UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JANAINA APARECIDA TINTORI

Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência na região de Ribeirão Preto/SP

RIBEIRÃO PRETO

2019

JANAINA APARECIDA TINTORI

Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência na região de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Orientadora: Profª. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Tintori, Janaina Aparecida
Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência na região de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 2019.
81 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

1. Mortalidade Materna. 2. Assistência à Mulher. 3.Saúde da Mulher.

TINTORI, Janaina Aparecida

Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência na região de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que perderam suas vidas na gestação, parto ou puerpério.

Especialmente in Memorian de Mariana de Oliveira Fonseca-Machado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre me incentivaram na busca pelo conhecimento e ensinamento de valores para minha formação pessoal.

Ao meu marido, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão e apoio em todos meus projetos de vida.

Ao meu filho Pedro, com amor, te agradeço os abraços, carinhos e risos, te agradeço a oportunidade de te gestar e parir com tanta luz e felicidade, fazendo deste momento único e especial em minha existência.

À minha família, minha mãe Solange, minha irmã Patricia, tias, primas, sogra, cunhadas e amigas pelo amor e torcida pelo meu crescimento profissional, o estudo e a causa é por todas nós, registro aqui minha alegria e gratidão por ter vocês em minha caminhada. Agradecendo especialmente e com muito carinho à Laura que muito me incentivou, e colaborou pro meu progresso até aqui.

À Profª. Drª. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, pela atenção, apoio e compartilhamento de conhecimento durante o processo de orientação desta pesquisa e por me aceitar com muito carinho como sua aluna de mestrado.

Às professoras e amizades construídas na EERP pela convivência, respeito e carinho, que muito me ensinaram e contribuíram para meu crescimento científico, intelectual e profissional.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação, em especial a Shirley, pela ajuda nos processos de trabalho durante o curso.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da EERP, na pessoa de Vinícius Vargas, pela atenção e auxílio no processo de encaminhamento do projeto para apreciação.

Ao Centro de Informações Estratégicas em Saúde – CIVS da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, pela autorização da cessão dos dados do Sistema de informação de Mortalidade, na pessoa da diretora Cátia Martinez.

Ao Grupo de Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto – GVE 24, pelo acolhimento e respeito na análise dos dados do SIM-SINASC, nas pessoas de Elisabete Paganini e Regina Carmo, a contribuição de vocês foram essenciais para minha pesquisa.

Ao Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, em nome de seus profissionais, meus colegas de trabalho do Centro de Planejamento e Ações em Saúde do DRS XIII, em especial, minhas queridas amigas Vera de Jesus, Marta Moraes Ramos, Caroline Soares e Élida

Luchesi, pelo carinho, apoio ao meu trabalho e estimulo ao meu aprendizado e aprimoramento.

Ao Comitê Regional de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, pelo aprendizado e incentivo da luta pela melhoria da assistência materno-infantil, através de ações de promoção de saúde e prevenção da morbimortalidade materna, externando minha admiração e respeito a todos, em especial ao Dr. Arthur Watanabe e Dr. Jair Naves dos Reis (*in memorian*), pelas trocas de experiência, parcerias e exemplos de ética profissional.

Ao Comitê Municipal de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal de Ribeirão Preto, na pessoa da Dra. Cristina Mikami Kato, pela parceria, apoio e amizade.

Às Interlocutoras de Saúde da Mulher dos 26 municípios da área de abrangência do DRS XIII, pelo trabalho diário com amor e dedicação em prol das mulheres, especialmente Dra. Suzi Volpato Fabio.

Aos profissionais das maternidades da área de abrangência do DRS XIII que trabalham em prol da melhor assistência ao binômio, focados na humanização, respeito e cuidados de saúde baseados em evidencias cientificas de qualidade.

Enfim, meu agradecimento a todos os amigos de vida, estudo e trabalho, vocês tornam minha caminhada mais alegre.

Para Sempre

Por que Deus permite
que as mães vão-se embora?
Mãe não tem limite,
é tempo sem hora,
luz que não apaga
quando sopra o vento
e chuva desaba,
veludo escondido
na pele enrugada,
água pura, ar puro,
puro pensamento.
Morrer acontece
com o que é breve e passa
sem deixar vestígio.
Mãe, na sua graça,
é eternidade.
Por que Deus se lembra
— mistério profundo —
de tirá-la um dia?
Fosse eu Rei do Mundo,
baixava uma lei:
Mãe não morre nunca,
mãe ficará sempre
junto de seu filho
e ele, velho embora,
será pequenino
feito grão de milho.

Carlos Drummond de Andrade, 1962.

RESUMO

TINTORI, Janaina Aparecida. **Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência na região de Ribeirão Preto/SP.** 2019. 81 p. [dissertação] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde que reflete as condições socioeconômicas e a qualidade de vida de um determinado local. Na maioria das vezes, essas mortes podem ser evitadas por meio de assistência pré-natal de qualidade, assistência hospitalar especializada e recursos humanos aptos às emergências obstétricas. Objetivo: descrever os óbitos maternos declarados ocorridos nos municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 2011 a 2016, identificando os principais problemas da assistência prestada. Método: estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, com análise de dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade, referente aos óbitos maternos declarados. Resultados: a maioria dos óbitos maternos ocorreram em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (63,9%), com média de idade de 28,1 anos, sendo a maioria solteira (50%), raça branca (66,7%), primíparas (41,7%), com ocupações diversas. O acesso ao pré-natal foi perceptível na captação precoce (72,2%) e no número de consultas durante o pré-natal. A morte materna de causa direta resultou em 77,8% dos óbitos e as principais causas de morte foram hipertensão, infecção e hemorragia. A rede de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal possui boa cobertura de atenção básica, equivalente em cobertura de saúde suplementar e possui 20 maternidades em seu território, entre elas, duas com habilitação em gestação de alto risco. Conclusão: a morte materna continua sendo um desafio para a assistência obstétrica, e é fundamental que as boas práticas se tornem rotina. Instituições e profissionais precisam estar adequados e alinhados aos protocolos de atendimento, baseados em evidencias cientificas para um atendimento rápido e preciso. No íntimo de cada morte materna há uma tragédia familiar e um impacto social devastador.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Assistência à Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

TINTORI, Janaina Aparecida. Epidemiology of maternal death and the challenge of qualifying care in the Ribeirão Preto/SP region. 2019. 81 p. [dissertation] - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Maternal mortality is an important health indicator that reflects the socioeconomic conditions and quality of life of a given location. Most of the time, such deaths can be prevented through quality prenatal care, skilled hospital care, and skilled human resources for obstetric emergencies. Objective: To describe the maternal deaths reported in the municipalities in the coverage area of the Regional Health Department of Ribeirão Preto, from 2011 to 2016, identifying the main problems of care provided. Method: descriptive, retrospective study with quantitative approach, with analysis of secondary data of the Mortality Information System, referring to the reported maternal deaths. Results: the majority of maternal deaths occurred in women between the ages of 20 and 29 years (63.9%), with a mean age of 28.1 years, being the majority single (50%), Caucasian (66.7% %), primiparous (41.7%), with different occupations. Access to prenatal care was noticeable at precocious screening (72.2%) and in the number of prenatal consultations. Direct maternal death resulted in 77.8% of deaths and the main causes of death were hypertension, infection and hemorrhage. The women's health care network in the pregnancy-puerperal cycle has good coverage of basic care, equivalent in supplementary health coverage, and has 20 maternity hospitals in its territory, including two with high risk pregnancy. Conclusion: Maternal death continues to be a challenge for obstetric care, and it is essential that good practices become routine. Institutions and professionals need to be adequate and in line with the protocols of care, based on scientific evidence for fast and accurate care. At the heart of every maternal death there is a family tragedy and a devastating social impact.

Key words: Maternal Mortality. Health Care. Women's Health.

RESUMEN

TINTORI, Janaina Aparecida. Epidemiología de la muerte materna y el desafío de la calificación de la asistencia en la región de Ribeirão Preto. 2019. 81 p. [disertación] - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/SP, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La mortalidad materna es un importante indicador de salud que refleja las condiciones socioeconómicas y la calidad de vida de un determinado lugar. En la mayoría de las veces, estas muertes pueden ser evitadas por medio de asistencia prenatal de calidad, asistencia hospitalaria especializada y recursos humanos aptos a las emergencias obstétricas. Objetivo: describir los fallecimientos maternos declarados ocurridos en los municipios del área de cobertura del Departamento Regional de Salud de Ribeirão Preto, en el período de 2011 a 2016, identificando los principales problemas de la asistencia prestada. Método: estudio descriptivo, retrospectivo con abordaje cuantitativo, con análisis de datos secundarios del Sistema de Información de Mortalidad, referente a los óbitos maternos declarados. Resultados: la mayoría de las muertes maternas ocurrieron en mujeres en el grupo de edad de 20 a 29 años (63,9%), con una media de edad de 28,1 años, siendo la mayoría soltera (50%), raza blanca (66,7) %), primíparas (41,7%), con ocupaciones diversas. El acceso al prenatal fue perceptible en la captación precoz (72,2%) y en el número de consultas durante el prenatal. La muerte materna de causa directa resultó en 77,8% de las muertes y las principales causas de muerte fueron hipertensión, infeccíon y hemorragia. La red de atención a la salud de la mujer en el ciclo gravídico-puerperal posee buena cobertura de atención básica, equivalente en cobertura de salud suplementaria y posee 20 maternidades en su territorio, entre ellas, dos con habilitación en gestación de alto riesgo. Conclusión: la muerte materna sigue siendo un desafío para la asistencia obstétrica, y es fundamental que las buenas prácticas se vuelvan rutinarias. Las instituciones y los profesionales necesitan ser adecuados y alineados a los protocolos de atención, basados en evidencias científicas para una atención rápida y precisa. En lo íntimo de cada muerte materna hay una tragedia familiar y un impacto social devastador.

Palabras clave: Mortalidad Materna. Asistencia sanitaria. Salud de la mujer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mulheres que foram à óbito no seu ciclo gravídico puerperal, segundo as variáveis sociodemográficas.....42

Tabela 2 – Caracterização das variáveis obstétricas do ciclo gravídico-puerperal.....43

Tabela 3 – Caracterização dos óbitos por local de ocorrência e condição de assistência.....44

Tabela 4 – Distribuição dos óbitos maternos por tipo e causa obstétrica.....45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Departamentos regionais de saúde do Estado de São Paulo.....30

Figura 2 – Distribuição dos municípios das regiões de saúde do DRS XIII 31

Figura 3 – Distribuição da média de cobertura da saúde suplementar e atenção básica por região de saúde do DRS XIII.....46

Figura 4 – Mapa de maternidades do DRS XIII.....47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Razão da mortalidade materna no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto.....41

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIVS	Centro de Informações Estratégicas em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESP	Estado de São Paulo
GAR	Gestação de Alto Risco
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IG	Idade Gestacional
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MM	Mortalidade Materna
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos Desenvolvimento Milênio
ODS	Objetivos Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PN	Pré-Natal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCo	Unidade de Cuidado Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidado Canguru
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIn	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO....19
1 INTRODUÇÃO....22
1.1 Definições e conceitos....22
1.2 Razão de mortalidade materna: indicador de saúde....22
1.3 Políticas públicas para a saúde das mulheres....23
1.4 Pactuações internacionais e nacionais para redução da morte materna....26
1.5 Regionalização da saúde – regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto....28
1.6 Justificativa do estudo....31
2 OBJETIVOS DO ESTUDO....33
2.1 Objetivo geral....33
2.2 Objetivos específicos....33
3 MATERIAIS E MÉTODOS....35
3.1 Delineamento do estudo....35
3.2 População e período do estudo....35
3.3 Local do estudo....35
3.4 Fontes de dados secundários....36
3.5 Variáveis do estudo....36
3.6 Critérios de inclusão e exclusão....37
3.7 Procedimentos de coleta de dados....37
3.8 Análise dos dados....37
3.9 Considerações Éticas....38
4 RESULTADOS....40
4.1 Distribuição da mortalidade materna no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto por região de saúde....40
4.2 Mortalidade materna segundo perfil epidemiológico....40
4.3 Mortalidade materna segundo assistência no pré-natal e parto....42
4.4 Mortalidade materna segundo tipo e causa obstétrica....44
4.5 Estrutura de redes de atenção à saúde que prestam atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no DRS XIII....44
4.5.1 Cobertura de saúde suplementar e de atenção básica....45
4.5.2 Maternidades e leitos habilitados na Rede Cegonha....45
5 DISCUSSÃO....48
Limitações do estudo....58
6 CONCLUSÃO....60
REFERÊNCIAS....63
Apêndices....71
Anexos....76

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Bacharel em Enfermagem, turma XXVI, pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) (2007-2011). Durante a graduação tinha grande interesse nas áreas voltadas para cardiologia e obstetrícia, foram minhas matérias e estágios preferidos. Em 2008, logo no segundo período de faculdade, fui aprovada para compor a Liga de Hipertensão Arterial (LHA) da UFTM e convidada no ano seguinte para coordenação discente da Liga. Esses anos na LHA me chamaram a atenção para os temas de hipertensão na gestação e gestação de alto risco. Na graduação também fui bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET Enfermagem UFTM), organizado e orientado pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e da educação tutorial, do segundo até o sétimo período da faculdade. No PET participei de várias extensões, entre elas as voltada à saúde das mulheres na comunidade e formei a comissão organizadora da 1ª Jornada de Saúde da Mulher da UFTM. Nos estágios supervisionados de último período, escolhi três setores: clínica médica, UTI coronária e o setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola, atuando no alojamento conjunto, pré-parto e cuidados ao recém-nascido.

