



VI Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG
IV Salão de Extensão



<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014

MORTALIDADE MATERNA

Maria Luiza Souza Vargas^a, Rossano Sartori Dal Molin^{a*}

a) FSG Centro Universitário

Informações de Submissão	Resumo
<p>*Autor correspondente (Orientador)</p> <p>Rossano Sartori Dal Molin, endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366 - Caxias do Sul - RS - CEP: 95020-472</p>	<p>A Mortalidade Materna é um problema de saúde pública global e é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez. Todos os anos, mundialmente, estima-se que mais de 500.000 mulheres morram de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério. A pesquisa realizada teve como tema as principais causas de mortalidade materna no período puerperal, e correlacionar aos dados epidemiológicos do Brasil e a nível mundial. Com isso, foi avaliado que, em 2017, a causa com maior notificação de morte materna foi hipertensão materna, com 278, sendo a hemorragia a causa mais evitável de morte materna no mundo. No Brasil, a Região Sudeste possui o maior número de óbitos, com 562, e um terço de todas as mortes maternas acontece em apenas dois países, sendo a Índia com 20% do total, e Nigéria com 14%.</p>
<p>Palavras-chave:</p> <p>Mortalidade Materna; Puerpério; Gravidez.</p>	

1 INTRODUÇÃO

A Mortalidade Materna (MM) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez e seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais (SOUZA et al, 2013).

É uma questão que tem sido discutida em diversas esferas da sociedade, diante do grande impacto social e de sua relevância na saúde pública. O valor máximo aceito pela OMS para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV) (BOTELHO et al, 2014). Em razão disso, salienta-se a importância do atendimento da mulher, recém-nascido e família receberem atendimento adequado durante a gravidez, trabalho de parto, parto, período pós-parto e neonatal, tanto na

atenção primária quanto na atenção terciária. A assistência deve ser pautada não só em procedimentos clínicos, mas em um conjunto de ações como promoção da saúde, acolhimento, estabelecimento de vínculo, com o objetivo de planejar essas ações na identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade materna (SANTOS et al, 2016). Com isso, em 2011 o Ministério da Saúde lançou uma estratégia chamada Rede Cegonha, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

Todos os anos, mundialmente, estima-se que mais de 500.000 mulheres morram de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Pelo menos sete milhões de mulheres que sobrevivem a essas complicações sofrem sérios problemas de saúde e quase 50 milhões sofrem eventos adversos à saúde consequentes ao parto. A maioria dessas doenças e complicações ocorre nos países em desenvolvimento (DIAS et al, 2014). Tais complicações têm sido utilizadas como principal indicador para avaliar a saúde da mulher na comunidade. As causas da mortalidade materna são bem conhecidas como hemorragia pós-parto, infecções puerperais, hipertensão arterial, trabalho de parto prolongado e complicações do aborto, das quais 98% são consideradas evitáveis se a assistência à saúde durante o pré-natal, trabalho de parto e parto for de melhor qualidade (MATHIAS; VERAS, 2014).

Portanto, o objetivo desse estudo de revisão literária é analisar as principais causas de mortalidade materna no período puerperal, e correlacionar aos dados epidemiológicos do Brasil e a nível mundial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

A embriologia estuda o processo de formação e desenvolvimento do indivíduo, no qual o ser humano se origina de uma única célula-ovo que forma progressivamente, através de divisões mitóticas, tecidos e órgãos até a formação do corpo humano. O sistema reprodutor feminino é constituído internamente por dois ovários, duas tubas uterinas, também conhecidas como trompas de Falópio, um útero e uma vagina (Figura

1). A região genitália externa feminina é compreendida pela vulva que é formada por um conjunto de órgãos, na qual consiste em monte pubiano, grandes e pequenos lábios, clitóris, introito vaginal e glândulas de Bartholin (Figura 2). A região genitália interna feminina possui os órgãos localizados no interior da cavidade pélvica, sendo os ovários, as tubas uterinas, e vagina (ARAÚJO; REIS, 2012).

