

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Esta publicação está pactuada no Plano Municipal de Saúde 2018-2022, busca implementar a missão da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de orientar a sociedade com a divulgação de informações epidemiológicas, contribuindo para o acesso da população e para o controle social das políticas e ações da saúde.

Apresentação

Este boletim apresenta uma série histórica dos óbitos maternos, de mulheres residentes no município, ocorridos entre 2007 e 2018. Espera-se que os dados possam contribuir para uma assistência mais qualificada à mulher no município de Itajaí.

MORTE MATERNA

A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública no Brasil. Os números atuais revelam índices alarmantes, quando comparados a outros países. Este indicador revela o desenvolvimento humano e socioeconômico de um país, e demonstra determinação política em ações de saúde. Países como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, apresentam índices de mortalidade materna menores que 40 por 100.000 nascidos vivos, já conquistados durante a década de 90¹.

Quando morre uma mulher durante a gestação, parto ou puerpério (período após o parto), falharam as diretrizes políticas, profissionais de saúde, e a sociedade como um todo. A sociedade falhou pela forma excludente com que se acostumou a viver; as diretrizes políticas, por promoverem ações que nem sempre estão de acordo com a necessidade da população; e os profissionais de saúde, pela falta de sensibilidade e comprometimento¹.

A morte materna é definida como a morte de uma mulher durante seu período de gestação ou em até 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou localização da gravidez. As causas do óbito devem estar diretamente relacionadas ou agravadas por esta gestação, bem como por medidas em relação a ela².

Dividida em duas classificações, as mortes obstétricas podem ser diretas, resultantes de complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, em consequência das intervenções, omissões e erros no tratamento; ou mortes obstétricas indiretas, as quais decorrem de doenças pré-existentes ou desenvolvidas durante a gravidez e agravadas por seus efeitos fisiológicos, porém sem relação com causas obstétricas diretas².

A morte materna tardia é definida como o óbito de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorreram em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gravidez, passando a receber o Código Internacional de Doenças – CID O96².

A taxa de mortalidade materna é o número de óbitos femininos que ocorreram por causas maternas, a cada 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico no ano considerado¹. A literatura da área da saúde, informa que 95% dos óbitos maternos poderiam ser evitados se os serviços de saúde tanto públicos quanto privados garantissem e ampliassem direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Os casos de morte materna tardia não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. Porém, foram contemplados neste boletim.

Inúmeras medidas influenciam na redução da morbimortalidade materna, e entre elas o acompanhamento pré-natal tem se mostrado a mais efetiva, desde que acessível e ofertado com qualidade, identificando e controlando precocemente os fatores de risco associados³.

Em 1990, foram criados pela Organização das Nações Unidas (ONU) os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, os quais suscitavam, dentre muitos temas, a melhora da saúde da gestante, visando reduzir a razão da mortalidade materna em 75% de seu número, que era de 380 casos por 100.000 habitantes⁴.

O Ministério da Saúde estimulou os Serviços de Vigilância de Óbito Materno, tanto os de caráter estadual quanto municipal, a incluir em sua rotina de trabalho a investigação compulsória dos óbitos de mulheres em idade fértil, mesmo que houvesse informação, no campo 37 da Declaração de Óbito, de que o óbito não ocorreu na gravidez, parto ou puerpério (campo 37).

A investigação compulsória tem como metas a confirmação da veracidade da informação do campo 37 da Declaração de Óbito, e apurar com maior precisão as causas e determinantes do óbito e estabelecer a existência denexo causal com o ciclo gravídico-puerperal. Para que estes procedimentos gerassem estatísticas mais confiáveis, na década de 90 e no início dos anos 2000, o Ministério da Saúde investiu intensamente em treinamento de pessoal técnico, na Criação de Comitês de Mortalidade Materna, na padronização de fichas de investigação e patrocinou algumas pesquisas utilizando o Método de RAMOS (*Reproductive Age Mortality Studies*)⁵.