Ao me formar em julho de 2011 me mudei para São Paulo e iniciei os processos de estudo para concurso, e também trabalho voluntário como enfermeira do Pré-natal na Maternidade Amparo Maternal, já que encontrei enorme dificuldade de colocação no mercado de trabalho devido à falta de experiência.

No final do mesmo ano fui aprovada na Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (2012-2013).

Entre trabalho voluntário, especialização e estudos, no meio do ano de 2012 fui aprovada em 7º lugar do concurso público para Enfermeira efetiva da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP), com anuência para o Ambulatório da Maternidade Interlagos em janeiro de 2013, mesmo ano e período que defendi o TCC da Especialização: “O papel do enfermeiro na assistência à paciente com Síndrome *Hellp*”. Solicitei dispensa do trabalho voluntário e assumi o cargo em abril do mesmo ano. Em novembro de 2014 fui convidada para assumir a Supervisão de Enfermagem do ambulatório onde me dediquei até junho de 2016.

Transferida a pedido para Ribeirão Preto, e através de processo seletivo interno da SESSP, hoje atuo como Articuladora da Saúde da Mulher, no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII, desde julho de 2016.

Como articuladora sou responsável pelo apoio técnico nas diversas temáticas da saúde da mulher aos 26 municípios da área de abrangência do departamento atuando na promoção de saúde e prevenção de doenças e também no monitoramento das maternidades.

Ao final do mesmo ano da transferência para Ribeirão Preto fui aprovada em 1º lugar do processo seletivo do mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2017-2019). Realizei a matrícula para o Curso de Mestrado no dia 23 de janeiro de 2017, sob a temática de Mortalidade Materna orientação da Profª. Drª. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz.

O tema escolhido se deu devido meu envolvimento como membro titular do Comitê Regional de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal do DRS XIII, causando-me inquietação após análise das mortes, considerando o perfil de óbito materno na região diferente do que acontece no Brasil e no mundo e porque os casos em sua grande maioria são evitáveis.

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP EERP/USP em novembro de 2017 para avaliação ética, sendo aprovado em 14 de dezembro de 2017. A autorização do uso dos dados do Sistema de Mortalidade (SIM) foi cedida em maio de 2018 pelo Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIVS).

Espero que os resultados deste estudo possam chamar a atenção para a gestão de todos os níveis de complexidade e hierarquização, destacando a necessidade de intervenção imediata, numa população onde a morte materna é em sua maioria evitável, evidenciando um grande problema de saúde pública com inenarrável impacto familiar e social.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definições e conceitos

A morte materna (MM) é definida como o óbito de uma mulher na gestação, no parto ou 42 dias após o parto, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pelo período, excluindo causas acidentais ou incidentais (OMS, 2008).

Os óbitos maternos são divididos em dois grupos: diretos e indiretos. As principais causas diretas são a hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal e o aborto, essas causas na maioria das vezes, são consideradas evitáveis, e essa evitabilidade se daria por meio de assistência pré-natal (PN) de qualidade, assistência hospitalar especializada e recursos humanos aptos às emergências obstétricas. Já os óbitos maternos indiretos têm suas causas baseadas em doenças preexistentes como doenças do aparelho circulatório, hipertensão preexistente, diabetes mellitus, doenças do vírus da imunodeficiência humana (HIV), entre outras condições complicadas ou potencializadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, parto ou puerpério (MENDES et al., 2013).

1.2 Razão de mortalidade materna: indicador de saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o dia do nascimento pode ser o dia mais perigoso para mães e bebês, todo ano mais de 300.000 mulheres morrem durante ou após o parto em todo o mundo, ainda segundo o relatório sobre a implementação global de vigilância e resposta à MM, a maioria das mortes se resumem à imperícia ou negligência médica (WHO, 2016).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos por cada 100 mil nascidos vivos (NV). No Brasil, em 2011, esse número foi de 55,3/100.000 NV; mas devido à subnotificações, estaria próximo de 64,8/100.000 NV, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA (PORTAL ODM, 2018).

Segundo dados da OMS, enquanto países desenvolvidos, como a França, Finlândia, Noruega, Japão, Suécia, possuíam RMM igual a 10 no ano de 2010, diversos países em

desenvolvimento como Nigéria, Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão, apresentaram a RMM igual ou maior que 200 para o mesmo ano (WHO, 2013).

É imprescindível que todo óbito de mulher em idade fértil seja investigado, e toda morte materna declarada sejam verificadas as suas causas, identificando os problemas assistenciais, recomendando soluções e ações rápidas para evitar outras mortes ou o *near miss* materno. A assistência básica e hospitalar devem estar integradas, garantindo atendimento especializado com profissionais qualificados para prestação imediata do serviço (MENDES et al., 2013).

A mortalidade materna é um indicador de saúde muito importante que reflete as condições sociais, econômicas e de qualidade de vida das pessoas que vivem em um determinado local, a partir desse indicador é possível avaliar as condições de saúde, consequentemente, criação de políticas públicas que orientem e regulem as atividades governamentais, no caso de politicas de atenção materno-infantil, essas medidas são essenciais para a reorganização do sistema de saúde e reflexos positivos na assistência às mulheres e crianças (BRASIL, 2014).

1.3 Políticas públicas para a saúde das mulheres

As políticas públicas voltadas para a atenção da saúde da mulher no Brasil foram pouco significativas no inicio do século XX até meados da década de 70, onde a assistência à mulher era restrita e pautada apenas para a reprodução, as ações em saúde eram fragmentadas e sem integração com outros programas de saúde, evidenciando a desigualdade de gênero, tal politica favorecia os altos índices de morbimortalidade materna e fetal e representava um desafio para a assistência obstétrica no Brasil (MOURA, 2004).

Com a Declaração Alma-Ata em 1978, formulada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na República do Cazaquistão, tendo em vista os principais problemas de saúde, foi estabelecido como prioridade à atenção à assistência materno-infantil, planejamento familiar, imunização, promoção e prevenção de doenças (ALMA-ATA, 1978). A partir disso, movimentos feministas reivindicaram questões voltadas para a assistência à mulher em sua integralidade, como gênero, trabalho, sexualidade, igualdade, anticoncepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (MOURA, 2004).

Seguindo a tendência de promover uma assistência integrada e com acesso universal, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo foi criado no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo um dos objetivos é de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Conforme determina a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a "Saúde é direito de todos e dever do Estado", sendo o SUS regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, destacando, portanto, que saúde não se limita apenas a ausência de doença, mas, sobretudo à qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas, que promovam a redução de desigualdades regionais, desenvolvimentos econômico e social (BRASIL, 1990).

E assim, seguindo os anos na criação de politicas públicas e diretrizes para a saúde das mulheres no Brasil e no mundo, em 1996, a OMS elaborou um documento recomendando as boas práticas durante o parto e o nascimento para condução da melhor assistência de saúde às mulheres e bebês, destacando o que deveria e o que não deveria ser práticas de saúde pelos profissionais durante a assistência perinatal, baseados em evidencias cientificas, através de pesquisas realizadas em vários países do mundo. O documento foi dividido em quatro categorias, sendo as recomendações classificadas em A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas), B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas) C (práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela) e D (práticas frequentemente usadas de modo inadequado), sendo esse protocolo utilizado para padronizar de forma qualificada e humanizada a assistência obstétrica em todo o mundo (OMS, 1996).

Durante a Cúpula do Milênio, representantes de 189 países se reuniram na Sede das Nações Unidas, em Nova York, no ano de 2000, com o olhar voltado para os principais problemas que afetariam o mundo no novo milênio. Esse encontro culminou na pactuação de oito objetivos e 21 metas para melhoria das condições de vida das populações mais pobres do planeta até 2015. Dentre esses Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o 5º objetivo propunha melhoria da saúde das gestantes com a redução da MM em 75% até 2015 para os países signatários, entre eles o Brasil, demonstrando preocupação com a morte de mulheres durante seu ciclo gravídico puerperal em todo o mundo (UNITED NATIONS, 2014).

Contudo, no Brasil, a meta nacional para atingir o 5º ODM estava pautada em ações que garantissem a cobertura universal em ações sexuais e reprodutivas pelo SUS, e análise

dos indicadores de saúde de óbitos maternos, segundo o grupo de causa, proporção de consultas de PN e número de internações por abortamento no país. Sendo esse monitoramento importante para criação de mais politicas de incentivo à saúde das mulheres no país, como (PORTAL ODM, 2018):

- Programa de Humanização no Pré-Natal e Parto (2001): em junho de 2001, o Brasil, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania, estabelecendo princípios e diretrizes que norteiam as ações de assistência ao PN e parto, organização de regulação de casos e novos investimentos para a assistência ao parto (BRASIL, 2001);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (2004): o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com planos de ações propostos para qualidade e integralidade da assistência, embasados na politica nacional e fortalecida pelos preceitos do SUS. Processo que se tornou importante para a evolução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1983 que tinha como diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção à saúde das mulheres, (BRASIL, 2004a, 2013).
- Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004): acontecia em Brasília, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2004, o Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, realizado pelo MS, para pactuação de ações e politicas de saúde que fossem realmente efetivas baseadas no compromisso assumido durante as Conferências Internacionais, destacando a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e tendo a redução da morte materna e neonatal, como prioridade (BRASIL, 2004b).
- Política Nacional dos direitos Sexuais e Reprodutivos (2005): uma prioridade do governo em 2005, pautada também nas discussões de saúde pública e atenção à saúde das mulheres nas conferências internacionais que visava garantir os direitos de homens, mulheres, e adolescentes, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente no planejamento familiar e prevenção de Infeção Sexualmente Transmissível (IST) e AIDS/HIV (BRASIL, 2005).

1.4 Pactuações internacionais e nacionais para redução da morte materna

Apesar dos esforços de todas as esferas de governo, em especial na saúde, para criação de políticas públicas com foco na redução da MM e diretrizes para melhoria da assistência à mulher em seu ciclo gravídico puerperal, o Brasil avançou pouco em relação aos valores esperados e pactuados na Cúpula do Milênio, nos levando a reflexão sobre quais ações e cuidados na área de saúde da mulher devem ser realizados para que seja possível a mudança do panorama atual e melhorares condições de assistência ao binômio (RUIZ; WYSOCKI, 2016).

O prazo para o cumprimento dos ODM se encerrou em 2015 e o objetivo de redução de morte materna não foi atingido em sua totalidade, sendo poucos estados no Brasil a alcançarem a meta. Ainda assim, o combate à morte materna permaneceu no foco da agenda de saúde global e do desenvolvimento internacional com os novos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), estratégia que sucedeu o ODM, e propôs a eliminação da morte materna evitável, tendo como meta universal a razão de mortalidade materna inferior a 30 mortes para cada 100.000 NV (SOUZA, 2015).

Com todo panorama de implementação de políticas públicas voltadas para a assistência à saúde da mulher, fortalecimento do sistema único de saúde, melhoria da qualidade da assistência, aumento de indicadores sociais com os programas de transferência de renda e pactuações internacionais para melhoria dos indicadores, alguns países apresentaram uma gradual melhora nos índices de morte materna. Essas transformações politicas, econômicas e sociais refletiram em alguns aspectos como tendência de diminuição da mortalidade materna, e esse fenômeno foi chamado de “transição obstétrica”, conforme estadiamentos abaixo (SOUZA, 2015).

Estágio I (RMM > 1.000 mortes maternas/100.000 NV): caracterizado pela mortalidade materna muito alta, com alta fertilidade e a predominância de causas diretas de mortalidade materna, juntamente com uma grande proporção de mortes atribuíveis a doenças transmissíveis. A maior parte das mulheres não recebe assistência obstétrica profissional ou não têm acesso a estabelecimentos de saúde.

Estágio II (RMM: 999-300 mortes maternas/100.000 NV): a mortalidade e fertilidade permanecem muito elevadas, com um padrão de causas similar ao Estágio I. No entanto, uma maior proporção de mulheres começam a procurar e receber atendimento nas unidades de saúde.

