

ANÁLISE DO PERFIL DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ-CE NOS ANOS DE 2009 A 2011

PROFILE ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN MARACANAÚ-CE THE YEAR 2009 2011

Antonia Aldelice Coelho Reis

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

Sidina Roberta dos Santos Pereira

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho

Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)

Deniziele de Jesus Moreira Moura

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

Sara Taciana Firmino Bezerra

Enfermeira. Mestra em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem (UECE). Doutoranda em Enfermagem (UFC). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e enfermeira do Instituto Dr. José Frota (Fortaleza-CE).

RESUMO

Estudo descritivo, retrospectivo e documental cujo objetivo foi analisar o perfil da mortalidade materna em Maracanaú-CE entre os anos de 2009 a 2011. Os dados foram coletados entre os meses de março e abril de 2013. Analisaram-se apenas Fichas de Investigação de Óbitos Maternos, totalizando uma amostra de três fichas. O Coeficiente de Mortalidade Materna foi de 18,91/100.000 nascidos vivos. As duas causas obstétricas diretas foram por Síndromes Hipertensivas Gestacionais e Infecção do trato urinário, e a causa indireta foi insuficiência hepática. O número de consultas de pré-natal variou de uma a seis. Todas as gestantes haviam realizado os exames de rotina do pré-natal. Concluiu-se que a mortalidade materna em Maracanaú apresenta um CMM (18,91) abaixo do aceitável pela OMS, bem como inferior aos indicadores apresentados no Brasil.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Saúde da mulher. Epidemiologia.

ABSTRACT

Descriptive, retrospective documentary that analyzes the profile of maternal mortality in Maracanaú-CE between the years 2009 to 2011. The data were collected between March and April 2013. They analyzed only sheets of Death Investigation maternal totalizing three chips. The Maternal Mortality Ratio was 18.91 / 100,000 live births. The two direct obstetric causes were for Gestational Hypertensive Syndromes and urinary tract infection, and the indirect cause was liver failure. The number of prenatal visits ranged from one to six. All pregnant women had performed routine examinations of prenatal. It was concluded that maternal mortality in Maracanaú presents a CMM (18.91) below acceptable by WHO as well as lower than the indicators presented in Brazil.

Keywords: Maternal mortality. Women's health. Epidemiology.

Recebido em: 30/05/2014

Aceito em: 11/11/2014

1 INTRODUÇÃO

A gestação, apesar de ser um estado natural e fisiológico, produz diversas alterações no corpo da mulher. Esse quadro se torna mais relevante quando a gestante já possui uma história de doenças anteriores, como hipertensão pregressa, doença renal e ou antecedente familiar de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2012).

Dentre as estratégias das políticas públicas para melhorar a assistência ao pré-natal, a Rede Cegonha, criada em 2011, e seus diversos componentes propõe assegurar através de sua rede de cuidados para as mulheres o direito a pré-concepção, a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011b).

A redução da mortalidade materna está entre as seis prioridades do Pacto pela Vida, que busca enfrentar tais problemas relacionados à saúde que assolam o país (AGUIAR, 2011).

A morte materna é considerada como o óbito de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gestação. Considera-se qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, desconsiderando mortes causadas por acidentes ou incidentes (BRASIL, 2006).

As mortes maternas obstétricas podem ser diretas, indiretas e tardias. As mortes diretas são as resultantes de complicações obstétricas e que emergiram durante a gravidez, parto e puerpério e que esteja relacionada à intervenção, omissões, tratamentos inapropriados ou de eventos resultantes de quaisquer dessas causas mencionadas. As mortes indiretas surgem de patologias já existentes ou que se desenvolvem durante a gestação que foram complicadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. As tardias são formadas devido a óbitos de mulheres por causas obstétricas diretas ou indiretas, sendo ocorridas em mais de 42 dias, e menos de um ano após o fim da gravidez (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008; FALCÃO; VIANA. NOVAES, 2011).

Estudos mostram que no Brasil aproximadamente 10% das gestações resultam em alto risco gravídico, sendo as síndromes hi-

pertensivas da gravidez (SHG) as principais causas de óbitos materno-fetal, com maiores índices nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (NOVO; GIANINI, 2010; SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011).

As complicações mais prevalentes resultam da síndrome hipertensiva, entre elas estão a encefalopatia hipertensiva, hemorragias retinianas, falência cardíaca, comprometimento da função renal, coagulopatias e pré-eclâmpsia (VETTORE; DIAS; DOMINGUES, 2011).

