

Perfil nosológico da mortalidade materna: a gravidade da gravidez no Marajó II, Pará, Brasil, entre 2010 e 2019

Nosological profile on maternal mortality: the gravity on pregnancy in Marajó II, Pará, Brazil, between 2010 and 2019

Perfil nosológico de la mortalidad materna: la gravedad del embarazo en Marajó II, Pará, Brasil, 2010 y 2019

Recebido: 20/01/2021 | Revisado: 23/01/2021 | Aceito: 28/01/2021 | Publicado: 04/02/2021

Maria de Fátima Bastos da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7901-934X>
Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, Brasil
E-mail: bastos.eduarda10@gmail.com

Salma Saráty Malveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3048-3985>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: salmasaraty@oi.com.br

Sérgio Beltrão de Andrade Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9531-2482>
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Brasil
E-mail: sergio.lima@outlook.com

Ilka Lorena de Oliveira Farias Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9816-5510>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: ilka_lorena@yahoo.com.br

Djeane Kathe Mascote Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5977-7306>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: dezinhamascote@hotmail.com

Heliana Helena de Moura Nunes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2263-5755>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: hmouranunes@gmail.com

Maria Elizabete de Castro Rassy

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7214-5079>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: elizarassy50@hotmail.com

Creusa Barbosa dos Santos Trindade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7482-1475>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: cbcreusasantos7@gmail.com

Juliana de Borborema Garcia Pedreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3423-9824>
Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil
E-mail: juborboremapedreira@hotmail.com

Andressa Fabiana Ferreira Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7518-2927>
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Brasil
E-mail: andressafabiana96@outlook.com

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil nosológico da mortalidade materna na Região de Saúde do Marajó II/PA, período entre 2010 a 2019. Métodos: Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, utilizando dados secundários do DATASUS, vinculado aos registros de óbitos maternos, considerando as variáveis: tipo de parto, causa básica e momento que ocorreu o óbito, paridade e número de consultas pré-natal da mãe, além de idade, estado civil, escolaridade e ocupação quando do parto (situação do óbito). Resultados: No período avaliado foram registrados no Pará 1.061 óbitos maternos, representando razão de mortalidade materna de calculada em 113,76 óbitos/100 mil nascidos vivos. De todos os óbitos registrados, 71 ocorreram no Marajó II (98,97 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos). A mortalidade conforme os principais grupos, classificados por códigos do capítulo XV do CID-10, foram: Eclampsia

(O15) e Descolamento prematuro da placenta (O45). A maior parte dos eventos negativos ocorreu entre gestantes jovens, solteiras, com baixo grau de escolaridade e sem atividades remuneradas. Conclusão: A razão de mortalidade materna está acima dos parâmetros aceitáveis e afeta principalmente mulheres em situação de alta vulnerabilidade. Isso evidencia a necessidade de adotar um novo modelo de atenção a saúde das mulheres capaz de organizar a rede assistencial atendendo às necessidades de grupos menos favorecidos economicamente e socialmente.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Perfil epidemiológico; Saúde da mulher.

Abstract

Objective: To describe the nosological profile of maternal mortality in the Health Region of Marajó II / PA, from 2010 to 2019. **Methods:** Epidemiological, descriptive, retrospective study, using secondary data from DATASUS, linked to maternal death records, considering the variables: type of delivery, basic cause and time of death, parity and number of prenatal consultations of the mother, in addition to age, marital status, education and occupation at delivery (death situation). **Results:** No evaluated period in Pará was recorded in 1,061 maternal deaths, representing the ratio of maternal mortality to 113.76 deaths / 100 thousand live births. Of all registered deaths, 71 occurred in Marajó II (98.97 deaths per 100,000 live births). Mortality the main groups, classified by codes of chapter XV of the ICD-10, were: Eclampsia (O15) and Placental abruption (O45). Most of the negative events occurred among young, single pregnant women, with low educational level and without paid activities. **Conclusion:** The maternal mortality ratio is above acceptable parameters and affects mainly women in situations of high vulnerability. This highlights the need to adopt a new model of health care for women capable of organizing a care network meeting the needs of groups that are economically and socially disadvantaged.

