

MORTES MATERNAS E SUAS PRINCIPAIS CAUSAS

MATERNAL DEATHS AND THEIR MAIN CAUSES

DANYELLE AMORIM DE LIMA PIRES, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA²,
WALDEMAR NAVES DO AMARAL²

RESUMO

A gestação é um período de inúmeras mudanças na vida da mulher, por desencadear mudanças e adaptações fisiológicas, psíquicas e emocionais, as quais requerem atenção e cuidados especializados. Embora a maioria das gestações evoluam dentro dos padrões da normalidade, os índices de morbimortalidade materna e perinatal continuam elevados no Brasil, sobretudo ao que tange as complicações maternas durante a gravidez, parto e puerpério. Ao longo dos anos o Brasil tem investido para a proteção da morte materna. O incentivo através de estratégias para incentivar a utilização das práticas baseadas em evidências foi um dos principais marcos para esse processo. Porém ainda não se alcançou o ideal e as principais intercorrências obstétrica que contribuem para elevar o índice de morte materna estão ligadas as doenças infectocontagiosas, cardiopatias ou endocrinopatias (Diabetes Mellitus Gestacional, Tireoideopatias), Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), distúrbios do Líquido Amniótico, Hemorragias da segunda metade gestacional, dentre outras patologias por isso ainda é necessário políticas públicas para promover a mudança efetiva desse cenário.

PALAVRAS-CHAVE: OBSTETRÍCIA; SAÚDE DA MULHER; PARTO HUMANIZADO; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ABSTRACT

Pregnancy is a period of innumerable changes in a woman's life, as it triggers physiological, psychological and emotional changes and adaptations, which require specialized attention and care. Although most pregnancies evolve within normal standards, maternal and perinatal morbidity and mortality rates remain high in Brazil, especially with regard to maternal complications during pregnancy, childbirth and the puerperium. Over the years, Brazil has invested in the protection of maternal death. The incentive through strategies to encourage the use of evidence-based practices was one of the main milestones for this process. However, the ideal has not yet been reached and the main obstetric complications that contribute to raising the maternal death rate are linked to infectious diseases, heart diseases or endocrinopathies (Gestational Diabetes Mellitus, Thyroid Diseases), Specific Hypertensive Gestation Syndrome (SHEG), fluid disorders Amniotic, Hemorrhages in the second half of pregnancy, among other pathologies, so there is still a need for public policies to promote the effective change of this scenario.

KEYWORDS: OBSTETRICS; WOMEN'S HEALTH; HUMANIZED BIRTH; HEALTH UNIC SYSTEM

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de inúmeras mudanças na vida da mulher, por desencadear mudanças e adaptações fisiológicas, psíquicas e emocionais, as quais requerem atenção e cuidados especializados. As alterações endócrinas e fisiológicas no ciclo gravídico objetivam a adaptação do corpo da mãe à presença do feto, como forma de garantir o seu desenvolvimento adequado, em quem na maioria das vezes decorre sem intercorrências¹.

Embora a maioria das gestações evoluam dentro dos padrões da normalidade, os índices de morbimortalidade

materna e perinatal continuam elevados no Brasil, sobretudo ao que tange as complicações maternas durante a gravidez, parto e puerpério. Em contrapartida, sabe-se que uma assistência à saúde humanizada e de boa qualidade evitaria que muitas mulheres perdessem suas vidas por motivos reprodutivos².

A Organização Mundial de Saúde estima que, no mundo, 1.000 mulheres morram de complicações da gravidez ou do parto todos os dias. Atualmente, no país, a cada 100 mil mulheres, 70 a 150 morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, e suas principais causas são

1. Hospital e maternidade Dona Iris
2. UFG/GO

ENDEREÇO

PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudosdmi@gmail.com

referentes a complicações durante a gestação, parto e puerpério, sendo estas a hipertensão gestacional, complicações no trabalho de parto, infecção puerperal, aborto e outras por causas obstétricas indiretas³.

Estimativas indicam que entre 25% e 35% das mortes maternas no mundo podem ser designadas às hemorragias obstétricas e a Ásia e a África são os continentes com o mais elevado número de vítimas. No Brasil, a Hemorragia pós Parto (HPP) é a maior causa de morte materna entre as complicações exclusivas do parto e puerpério, e alcança taxas de mortalidade de 1 em 30.000 nascidos vivos^{4,5}.

