternos.

4.3. População e Amostra

A população foi constituída pelos prontuários das pacientes que foram a óbito por causas maternas na referida maternidade, no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2015. Inicialmente foram identificados 74 óbitos no período, sendo disponibilizados pela Superintendência de Arquivo Médico e Estatística (SAME) 57 prontuários, os quais, após análise, tiveram 10 prontuários excluídos por serem classificados como óbitos não maternos.

Foram incluídos os prontuários encontrados na Subdivisão de Arquivo Médico e Estatística (SAME) de pacientes que foram a óbito por causas maternas no período supracitado. Foram excluídos 17 prontuários não localizados ou não disponibilizados pela SAME no período da coleta de dados.



4.4. Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi efetuada nos prontuários arquivados das pacientes que foram a óbito por causas maternas na Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTI Materna) da instituição. Inicialmente, foi feita uma busca nos livros de ocorrência de Enfermagem do período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2015, os quais ficam arquivados na gerência de Enfermagem da unidade. Após a identificação no livro, foi feita a anotação dos nomes das pacientes e, após isto, realizada busca dos números dos prontuários. Com posse destes números foi solicitada à Subdivisão de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da maternidade os prontuários destas pacientes para que fosse realizada a coleta de dados.

Os dados foram coletados a partir de um Formulário (APÊNDICE A) previamente elaborado pelo pesquisador e dividido em duas partes, sendo a primeira composta pelos dados

sociodemográficos e gineco-obstétricos e a segunda composta por dados relacionados aos aspectos clínicos da mulher na internação e relacionados às causas do óbito.

As variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas e clínicas foram coletadas do Histórico de Enfermagem e Ficha de Admissão, e contemplam: idade, ocupação, número de pessoas que residem na mesma casa, renda familiar mensal, escolaridade, estado civil, procedência, cor e antecedentes pessoais, idade da menarca, idade da sexarca, uso de método contraceptivo, gesta/para/aborto, número de filhos nascidos vivos, natimortos, realização de consultas pré-natal e antecedentes gineco-obstétricos. Quanto às variáveis clínicas da mulher, foram coletadas a partir do prontuário bem como das fichas de notificação do óbito.

A organização dos dados obedeceu à técnica quantitativa. Para tanto as informações foram compiladas no Programa Estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) em sua versão 22. Os dados foram agrupados em tabelas e submetidos à análise descritiva e numérica inferencial, bem como foram analisados à luz da literatura.

4.5. Aspectos éticos da pesquisa

Os dados disponíveis nos prontuários foram coletados mediante assinatura do Termo de Fiel Depositário pela instituição responsável (ANEXO 1), em cumprimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Nesse documento devem-se especificar a finalidade da pesquisa, os aspectos sigilosos diante das informações cedidas, garantindo a privacidade, a confidencialidade, o anonimato e a não utilização das informações dos envolvidos ou de terceiros que lhes causem prejuízo. (BRASIL, 2012).

O trabalho foi submetido à aprovação e apreciação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição e, somente após sua aprovação sob protocolo de número 1.646.390, foi dado início à coleta de dados (ANEXO 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após busca na Subdivisão de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e escolha a partir dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra utilizada foi de 47 prontuários.

5.1 Caracterização Sociodemográfica

O perfil sociodemográfico evidenciou maior prevalência dos óbitos maternos em mulheres com idade compreendida entre 20 e 29 anos (55,3%). Mulheres com idade entre 30 e 39 anos representaram 29,8% dos casos, seguidas de mulheres na faixa etária entre 10 a 19 anos (10,6%) e, por fim, mulheres com idade a partir de 40 anos (4,2%). A média de idade encontrada foi de 27,4 anos, com mínimo de 16 anos e máximo de 43 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Características Sociodemográficas	N	%
Idade (27,43 (16-43))		
10 a 19 anos	5	10,6
20 a 29 anos	26	55,3
30 a 39 anos	14	29,8
40 anos ou mais	2	4,3
Estado Civil		
Casada	10	21,3
União Estável/ consensual	7	14,9
Solteira	19	40,4
Divorciada	1	2,1
Não especificado	10	21,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo/ Incompleto	23	48,9
Ensino Médio Completo/ Incompleto	8	17
Ensino Superior Completo/ Incompleto	1	2,1
Não especificada	15	31,9
Ocupação		
Do lar	16	34
Agricultora	3	6,4
Costureira	3	6,4
Outra	9	19,1
Não especificada	16	34
Procedência		
Capital	16	34

Continua...

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Continuação...

Características Sociodemográficas	N	%
Interior	29	61,7
Não especificada	2	4,3
Cor		
Branca	6	12,8
Parda	28	59,6
Negra	2	4,3
Não especificada	11	23,4
Total	47	100

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) considera como fator de risco gestacional idade menor de 15 e maior de 35 anos. Nosso estudo encontrou maior ocorrência de óbitos em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, não considerada faixa de risco. O maior número de óbitos nessa faixa etária pode ser justificado devido ao maior número de gravidezes ocorridas no período. Além disso, a partir dos resultados pode-se inferir que existem falhas no acompanhamento de gestantes de baixo risco, o que indica necessidade de se melhorar a assistência materna durante o pré-natal, visando detectarem-se gestações com maior risco de complicações ainda na Rede de Atenção Básica à Saúde (CORREIA *et al.*, 2011).

Quanto ao estado civil, a maior parte das mulheres era solteira (40,4%). Eram casadas 21,3%, 14,9% mantinham união estável ou consensual enquanto 2,1% eram divorciadas. Nesse sentido, Carreno, Bonilha e Costa (2012) afirmam que a RMME (Razão de Mortalidade Materna Específica) é mais elevada em mulheres solteiras, principalmente devido à situação familiar insegura, visto que a presença do companheiro se configura como fator de proteção para a mulher no período gravídico e pós-parto, pois este pode representar alguém que oferece maior suporte emocional e financeiro.

Dados relativos ao nível de escolaridade evidenciaram maior incidência de mulheres com ensino fundamental completo ou incompleto (48,9%), enquanto 17% tinham ensino médio completo/incompleto e apenas 2,1% foram identificadas com ensino superior completo/incompleto.

A baixa escolaridade é vista como um fator de risco importante no qual quanto menor a escolaridade, maior a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) (CARRENO, BONILHA, COSTA, 2012; CARRENO, BONILHA, COSTA, 2014). Essa relação ocorre devido ao menor acesso à saúde, já que o indicador se relaciona diretamente

com a baixa renda e, por conseguinte, baixo acesso a serviços de saúde.

Ademais, a conjunção de menor escolaridade com uma condição de vida desfavorável pode dificultar o acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável, além de restringir os direitos básicos de cidadania (CORREIA *e. al.*, 2011).

No que se refere à ocupação, 34% das mulheres eram do lar, enquanto 6,4% eram agricultoras, com igual percentual de mulheres que tinham como ocupação o ofício de costureira. Um total de 19,1% das mulheres se enquadrava na categoria ‘outros’, com ocupações menos recorrentes, dentre elas a de professora, cozinheira, doméstica e estudante, dentre outras.

Quanto à procedência, prevaleceram mulheres do interior (61,7%), seguidas de 34% de mulheres da capital. Somente em dois casos (4,3%) não havia indicação de procedência em prontuário. O fato da maior parte das mulheres serem provenientes de demais localidades do Estado pode refletir uma dificuldade apresentada nesses locais de acesso a serviços referentes à assistência à saúde materna.