Keywords: Maternal mortality; Epidemiological profile; Women's health.

Resumen

Objetivo: Describir el perfil nosológico de la mortalidad materna en la Región de Salud de Marajó II / PA, de 2010 a 2019. **Métodos:** Estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo, utilizando datos secundarios de DATASUS, vinculados a los registros de defunción materna, considerando las variables: tipo de parto, causa básica y hora de muerte, paridad y número de consultas prenatales de la madre, además de edad, estado civil, educación y ocupación al momento del parto (situación de muerte). **Resultados:** No se registró ningún período evaluado en Pará en 1.061 defunciones maternas, lo que representa la razón de mortalidad materna a 113,76 defunciones / 100 mil nacidos vivos. Del total de defunciones registradas, 71 ocurrieron en Marajó II (98,97 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos). Mortalidad los principales grupos, clasificados por códigos del capítulo XV de la CIE-10, fueron: Eclampsia (O15) y Desprendimiento de placenta (O45). La mayoría de los eventos negativos ocurrieron entre mujeres jóvenes embarazadas solteras, con bajo nivel educativo y sin actividades remuneradas. **Conclusión:** La tasa de mortalidad materna se encuentra por encima de los parámetros aceptables y afecta principalmente a mujeres en situaciones de alta vulnerabilidad. Esto pone de relieve la necesidad de adoptar un nuevo modelo de atención de la salud de la mujer capaz de organizar una red de atención que responda a las necesidades de los colectivos en desventaja económica y social.

Palabras clave: Mortalidad materna; Perfil epidemiológico; Salud de la mujer.

1. Introdução

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), institucionalizada em 2004 como Política Pública de Estado, muitos avanços foram conquistados na qualificação do cuidado, principalmente no ciclo gravídico-puerperal. Porém, não de forma suficiente para concretizar em números e ações de saúde os compromissos globais assumidos pelo Governo Federal, em conjunto com Estados e Municípios (Brasil, 2014; 2020).

Destaca-se aqui, no conjunto das Metas de Desenvolvimento do Milênio, definidas durante a Reunião de Cúpula das Nações Unidas, no ano 2000, o pacto formalizado para redução da mortalidade materna, através do qual se propôs o alcance de uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos maternos, a cada 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, por ano, até 2015 (Organização Mundial de Saúde; OMS, 2015).

Segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), considera-se como Morte Materna ou Óbito Materno (OM): aquele falecimento de uma mulher durante ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela; mantendo excluídos os acidentes e incidentes não associados à gestação.

No Brasil foi possível perceber redução suficiente nas taxas nacionais de mortalidade materna no período proposto na

pactuação internacional. Tanto que a RMM em 2014 ainda alcançou 58,37/100.000 nascidos vivos (NV), um resultado considerado alarmante pelos profissionais da Organização Panamericana da Saúde – OPAS (OMS, 2014; 2015).

Para efeito de avaliação e comparação, o que não seria viável através de dados absolutos, os técnicos da OMS (2014), estabeleceram como aceitável a RMM em índices inferiores a 20 mortes a cada 100.000 NV; considerando nível médio o patamar entre 20 e 50 mortes na mesma proporção; níveis altos aqueles entre 50 e 150 e muito altos quando maiores que 150 mortes por 100.000 NV.

No contexto do Estado do Pará, a implementação da PAISM não foi suficiente para controlar a morbimortalidade em gestantes. Há muito tempo o peso das iniquidades sociais na saúde marca negativamente a população paraense e, de forma ainda mais crítica a gestante marajoara. Isso demanda maiores esforços para melhoria da assistência à saúde materna, de forma a aprimorar os cuidados durante a gravidez, o parto e o puerpério (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015).

