

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Ricardo Alexandre de Aguiar Santos

**INTERVENÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A REDUÇÃO
DA MORTALIDADE MATERNA**

**Belo Horizonte
2011**

Ricardo Alexandre Aguiar Santos

**INTERVENÇÕES QUE FAVORECEM A REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profª Dra. Érika da Silva Dittz.

**Belo Horizonte
2011**

S237 Santos, Ricardo Alexandre Aguiar

Intervenções que favorecem a redução da mortalidade materna/
Ricardo Alexandre Aguiar – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.
23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização
em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Belo Horizonte.

Orientadora: Érika da Silva Ditz

Bibliografia: f. 21-23.

1. Mortalidade Materna. I. Ditz, Érika da Silva. II. Universidade
Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WA 900

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por me dar força por todos os problemas que venho enfrentando.

Agradeço a minha mãe por acreditar em mim.

A todos os professores de curso, principalmente a Vera e a Liliane.

Em especial, agradeço a professora e orientadora Dra. Érika da Silva Dittz, pela paciência e dedicação na orientação.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente vascular cerebral
CIVD	Coagulação intravascular disseminada
CMM	Coefficiente de morte materna
DPP	Descolamento prematuro da placenta
EL	Enzimas hepáticas
H	Hemólise
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde
LP	Plaquetopenia
MS	Ministério da Saúde
NANDA	Diagnóstico de enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RMM	Razão de morte materna brasileira
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TVP	Trombose venosa profunda
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

No Brasil, os índices de mortalidade materna são muito elevados. Este trabalho objetivou identificar as intervenções que contribuem para a redução da mortalidade materna. Foi realizado um estudo bibliográfico na base de dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) nos últimos dez anos. Fez-se a leitura dos 20 artigos selecionados para a construção do trabalho utilizando descritor: Mortalidade Materna e palavras chaves como: intervenção, redução e prevenção. Os resultados encontrados demonstram que a maioria das mortes maternas poderiam ser evitadas, oferecendo a essas mulheres um serviço de qualidade. O pré-natal eficiente é o principal instrumento capaz de reduzir o risco de morbimortalidade materna, principalmente quando a paciente possui doença de base ou complicação em gravidez anterior. Constata-se ainda que, maternidades com UTI, sistema de informação do SUS, estudos baseados em evidências científicas, profissionais capacitados, o uso de medicamentos profiláticos na pré-eclampsia e eclampsia, são intervenções que evitam mortes maternas.

Palavras-chaves: Mortalidade Materna

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	METODOLOGIA.....	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
4	CONCLUSÃO.....	20
	REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2007).

O conceito de mortalidade materna é definido 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 gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2010, p. 72) .

De acordo a OMS, a mortalidade de mulheres em idade fértil corresponde aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade, mesmo índice utilizado pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil (BRASIL, 2007).

Um estudo realizado pela OMS (2010) evidenciou que a cada dia morrem em todo mundo 1.000 mulheres por complicações relacionadas à gravidez e ao parto. Ressalta-se que 99% das mortes maternas correspondem a países em desenvolvimento e a maioria poderiam ser evitadas.

Nas Américas, houve discrepância entre dados encontrados sobre mortalidade materna em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, enquanto que a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Por fim, em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderiam ser evitados se os investimentos no sistema de Saúde Pública dos países em desenvolvimento fossem intensificados como nos países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

Mortalidade materna é um importante medidor da saúde da mulher e também excelente indicador da atuação dos sistemas de saúde. De acordo com as informações fornecidas pelo DataSUS em 2009, no Brasil, morreram 1.877

mulheres. Os maiores valores foram encontrados na região Sudeste com 695 registros. As regiões Sul (203) e o Centro-Oeste (137) foram as regiões de menor valor em mortes maternas do país (BRASIL, 2011). A razão de morte materna brasileira (RMM) é de 64,8/100.000 por nascidos vivos (ANDRADE *et al.*, 2006) e o coeficiente de morte materna (CMM) 72/100.000 nascidos vivos (SUCCI *et al.*, 2004).

Em comparação com mulheres de maior idade, as adolescentes correm maior risco de complicação e morte em consequência da gravidez (OMS, 2010). As causas de morte materna são múltiplas. Dentre elas, destacam-se as complicações no início da gestação e os problemas que se agravam nesse período. Alencar Junior (2006) afirma que a hemorragia com associação muito frequente do descolamento prematuro da placenta (DPP), pré-eclampsia e eclampsia, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e placenta prévia acreta é atualmente a maior causa de morte materna. E em sua maioria ocorrem no puerpério imediato. Sabe-se que o risco de a gestante apresentar qualquer complicação é no mínimo quando a mulher tem entre 18 a 30 anos, e da sua segunda à quarta gravidez (SUCCI, *et al.*, 2004).