Estágio III (RMM: 299-50 mortes maternas/100.000 NV): a fertilidade é variável e as causas diretas de mortalidade ainda predominam. Esta é uma fase complexa porque o acesso continua a ser um problema para uma grande parte da população, mas como uma maior proporção de mulheres grávidas chega aos serviços de saúde, a qualidade de atendimento torna-se um dos principais determinantes dos resultados de saúde, especialmente no que diz respeito aos serviços de saúde sobrecarregados. Além da prevenção primária, a prevenção secundária e a terciária são fundamentais para melhorar os resultados de saúde materna neste estágio.

Estágio IV (RMM < 50 mortes maternas/100.000 NV): a mortalidade materna é baixa, há baixa fertilidade e causas indiretas de mortalidade materna; em particular, as doenças crônico-degenerativas adquirem maior importância. Um aspecto que emerge nesta fase é o papel cada vez maior da medicalização como uma ameaça à qualidade e melhores resultados de saúde.

Estágio V (RMM < 5 mortes maternas/100.000 NV): todas as mortes maternas evitáveis são de fato evitadas. A mortalidade materna é muito baixa, a taxa de fertilidade é baixa ou muito baixa e as causas obstétricas indiretas associadas às doenças crônico-degenerativas são as principais causas de mortalidade materna. Os principais desafios deste estágio são a consolidação de avanços contra a violência estrutural (por exemplo, a desigualdade de gênero), manejo efetivo das populações vulneráveis (por exemplo, pessoas imigrantes, refugiadas e deslocadas no próprio país) e a sustentabilidade da excelência na qualidade do atendimento.

A transição obstétrica inclui a queda de fertilidade, aumento do envelhecimento da população obstétrica, o aumento gradual das taxas de intervenções durante a gestação e o nascimento e diminuição dos óbitos por causas diretas (evitáveis) e aumento dos óbitos maternos por causas indiretas (inevitáveis) (SOUZA, 2013, 2014). Modelo proposto como uma teoria para explicar a evolução do perfil de mortalidade materna e orientar a formulação de estratégias de enfrentamento da MM, conforme suas características (CHAVES, 2015).

E para garantir e dar continuidade ao processo de reorganização da assistência em saúde para mulheres e crianças, em 2011 o governo lançou a estratégia Rede Cegonha, sob a Portaria GM nº 1.459 do Ministério da Saúde. A estratégia visa o acesso a uma rede de cuidados, habilitação e custeio de leito e indicadores, tendo a mulher o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada desde a descoberta da gravidez, gestação, parto e puerpério, incluindo também a assistência e acompanhamento da criança até os dois

anos de idade, com direito a assistência segura no nascimento e desenvolvimento de forma saudável e humanizada (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha também propõe o monitoramento de alguns indicadores de saúde, qualificação dos componentes e certificação da estratégia nas regiões de saúde, tal monitoramento é estratégico para avaliação das práticas, ações e metas de toda assistência no ciclo gravídico-puerperal no âmbito do SUS pelo MS, a fim de reduzir a MM e infantil (BRASIL, 2011a).

Além da responsabilidade da gestão e serviços quanto à estrutura, logística e atendimento adequado na hora do parto e nascimento, há a preocupação aos cuidados prestados durante todo o PN. Toda essa integralidade deve ser incorporada ao processo de trabalho, qualificando a assistência, identificando e solucionando os problemas de saúde e reorganizando os atendimentos de atenção básica para mulher (SANTOS NETO et al., 2012).

Não focando a responsabilidade das melhorias de assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal apenas ao SUS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em parceria com o MS, lançou em 2015 uma iniciativa que propunha mudanças de assistência ao parto nos hospitais privados, com objetivo de reduzir as taxas de cesáreas e melhorar o modelo de atenção ao parto e nascimento. No mesmo ano, publicou a Resolução Normativa nº 368, que garante o acesso de beneficiárias de planos de saúde aos percentuais de cirurgias cesáreas por médicos e instituições e a utilização do partograma e do cartão da gestante, nos serviços privados. Esse projeto recebeu o nome de “Parto Adequado”, tendo 42 maternidades privadas participantes no Brasil (ANS, 2015).

1.5 Regionalização da saúde – regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Ao se discutir uma proposta de organização do SUS deve-se primeiro analisar quais são necessidades de saúde da população. E essa situação de saúde é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos, considerando o movimento de transição e a tripla carga de doenças (MENDES, 2011).

Para construção das redes de atenção à saúde é preciso conhecimento do território, das politicas públicas da rede temática em questão, das portarias e diretrizes vigentes, modelo de

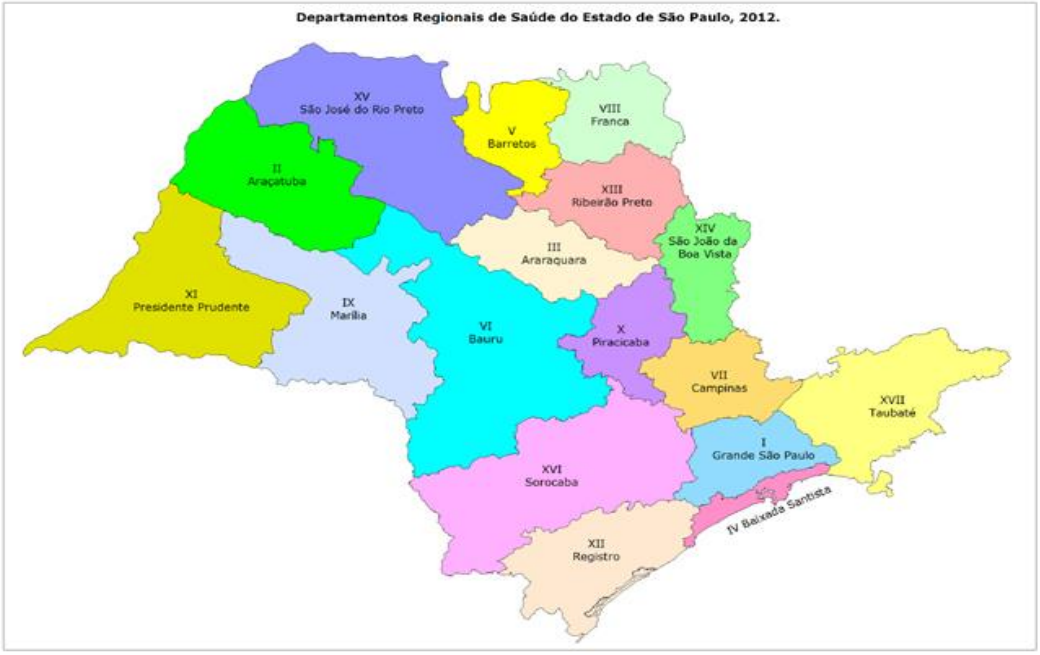
atenção de saúde do local e qual estrutura operacional existente e disponível para adequação dos fluxos (MENDES, 2011).

Segundo Malta e Merhy (2010) o cuidado aos usuários deve se dar de forma integral, e essa atenção só é possível se o cuidado for baseado em redes. Entendendo cada serviço com componente fundamental da linha de cuidado para que o cuidado seja individual e integral, com projeto terapêutico adequado, baseado nas ações necessárias para o acesso, integrando promoção, prevenção, vigilância e gestão.

O decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, dá ênfase à implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), como estratégia para ordenar os diferentes níveis de atenção – básica, média e alta complexidade, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos. Essas iniciativas recentes na formulação da política e descentralização das ações de assistência garantem o acesso e a integralidade das diferentes racionalidades dadas pela saúde coletiva e pela saúde individual e a pactuação entre os gestores (DUARTE, 2015).

O Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII é um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo e conta com uma população estimada de 1.327.989 habitantes (IBGE, 2010), conforme figura 1.

Figura 1 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2018.



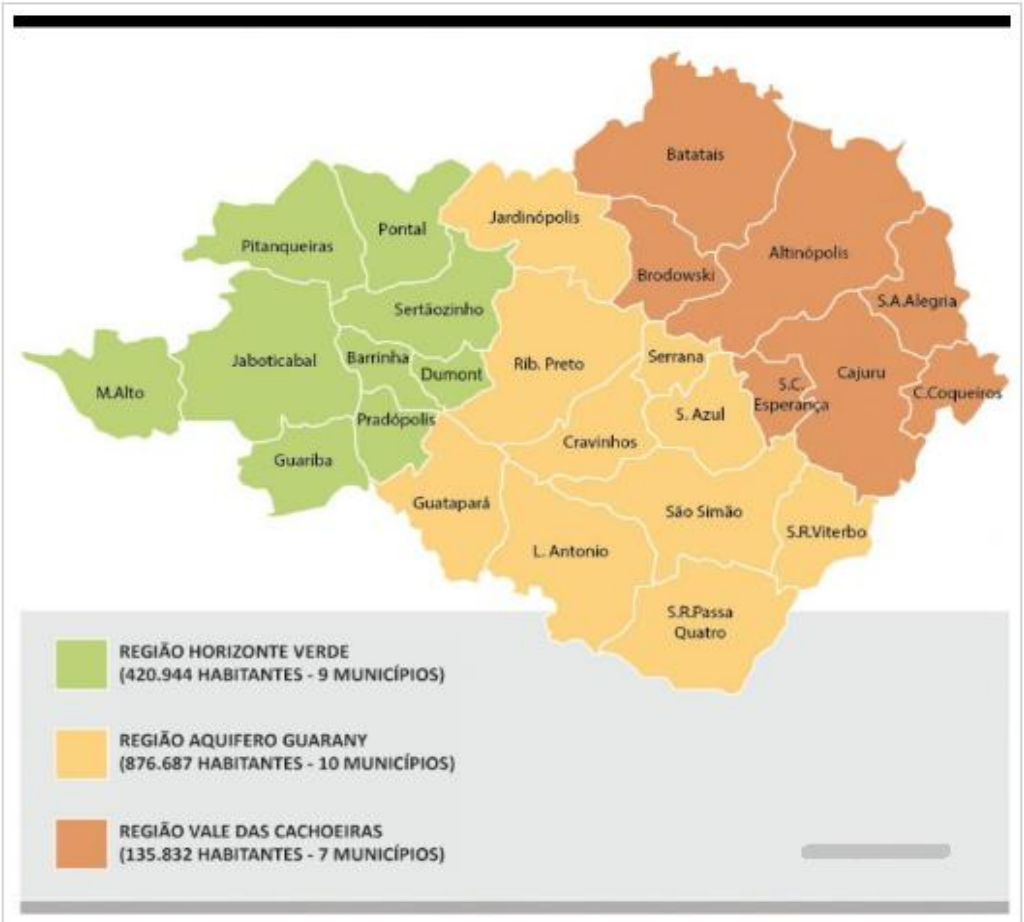
Fonte: SESSP

As regiões de saúde estabelecem diretrizes gerais para a instituição de regiões de Saúde no âmbito do SUS, de acordo com a Resolução nº 1 de 29 de setembro de 2011:

> § 1º Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b, p. 1).

Composto por 26 municípios, o DRS XIII é dividido em três regiões de saúde: Aquífero Guarani (10 municípios), Horizonte Verde (09 municípios) e Vale das Cachoeiras (07 municípios), conforme figura 2.

Figura 2 - Distribuição dos munícipios das regiões de saúde do DRS XIII, 2018.



Fonte: SESSP

A divisão de regiões de saúde no DRS XIII ocorreu de uma forma que garantisse a equação entre equidade no acesso e economia de escala, seguindo parâmetros técnicos de

portarias e legislações. Considerando o planejamento das ações e pactuações de saúde, objetivou-se garantir a atenção à saúde para a população com acesso a serviços de atenção básica, média e de alta complexidade, pactuados com arranjos interregionais ou macrorregionais de acordo com as potencialidades de cada região geográfica, estruturandoo processo de descentralização para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas (SÃO PAULO, 2007).

Segundo, o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério (SÃO PAULO, 2010) a descentralização da saúde e articulação com a rede é importante, pois:

- Articulação entre todas as unidades da rede regional de atenção à saúde garante atendimento contínuo e de qualidade em situações eletivas ou de emergência durante o pré-natal, parto, puerpério e para o recém-nascido, com garantia da integralidade e atendimento especializado, quando indicado;
- Os mecanismos de regulação médica efetiva garantem o acesso aos serviços, exames, medicações e segurança no eventual transporte das pacientes com veículos adequados a cada caso.
- Os municípios devem ofertar assistência à saúde de qualidade a todas as gestantes durante o PN, e para as puérperas e recém-nascidos, devendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) terem profissionais habilitados, estrutura adequada e organização dos processos de trabalho, ajustado no modelo de gestão participativa para que dificuldades possam ser sanadas e garantam a autonomia nas condutas relativas à assistência à saúde.

