

MORTALIDADE MATERNA: UM MAL EVITÁVEL

MOTA, Edinalva Madalena Almeida¹
MESQUITA, Michelle Alexandra Danhoni Mendes MOTA²
CARRARO, Suelen Mota³
GOMES, Cristiane Faccio⁴

RESUMO:

Este estudo de revisão bibliográfica teve por objetivo analisar e investigar as formas de prevenção da mortalidade materna direta, direcionada a todas as mulheres em idade reprodutiva, no período gestacional e após o parto, abrangendo a realidade no Brasil e no Estado do Paraná. As principais causas relacionadas à morte materna direta são: doenças hipertensivas, hemorragias, infecções e o aborto. O risco de óbito materno nos países em desenvolvimento é muito maior que nos países desenvolvidos, devido à precariedade escolar e socioeconômica, dificuldades de acesso aos serviços de qualidade e a falta de assistência qualificada. A assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal deve ser de caráter técnico-científico, para que se possa prestar uma assistência de qualidade e humanizada, cabendo ao enfermeiro estar apto através de capacitações, principalmente na área obstétrica, sendo de responsabilidade atuar na prevenção e promoção da saúde da mulher. Conclui-se que termos profissionais capacitados para prestar uma assistência obstétrica de qualidade e de forma humanizada, além de promover ações efetivas de planejamento familiar, são algumas das medidas que podem contribuir para a redução da mortalidade materna.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade, Cuidar, Parto e puerpério, Humanização, Saúde da mulher.

MATERNAL MORTALITY: ONE PREVENTABLE HARM

ABSTRACT:

This review aimed to analyze and investigate ways to prevent maternal mortality directly, targeting all women of reproductive age, during pregnancy and after childbirth, including the reality in Brazil and Paraná. The main causes of direct maternal death are hypertensive diseases, bleeding, infections and abortion. The risk of maternal death developing countries is much higher than in developed countries, due to poor education and socioeconomic status, poor access to quality services and lack of quality care. Assistance to women in pregnancy and childbirth should be of a technical-scientific, so that we can provide quality care and humane, leaving nurses to be able through training, especially in obstetrics, and the responsibility to act to prevent and promotion of women's health. We conclude that professionally trained to provide a quality obstetric care and humane way, and promote effective actions of family planning are certain measures that can contribute to reducing maternal mortality.

KEYWORDS: Mortality, Care, Childbirth and postpartum, Humanization, Women's health.

1. INTRODUÇÃO

Morte materna é definida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10) como a morte de uma mulher no período gravídico-puerperal, ou seja, durante a gestação ou até 42 dias após o nascimento do bebê, independente da localização ou da duração da gestação, estando relacionada ou agravada por qualquer razão fisiológica na gestação, não incluindo óbitos por causas acidentais ou incidentais (PARANÁ, 2010). “Morte materna tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID-096)” (BRASIL, 2007, p.13).

As mortes maternas são divididas em: mortes obstétricas diretas ou indiretas. As primeiras são resultantes de complicações obstétricas no transcorrer da gravidez, parto ou puerpério, causadas por intervenções, omissões ou tratamento incorreto. Já as segundas ocorrem de doenças existentes anteriormente à gestação ou que são desenvolvidas neste período, não devidas a causas obstétricas diretas, porém, agravadas pelo efeito fisiológico da gestação (RIQUINHO e CORREIA, 2006).

No Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) obteve um índice muito elevado no ano de 1990 chegando a 141 por 100.000 nascidos vivos (NV), já no ano de 2010 esse índice chegou a 68/100.000 NV (PIMENTEL, 2012).

Em 2010 a RMM no Estado do Paraná chegou a 54,02 por 100.000 NV, sendo que em anos anteriores a RMM já chegou a 80,92 por 100.000 N.V (PARANÁ, 2010).

No enfrentamento desse grave problema diversas estratégias têm sido utilizadas. Por exemplo, 90% das gestantes no Brasil tem acesso à atenção de pré-natal desde 1996, sendo que mais de 50% delas realizaram mais de sete consultas de pré-natal e 97% dos partos ocorrem em hospitais no país. Além disso, outra importante estratégia tem sido utilizada no Brasil para reduzir a mortalidade materna, como foi o caso da criação dos Comitês de Morte Materna (CMM), em

¹ Mestre em Promoção da Saúde/UNICESUMAR, Especialista em Vigilância Sanitária e Epidemiologia em Saúde/UNIPAR, Especialista em Docência do Ensino Superior/UNIPAR, Especialista em Gestão em Saúde/UEM, Especialista em Educação em Saúde/UFPR, Especialista em Licenciatura- Formação Pedagógica/UEM, Especialista em Obstetrícia/UEM, Especializada em Formação de gestores e Preceptores em Residência Médica no SUS/ IEP- Sírio Libanês e Ministério Saúde. E-mail: edinalvamota@umuarama.pr.gov.br.