A toxemia gravídica é comum no final da gestação, visto que a clínica de tal agravo é marcada por diversas complicações: hipertensão, edema e proteinúria. Ao evoluir com distúrbios no sistema nervoso central, temos o desenvolvimento de eclâmpsia (SOARES, *et al.*, 2009; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em 2012, uma análise sobre a Mortalidade Materna brasileira em que revela o número de mulheres que morreram em consequências de complicações na gravidez, parto e puerpério diminuiu no período de 1990 a 2008 em 34%, passando de uma razão de 546 para 358 mortes por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2013).

No Ceará, 2.039 mortes maternas foram notificadas entre 1998 e 2014. Deste quantitativo, 333 ocorreram entre os anos de 2009 a 2011, com 287 mortes por causas obstétricas diretas ou indiretas, mantendo, assim, um índice superior aos parâmetros da OMS (CEARÁ, 2015).

Mediante a magnitude do problema e propostas de políticas públicas voltadas a amparar a saúde da mulher no período gravídico puerperal, torna-se relevante acompanhar os indicadores de mortalidade materna, com vistas a refletir sobre a assistência dispensada a essas mulheres em seus municípios. O objetivo do artigo em tela é analisar o perfil da mortalidade materna em município da região metropolitana de Fortaleza-CE.

2 MÉTODOS

Estudo descritivo, retrospectivo, de caráter documental, realizado em Maracanaú, mu-

nicípio da região metropolitana de Fortaleza-CE. Maracanaú possui população de 209.057 habitantes, sendo 50.000 do sexo feminino em idade fértil (MARACANAÚ, 2010).

Geograficamente, Maracanaú localiza-se no estado do Ceará, nordeste do Brasil, fazendo parte da Região Metropolitana de Fortaleza. Possui o segundo Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Ceará, estando atrás apenas do município de Eusébio. O Município integra a macrorregional de Fortaleza e a terceira Microrregional de Saúde do Estado ou 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), que se constitui como um conjunto de oito municípios (MARACANAÚ, 2010).

A coleta de dados aconteceu entre os meses de março e abril de 2013 na Secretaria de Saúde do município. Adotou-se para este estudo o critério de inclusão de analisar apenas Fichas de Investigação de Óbitos Maternos com síntese informada, totalizando, assim, a amostra de três fichas de ocorridos nos anos de 2009, 2010 e 2011.

Optou-se por tal ao considerar esse documento tendo em vista ser o instrumento oficial de investigação adotado pelo Ministério da saúde (MS) e por sua complexidade de dados, que engloba a identificação do óbito e coleta de dados em diversas fontes, como a entrevista no domicílio da mulher, os registros dos serviços de saúde que atenderam as mulheres durante o pré-natal, parto e óbito, bem como entrevista com profissionais de saúde que a acompanharam em algum momento desde a gestação até o óbito.

Assim, documentos como cartão da gestante, partograma, relatório de alta da maternidade e de alta das internações hospitalares, fichas de encaminhamento e atendimentos, prontuários, receitas médicas, resultados de exames e laudos de necropsia (quando houver) sugerem um importante inquérito sobre a história do óbito em questão (BRASIL, 2011a).

Para o estudo, consideraram-se os óbitos maternos declarados, cuja causa de morte apresenta o estado gravídico puerperal no momento do óbito.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário criado com base nas infor-

mações existentes nas Fichas de Investigação de Óbito Materno, que abrangia questões sobre o perfil sociodemográfico dessas mulheres, bem como os antecedentes obstétricos, complicações relacionadas ao parto e puerpério e causas da morte.

O registro dos dados e sua análise foram realizados no programa Excel 2007, utilizando a análise estatística descritiva, bem como análise comparativa dos indicadores epidemiológicos disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2013). Considerou-se para o cálculo de Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) a fórmula: $CMM = \frac{\text{óbitos por causas maternas} \times 100.000}{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos no período}}$ (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Essa pesquisa faz parte de um macro projeto intitulado “Estratégia saúde da família em Maracanaú/CE: Análise histórica documental e evolução temporal dos indicadores de saúde”. O mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da escola de Saúde Pública do Ceará, aprovado com o parecer nº 229/2011, encontrando-se dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), onde se assinou o termo de fiel depositário.

3 RESULTADOS

Entre os anos de 2009 e 2011, ocorreram 192 óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em Maracanaú (BRASIL, 2013). Destes, três mortes foram declaradas como óbitos maternos e investigados com síntese, o que definiu um Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) 18,91/100.000 por nascidos vivos (nv).