As causas de morte materna por infecção puerperal, pré-eclampsia e eclampsia podem ser minimizadas com assistência atualizada. As hemorragias do pré e do pós-parto, causas mais frequentes de morte materna, devem ser cuidadosamente monitorizadas e não pode haver demora no atendimento nem postergar decisão importante de intervir, especialmente nas indicações inevitáveis (ANDRADE *et al.*, 2006).

O MS vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a atenção obstétrica. De acordo com Alencar Junior (2006) muitas estratégias têm sido implantadas para a resolução do problema, incluindo um adequado sistema de registro de nascimento e mortes, a implantação de comitês de mortalidade materna, o planejamento familiar, a assistência pré-natal e a utilização de tecnologias apropriadas.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem por objetivo articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da

qualidade de vida de mulheres e crianças; respeito dos direitos humanos mãe e filho; a consideração por questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2004). A meta do Pacto é a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela OMS, a médio e longo prazo (BRASIL, 2004).

Outra estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno é a criação e o fortalecimento de comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar (BRASIL, 2007). O MS conseguiu movimentar instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, para que fossem implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Os comitês são interinstitucionais e multiprofissionais. Têm uma atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas (BRASIL, 2007).

Os comitês congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada cuja área de atuação é a Saúde da Mulher. Portanto, exercem um papel importante no controle social, com objetivo de identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Eles também contribuem para a melhoria da informação sobre o óbito materno, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes (BRASIL, 2007).

A morte materna é um dos desafios do enfermeiro obstetra na atenção à saúde da mulher, o qual pode desempenhar um papel importante no âmbito da prevenção da mortalidade materna, sendo essa importância reconhecida pela criação de várias portarias que promovem sua atuação (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

Considerando que a redução da mortalidade materna é um desafio para os profissionais da saúde, este estudo tem como objetivo conhecer as intervenções que favorecem a redução da mortalidade materna.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre intervenções que promovem e favorecem a redução da mortalidade materna no Brasil. Foi realizado o levantamento da produção científica nacional na base de dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), publicadas nos últimos 10 anos. Utilizou-se como descritor: “Mortalidade Materna” e as palavras-chaves: Intervenção, Redução e Prevenção.

A pesquisa teve como resultado 57 artigos, sendo que destes 20 foram selecionados e recuperados para este estudo utilizando-se, como critério de inclusão, o fato de os artigos terem resumo na base de dados. Após esta leitura e seleção foi, então, realizada uma análise das informações prestadas pelos autores que realmente fosse de encontro ao interesse do estudo, relacionando as informações colhidas ao tema abordado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mulher traz em si a capacidade de gerir e unir uma família. A sua morte no ciclo gravídico-puerperal pode levar a uma ruptura da estrutura familiar. Além disso, a perda do referencial materno pode interferir de forma significativa na formação da personalidade das crianças ao longo de suas vidas.

No Brasil, a mortalidade materna tornou-se uma situação preocupante e com características bem definidas, apresentando óbitos obstétricos diretos, causados por complicações obstétricas do ciclo gravídico-puerperal, e outro de óbitos obstétricos indiretos, devido a doenças intercorrentes agravadas pelo estado gestacional (LIMA; PIMENTEL, 2003).

Um estudo realizado por Andrade (2006) na Maternidade Escola Therezinha de Jesus, uma instituição filantrópica localizada na cidade de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, constatou em 75 anos de funcionamento que nos primeiros 25 anos as principais causas de morte materna foram: infecção puerperal e eclampsia com (69,8%), seguidas da ruptura uterina intraparto e aborto com (21%). No segundo e terceiro terço, observa-se que as hemorragias pré-parto e a eclampsia foram, com 77,8%, as maiores causas de morte. Ao longo dos 75 anos de estudo observou que as principais causas de morte materna indiretas foram por cardiopatia, seguida de acidente vascular cerebral (AVC) e tromboembolia.