1.6 Justificativa do estudo

Diante dos levantamentos expostos acima, justifica-se o presente estudo, a partir da preocupação com o aumento do número de mortes maternas na região do DRS XIII nos últimos anos. Faz-se importante descrever as causas de óbitos maternos e avaliar a assistência prestada, destacando a necessidade de intervenção numa população onde a morte materna é em sua maioria evitável, evidenciando um grande impacto familiar e social. Os óbitos não são apenas problemas de saúde pública, mas também refletem a inequidade social e uma violação aos direitos humanos e à dignidade das mulheres.

Objetivos

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Descrever os óbitos maternos declarados ocorridos nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto e suas respectivas redes de atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no período de 2011 a 2016.

2.2 Objetivos específicos

i. Apresentar a razão de morte materna no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto;
ii. Identificar o perfil epidemiológico das mulheres que foram a óbito em seu ciclo gravídico-puerperal;
iii. Analisar as variáveis relacionadas à assistência no pré-natal e parto das mulheres que foram a óbito no seu ciclo gravídico-puerperal;
iv. Conhecer a estrutura de redes de atenção que prestam atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal;

Materiais e Métodos

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

O delineamento da pesquisa é descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa. Foram analisados os dados secundários do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) referente aos óbitos maternos declarados ocorridos nos municípios da área de abrangência do DRS XIII. Os dados da razão de mortalidade materna no DRS XIII foram obtidos pelo banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

3.2 População e período do estudo

A população estudada foi constituída por mulheres que foram a óbito em seu período gravídico-puerperal, residentes em um dos 26 municípios da área de abrangência do DRS XIII, no período de 2011 a 2016.

3.3 Local do estudo

O DRS XIII situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo com uma extensão territorial de 9.348 Km². A região tem a economia baseada principalmente na agropecuária, na agricultura e na indústria. Os setores de serviços e comércio também são fortes. A posição geográfica regional proporciona acesso a um sistema viário multimodal, composto por rodovias, ferrovias e várias estradas secundárias, o que facilita o intercâmbio com as demais regiões do estado e do país e contribui para o desenvolvimento econômico e social (SEADE, 2016).

O DRS XIII conta ainda com o Comitê Regional de Vigilância a Morte Materna, Infantil e Fetal, oficialmente ativo desde 2010.

3.4 Fontes de dados secundários

A obtenção de dados secundários deu-se via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) por meio dos sistemas: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Os dados de estrutura de redes foram obtidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo esses dados de estabelecimentos do SUS e não SUS.

SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos que visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Tem como benefícios subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do SUS (DATASUS, 2017);

SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade criado para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir de sua criação foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (DATASUS, 2017);

CNES: O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde visa automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (MS, SES, SMS, etc.) com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde (DATASUS, 2017).

3.5 Variáveis do estudo

Para permitir análises ampliadas e multifatoriais sobre a mortalidade materna neste estudo, utilizamos as seguintes variáveis:

- **Sociodemográficas:** faixa etária, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação e procedência.
- **Relativas ao óbito:** local do óbito, a morte ocorreu em que momento do ciclo gravídico-puerperal, assistência médica durante a doença que ocasionou o óbito, diagnóstico confirmado por necropsia e causa da morte materna obstétrica,

- **Relativas ao pré-natal e parto:** local onde realizou o pré-natal, número de gestações, captação precoce, número de consultas de pré-natal, via de parto, profissional que assistiu ao parto.
- **Relativas à rede de atenção à saúde:** identificação do percentual de cobertura de atenção básica e saúde suplementar por regiões de saúde do DRS XIII, identificação das maternidades, números de leitos obstétricos de risco habitual e de gestação de alto risco (GAR), e total de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) adulto.

3.6 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: óbito materno obstétrico direto ou indireto, declarado, de mulheres residentes nos municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto, ocorridos no período de 2011 a 2016;

Critérios de exclusão: foram excluídos os registros de óbitos por outras causas não consideradas ou não relacionadas ao processo gravídico-puerperal.

3.7 Procedimentos de coleta de dados

Após autorização pelo Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIVS) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) os dados foram coletados das Declarações Óbito e ficha síntese de investigação que estão sob domínio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Foi criado um instrumento de coleta de dados para análise das variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas ao óbito materno, assistência, histórico obstétrico e estrutura de redes de atenção em saúde.

3.8 Análise dos dados

Os dados do SIM foram autorizados e enviados pelo CIVS da CCD da SESSP, disponibilizado no *pendrive* em planilhas eletrônicas formatadas no software Excel. Os instrumentos preenchidos foram numerados de acordo com a ordem da coleta dos dados e

para garantir a qualidade e confiabilidade do processo de digitação, os dados passaram por validação via dupla digitação em planilhas subsequentes.

Os dados foram analisados de modo descritivo com a análise univariada. As variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%); e para as variáveis quantitativas foram calculados valores de média e mediana, desvios padrão e valores máximos e mínimos.

3.9 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o número CAAE 79532617.0.0000.5393 e encaminhado ao Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIVS) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES SP), a fim de atender às recomendações contidas na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

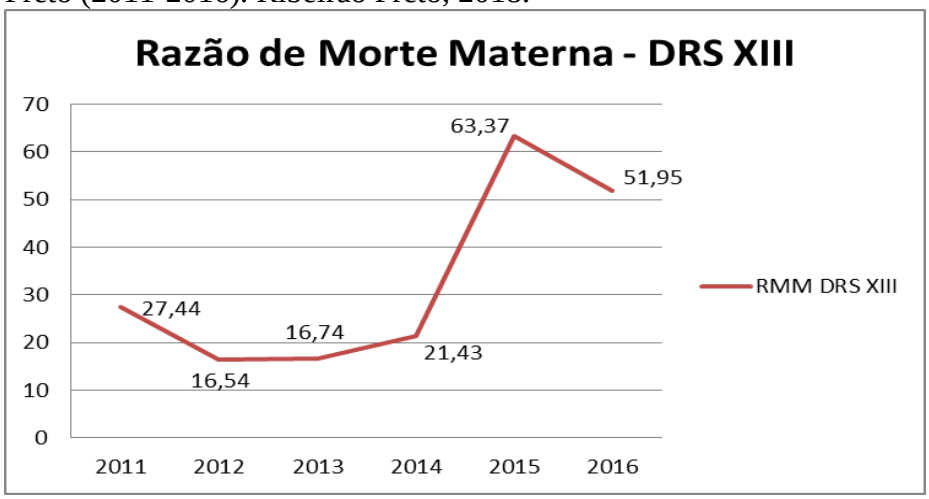
4 RESULTADOS

4.1 Distribuição da mortalidade materna no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto por região de saúde

Mediante a análise dos dados secundários obtidos através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foram encontrados os registros de 36 óbitos maternos de mulheres residentes nos municípios da área de abrangência do DRS XIII, no período de 2011 a 2016, com destaque para região do Aquífero Guarani com total de 20 óbitos (55,5%), seguido de nove óbitos (25%) na região do Horizonte Verde e sete (19,5%) na região do Vale das Cachoeiras.

A distribuição da RMM do DRS XIII está representada no quadro 1, observando aumento das mortes a partir de 2015.

Quadro 1 - Razão da mortalidade materna no Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (2011-2016). Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: DATASUS, 2018.

4.2 Mortalidade materna segundo perfil epidemiológico

Observando o perfil de morte dessas mulheres, 23 óbitos (63,9%) ocorreram em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, seguido de 11 óbitos (30,6%) na faixa etária de 30 a 39 anos, e dois óbitos (5,6%) nas mulheres abaixo de 20 anos, nenhum óbito foi encontrado em mulheres acima de 40 anos e a média de idade dessas mulheres foi de 28,1 anos.

Analisando a variável de situação conjugal, 18 mulheres (50%) eram solteiras e 12 (33,4%) casadas ou tinham união estável, já na análise da raça/cor, 24 mulheres (66,7%) eram brancas, seguidas de cinco (13,9%) pardas e cinco (13,9%) negras. O perfil de escolaridade mostrou que 19 mulheres (52,8%) tinham oito anos ou mais de estudo, destas cinco (13,9%) tinha ensino superior completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres que foram a óbito no seu ciclo gravídico-puerperal, segundo as variáveis sociodemográficas, no DRS XIII (2011-2016). Ribeirão Preto, 2018.

	N (nº absoluto)	**RS Horizonte Verde**	**RS Aquífero Guarani**	**RS Vale das Cachoeiras**	**% MM DRS XIII**
Faixa etária					
< 20 anos	2	-	1	1	5,6
20 a 29 anos	23	6	12	5	63,9
30 a 39 anos	11	3	7	1	30,6
Situação conjugal					
Casada	10	3	5	2	27,8
Solteira	18	3	12	3	50,0
União estável	2	1	-	1	5,6
Outro	1	-	1	-	2,8
Ignorado	5	2	2	1	13,9
Raça/Cor					
Branca	24	6	12	6	66,7
Preta	5	1	4	-	13,9
Parda	5	2	2	1	13,9
Ignorado	2	-	2	-	5,6
Escolaridade					
Nenhuma	1	-	1	-	2,8
Fundamental	5	1	3	1	13,9
Ensino médio	8	2	3	3	22,2
Superior completo	5	1	3	1	13,9
Superior incompleto	6	2	3	1	16,7
Ignorado	11	3	7	1	30,6
Ocupação					
Com renda	11	2	6	3	30,6
Branco	5	1	3	1	13,9
Ignorado	20	6	11	3	55,6

Fonte: SESSP/CCD/CVIS, 2018

4.3 Mortalidade materna segundo assistência no pré-natal e parto

Quanto ao local de realização do PN, 13 mulheres (36,1%) acompanharam suas gestações na atenção primária, ou seja, PN de risco habitual, acompanhadas pelo médico e enfermeiro nas unidades básicas de saúde de seus respectivos municípios, seguidos de -nove mulheres (19,4%) que estavam inseridas no acompanhamento de alto risco e 5 (13,9%) que realizaram o PN na saúde suplementar. Das 36 mulheres que morreram, 15 estavam na sua primeira gestação (41,7%), 10 (27,8%) eram secundigestas e 11 (30,6%) eram multigestas.

Ao verificar o início do PN em relação a idade gestacional, 26 mulheres (72,2%) iniciaram o acompanhamento antes da 12ª semana, e em relação ao número de consultas, 18 mulheres (50%) realizaram sete ou mais consultas , seguidas de sete gestantes (19,4%) com quatro a seis consultas e -cinco5 (13,9%) com uma a três consultas.

A principal via de parto foi a cesárea, sendo 19 mulheres (52,8%) submetidas ao procedimento cirúrgico (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das variáveis obstétricas do ciclo gravídico-puerperal, no DRS XIII (2011-2016). Ribeirão Preto, 2018.

	N	%
Local onde realizou o pré-natal		
Atenção primária	13	36,1
Atenção secundária - ambulatório	2	5,6
Atenção secundária – GAR	7	19,4
Particular	5	13,9
Ignorado	9	25,0
Nº de gestações		
1 (primigesta)	15	41,7
2 (secundigesta)	10	27,8
3 ou mais (multigesta)	11	30,6
Inicio do pré-natal		
Idade gestacional < 12 semanas	26	72,2
Idade gestacional > 12 semanas	2	5,6
Ignorado	8	22,2
Nº consultas de pré-natal		
1 a 3 consultas	5	13,9
4 a 6 consultas	7	19,4

Continua

		Conclusão
	N	**%**
7 ou mais consultas	18	50,0
Nenhuma consulta	6	16,7
Via de parto		
Vaginal	9	25,0
Cesárea	19	52,8
Ignorado	8	22,2

Fonte: SES SP/ CCD/ CIVS, 2018.

Segundo dados analisados, 33 mulheres (91,7%) morreram em ambiente hospitalar, 28 (77,8%) tiveram assistência médica declarada no momento do óbito e 20 mulheres (55,6%) foram encaminhadas para necropsia. O período de maior risco, que culminou na morte dessas mulheres no ciclo gravídico-puerperal foi o puerpério com 25 mortes (69,5%), seguido da gestação com oito (22,2%) mortes (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos óbitos por local de ocorrência e condição de assistência, no DRS XIII (2011-2016). Ribeirão Preto, 2018.

	N	**%**
Local do óbito		
Hospital	33	91,7
Outro estabelecimento de saúde	1	2,8
Domicílio	2	5,6
Momento da morte		
Na gravidez	8	22,2
No parto	2	5,5
No aborto	1	2,8
No puerpério até 42 dias	25	69,5
Recebeu assistência médica		
Sim	28	77,8
Não	3	8,3
Ignorado	5	13,9
Encaminhado para necropsia		
Sim	20	55,6
Não	15	41,7
Ignorado	1	2,8

Fonte: SES SP/ CCD/ CIVS, 2018.