Figura 1: Região Genitália Interna

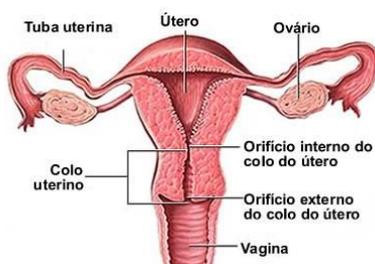
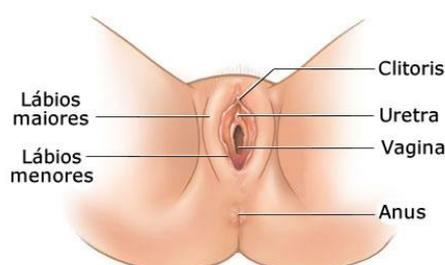


Figura 2: Região Genitália Externa



Fonte: Paula Louredo Moraes, Brasil Escola¹

Fonte: Luana Vignon, Grupo Escolar²

O útero é um órgão oco situado na cavidade pélvica anteriormente à bexiga e posteriormente ao reto. É revestido internamente por um tecido vascularizado e também o endométrio que no decorrer da vida reprodutiva, sofre alterações cíclicas que modificam as características celulares (ARAÚJO; REIS, 2012).

2.2 CICLO MENSTRUAL E GRAVIDEZ

O ciclo menstrual se caracteriza por uma ordenada sequência de eventos que ocorre por interação dinâmica e cíclica no eixo hipotálamo-hipófise-menstrual. Essa interação inclui a produção de hormônios e alterações morfológicas em diversos órgãos, especificamente na genitália interna feminina, que resultam na ovulação e no preparo do útero para um possível processo embrionário. Sob ação dos hormônios ovarianos produzidos por estímulo da hipófise, o endométrio sofre modificações estruturais cíclicas que constituem o ciclo menstrual (ARAÚJO; REIS, 2012).

A gravidez é representada por inúmeras transformações que acontecem em média ao longo das 40 semanas de gestação, o que equivale aproximadamente a 280 dias, e termina com o parto. No período gravídico, além da gestante ter todo o apoio

¹ Disponível em: < <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/re-feminino2.htm> > Acesso em maio 2018.

² Disponível em: < <https://www.grupoescolar.com/pesquisa/vagina.html> > Acesso em maio 2018.

familiar, que é imprescindível, também é importante que ela tenha um atendimento pré-natal que inspire a sua confiança, para que ela conduza a sua gestação de forma tranquila e garanta todos os benefícios para a sua saúde e a do bebê (CAMILLO et al, 2016).

Nesse momento da vida da gestante se faz necessário um atendimento especializado, que é garantido por meio de estratégias disponibilizadas na rede pública de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre outras, a Rede Cegonha compreende a assistência humanizada às mulheres e às crianças, do pré-natal ao pós-parto, e garante acesso e acolhimento, visando à redução da mortalidade materna e neonatal (CAMILLO et al, 2016). É um período em que ocorrem alterações profundas no que respeita ao estilo de vida, provocando mudanças não apenas na vida pessoal, mas também na vida do casal e de toda a família. É também uma fase de preparação física e psicológica, para o nascimento e para a parentalidade (COUTINHO et al, 2014).

2.3 PUERPÉRIO

O puerpério, tempo de seis a oito semanas após o parto e pode ser dividido em quatro períodos, sendo o imediato, que engloba as primeiras duas horas após o parto, o mediato, que segue da segunda hora ao 10º dia pós-parto, o tardio, sendo do 11º ao 45º dia, e o remoto sendo a partir do 45º dia. No puerpério ocorrem ajustes fisiológicos internos e externos, configurando-se como um período carregado de transformações psíquicas, onde a mulher continua a precisar de cuidado e proteção. Assim, a mulher, durante o período puerperal, precisa ser atendida em sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar. Os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para perceber e atender as reais necessidades apresentadas por cada mulher (ANDRADE et al, 2014).

A mulher vivencia profundas transformações no puerpério, expondo-se à maior frequência de agravos que são causas específicas de morbimortalidade materna. O Ministério da Saúde, valendo-se do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), recolocou em pauta o acesso e a qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal (CORREA et al, 2017). Esse tipo de cuidado é essencial para a gestante vivenciar uma gravidez saudável. Nesse sentido, a educação em saúde demonstra-se como componente ligado ao cuidado de enfermagem, à medida que

colabora para a promoção da saúde e qualidade de vida para o contexto familiar da mulher e do bebê (CAMILLO et al, 2016).

Diante disso, cabe ao enfermeiro também promover ações que visem a atender a parturiente em sua complexidade, possibilitando sua autonomia quanto aos assuntos relativos aos cuidados no pré-natal, parto, primeiros cuidados com o bebê e puerpério (ANDRADE et al, 2014). No entanto, os índices de morbidade e mortalidade no período gravídico-puerperal permanecem elevados, e o Ministério da Saúde tem divulgado inúmeros programas que visam reduzir os agravos, na tentativa de alcançar práticas assistenciais qualificadas e humanizadas. (ARAÚJO; REIS, 2012).