As síndromes hipertensivas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil, representam um grupo de intercorrências clínicas que com grande frequência complicam a gravidez e podem levar à morte materna. De acordo com Katz (2005), uma das formas mais graves de pré-eclampsia que agrava o prognóstico materno é a síndrome HELLP¹. Para Sousa *et al.* (2006), as proporções variam entre regiões, com uma tendência de diminuição das causas hemorrágicas e aumento das causas hipertensivas de acordo que aumenta a inserção da mulher no mercado de trabalho e desenvolvimento do país.

¹ HELLP é uma crônimo utilizado para descrever a condição em que uma paciente com pré-eclampsia ou eclampsia cursa com hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia (KATZ *et al.*, 2005).

Outra causa de morte são aquelas provocadas por abortos decorrentes de complicações ou manejos inadequados. Segundo a OMS, o abortamento é definido como a interrupção, voluntária ou não, de uma gestação até sua vigésima semana ou com o conceito pesando menos de 500 gramas. Pode ser classificado em: quanto à idade gestacional-precoce ou tardio, quanto ao tipo-espontâneo ou provocado/induzido; quanto ao grau de eliminação-completo ou incompleto; quanto à situação clínica-evitável ou inevitável. Em um estudo realizado no Estado do Paraná, no período entre 2003 a 2005, verificou-se que entre as mulheres que tiveram aborto seguido de morte, o grupo etário mais atingido foi o de 20 a 29 anos. Na sua maioria, mulheres casadas e com baixo *status* econômico e social, foram as mais atingidas. (SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura o direito ao acesso a serviços de qualidade, orientados pelos princípios da universalidade, integralidade, e equidade, entre outros. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) coloca-se como modelo capaz de organizar, no âmbito da atenção básica, a qualidade necessária em saúde, em que se destaca a saúde reprodutiva e sexual. Para garantir o acesso à saúde reprodutiva e sexual, é necessário que o número e a distribuição geográfica dos serviços básicos de PSF sejam adequados às necessidades dessa assistência, atingindo a área urbana e rural. Essa disponibilidade de serviço deve vir acompanhada de outras características que assegurem o acesso a eles, como: proximidades, viabilidade de transporte, horários flexíveis e marcação ágil de consultas e atendimentos, e atendimento imediato e adequado em situação de urgência. Devendo responsabilizar-se por sua saúde e contribuindo de forma independente para a integração da qualidade da assistência para a evitabilidade da morbimortalidade materna (MANDÚ; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009). O PSF deve ser ofertado a todas as mulheres em idade reprodutiva para orientar e reduzir a gravidez indesejada, oferecendo a população métodos contraceptivos. Nesse contexto, devem ser revistas Leis, políticas e ações que garantam a liberdade sexual da mulher e reprodutiva, estabeleçam medidas para o alcance da equidade e priorizem intervenções eticamente relevantes e necessárias para a redução da morbidade e mortalidade feminina (SOUZA *et al.*, 2006; VENTURA, 2008; ANDRADE *et al.*, 2006; SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008).

Para a evitabilidade do óbito materno, o PSF deve compor de informações articuladas às ações do planejamento participativo. A informação é um instrumento essencial ao monitoramento das práticas no campo da saúde reprodutiva da mulher. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), e o Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) (SOUSA *et al.*, 2006; MANDÚ; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

A proposta de utilização desses sistemas de informação do SUS, caso a informação seja correta e adequadamente inserida no sistema e depois também adequadamente analisada e interpretada, pode ser útil não apenas para o mapeamento diagnóstico de morbidade e mortalidade materna, mas também para o seu monitoramento contínuo. Assim, tornando um importante instrumento de diferentes diagnósticos de análise para evitar novos óbitos maternos (SOUSA *et al.*, 2006).

Segundo Lima e Pimentel (2003), o pré-natal pode diminuir a mortalidade materna através da detecção e tratamento precoce de doenças como as anemias associadas à anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes gestacional, entre outras. Para assegurar qualidade da assistência pré-natal, a OMS recomenda: investigar o risco obstétrico; realizar o exame clínico e obstétrico; idade gestacional; altura uterina e batimentos cardio-fetais; instruir a gestante sobre os sinais e locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada (CALDERON; CECATTI; VEJA, 2006). A eficiência de um pré-natal é o principal fator capaz de diminuir o risco da gestação, especialmente quando a paciente tem uma patologia já instalada ou complicações em gravidez anterior (SUCCI *et al.*, 2004).