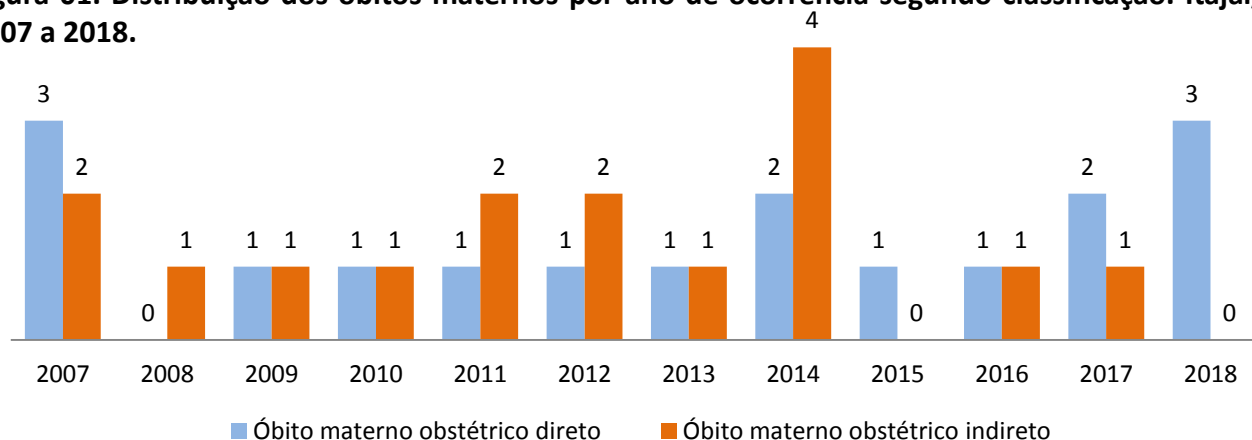
Entre 1990 e 2013 houve queda de 45% na razão de mortalidade materna a nível mundial, passando para 210 casos em 2015⁶. O Brasil não conseguiu atingir a meta instituída, mas reduziu em quase 60% esta razão, de 141 para 57,6 por 100 mil nascidos vivos em 2015. No mesmo ano (2015), o estado de Santa Catarina atingiu a taxa de 30,9 – uma das mais baixas de todo o território nacional^{4,7}.

SÉRIE HISTÓRICA

Os dados epidemiológicos mostram que o óbito materno é um acontecimento de grande impacto, influenciando tanto o contexto familiar quanto o social, e é capaz de indicar a realidade social de um país. É possível afirmar que as condições pelas quais as mulheres morrem refletem o nível do desenvolvimento humano da população. Um alto grau de mortalidade materna é indicativo de precárias condições socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde³.

Nos anos 2007 e 2014, ocorreu maior número de mortes maternas. Pode-se observar que há uma estabilização do número de total de óbitos maternos, uma tendência de aumento de óbito materno obstétrico direto e uma tendência de redução de óbitos maternos obstétricos indiretos (Figura 01).

Figura 01. Distribuição dos óbitos maternos por ano de ocorrência segundo classificação. Itajaí/SC, 2007 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) local – Dados parciais atualizados em maio de 2019

CAUSAS DA MORTE MATERNA

Dos 33 óbitos classificados como maternos, 17 deles foram obstétricos diretos e 16 indiretos (Tabela 01).

Tabela 01. Distribuição dos óbitos maternos obstétricos por causa básica segundo classificação. Itajaí/SC, 2007 a 2018.

Causas de óbitos obstétricos indiretos	N	%
Câncer	7	21,21
Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	5	15,15
Tuberculose	1	3,03
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína	1	3,03
Outras formas de doença do coração	1	3,03
Outras causas mal definidas e não específicas de mortalidade	1	3,03
Causas de óbitos obstétricos diretos		
Hemorragias	07	21,21
Eclâmpsia grave	04	12,13
Infecções do rim na gravidez	02	6,06
Cardiomiopatia no puerpério	01	3,03
Trombose cerebral na gravidez	01	3,03
Infecção puerperal	01	3,03
Doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez	01	3,03
Total	33	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) local – Dados parciais atualizados em maio de 2019

Dentre as causas obstétricas indiretas, os óbitos por neoplasia foram os mais prevalentes. O câncer associado a gravidez é raro, afetando 0,1% dos casos, no entanto 20 a 30% das mulheres itajaienses em idade reprodutiva recebeu diagnóstico de câncer. Para estas pacientes que estão grávidas, faz-se necessário o tratamento e acompanhamento por uma equipe multiprofissional, a fim de minimizar os efeitos do tratamento no feto⁸.