Dados relativos à indicação de raça ou cor, os quais foram colhidos de acordo com o descrito em documentos hospitalares disponíveis no prontuário, indicaram prevalência de mulheres pardas (59,6%), seguidas de mulheres brancas (12,8%) e, por fim, mulheres negras (4,3%).

Em estudo de Ferraz e Bordignon (2012), foi identificado o perfil da morte materna no nordeste do Brasil como sendo uma mulher solteira, com idade entre 20 e 29 anos, parda e com baixa escolaridade, evidenciando características similares às encontradas no presente estudo.

Dados sociodemográficos relevantes como o estado civil, a escolaridade e a ocupação foram subnotificados ou subpreenchidos em diversos casos por parte dos profissionais, visto que em 21,3%, 31,9% e 34% dos prontuários respectivamente, não foram especificados.

5.2 Caracterização Gineco-obstétrica

No que diz respeito ao perfil gineco-obstétrico, prevaleceram mulheres que, sem considerar a gestação que antecedeu o óbito (em casos de óbito no período puerperal), tinham de 2 a 3 gestações anteriores (36,2%), seguidas de mulheres que tiveram apenas uma gestação anterior (29,8%). Mulheres que não tinham nenhuma gestação anterior representaram 17%

dos casos e em 8,5% as mulheres tinham quatro ou mais gestações prévias. Também em 8,5% do total não havia indicação de gestação anterior nos prontuários coletados (Tabela 2).

Tabela 2 - Características gineco-obstétricas dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Variáveis	N	%
Gestações anteriores		
Nenhuma gestação anterior	8	17
1 gestação	14	29,8
2 a 3 gestações	17	36,2
4 ou mais gestações	4	8,5
Não especificado	4	8,5
Partos anteriores		
Nenhum parto anterior	13	27,7
1 parto	15	31,9
2 a 3 partos	13	27,7
4 ou mais partos	2	4,2
Não especificado	4	8,5
Abortamentos anteriores		
Nenhum aborto anterior	32	68,1
1 aborto	7	14,9
2 abortos	4	8,5
Não especificado	4	8,5
Realização de consulta de pré-natal		
Sim	17	36,2
Não especificado	30	63,8
Quantidade de consultas de pré-natal		
1 a 5 consultas	11	23,4
6 ou mais consultas	6	12,8
Não especificado	30	63,8
Total	47	100

Diante dos dados encontrados percebemos que a maioria das mulheres tinha até três filhos (83%), o que pode ser decorrente da queda na taxa de fecundidade percebida nas mulheres brasileiras nos últimos anos, o que é reflexo da emancipação e da conquista de direitos sexuais e reprodutivos.

Quanto aos partos anteriores, foram prevalentes casos de mulheres com histórico de apenas um parto anterior, com 31,9%, seguidas de mulheres com nenhum parto anterior, representando 27,7%, percentual igual aos casos de mulheres com dois ou três partos anteriores. Em 4,2 dos casos havia histórico de quatro partos anteriores, enquanto em 8,5% não foi especificada informação referente a esse dado em prontuário.

No que se refere à ocorrência de abortamentos anteriores, prevaleceram mulheres sem histórico de nenhum abortamento (68,1%), seguidas de mulheres com histórico de até um aborto (14,9%) e, por fim, com histórico de dois abortos prévios (8,5%).

Em estudo que identificou as características epidemiológicas dos óbitos maternos de um hospital do interior de São Paulo, Fernandes *et al.* (2015) também encontrou maior prevalência de mortes maternas em mulheres de baixo risco reprodutivo, ou seja, aquelas com menos de três gestações anteriores. Segundo Brasil (2012), a nuliparidade e multiparidades (cinco ou mais partos) são fatores de risco para as gestações.

Dados referentes à realização de consulta pré-natal na gestação que antecedeu o óbito (nos casos de óbitos no período puerperal) revelaram que pelo menos 36,2% das mulheres realizou pelo menos uma consulta. Em outros 63,8% não havia indicação de realização ou não de algum acompanhamento no período.

Acerca da quantidade dessas consultas de acompanhamento realizadas, 23,4% das mulheres compareceram de uma a cinco consultas, enquanto 12,8% realizaram entre seis ou mais. A média de consultas foi de 5,19 ($\pm 1,601$), com mínimo de duas e máximo de nove consultas assinaladas.

Em estudo que objetivou determinar fatores de risco para a morbidade materna severa e *near miss* na cidade de Petrolina – PE, Pacheco *et al.* (2014) encontraram associação significativa que indicava maior risco de morbidades maternas severas ou *near miss* em mulheres que realizaram menos de seis consultas pré-natais.

O acompanhamento pré-natal, quando realizado efetivamente, tem grande impacto na redução da morbimortalidade materna, desde que as mulheres tenham acesso a esses serviços, visto que por meio dele podemos identificar e controlar os fatores de risco (CARVALHO *et al.*, 2015).

É importante salientar que o trabalho da Enfermagem na Atenção Básica está intimamente ligado à atenção à saúde da mulher, especialmente à saúde materna. Dentre as atribuições do Enfermeiro destaca-se a realização de acompanhamento pré-natal às gestantes, trabalhando a promoção da saúde e identificando fatores de risco potenciais no período gestacional. Faz-se necessário que esse profissional esteja engajado em manter-se atualizado, favorecendo sua prática clínica, o que reflete inclusive na valorização profissional (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Foram encontrados como antecedentes obstétricos: fígado esteatótico da gravidez, com 4,3%, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e Síndrome de Hellp, todos com 2,1% do total de casos. Vale ressaltar que a mesma mulher poderia ter mais de um antecedente obstétrico,

desde que indicado em prontuário (Tabela 3).

Tabela 3 - Antecedentes obstétricos dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Antecedentes Obstétricos Anteriores (N=47)	SIM	NÃO/SR
	N (%)	N (%)
Pré-eclâmpsia Grave	1 (2,1)	46 (97,9)
Eclampsia	1 (2,1)	46 (97,9)
Síndrome de Hellp	1 (2,1)	46 (97,9)
Fígado esteatótico da gravidez	2 (4,3)	45 (95,7)

A presença de antecedentes obstétricos patológicos foi em sua maioria negada ou não teve indicação nos prontuários analisados, sugerindo que as mulheres não apresentavam histórico dessas condições em gestações anteriores. Apesar disso, é válido ressaltar que em alguns casos a informação pode não ter sido adequadamente descrita no material consultado, bem como os profissionais podem não ter atentado para esse dado.

A maior parte dos antecedentes obstétricos identificados foi de síndromes hipertensivas gestacionais, reforçando a importância da atenção adequada a essas condições, bem como o risco que a ocorrência prévia pode representar em gestações futuras.

Referentes aos antecedentes clínicos, os dados indicaram que 6,4% das mulheres apresentavam histórico de cardiopatias, enquanto 4,3 tinham doença renal crônica. Quanto à Hipertensão Arterial Pulmonar, à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes mellitus (DM), cada doença foi indicada como antecedente clínico em 4,3% dos casos. Outros aspectos menos recorrentes estiveram presentes em 19,1% dos prontuários, como infecção por HIV/AIDS, acidente vascular cerebral anterior, depressão, febre reumática, esquizofrenia, câncer de mama, disfunção de coagulação, dentre outros. Vale ressaltar que a mesma mulher poderia ter mais de um antecedente clínico, desde que indicado em prontuário (Tabela 4).

Tabela 4 - Aspectos clínicos dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Aspectos Clínicos	SIM	NÃO/ NR
	N (%)	N (%)
Antecedentes Pessoais (N=47)		
HAS	2 (4,3)	45 (95,7)
DM	2 (4,3)	45 (95,7)
Cardiopatias	3 (6,4)	44 (93,6)
Doença renal crônica	2 (4,3)	45 (95,7)
Outros	12 (25,5)	35 (74,5)

Continua...