Não obstante o insucesso no alcance dos níveis propostos, o monitoramento dos indicadores relativos à Saúde da Mulher segue como um dos mecanismos mais valorizados na avaliação da qualidade do cuidado e do acesso aos serviços de saúde da população. Além de representar um dos mais importantes instrumentos de gestão para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão para qualificação da rede de cuidado materno infantil, a ser viabilizada através da ação conjunta dos governos federal, estaduais e municipais.

Tendo a expectativa de levantar informações que venham a proporcionar subsídios para a construção futura de planos de ação que envolvam governos e comunidade em busca da promoção de saúde e prevenção de agravos durante a gravidez, assim evitando ou, pelo menos, reduzindo as taxas dos indicadores em discussão, o presente estudo objetivou analisar o perfil nosológico da mortalidade materno infantil na Região do Marajó II, com dados do período entre 2010 e 2019.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, de base documental utilizando dados secundários oficiais do Ministério da Saúde (MS), associados às notificações de óbitos maternos ocorridos na Região do Marajó II/PA no intervalo entre 2010 e 2019.

Os dados em questão são regularmente disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), tendo sido captados através do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (Brasil, 2020). Bem como através do aplicativo TABNET e com dados referentes aos registros no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), cruzados com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A seleção do intervalo temporal foi realizada considerando a disponibilidade de dados completos de uma década, nos sítios eletrônicos do MS. Como critério de inclusão de casos, admitiram-se todos os óbitos maternos triados por residência registrados no SIM, tendo sido excluídos as mortes não investigadas ou com dados incompletos/inconclusivos.

Todos os procedimentos metodológicos seguiram as rotinas sugeridas no manual de normatização de trabalhos acadêmicos do Núcleo de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Maria (Pereira et al., 2018).

Nos termos da Resolução CNS No 510/2016, em se tratando da utilização de informações já anonimizadas, de domínio público e acesso irrestrito, é baixo o risco de desrespeito aos preceitos da boa ciência. Portanto, fica dispensada a submissão desse tipo de trabalho para análise prévia por Comitê de Ética em Pesquisas.

A Região do Marajó II é composta por 07 municípios (Anajás, Bagre, Breves, Curalinho, Gurupá, Melgaço e Portel). Conta com rede assistencial ofertada nos três níveis de atenção, com notável concentração da média e alta complexidade em Breves, município polo da Região (IBGE, 2020). A região foi escolhida para o estudo por especificidades como: baixa densidade demográfica, considerável distanciamento geográfico territorial com relação a outros centros urbanos (incluindo a

capital do estado) e meio de locomoção predominantemente fluvial; elementos que conjugados representam importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde (Pará, 2014).

Foi realizada análise estatística descritiva das variáveis estudadas, utilizando-se as fórmulas matemáticas apropriadas para determinação da razão e frequência dos dados estudados, a saber: tipo de parto, causa básica e momento que ocorreu o óbito, a partir do SIM; e através do SINASC: paridade e número de consultas pré-natal da mãe, além de idade, estado civil, escolaridade e ocupação quando do parto (situação do óbito).

3. Resultados

Durante o período analisado, no Pará foram registrados 1.061 óbitos maternos, destes 71 ocorreram na Região de Saúde do Marajó II. Este número representou para a Região de Saúde do Marajó II uma RMM de 98,97 óbitos/100.000 NV no período, valor acima da média do estado (calculada em 113,76 óbitos/100 mil nascidos vivos), posicionando o Marajó II atrás de 06 das demais Regiões de Saúde do Estado, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Média da Razão de Mortalidade Materna, por Região de Saúde, no estado do Pará, no período entre 2010 e 2019, acompanhada da classificação da Regiões pela mesma proporção.

Município	Total de OM	RMM	Posição
Araguaia	49	68,30	9
Baixo Amazonas	109	151,94	3
Carajás	117	163,09	2
Tucuruí	48	66,91	10*
Metropolitana I	214	298,30	1
Metropolitana II	51	71,09	8
Metropolitana III	99	138,00	5
Rio Caetés	87	121,27	6
Tapajós	32	44,60	11
Tocantins	106	147,75	4
Xingu	48	66,91	10*
Marajó I	30	41,82	12
Marajó II	71	98,97	7

Obs.: Tucuruí e Xingu com resultados similares estão na mesma posição (*). Fonte: Autores, com dados do MS, extraídos via TABNET.

