

ÓBITOS MATERNOS EVITÁVEIS: PRINCIPAIS CAUSAS E MEIOS DE PREVENÇÃO

SANT'ANA, Pamella.¹

¹Faculdade de ciências sociais e agrarias de Itapeva-FAIT

ALMEIDA, Maria Clara²

²Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva - FAIT

RESUMO

Os óbitos maternos são aqueles que ocorrem desde o parto até 42 dias após o mesmo. Podendo ser por causas diretas ou indiretas, sendo as causas diretas as que mais ocorrem no Brasil. Visando a melhor explanação do tema mortalidade materna que, apesar de ser algo muito falado e debatido entre órgãos de saúde, ainda é uma realidade marcante em algumas regiões do Brasil, onde muitas mulheres têm a assistência da sua saúde muito defasada e de forma precária, portanto o objetivo deste artigo é identificar as principais causas de óbitos maternos e os meios de prevenção. Trata-se de um levantamento de revisão bibliográfica cujo resultado das discussões foi que as principais causas são hemorragias pós-parto, infecção puerperal, abortos inseguros sendo estes todos evitáveis. Conclui-se então que uma assistência de qualidade na saúde da mulher desde criança até a idade fértil pode influenciar e evitar que tais óbitos venham acontecer.

PALAVRAS CHAVE: Mortalidade materna; infecção puerperal; aborto inseguro; hemorragia pós parto.

LINHAS DE PESQUISA: Processo de cuidar na saúde da mulher.

ABSTRACT

Maternal deaths are those that occur from child-birth to 42 days after child-birth. It can be for direct or indirect causes, being the direct causes, the ones that occur more in Brazil. In order to better explain the theme of maternal mortality, which, despite being widely talked about and debated

among health agencies, is still a marked reality in some regions of Brazil, where many women have their health care very out of date and in a precarious way, therefore the objective of this article is to identify the main causes of maternal deaths and the means of prevention. It is a survey of bibliographic review whose result of the discussions was that the main causes are postpartum hemorrhages, puerperal infection, unsafe abortions, all of which are preventable. It is concluded then that a quality assistance in the health of women from child to childbearing age can influence and prevent such deaths from happening.

Key-words: Maternal mortality; postpartum infection; unsafe abortion; postpartum hemorrhage.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Brasil, o Ministério da Saúde (2018), morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou 42 dias após a gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez.

Pode ser causada por fatores relacionados à gravidez ou agravados por ela, ou ainda por medidas tomadas em relação a ela. Não se considera morte materna as que são causadas por fatores acidentais ou incidentais. Os índices de mortalidade geralmente ocorrem em mulheres em idade fértil, isto é, idade entre 15 e 49 anos, porém no Brasil esses índices ocorrem com frequência com mulheres entre 10 a 49 anos de idade (CARTILHA MORTALIDADE MATERNA, 2009).

Durante a investigação dos óbitos maternos existem formulários que são preenchidos e posteriormente reunidos para reconstruir a história de vida e morte dessa mulher, apontando os erros para então criar e implementar medidas para que não ocorram casos iguais (BRASIL, 2020).

Dados do Ministério da Saúde (2020) mostram que 92% dos óbitos maternos são evitáveis, sendo, portanto considerado um grave problema de saúde pública, já que essa situação reflete a má qualidade da assistência na saúde da mulher. Os principais fatores causadores desses óbitos são as infecções pós-

parto, as hemorragias, o aborto inseguro e as complicações no parto, e todos estes fatores podem ser evitados com ações educativas e atenção à saúde precoce que vêm desde a infância e melhorias na qualidade da assistência.

O objetivo deste estudo é identificar as principais causas de óbitos maternos e suas respectivas formas de prevenção, visto que, as taxas de óbitos maternos, refletem a qualidade da assistência à saúde da mulher. A metodologia utilizada foi um estudo de revisão bibliográfica descritiva com pesquisas realizadas nas bases de dados scielo, pubmed, ministério da saúde e buscador eletrônico google acadêmico.