Tabela 4 - Aspectos clínicos dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Continuação...

Aspectos Clínicos	SIM	NÃO
	N (%)	N (%)
Fatores de Risco na Gestação		
Infecção Urinária	7 (14,9)	40 (85,1)
Cardiopatias	4 (8,5)	43 (91,5)
Diabetes Mellitus/ Gestacional	3 (6,4)	44 (93,6)
HAS/ DHEG	5 (10,6)	42 (89,4)
Hemorragias	3 (6,4)	44 (93,6)
Anemia	5 (10,6)	42 (89,4)
Trabalho de parto prematuro	3 (6,4)	44 (93,6)
Outros	19 (40,4)	28 (59,6)

No que diz respeito aos fatores de risco presentes na gestação, prevaleceram casos de infecção urinária, com 14,9%, anemia e HAS, cada uma com 10,6%, e cardiopatias, com 8,5%. Também foram identificados casos de Diabetes mellitus ou gestacional em 6,4%, mesma ocorrência de casos de hemorragias no decorrer da gestação. Em 6,4% dos casos foi identificada como fator de risco a ocorrência de trabalho de parto prematuro. Outros 40,4% foram menos prevalentes, dentre eles toxoplasmose, gestação múltipla, infecção por HIV/AIDS, hepatites e tireotoxicose, dentre outros.

5.3 Caracterização Clínica

Dados relativos ao diagnóstico na admissão na UTI indicaram maior frequência de causas relacionadas a infecção (36,2%), seguidos de casos de hemorragias (25,5%), Síndrome de Hellp (19,1%) e insuficiência respiratória (10,6%). Casos de eclampsia e parada cardiorrespiratória (PCR), cada um com 8,5%, também foram encontrados como diagnósticos na admissão na UTI. Com 2,1% de frequência cada um, outros diagnósticos foram descritos, como pré-eclâmpsia grave, insuficiência renal aguda, anemia falciforme, sofrimento fetal agudo, acidente vascular cerebral hemorrágico, coagulação intravascular disseminada e risco de complicação por quadro neurológico (Tabela 5).

Tabela 5 - Diagnósticos na admissão na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Diagnóstico na admissão na UTI (N=47)	SIM	NÃO
	N (%)	N (%)
Pré-eclâmpsia	2 (4,3)	45 (95,7)

Continua...

Tabela 5 - Diagnósticos na admissão na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Continuação...

Diagnóstico na admissão na UTI (N=47)	SIM	SIM
	N (%)	N (%)
Eclampsia	4 (8,5)	43 (91,5)
Síndrome de Hellp	9 (19,1)	38 (80,9)
Pré-eclâmpsia grave	1 (2,1)	46 (97,9)
Insuficiência renal aguda	1 (2,1)	46 (97,9)
Infecção	17 (36,2)	30 (63,8)
Diabetes mellitus pré-gestacional ou Gestacional	2 (4,3)	45 (95,7)
Hemorragia	12 (25,5)	35 (74,5)
Insuficiência respiratória	5 (10,6)	42 (89,4)
Anemia falciforme	1 (2,1)	46 (97,9)
Sofrimento fetal	1 (2,1)	46 (97,9)
Parada cardiorrespiratória	4 (8,5)	43 (91,5)
Acidente Vascular Cerebral (Hemorrágico)	1 (2,1)	46 (97,9)
Coagulação intravascular disseminada	1 (2,1)	46 (97,9)
Risco de complicação por quadro neurológico	1 (2,1)	46 (97,9)

Na admissão na UTI sobressaíram causas infecciosas, hemorrágicas e hipertensivas. Essas são as causas mais frequentes de óbito materno em todo o mundo, especialmente em países que ainda apresentam altas taxas de mortalidade materna. Em estudo que objetivou avaliar com critérios *near miss* ou morbidade materna grave as pacientes admitidas na UTI obstétrica de serviço materno-infantil de Recife, Amorim *et al.* (2008) também encontrou essas causas como predominantes nas internações.

No que diz respeito aos parâmetros clínicos de Pressão Arterial (PA) e Glicemia Capilar (GC) na admissão, foi identificada Pressão Arterial Sistólica (PAS) média de 109,1 mmHg ($\pm 33,5$), com mínimo de 50mmHg e máximo de 210mmHg. Quanto à Pressão Arterial Diastólica (PAD), identificou-se média de 64,9 mmHg ($\pm 25,7$), com mínimo de 20mmHg e máximo de 120mmHg. Já acerca da GC, identificou-se média de 152,3 mg/dl ($\pm 67,3$), com mínima de 53 mg/dl e máxima de 321 mg/dl (Tabela 6).

Tabela 6 - Parâmetros clínicos na admissão na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Parâmetros na admissão na UTI	Média \pm Desvio padrão (Min-Máx)
PAS (N=45) mmHg	109,1 \pm 33,5 (50-215)
PAD (N=45) mmHg	64,9 \pm 25,7 (20-120)
Glicemia capilar (N=34) mg/Dl	152,3 \pm 67,3 (53-321)

Apesar da média de Pressão Arterial (PA) das mulheres na admissão na UTI ter se mostrado relativamente adequada, a maior parte apresentou níveis alterados de PA, com destaque para hipotensão. A baixa PA está intimamente relacionada com estados de choque hemorrágico ou sepse. Em unidades maternas este choque tem estreita relação com quadros hemorrágicos que essas mulheres venham a apresentar no período do parto ou aborto. No presente estudo, hemorragias foram identificadas como a segunda maior causa de internação na UTI.

Quanto aos níveis de glicemia capilar, a média encontrada da admissão dessas mulheres foi de 152mg/dl. Em estudo que avaliava os efeitos do controle glicêmico em pacientes críticos, Silva (2013) encontrou que níveis elevados de glicemia parecem estar relacionados à mortalidade aumentada desses pacientes.

Durante a internação na UTI, 70,2% das mulheres, realizaram exames de hemograma e eletrólitos. Quanto ao exame de sumário de urina, 25,5% dos prontuários apresentaram registros do exame, nos quais 76,9% indicavam a presença de nitritos, hemácias ou proteínas. O exame de cultura de urina (urinocultura) foi identificado em 27,7% dos prontuários, nos quais os resultados identificaram unidades formadoras de colônia em 76,9% destes, o que sugere infecção urinária (Tabela 7).

Tabela 7 - Exames realizados durante internação na UTI dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Exames Realizados	SIM	NÃO
	N (%)	N (%)
Hemograma e eletrólitos (N=47)	33 (70,2)	14 (29,8)
Sumário de urina (N=47)	12 (25,5)	35 (74,5)
Presença de nitritos, hemácias ou proteínas (N=12)	10 (83,3)	2 (16,7)
Cultura de urina (N=47)	13 (27,7)	34 (72,3)
Presença de unidades formadoras de colônia (N=13)	10 (76,9)	3 (23,1)
Hemoterapia (N=47)	36 (76,6)	11 (23,4)
Transfusão de plasma	29 (61,7)	18 (38,3)
Transfusão de plaquetas	19 (40,4)	28 (59,6)
Transfusão de hemácias	33 (70,2)	14 (29,8)
Transfusão de crioprecipitado	10 (21,3)	37 (78,7)

De acordo com Soares *et al.* (2012), a infecção urinária está entre as principais causas de mortes maternas, junto com as síndromes hipertensivas. Nesse sentido, percebe-se a importância do acompanhamento pré-natal adequado, o que aumenta as chances do diagnóstico precoce e devido tratamento da infecção, evitando maiores riscos.