Considerando a classificação da OMS (2014), todas as Regiões de Saúde do estado do Pará encontram-se com taxas acima do aceitável, sendo o Marajó II classificado como uma área de RMM Alta. As demais Regiões que apresentaram índices muito alarmantes conjugam áreas com condições de saúde extremamente díspares, variando entre ‘alta densidade tecnológica’ ou ‘vazios assistenciais’ mais graves que o Marajó II. Essa situação demanda estudos específicos e detalhados a serem realizados no futuro, de modo a esclarecer hipóteses como a migração motivada por melhores condições de acesso ao parto, por exemplo. Ademais, para todas as Regiões listadas é possível considerar a possibilidade de subnotificação de OM, principalmente naquelas de grande extensão, em que o acesso se torna ainda mais complexo ao município polo ou a Região Metropolitana de Belém (capital).

Avaliando especificamente a Região de Saúde do Marajó II, todos os municípios não registraram OM em algum dos anos da amostra. Considerando o limite do possível, mesmo ‘na contramão’ dos resultados aferidos, há que se acreditar que nesses anos não houve nenhum falecimento em decorrência de falhas na assistência materna. Inclusive, sendo crível que a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos entre mulheres – embora evitável em 92% dos casos através de ações dos serviços de saúde – é razoável esperar que de fato não tenha ocorrido perdas (Brasil, 2009).

Em função da notável ocorrência de anos sem OM não foi possível calcular tendências ou realizar inferências

estatisticamente significantes, sendo viável apenas registrar momentos de elevações bastante contundentes que certamente representam perdas irreparáveis não somente para as famílias, mas também para as comunidades envolvidas. Destaca-se, nesse sentido, o comportamento quantitativo de mortes maternas em Breves, Melgaço e Portel.

Na Região, a média de OM foi igual a 6,85 casos/ano. O ano de 2017, com 163 mortes, alcançou um valor 189,8% superior à média; isso em decorrência de uma elevação considerável de mortes em Portel (06 casos; valor 324% maior que a média; 46,15% do total de mortes na Região). Nesse mesmo ano apenas 02 municípios não registraram ocorrências (Bagre e Gurupá). No extremo oposto, em 2013 somente 02 OM foram registrados na Região do Marajó II, um em Bagre e outro em Melgaço. Nos 02 anos citados o quantitativo de NV não apresentou diferenças significativas com relação à média de forma que pudesse impactar na relevância dos dados apresentados, conforme explicitado na Figura 2.

Figura 2. Quantidade absoluta de Óbitos Maternos, na Região Marajó II, 2010/2019.

<i>Município</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	<i>OM</i>									
Anajás	1	0	3	0	0	0	0	1	0	2
Bagre	1	1	2	1	0	1	1	0	1	0
Breves	3	1	5	0	0	0	0	3	1	4
Currallinho	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4
Gurupá	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Melgaço	0	0	0	1	3	1	5	2	0	1
Portel	2	0	0	0	3	2	0	6	1	1
Região	8	4	11	2	6	5	7	13	3	12

Fonte: Autores, com dados do MS, extraídos via TABNET.

Analisando a RMM calculada a partir dos registros de óbitos dos municípios da região, no período analisado, os maiores índices proporcionais de mortes maternas foram apontados nos municípios de Currallinho (572,25 em 2019), Melgaço (498,34 em 2014), Bagre (430,11 em 2012) e Portel (402,96 em 2017). Em todos os anos em que ocorreu esse disparo da RMM nos municípios, a média na Região de Saúde do Marajó II manteve-se alta ou muito alta.