² Graduada em enfermagem/UNIPAR

³ Fonoaudióloga/UNIESP, especialista em Libras, Pós Graduanda em Educação, Métodos e Técnicas de ensino / UTFPR. E-mail: sucarraro@hotmail.com

⁴ Fonoaudióloga/UNIESP, Mestre em Educação/UNESP, Doutorado em Pedagogia/UNESP, Pós-doutorado em Saúde Coletiva/UEL. Docente da UNOPAR. E-mail: fono.crisgomes@hotmail.com

1998. Estes comitês têm como objetivo melhorar a qualidade da notificação dos óbitos, conhecer suas causas e monitorar sua ocorrência (BRASIL, 2007; LEAL 2008).

Em se tratando de mortalidade materna, temos que esta é um importante indicador da assistência de saúde prestada não somente às mulheres, mas a toda população, por revelar a qualidade da atenção à saúde e, indiretamente, as condições de vida e saúde desta população (BRASIL, 2007).

No caso da redução no número de óbitos maternos, temos que os profissionais enfermeiros desempenham um importante papel neste quesito, tanto nas ações de educação em saúde da população, como na realização de um pré-natal eficaz que, durante o período gestacional, deve identificar as possíveis complicações que futuramente podem converter-se em morte materna ou risco de morte materna (BRASIL, 2007).

Dentro dos programas como o planejamento familiar, assistência pré-natal, assistência ao parto e puerpério, os órgãos governamentais identificam grande dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, seja na atenção básica ou aos serviços de referência. Entre esses está, informações sobre métodos contraceptivos e exames de rotina, decadência na captação precoce das gestantes de risco e identificação dos fatores que contribuem a desencadear uma gestação de risco, além de profissionais sem treinamentos e qualificados para prestar assistência, falta de leitos obstétricos em UTI's (BRASIL, 2009).

Neste contexto, o presente estudo é resultado de uma revisão de literatura que teve por objetivo investigar as formas de prevenção da mortalidade materna direta, direcionada a todas as mulheres em idade reprodutiva, no período gestacional e após o parto, abrangendo a realidade no Brasil e no Estado do Paraná.

2. DESENVOLVIMENTO

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez. (BRASIL, 2007). Ainda afirma que a morte materna subdivide-se em morte materna obstétrica direta e indireta. A morte materna obstétrica direta ocorre durante o período gestacional, parto e puerpério, por complicações obstétricas; a morte materna obstétrica indireta também ocorre durante a gestação, não por causas obstétricas diretas, mas por doenças pré-existentes antes da gravidez, sendo agravadas durante a gestação.

A morte materna obstétrica direta tem maior prevalência em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, devido ao nível sócioeconômico precário que acarreta na dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde de qualidade, afirmando ser uma violação dos direitos humanos, por ser evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2009).

Levando em consideração essa alta incidência de óbitos maternos, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), afirma que melhorar a saúde da mulher e reduzir a mortalidade materna não é apenas um direito humano, é mais também um dos oito objetivos do milênio. Cita ainda que a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou durante a cúpula do milênio em 2000, para ter uma redução em três quartos a mortalidade materna no período de 1990 a 2015.

Segundo a OMS (2012), o alto índice de mortalidade materna é resultante das desigualdades socioeconômicas, um dos fatores contribuintes é a dificuldade do acesso aos serviços de saúde de qualidade na fase reprodutiva da mulher.

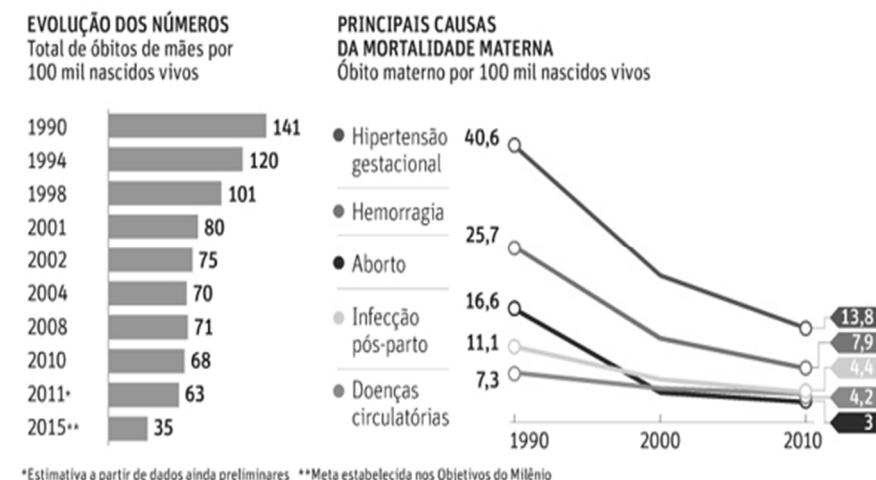
No Brasil, mulheres morrem no período gravídico-puerperal devido à assistência de baixa qualidade prestada por profissionais sem qualificação, ou seja, sem capacitação para prestar uma assistência humanizada no pré-natal e puerpério imediato (BRASIL, 2006).