Quanto à hemoterapia, identificou-se que 76,6% das mulheres passaram pelo procedimento, no qual os hemocomponentes mais transfundidos foram concentrados de hemácias (70,2%), seguido de plasma (61,7%), plaquetas (40,4%) e, por fim, do hemoderivado crioprecipitado, em 21,3% das mulheres.

Acerca disso, Pereira *et al.* (2013), aponta a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados como indicador de gravidade de manejo entre as condições potencialmente ameaçadoras à vida da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Essa informação também é importante na medida em que indica a necessidade de que profissionais que atuem em unidades que recebam mulheres em condições parecidas saibam realizar as técnicas de transfusão adequadamente, tendo em vista que qualquer erro pode colocar a vida destas em risco.

No que se refere aos aspectos relacionados ao desfecho da gestação, prevaleceram casos de cesáreas, com 58,7%, seguidos de partos vaginais (26,1%) e abortos espontâneos (8,7%). Em 4,3% dos casos não houve expulsão do embrião/feto e em 2,2% houve expulsão por mola hidatiforme. Quanto ao local de ocorrência do parto/aborto, prevaleceu o próprio serviço, com 67,6%, seguido de outros serviços de saúde (27%) e, por fim, no domicílio, representando 5,4% dos casos (Tabela 8).

Tabela 8 - Aspectos relacionados ao desfecho da gestação dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Aspectos relacionados ao desfecho da gestação	N (%)
Desfecho da gestação (N=46)	
Não houve expulsão do embrião/feto	2 (4,3)
Aborto espontâneo	4 (8,7)
Expulsão por mola hidatiforme	1 (2,2)
Parto vaginal	12 (26,1)
Cesariana	27 (58,7)
Local de ocorrência do parto ou aborto (N=37)	
No domicílio	2 (5,4)
Na maternidade	25 (67,6)
Outro serviço de saúde	10 (27)
Indicação da cesárea (nos casos em que ocorreu) (N=23)	
Iminência e/ou rotura uterina	2 (8,7)
Duas ou mais cesáreas anteriores	3 (13)
Sufrimento fetal agudo	4 (17,4)
Morte materna iminente ou <i>post mortem</i>	2 (8,7)
Amniorrexe prematura	1 (4,3)
Descolamento prematuro de placenta	2 (8,7)

Continua...

Tabela 8 - Aspectos relacionados ao desfecho da gestação dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Continuação...

Aspectos relacionados ao desfecho da gestação	N (%)
Indicação da cesárea (nos casos em que ocorreu) (N=23)	
DHEG/eclampsia	6 (26)
Outra	3 (13)
Profissional que fez ou acompanhou o parto/aborto (N=30)	
Médico obstetra	29 (96,7)
Médico não obstetra	1 (3,3)

Com relação ao desfecho da gestação, na maior parte dos casos (58,7%) houve cirurgia cesariana, corroborando com o que se encontrou em outros estudos (CORREIA *et al.*, 2011). A cesariana, como qualquer cirurgia abdominal, envolve riscos e exige cuidados, pois apresenta taxa de mortalidade materna e fetal maior que o parto vaginal. A depender do caráter de urgência e avaliando-se riscos e benefícios, a cirurgia pode ser indicada. Em estudo que objetivou descrever o perfil epidemiológico da mortalidade materna em regiões do Nordeste, Coelho *et. al.* (2016), identificou a cesariana como prevalente nos casos de óbitos. Madeiro *et. al.* (2015) indica a cirurgia cesariana como fator preditor para *near miss* e morte.

Quando realizada cesárea, a indicação que prevaleceu foi por Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) /Eclampsia (26%), seguida de sofrimento fetal agudo (17,4%) e duas ou mais cesáreas anteriores (8,7%). Morte materna iminente ou *post mortem*, descolamento prematuro de placenta e iminência e/ou rotura uterina foram, cada um, responsáveis por 8,7% das indicações de cesáreas. Outros motivos para indicações das cesáreas foram menos recorrentes, como anemia falciforme, sepse de foco urinário e gemelaridade, os quais foram indicados no item ‘outros’, com 13% do total.

O profissional que fez ou acompanhou o parto/aborto foi identificado principalmente como médico obstetra, com 96,7%, com apenas um prontuário indicando um médico não obstetra (3,3%).

O local de ocorrência do parto ou aborto que predominou no nosso estudo foi na própria instituição (67.6%), frente a 27% em outros serviços de saúde e 5,4% no domicílio. Sua ocorrência em outros serviços indica necessidade de transferência entre instituições, que pode significar atraso nas medidas terapêuticas tomadas. A demora de intervenções de saúde é fator de risco para a morbidade materna e *near miss* (PACHECO *et. al.*, 2014).

Quanto ao momento do óbito, identificou-se que 76,6% ocorreram no período puerperal, enquanto 12,8% incidiram durante a gestação. Apenas 8,5% se deram durante

abortamento e somente em um caso foi identificado óbito no período de puerpério tardio, ou seja, entre o 43º dia até 1 ano após o término da gestação (Tabela 9).

Tabela 9 - Aspectos relacionados ao momento, causa e caracterização dos óbitos maternos de uma Maternidade Escola no Nordeste do Brasil ocorridos entre janeiro/2010 e dezembro/15. MEAC. Fortaleza – Ceará, 2016.

Variáveis	N (%)
Momento do óbito (N = 47)	
Gestação	6 (12,8)
Após abortamento	4 (8,5)
Puerpério	36 (76,6)
Puerpério Tardio (43º dia até 1 anos após o termino da gestação)	1 (2,1)
Causa principal do óbito (N = 47)	
Síndrome hipertensiva	11 (23,4)
Infecção	14 (29,8)
Síndrome Hemorrágica	8 (17,)
Outras	13 (27,7)
Não especificado	1 (2,1)
Natureza do óbito (N = 47)	
Materno	46 (97,9)
Materno tardio	1 (2,1)
Caracterização da causa (N = 47)	
Obstétrico direto	28 (59,6)
Obstétrico indireto	12 (25,5)
Não obstétrico	5 (10,6)
Não especificada	2 (4,3)
Caracterização da Morte Materna quanto ao registro na Declaração de Óbito (N = 47)	
Materno declarado	41 (87,2)
Materno não declarado	1 (2,1)
Não especificada	5 (10,6)
Total	47 (100)

Em estudos epidemiológicos acerca da mortalidade materna em regiões do Nordeste e de Juiz de Fora - MG, Coelho *et. al.* (2016) e Faria *et. al.* (2012) também identificaram maior número de óbitos maternos durante o puerpério, com prevalências de 43,1% e 69,1% respectivamente.

O período puerperal é uma fase delicada em que os profissionais devem estar atentos às mudanças que a mulher venha a apresentar, para que não deixem de perceber algum sinal de risco. Na atenção básica, o ideal é que se realizem ao menos duas consultas no período, cabendo aos profissionais verificar e orientar as mulheres acerca de sinais de complicações, como febre, dor, infecção em sítio cirúrgico, sangramento vaginal intenso, entre outros (BRASIL, 2012).

Acerca da causa do óbito, predominaram causas relacionadas a infecção, com 29,8%, seguidas de síndromes hipertensivas (23,4%) e causas hemorrágicas (17%). Em 27,7% dos casos foram indicadas outras causas menos recorrentes, como anemia falciforme, disfunção de múltiplos órgãos, hipertensão arterial pulmonar e insuficiência hepática fulminante.