Por outro lado, desconsiderados os anos em que não houve anotação de casos, os índices mais baixos foram registrados no município de Breves (35,10 em 2018; e 47,05 em 2011). Nesses anos, de fato, as médias de RMM entre os municípios atingiram valores menores, transitando entre médio e alto. Certo é que o conjunto de resultados apresenta inegável variação na razão de mortalidade materna entre os municípios e ano a ano.

Conforme se explicita na Figura 3, é evidente o descontrole da RMM na Região do Marajó II como um todo, com valores variando entre 29,18 (em 2013) e 169,47 (em 2017), com média de 99,40 no período analisado. Essa falta de padrão se repete em todos os municípios que integram o território. Os índices apresentados e as considerações realizadas sugerem a existência de falhas nos serviços de atendimento às mulheres grávidas. Da mesma forma é possível crer em lacunas na gestão das instituições responsáveis pelo desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, dado que as principais causas de óbito materno podem ser evitadas com adequada assistência durante o pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2012; 2013^a; Martinelli et al., 2019; Luz et al., 2018).

Figura 3. Razão de Mortalidade Materna, na Região Marajó II, 2010/2019.

<i>Município</i>	2010 <i>RMM</i>	2011 <i>RMM</i>	2012 <i>RMM</i>	2013 <i>RMM</i>	2014 <i>RMM</i>	2015 <i>RMM</i>	2016 <i>RMM</i>	2017 <i>RMM</i>	2018 <i>RMM</i>	2019 <i>RMM</i>
Anajás	163,13	0,00	399,47	0,00	0,00	0,00	0,00	116,96	0,00	238,95
Bagre	204,08	210,97	430,11	217,39	0,00	179,86	177,94	0,00	171,82	0,00
Breves	155,36	47,06	209,82	0,00	0,00	0,00	0,00	110,17	35,10	144,30
Currallinho	181,49	180,51	158,48	0,00	0,00	0,00	0,00	136,43	0,00	572,25
Gurupá	0,00	145,99	0,00	0,00	0,00	144,72	135,87	0,00	0,00	0,00
Melgaço	0,00	0,00	0,00	211,42	498,34	167,79	931,10	355,87	0,00	155,76
Portel	183,15	0,00	0,00	0,00	202,70	125,31	0,00	402,96	59,59	63,73
Região	134,41	63,04	165,84	29,18	79,83	67,11	95,19	169,47	36,93	153,02

Fonte: Autores, com dados do MS, extraídos via TABNET.

A décima versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida objetivamente como Classificação Internacional de Doenças – CID 10), foi publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Os códigos do Capítulo XV do CID-10 referem-se aos agravos e às mortes ocorridas no período da gravidez, parto ou puerpério. São codificadas pela letra O, seguida de números (OMS, 2010).

Seguindo o CID-10, no período do estudo, as principais causas dos OM ocorridos foram: Eclampsia (O15); Descolamento Prematuro da Placenta (O45); Grupo de outras doenças da mãe - classificadas em outra parte - que complicam a gravidez, o parto e puerpério (O99); Inércia / Anormalidades da contração uterina (O62); Infecção puerperal (O85); e Aborto Não Específico (O06), nessa ordem.

Também de acordo com os dados captados na base do MS, foi possível esclarecer que dos 71 OM ocorridos na Região de Saúde do Marajó II, 48 foram decorrentes de causas obstétrica diretas (67,61% do total), 10 de causas obstétricas indiretas (14,08%), 08 a partir de gravidezes que terminaram com abortos (11,27%) e 03 de causas obstétricas não especificamente diretas/indiretas (4,22%).

Todas essas perdas podem ter a mesma origem comum, caracterizada por uma assistência pré-natal frágil, agravada por condições socioepidemiológicas desfavoráveis (Martinelli et al., 2019; Luz et al., 2018). Para testar essa hipótese foram avaliados diversos indicadores relacionados a essas condições, seguem os resultados coletados de dados do TABNET.