As três mulheres estavam inseridas no mercado de trabalho formal, haviam concluído o ensino médio, uma possuía relação estável e duas eram solteiras. Dois óbitos foram declarados como ocorridos até 42 dias, um foi decorrente de causas obstétricas diretas e outro indireta. Uma das mortes foi declarada como

acontecida após 43 dias (mortalidade materna tardia) e deu-se por causa obstétrica direta.

Observa-se na tabela 1 a natureza e causas básicas de morte após o registro da investigação:

Tabela 1: Número e causas de óbitos maternos, 2009-2011. Maracanaú-CE, 2013.

Causas	Nº
Obstétrica direta	
Distúrbio Hipertensivo da Gestação	1
Infecção do Trato Urinário	1
Obstétrica Indireta	
Insuficiência Hepática	1
Total	3

Fonte: Autores.

A média de idade das mulheres foi de 31 anos. A que faleceu por causa obstétrica indireta tinha 19 anos e era primípara. As outras eram múltíparas, pariram entre 3 e 5 filhos, e o óbito deu-se por causas obstétricas diretas.

Quanto ao tipo de parto, todas as parturientes foram submetidas à cesariana e encontravam-se em idade gestacional variando de 25 a 34 semanas. O número de consultas de pré-natal variou, no qual duas referiram ter realizado de 01-03 consultas e uma de 04-06. Todas as gestantes haviam realizado os exames de rotina do pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Duas estavam em uso de algum tipo de medicação durante a gestação: metildopa e sulfato ferroso.

Apenas uma das mulheres tinha antecedentes obstétricos com relato de aborto ou perda fetal, e as duas múltíparas apresentaram patologias associadas à gestação anteriores. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) consta de um dos registros, enquanto que outra não apresenta registro de qual seria tal complicação. Na gestação atual, apenas uma ficha realizava o registro de complicações na gravidez atual (HAS).

Os óbitos ocorrem em hospitais terciários fora do município de Maracanaú, e as mulheres apresentaram tempo de internação superior a 72 horas.

4 DISCUSSÃO

O CMM de Maracanaú encontra-se abaixo do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera razoável o número 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, sendo considerado médio entre 20 a 49 óbitos e alto entre 50 a 149 e muito alto acima de 150 (CORREIA *et al.*, 2011).

A análise dos indicadores de registros de óbitos investigados com síntese no mesmo recorte temporal demonstra que o Brasil apresentava CMM de 41,34/100.000, o Nordeste 44,22/100.000, e o Ceará 55,79/100.000. O município em questão mantém-se com números bem inferiores dos apresentados no panorama geral (BRASIL, 2013).

A organização do programa de Atenção à Saúde da Gestante do município pode ser um dos fatores responsáveis pelo resultado satisfatório em relação à mortalidade materna. Neste cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está difundida em 98% do território, facilitando o acesso das gestantes ao atendimento do pré-natal (MARACANAÚ, 2012).

Consideram-se também os diversos programas criados ao longo dos anos voltados à saúde da mulher. O Programa de Assistência Integral à Saúde (PAISM) foi um programa com abordagem nova e pioneira voltado à saúde reprodutiva (OSIS, 1998). Após estudo epidemiológico realizado sobre a situação da saúde da mulher no Brasil, percebeu-se a necessidade de reorientação das práticas. Com base no PAISM, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com ampla participação de movimentos sociais, estudiosos e organizações governamentais e não governamentais. Tal política prediz um atendimento mais justo, humanizado e eficiente à mulher, ampliando o olhar para além da saúde reprodutiva (BRASIL, 2004).

Mais recente, instituiu-se a Rede Cegonha no território nacional brasileiro através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.459/2011 (BRASIL, 2011c). Esta se propõe a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, no parto,

nas situações de abortamento e no puerpério, bem como o direito ao nascimento seguro, o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças. Tais políticas influenciam diretamente na redução da mortalidade materna no país.

Na amostra em questão, o número de consultas realizadas apresentou-se insatisfatório, visto que o preconizado pelo MS é no mínimo 6 consultas de pré-natal (BRASIL, 2006).

Em Maracanaú, 55,96% dos nascidos vivos vieram de gestações com sete consultas ou mais de acompanhamento pré-natal (MARACANAÚ, 2012). Percebe-se que mesmo com a oferta de atendimento, mulheres ainda deixam de exercer o seu direito de acompanhamento pré-natal, não existindo registro dos possíveis motivos. A ineficiência na realização do pré-natal, principalmente nos casos de risco e com relato de complicações obstétricas anteriores, bem como patologias apresentadas em outras gestações, contribui para a falta de diagnóstico e tratamento das doenças e suas complicações, aumentando o risco de mortalidade materna.