Quanto à natureza do óbito, predominaram óbitos maternos, com 97,9%, com um caso se configurando como materno tardio (2,1%). A caracterização da causa demonstrou maior quantidade de óbitos por causas obstétricas diretas, associadas a 59,6% dos óbitos, seguida de obstétricas indiretas (25,5%), não obstétricas (10,6%) e, por fim, não especificadas em dois casos (4,3%).

Em estudo que objetivou identificar os fatores intervenientes da mortalidade materna no Brasil nos últimos 14 anos, Lima *et al.* (2016) encontrou que entre as causas de mortalidade materna há predomínio de óbitos maternos diretos, especialmente por causas hipertensivas, hemorrágicas e infecciosas. Outros estudos apresentaram resultados semelhantes e sugerem que essas causas são em sua maioria preveníveis com um acompanhamento pré-natal e ao parto e nascimento de qualidade (LEITE *et al.* 2011; CARRENO, BONILHA, COSTA, 2014; MADEIRO *et al.*, 2015; TRONCON *et al.*, 2013).

A maior parte dos óbitos identificados foi declarada como óbitos maternos, representando 87,2%. Em cinco casos (10,6%) não foi possível identificar a maneira como o óbito foi declarado e em apenas um prontuário (2,1%), os documentos não se referiam ao fato como óbito materno.

O grande número de óbitos em decorrência de causas interpretadas como evitáveis é reflexo de falhas nas diretrizes e políticas públicas voltadas para a contenção desse problema de saúde pública. Grande parte desses óbitos pode ser evitada com a adoção de programas clínico-educacionais que não exigem grandes tecnologias, como o planejamento familiar, a vinculação do acompanhamento pré-natal ao parto e educação sexual (DIAS *et al.*, 2015).

6 CONCLUSÃO

Com base nos dados, conclui-se que o perfil epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos inclui principalmente mulheres com idade entre 20 e 29 anos, solteiras, com ensino fundamental completo/incompleto, do lar, procedentes do interior e de cor parda. A maior parte dessas mulheres tinha entre 2 e 3 gestações anteriores, um parto e nenhum abortamento prévio.

Não foram encontrados registros de acompanhamento pré-natal na maioria dos prontuários, porém, as mulheres que foram identificadas como tendo realizado tal acompanhamento compareceram em sua maioria de 1 a 5 consultas. Faz-se importante que toda gestante realize o acompanhamento durante o período gestacional de maneira adequada. Os dados revelaram um número elevado de mulheres que não concluíram o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, que são pelo menos 6 consultas.

Foram identificados como antecedentes obstétricos pré-eclâmpsia grave, eclampsia, síndrome de Hellp e fígado esteatótico da gravidez. Quanto aos antecedentes pessoais, houve maior registro de doença renal crônica. A infecção urinária foi o fator de risco mais prevalente na gestação. Essa informação indica a importância de se realizar não apenas o acompanhamento, mas a devida resolução dos casos.

Na admissão na UTI as maiores causas foram associadas à infecção. A maior parte das mulheres apresentava hipotensão e hiperglicemia na admissão na unidade. Esse dado indica a gravidade que as mulheres apresentam na admissão, o que pode ser reflexo de falhas na identificação precoce de riscos na gestação, parto ou aborto.

O desfecho mais recorrente foi referente à cirurgia cesariana, principalmente indicada por DHEG/eclampsia, sendo acompanhada por médico obstetra. O local de realização parto ou aborto mais prevalente foi a maternidade.

Prevaleceram óbitos no período puerperal, por causas hipertensivas, infecciosas ou hemorrágicas. As causas foram principalmente obstétricas diretas.

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais que mulheres com algum risco obstétrico apresentem em todo o período gestacional, não subestimando fatores importantes e oferecendo um cuidar clínico adequado.

O enfermeiro, enquanto profissional atuante no pré-natal deve estar capacitado a acolher essa mulher e, sobretudo, apresentar conhecimento embasado cientificamente para que suas decisões terapêuticas e de promoção de saúde sejam efetivas, podendo auxiliar assim com a diminuição de casos de óbitos maternos.

Encontramos como principal limitação do estudo o subpreenchimento de informações relevantes no prontuário, como características sociodemográficas referentes à renda, antecedentes obstétricos e clínicos e realização de consultas pré-natal.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, Região Nordeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 3, p. 261-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a21v54n3.pdf> > Acesso em: 07/06/2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf>. Acesso em: 01/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS Nº 466/12**. Seção 1. Página 59. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 12/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 01/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>>. Acesso em: 16/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Humanização do parto: Humanização no parto e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf >. Acesso em: 24/10/2015.

CABRAL, S. A. A. O. et al. Análise da efetividade das ações em saúde da mulher realizadas pela secretaria municipal de saúde de Cajazeiras-PB. **Intensa**, v. 9, n. 1, p. 23-6, 2015. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/download/3235/2772>>. Acesso em: 15/11/2016.

CARRENO, I; BONILHA, A. L. L; COSTA, J. S. D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 15, n. 2, p. 396-406, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/17.pdf> >. Acesso em: 21/04/2016.

CARRENO, I; BONILHA, A. L. L; COSTA, J. S. D. Evolução temporal e distribuição

espacial da morte materna. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 662-70, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106729/000937336.pdf;sequence=1>>. Acesso em: 22/04/2016.

CARVALHO M. L. et. al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **R Interd**, v. 8, n. 2, p. 17-84, 2015. Disponível em: <revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/.../733/pdf_231>. Acesso em: 15/11/2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=1355%3Ainformemortalidade-materna>> Acesso em: 11/04/2016.

COELHO, M. A. L. et al. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI Obstétrica por causas não obstétricas. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 2, p. 160-7, 2012. Disponível em: <<http://ramb.elsevier.es/pt/perfil-mulheres-admitidas-em-uma/articulo/90157148/>>. Acesso em: 11/11/2016.

COELHO, V. C. et. al. Caracterização dos óbitos maternos em três regiões de saúde do centro-norte baiano. **Cogitare Enferm**. v. 21, n. 1, p. 1-8, jan-mar, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42475>>. Acesso em: 14/11/2016.

CORREIA, R. A. et. al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, jan-fev, p. 91-7, 2011). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100014>. Acesso em: 12/10/2016.

DIAS J. M.G. et al. Mortalidade Materna. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 25, n. 1, p. 173-9, 2015. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1771/v25n2a06.pdf>>. Acesso em: 23/07/2016.

EFTEKHAR-VAGHEFI, R.; FOROODNIA, S.; NAKHAE. Gaining insight into the prevention of maternal death using narrative analysis: an experience from Kerman, Iran. **International Journal of Health Policy and Management**, v.4, n. 1, p. 255-59, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3937902>>. Acesso em: 30/10/2015.

FARIA, D. R. et. al. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 22, n. 1, p. 18-25, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=676575&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28/10/2015.

FERNANDES et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto

objetivo de desenvolvimento do milênio. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. esp, p. 192-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0192.pdf>>. Acesso em: 12/05/2016.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rev Baiana de Saúde Púb**, v. 36, n. 2, p. 527-38, abr/jun, 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/474/pdf_150>. Acesso em: 12/10/2015.

GIL, D. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

KASSAR, S. B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr**, v. 89, n. 3, p. 269-77, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000530>>. Acesso em: 11/12/2016.

LEITE, R. M. B et. al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-85, out, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n10/11.pdf>>. Acesso em: 11/12/2016.