Os tipos de câncer mais prevalentes foram câncer de mama, de reto e de pulmão, sendo o de mama, segundo a literatura médica, bastante presente na idade reprodutiva.

A segunda causa de morte entre os óbitos maternos indiretos foi decorrente da infecção pelo HIV, sendo coerente, na epidemia do HIV/AIDS, com a alta prevalência deste agravo no município e a um maior acometimento de mulheres desde 2003. Também cabe destacar a tuberculose e a leptospirose entre as causas de óbito materno por doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez.

Apesar desta alta prevalência, em Itajaí, gestantes que vivem com HIV recebem atenção no pré-natal de profissionais especializados, o que resulta em diminuição das mortes maternas indiretas por HIV/AIDS e nos últimos anos não foi mais registrado o óbito materno por esta causa.

Dos 17 óbitos classificados como diretos, a causa básica predominante (sete casos) foi algum tipo de hemorragia. A segunda causa (quatro óbitos), foi Eclâmpsia. Esses dados coincidem com as estatísticas nacionais.

Complicações na gravidez, como descolamento prematuro da placenta comumente levam à hemorragia e infecções durante a gravidez, parto ou puerpério. É de conhecimento da prática obstétrica que as causas de hemorragia podem ser preveníveis, ou ter um efeito mais brando se durante o atendimento pré-natal forem realizados diagnósticos relacionados e esses forem comunicados às pacientes e suas famílias, incentivando a adesão ao tratamento recomendado⁹.

Durante o atendimento ao parto e puerpério imediato, a experiência e atualização da equipe que realiza este atendimento é relevante, visto que a ligação entre competência profissional e morte materna pode mascarar a falta de recursos materiais. A gestão da instituição, em que ocorre o parto, deve garantir a existência de infraestrutura adequada.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), causa básica de eclâmpsia, é de fácil identificação e pode ser manejada segundo protocolos há muito tempo descritos nos livros de obstetrícia e manuais de atendimento do Ministério da Saúde.

As mortes decorrentes de hemorragias e eclâmpsia – que totalizam 11 óbitos – têm caráter evitável, e a investigação das mesmas poderá demonstrar ao gestor municipal onde investir recursos para evitar novas mortes por estes diagnósticos.

Já as infecções urinárias, apesar de benignas em mulheres não grávidas, consistem em importante diagnóstico durante a gravidez devido ao potencial para complicações, as quais estão associadas a maior morbimortalidade materna e perinatal. Das mulheres que manifestam bacteriúria assintomática durante a gestação, de 2 a 10% não desenvolverão nenhum tipo de complicação, porém, de 20 a 40% apresentarão infecção urinária, e de 1 a 2% pielonefrite. Nesta série histórica, há duas mortes associadas a alterações no trato urinário durante a gravidez¹⁰.

Assim, o diagnóstico e tratamento das doenças das vias urinárias durante a gravidez é de suma importância, além de serem consideradas evitáveis através de boas práticas e obediência aos protocolos vigentes.

As mortes por causas externas, de caráter violento, devem ficar fora dos cálculos de indicadores de morte materna por orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), devido a difícil comprovação da ligação da causa morte com a gravidez e puerpério. No entanto, quando esta comprovação existir, essa morte deve receber o CID 093 e entrar nos cálculos dos indicadores de morte materna.

Em Itajaí, durante o período de 2007 a 2018, houve 12 óbitos em mulheres grávidas ou no puerpério com causa básica classificada como causa externa. Destes óbitos, seis foram classificados como acidentais e todos estavam ligados a acidentes de trânsito. Quatro destas mulheres eram condutoras dos veículos e duas ocupavam assentos de passageiros, quando ocorreram os acidentes.