A RMM é determinada através do número de mortes maternas ligadas a gestação, parto e puerpério por 100.000 nascidos vivos de mães que residem em definido espaço geográfico (FIEP, 2009).

Conforme relata Brasil (2007), na década de 80 a RMM declinou-se não havendo alteração no período de 1988 a 1997, talvez devido a um aumento da mortalidade materna obstétrica indireta. Já em 1999 a 2001 a mortalidade materna obstétrica direta obteve uma queda, podendo estar associada à melhora da assistência obstétrica e um bom planejamento familiar, pois neste período a mortalidade materna foi vista de maneira mais ampla, com maior preocupação pelos estados e municípios para o enfrentamento desta questão.

De acordo com a figura 1. os registros do Ministério da Saúde (2012) demonstram que desde 1990 até os dias de hoje, as principais causas da morte materna no Brasil são as doenças hipertensivas, hemorragias e as infecções puerperais, seguidas do aborto e das doenças do aparelho circulatório.

Figura 1 – Evolução do número de óbitos maternos e suas principais causas.



Fonte: Brasil. Observatório de Igualdade e Gênero (2012).

Concluindo que em 2010 13,8 mortes maternas por hipertensão foram contabilizadas para cada 100 mil nascidos vivos. Em 1990, esse índice chegou a 40,6 por 100 mil. Houve redução nas mortes por hemorragia (índice de 7,9 por 100 mil em 2010) e por infecção pós-parto (4,4 por 100 mil em 2010) da ordem de 60% desde a década de 1990. Entre as causas de morte materna, o aborto registrou queda no período, estando em quinto lugar (BRASIL, 2012).

Nota-se que a mortalidade materna representa grande problema na Saúde Pública nos países de baixa renda e em desenvolvimento, refletindo a precariedade dos sistemas de saúde e hospitalares, desigualdade sócio econômica, assistência médica, falta de vagas para o parto e principalmente a qualidade da assistência prestada no pré-natal, traduzindo uma estimativa de 600.000 mortes materna por ano no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2001).

É triste constatar que 92% ou mais destas mortes poderiam ser evitado através de um tratamento digno e humanizado, sendo que a maior parte destas medidas são cuidados simples se prestados por profissionais treinados, cuidados esses que às vezes não são dispensados às nossas gestantes.

O compromisso em reduzir a mortalidade materna é de responsabilidade e mobilização dos gestores e da sociedade civil. Tal compromisso visa melhorar na qualidade de vida da população geral, sendo um desafio para o país e sua população, o direito à saúde de qualidade não é de incumbência reservada ao setor, mas cabe-lhes o dever de garantir o acesso a serviços de qualidade (BRASIL, 2009).

Acredito que com essa realidade é possível haver uma redução que servirá de exemplo para que a atenção às nossas gestantes no Brasil venha a melhorar a cada ano, para que possamos chegar em 2015 com um índice de mortalidade materna por causas obstétricas reduzidas, ou quem sabe alcançarmos o quinto objetivo do milênio. Para isso, faz-se necessária a capacitação do pessoal da área da saúde, em especial o profissional enfermeiro na área de obstetrícia, na atenção humanizada no pré-natal, parto e puerpério, educação em saúde e principalmente no planejamento familiar.