LIMA, D. R. et. al. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. **Enfermagem Obstétrica**, v. 25, n. 3, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25>>. Acesso em: 26/09/2016.

MADEIRO, A. P. et. al. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piauí, Brazil. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 15, n. 210, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0648-3>>. Acesso em: 23/10/2015.

MORSE, M.L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p.623-38, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2011000400002&tlng=pt>. Acesso em: 15/03/2016.

NARCHI, N. Z; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R.O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde**, v. 18, n. 4, p. 1059-68, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232013000400019&pid=S1413-81232013000400019&pdf_path=csc/v18n4/19.pdf&lang=pt>. Acesso em: 21/10/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, p. 143, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2014**. Nova Iorque: 2014, 5 p. Disponível em: <http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/relatorio_odm2014.pdf>. Acesso em: 21/04/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Nova Iorque: 2015, 38 p. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf>. Acesso em: 21/04/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013**. Nova Iorque: 2014, 22 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=>>. Acesso em: 21/04/2016.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>>. Acesso em: 21/04/2016.

PACHECO, A. J. C. Factos associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brasil: a retrospective, cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-8, 27 fev. 2014. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-91?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>. Acesso em: 21/11/2016.

PAZ, A. P; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Rev Eletrónica de Investigación y docência**, número monográfico, p. 121-33, 2011. Disponível em: <<http://www.ujaen.es/revista/reid/monografico/n1/REIDM1art8.pdf>>. Acesso em: 13/12/2015.

PEREIRA, M. N. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1333-45, julho, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n7/08.pdf>>. Acesso em: 15/11/2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A.; **Epidemiologia e Saúde**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimacão da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Caderno de Saúde Pública**, n. 30, p. S71-83, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>>. Acesso em:

21/06/2016.

SAY, L; et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysys. **Lancet Global Health**, n. 2; p. 323-33, 2014. Disponível em:

<[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract) >.

Acesso em: 15/07/2016.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de Humanização no Pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, 1281-89, set/out, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf> >. Acesso em: 21/02/2016.

SILVA, W. O. Controle glicêmico em pacientes críticos na UTI. **Revista UFPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 47-56, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/download/7530/5912> >. Acesso em: 14/11/2016.

SOARES, V. M. N. et. al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 12, p. 536-43, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/02.pdf> >. Acesso em: 21/04/2016.

SOUZA, M. L. et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf >. Acesso em: 17/10/2016.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico.

Informe-se em promoção da saúde, v. 5, n. 2.p. 30-32, 2009. Disponível em:

<<http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf> >. Acesso em: 24/07/2016.

TRONCON, J. K. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 9, n. 35, p. 388-94, 2013. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n9/v35n9a02.pdf> >. Acesso em: 11/10/2016.

VIANA, R. C; NOVAES, C. G; CALDERON, I. M. P. Mortalidade materna – uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 22, n. 1, p. 141-52, 2011.

Disponível em: < http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortabilidade.pdf >.

Acesso em: 17/05/2015.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Análise do Perfil dos Óbitos Maternos de uma Maternidade no Nordeste do Brasil
Igor de Freitas |041 85 9 9809-5061|igordefreitasidf@gmail.com

SPSS Nº

(1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		SPSS
1. Data do óbito: ___/___/___ (para o SPSS: DDMMAAAA do ÓBITO). Data de admissão: ___/___/___ Prontuário: _____		1.
2. Idade (anos): _____ Data de nascimento: ___/___/___ (para o SPSS: IDADE em ANOS. Ex: 33).		2.
3. Ocupação: _____ 99. () Sem resposta (para o SPSS: OCUPAÇÃO em extenso).		3.
4. Quantas pessoas moram na casa? _____ 99. () Sem resposta (para o SPSS: criando com a mulher).		4.
5. Renda familiar mensal (em reais): _____ 99. () Sem resposta (para o SPSS: renda familiar bruta).		5.
6. Renda familiar mensal (em salários mínimos, caso tenha em prontuário): 1. () Menos de um salário mínimo 2. () Um salário mínimo 3. () Dois a três salários mínimos 4. () Quatro ou mais salários mínimos 99. () Sem resposta		6.
7. Escolaridade (anos de estudo): _____ 99. () Sem resposta		7.
8. Escolaridade (por grau de escolaridade): 1. () Analfabeta 2. () Fundamental completo/incompleto 3. () Médio completo/incompleto 4. () Ensino superior completo/incompleto 99. () Sem resposta		8.
9. Estado civil: 1. () Casada 2. () Solteira 3. () Viúva 4. () Divorciada 5. () União estável/consensual 99. () Sem resposta		9.
10. Procedência: 1. () Capital 2. () Interior 99. () Sem resposta		10.
11. Cor: 1. () Branca 2. () Parda 3. () Negra 4. Outros: _____ 99. () Sem resposta		11.
(2) PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO		
12. Idade da Menarca: _____ anos 99. () Sem resposta (para o SPSS: IDADE em ANOS. Ex: 12).		12.
13. Idade da Sexarca: _____ anos 99. () Sem resposta (para o SPSS: IDADE em ANOS. Ex: 18).		13.
14. Utilizava método contraceptivo? 1. () Sim 2. () Não 99. () Sem resposta		14.
15. Em caso afirmativo, qual método utilizava? 1. () ACO 2. () Laqueadura Tubária 3. () Injetável 4. () Camisinha 5. () DIU 6. () Outros _____ 99. () Sem resposta/Não se aplica		15.
16. Gesta _____ 99. () Sem resposta (para o SPSS: sem contar com a atual gestação, se gestante).		16.
17. Para _____ 99. () Sem resposta (para o SPSS: sem contar com a atual gestação, se gestante).		17.
18. Abortos _____ 99. () Sem resposta (para o SPSS: sem contar com a atual gestação, se gestante).		18.
19. Número de filhos nascidos vivos _____ 88. () Não se aplica 99. () Sem resposta		19.
20. Número de natimortos _____ 88. () Não se aplica 99. () Sem resposta		20.
21. Parto normal anterior _____ 88. () Não se aplica 99. () Sem resposta		21.
22. Parto cesáreo anterior _____ 88. () Não se aplica 99. () Sem resposta		22.
23. Realizou consultas de pré-natal na atual gestação? (para o SPSS: ou na última gestação, se puérpera). 1. () Sim 2. () Não 99. () Sem resposta		23.
24. Em caso afirmativo, quantas consultas de pré-natal? _____ 99. () Sem resposta		24.
25. Trimestre que iniciou acompanhamento pré-natal: 1. () 1º trimestre 2. () 2º trimestre 3. () 3º trimestre 99. () Sem resposta / Não se Aplica		25.
Acerca de antecedentes obstétricos: Itens 26 ao 36. Não considerar atual gestação.		
26. Pré-eclâmpsia: _____ 1. () Sim 2. () Não / Sem resposta		26.
27. Eclâmpsia: _____ 1. () Sim 2. () Não / Sem resposta		27.
28. Diabetes gestacional: _____ 1. () Sim 2. () Não / Sem resposta		28.