2. DESENVOLVIMENTO

As mortes maternas existem por motivos obstétricos sendo eles diretos ou indiretos, e mortes por motivos não obstétricos. As mortes obstétricas diretas são aquelas que ocorrem por complicações no período da gravidez, parto ou puerpério devido a omissões, tratamento incorreto, intervenções ou por diversos eventos que resultem em qualquer uma dessas causas. As mortes obstétricas diretas podem ocorrer por gravidez ectópica, mola hidatiforme e aborto e também por complicações consequentes desses agravos (infecções, hemorragias, entre outras); síndromes hipertensivas da gestação (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, entre outras), infecções por outras causas; hemorragias, obstrução do trabalho de parto, ruptura de útero, infecção puerperal (CARTILHA MORTALIDADE MATERNA, 2009).

Mortes maternas indiretas são aquelas causadas doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante o período da mesma, não sendo, portanto por causas obstétricas diretas, mas sim agravadas por efeitos fisiológicos da gestação e são elas: hipertensão pré-existente, doenças cardíacas e renais pré-existentes ou adquiridas; diabetes mellitus pré-existente; desnutrição na

gravidez; doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez, anemia, doenças endócrinas, entre outras; tétano; AIDS (MARTINS, SILVA , 2018).

Mortes maternas não obstétricas são as conseqüentes de causas acidentais ou incidentais, que não tiveram nenhuma relação com a gravidez ou sua condução, como por exemplo, acidente de transporte (CARTILHA MORTALIDADE MATERNA, 2009).

Segundo dados coletados em 2018, pela Organização Pan-Americana da Saúde/OMS (2018), aproximadamente 830 mulheres morrem todos os dias no mundo, por causas evitáveis relacionadas a gestação e ao parto. Podem ocorrer ainda problemas de saúde que antecedem a gestação sendo agravadas durante a mesma.

A maioria das mortes maternas acontece entre mulheres que residem em áreas rurais e comunidades mais pobres. Se comparado a outras mulheres em outras faixas etárias e de classe social mais elevada, as adolescentes menores de 15 anos são as que mais enfrentam o risco de ocorrer complicações e morte decorrentes da gravidez. Certamente isso acontece devido às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, que destaca a brecha entre ricos e pobres, visto que, a maioria dos óbitos maternos acontece em países em desenvolvimento, sendo mais da metade em ambientes frágeis e em circunstâncias de crise humanitária (BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

As complicações mais evidenciadas e que representam 75% de todas as mortes maternas são: Hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); Hemorragias graves (principalmente após o parto); Infecções (principalmente no pós parto); complicações no parto e aborto inseguro. As outras estão ligadas a doenças como malária ou infecção pelo HIV durante a gravidez (OPAN-OMS, 2018)

As hemorragias pós-parto é um dos principais fatores causadores de óbitos maternos, ficando atrás apenas da hipertensão. Segundo Baggieri, et al.,(2011) hemorragia pós parto é definida pela perda de mais de 500ml de sangue nas

primeiras 24 horas após o parto, sendo as que mais preocupam as perdas sanguíneas acima de 1000ml, ou em até seis semanas.

O principal fator que causa a hemorragia pós-parto é a atonia uterina, que é quando o útero perde sua capacidade de realizar a contração. A função do útero no pós o parto, é que suas fibras musculares se contraíam, para que haja obstrução dos vasos sanguíneos que ficaram abertos após a retirada da placenta. Caso não aconteça a contração, diz-se que o útero se tornou hipotônico, ou seja, amolecido, prejudicando a obstrução dos vasos e gerando a hemorragia. Os fatores que levam a uma hemorragia pós-parto podem ser ainda as lacerações do canal de parto, retenções placentárias, inversão uterina, distúrbios de coagulação, além da atonia uterina que é a principal causa das hemorragias pós-parto (AGUIAR L.P, 2019).

A ausência do globo de segurança de Pinnard, juntamente com sangramento vaginal, diminuição da pressão arterial seguido de choque hipovolêmico em grau que pode variar, levam ao diagnóstico da atonia uterina (BAGGIERE, et al,2011).