4.4 Mortalidade materna segundo tipo e causa obstétrica

Para o agrupamento de causas de morte materna direta, foram considerados os seguintes códigos: Hipertensão - CID10, capítulo XV, códigos O11, O13, O14, O15 e O16; Hemorragias - CID10, capítulo XV, códigos O45 e O72; Infecção - CID10, capítulo XV, códigos O23, O85 e O86 e demais causas – CID 10, capítulo XV, códigos O43, O73, O75 e O90. Para as causas obstétricas indiretas, ficaram agrupados os seguintes códigos: Doença para HIV – CID 10, capítulo XV, código B20; Complicações no puerpério – CID 10, capítulo XV, códigos O98 e O99 e Hipertensão preexistente – CID 10, capítulo XV, código O10, conforme dispostos na tabela 4, sendo que 28 mulheres (77,7%) morreram por causas diretas.

Tabela 4 - Distribuição dos óbitos maternos por tipo e causa obstétrica (CID 10), no DRS XIII (2011-2016). Ribeirão Preto, 2018.

Causa Básica do Óbito - CID 10	n	%
Morte materna obstétrica indireta	7	19,5
Hipertensão preexistente (O10)	1	2,8
Complicações no puerpério (O98-O99)	5	13,9
Doença p/HIV (B20)	1	2,8
Morte materna obstétrica direta	28	77,7%
Transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério (O11-O16)	7	19,4
Infecção na gravidez e puerpério (O23-O85-O86)	7	19,4
Hemorragia (O45-O72)	7	19,4
Demais causas (O43-O73-O75-O90)	7	19,4
Morte materna obstétrica não especificada	1	2,8
Morte obstétrica de causa NE*(O95)	1	2,8
Total	**36**	**100**

Fonte: MS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2018.
* não especificada

4.5 Estrutura de redes de atenção à saúde que prestam atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no DRS XIII

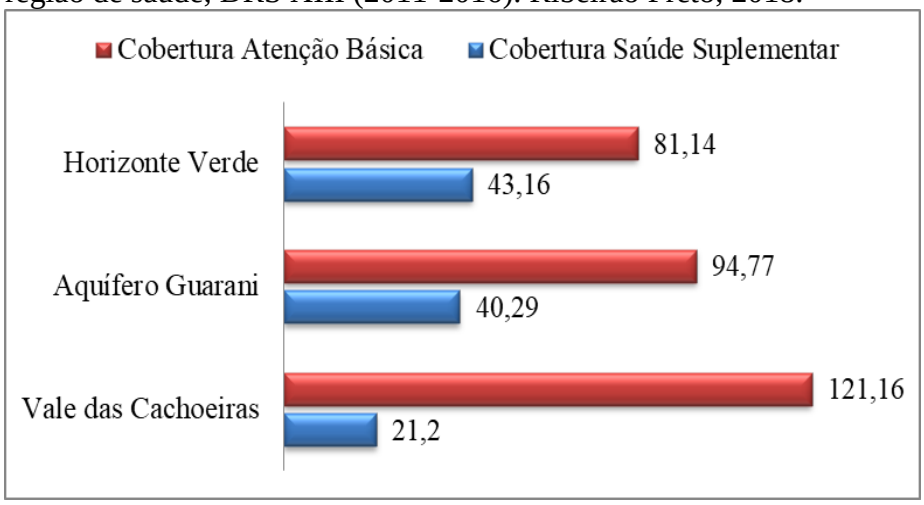
O estudo da rede de atenção à saúde se fez necessário para avaliação da integralidade, cobertura e acesso dessas mulheres aos serviços e profissionais prestadores de cuidados na atenção obstétrica regional. As análises são divididas por região de saúde devido a própria

divisão da estrutura de redes, por colegiado, dentro da rede materna regional, conforme preconiza a Rede Cegonha.

4.5.1 Cobertura de saúde suplementar e de atenção básica

Analisando as coberturas de assistência à saúde de atenção básica e saúde suplementar respectivamente nas regiões de saúde do DRS XIII, temos: Horizonte Verde com 81,14% e 43,16%, Aquifero Guarani com 94,77% e 40,29% e Vale das Cachoeiras com 121,16% e 21,2%, conforme a figura 3.

Figura 3 - Distribuição da média de cobertura de saúde suplementar e atenção básica por região de saúde, DRS XIII (2011-2016). Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Beneficiários: ANS - Agência Nacional de Saúde (dezembro de cada ano): competência jun/2017
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/DATASUS/MS, 2018.

4.5.2 Maternidades e leitos habilitados na Rede Cegonha

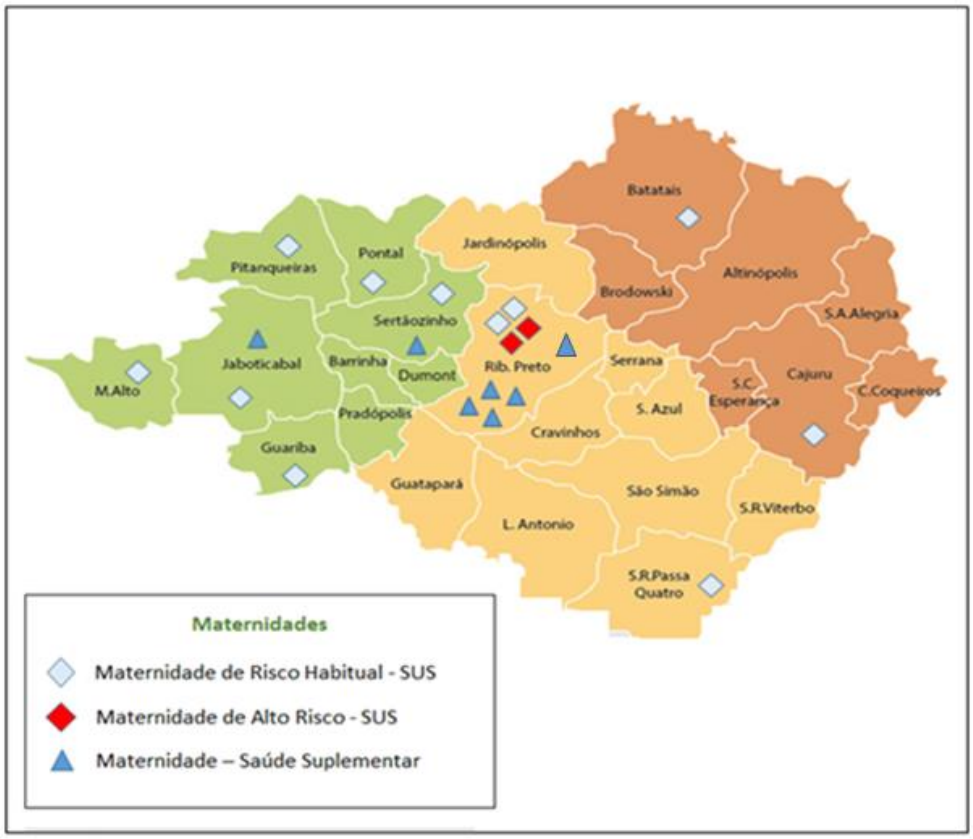
Na região do DRS XIII encontram-se 20 maternidades, sendo 13 públicas e sete privadas, sendo a região de saúde do Aquífero Guarani com maior número de maternidades (n=10), seguida do Horizonte Verde (n=8) e Vale das Cachoeiras (n=2).

O total de leitos obstétricos de saúde pública e saúde suplementar garantem o atendimento materno-infantil, em especial o parto, e somam 196 leitos obstétricos públicos e 46 leitos obstétricos privados (CNES, 2018).

Dentre as maternidades públicas, duas estão habilitadas para alto risco, responsáveis pelo atendimento de alta complexidade, tanto maternas quanto fetais, elas estão situadas na região de saúde do Aquífero Guarani, em Ribeirão Preto. Essas duas maternidades totalizam

12 leitos obstétricos tipo GAR e nove leitos de UTI adulto para essa rede. A distribuição das maternidades públicas e privadas na região está representada na figura 4.

Figura 4 - Mapa de maternidades do DRS XIII, Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Própria autora

As demais maternidades que compõe a Rede Cegonha regional totalizam 39 leitos UTI neonatal (UTIn), 32 leitos unidade convencional (UCINCo) e um leito UCINCa. Já as instituições privadas totalizam 34 leitos UTIn e oito leitos UCINCo (CNES, 2018).

Discussão

5 DISCUSSÃO

No presente estudo foram registradas e declaradas 36 mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, no período de 2011 a 2016. Esses números chamam a atenção pelo aumento da ocorrência dos óbitos a partir de 2015 e mantendo-se em 2016, demonstrando uma linha de ascendência.

Fazendo um recorte da série história estudada, a RMM do DRS XIII no período de 2011 a 2014 apresentou índices abaixo da razão de MM do estado de São Paulo. Porém em 2015 os números de óbitos maternos no DRS XIII triplicaram, chegando a uma RMM de 63,37 por 100.000 NV, superando o estado de São Paulo em 25%, que no mesmo ano teve RMM de 47,53 por 100.000 NV (DATASUS, 2018). Preocupa-nos essa informação, pois nos anos seguintes ao estudado, 2017 e 2018, esse platô se manteve no DRS XIII com RMM de 55,56 por 100.000 NV e 60,69 por 100.000 NV respectivamente, sem perspectiva de queda (SÃO PAULO, 2019).

Em um estudo epidemiológico da RMM nos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo, nos períodos 2000 – 2010 – 2015, foi possível observar uma variação de RMM 205,9% no DRS de Ribeirão Preto. Chamou a atenção também, outras regionais que tiveram taxas de RMM superiores ao estado em 2015, como: Registro (95,2/100.000 NV), Baixada Santista (87,0/100.000 NV), Araraquara (70,3/100.000 NV) e Presidente Prudente (62,5/100.000 NV). O DRS de Araçatuba teve a melhor RMM com 10,4/100.000 NV e apenas sete dos 17 DRS do estado apresentaram redução nesse indicador no período (MENDES, 2018).

Um estudo realizado na região Sul do país avaliou a tendência de mortalidade materna no Brasil e nas cinco regiões brasileiras, no período de 2001 a 2012, onde não foram encontradas tendências significativas de aumento ou diminuição da RMM para as regiões norte, sudeste e nem para o Brasil. Já a região nordeste apresentou no ano de 2005 a maior proporção, 118 por 100.000 NV. A região sul registrou o menor número no ano de 2011, com 49 por 100.000 NV (SILVA et al., 2016).

A OMS alerta para os parâmetros das altas taxas (RMM 50 – 149/100.000 NV) de morte materna (BRASIL, 2010), e os resultados encontrados no DRS XIII, coloca a região com classificação alta e preocupante, igualmente como a Colômbia e o Equador. A região

também ficou classificada no estágio III da transição obstétrica, evidenciando dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos atendimentos às mulheres que chegam aos serviços (SOUZA, 2015). Esse indicador evidencia pouco acesso, baixas condições sócio-culturais-educacionais e má qualidade de assistência (RUIZ-RODRIGUEZ, 2009).

Neste estudo, a maioria dos óbitos maternos ocorreram em mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo a maioria solteira, da cor branca e com oito ou mais anos de estudo. A caracterização dos óbitos corrobora outros estudos considerando a faixa etária, situação conjugal, ocupação e escolaridade (MARTINS, SILVA, 2018; MENDES, 2018; OLIVEIRA, 2016; RESENDE et al., 2015).

Porém, segundo outras evidencias, a mortalidade materna é mais frequente entre mulheres negras, condição explicada pela associação do difícil controle pressórico das doenças hipertensivas nessa população, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela baixa qualidade da assistência (MARTINS, SILVA, 2018; DIAS et al., 2015).

Um estudo retrospectivo americano, concluiu que mulheres afro-americanas têm uma razão de mortalidade materna quatro vezes maior que as mulheres americanas brancas (BERG et al., 2010) e Leite et al. (2011) avaliaram que o risco de morte materna é duas vezes maior em mulheres com baixa escolaridade.

Quanto a situação conjugal, pesquisadores concordam que a presença do companheiro tem sido interpretada como possibilidade de maior suporte emocional durante a gravidez e parto (VIANA et al., 2011), mulheres solteiras podem acarretar problemas relacionados à assistência nas maternidades, devido ausência de acompanhantes (LEITE et al., 2011).

Porém, na região de Ribeirão Preto a maioria das mulheres que morreram por causas maternas eram brancas, com bom nível de escolaridade, entre elas ensino superior completo ou incompleto. Fernandes (2019) observou em seu estudo, que as mulheres brancas tiveram maiores ocorrências de desfecho materno grave, e essas complicações se instalaram de forma mais grave que nas mulheres não-brancas, porém os casos de maior gravidade que resultaram em morte materna foram analisados em mulheres pretas e pardas. A baixa escolaridade também esteve associada ao aumento de morbidade materna grave, concluindo que fatores étnicos, econômicos e sociais influenciam no acesso aos serviços de saúde de qualidade. Fatores com associação direta para o aumento da RMM (BRASIL, 2009).