O exame ginecológico completo, o cálculo da relação peso e altura, a solicitação de exames laboratoriais básicos e a imunização antitetânica são procedimentos que o profissional de saúde não pode deixar de realizar na primeira consulta. Para Lima e Pimentel (2003), os exames laboratoriais não são caros, nem inacessíveis à clientela usuária do SUS.

Também durante o pré-natal, as pacientes grávidas e com elevado risco para trombose venosa profunda (TVP), podem ser monitoradas através de sua história clínica promovendo um diagnóstico precoce, relevantes no combate a este significativo fator de morbimortalidade durante a gravidez. Algumas recomendações devem ser observadas para a prevenção das doenças tromboembólicas: toda mulher grávida deve ser investigada em relação aos fatores de risco de TVP; a investigação clínico-laboratorial em busca de algum tipo de trombofilia em grávidas com história prévia; o uso do anticoagulante imediatamente aos sinais clínicos de TVP ou tromboembolismo pulmonar, antes mesmo da utilização de exames complementares (FERREIRA *et al.*, 2007).

Para Alencar Junior (2006), a identificação e implementação de intervenções eficazes na redução da mortalidade materna, durante o pré-natal e no parto, quando há maior número de mortes, devem ser prioridades dos gestores e da própria população.

Durante a assistência prestada e atenção especializada, com exames/avaliação e seguimentos adicionais há possibilidade de detectar qualquer risco e, se necessário, a referência da atenção básica para um serviço de atenção avançada. Mas, segundo Calderon, Cecatti e Veja (2006), somente a assistência ao pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto, na grande maioria como hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto.

Para reduzir a mortalidade materna, é necessário que as mulheres beneficiem-se de recursos tecnológicos como, medicamentos e outros materiais médicos e, atenção especializada, prevendo agravos durante todo o momento reprodutivo, até mesmo nos intervalos do mesmo (MANDÚ; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009). O acesso a uma atenção especializada e a integração entre a atenção básica, que detecta as intercorrências e encaminha as mulheres para o tratamento adequado, é uma intervenção com grande potencial de redução.

De acordo com Souza *et al.* (2006); Fonseca. *et al.* (2007), no Brasil, as síndromes hipertensivas constituem um grupo de intercorrências clínicas que com grande frequência complicam a gravidez, podendo chegar a 10% ou mais entre as principais

causas de morte materna. A síndrome HELLP, caracteriza-se como uma das principais manifestações clínicas da hipertensão na gravidez, que acomete mulheres com pré-eclampsia grave e apresentam hemólise (H), elevação das enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP). As pacientes com suspeita ou confirmação de síndrome HELLP deverão ser imediatamente hospitalizadas em unidades de saúde de referência terciária, priorizando a estabilização clínica materna, particularmente os distúrbios da coagulação e em conjunto com a avaliação da vitalidade fetal. No caso de pré-eclampsia e eclampsia vêm se acumulando evidências do efeito do uso do sulfato de magnésio, hidralazina, nifedipina, são drogas efetivas na redução do risco de ocorrência e de morte materna.

Assim, recomenda-se que todas as mulheres com síndrome HELLP recebam infusão endovenosa com dose de ataque de 4 a 6 g de sulfato de magnésio, seguido de uma dose de manutenção de 1 a 2 g ,por hora, em solução endovenosa contínua durante o parto e, por no mínimo 24 h. pós-parto. Para estabilizar os níveis pressóricos, a hidralazina é considerada a droga de escolha como hipotensor, com uma dose de 5 mg de hidralazina em bolus, podendo ser repetida a cada 20 min. Na ineficiência da hidralazina, pode-se usar a nifedipina na dose de 10 a 20 mg via oral a cada 30 min. Não se recomenda a administração sublingual da nifedipina, devido ao risco de queda abrupta da pressão arterial e risco uteroplacentário (FONSÊCA *et al.*, 2007).

Ceccati (2005) defende em seu estudo que a evidência científica também pode ser considerada um grande instrumento para a redução da morbidade e mortalidade materna. Observa-se, por exemplo, que em relação às práticas na atenção obstétrica, as evidências sobre intervenções benéficas no parto, tendo como marco conceitual a chamada medicina baseada em evidências, deveriam estar disponíveis a partir de estudos de metanálise e revisão sistemática derivados de ensaios controlados aleatorizados que contemplassem especificamente o efeito de cada possível intervenção no parto para a redução da morbimortalidade materna. Considerando que o interesse nesse caso é a morte materna, dois pontos fundamentais devem ser considerados: primeiro, a morbidade materna está intimamente associada à mortalidade materna, pois apresentam determinantes primários comuns; segundo, a morte materna é, em termos absolutos, um evento

raro e dificilmente corresponde a uma medida de efeito de grande impacto nos estudos controlados. Contudo, o fato de que a morbidade antecede a mortalidade, é possível se valer da evidência indireta de que qualquer intervenção que consiga reduzir significativamente a morbidade materna deve teoricamente também ser capaz de reduzir a mortalidade materna.