As causas dos óbitos maternos foram Distúrbio Hipertensivo da Gestação, Insuficiência Hepática e Infecção no Trato Urinário (ITU). É real a predominância da causa obstétrica direta (GOMES *et al.*, 2010). O Distúrbio Hipertensivo da Gestação tem sido apontado em suas diversas formas clínicas como uma das causas predominantes de óbitos maternos (HERCULANO *et al.*, 2012).

A infecção urinária é uma complicação frequente no período gestacional, quando se podem evitar complicações maiores se o acompanhamento pré-natal tiver sido realizado de forma adequada, com a realização de exames e condutas clínicas pertinentes (FIGUEIRÓ-FILHO, 2009).

A insuficiência hepática ocorreu na gestante adolescente e primípara. As doenças hepáticas podem causar morbimortalidade materno fetal, e conhecê-las e tratá-las adequadamente é fundamental para redução da mortalidade (RAMOS *et al.*, 2012).

As cesarianas realizadas nessas mulheres são plausíveis pelo risco que estas apresentavam, não se configurando nestes casos como fator de risco para mortalidade materna. Es-

tudo realizado com 144 mulheres justifica a indicação da cesariana nos casos de alto risco em relação ao parto vaginal apresentando menor risco relativo (0,6) para a mulher e o bebê (ANDRADE *et al.*, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna em Maracanaú apresenta um CMM (18,91) abaixo do aceitável pela OMS, bem como inferior aos indicadores apresentados no Brasil.

As causas obstétricas diretas foram as mais presentes, sendo a Doença Hipertensiva Gestacional e a Infecção do Trato Urinário as causas das mortes. Nos óbitos analisados, a não adesão ao pré-natal pode ser um fator importante para o desenvolvimento das complicações que levaram as mulheres a tal desfecho.

O município de Maracanaú apresenta uma boa estrutura em relação à atenção primária e a saúde da mulher, com cobertura de 98% da ESF à população e um percentual considerável de mulheres com mais de sete consultas de pré-natal (55,96%).

Ademais, refere-se que apesar das fichas de investigações de óbitos serem extensas, alguns dados ainda são necessários, como considerar os fatores que levaram a mulher a não realizar as consultas de pré-natal ou mesmo os exames laboratoriais. Tais observações podem promover um panorama da realidade vivenciada por tais mulheres e direcionar as políticas, os serviços e profissionais de saúde para minimizar tais empecilhos. Considerou-se ainda os registros incompletos nas notificações como fatores que dificultaram uma análise mais apurada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. *SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*, São Paulo: Martinari, 2011.

ANDRADE, A. T. L. *et al.* Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 28, n.7, p. 380-387, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde das mulheres: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Ministério da Saúde, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459/2011 de 24 de Junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 2011c.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.>. Acesso em: 05 jan. 2013.
- CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde do Ceará (CE). **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna**. 2013.
- _____. Secretaria de Saúde do Ceará (CE). **Informe Epidemiológico Mortalidade Materna**. Fortaleza: 2015.
- CORREIA, R. A. *et al.* Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 91-97, Jan./Fev., 2011.
- FALCÃO N. H. F.; VIANA, R. C. V.; NOVAES, M. R. C. G. Aspectos epidemiológicos da mortalidade materna no Brasil: a difícil tarefa de obtenção de dados reais, **Brasília Med.**, Brasília, v.48, n.4, p. 404, 2011.
- FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p.165-171, 2009.
- GOMES, M.M. *et al.* Mortalidade Materna no entorno do distrito federal. **Brasília Med.**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 40-45, 2010.
- HERCULANO, M. M. S. *et al.* Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 05 jan. 2013.
- LAURENTI. R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p.283-292, 2008.
- MARACANAÚ (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde (CE). **Relatório de gestão em saúde**. Maracanaú: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde (CE). **Relatório de gestão em saúde**. Maracanaú: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO. J. **Rezende: obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NOVO, J. L. G.; GIANINI, R. J. Mortalidade materna por eclampsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 209-217, 2010.
- OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 1, p.25-32, 1998.
- RAMOS, J.G.L. *et al.* Pseudocisto pancreático associado à doença hepática na gestação: relato de caso. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.92-97, 2012.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia ; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). **Rouquayrol: epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- SOARES, V. M. N. *et al.* Mortalidade materna por pré-eclâmpsia /eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n.11, p. 566-573, 2009.
- SOUZA, N. L.; ARAUJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1285-1292, 2011.
- VETTORE, M.V.; DIAS, M.; DOMINGUES, R.M.S.N. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p.1021-1034, 2011.