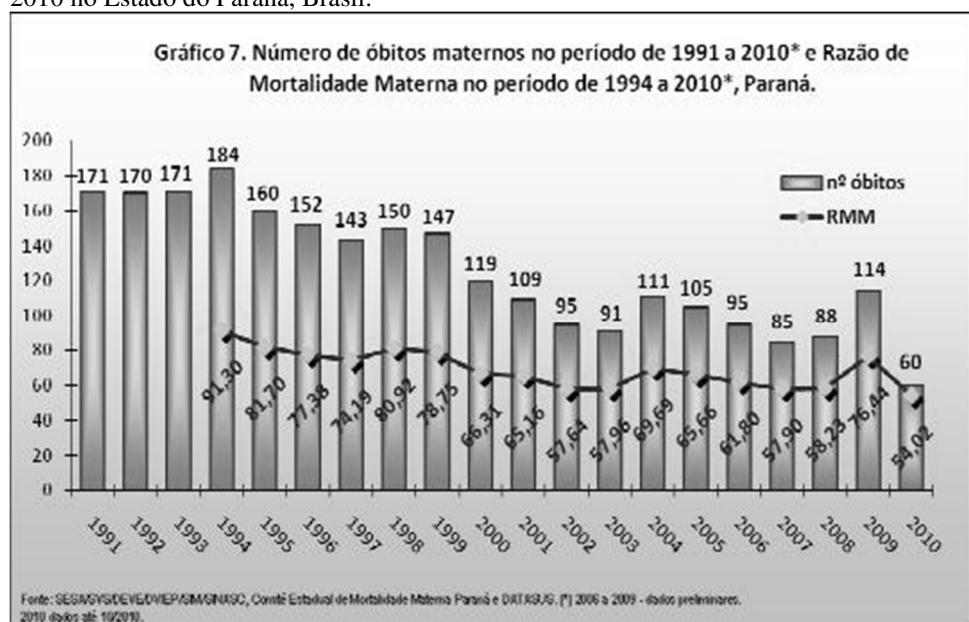
Visando reduzir o índice de mortalidade materna no estado do Paraná, foi criada em 1989 uma rede de Comitês com a finalidade de investigar as causas dos óbitos maternos, avaliar se esses óbitos eram evitáveis, criar normas para os serviços prestados; cabe ressaltar que os comitês de mortalidade são interinstitucionais, multiprofissionais que visam identificar e estudar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua redução e devem atuar com características técnico-científicas, sigilosas, não coercitivas ou punitivas (PARANÁ, 2012).

De acordo com Soares (2009), estudos realizados pelos Comitês de Mortalidade Materna, evidenciaram que o óbito materno ocupa ainda o quinto lugar na classificação de morte em mulher em idade reprodutiva, ocorrendo anualmente 1/300 mulheres. Além do conhecimento científico, o enfermeiro precisa ter a capacidade de observar o paciente como um todo, sem dividi-los em partes ou patologia, tem que desenvolver o olhar clínico, estando apto para identificar situações que requerem cuidados específicos e imediatos.

Segundo o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (2003), mesmo com a redução dos óbitos de mulheres no período gravídico puerperal no ano de 2002, o risco de uma mulher morrer no Paraná por complicações na gestação é muito maior do que aqueles que residem em países desenvolvidos, pois elas têm condições de assistência de qualidade, sendo 57,64 óbitos por 100.000 nascidos vivos no estado do Paraná, para menos de 10 óbitos por 100.000 nascidos vivos nos países desenvolvidos.

O Paraná apresentou uma grande redução da mortalidade materna em 2002 e em 2010 como demonstra a figura 2:

Figura 2 – Número de óbitos maternos no período de 1991 a 2010 e razão de mortalidade materna no período de 1994 a 2010 no Estado do Paraná, Brasil.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC, Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Paraná e DATASUS (2010).

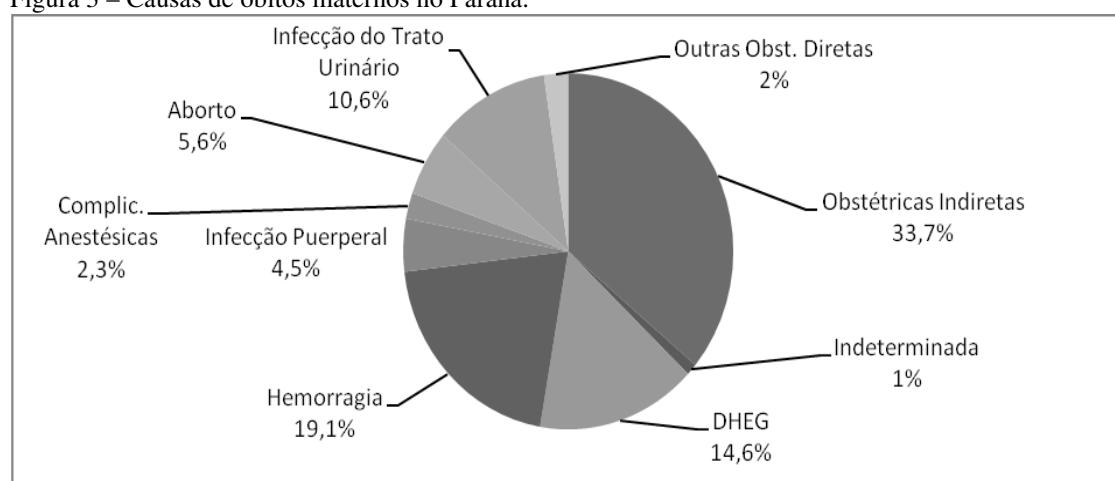
Esses dados apontam que no ano de 2008 a RMM aumentou, principalmente em 2009 quando muitas gestantes morreram em decorrência da gripe A (H1N1), sendo registradas 114 mortes maternas, destas, 22 foram em consequência do H1N1. Mesmo se excluirmos os casos de H1N1, o índice de morte materna cairia para 61,68/100.000 NV no ano de 2009, sendo um índice ainda elevado em comparação aos anos anteriores (PARANÁ, 2010).