Calcula-se que 30% dos óbitos maternos no mundo, causados por fatores obstétricos, sejam devido a essa situação, com aproximadamente 1 óbito a cada 150.000 partos. Mesmo que o tratamento adequado seja feito corretamente, ainda assim cerca de 3% dos partos por via vaginal, evoluem com hemorragia pós-parto grave. Algumas situações acabam por proporcionar maiores riscos para que a hemorragia pós-parto aconteça, portanto, devem ser identificadas ainda durante o pré-natal. Devem ser identificados quadros que levem a hiperdistensão uterina e podem ser eles: polidrâmnio, macrosssomia fetal e gestação gemelar; miomas uterinos ou hipoproteinemia que podem causar comprometimento da contração e retração uterina; obesidade; idade materna maior que 35 anos; históricos anteriores de hemorragia pós-parto (BAGGIERE, et al,2011) .

Infecção puerperal trata-se de uma infecção do trato reprodutivo e que acontece após o parto. Devido à baixa imunidade da mulher no puerpério, alguns

microorganismos patogênicos podem invadir o corpo causando infecção ou até mesmo septicemia, colocando em risco a vida materna. (HONGBI et al., 2019)

Concordam Benincasa, et al., (2012) e Hongbi et al., (2019) que independente do avanço da tecnologia e da ciência nas mais diversas áreas, a infecção puerperal constitui, ainda, grande problema pela sua prevalência, morbidade e até mesmo letalidade. Tais fatores como hemorragia, alterações fisiológicas nas gestantes e lesões no parto causam a baixa imunidade no corpo gerando assim as infecções que são caracterizadas por febre pós – parto acompanhada de calafrios com temperatura corporal de 38°C ou mais, que aparece após 24 horas depois do parto até o 10º dia por dois ou mais dias, dor abdominal inferior, sensibilidade e infecção grave que pode ser observada através de um exame bioquímico.

Concordando com Benincasa, et al., (2012), Hongbi et al., (2019) chegou a conclusão que fatores como hemorragia, alterações fisiológicas nas gestantes e lesões no parto, causam a baixa imunidade no corpo gerando assim as infecções.

Segundo Petter, et al., (2013) a infecção do sítio cirúrgico é a segunda maior causa de infecções no pós-parto, sendo o parto cesárea o que mais causa infecção puerperal, e reforçou a importância de identificar fatores de risco antes que a infecção aconteça e a correta administração de antibióticos como medida preventiva.

Benincasa, et al., 2012, observaram que o número de partos normais é maior que o número de partos cesáreas e que essa relação vêm se mantendo a longos anos e pôde também observar que a taxa de infecção relacionada aos partos cesáreos é bem maior do que em relação aos partos normais, acreditando que isso se deve à incisão cirúrgica, a um tempo maior de cirurgia e perda maior de sangue, que acabam por ocasionar maior risco de infecção.

O aborto induzido é um grave problema de saúde pública, principalmente quando é feito de maneira insegura, sendo o causador de óbitos de 13% das mulheres grávidas, causado por infecção ou hemorragia. Geralmente ocorre mais em países onde há restrição legal à interrupção da gravidez. Uma em cada cinco

gestações no mundo terminaram em aborto em 2008, dos quais 49% foram inseguros. Esses mesmos abortos acabaram por gerar hospitalização por complicações para as mulheres que o fizeram. Os métodos mais utilizados para realizar o aborto são a curetagem e o misoprostol, que é considerado um método abortivo eficaz, mais barato e que gera menor risco à saúde (WHO, 2008; SEDGH G. et al., 2012).

O aborto provocado pode expor a mulher a diversos riscos e complicações graves. Tais riscos podem variar de forma considerável, de acordo com as circunstâncias na qual o aborto é realizado. Ao mesmo tempo, algumas pesquisas médicas mostram que, quando o aborto é realizado em boas condições, o risco de ter complicações pode diminuir (HARDY e ALVES, 1992).

Segundo Madeiro e Rufino (2017), o perfil de mulheres que procuram fazer o aborto, geralmente tem um destaque na questão social, sendo a maioria delas negras, com faixa etária entre 20 e 24 anos, solteiras, com baixa escolaridade e que abortam por não terem condições financeiras ou por não terem apoio do parceiro.