Independente da ocorrência de OM, a proporção de mulheres que acessaram o pré-natal já revela um cenário bastante preocupante, com 27,08% das gestantes da região do Marajó sem acesso a nenhuma consulta pré-natal ou as realizando em quantidade inadequada e somente 16,41% alcançando o número de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (07 ou mais consultas). Quanto ao tipo de parto, a maioria foi composta por partos vaginais (82,89% do total), seguida de partos cesáreos (16,96%), restando apenas 103 partos sem o registro adequado (0,14%).

Recortado o total de mulheres vítimas de OM, tem-se a seguinte proporção dos partos realizados: 40,56% de cesáreas e 32,43% de partos vaginais. Para 18,91% das mulheres não foi realizado parto, pois o óbito ocorreu durante a gestação e, em 8,10% das situações o óbito ocorreu durante o abortamento. No entanto, foi durante o período puerperal em que ocorreu o maior número de mortes maternas, alcançando 43,24% do total.

Entre essas gestantes, 48,64% eram consideradas grandes múltiparas (com 4 gestações ou mais), destas registrou-se um percentual significativo (8,10%) de paridade extrema (mais de 10 gravidezes). As demais 27,2% estavam na primeira gestação, enquanto 24,32% tinham de 02 a 03 filhos.

Em relação a idade, houve predominância de morte em gestantes que estavam na segunda década de vida (73%). Não se verificou óbitos na faixa etária menor de 15 ou maior de 40 anos. A maioria das mães eram solteiras ou viviam em união consensual, possuíam baixa escolaridade (01 a 03 anos de estudo) e exerciam atividades sem remuneração (cuidadoras do lar).

A análise da variação apresentada nesses indicadores, dentro do valor total de OM, não resultou em nenhum achado considerável estatisticamente significativo que pudesse ser registrado.

4. Discussão

A Eclampsia (EC) representou a maior causa de OM do estudo. Trata-se de uma situação precedida por um quadro denominado 'Pré Eclampsia' (PE), constituindo um conjunto de alterações de etiologia desconhecida que envolvem em sua fisiopatologia uma síndrome de vasoconstrição com redução de perfusão. A PE é constatada pelo surgimento de Hipertensão Arterial Sistêmica, geralmente após a 20ª semana de gestação. Em alguns casos de PE não controlada, há evolução para a EC, que se manifesta através de convulsões tônico-clônico generalizadas, não associadas à doença epiléptica ou a outras doenças que precipitem essa manifestação (Brito Neto et al., 2020).

Quando as consultas de pré-natal não são realizadas ou são feitas de forma inadequada é provável que sintomas importantes não sejam referidos ou que sinais clínicos passem despercebidos. Isso favorece a evolução negativa para a saúde da gestante e do concepto (Luz et al., 2018). Nesse contexto, a quantidade insuficiente de consultas nas pacientes que compunham o estudo indica que provavelmente faltou a elas um diagnóstico em tempo certo, seguido de medidas oportunas para controle do quadro (Martinelli et al., 2019).

O Descolamento Pré-maturo da Placenta (DPP), apresentou-se como a segunda causa básica de morte materna na região. Trata-se de complicação com forte associação a quadros hipertensivos, que favorece a ocorrência de hemorragia obstétrica, situação grave que quando não atendida de imediato e adequadamente pode determinar rapidamente a morte da mulher (Brasil, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias, com maior frequência na segunda metade da gravidez, sendo uma das principais causas de internação no período anteparto. Esses sangramentos aumentam o risco de morbimortalidade materna e perinatal, podendo ser indicativos da necessidade de proceder com partos cesáreos (Brasil, 2012; Silva et al., 2016).

Considerando que o principal fator de risco para o DPP é a hipertensão, sendo responsável por até 50% dos casos não traumáticos, reitera-se a importância de se evitar o quadro de PE / EC, com controle rigoroso do peso e da pressão arterial. Essas e outras medidas podem ser alcançadas com a devida atenção à saúde da mulher antes, durante e depois da gravidez.