Outro aspecto identificado no presente estudo é que a maioria das mulheres teve acesso ao acompanhamento pré-natal, iniciando ainda no primeiro trimestre, perfazendo seis ou mais consultas, conforme preconizado pelas diretrizes da Rede Cegonha.

Segundo Viellas et al. (2014), no estudo Nascer no Brasil, 98,7% das gestantes tiveram cobertura elevada da assistência pré-natal, com 75,8% das mulheres iniciado o pré-natal precocemente e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. A pesquisa enfatizou ainda que a assistência ao pré-natal deve ser acolhedora de modo a proporcionar confiança e vinculo da gestante com a unidade, promovendo ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias, e é o momento ideal para detecção de desenvolvimento de patologias e manejo rápido da saúde do binômio, bem como retaguarda de exames específicos da gestação e de outras tecnologias, devendo ser encaminhada a outros níveis de complexidade para acompanhamento gestacional assim que detectado riscos gestacionais (OLIVEIRA, 2016).

Quanto ao desfecho, quase a totalidade das mulheres deste estudo morreram em uma instituição hospitalar, tiveram assistência médica no momento do óbito, e foram encaminhadas para necropsia. O encaminhamento dessas mulheres para necropsia é de suma importância, segundo a Portaria GM nº 1.119, todos os óbitos maternos e óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, devem ser eventos de investigação obrigatória (BRASIL, 2008), contribuindo assim para identificação das possíveis causas e subsidiando adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.

O período de maior risco que culminou na maioria das mortes dessas mulheres foi o puerpério, seguido da gestação. Corrobora o estudo realizado em Bangladesh, que alerta para a alta mortalidade no primeiro e segundo dia após o nascimento, o estudo indicou que o risco de morte da uma mulher foi 100 vezes maior no primeiro dia após o nascimento e 30 vezes maior no segundo dia após o nascimento (RONNSMANS, GRAHAM, 2006). Nesse contexto, é essencial a qualificação da equipe para reconhecimento das emergências e intervenção imediata às complicações (LIMA et al., 2017; VIANA et al., 2011).

Analisando os tipos de parto, o presente estudo observou que mais da metade das mulheres foi submetida à cesariana, informação importante que merece ser amplamente discutida. Embora neste estudo, por uma limitação do método empregado, o acesso à razão da indicação médica para a realização do procedimento cirúrgico não pode ser averiguada, devido análise de variáveis fechadas.

Um estudo recente realizado em Campinas, concluiu que mulheres que foram submetidas à cesariana apresentaram 2,51 vezes mais chances de morrer do que as que tiveram parto normal (OLIVEIRA, 2016). A cesariana pode contribuir para o aumento dos óbitos maternos e para a morbidade materna grave, devido a exposição da mulher a riscos inerentes de uma cirurgia, como hemorragias, infecções, reações anestésicas, embolias, entre outros (LEITE et al., 2011; CARNIEL et al., 2007), somente devendo ser indicado em situações de comprovada morbidade obstétrica e riscos fetais (RIQUINHO; CORREIA, 2006). A OMS alerta, desde a década de 1980, que não há justificativa para indicações de cesarianas superiores a 10%–15% do total de partos realizados em um determinado território.

Analisando outros estudos mais recentes quanto à recomendação da cesariana, orienta-se que mais que atingir uma meta específica, colocando em riscos alguns casos, a principal recomendação consiste em fornecer cesáreas oportunas às mulheres que realmente necessitam e seriam beneficiadas. Os riscos também devem ser considerados para o feto e recém-nascido durante o processo de escolha da via de parto (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

Em relação à paridade, as mortes ocorreram mais entre as primigestas. Segundo Oliveira (2016), a maioria das mortes em primigestas não corresponde aos achados na literatura, que apontam a multiparidade como fator de risco, principalmente devido maiores chances de hemorragias, considerando que o aumento das mortes em primigestas podem estar associadas às comorbidades preexistentes (FERNANDES et al., 2015; RIQUINHO, 2006).

Quanto as causas das mortes maternas, a maioria dos óbitos foi por causa obstétrica direta, sendo as causas distribuídas em complicações da hipertensão, hemorragia, infecção e outras causas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério.

Um estudo realizado no estado de São Paulo mostrou a transição da principal causa de morte materna no estado entre os anos de 2010 e 2015, diminuindo os óbitos por distúrbios hipertensivos e aumentando a morte das mulheres por hemorragias. Essas causas chamaram a atenção, pois poderiam ser evitadas por meio de integração das redes de atenção à saúde e ambientes hospitalares prioritariamente organizados, prontos e qualificados a essas demandas (MENDES, 2018). Outro estudo descritivo populacional de morte materna realizado no Brasil, apontou a atonia uterina pós-parto como principal causa de morte por hemorragia. Essa análise revela muitas oportunidades para melhorar o atendimento prestado às mulheres no período perinatal, sendo primordial a instituição de protocolos, treinamento de equipes e acesso as transfusões de sangue (SOUZA et al., 2013). A priorização de estratégias para evitar

essas mortes é fundamental, visto que ações para o processo de cuidado no intraparto e pós parto se fazem por meio de atualização e qualificação dos profissionais e orientação aos familiares.

Em uma revisão sistemática americana foram analisadas mais de 60 mil mortes maternas, 73% dos óbitos também estavam relacionados à causa obstétrica direta e a hemorragia foi a primeira causa de morte, precedida de hipertensão na gestação e sepse. O não cumprimento das principais abordagens clínicas para prevenir e tratar a hemorragia pós-parto, como gerenciamento ativo do terceiro estágio, cumprimento de protocolos e terapêuticas rápidas às emergências, tem como resposta a morte por hemorragia (SAY et al., 2014).

Como plano estratégico para acelerar a redução da morbimortalidade grave a OPAS/OMS no Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, essa ação tem como objetivo o esforço coletivo de gestores e profissionais de saúde na prevenção da mortalidade materna por hemorragia pós-evento obstétrico e preservar a vida e a saúde das mulheres (OPAS, 2018).

As mortes causadas por distúrbios hipertensivos também merecem análise, no Brasil a pré-eclampsia ocorre entre 2% a 8% de todas as gestações e constitui, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instala nas suas formas mais graves, como a eclampsia e a síndrome HELLP. A profilaxia pode ser realizada através da aspirina na dosagem de 100mg diários e essa terapêutica é segura para o feto, mesmo no primeiro trimestre. Uma vez diagnosticada a doença, o objetivo do tratamento é a prevenção das complicações materno-fetais. Para o tratamento da hipertensão durante a gestação a metildopa ainda é a mais utilizada, seguida da hidralazina endovenosa nas urgências. O sulfato de magnésio continua sendo a droga de escolha nas emergências e para controle das convulsões por eclampsia (KAHHALE; FRANCISCO; ZUGAIB, 2018).

Exemplo disso, um estudo retrospectivo de 75 anos em uma maternidade escola de Juiz de Fora - MG, foram analisadas 144 mortes maternas, e as principais causas obstétricas diretas observadas mostraram que a morte por eclampsia teve significativa redução nos últimos 25 anos devido uso criterioso e amplo do sulfato de magnésio e intervenções obstétricas mais frequentes na questão de interrupção da gestação nos casos indicados (ANDRADE et al., 2006).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos concluiu que as mortes por pré-eclampsia afetam cerca de 3% das gravidezes e todos os outros distúrbios hipertensivos, 5-10% das gravidezes. A mortalidade materna por hipertensão ficou fortemente associada ao acidente vascular cerebral, e uma das alternativas para redução desses óbitos citada no artigo, está no controle dos níveis pressóricos, mantendo-os abaixo de 160/110 mmHg (LO et al., 2013).

Em relação à morte obstétrica direta por infecção, o estudo de Juiz de Fora – MG mostrou forte redução nos últimos 50 anos pesquisados, e mostrou que a ocorrência dessas infecções estavam associadas a processos infecciosos iniciados ainda no pré-parto, como a amniotite e infecções puerperais (ANDRADE et al., 2006). Soares et al. (2012) ressaltaram que as causas obstétricas diretas de letalidade por infecção urinária na gestação foi maior no hospital de alto risco que no hospital de baixo risco, outro exemplo foi a infecção puerperal, três vezes superior nos hospitais de alto risco, estando esta associada às elevadas taxas de cesáreas.

Analisando as mortes obstétricas indiretas, complicadas por doenças preexistentes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gestação, o presente estudo encontrou como causas: outras doenças da mãe classificadas em outra parte (que pode ser por anemia, sistema circulatório, imunológico, respiratório), seguidas de hipertensão crônica, doenças infecciosas e parasitárias e doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Na literatura, o número óbito por causa indireta encontra-se mais elevado em hospitais de referência para gestação de alto risco (SOARES et al., 2012). Outros estudos mostraram que as causas mais frequentes de morte materna indireta foram a cardiopatia, a insuficiência renal aguda, o acidente vascular cerebral, tromboembolia e choque séptico (ANDRADE et al., 2006; LIMA et al., 2017; VIANA et al., 2011). Mortes obstétricas indiretas poderiam ser evitadas com planejamento familiar e reprodutivo de qualidade.

Para um PN de qualidade, o histórico obstétrico de uma mulher deve ser utilizado como ferramenta de risco preditivo na evitabilidade das morbimortalidades maternas. A atenção especializada e qualificada para as urgências obstétricas deve considerar essas informações, e através delas traçar condutas adequadas de planejamento reprodutivo e manejo adequado do pré-natal e parto. Os profissionais de saúde também são personagens importantes para reconhecer os sinais e sintomas em todas as fases do ciclo, e não devem, contudo, desvalorizar a queixa da mulher (RESENDE et al., 2015). Outros autores reforçam esse alerta, destacando patologias regressas importantes para atenção na condução da gestação

atual e parto, como a eclampsia, diabetes, obesidade e gestação múltipla, devido essas causas apresentarem maior associação com a morte materna indireta (QUEIROZ; DINIZ, 2014).

Vários estudos demonstraram que a mortalidade materna está diretamente relacionada à qualidade dos cuidados médicos e obstétricos ofertados durante a gestação, parto e puerpério. Independentemente de outros fatores, é imprescindível a garantia de atenção obstétrica humanizada, especializada, com equipe qualificada e preparada para identificação e manejo às situações de emergências, todas essas ações devem estar alinhadas a uma gestão focada na redução de morbimortalidade materna. (SOUZA, 2015; VIEIRA et al., 2015; RESENDE et al., 2015; FERNANDES et al., 2015).

No contexto das redes de atenção como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde e tendo a regionalização como uma diretriz do SUS, focado na saúde da mulher, o cuidado à usuária deve ser integral, universal, resolutivo e descentralizado (MENDES, 2011).

Desta forma, o DRS de Ribeirão Preto, baseado nas recomendações da Rede Cegonha, criou a Rede Materna Regional (Portaria G - DRS XIII, 2018), que consolidada através de espaços de discussão e proposição de ações, pactuadas em instâncias colegiadas, reunindo gestores e técnicos de saúde, através de Câmaras Técnicas Regionais e Grupos Técnicos de Trabalho para avaliação e construção da mesma. Pasche et al. (2015) concluíram que a criação de colegiados, espaços coletivos de gestão e de mobilização tem sido uma das principais ofertas da Rede Cegonha para discussões técnicas e politicas pautadas na saúde das mulheres.

Conhecendo a estrutura de rede da região, o DRS XIII apresenta boa cobertura de atenção básica nas três regiões de saúde, o Horizonte Verde é o que apresenta a menor cobertura de atenção primária, porém é a região com o maior número de maternidades SUS.

Em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com propósito de implementar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizadas pela OMS, a fim de estimular as práticas positivas e desencorajar as práticas ineficazes, o resgate do modelo obstétrico desenvolvido foi importante para organizar a rede de atenção à saúde materna, no sentido de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, trazendo o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões. Para além das iniciativas governamentais, a melhoria na rede de atenção e serviços que prestam essa linha de assistência se torna urgente, e é preciso que os profissionais de saúde se corresponsabilizem e apropriem-se de referenciais que sustentem as práticas singulares e multidimensionais no campo obstétrico (PEREIRA et al., 2018).

Estudos referenciam a atenção primária como garantia de implementação de estratégias de promoção da saúde reprodutiva e sexual, atividades educativas relacionadas ao pré-natal, puerpério e planejamento familiar. Qualquer falha de assistência nessa estrutura pode ocasionar o aparecimento de complicações, contribuindo consequentemente para o surgimento da morbimortalidade materna (FERNANDES et al., 2015). Outro estudo em Fortaleza avaliou a qualidade da assistência do PN, e destacou a presença de lacunas importantes no seguimento das gestantes, como falhas nas atividades educativas, na realização do exame ginecológico e os encaminhamentos ao odontólogo. O mesmo estudo apontou pontos positivos no seguimento, como garantia de acesso aos exames laboratoriais e número de consultas adequadas à idade gestacional (PEIXOTO et al., 2011).

