

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ÓBITOS MATERNOS DA UTI OBSTÉTRICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI - RJ

Fabio Augusto d Alegria Tuza¹
Paulo Henrique de Moura²
Danyelle de Almeida da Rocha³
Renata Priscila Freitas Godinho Tuza⁴

Resumo: O presente estudo tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico de óbitos maternos, ocorridos no centro de tratamento intensivo obstétrico do Hospital da Mulher Heloneida Studart, no período de abril de 2010 a outubro de 2017. É um estudo observacional, retrospectivo e descritivo. Em 7 anos e 7 meses houveram 4938 internações das quais 77 evoluíram para óbito. Foram analisados 57 prontuários que se enquadraram dentro do critério de inclusão. Os resultados mostraram uma taxa de mortalidade materna de 1,15 %.

Palavras-chave: perfil epidemiológico, óbito materno, unidade de terapia intensiva obstétrica

MATERNAL DEATHS EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF AN OBSTETRICAL HOSPITAL ICU REFERENCE IN THE COUNTY OF SÃO JOÃO DE MERITI- RJ

Abstract: The present study aims to determine the epidemiological profile of maternal deaths occurring in the intensive care unit of the breast Hospital da Mulher Heloneida Studart in the period of April 2010 to October 2017. It is an observational, retrospective and descriptive study. In 7 years and 7 months there were 4938 admissions of which 77 evolved to death. We analyzed 57 medical records that were included in the inclusion criteria. The results showed a maternal mortality rate of 1.15 %.

Keywords: epidemiology, maternal mortality, obstetric intensive care unit

1. Introdução

Na década de 1980, estimativas sugeriam que aproximadamente 500 mil mulheres perdiam suas vidas a cada ano por causas evitáveis relacionadas à gestação. Hemorragia, doenças hipertensivas, sepse e complicações do aborto eram as principais condições biomédicas que produziam as mortes maternas (SOUZA, 2015, p. 549-551).

A mortalidade materna é um importante indicador da realidade social de um país e seu povo (OMS, 2011, p. 1 - 159). Representa um grande problema de saúde pública por se tratar de uma morte evitável em 92% dos casos (MELO *et al.*, 2008, p.

¹ UNIABEU

² Sem informação.

³ Sem informação.

⁴ Sem informação.

773-780). A morte materna é uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres (VICTORA *et al.*, 2011, p. 1863-76).

A redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A meta era reduzir em 75% a razão de mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2015 em todo o mundo. A partir daí, países passaram a investir mais recursos na provisão de serviços de saúde materna, suficientes e equitativos, visando melhorar a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade e o uso dos serviços que tratam as complicações que surgem durante a gravidez e o parto, e que são conhecidas como atenção obstétrica de urgência (OMS, 2011, p. 1 - 159). Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas no Mundo (GAFFEY *et al.*, 2015, p. 285-92).

Considerando que mulheres podem desenvolver complicações inesperadas durante a gravidez e parto, muito países têm implementado políticas baseadas no aumento da cobertura da atenção obstétrica oferecida em instituições de saúde por profissionais treinados (GABRYSCH E CAMPBELL, 2009, p. 34).

Visando melhorar o atendimento à mulher gestante, o Governo Estadual do Rio de Janeiro em ação conjunta com o Governo Federal, inaugurou em 8 de março de 2010, o Hospital da Mulher Heloneida Studart, onde está inserida a primeira unidade de terapia intensiva obstétrica pública no Rio de Janeiro. Possui dez leitos, equipados com monitores e ventiladores mecânicos. Além de uma equipe multidisciplinar composta de: médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes social, dentistas, fonoaudiólogos e nutricionistas. Todas as pacientes internadas são reguladas pela Central de Regulação de vagas da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Esta unidade é referência em gestação de alto-risco.

Nas gestações de alto risco é muito importante que as equipes dos serviços de saúde identifiquem, o mais rápido possível, o problema existente e façam um diagnóstico das doenças ligadas à gravidez. Quanto mais cedo se obtiver o diagnóstico, mais eficiente serão o tratamento e os cuidados necessários, evitando ao máximo que ocorram danos à mãe e/ou ao feto (KEFFLER *et al.*, 2010, p. 500-505).

2. Métodos

A pesquisa foi desenvolvida na UTI Obstétrica (UTI Materna) do Hospital da Mulher Heloneida Studart, situado no município de São João de Meriti-RJ.

O estudo foi do tipo observacional, retrospectivo e descritivo. A amostra foi baseada em consulta de prontuários de pacientes internadas na UTI no período de abril de 2010 a outubro de 2017. A análise dos dados foi realizada no período de outubro a março de 2018. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Associação de Ensino Superior de Nova Iguaçu.