Mudar o cenário da assistência obstétrica no Brasil é um desafio e requer alterações estruturais dos serviços de atenção, mudança de alguns paradigmas culturais e, sobretudo, qualificação dos profissionais e inclusão efetiva de obstetras e enfermeiras obstetras a fim de contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna e neonatal⁶.

A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde, configura uma violação aos direitos humanos das mulheres, por ser situação evitável na maioria dos casos. De 1968 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é relatar as urgências obstétricas relacionadas aos partos vaginais através de uma revisão de literatura.

HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO PARA A PROTEÇÃO DA MORTE MATERNA

Ao longo dos anos, a assistência ao trabalho de parto e parto nas sociedades ocidentais passou por grandes modificações. Inicialmente, se configurava como um evento domiciliar, protagonizado por mulheres gestantes e parteras⁷. Este cenário mudou de forma gradual nos últimos anos, com a inserção do profissional médico e do cenário hospitalar⁸. Tais transformações associaram-se aos modos de vida que se consolidavam, por valores que privilegiavam as tecnologias, o benefício econômico e a ciência biologicista, e por técnicas como a cirurgia cesárea e a anestesia⁹.

A criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), em 1993, fortaleceu o movimento no país. Tendo um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado "humanização do parto/nascimento". Esse movimento pretendia diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico¹⁰.

Nessa construção de um modelo adequado, grupos de estudiosos apoiados pela OMS se organizaram para sistematizar os estudos referentes às novas práticas na assistência ao parto, de forma a assegurar a adoção das

evidências científicas e garantir o seu uso disseminado na rede de atenção ao parto e nascimento¹¹. Em 1996, a OMS publica as recomendações fundamentadas nas melhores evidências científicas classificadas em quatro grupos: Grupo A, práticas úteis e que devem ser estimuladas; Grupo B, práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Grupo C, práticas sem evidências suficientes e que devem ser utilizadas com cautela e demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas utilizadas de maneira inadequada¹⁰.

Apesar de todas essas propostas e ações para mudança de modelo de atenção ao parto, no Brasil, a assistência ainda é marcada por diversas intervenções desnecessárias comprometendo a saúde materna e neonatal. As altas taxas de intervenções durante o trabalho de parto e parto sem indicação clínica, como uso de ocitocina, ruptura artificial de membranas amnióticas, episiotomia, manobra de kristeller, elevado número de cesarianas e manejo inadequado com o recém-nascido saudável são procedimentos rotineiros nas maternidades. Portanto, a assistência, muitas vezes, não é adequada e oportuna, culminando com sérias complicações para a mulher, com destaque para a mortalidade materna¹².

Uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para incentivar a utilização das práticas baseadas em evidências no processo de parto e nascimento foi a implantação em 1999 dos Centros de Parto Normal (CPN), visando a uma redução nas mortalidades perinatal e materna, possibilitando uma assistência humanizada e a ampliação do acesso aos serviços de saúde¹³. Nessa perspectiva, estudos que compararam o cuidado prestado em Centro Obstétrico (CO) e CPN evidenciaram a melhoria da assistência ao parto no segundo modelo, pois neles houve menor índice de traumas perineais e de intervenções como analgesia, episiotomia e uso de ocitocina, além de menor número de transferências para partos operatórios¹⁴.

Em 2003, no Brasil, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, com o intuito de qualificar a saúde e transformar a relação entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH vem compondo e articulando estratégias para melhorar a atenção e o trabalho em saúde, como o acolhimento com classificação de risco, o colegiado gestor, a garantia de visita aberta e o direito ao acompanhante, entre outros¹³.

Como necessária continuidade das conquistas políticas das mulheres, em 2011 é lançada a Rede Cegonha como uma estratégia instituída no âmbito do MS para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro, bem como ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para tanto, torna-se imprescindível a mudança no modelo de atenção ao parto e ao nascimento, com o desenvolvimento de ações que atendam as boas práticas obstétricas¹⁵.

Foi implantado também no Brasil a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, a partir das atribuições do projeto que foi conduzido pelo Centro Latino-Americano para a Perinatologia. Uma ação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil (MS) com ações e estratégias de fortalecimento e qualificação da assistência numa perspectiva multifocal de cuidados nos diferentes níveis de complexidade necessários para a garantia de acesso e integralidade^{4,5}.