Análise do Perfil dos Óbitos Maternos de uma Maternidade no Nordeste do Brasil

Igor de Freitas |041 85 9 9809-5061|igordefreitasidf@gmail.com

29. Pré-eclâmpsia grave:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	29.
30. Síndrome de Hellp:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	30.
31. Hemorragias gestacionais:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	31.
32. Neoplasia Trofoblástica Gestacional:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	32.
33. Gemelaridade:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	33.
34. Hipertensão gestacional:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	34.
35. Amniorrexe:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	35.
36. Outro antecedente obstétrico: Qual?	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	36.
(3) ASPECTOS CLÍNICOS			
Peso: _____ Altura: _____ 37. IMC: _____ 99. () Sem resposta			37.
Acerca dos antecedentes pessoais: Itens 38 ao 46.			
38. HAS:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	38.
39. DM:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	39.
40. Cardiopatias:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	40.
41. Doença Renal Crônica:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	41.
42. Tabagista:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	42.
43. Etilista:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	43.
44. Drogas ilícitas:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	44.
45. Lúpus Eritematoso Sistêmico:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	45.
46. Outros:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	46.
47. Idade gestacional no momento do óbito materno (em semanas): (para o SPSS: SE GESTANTE). _____ semanas 99. () Sem resposta / Não se Aplica			47.
48. Tipo de gravidez: (para o SPSS: se gestante, puérpera ou óbito materno durante abortamento). 1. () Única 2. () Dupla 3. () Tripla ou mais 99. () Sem resposta / Não se Aplica			48.
49. A gestação ocorreu com presença de fatores de risco: (para o SPSS: se gestante, puérpera ou em abortamento). 1. () Sim 2. () Não 99. () Sem resposta			49.
Acerca dos fatores de risco presentes na atual / última (puérperas) gestação: Itens 50 ao 69.			
50. Infecção urinária:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	50.
51. Cardiopatias:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	51.
52. Gestação múltipla:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	52.
53. Toxoplasmose:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	53.
54. Crescimento Intrauterino Restrito:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	54.
55. Diabetes m. / Diabetes m. gestacional:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	55.
56. Hipertensão Arterial Sistêmica / DHEG:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	56.
57. Ruptura de membrana:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	57.
58. Isoimunização fator RH:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	58.
59. Hemorragias:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	59.
60. Gestação prolongada:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	60.
61. Sífilis:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	61.
62. HIV/Aids:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	62.
63. DST (exceto as citadas anteriormente):	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	63.
64. Hepatite:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	64.
65. Anemia:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	65.
66. Rubéola:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	66.
67. Tireotoxicose:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	67.
68. Trabalho de parto prematuro:	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	68.
69. Outro: Qual?	1. () Sim	2. () Não / Sem resposta	69.

Análise do Perfil dos Óbitos Maternos de uma Maternidade no Nordeste do Brasil

Igor de Freitas |041 85 9 9809-5061|igordefreitasidf@gmail.com

70. Desfecho da gestação: (para o SPSS: caso puérpera, acerca da gestação anterior – a que configuraria como óbito materno). 1. () Não houve expulsão do embrião/feto 2. () Aborto espontâneo 3. () Aborto provocado 4. () Aborto permitido por lei 5. () Aborto s/ menção de espont. ou provocado 6. () Expulsão por mola hidatiforme 7. () Complicações por gravidez ectópica 8. () Parto vaginal 9. () Parto fórceps 10. () Cesariana 99. () Sem resposta	70.
71. O parto ou aborto ocorreu: (para o SPSS: caso puérpera, considerar última gestação). 1. () No domicílio 2. () Na maternidade 3. () Em via pública 4. () Outro serviço de saúde _____ 99. () Sem resposta / Não se Aplica	71.
72. Em caso de óbito materno durante ou após abortamento, o aborto foi: 1. () Espontâneo 2. () Induzido legalmente 3. () Provocado 99. () Sem resposta / Não se Aplica	72.
73. Se foi realizada cesárea, qual a indicação: 1. () Iminência e/ou rotura uterina 2. () Duas ou mais cesáreas anteriores 3. () Prematuridade 4. () Falha de indução do parto 5. () Sofrimento fetal agudo 6. () Morte materna iminente ou <i>post mortem</i> 7. () Amniorrexe prematura 8. () Hemorragia 9. () CIUR / oligodrâmio 10. () Distortia funcional 11. () Descol. premat. de placenta 12. () DHEG/eclampsia 13. () Apresentação anômala 14. () Prolapso de cordão 15. () Desproporção céfalo-pélvica 16. () Outra: _____ 99. () Sem resposta / Não se aplica	73.
74. Profissional que fez ou acompanhou o parto ou aborto: (para o SPSS: se puérpera considerar última gestação). 1. () Médico obstetra 2. () Médico não obstetra 3. () Enfermeiro 4. () Enfermeiro obstetra 5. () S/ assist. no período expulsivo 6. () Parteira 7. () Outro: _____ 99. () Sem resposta	74.
Acerca do diagnóstico na admissão na UTI: Itens 75 ao 85.	
75. Pré-eclâmpsia :	1. () Sim 2. () Não 75.
76. Eclâmpsia:	1. () Sim 2. () Não 76.
77. Pré-eclâmpsia superajuntada:	1. () Sim 2. () Não 77.
78. Síndrome de Hellp:	1. () Sim 2. () Não 78.
79. Hipertensão arterial crônica:	1. () Sim 2. () Não 79.
80. Pré-eclâmpsia grave:	1. () Sim 2. () Não 80.
81. Hipertensão gestacional:	1. () Sim 2. () Não 81.
82. Infecção:	1. () Sim 2. () Não 82.
83. Diabetes mellitus pré-gestacional ou Gestacional:	1. () Sim 2. () Não 83.
84. Hemorragia:	1. () Sim 2. () Não 84.
85. Outro: Qual? _____	1. () Sim 2. () Não 85.
86. PAS na admissão na UTI: _____ mmHg	99. () Sem resposta 86.
87. PAD na admissão na UTI: _____ mmHg	99. () Sem resposta 87.
88. Glicemia capilar na admissão na UTI: _____ mg/dL	99. () Sem resposta 88.
89. Foi realizado hemograma e eletrólitos durante a internação na UTI: 1. () Sim 2. () Não 89.	
90. Foi realizado sumário de urina durante a internação na UTI: 1. () Sim 2. () Não 90.	
91. Em caso afirmativo, foram encontrados nitritos, hemácias ou proteínas (considerar a última versão disponível): 1. () Sim 2. () Não 99. () Sem Resposta / Não se Aplica 91.	
92. Foi realizada cultura de urina durante a internação na UTI (considerar a última versão): 92.	

Análise do Perfil dos Óbitos Maternos de uma Maternidade no Nordeste do Brasil
Igor de Freitas |041 85 9 9809-5061|igordefreitasidf@gmail.com