Com o aumento da violência e ódio contra as mulheres, bem como o aumento da depressão e outras doenças mentais, o número de suicídios no Brasil e em outros países, a OMS passou a recomendar que estes óbitos sejam investigados com o mesmo rigor que se aplica as demais causas de caráter direto ou indireto.

Nessa categoria enquadram-se seis mortes. Uma foi classificada como suicídio e a mulher estava no puerpério; enquanto cinco foram classificadas como homicídio, sendo que em três as mulheres estavam grávidas e duas no puerpério. Dos homicídios registrados duas foram baleadas, duas foram sufocadas por enforcamento e/ou esganadura e uma delas teve seu corpo incinerado.

Todas estas mortes, para terem ligação comprovada com a gravidez, dependem da investigação policial – a qual determinará se há relação causal direta.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

As mulheres que foram a óbito tinham entre 15 e 47 anos de idade, com média de 31 anos. A maioria (57,57%) possuía um companheiro, entre casadas e em união consensual (Tabela 02).

Quanto a cor, a maioria das mulheres é branca. Este dado era esperado, uma vez que a maior parte da população de Santa Catarina é branca. As sete mulheres negras/pardas, um total de 21,20%, tomam uma importância maior, uma vez que estão no grupo mais vulnerável para a morte materna. Quanto a ocupação, a maioria (42,42%) era dona de casa, e apesar dos anos de estudos concluídos indicarem boa escolaridade, identificamos poucas profissões que requerem formação de nível superior: advogada, professora e design de interiores. (Tabela 02)

Tabela 02. Distribuição dos óbitos maternos segundo aspectos sociodemográficos. Itajaí/SC, 2007 a 2018.

Aspectos Sociodemográficos		N	%
Situação Conjugal	Casado	14	42,43
	Solteiro	12	36,36
	União Consensual	5	15,15
	Separado judicialmente	1	3,03
	Ignorado	1	3,03
Escolaridade	1 a 3 anos de estudos concluídos	3	9,09
	4 a 7 anos de estudos concluídos	7	21,21
	8 a 11 anos de estudos concluídos	17	51,52
	12 e mais anos de estudos concluídos	6	18,18
Idade Materna	15 a 19 anos	3	9,09
	20 a 30 anos	14	42,43
	31 a 40 anos	13	39,39
	> 40 anos	3	9,09
Raça/cor	Preta	6	18,18
	Parda	1	3,03
	Branca	26	78,79
Ocupação	Dona de casa	14	42,43
	Vendedora	4	12,12
	Advogada; Inspetora de qualidade; Professora	3	9,09
	Cozinheira Geral; Confeiteira; Auxiliar geral de conservação de vias permanentes	3	9,09
	Trabalhadora Volante da Agricultura; Comerciante Varejista; Representante comercial Autônomo	3	9,09
	Desempregada; Aposentada	2	6,06
	Estudante	2	6,06
	Gerente de Recursos Humanos; Design de interiores	2	6,06

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Local – Dados parciais atualizados em maio de 2019

A maioria das mulheres que foram a óbito residiam nos bairros São Vicente, Espinheiros, Cidade Nova, Praia Brava e Cordeiros, variando de 3 a 5 óbitos por bairro. Ressalta-se que atualmente apenas dois bairros do município, Vila Operária e São João, não possuem equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Tabela 03).

Tabela 03. Distribuição dos óbitos maternos por bairro de residência. Itajaí/SC, 2007 a 2018.

Bairro de Residência	N	%
São Vicente	05	15,15
Espinheiros	04	12,12
Cidade Nova	04	12,12
Cordeiros	03	9,09
Praia Brava	03	9,09
Fazenda	02	6,06
Vila Operária	02	6,06
São João	01	3,03
Promorar II	01	3,03
Ressacada	01	3,03
Salseiros	01	3,03
Brilhante	01	3,03
Canhanduba	01	3,03
Imaruí	01	3,03
Barra do Rio	01	3,03
Rio Bonito	01	3,03
Ignorado	01	3,03
TOTAL	33	100,00

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) local – Dados parciais atualizados em maio de 2019.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde preconiza que, se uma mulher inicia seu acompanhamento pré-natal em tempo oportuno, deve realizar um mínimo de seis consultas.