Realizou-se um levantamento de todas as pacientes internadas no período de abril de 2010 a outubro de 2017. Após levantamento, foram selecionados os prontuários de todas as pacientes que evoluíram para óbito, sendo descartados àqueles que não se trataram de óbitos maternos.

Foram considerados óbitos maternos conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 semanas após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gestação ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais”.

Considerou-se como mortes obstétricas diretas, aquelas resultantes das complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou puerpério, causadas por intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações. Por outro lado, classificou-se as mortes obstétricas indiretas, como aquelas decorrentes de doenças pré-existentes à gestação ou desenvolvidas neste período, não em razão das causas obstétricas diretas, porém agravadas pelo efeito fisiológico da gestação (LAURENTI *et al.*, 2004, p. 449-460). Mortes maternas tardias são mortes de mulheres por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas mais de 42 dias, porém menos de um ano após o término da gravidez (BEZERRA *et al.*, 2005, p. 548-553; LAURENTI *et al.*, 2008, p. 283-292).

Realizou-se análise dos prontuários e os dados foram inseridos em planilha contendo as variáveis: características maternas (idade, raça, estado civil, idade gestacional, número de gestações e município de origem), assistência pré-natal, classificação de mortes maternas (direta ou indireta), valor de Apache 2 e taxa de

mortalidade esperada, diagnóstico de admissão, causas do óbito, intervalos (dias) entre admissão na UTI e óbito.

3. Resultados

No período de abril de 2010 a outubro de 2017, foram internadas na UTI materna 4938 pacientes, dentre as quais 77 evoluíram para óbito, porém 20 óbitos foram excluídos do estudo por não se tratarem de óbitos maternos.

Com relação à procedência das pacientes, 75,5% residiam em outros municípios contra 24,5% residentes em São João de Meriti.

Das pacientes obstétricas que evoluíram para óbito, 47,37% eram gestantes e 52,63% puérperas no momento da admissão na unidade de terapia intensiva. O grupo de puérperas foi subdividido de acordo com as etapas do puerpério, ou seja, 24 pacientes foram admitidas em puerpério imediato (1º ao 10º dia), 5 pacientes em puerpério tardio (10º ao 45º dia) e 1 paciente em puerpério remoto (além do 45º dia).

Tab 1

Perfil na Admissão	N	%
Gestante	27	47,37
Puerpério Imediato	24	42,11
Puerpério Tardio	05	8,77
Puerpério Remoto	01	1,75

Tabela 1– Perfil Obstétrico no momento da admissão na UTI Materna..

A idade materna variou entre 14 e 42 anos, com média de 28 anos ($28,2 \pm 7,97$ anos). Constatamos maior frequência de óbitos na faixa etária entre 21-34 anos (54,39%), Tab 2.

Faixa etária	N	%
14 – 20 anos	11	19,3
21 – 34 anos	31	54,39
35 – 42 anos	15	26,32

Tabela 2 – Distribuição de óbitos maternos no HMHS segundo a faixa etária.

Dentre as pacientes admitidas gestantes, o número de gestações variou entre 1 e 8 gestações, sendo a maioria das pacientes primigestas (50,88%). Tab 3

Nº Gestações	N	%
1	29	50,88
2	13	22,81
3	4	7,02
4 ou +	11	19,30

Tabela 3-Número de gestações das pacientes que foram a óbito no HMHS

A idade gestacional variou entre 8 e 37 semanas, com média de 28 semanas, encontrando-se o maior percentual de óbitos no terceiro trimestre de gestação (63 %).

Encontrou-se um percentual de 22% de mulheres que não realizaram pré-natal. A informação sobre o número de consultas foi falha.

As mortes ocorreram principalmente nas primeiras 48 horas após a admissão (38,60%) e entre o 11º e 20º dia de internação (26,32%). Tab 4

Tempo de permanência (dias)	N	%
1-2	22	38,60
3-10	13	22,81
11-20	15	26,32
21-30	2	3,51
31-40	2	3,51
>40	3	5,26

Tabela 4- Tempo de permanência entre a admissão e o óbito materno

As principais causas de internação por motivo obstétrico foram eclampsia e síndrome HELLP. Entretanto, o principal motivo de internações clínicas foi pneumonia.

Entre os óbitos maternos foram registrados 57% por causas obstétricas diretas, 33% por causas obstétricas indiretas, 5% por causas obstétricas tardias e 3% por causa indeterminada. Tab 5.