A RMM de 54,02/100.000 NV, identificada em 2010 é considerada alta se comparada às taxas dos países desenvolvidos, mas mesmo assim é uma das menores taxas do país, se comparado aos índices de outros estados (PARANÁ, 2010).

A qualidade de atenção à saúde da mulher e as taxas elevadas de óbitos maternos estão associadas à inadequada prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério, refletindo na razão de mortalidade materna.

De acordo com a figura 3 as principais causas de morte materna por causas diretas no estado do Paraná são as hemorragias ante e pós-parto (19,1%), as doenças hipertensivas (14,6%), infecções urinárias (10,6%), o aborto (5,6%) e as infecções puerperais (4,5%), respectivamente, no ano de 2007. As causas obstétricas indiretas que incluem óbitos maternos por cardiopatias, doenças respiratórias, hipertensão crônica e anemias, ocupam 33,7% das causas.

Figura 3 – Causas de óbitos maternos no Paraná.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/Comitê Estadual de Mortalidade Materna (2007).

No ano de 2011, as causas de morte obstétrica direta por hemorragias ante e pós-parto (33%) e as doenças hipertensivas (24%) tiveram um aumento significativo, já as infecções urinárias (4%), aborto (4%) e as infecções puerperais (4%) tiveram uma pequena queda em relação ao ano de 2007 (PARANÁ, 2012).

Esses dados revelam que ainda há a necessidade de investimentos para uma assistência mais qualificada e uma atenção maior por parte dos profissionais de saúde no âmbito de humanização, não deixando de fora a responsabilidade dos estados e municípios em estar investigando a qualidade da assistência prestada, e a qualificação dos profissionais que atuam na área.

Segundo notícia publicada na Federação das Indústrias do Paraná – FIEP (2009), o Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade (ORBIS) apontam que, no período de 2000 a 2008, ocorreu melhora nos índices de óbito materno no Estado, afirmando que em 1990 o índice de morte materna era de 105/100.000 nascidos vivos, e em 2008 reduziu para 47,7 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos.

De acordo com Paraná (2011), o estado do Paraná está reduzindo o índice da mortalidade materna numa média de 3% ao ano, sendo que ainda tem-se 48 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2009, e que esses dados podem e devem ser melhorados, sendo inaceitáveis tantas mortes de causas evitáveis. Relata que do total de 150 mil partos, seja cesáreo ou normal, realizados no Estado, 2% teve complicações, sendo nesse percentual que devemos atuar para corrigir danos evitáveis redobrando as atenções.

A Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (2012) verificou que a RMM no Paraná em 2010 foi de 63,80/100.000 NV (Nascidos Vivos), foi constatado que 85% dessas mortes eram evitáveis e 71% foram ocasionadas por falhas no pré-natal, pós-parto e assistência hospitalar, nos apontando onde devemos dar mais atenção.

De acordo com Traiano (2012), os dados divulgados pelo Ministério da Saúde durante a videoconferência realizada com as secretarias estaduais e municipais de saúde, a redução da mortalidade materna no Paraná (36%) foi maior que a média nacional (21%) no período de janeiro a setembro de 2011 em comparação do mesmo período em 2010. As vidas das gestantes paranaenses estão sendo salvas devido à preocupação do Estado em estar capacitando profissionais de saúde na atenção primária às gestantes de risco e baixo risco, melhoria na acessibilidade aos serviços, captação precoce das gestantes.

Caputo (2012) afirma que um elemento contribuidor para a diminuição do índice de óbito materno é o fortalecimento na dedicação à atenção primária à saúde, através de capacitações e do repasse de recursos pelo programa Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), além de estar investigando as causas dos óbitos maternos no Estado.