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIA PARA MORTE MATERNA

As intercorrências obstétricas são um conjunto de condições físicas ocasionadas ou agravadas pelas adaptações fisiológicas da gravidez e que, de acordo com seu grau de manifestação, podem resultar em internações hospitalares, complicações maiores e até mesmo óbito materno. Estas intercorrências incluem as doenças infectocontagiosas, cardiopatias ou endocrinopatias (Diabetes Mellitus Gestacional, Tireoideopatias), Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), distúrbios do Líquido Amniótico, Hemorragias da segunda metade gestacional, dentre outras patologias¹⁶.

Mesmo com avanços na área obstétrica, a morbidade e a mortalidade materna ainda se fazem presentes. As complicações obstétricas maternas refletem, sobretudo, nos potenciais de risco durante o pré-natal, parto e puerpério. O levantamento desses dados desperta a necessidade de ações e estratégias nas unidades de saúde voltadas para a saúde materna e infantil. A assistência obstétrica necessita ser colocada não somente como uma questão de saúde pública, mas também como questão moral, ética e econômica¹⁷.

Óbito relacionado ao parto não deve ser esperado ou considerado normal. A maternidade não é uma doença e, portanto, há que se ter muito cuidado ao comparar a mortalidade materna com outros problemas de saúde. A morte materna é um evento sentinela, um importante marcador da qualidade do sistema de saúde, em especial em relação ao acesso, à adequação e à oportunidade do cuidado, intimamente relacionado à vulnerabilidade social das populações. No Brasil, a discussão sobre a mortalidade materna evitável precisa avançar para além das questões sanitárias e as estratégias de enfrentamento precisam evocar a perspectiva reconstrutora do cuidado¹⁷.

No país, predominam as mortes maternas por causas obstétricas diretas. Dentre elas, as Síndromes Hipertensivas Específicas Gestacionais (SHEG) e as Síndromes Hemorrágicas (SH) são as principais causas. As SHEG, juntamente com as SH e a infecção formam a "tríade mortal" e contribuem para o aumento das taxas de mortalidade^{18,19,20}. Atualmente, a morbimortalidade materna no Brasil continua elevada e incompatível com o gradual desenvolvimento econômico e social do País. Os altos índices são usados para avaliar a qualidade da assistência à saúde da mulher e refletem violações ao direito humano, pois a

maioria destas mortes poderia ser evitada^{19,21}.

Em 2015 ocorreram cerca de 303.000 mortes maternas relacionadas com a gravidez ou com o trabalho de parto, 99% das quais em países em desenvolvimento estimando-se que a maioria pudesse ter sido prevenida. A mortalidade materna em países em desenvolvimento é de 239 por 100.000 nados vivos e em países desenvolvidos é de 12 por 100.000 nascidos dos vivos^{22,23}.

A hemorragia é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por cerca de 27,1% das mortes a nível mundial. Em Portugal, as causas mais comuns de morte materna são as síndromes hemorrágicas e as coagulopatias, que correspondem a 26%. A sua prevalência é de aproximadamente 6% em todos os partos no mundo, sendo maior em África 10,45%, seguida pela América Latina e Caraíbas 8,90% e pela Oceania 7,68%, com valores intermédios, depois pela América do Norte 6,37% e Europa 6,38%, e pôr fim a Ásia 2,55%, sendo o país com menor prevalência²⁴.

Apesar dos avanços na área obstétrica, a morbidade e a mortalidade ainda se fazem presentes no ciclo gravídico- puerperal e, principalmente, no período de puerpério. As complicações obstétricas maternas refletem, sobretudo, nos potenciais de risco durante o pré-natal, parto e puerpério. A mortalidade materna é um indicador de saúde que mostra as iniquidades sociais entre os países e entre as regiões ricas e pobres, urbanas e rurais. De acordo com a OMS, a quinta meta do desenvolvimento do milênio, "Melhorar a Saúde da Gestante", estabelecida pela ONU EM 2000, continua como um grande desafio. Ressalta que menos de 40% dos países têm um sistema completo de registro civil com uma boa atribuição da causa da morte, dificultando a estimativa correta da taxa de mortalidade materna²³.