De fato, no Brasil, as principais causas da mortalidade materna são: Hipertensão Arterial (20%), as Hemorragias (12%), a infecção puerperal (6,3%) e o aborto (4,7%) e o perfil da mortalidade materna na Região do Marajó II se assemelha com o cenário nacional (Brasil, 2013b; Silva et al., 2016).

Os resultados apresentados indicam que maioria das mortes maternas na Região do Marajó II estão relacionadas ao momento do puerpério. Em revista a literatura, a maioria das complicações aconteçam após partos cesáreos, frequentes na região. Corroborando com o relato de Souza (2013), é certo admitir que esses partos ocorram em âmbito hospitalar; então, os elevados níveis de complicações manifestos sugerem, também, que há graves problemas na qualidade da atenção prestada a mulher durante o parto e o puerpério.

Denota-se a fragilidade do cuidado à saúde materno infantil na Região de Saúde do Marajó II, evidenciando a necessidade de ampliação com melhor distribuição e qualificação nos três níveis da assistência (baixa, média e alta complexidade). Além da adoção de modelos de gestão em saúde que promovam sinergia capaz de promover a excelência na prestação de serviços, aumentando a resolutividade e a qualidade, salvando vidas.

Informações da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (Brasil, 2013b) revelam que o acesso ao pré-natal no Brasil foi ampliado quase que universalmente. Esse estudo está ressaltado que a maior fragilidade esteve representada pela baixa

quantidade de serviços, especialmente na Região Norte do Brasil. Essa realidade é revelada pelos indicadores do acompanhamento pré-natal da Região do Marajó II, onde cerca de 30% das mulheres não contam com o cuidado adequado.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) a Atenção Primária em Saúde deve ser considerada o primeiro nível de atendimento à mulher grávida. Para que isso se efetive com qualidade é exigido compromisso dos gestores municipais da Região de Saúde do Marajó II, com a garantia da oferta de atendimento adequado, capaz de promover saúde e evitar adoecimento e morte ou sequelas.

Campos et al. (2010) discutem como a melhoria nas estratégias de gestão e o planejamento das ações dos serviços de saúde, em articulação intersetorial, podem diminuir os riscos e auxiliar a reduzir os danos decorrentes dessas mortes. Os autores apresentam como principais consequências negativas da falta de articulação no cuidado com mulheres grávidas um contingente alarmante de lares desfeitos e crianças órfãs que acabam vivendo com familiares ou pessoas próximas, isso quando não são recolhidas para instituições filantrópicas ou passam a viver na rua, configurando um ciclo de violência ao binômio 'mãe e filho'.

Exatamente para evitar a continuidade desse problema o Governo do Estado (Pará, 2014) desenvolveu o Plano de Ação da Rede Cegonha da Região do Marajó II. Através desse, observou-se que a organização dos níveis de atenção à saúde é diferenciada na região, com a atenção básica sendo responsável pela totalidade do atendimento em alguns municípios. Embora os serviços de média e alta complexidade existam e estejam pactuados, o acesso é regulado de maneira que a gestante muitas vezes precisa se deslocar para o município polo (Breves) ou para a capital (Belém) à procura de atendimento. Esse deslocamento nem sempre é possível e, quando realizado, configura fator de risco para a ocorrência de complicação e morte, pela distância territorial e meio de transporte (fluvial).

Essas evidências tornam claro que, para reduzir o óbito materno na Região, segue necessária a adoção de mais medidas de fortalecimento das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas voltadas para assegurar assistência as mulheres grávidas com ênfase nos componentes pré-natal, parto e puerpério.

5. Conclusão

A análise nosológica da mortalidade materna na Região do Marajó II entre os anos de 2010 e 2019, revela índices descontrolados e acima dos parâmetros aceitáveis. A causa básica dos óbitos geralmente decorrem de eclampsia e hemorragias pós-parto, complicações relacionadas ao manejo inadequado antes, durante e após o parto, sugerindo deficiências em todos os níveis de atenção. Além disso, recaem sobre a população marajoara condições sociodemográficas desfavoráveis que aumentam a vulnerabilidade das gestantes e sugerem falhas no modelo de organização da atenção obstétrica.