As adversidades do aborto clandestino podem incluir perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano, e septicemia. Ainda pode haver sequelas ginecológicas que incluem a esterilidade e também inflamações das tubas uterinas e sinéquias uterinas. Conforme a gestação avança, os riscos e as complicações podem ser ainda maiores para a mulher, podendo afetar ainda futuras gestações, aumentando o risco de prematuridade, gravidez ectópica, abortamento espontâneo e até mesmo levá-la a óbito (HARDY e ALVES, 1992).

Esse tipo de procedimento é algo que ocorre principalmente nas comunidades mais pobres, com poucos serviços médico disponíveis, visto que quando o aborto é realizado em melhores condições, feito por médico, com melhores condições técnicas e por equipe especializada, o risco de complicações é bem menor (HARDY e ALVES, 1992).

2.1 Métodos de prevenção

Primeiramente antes da gravidez a mulher deve adotar práticas de exercícios físicos, alimentação saudável, evitem realizar abortos para que não haja complicações em futuras gestações. Durante a gestação no pré-natal de baixo risco, é preconizado, segundo Brasil, Ministério da Saúde (2012), o mínimo de seis consultas, sendo distribuídas da seguinte maneira: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Quando o pré-natal é feito de forma adequada onde há a detecção e intervenção de forma precoce de situações que possam levar a riscos, um sistema de referência hospitalar que age de forma rápida, além de um parto com qualidade na assistência, esses fatores é que vão determinar os indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, diminuindo então as principais causas de óbitos maternos e neonatal.

Durante o parto deve-se utilizar apenas materiais estéreis, diminuir a frequência de exames vaginais para que não haja futuras infecções, verificar a necessidade de cesariana e episiotomia, fazer uso de antibióticos nos casos de cesáreas por um breve período de tempo com o intuito de prevenir infecções (HONGBI, et al., 2019).

De acordo com Baggiere et al., (2011) e o Ministério da Saúde (2012), durante a assistência no pós-parto para prevenção de hemorragias, onde a principal causa é a atonia, preconiza-se a administração imediata de medicações uterotônicas, onde a primeira escolha é a ocitocina. Caso a ocitocina venha a falhar, pode-se realizar a massagem uterina, o tamponamento uterino e em último caso a intervenção cirúrgica. A utilização de ocitócitos juntamente com a tração controlada do cordão umbilical, também se mostrou uma medida muito eficaz na prevenção de hemorragias, reduzindo sua chance em 40%, além disso, deve-se sempre verificar se há restos placentários ou lacerações de trajeto, pois podem ser fontes de grandes sangramentos ou até mesmo episiorragia.

A utilização de ocitócitos juntamente com a tração controlada do cordão umbilical, também se mostrou uma medida muito eficaz na prevenção de hemorragias, reduzindo sua chance em 40%, além disso deve-se sempre verificar se há restos placentários ou lacerações de trajeto, pois podem ser fontes de grandes sangramentos ou até mesmo episiorrafia.

Ainda no puerpério é preciso que a puérpera descanse e durma bem, se alimente de forma saudável para que sua imunidade aumente e diminua os riscos de possíveis infecções (BRASIL, Caderno de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012).

No que diz respeito à assistência pós-aborto, segundo o Ministério da Saúde (2005), cabe ao profissional da saúde acolher e orientar a mulher de forma a suprir suas necessidades de saúde emocional e física, além de outras preocupações que surgirem. Dar ao abortamento atenção clínica adequada e às suas complicações, tudo dentro da ética, bioética e de forma legal. Orientar quanto ao planejamento familiar, uso de contraceptivos, promover inclusão social e encaminhar pra outros serviços que promovam a saúde dessa mulher.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado, a prevenção de óbitos maternos envolve diversos fatores que devem ser notados e adotados antes mesmo da gravidez acontecer como por exemplo educação sexual e métodos contraceptivos para adolescentes, durante a gravidez, no parto e pós-parto e vão desde questão social, acompanhamento correto do pré-natal, prevenção de hemorragia e infecção no pós-parto, manejo correto pós-aborto, seja ele espontâneo ou provocado. Um conjunto de ações que, se efetuados de maneira correta e efetiva, podem diminuir os casos de óbitos maternos.