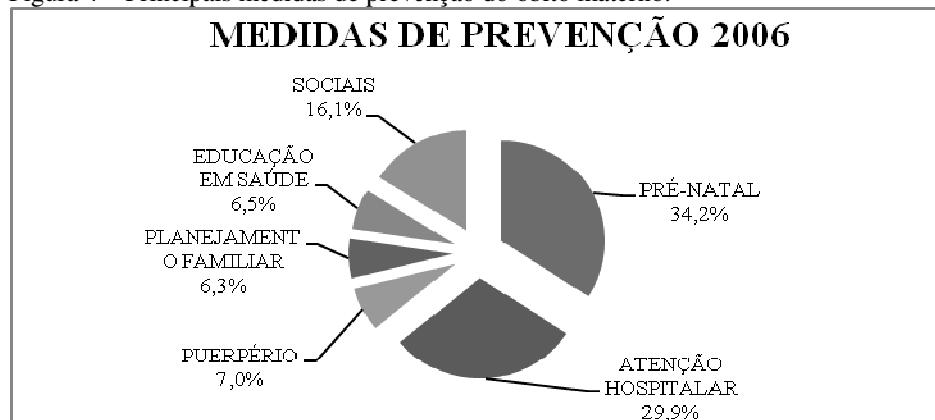
De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a atenção humanizada à mulher no período gravídico-puerperal é uma prática que ajuda na prevenção da morte materna, onde a equipe de saúde promova benefícios à saúde da mulher. A Portaria/GM nº569 de 01/06/2000 afirma que uma das precauções para reduzir as taxas de mortalidade materna seria a partir da humanização no pré-natal e nascimento, melhorando a acessibilidade aos serviços de saúde, assistência pré-natal, parto e puerpério, e a assistência às gestantes de alto risco, custear projetos de capacitação às parteiras tradicionais, e a enfermeiros na área de obstetrícia, assim como investir nas unidades hospitalares.

Outra abordagem sobre esta questão vem de Soares; Martins (2006), que melhorar a situação socioeconômica, em especial a escolaridade e a renda; profissionais com capacitação para prestar uma assistência de qualidade, um sistema de referência de emergência obstétrica para garantia de um parto seguro. Para tanto, é necessária uma mudança que funcione no modelo assistencial em obstetrícia que se demonstra eficaz, assim contribuindo com a prevenção de óbitos maternos.

No Brasil, o número de partos cesáreos tem um índice elevadíssimo, apresentado 70% dos partos, com isso, eleva-se o risco de morte durante o parto cesáreo, sendo quatro vezes mais arriscado que o parto normal. Quanto menos intervenções desnecessárias, menor é o risco de uma mulher vir a morrer em decorrência do parto, havendo uma redução significativa nos índices de mortalidade materna no Brasil. O parto humanizado está ganhando espaço entre os profissionais de saúde e gestantes, sendo uma postura preventiva para redução de óbitos maternos (WURMEISTER, 2012).

As principais medidas de prevenção da mortalidade materna obstétrica direta são demonstradas na figura 4.

Figura 4 – Principais medidas de prevenção do óbito materno.



Fonte: SESA/SVS/DEVE/Comitê Estadual de Mortalidade Materna, 2006.

“O risco social engloba desde a pobreza, o baixo nível de educação formal, a precariedade do sistema hospitalar, até a má qualidade do atendimento à saúde, é o que vulnerabiliza essas mulheres, expondo-as à morbimortalidade durante a gestação.” (BRASIL B, 2001, p.22).

Dentro das concepções do Ministério da Saúde (2004), as medidas sociais colaboram para a redução da morte materna, contribuindo para melhorar o acesso aos serviços de saúde, investir na educação das mulheres, pois o risco de morte materna em regiões mais carentes é mais propício. É importante que o enfermeiro conheça a realidade socioeconômica de uma mulher, isso só é possível através de busca ativa dessas mulheres por meio de visitas domiciliares, sendo possível identificar fatores de risco contribuintes.

Para Alves (2005), educar para a saúde é priorizar as intervenções preventivas e promocionais, em espaços coletivos trabalhando com grupos educativos ou em espaços individuais como as consultas.

Orientar sobre os riscos no puerpério; sinais e sintomas (hemorragias e/ou febre), a importância da primeira consulta no pós-parto para prevenção de infecções e realizações de exames para prevenção de câncer, doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e orientações sobre o intervalo das gestações (BRASIL A, 2005).