Com um cenário ainda distante do que é preconizado pela OMS, o Brasil é conhecido pela elevada incidência de cesáreas, com uma proporção de 45,5% dessa cirurgia em mulheres de risco obstétrico habitual. Para além da via de parto, as intervenções médicas são excessivas. Apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas dão à luz de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto^{3,25}.

O alarmante aumento das proporções de cesarianas teve efeito paradoxal à medida que o maior uso desta tecnologia não refletiu diminuição da morbimortalidade materna e neonatal e pelo contrário teve impacto no aumento de iatrogenia. Esse efeito alavancou discussões e pesquisas que gradualmente difundiram a percepção da qualidade da assistência estar relacionada com a preservação da fisiologia do parto¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos o Brasil tem investido muito em políticas públicas para a proteção da morte materna. O incentivo através de estratégias para incentivar a utilização das práticas baseadas em evidências foi um dos principais

marcos para esse processo.

Porém ainda não se alcançou o ideal e as principais intercorrências obstétrica que contribuem para elevar o índice de morte materna estão ligadas as doenças infecciosas, cardiopatias ou endocrinopatias (Diabetes Mellitus Gestacional, Tireoideopatias), Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), distúrbios do Líquido Amniótico, Hemorragias da segunda metade gestacional, dentre outras patologias por isso ainda é necessário políticas públicas para promover a mudança efetiva desse cenário.

REFERÊNCIA

- SILVA. B. K., LIMA. L. R. INTERNAÇÕES E ÓBITOS DECORRENTES DE INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS NO ESTADO DO CEARÁ: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), 12., 2016.
- MARCOS J., SANTOS J., WILIANE M., et al. Pregnant woman's position during vaginal delivery: discrepancies between medical and nursing practices. *Rev Bras Pesq Saúde*, v. 19, n. 4, p. 58-64, 2017.
- Leal RC et al. Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. *Rev enferm UFPE on line*, v. 11(Supl. 4), p. 1641-9, abr., 2017.
- Lima TC, Benito LAO. Mortalidade por hemorragia pós-parto no Brasil de 1996 a 2016. 2019. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2019.
- OPAS. Maternal mortality. (2016). [cited 2019 march 30] Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-1-viz?lang=en>.
- Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*, v. 18, n. 4, p. 1059-68, 2013.
- Moreira MEL et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014.
- SILVA T. P. R., DUMONT-PENA E., MOREIRA A. D., ET AL. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*, v. 73(Supl 4);e20180996, 2020.
- VENDRÚSCOLO C. T., KRUEL C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Discip Sci Ciênc Hum*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.
- Filha MMT, Cunha GM. Comparação de desfechos maternos e neonatais em um centro de parto normal e hospitais públicos do SUS em partos de baixo risco. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, 2018.
- COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 81-90, dez. 2010.
- Dias MAB. et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S169-S181, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATA-SUS. Brasília: MS, 2015a. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em outubro/2020.
- Freitas JMS, Narchi NZ, Fernandes RAQ. Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizadas por enfermeiras obstetras. *Esc Anna Nery*, v. 23, n. 4, 2019.
- REGO, M. B. C., MATAÃO, M. E. L. Análise dos partos vaginais e cesarianas no Município de Goiânia-Goiás: antes e após a rede cegonha. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 14, n. 2, p. 83-92, ago./dez. 2016.
- ZANOTELLI, S.; ZATTI, C. A.; FERRABOLI, S. F. Intercorrências clínicas da gestação. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* v. 4, n. 2, p. 05-10. set./nov., 2013.
- Freitas, RAOJ. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* V. 20, n. 2, 2020.
- SOUSA D.M.N., et al. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.500-506, jul-ago. 2014.
- ZUGAIB, M. (Ed.). *Obstetrícia básica*. Barueri-SP: Manole Ltda., 2015. ISBN 978-85-204-3905-0.
- Cunningham FG et al. *Obstetrícia de Williams*. 24.ed. Porto Alegre: AMGH, 2016. ISBN 978-85-8055-525-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- Alkema L et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* 387, 462-474, 2016.
- WHO. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014.
- Peixoto BA. Hemorragia pós-parto imediata. Universidade Coimbra, Portugal, ABRIL, 2019.
- Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17- S32, 2014.