4. REFERÊNCIAS

1. ADLER AJ, Filippi V, Thomas SL, Ronsmans C. Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: magnitude in hospital-based studies and methodological issues. **Int J Obstet Gynecol** 2012; vol.118 Supl. 2 p.S65-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22920625>. Acesso em 31 de março 2020
2. AGUIAR L.P , Regina. **Mortalidade materna: Brasil está cada vez mais longe da meta internacional**. Entrevista feita por Sabrina Ongaratto, Comissão de Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia (Febrasgo), 11 de Julho de 2019. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2019/07/mortalidade-materna-brasil-esta-cada-vez-mais-longe-da-meta-internacional.html#:~:text=N%C3%9AMEROS%20NO%20BRASIL,os%20Objetivos%20do%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel>. Acesso em 25 de março de 2020.
3. BAGGIERI, AA Rafael, et al. Hemorragia pós parto: prevenção e tratamento. **Arquivo Medicina Hospitalar Faculdade Ciências Medicina Santa Casa São Paulo**. vol.56, n.2, p.96-101, 2011. Disponível em : <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/317/332>, Acesso em 08 de março 2020.
4. BENINCASA, C.B et al. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*. vol.32, n.1, p.5-9, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158789>. Acesso em 07 de março 2020.
5. BRASIL.ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Folheto informativo – **Mortalidade Materna**, Agosto de 2018. Disponível em:https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em 31 de março de 2020.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico** nº20 / Maio, 2020. Disponível em : <portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Acesso em 26 de setembro de 2020.



7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília, 2005. 33 p. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em 06 de abril 2020.

8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, p. 320. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em 06 de abril 2020.

9. **Cartilha Mortalidade Materna**. Governo do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em:
<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1251468915325Mortalidade%20MATERNA-250809.pdf>. Acesso em 29 de fevereiro 2020.

10. COLLUCI, Cláudia. Estado de São Paulo registra recorde histórico de mortalidade materna. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 28 de junho de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/06/estado-de-sp-registra-recorde-historico-de-mortalidade-materna.shtml>. Acesso em 25 de fevereiro 2020.

11. DRAGOMAN M.; Sheldon W.;; Qureshi Z.; Blum J.; Winikoff B.; Ganatra B.; on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. **Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis**. BJOG 2014; vol.121;Supl. 1; p.25-31. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24641532>. Acesso em 31 de março 2020.

12. HARDY ,Ellen. ALVES, Graciana. Complicações Pós-Aborto Provocado: Fatores Associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8 n.4 p.454-458, out/dez, 1992. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400010. Acesso em 07 de março 2020.

13. HONGBI C.; et al. **Fatores de risco, alterações nos fatores inflamatórios séricos e medidas clínicas de prevenção e controle para infecção puerperal**. 28 dez. 2019; vol.34 ; n.3; p.e23047. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31883276>. Acesso em 01 de abril 2020.



14. MADEIRO P Alberto, Rufino C Andréa. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22 n.8 p.2771-2780, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802771. Acesso em 07 de março de 2020.
15. MARTINS ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nº71, p.725, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf. Acesso em 05 de setembro de 2020.
16. PETTER, E.C. et al. **Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos**. Scientia Medica (Porto Alegre) 2013; volume 23, número 1, p. 28-33. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=678978&indexSearch=ID>. Acesso em 31 de março 2020.
17. SEDGH G. et al. **Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008**. Lancet 2012; v.379 n.9816 p.625-632. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61786-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61786-8/fulltext). Acesso em 31 de março 2020.
18. Universidade Federal da Bahia. **Maternidade Climério de Oliveira. Infecção Puerperal, capítulo 14**. Relatores Docente: Prof. Dr. Santos PK, Preceptores: Dra. Vieira SKR, Dra. Freire JO Residente: Dra. Oliveira MJM. 19 jan. 2017. Disponível em <http://www2.ebserh.gov.br/documents/215335/4407336/Protocolo+Infeccao+Puerperal.pdf/67ab27e0-1522-4167-9d67-c8fd59d6cbb2>. Acesso em 31 março. 2020.
19. World Health Organization (WHO). **Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008**. 6 thed. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/. Acesso em 01 de abril 2020.