A enfermagem atua na atenção primária, prestando serviços de prevenção e promoção à saúde na comunidade, essas ações devem ser feitas dentro e fora do seu ambiente de trabalho; sendo de extrema importância que o enfermeiro estimule as mulheres a realizarem o pré-natal e a participarem do grupo de gestante, orientá-las para a consulta de puerpério é dever do enfermeiro se deslocar para levar a promoção e a prevenção em saúde.

O planejar familiar “é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretende ter filhos, e as famílias que pretendem adiar o crescimento familiar” (Lei nº 9.263, de 1.996). As ações implicam na prevenção de uma gravidez indesejada, que muitas vezes contribui para o aborto, levando essas mulheres a óbito; gestação de risco e o maior intervalo nas gestações, proporcionando maior qualidade de vida e o número de filhos desejados.

Atenção no pré-natal e puerpério tem por objetivo principal acolher a mulher do início ao fim da gestação, garantindo o bem estar materno e neonatal (BRASIL B, 2005).

Victora (2012) afirma ainda que um bom pré-natal ajuda na prevenção de mortes por hemorragias, sepses, doenças hipertensivas, colaborando também na redução de cesarianas desnecessárias.

O acolhimento à mulher se dá no primeiro momento que ela chega à unidade de saúde, uma consulta de enfermagem humanizada e sistematizada, onde ela se sinta à vontade e segura para esclarecimento de dúvidas e aberta a orientações, ajuda a criar um vínculo entre paciente e enfermeiro; essa atenção qualificada e humanizada estimula as mulheres a realizarem o pré-natal.

Atenção hospitalar para França, coordenador de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde, o atendimento qualificado com profissionais capacitados na hora do parto é de suma importância, pois de nada adianta ter realizado um bom pré-natal se não houver gente preparada para atendimento de emergências obstétricas para dar seguimento ao processo, afirmando ainda que a gestante precisa saber, sendo orientada, onde irá dar a luz desde o pré-natal, para que ela não fique na peregrinação de um leito para hora do parto. Negrão, secretária-executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, complementa que o atendimento hospitalar ineficaz contribui para que a gestante perambule em busca de internação, causando grande estresse, podendo ocasionar descolamento de placenta, levando esta mulher à morte (AGÊNCIA BRASIL, 2008).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde (2001) acrescenta que o gestor do município e do estado precisa ter conhecimento da demanda de leitos obstétricos disponíveis, planejando o atendimento desde o pré-natal ao parto, independente da complexidade da gestação, para que na hora do parto a mulher tenha uma referência de onde irá parir, afirmando que os leitos obstétricos de hospitais conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS), que somam a maioria desses leitos, escolhem as gestantes a serem admitidas no serviço, dando prioridade às gestações de baixo risco, evitando assim a assistência de mais complexidade que darão maiores custos à instituição devido às cesarianas.

Como consta na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº.223/99, a enfermeira obstétrica é reconhecida pelo Ministério da Saúde e deve atender a gestante, parturiente e puérpera, prestar assistência de enfermagem acompanhando a gestante em todo o processo de trabalho de parto, executar assistência obstétrica de emergência, até a chegada do profissional mais capacitado na hierarquia, no caso, o médico.

É importante que o enfermeiro siga uma especialização obstétrica, para ser capaz de treinar sua equipe na atenção humanizada na hora tão auspíciosa para a mulher que esperou por tanto tempo a chegada de seu filho. O despreparo dos profissionais acarreta, também, a impossibilidade de acolher uma mulher que chega ao hospital em período abortivo, as julgando e as punindo, pelo ato. O enfermeiro precisa fazer a identificação precoce do sofrimento da mulher, independe se for as dores do parto, ou diante de hemorragia ocasionada por um aborto inseguro, sem julgamentos ou punições, enxergando que a sua frente existe um ser humano digno de erro, precisando de assistência digna.

Dentro desta realidade Barbastefato e Vargens (2009) afirmam que o profissional enfermeiro tem um papel importante na atuação de programas que tem por objetivo reduzir a morte materna.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com este estudo que a mortalidade materna direta é um grande e grave problema de Saúde Pública e é prevenível na maioria das vezes através de medidas simples que devem ser aplicadas na atenção da saúde de mulheres em idade fértil e principalmente no período gravídico-puerperal, medidas essas prestadas por profissionais de saúde como enfermeiros e médicos capacitados e treinados na área obstétrica, pois as taxas elevadas de óbitos maternos normalmente estão associadas à precária assistência prestada pelos serviços de saúde a esse grupo, devido à falta conhecimento das usuárias sobre planejamento familiar, importância da assistência pré-natal e principalmente na assistência ao parto e puerpério.