1. () Sim 2. () Não	
93. Em caso afirmativo, os resultados identificaram:	93.
1. () Ausência de unidades formadoras de colônia	
2. () Presença de unidades formadoras de colônia	99. () Sem Resposta/Não se Aplica
94. Microrganismo identificado: _____	94. () Sem Resposta/Não se Aplica
<small>(para o SPSS: nome do microrganismo identificado).</small>	
95. Realizou hemoterapia:	95.
1. () Sim 2. () Não	
96. Foi realizada transfusão de plasma:	96.
1. () Sim. 2. () Não	99. () Sem resposta/Não se Aplica
97. Foi realizada transfusão de plaquetas:	97.
1. () Sim. 2. () Não	99. () Sem resposta/Não se Aplica
98. Foi realizada transfusão de hemácias:	98.
1. () Sim. 2. () Não	99. () Sem resposta/Não se Aplica
99. Foi realizada transfusão de outro hemocomponente ou hemoderivado:	99.
1. () Sim. 2. () Não	99. () Sem resposta/Não se Aplica
100. Qual outro hemocomponente ou hemoderivado foi transfundido:	100.
R. _____	99. () Sem resposta/Não se Aplica
101. Momento do óbito: <small>(para o SPSS: para casos de óbitos MATERNOS. Em óbitos não maternos, marcar sem resposta/se aplica).</small>	97.
1. () Gestação 2. () Parto ou até 1 hora após o parto	
3. () Durante abortamento 4. () Após abortamento	
5. () Puerpério 6. () Entre o 43º dia e até 1 ano após o término da gestação	
7. () Mais de um ano após o parto	99. () Sem resposta / Não se aplica
102. Dias entre o início do trabalho de parto e o óbito materno: _____ dia(s)	98.
99. () Sem resposta / Não se Aplica	
<small>(para o SPSS: para casos de óbitos em período pós-parto. Desconsiderar casos onde o óbito ocorreu após eventual alta da puérpera).</small>	
103. Causa principal do óbito: <small>(para o SPSS: independente de o óbito ser materno ou não).</small>	99.
1. () Síndrome hipertensiva 2. () Infecção 3. () Síndrome hemorrágica	
4. () Outra: _____	99. () Sem resposta
104. Causa secundária do óbito: _____	
99. () Sem resposta / Não se aplica	
105. Natureza do óbito: <small>(para o SPSS: até 42 dias é materno, entre 43 dias e menor de 1 ano, materno tardio).</small>	100.
1. () Materno 2. () Materno tardio	
3. () Não materno	99. () Sem resposta
106. Caracterização da causa: <small>(Somente para MORTES MATERNAS, sejam ou não tardias).</small>	101.
1. () Obstétrico direto 2. () Obstétrico indireto	
3. () Não Obstétrico	99. () Sem resposta / Não se Aplica
107. Quanto à declaração e registro na Declaração de Óbito: <small>(Somente p/ MORTES MATERNAS tardias ou não).</small>	102.
1. () Materno declarado 2. () Materno não declarado	
99. () Sem resposta / Não se Aplica	

Pesquisador responsável pela coleta de dados:

Pesquisador responsável pela inserção dos dados na planilha do SPSS:

ANEXO 1 – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. Carlos Augusto Alencar Júnior, Gerente de Atenção à Saúde, depositário(a) dos documentos consubstanciados dos **PRONTUÁRIOS**, da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, situada à Rua Cel. Nunes Melo S/N, Rodolfo Teófilo, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa: **Análise do Perfil dos Óbitos maternos de uma Maternidade no Nordeste do Brasil**, autorizo **Igor de Freitas e Régia Christina Moura Barbosa Castro** a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando esta responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que receberam do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar sua **AUTORIZAÇÃO** e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Fortaleza, 15 de junho de 2016.

Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior
Gerente de Atenção à Saúde – MEAC/UFC EBSERH

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL DOS ÓBITOS MATERNS DE UMA MATERNIDADE NO NORDESTE DO BRASIL

Pesquisador: Régia Christina Moura Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57601916.4.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.646.390

Apresentação do Projeto:

A perda de uma mulher no período gravídico-puerperal configura-se como um evento que finaliza, de forma trágica, o processo natural da reprodução. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), Morte Materna (MM) é definida como o óbito da mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por medidas em relação a ela, excetuando-se as causas acidentais ou incidentais.

A Organização das Nações Unidas (ONU) adotou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentre os quais, o quinto foi duas metas globais que deveriam ter sido atingidas até 2015, destaca-se a redução da mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 e segundo o Relatório dos Objetivos do Milênio 2015, o mundo não conseguiu atingir essa meta, porém importantes avanços já foram alcançados. A Razão da Mortalidade Materna (RMM) no mundo caiu 45% entre 1990 e 2014, com destaque para a Ásia Oriental, que reduziu em 65% a RMM, porém a América Latina registrou declínio médio de 40% (OMS, 2015).

No Brasil, entre os anos de 1990 e 2011, foi registrada uma redução da razão de mortalidade materna (RMM) de 141 óbitos por 100 mil nascidos (NV) para menos de 64 óbitos por 100 mil NV, representando uma queda de aproximadamente 55%, porém, para se atingir a meta estabelecida,

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.646.390

este número deve ser igual ou menor a 35 mortes por 100 mil NV até o fim do ano de 2015 (BRASIL, 2014). A maior parte desta redução observada se deve à queda da mortalidade materna por causas obstétricas diretas, que saiu de 126 mortes por 100 mil NV em 1990 para 43 mortes por 100 mil NV em 2011, uma redução de quase 67% nos 21 anos. No Brasil, um fator que dificulta a redução da MM é o alto índice de partos cesáreos (quase 54% em 2011), já que mulheres submetidas a cirurgias cesarianas têm 3,5 vezes maior risco de morte e cinco vezes maior chance de adquirir infecção puerperal (BRASIL, 2014). No Ceará, a Razão de Morte Materna (RMM) por 100 mil nascidos vivos apresentou um declínio de 32,5% entre 1998 e 2014. Em 1998 foram registrados 136 óbitos maternos (131 por causas obstétricas e cinco por causas não obstétricas) com uma RMM de 93,7 mortes maternas para cada 100 mil NV, enquanto em 2014 este número caiu para 124 (78 por causas obstétricas, 34 mortes maternas tardias e 8 por causas não obstétricas), representando 61,2 MM para cada 100 mil NV. Assim como no cenário nacional, hipertensão, hemorragias e infecção puerperal estão entre as principais causas de MM direta. Quanto às causas obstétricas indiretas se destacam doenças do aparelho circulatório e respiratório (CEARÁ, 2015). No Ceará, uma das propostas para o enfrentamento da mortalidade materna é conhecer o perfil dessas mulheres, para que se possa implementar estratégias eficientes voltadas para sua redução, portanto, torna-se de extrema importância que se realizem estudos para melhor conhecimento desses óbitos no Estado (CEARÁ, 2015).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o perfil sociodemográfico, gineco-obstétrico e clínico dos óbitos maternos de uma maternidade pública no Nordeste brasileiro.

Objetivo Secundário:

Identificar as causas de óbito materno; Conhecer as variáveis sociodemográficas, gineco-obstétricas e clínicas das mulheres que foram a óbito no período estudado; Correlacionar as variáveis estudadas com as causas dos óbitos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos, pois trata-se de um estudo documental.

Benefícios:

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC 

Continuação do Parecer: 1.646.390

Ao avaliar o perfil dos óbitos maternos, serão conhecidas as variáveis que possam estar diretamente ligadas as causas de morte, podendo assim, serem prevenidas pelos profissionais que atuam na assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, documental de natureza quantitativa, por ter como objetivo a observação, descrição e documentação de características de determinada população ou fenômeno. A coleta de dados será realizada no mês de agosto de 2016 em uma maternidade escola, localizada na cidade de Fortaleza-Ceará que presta assistência à comunidade de todo o Estado, desde atendimento a nível ambulatorial até internações. A população será constituída pelas pacientes que foram a óbito por causas maternas na referida maternidade, no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2015, totalizando 74 pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações ao projeto analisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem pendências e/ou recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado sem pendências e/ou recomendações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_741261.pdf	06/07/2016 08:57:39		Aceito
Outros	prontuariomedicoigor.pdf	06/07/2016 08:57:03	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	igorfinal.docx	06/07/2016 08:55:41	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Outros	termocienciaigor.pdf	06/07/2016 08:53:55	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Outros	fieldepositarioigor.pdf	06/07/2016 08:51:35	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.646.390

Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaigor.pdf	06/07/2016 08:50:13	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Concordanciaigor.pdf	06/07/2016 08:49:35	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoigor.pdf	06/07/2016 08:42:16	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 24 de Julho de 2016

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com