Causas de Óbitos Maternos	N	%
Obstétricas Diretas	33	57,89
Choque Hemorrágico	12	
Choque Séptico	9	
AVE Hemorrágico	6	
Tromboembolismo Pulmonar	3	
Insuficiência Hepática	1	
Distúrbio Eletrolítico	1	
CIVD	1	
Obstétricas Indiretas	19	33,33
Choque Séptico	13	
Dengue Hemorrágica	1	
Choque Hemorrágico	1	
Tumor de Ovário (Krukenberg)	1	
Meningoencefalite	1	
Infarto Agudo do Miocárdio	1	
Choque Cardiogênico	1	
Obstétricas Tardias	3	5,26
Choque Séptico Pulmonar	3	
Causa Indeterminada	2	3,51

Tabela 5- Causas de Óbitos Maternos no HMHS. AVE (Acidente Vascular Encefálico. CIVD (Coagulação Intravascular Disseminada)

A média da pontuação do Apache 2 encontrada foi $24,15 \pm 9,77$ e a média da taxa de mortalidade esperada foi $48,4 \% \pm 23,7\%$. Entretanto, a taxa de mortalidade materna registrada na UTI Obstétrica do Hospital da Mulher Heloneida Studart no período de abril de 2010 a outubro de 2017 foi de $1,15 \%$.

4. Discussão

Segundo a literatura, as mortes maternas são evitáveis quando há uma boa assistência pré-natal, perinatal (parto) e pós-natal imediata (puerpério) (COSTA *et al.*, 2002, p. 455 - 462).

Estudos estimam que 0,1% a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo o internamento em Unidade de Terapia Intensiva, sendo as principais indicações hipertensão, hemorragias, insuficiência respiratória e sepse (AMORIM *et al.*, 2006, p. 55-62).

A atenção profissional à mulher gestante e/ou parturiente representa seguramente elemento chave para a obtenção de bons resultados, tanto maternos quanto perinatais (MORSE *et al.*, 2011, p. 623-638). Assim, as melhores condições da atenção profissional e institucional ao parto, independentemente de outras características das mulheres, são capazes de diminuir a ocorrência de morbidade materna grave e de mortes maternas (CECATTI *et al.*, 2005, p. 357-365).

A mortalidade materna tem sido motivo de preocupação das autoridades de saúde, no âmbito federal, estadual e municipal. Em um grande número de municípios, há Comissões de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas, que investigam os casos de morte materna declarados ou suspeitos, sendo que, em muitos deles, são pesquisadas todas as mortes de mulheres em idade fértil (KEFFLER *et al.*, 2010, p. 500-505).

No Brasil, há o Sistema de Informações sobre Mortalidade, gerido pelo Ministério da Saúde (SIM/MS), implantado desde meados da década de 70, e cujo número total de eventos captados está próximo a um milhão de óbitos/ano. Por meio de métodos demográficos, estima-se que a cobertura do SIM/MS seja de cerca de 85%. A Organização Pan-americana de Saúde classifica como elevada a RMM maior que 50/100.000 nascidos vivos (BEZERRA *et al.*, 2005, p. 548-553). A OMS considera aceitável uma RMM entre 10 e 20 por 100.000 nascidos vivos (WHO/UNICEF, 1997, p. 481- 485). Segundo os dados do SIM/MS, referentes ao primeiro semestre do ano de 2002, a RMM a partir dos dados originais para as capitais brasileiras, que era de 38,9 por 100.000 nascidos vivos, com os dados corrigidos, passou para 54,3 por 100.000 nascidos vivos (LAURENTI *et al.*, 2004, p. 449-460). Já em 2003, a RMM no Brasil, com base no número de óbitos declarados, foram 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a RMM corrigida foi 72,4 por 100.000 nascidos vivos (MARINHO *et al.*, 2010, p. 732-738).

Estudos têm demonstrado a existência do sub-registro de mortes maternas quando comparadas as estatísticas oficiais com as investigações de óbitos de mulheres em idade fértil (THEME-FILHA *et al.*, 1999, p. 397-403), o que esconde a

real magnitude da mortalidade materna (SILVA, 1992, p. 442-453). Sendo os principais fatores a sub-informação, que resulta no preenchimento incorreto das declarações de óbito e o sub-registro, ocasionado pela omissão do registro de óbito em cartórios (LAURENTI *et al.*, 2004, p. 449-460). Porém, a partir da criação dos Comitês de Mortalidade Materna e da adoção do fator de reajuste, houve um aumento da RMM, talvez pela melhoria dos registros e captação de óbitos através dos sistemas de informação no Brasil (MORSE *et al.*, 2011, p. 623-638).

Os óbitos maternos causados por eclâmpsia são decorrentes de hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática com ou sem coagulação intravascular disseminada, complicações respiratórias secundárias à broncoaspiração de conteúdo gástrico, que podem acontecer em forma isolada ou associados entre si. Os hospitais de referência, por cumprirem papel definido na rede assistencial de atendimento aos casos mais complexos e graves, acabam sendo locais sentinelas da ocorrência de eventos desta natureza, podendo oferecer dados cruciais que contribua para a resolução do problema (Novo *et al.*, 2010, p. 209-217). A investigação dos óbitos maternos proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção desse tipo de morte no futuro (SAÚDE, 2007, p 1 - 104).

A taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil encontrada em nosso estudo, foi menor da encontrada em estudos canadenses, americanos e em outro estudo brasileiro, onde a taxa de óbitos foi de 2 - 4%. (MABIE E SIBAI, 1990, p. 1 - 4); (AFESSA *et al.*, 2001, p. 1271-7; ZEEMAN *et al.*, 2003, p. 532-6; AMORIM *et al.*, 2006, p. 55-62) em contraste com a alta mortalidade encontrada em estudos indianos (21,8%) (KARNAD *et al.*, 2004, p. 1294-9), e africano (60%) (DAO *et al.*, 2003, p. 123-6).

Fortalecer a qualidade da atenção obstétrica e combater abusos de diferentes tipos contra a mulher durante a assistência são essenciais não apenas para produzir desfechos maternos e perinatais ótimos, mas também para assegurar que as instituições de saúde sigam sendo uma opção segura e atraente para as gestantes e suas famílias no Brasil e no mundo (SOUZA, 2015, p. 549-551).

5. Conclusão

A taxa de mortalidade materna foi considerada relativamente baixa em nossa unidade de terapia intensiva. Sugerindo que uma UTI obstétrica, com profissionais especializados em gestação de alto-risco pode contribuir para a redução da mortalidade materna.

Bibliografia

AFESSA, B. et al. Systemic inflammatory response syndrome, organ failure, and outcome in critically ill obstetric patients treated in an ICU. *Chest*, v. 120, n. 4, p. 1271-7, 2001.

AMORIM, M. M. R. D. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 6, p. 55-62. 2006.

BEZERRA, E. H. M. et al. Maternal mortality due to hypertension: rate and analysis of its characteristics in a teaching maternity hospital. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.

CECATTI, J. G. et al. Beneficial interventions during delivery for the prevention of maternal mortality. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 27, n. 6, p. 357-365, 2005.

COSTA, A. A. R. et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 24, n. 7, p. 455-462, 2002.

DAO, B. et al. Transfer of obstetric patients in a pregnant and postpartum condition to an intensive care unit: eighty-two cases in Burkina Faso. *Gynecol Obstet Fertil*, v. 31, p. 123-6, 2003.

GABRYSCH, S.; CAMPBELL, O. M. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*, v. 9, p. 34, 2009.

GAFFEY, M. F.; DAS, J. K.; BHUTTA, Z. A. Millennium Development Goals 4 and 5: Past and future progress. *Semin Fetal Neonatal Med*, v. 20, n. 5, p. 285-92, 2015.

KARNAD, D. R. et al. Prognostic factors in obstetric patients admitted to an Indian intensive care unit. *Crit Care Med*, v. 32, n. 6, p. 1294-9, 2004.

KEFFLER, K. et al. Características sociodemográficas y mortalidad materna en un hospital de referencia en la ciudad de Curitiba - Paraná. *Cogitare Enferm*, v. 15, n. 3, p. 500-505, 2010.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. D. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008.

LAURENTI, R. et al. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

MABIE, W. C.; SIBAI, B. M. Treatment in an obstetric intensive care unit. *Am J Obstet Gynecol*, v. 162, n. 1, p. 1-4, 1990.

MARINHO, A. C. D. N. et al. Maternal mortality in the state of Paraíba-Brazil: association between variables. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 44, n. 3, p. 732-738, 2010.

MELO, E. C. P. et al. Maternal morbidity in the district of Rio de Janeiro: magnitude and distribution. *Esc. Anna Nery*, v. 12, n. 4, p. 773-780, 2008.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011.

NOVO, J. L. V. G. et al. Eclampsia as a cause of maternal mortality. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 10, n. 2, p. 209-217, 2010.

OMS. *Seguimiento de los servicios obstetricos de urgencia: manual*. p 1- 159, 2011.

SAÚDE, M. *Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde , p 1 - 104. 2007.

SILVA, K. S. D. Maternal mortality: evaluation of the situation in Rio de Janeiro from 1977 to 1987. *Cad. Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 442-453, 1992.

SOUZA, J. P. Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

THEME-FILHA, M. M. et al. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 397-403, 1999.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.

WHO/UNICEF. Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. *Rev Panam Salud Publica*, v. 1, n. 6, p. 481- 485, 1997.

ZEEMAN, G. G.; WENDEL, G. D., JR.; CUNNINGHAM, F. G. A blueprint for obstetric critical care. *Am J Obstet Gynecol*, v. 188, n. 2, p. 532-6, 2003.

Submetido em: 12 de agosto de 2018

Aceito em: 21 de março de 2019