2.3.1 Puerpério Patológico

Em todo o mundo, muitas mulheres chegam a óbito por complicações que ocorrem no pós-parto. Assim, o puerpério patológico é definido pelas complicações que se estendem desde a dequitação ate aproximadamente dois meses do período puerperal. As principais complicações desse período são hipertensão arterial, hemorragia pós-parto, infecções puerperais, trabalho de parto prolongado e complicações do aborto (ARAÚJO; REIS, 2012).

Atualmente, assumir o papel de mãe por vezes não é motivo de alegria devido aos riscos que podem acompanhar o período puerperal. O papel da enfermagem de identificação e encaminhamento de situações de risco obstétricas, bem como a promoção, prevenção e reabilitação das puérperas vêm sendo cada vez mais decisivo para a vida das mulheres no sentido de evitar inúmeras mortes maternas (CAVEIÃO; SANTOS, 2014). Desde 1980, o ministério da Saúde tem dado ênfase a Saúde da Mulher, através da implantação do programa que tem o intuito de diminuir a morbidade e mortalidade deste grupo, por doenças que podem ser evitadas com medidas simples de orientação e identificação de problemas de acordo com o seu perfil (CAVEIÃO; SANTOS, 2014).

Transtornos maternos na gestação podem ser definidos como um grupo de condições físicas resultantes ou agravadas pela gravidez e com potencial de comprometer a saúde da mulher. Essas condições adversas, também chamadas de complicações obstétricas, a depender de sua gravidade, podem resultar em internações hospitalares durante a gestação, o parto ou após o parto, e podem ser consideradas um indicador de avaliação da saúde da mulher (MATHIAS; VERAS, 2014).

2.4 MORTALIDADE MATERNA

A Mortalidade Materna ainda é um problema de saúde pública no Brasil, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sendo a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Os números atuais revelam índices alarmantes, quando comparados a outros países. A morte de uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, indica falha nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e, por conseguinte, na sociedade como um todo (DIAS et al, 2014).

Em geral, MM sugere morte que ocorre de forma prematura, com causas preveníveis, refletindo não apenas as condições de vida dessas mulheres, mas, também, o nível de organização e qualidade da atenção prestada (SOUZA et al, 2013). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda existem muitas dificuldades no processo de identificação dos casos de morte materna, devido ao preenchimento inadequado das declarações de óbito e ao grande número de sub-registros desses óbitos (DIAS et al, 2014).

No Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), gerido pelo Ministério da Saúde, tem cobertura estimada de 85% dos óbitos ocorridos em todo o país, segundo dados demográficos, e com características heterogêneas para as distintas regiões do país (DIAS et al, 2014). Segundo os dados do painel de monitoramento da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o Brasil, em 2017, apontou cerca de 1422 óbitos maternos, com uma redução de aproximadamente 15% em relação ao ano anterior, sendo a Região Sudeste com o maior número de óbitos, com 562. A causa com maior notificação de morte materna, em 2017, foi de hipertensão arterial, com 278, seguido de hemorragia, com 193, infecções puerperais, com 70, e aborto, com 54. A hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo e inclui hemorragia anteparto, durante o parto e hemorragia pós-parto (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2017)

Todos os anos, mundialmente, estima-se que mais de 500.000 mulheres morram de complicações gestacionais e do parto. Pelo menos sete milhões de mulheres que

sobrevivem a essas complicações sofrem sérios problemas de saúde e quase 50 milhões sofrem eventos adversos à saúde consequentes ao parto. Um terço de todas as mortes maternas acontece em apenas dois países, sendo a Índia com 20% do total, e Nigéria com 14%. Entretanto, é importante ressaltar que nesses países existem dificuldades no reconhecimento das causas indiretas de morte materna, tanto pela dificuldade no diagnóstico quanto pelo fato de a paciente não fazer referência à doença prévia (DIAS et al, 2014).

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado com base em artigos científicos, dados secundários, e mediante levantamentos através de sites acadêmicos como o SCIELO, LILACS, e livros, sendo lidos e observados para o desenvolvimento da pesquisa. Entretanto, a pesquisa teve como finalidade de analisar as principais causas de mortalidade materna no período puerperal, e correlacionar aos dados epidemiológicos do Brasil e a nível mundial.