Tal fato chama atenção de que mesmo garantindo os indicadores do MS, como captação precoce, número de consultas e acesso, que são indicadores quantitativos, a qualidade não é mensurada por esses dados na atenção obstétrica, corroborando com o presente estudo que verificou o acesso garantido das gestantes ao PN, seja através da atenção primária ou pela saúde suplementar, porém com desfecho desfavorável.

O DRS XIII conta ainda com uma rede hospitalar de 20 maternidades para atenção à gestação de risco habitual e alto risco, e possui em seu território duas maternidades públicas para atendimento de alta complexidade. No Paraná, ao investigar a rede hospitalar de assistência ao parto com amplo atendimento regional e cobertura estadual, foi verificada elevada taxa de evitabilidade dos óbitos maternos, o que permitiu inferir que prováveis falhas aconteciam nas instituições, tais como: deficiência de infraestrutura adequada, capacitação dos profissionais, e deficiência de adoção de práticas baseadas em evidências científicas preconizadas por organismos internacionais e nacionais (SOARES et al., 2012).

No interior de Minas Gerais, pesquisadores avaliaram as expectativas e percepções de mulheres em relação ao parto, e o estudo deixou evidente que as gestantes esperavam atendimento de qualidade, com profissionais humanos e acolhedores, e estavam preocupadas principalmente quanto a forma de como a assistência seria prestada, quais cuidados seriam oferecidos e se os profissionais eram qualificados (COSTA et al., 2018). Tais expectativas vão de encontro a esta discussão, considerando que quanto mais o serviço é especializado menos chances de mortes maternas, principalmente por causas obstétricas diretas.

Mazoco et al. (2015) citaram que alguns hospitais estavam preparados apenas para tratar as patologias das pessoas, com perfis tecnicistas e focados no modelo biomédico,

oferecendo contato pouco humanizado às gestantes e seus familiares. Sendo assim, é fundamental que os profissionais estejam capacitados e atualizados para melhor assistência, ampliando suas destrezas e competências, bem como os elementos que influenciam na tomada de decisão, autocontrole e empatia.

A regional de saúde de Balsas, no Maranhão, teve destaque no ano de 2018 ao conquistar a marca de zerar a morte materna no território, uma das ações exitosas que permitiram chegar a esse resultado foi a abertura de um hospital regional, que contempla assistência ginecológica, obstétrica e neonatal. A OPAS deu apoio através de um termo de cooperação, onde foi necessário reestruturar toda a rede materno-infantil e qualificar o atendimento às mulheres e crianças através de uma linha de cuidado (MARANHÃO, 2019).

A garantia do atendimento com qualidade requer o fortalecimento das políticas alcançadas e a consolidação das práticas de humanização e assistência efetiva da atenção obstétrica, assegurando às mulheres gestações e partos adequados na perspectiva dos direitos humanos e de cidadania.

Limitações do estudo

Limitações do estudo

A análise da situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação, tipo de parto e profissional que realizou o parto ficaram prejudicadas devido ausência de informações, por se tratar de um levantamento de banco de dados secundários, o qual é suscetível a perdas de informações relacionadas ao preenchimento das fichas de notificação e digitação. Segundo Gil e Gomes-Sponholz (2013), o subregistro limita o conhecimento da magnitude da ocorrência de mortes maternas, comprometendo a análise do perfil dessas mulheres para desenvolvimento de ações para reduzir a ocorrência das mortes.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados resumem que a morte materna continua sendo um desafio para a assistência obstétrica na região, e alerta que uma adequada assistência pode contribuir para evitar uma proporção significativa desses óbitos.

Uma melhor organização e oferta do cuidado às gestantes e puérperas se tornam prioridades considerando que paradoxalmente o DRS de Ribeirão Preto encontra-se em região rica, com alto grau de desenvolvimento e referência de boas universidades formadoras de profissionais de saúde.

É fundamental que as boas práticas se tornem rotinas e que os profissionais e instituições estejam adequados, comprometidos e alicerçados em evidências científicas, fazendo-se urgente e necessária a mudança de comportamento e de modelo assistencial prestado a essas mulheres e suas famílias.

É de suma importância para os estudos epidemiológicos e identificação dos casos de morte materna, o preenchimento adequado dos atestados de óbito e que toda morte seja encaminhada para investigação e ações de educação pelos comitês de vigilância ao óbito materno.

Pode-se concluir que a morte de uma mulher durante seu ciclo gravídico-puerperal é um problema de saúde pública e um problema de direitos humanos contra a mulher, destacando que não somente os alinhamentos técnicos se fazem necessários, mas também políticos, para um sistema de saúde fortalecido.

Estratégias para redução da morte materna vem sendo compartilhadas desde 2015 no DRS XIII, entre elas:

- Capacitações aos profissionais médicos (2015-2018) que realizam PN na rede de atenção básica, os temas escolhidos foram focados na atenção obstétrica baseados nas principais causas de óbito materno da região;
- Discussão e investigação de todos óbitos maternos da região pelos membros do Comitê Regional de Investigação à Morte Materna, Infantil e Fetal do DRS XIII;
- As falhas de atenção na assistência à saúde observadas pelos membros do comitê são destinadas aos gestores e instituições com recomendações e intuito de educação em saúde e necessárias adequações aos envolvidos no processo;

- Criação de grupos técnicos com profissionais do comitê, docentes, representantes da SOGESP, COREN, médicos e enfermeiros convidados para construção de protocolos regionais, a fim de qualificar e padronizar a assistência, através de divulgação das evidencias cientificas aos profissionais da rede básica, de urgência e hospitalar. Esses protocolos são pactuados em reuniões com os gestores de saúde com ampla divulgação aos municípios e revisados a cada dois anos;
- Reuniões periódicas com os representantes das 13 maternidades da região no DRS XIII com pautas sobre humanização, boas práticas de parto e nascimento, recomendações e diretrizes da Rede Cegonha e OMS.

Segundo Serruya (2012, p. 534)

> "Os marcos legais são suficientes e complexos, os recursos técnicos e as tecnologias estão presentes, e existe uma vigorosa formação de recursos humanos com ampla produção de pesquisa. Pode-se discutir em cada ponto as lacunas ainda existentes e o mergulho necessário em temas complexos, como o adequado uso de recursos financeiros, mas o ponto de inflexão necessário só virá quando, no individual e no coletivo, a morte materna de fato significar para cada um de nós a injustiça e a tragédia social que representa.".

Referências

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MFB de et al. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. **J. Pediatr. (Rio J.),** Porto Alegre, 2008. v. 84, n. 4, p. 300-307.

ANDRADE, ATL et al. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 380-387, July 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2019.

ANDRADE, CD de. **Lição de coisas**/ Carlos Drummond de Andrade; posfácio Viviana Bosi. — 1ª. ed. — São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ANS. Agência Nacional Saúde Suplementar. **Gestão em Saúde: Projeto Parto Adequado**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2018.

BERG, CJ; CALLAGHAN, WM; SYVERSON, C; HENDERSON, Z. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 1998 to 2005. **Obstetrics & Gynecology**. 2010;116(6):1302-09.

BRASIL. Portal Brasil: Saúde. **OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43%de 1990 a 2013.** 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>. Acesso em: 09 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Brasília, 2011a.

_____. Portal Brasil: Saúde. **Sistema Único de Saúde**. SUS. Disponível em < http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL. Decreto-lei **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990.

_____. Decreto-lei **RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 29 de setembro de 2011b.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde**. Indicadores de Mortalidade. 2010**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>. Acesso em: 07 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações de Mortalidade**. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>. Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Acompanhamento da Gestante**. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>. Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>. Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**, 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas para Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Brasília, 2008.

CARNIEL, EM; ZANOLLI, ML; MORCILLO, AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007; 29(1): 34-40.

CHAVES, SC. **Transição obstétrica e os caminhos para a redução da mortalidade materna.** 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2015. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312735/1/Chaves_SolangedaCruz_M.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2018.

COSTA, NS; BRACARENSE, CF; DUARTE, JMG; PAULA, MSR; SIMÕES, ALA. Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. **REME – Rev Min Enferm**. 2018. 22:e-1129.

CREMESP. Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo. Crise na Saúde. **Jornal do CREMESP**: ed. 325. p. 8-9. 2015. Disponível em < http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2032>. Acesso em: 11 set. 2016.

DIAS, JMG et al. Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais** 2015; 25(2): 173-179.

DUARTE, LS et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015. Disponível em < file:///F:/Mestrado%20Jana/2018/regionalização.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2018.

FERNANDES, BB; NUNES, FBBF; PRUDÊNCIO, PS; MAMEDE, FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio**. Rev Gaúcha Enferm.** 2015;36(esp):192-9.

FERNANDES, KG. **Cor da pele/raça como fator associado à morbidade e mortalidade materna e perinatal: Skin color/race as a factor associated with maternal and perinatal morbidity and mortality**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2019.

GIL, MM. **Estudo da Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto**, **Estado de São Paulo, Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

GIL, MM; GOMES-SPONHOLZ, FA. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 333-7. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a05v66n3.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

IBGE. Censo demográfico 2010. **População total DRS XIII**. Disponível em < http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind3_censo.def>. Acesso em: 01 ago. 2018.

KAHHALE, S et al. Pré-eclampsia**. Rev Med (São Paulo).** 2018. mar.-abr. 97(2): 226-34. Disponível em < http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203>. Acesso em: 03 mar. 2019.

LEITE, RMB; ARAÚJO, TVB; ALBUQUERQUE, RM; ANDRADE, ARS; NETO, PJD. Fatores de Risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2011; 27(10): 1977-85.

LIMA, MRG de. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cad. Saúde Colet**., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 324-331. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-141462X201700030057.pdf>. Acesso em: 05 de abr. 2019.

LO, JO; MISSION, JF; CAUGHEY, AB. Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. **Current Opinion in obstetrics and gynecology.** 25(2), 124-132. 2013.

MALTA, DC; MERHY, EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sept. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 fev. 2019.

MARANHÃO (estado). Secretária de Estado de Saúde do Maranhão. Agência de noticias (online): **ONU destaca marca de 365 dias sem morte materna na rede de saúde de Balsas e região.** 2019. Disponível em < http://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/noticias/onu-destaca-marca-de-365-dias-sem-morte-materna-na-rede-de-saude-de-balsas-e-regiao>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MARTINS, ACS; SILVA, LS. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018; 71 (Suppl 1):677-83. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MASCARELLO, KC; HORTA, BL; SILVEIRA, MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev Saúde Pública**. 2017;51:105.

MAZOCO, KMSP et al. Fatores dificultadores no atendimento humanizado a gestante nos serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, 8 (1): 346-358, 2015. Disponível em < http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190506.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES et al. **A mortalidade Materna no Estado de São Paulo**. BEPA 2013; 10(114):17-29. 2013.

MENDES, JDV; A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil**. BEPA** 2018; 15(173):3-9. 2018. Disponível em < http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_173.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

OLIVEIRA, IMGD de. **Fatores associados à mortalidade materna em Campinas/SP entre 2000 e 2015.** Dissertação (mestrado) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Disponível em: < http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018.

PASCHE, DF; VILELA, MEA; GIOVANNI, M; ALMEIDA, PVB; FRANCO NETTO, TL. **Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais.** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, OUT 2014.

PEIXOTO, CR et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):286-91. Disponível em < http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

PEREIRA, SB; DIAZ, CMG; BACKES, MTS; FERREIRA, CLL; BACKES, DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(suppl 3):1393-9. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1313.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

POLGLIANI, RBS; SANTOS NETO, ET; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,** Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, p. 269-275, June 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010020320140006002 69&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.

PORTAL ODM. Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatórios dinâmicos de monitoramento de indicadores**. Disponível em < http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/BRA003035/sao-paulo>. Acesso em: 11 mar 2018.

QUEIROZ, MR; DINIZ, CSG. **Ocorrência das síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região sudeste do Brasil**. 2014. Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-20022014-103621/ >. Acesso em: 24 fev. 2019.

RESENDE et al. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Rev Panam Salud Publica** 37(4/5), 2015. Disponível em < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/218-224/pt>. Acesso em: 20 fev. 2019.

RIQUINHO, DL; CORREIA, SG. Mortalidade materna: perfil sócio-econômico e causal. **Rev. Bras. Enfermagem**. 2006; 59(3): 303-7.

ROOS, N; VON XYLANDER, SR. Why do maternal and newborn deaths continue to occur? **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, 36, pp. 30-44, 2016.

RONSMANS, C; GRAHAM, WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. **The Lancet**. 2006;368:1189- 1200. Disponível em <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69380-X>. Acesso em: 05 de abr. 2019.

RUIZ, MT; WYSOCKI, AD. Meta do milênio para a mortalidade materna: onde vamos chegar? **Rev Enfermagem Brasil** - v.15, n. 3, 2016.