Em específico, os achados socioeconômicos das mulheres que foram a óbito em decorrência de complicações da gravidez, como faixa etária (jovem), situação conjugal (solteiras), grau de escolaridade (baixo), ocupação (sem atividade remunerada) são aspectos que merecem mais atenção, na medida em que podem contribuir com o desenvolvimento de estratégias de autocuidado e acompanhamento da gestação, reduzindo os fatores de risco obstétrico e a ocorrência de morte materna em todo Brasil.

Para reduzir a morte materna e os demais agravos a saúde que afetam a população é necessário reorganizar a rede assistencial, observando os direitos humanos através do desenvolvimento de ações voltadas para atender às necessidades de todos, com olhar especial para os grupos menos favorecidos social e economicamente. Da mesma forma, sugere-se que estudos dessa mesma natureza sejam realizados periodicamente para monitorar eventuais alterações no perfil da população. Adicionalmente estudos sobre a resolutividade dos serviços e sobre possíveis 'gargalos' devem ser estimulados.

O reconhecimento das desigualdades no território brasileiro e da diversidade cultural e geográfica são aspectos fundamentais que definem a importância do monitoramento e avaliação de todas as Políticas Públicas de Saúde, inclusive

daquela voltada à saúde das mulheres. Nesse sentido, a Região do Marajó II, com suas especificidades, alcança destaque desfavorável em relação a diversas regiões do Pará na busca do acesso da população aos serviços de saúde. Isso se reflete no resultado de diversos indicadores em monitoramento, que devem nortear a melhoria do cuidado nos próximos anos.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2020). Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Sistema de Informação de Mortalidade. Brasília, DF: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2009). Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília, DF: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2012). Gestação de Alto Risco. Manual Técnico. 302p. Brasília, DF: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013a). Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Manual Técnico. 318p. Brasília, DF: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2013b). Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. 536p. Brasília, DF: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2014) Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 82p. Brasília, DF: MS.
- Brito Neto, R. M., Ramos, A. P., Zamais, L. N., Carvalho, T. A., Souza, M. C. A., Côrtes Júnior, J. C. S. (2020). Pré-eclâmpsia em período puerperal: relato de caso. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 53(1):43-8.
- Campos, D. S., Divino, E. A., Miranda, E. F. M., Nascimento, A. O. B. (2010). O enfermeiro no contexto da saúde da família frente à prevenção da mortalidade materna. *UNICiências*, 14(2): 159-175.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2020). *Cidades e Estados*. Ilha do Marajó/Pará, 2020.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 100 p.
- Luz, L. A., Aquino, R., Medina, M. G. (2018). Avaliação da qualidade da Atenção Pré-natal no Brasil. *Saúde Debate*, 42(esp2):111-126.
- Martinelli, K. G., Santos Neto, E. T., Gama, S. G. N., Oliveira, A. E. (2016) Acesso ao pré-natal: desigualdades em região de alta mortalidade materna do sudeste brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 21(5):1647-1657. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23222015>.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2010) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.ed. São Paulo: Edusp.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). *Recomendações da OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Guia.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2015). Countdown to a Decade of tracking progress for maternal, newborn and child survival: the 2015 report. Washington, DC: World Health Organization.
- Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA (2014). Plano de Ação Rede Cegonha Região do Marajó II. Belém, PA.
- Pereira A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. Ed. UAB/NTE/UFMS. Recuperado de: em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.
- Santos, A. C. F., Mendes, B. S., Andrade, C. F., Carvalho, M. M., Espírito-Santo, L. R., D'Angelis, C. E. M., Prince, K. A. (2020). Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (48), e3243.
- Silva, B. G. C., Lima, N. P., Silva, S. G., Antúnez, S. F., Seerig, L. M., Restrepo-Méndez, M. C., Wehrmeister, F. C. (2016) Mortalidade Materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol*, 19(3):484-493.
- Souza, J. P. (2013) Mortalidade Materna e Desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 35(12):533-5.