Quanto ao número de consultas realizadas e a incidência de óbitos maternos, observou-se que: 3 mulheres não realizaram nenhuma consulta de pré natal, 16 realizaram de 1 a 6 consultas, 15 realizaram mais de 7 consultas, e para 11 mulheres esta informação não estava disponível (Tabela 04).

Tabela 04. Número de consultas pré-natal segundo período de ocorrência do óbito. Itajaí/SC, 2007 a 2018.

	Óbito durante gravidez,		Óbito durante o		Total	
	parto ou aborto		puerpério		N	%
Nenhuma	02		00		02	6,06
1 a 3	02		02		04	12,12
4 a 6	01		06		07	21,21
7 ou mais	00		13		13	39,39
Não informado	06		01		07	21,21
Total	11		22		33	100

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) – (2007-2018)

Assim, inferimos que 39,4% das mulheres realizaram menos de 6 consultas de pré-natal. No entanto, para melhor avaliação desse dado, deveríamos considerar a duração da gestação, visto que interfere no número de consultas.

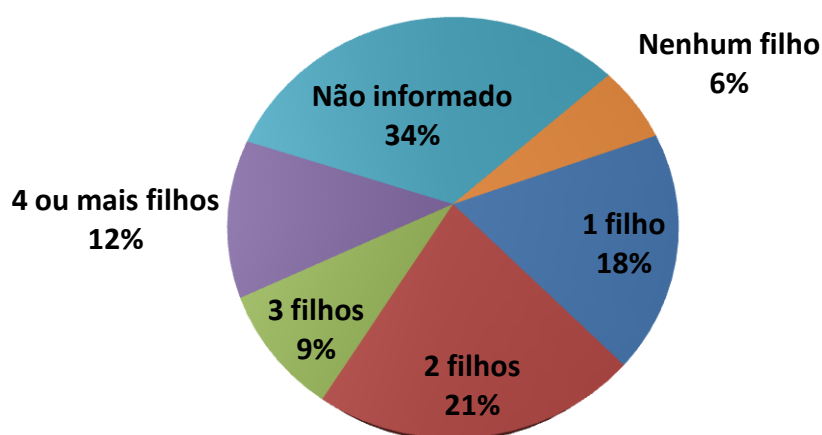
Outra questão importante desta tabela é o não preenchimento dos dados, que representa 21,21% das mortes. Esta ausência de informação se deve ao fato de que este tipo de óbito se tornou de investigação compulsória apenas em 2008¹¹.

IMPACTO FAMILIAR

Quando ocorre a morte de uma mulher, como o caso de morte materna, de forma prematura e em um momento que deveria ser de felicidade, pela chegada de mais um membro para a família, esta perda, segundo muitos estudos, é imensurável.

Entre as mulheres cujas mortes foram analisadas neste boletim, 54% possuíam entre 1 e 3 filhos nascidos vivos (Figura 02).

Figura 02. Distribuição dos óbitos maternos quanto ao número de filhos vivos . Itajaí/SC, 2007 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) – (2007-2018) / Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) local – Dados parciais atualizados em maio de 2019.

A morte da mãe priva o recém-nascido da amamentação, o que pode aumentar a incidência de desnutrição, principalmente entre as famílias menos favorecidas.

As mulheres ainda são as grandes responsáveis pela união familiar e não é raro que a família sofra algum tipo de desagregação e que com a morte da mãe, os filhos menores sejam entregues a familiares.

A assistência pré-natal se revela um importante recurso médico assistencial, tanto no aspecto de acesso quanto na qualidade de assistência, tem papel fundamental na redução da mortalidade materna.

Em Itajaí, temos serviços públicos e privados oferecendo assistência pré-natal. Vinte e sete Unidades de Saúde do serviço público realizam pré-natal, sendo a porta de entrada para todas as gestantes – sendo encaminhadas para atendimento de alto risco se necessário. Embora este número seja aparentemente suficiente, é importante que se questione quanto ao número de consultas oferecidas e se este está adequado.