RUIZ-RODRIGUEZ, M; WIRTZ, VJ; NIGENDA, G. Organizational elements of health service related to a reduction in maternal mortality: the cases of Chile and Colombia. **Health Policy**. 2009; 90(2-3):149-55. Disponível em < https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851008002091?via%3Dihub>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SANTOS NETO, ET et al. Cartões de Gestantes e Serviços de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1650-1662, set, 2012.

SÃO PAULO (estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. DATASUS [Internet]. Departamento de Informática do SUS. Matriz de indicadores de saúde: **Razão de mortalidade materna**. Disponível em <http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/ind14_matriz.def>. Acesso em: 05 abr. 2019.

SÃO PAULO (estado). **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. Deliberação CIB nº 153. Reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com respectivos colegiados regionais e os 17 DRS. São Paulo. Jul 2007.

SÃO PAULO (estado). **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. Portaria G - DRS XIII. Constitui o grupo condutor da rede materna regional. nº 25 – DOE – 08/02/18 - seção 1 – p.39. São Paulo. 2018.

SÃO PAULO (estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério** - São Paulo, 2010.

SAY, L et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis**. Lancet.** 2014. Vol 2 June 2014. Disponível em < https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970227-X>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SEADE. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. **Informações dos municípios paulistas**. Disponível em < http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>. Acesso em: 02 ago. 2017.

SERRUYA, SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 531-535, Dec. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SILVA, BGC et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regional. **Rev bras epidemiol,** jul-set 2016; 19(3): 484-493. Disponível em < https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2016.v19n3/484-493/pt>. Acesso em: 23 fev. 2019.

SOARES, VMN et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 536-543, dez 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SOGESP. Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo. Regional Ribeirão Preto**. O Atendimento Obstétrico do SUS – DRS XIII – Vaga Zero**. 2015. Disponível em < http://www.sogesp.com.br/regionais/regional-ribeirao-preto/noticias/o-atendimento-obstetrico-do-sus-drs-xiii-vaga-zero>. Acesso em: 11 set. 2016.

SOUZA, JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., 37(12):549-51, 2015.

SOUZA, JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,** Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 533-535, dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2018.

SOUZA, ML de et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** maio-jun. 2013;21(3). Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2019.

VIANA, R da C; NOVAES, MRCG; CALDERON, IMP. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada / Maternal mortality: an update approach. **Comun. ciênc. saúde**;22(sup. esp. 1):141-152, 2011. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 05 de abr. 2019.

VIEIRA, LB; GOUVEIA, HG; WEGNER, W; GERHARDT, LM. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o compromisso social das pesquisas de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2015;36(1):8-9. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/53436>. Acesso em: 01 mar. 2019.

VIELLAS et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.30, supl.1, p.S85-S100, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2019.

WHO. World Health Organization. Library Cataloguing-in-Publication. **Data Time to respond: a report on the global implementation of maternal death surveillance and response**. 2016.

WHO. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Causespecific mortality and morbidity: Maternal mortality ratio by country. Disponível em <http://apps.who.int/ gho/data/node.main>. Acesso em 17 de novembro de 2018.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report**. 2014. Disponível em < http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf >. Acesso em: 07 set. 2016.

Apêndices

APENDICE A - Termo de dispensa de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 29 de maio de 2017.

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em consonância com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, eu, Janaina Aparecida Tintori, pesquisadora responsável pela presente proposta de estudo intitulada "Mortalidade Materna: reflexo da qualidade e integralidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério", solicito dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que se trata de uma pesquisa descritiva, retrospectiva com abordagem quantitativa através dos dados secundários dos óbitos maternos, garantindo o anonimato destes.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz
Profa. Associada - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Janaina Aparecida Tintori
Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica
Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Contatos:
e-mail **flagomes@eerp.usp.br** Telefone: (16) 3315-3419
e-mail: **jana_tintori@usp.br** Telefone: (11) 98533-8271

APENDICE B – Definições e conceitos

Declaração de óbito: A declaração de óbito (DO) é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias autocopiativas, prenumeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde conforme fluxo padronizado para todo o país. Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico.

Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Morte Materna não Obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores, como morte não relacionada. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte Materna Tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

Morte Materna Declarada é considerada declarada quando as informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

APENDICE C – Instrumento da coleta e registro de dados

Modelo de Instrumento para Coleta e Registro de Dados

Mortalidade Materna: reflexo da qualidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal

I – DADOS OBTIDOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO MATERNO DECLARADO

1-IDENTIFICAÇÃO

Óbito Nº _____

1.1 Data ocorrência (ano): _____

1.2 Estado civil:

☐ Casada ☐ Solteira ☐ União Estável ☐ Outro ☐ Ignorado

1.3 Faixa etária (anos):

☐ < 20 ☐ De 20 a 29 ☐ De 30 a 39 ☐ > 40 ☐ Ignorado

1.4 Escolaridade:

☐ Nenhuma ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior ☐ Ignorado

1.5 Raça/cor:

☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado

1.6 Ocupação habitual:_____

2- LOCAL DE RESIDÊNCIA DA FALECIDA

2.1. Município:_____

3-LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÒBITO:

☐ Hospital ☐ Outros Estabelecimentos de Saúde ☐ Domicílio ☐ Via Pública ☐ Outros

4-CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO

4.1 Óbito declarado:

☐Sim ☐Não ☐Ignorado

4.2 A morte ocorreu:

☐Na Gravidez ☐No parto ☐No aborto ☐Até 42 dias após o parto ☐Após 43 dias

4.3 Recebeu assistência médica durante a doença que levou a morte:

☐Sim ☐Não ☐Ignorado

4.4 Diagnóstico confirmado por necropsia:

☐Sim ☐Não ☐Ignorado

4.5 Causas da morte: _____

II- DADOS OBTIDOS DA FICHA SÍNTESE DE INVESTIGAÇÃO

1- Histórico Obstétrico:

Nº de gestações:___ Nº de partos vaginais:___ Nº partos cesáreas:___ Nº de abortos:___

2- Número de consultas de pré-natal:

☐Nenhuma ☐1-3 consultas ☐4-6 consultas ☐7 ou + consultas

3- Idade Gestacional no momento do óbito: _____ semanas

4- Local onde realizou o Pré-Natal:

☐UBS/SUS ☐Convênio ☐Particular ☐Não fez PN

5- A gestação terminou em:

☐Aborto ☐Parto vaginal ☐Parto cesárea ☐Parto Fórceps ☐Ignorado

6- Profissional que assistiu ao parto:

☐Médico ☐Enfermeiro ☐Parteira ☐ Outro profissional de saúde ☐Sem assistência

III- DADOS OBTIDOS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO NO PERÍODO DE 2011 A 2016 (SUS e SS)

1- Número de Maternidade no DRS XIII por região de saúde:

2- Número de leitos obstétricos de risco habitual no DRS XIII por região de saúde:

3- Número de leitos de Gestação de alto risco no DRS XIII por região de saúde:

4- Número de leitos de UTI – GAR no DRS XIII por região de saúde:

5- Cobertura de saúde suplementar no DRS XIII por região de saúde:

6- Cobertura de atenção básica no DRS XIII por região de saúde:

Anexos

ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mortalidade Materna: reflexo da qualidade e integralidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério

Pesquisador: Janaina Aparecida Tintori

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79532617.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.439.568

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de pendência de análise anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações e pendências foram acatadas em toda a sua totalidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.439.568

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_990669.pdf	05/12/2017 13:24:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ME_JanainaTintori.pdf	05/12/2017 13:22:32	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Outros	Resposta_parecer.pdf	05/12/2017 13:20:34	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	31/10/2017 09:53:16	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Inexistencia_Conflitos.pdf	30/10/2017 10:04:30	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Outros	Apendice_Pesquisa.pdf	30/10/2017 10:02:56	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Outros	Oficio_encaminhamento.pdf	30/10/2017 10:01:55	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Outros	Cessao_dados.pdf	30/10/2017 09:59:34	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	27/09/2017 14:10:58	Janaina Aparecida Tintori	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Tintori_JA.pdf	27/09/2017 14:05:25	Janaina Aparecida Tintori	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 14 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Municipio:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO B – Declaração de óbito

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Cartório

1 Cartório | Código | 2 Registro | 3 Data
4 Município | 5 UF | 6 Cemitério

II Identificação

7 Tipo de Óbito (1 Fetal, 2 Não Fetal) | 8 Óbito Data / Hora | 9 Cartão SUS | 10 Naturalidade
11 Nome do falecido
12 Nome do pai | 13 Nome da mãe
14 Data de Nascimento | 15 Idade (Anos completos; Menores de 1 ano: Meses, Dias, Horas, Minutos; Ignorado) | 16 Sexo (M - Masc., F - Fem., I - Ignorado) | 17 Raça/cor (1 Branca, 2 Preta, 3 Amarela, 4 Parda, 5 Indígena)
18 Estado civil (1 Solteiro, 2 Casado, 3 Viúvo, 4 Separado judicialmente/Divorciado, 9 Ignorado) | 19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) (1 Nenhuma, 2 De 1 a 3, 3 De 4 a 7, 4 De 8 a 11, 5 12 e mais, 9 Ignorado) | 20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código

III Residência

21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) | Código | Número | Complemento | 22 CEP
23 Bairro/Distrito | Código | 24 Município de residência | Código | 25 UF

IV Ocorrência

26 Local de ocorrência do óbito (1 Hospital, 2 Outros estab. saúde, 3 Domicílio, 4 Via pública, 5 Outros, 9 Ignorado) | 27 Estabelecimento | Código
28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc) | Número | Complemento | 29 CEP
30 Bairro/Distrito | Código | 31 Município de ocorrência | Código | 32 UF

V Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

33 Idade (Anos) | 34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) (1 Nenhuma, 2 De 1 a 3, 3 De 4 a 7, 4 De 8 a 11, 5 12 e mais, 9 Ignorado) | 35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe | Código | 36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos | Nascidos mortos
37 Duração da gestação (Em semanas) (1 Menos de 22, 2 De 22 a 27, 3 De 28 a 31, 4 De 32 a 36, 5 De 37 a 41, 6 42 e mais, 9 Ignorado) | 38 Tipo de Gravidez (1 Única, 2 Dupla, 3 Tripla e mais, 9 Ignorada) | 39 Tipo de parto (1 Vaginal, 2 Cesáreo, 9 Ignorado) | 40 Morte em relação ao parto (1 Antes, 2 Durante, 3 Depois, 9 Ignorado)
41 Peso ao nascer (Gramas) | 42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos

VI Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES
43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? (1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado)
44 A morte ocorreu durante o puerpério? (1 Sim, até 42 dias, 2 Sim de 43 dias a 1 ano, 3 Não, 9 Ignorado)

ASSISTÊNCIA MÉDICA
45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? (1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado)

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
46 Exame complementar? (1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado)
47 Cirurgia? (1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado)
48 Necrópsia? (1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado)

49 CAUSAS DA MORTE — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte — a | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte | CID
CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica
Devido ou como conseqüência de: — b
Devido ou como conseqüência de: — c
Devido ou como conseqüência de: — d
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

VII Médico

50 Nome do médico | 51 CRM | 52 O médico que assina atendeu ao falecido? (1 Sim, 2 Substituto, 3 IML, 4 SVO, 5 Outros)
53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) | 54 Data do atestado | 55 Assinatura

VIII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter extritamente epidemiológico)
56 Tipo (1 Acidente, 2 Suicídio, 3 Homicídio, 4 Outros, 9 Ignorado) | 57 Acidente do trabalho (1 Sim, 2 Não, 9 Ignorado) | 58 Fonte da informação (1 Boletim de Ocorrência, 2 Hospital, 3 Família, 4 Outra, 9 Ignorada)
59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) | Código

IX Localid. S/ Médico

61 Declarante | 62 Testemunhas A, B

Versão 12/08 - 1ª Impressão 12/2008

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

ANEXO C – Boas práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996)

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS: • Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro • Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde • Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto • Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante • Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto • Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto • Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto • Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem • Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto • Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente • Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; • Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; • Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto • Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto • Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto • Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; • Condições estéreis ao cortar o cordão • Prevenção da hipotermia do bebê • Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno • Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS: • Uso rotineiro de enema • Uso rotineiro de tricotomia • Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto • Cateterização venosa profilática de rotina • Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto • Exame

retal • Uso de pelvimetria por Raios-X • Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos • Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto • Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto • Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto • Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias • Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto • Lavagem uterina rotineira após o parto • Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO: • Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos • Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto • Pressão do fundo durante o trabalho de parto • Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto • Manipulação ativa do feto no momento do parto • Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto • Clampeamento precoce do cordão umbilical • Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO: • Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto • Controle da dor por agentes sistêmicos • Controle da dor por analgesia peridural • Monitoramento eletrônico fetal • Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto • Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço • Correção da dinâmica com utilização de ocitocina • Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto • Cateterização da bexiga • Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário • Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto • Parto operatório • Uso liberal e rotineiro de episiotomia • Exploração manual do útero após o parto.