Os critérios de inclusão foram artigos e dados de 2012 a 2017. No entanto, alguns artigos entre os anos mencionados foram descartados por não possuírem informações necessárias para a realização do estudo. As informações foram analisadas, sendo selecionados somente dados que descreviam sobre Mortalidade Materna, puerpério patológico, principais causas e fatores que levam a mulher no período gravídico-puerperal à morte, e dados da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O estudo foi realizado na forma de revisão bibliográfica, contudo não irá ter questionário ou pesquisa de campo referente ao assunto. O estudo possui enfoque em mulheres no período gravídico-puerperal correlacionando as principais causas de Mortalidade Materna, com dados epidemiológicos do Brasil e a nível mundial.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O desenvolvimento da pesquisa foi analisado através de artigos e livros, enfatizando analisar as principais causas de Mortalidade Materna no período puerperal, correlacionando os dados epidemiológicos do Brasil e a nível mundial, puerpério patológico, e dados da Secretaria de Vigilância em Saúde.

A Mortalidade Materna (MM) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez e seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais (SOUZA et al, 2013).

Contudo, segundo os dados do painel de monitoramento da SVS, foi avaliado que, em 2017, a causa com maior notificação de morte materna foi hipertensão materna, com 278, sendo a hemorragia a causa mais evitável de morte materna no mundo. No Brasil, a Região Sudeste possui o maior número de óbitos, com 562, e um terço de todas as mortes maternas acontece em apenas dois países, sendo a Índia com 20% do total, e Nigéria com 14%.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é a categoria profissional mais envolvida com os cuidados à gestante e pós-parto. Com isso, salienta-se a importância da mulher, recém-nascido e família receberem atendimento adequado durante a gravidez, trabalho de parto, parto, período pós-parto e neonatal. A assistência deve ser pautada não só em procedimentos clínicos, mas em um conjunto de ações como promoção da saúde, acolhimento, estabelecimento de vínculo, e com isso desenvolver a autonomia da mulher para o seu autocuidado (SANTOS et al, 2016).

Para melhorar a assistência à gestante e período pós-parto, deve-se planejar ações considerando a identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade materna e neonatal, pois tal situação é um importante indicador que reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas e, principalmente, as relacionadas à assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos (SANTOS et al, 2016).

A Mortalidade Materna é um problema de saúde pública global. É necessário analisar este importante indicador quanto à saúde da mulher e da gestante, devido às taxas alarmantes de mortalidade materna no país e no mundo. Portanto, os cuidados e orientações de enfermagem com a gestante e no puerpério são fundamentais e imprescindíveis para que uma mulher possa ter uma gestação com condições adequadas de saúde e assistência, acompanhadas desde o pré-natal ao período pós-parto. Além disso, ressalta-se a importância da comunicação do profissional de saúde com a gestante

e familiar, sobre os possíveis eventos adversos e intercorrências diante de uma situação de risco durante o período gestacional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Raquel Dully et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2014

ARAÚJO, Luciana de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. Enfermagem na Prática Materno-Neonatal. **Editora Guanabara Koogan**. 2012.

BOTELHO, Nara Macedo et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014.

CAMILLO, Bibiana Schultz et al. Ações de Educação em Saúde na Atenção Primária a Gestantes e Puérperas: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE**. 2016

CAVEIÃO, Cristiano; SANTOS, Ana Karolline de Oliveira. A Importância da Assistência de Enfermagem no Puerpério para Redução da Morbi-Mortalidade Materna. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. 2014

CORRÊA, Maria Suely Medeiros et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**. 2017

COUTINHO, Emília de Carvalho et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Rev Esc Enferm USP**. 2014

DIAS, Júlia Maria Gonçalves et al. Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais**. 2014

MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; VERAS, Thaise Castanho da Silva. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. **Rev Esc Enferm USP**. 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 06 maio 2018

MORAES, Paula Louredo. "**Sistema genital feminino - parte II**"; Brasil Escola. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/biologia/re-feminino2.htm>>. Acesso em: 05 maio 2018

SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos et al. Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Avaliação da Acessibilidade na Atenção Básica. **Cogitare Enferm**. 2016

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). **Painéis de Monitoramento.**

Disponível em: < <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> >. Acesso em: 19 maio 2018.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2013

VIGNON, Luana. **Vagina.** Grupo Escolar. Disponível em:
<<https://www.grupoescolar.com/pesquisa/vagina.html>>. Acesso em 06 maio 2018