No município, o hospital geral contempla uma maternidade que apresenta um Centro Obstétrico referência para realizar partos de Alto Risco. Desde 2012, A Secretaria Municipal de Saúde integra a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna pode não aparecer entre as principais causas de morte, porém, considerando que a maioria dos óbitos maternos acontece por causas evitáveis e seu impacto nas famílias e sociedade é alto, a investigação é considerada fundamental.

Em Itajaí, os óbitos maternos são discutidos desde 2005, através de Comitê ou Grupo Técnico. Atualmente, existe uma Comissão Gestora do Grupo Técnico da Vigilância do Óbito com a finalidade de dar visibilidade às condições de saúde da mulher e da criança, reconhecendo os determinantes de saúde e propondo ações para o fortalecimento das políticas públicas que impactam na qualidade de vida em suas respectivas áreas de abrangência.

A quantificação da morte materna e o conhecimento dos processos envolvidos, ainda são um desafio para serviços de saúde, Estado e sociedade em geral. Uma das causas dessa dificuldade é a subnotificação, devido ao mal preenchimento do campo 37 da Declaração de Óbito, que identifica morte materna.

Dessa forma, estimular os médicos para um melhor preenchimento da declaração de óbito é crucial para melhorar o sistema de informação em mortalidade, e deve ser considerada atividade básica e incentivada pelos gestores de todas as esferas.



REFERÊNCIAS

1. Riquinho Deise Lisboa, Correia Sandra Gomes. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev. bras. enferm.** 2006 June; 59(3): 303-307.
2. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.** Edusp. São Paulo, 10. ed. v. 1. 2016
3. Carvalho Moacira Lopes et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 174-180, 2015.
4. BRASIL. **ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** 2019.
5. Vega Carlos Eduardo Pereira, Soares Vânia Muniz Néquer, Lourenço Francisco Nasr Acácia Maria. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2017; 33(3): e00197315.
6. ONU - Organização das Nações Unidas. **Relatório sobre os objetivos do Desenvolvimento do Milênio.** Nova York. 2015.
7. SANTA CATARINA. **Mortalidade materna e infantil em Santa Catarina.** 2017 .
8. Martins Maria Marta, Lucarelli Adrienne Pratti. Câncer de Mama e gestação. **Femina** (Rio de Janeiro) , v. 40, p. 203, 2012.
9. Teixeira, Neuma Zamariano Fanaia et al . Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 12, n. 1, p. 27-35, Mar. 2012 .
10. Silveira Arlon. **Tratamento e controle de cura das infecções urinárias na gestação.** Governo do Estado de Pernambuco. 2017.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1119 de 05 de junho de 2008.** Regulamenta a vigilância dos óbitos maternos.

EXPEDIENTE

Boletim Epidemiológico da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí.

Rua Leodegário Pedro da Silva, 300 –Imaruí – Itajaí/SC – CEP: 88.305-600 – Fone: (47)3249-5509 - saude.itajai.sc.gov.br

Prefeito de Itajaí: Volnei José Morastoni | Secretária Municipal da Saúde: Sandra Regina Batista Ávila | Diretora Executiva de Ações em Saúde: Ismênia Fiuza de Carvalho | Diretora de Vigilância Epidemiológica: Greyce de Souza Lobo Mayer| Enfermeira Responsável pela Vigilância do Óbito e Coordenadora do Grupo Técnico da Vigilância do Óbito: Fernanda Piccolo| Membros do Grupo Técnico da Vigilância do Óbito: Fernanda Iglesias, Daniela Cristiane dos Santos Silva, Luciane da Silva d'Ávila e Márcio Accioly Sippel Fossari – Diretoria de Atenção à Saúde, Larissa da Silva - Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen e Ana Luiza Reis Vasques – Diretoria de Vigilância Epidemiológica. | Autoria: Fernanda Piccolo, Ana Luiza Reis Vasques, Greyce de Souza Lobo Mayer, Arlete Ernesta da Silva, Mara Lúcia Paust Adriano, Leide Dayana Caetano e Denise Graciela Conceição – Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Heloísa Machado e Jennifer Hostins – Universidade do Vale do Itajaí.