A evidência científica pode ser considerada tanto mais forte, quanto poderoso por ter a maior capacidade de gerar estudos de revisões sistemáticas, ensaios controlados, entre outros. Por tanto, existem aspectos relativos ao conhecimento baseado em evidências científicas sobre uma série de intervenções relacionadas ao parto e que, efetivamente, podem resultar em complicações capazes de caracterizar uma morbidade que, se não adequadamente tratada, pode evoluir para o óbito da mulher. Entre as intervenções na atenção hospitalar ao parto, que reduzem a mortalidade materna, sobressaem a atenção prestada por profissional capacitado e baseado em evidências científicas, a utilização de parteiras ou doulas em determinados contextos, o uso de tecnologias apropriadas incluindo o partograma, local do parto, posição do parto, uso de episiotomia, tipo de parto, o uso de ocitócicos na fase ativa do parto, realização de esforços de puxo no período expulsivo, manejo da dequitação e profilaxia de hemorragia puerperal, são intervenções que, seguramente, poderiam ser mais e melhor abordadas nos manuais de condutas obstétricas (CECATTI, 2005).

Por outro lado, Amorin, Katz e Santos (2007) sugere que os hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podem ser considerados importantes para a redução da morbimortalidade materna. As UTIs obstétricas dispõem de toda a estrutura para realização de procedimentos invasivos, incluindo o suporte avançado à vida e ventilação mecânica. Toda equipe multidisciplinar atua para o suporte, com a supervisão dos médicos intensivista, clínicos e cirurgiões.

Durante o período ciclo gravídico-puerperal a chance de uma mulher ser admitida em uma UTI é bem maior do que de uma mulher não-grávida. Avalia-se que 0,1 a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações requerendo o internamento em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Salienta-se que a evolução dessas pacientes em geral é boa, requerendo em muitos casos apenas intervenções de pequeno porte, com baixas taxas de morbimortalidade, com índices inferior a 3%.

Amorin, Katz e Santos (2007), afirmam que a proposta de um modelo de UTI voltada exclusivamente para o tratamento de pacientes obstétricas não é recente. Em 1990, Mabie e Sibai descreveram os resultados da implementação de UTI obstétrica na Universidade do Tennessee, em Memphis, indicando os seguintes benefícios.

- 1 – reconhecimento e tratamento precoce das complicações, em decorrência da observação intensiva;
- 2 – progressiva aquisição de habilidade e experiência com a monitorização intensiva pela equipe médica, garantindo o tratamento imediato, racional e adequado das pacientes hemodinamicamente estáveis;
- 3 – melhora da continuidade da assistência, tanto antes como no tratamento depois do parto;
- 4 – importante treinamento e aprendizagem tanto dos residentes como dos médicos do staff em terapia intensiva, bem como no tratamento de complicações médicas raras associadas à gravidez (AMORIN; KATZ, SANTOS, 2007, p. 108).

Evidentemente, nem todas as mortes maternas podem ser evitadas. Entretanto, maternidades bem equipadas com UTI, podem prevenir e reduzir estatisticamente mortes maternas nos casos de hipertensão, hemorragia, insuficiência respiratória, sepse e pós-cirurgias.

Segundo Schirmer (2007) e Barbastefano e Vargens (2009) o profissional de enfermagem obstétrica ganhou um papel importante nas metas de prevenção da mortalidade materna do MS reconhecida em portarias tais como: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna/Neonatal e Política Nacional de Atenção Básica, entre outras.

O objetivo de trabalho da enfermagem é o cuidado, na sua dimensão individual e coletiva, construir uma prática de enfermagem na saúde seguro de suas atividades, buscando embasamentos em literaturas como o Diagnóstico de enfermagem (NANDA), sensibilizado sobre a importância do atendimento humanizado e com liberdade de atuação tanto no ambiente hospitalar quanto no pré-natal (SCHIRMER (2007); LACAVA; BARROS (2004).

A Enfermagem, edificada e ratificada em objetivo, ética e funções por Florence Nightingale a partir da metade do século XIX, conservou suas bases até os dias de hoje. Dentre os dogmas da Enfermagem, pode-se destacar a visão holística da clientela, a visão preventiva, a não contaminação e a separação entre tecnologia e o ser humano em situação de doença (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009, p. 281).

Nesse contexto, para Dias e Deslandes (2006), o acolhimento da gestantes com uma escuta atenta e um atendimento criterioso, educado e respeitoso por parte dos profissionais de saúde inicia uma nova proposta de fortalecer a confiança das usuárias nos profissionais e nas unidades de saúde.

4 CONCLUSÃO

A mortalidade materna é um problema mundial e preocupante, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil. No Brasil morre mais de 1.500 mulheres por ano. São mortes que poderiam ser evitadas pelos meios disponíveis no sistema de saúde.

A redução da mortalidade materna implica em desenvolver ações de participação nacional, atendimento humanizado, acesso às unidades básicas de saúde, às maternidades, disponibilizar exames e cumprir com que seja feito o máximo de consultas preconizado pelo SUS.

Cabe ressaltar ainda, a falta de política de planejamento familiar, em que a mulher tenha autonomia para decidir quando e como deseja gerar e parir.

Estabelecer rede de serviços com integração dos níveis de atendimento, a qualificação do atendimento hospitalar com profissionais capacitados e condutas baseadas em evidência científicas.

Conclui-se também que, para melhoria e qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, é preciso destacar a criação de especializações e educação continuada dos profissionais que prestam a assistência à mulher e ao recém-nascido.

Destaca-se também a importância da Enfermagem Obstétrica como um fator de redução da mortalidade materna. Promover e exercer ações preventivas são partes dos aspectos que caracterizam a ser enfermeiro como cuidador de indivíduos, famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JÚNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 377-379, jul. 2006.

AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; SANTOS, L. C. Terapia intensiva em obstetrícia. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 107-111, fev. 2007.

ANDRADE, A. T. L. *et al.* Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 380-387, jul. 2006.

BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 278-282, mar./abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Óbitos maternos no Brasil**: óbitos maternos por Unid.Federação segundo Região. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 2.815, de 29 de maio de 1998. Dispõe sobre a inclusão na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) o procedimento parto normal sem dissociação realizado por enfermeiras obstetras. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 ago. 1999.

BRASIL. 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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEJA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, jan./maio 2006.

CECATTI, J. G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2005.

DIAS, M. A.B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez. 2006.

FERREIRA, M. *et al.* Pacientes grávidas com elevado risco de TVP. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 135-136, mar. 2007.

FONSÊCA, C. P. *et al.* Síndrome HELLP: considerações acerca de diagnóstico e conduta. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 585-590, set. 2007.

KATZ, L. *et al.* Síndrome HELLP: estratégias para acelerar a recuperação materna pós-parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p.687-692, set. 2005.

LACAVA, R. M. V. B.; BARROS, S. M. O. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 9-17, jan./mar. 2004.

LIMA, B. G. C.; PIMENTEL, C. O. Qualidade do pré-natal de gestante assistidas numa maternidade pública de Salvador, 2000-2001. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 27, n. 1/2, p. 50-59, jan./jul. 2003.

MANDÚ, E. N. T.; ANTIQUEIRA, V. M. A.; LANZA, R. A. C. Mortalidade materna: implicações para o programa saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-284, abr./jun. 2009.

OLIVEIRA, M. I. C. *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo sistema único de saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, out. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mortalidade materna**. Geneva: OMS, nov. 2010 (Nota descritiva n. 348).

SCHIRMER, J. A importância da enfermeira nas ações governamentais de redução de morbi mortalidade materna e neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, jul./set. 2007.

SOUSA, M. H. *et al.* Sistema de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 2006.

SOUZA, A. S. R. *et al.* Sulfato de magnésio nas síndromes hipertensivas da gestação: efeitos hemodinâmicos maternos e fetais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 625-631, set. 2006.

SOUZA, K. V.; ALMEIDA, M. R. C. B.; SOARES, V. M. N. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 741-749, dez. 2008.

SUCCI, C. M. *et al.* Estudo analítico dos casos de mortalidade materna no hospital universitário de São Bernado do Campo, no período de 1999 a 2002. **Arquivos Médicos ABC**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 22-27, 2004.

VENTURA, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 217-228, 2008.