O enfermeiro tem papel importante na atenção da saúde da mulher, sendo ele o profissional a fazer o primeiro atendimento na consulta pré-natal e puerpério, cabendo-lhe acolher essas mulheres de forma humanizada, a fim de prestar uma assistência de qualidade, atendendo a todas as necessidades de suas usuárias, criando um vínculo entre profissional e paciente, para que possa estar segura do atendimento que está lhe sendo prestado, tendo credibilidade no profissional que presta o atendimento.

É possível reduzir a mortalidade materna desde que haja profissionais qualificados e capacitados para promover uma maternidade sem riscos para toda mulher em idade fértil, essa redução depende também de ações e políticas mais amplas e eficazes para diminuir a desigualdade social no país.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Redução de mortalidade materna exige tratamento amplo do problema.** 2008. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2008-05-11/reducao-de-mortalidade-materna-exige-tratamento-amplo-do-problema>>. Acesso em: 12 Jul. 2012.

ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde no Programa Saúde da Família: Pela integralidade da Atenção e reorientação do Modelo assistencial. **Interface, Botucatu**, v.9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. da C. Prevenção da mortalidade materna: um desafio para o enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p. 278-82, mar./abr. 2009.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI da Mortalidade Materna.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2001b.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPES/SAS/MS e Assessoria Especial do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197#conteudo> Acesso em: 10 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996.** Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 569, de 01 de Junho de 2000, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política de Humanização do Parto e do Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL A. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área técnica de Saúde as Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectivas da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal:** atenção à saúde das mulheres negras. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna:** relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** 3.ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório da igualdade de gênero: Mortalidade materna no Brasil sofreu queda de 19% em 2011, mas o número ainda está acima do definido pelas metas da ONU.** 2012. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/mortalidade-materna-no-brasil-sofreu-queda-de-19-em-2011-mas-o-numero-ainda-esta-acima-do-definido-pelas-metas-da-onu>>. ACESSO 10 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de igualdade e gênero.** 2012. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/mortalidade-materna-no-brasil-sofreu-queda-de-19-em-2011-mas-o-numero-ainda-esta-acima-do-definido-pelas-metas-da-onu>>. Acesso em: 17 Jul. 2012.

CAPUTO, M. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Mortalidade materna tem queda de 36% no Paraná.** 2012. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=69213>>. Acesso em: 17 Jun. 2012.

CMM/PR. Comitê de mortalidade materna do Paraná. **Vigiar para proteger.** Órgão de divulgação do comitê estadual de prevenção de mortalidade materna do Paraná. 2003. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/1boletim_novolayout.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **COFEN nº 223/99.** Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Brasília: COFEN, 1999.

FIEP. Federação Internacional de Educação Física. **Rede de saúde da gestante paranaense completa um ano: mortalidade materna cai 54% em 8 anos no Estado.** 2009. Disponível em: <<http://www.fiepr.org.br/nospodemosp Paraná/News2028content87798.shtml>>. Acesso 22 mai. 2012.

LEAL, M. C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.1724-1725, ago, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **A mortalidade maternal.** 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 10 de Abr. de 2012.

PARANÁ. **Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná.** 2006. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/1comitesde_prevencaoda_mortalidade_materna_de_prevencao_da_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 12 Mai de 2012.

PARANÁ. **Relatório de gestão: SESA-PARANÁ.** 2010. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2010/RAG_Ano_2010.pdf>. Acesso em: 23 Jul. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Programa mãe paranaense será carro-chefe para redução da mortalidade materno infantil.** 2011. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=62612&tit=Programa-Mae-Paranaense-sera-carro-chefe-para-reducao-da-mortalidade-materno-infantil>>. Acesso em: 14 Mai. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Rede mãe paranaense inicia com capacitação dos profissionais de saúde do Estado.** 2012. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=2330>>. Acesso em: 15 de Mai. 2012.

PARANÁ. Comitês de prevenção da mortalidade maternal. **Mortalidade materna e infantil no Paraná**. Curitiba: DEVE/SVS/SESA, 2012.

PARANÁ. Comitês de prevenção da mortalidade materna. **História dos Comitês**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/6historiadoscomites_Maternos.pdf> Acesso em: 18 abr. 2012.

PIMENTEL, C. **Índice de mortalidade materna de 2011 pode ser o menor dos últimos dez anos**. 2012. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-02-23/indice-de-mortalidade-materna-de-2011-pode-ser-menor-dos-ultimos-dez-anos>>. Acesso em: 30 Jul. 2012.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade Materna: perfil sócio-demográfico e casual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v.59, n.3, p. 303-307, mai./jun. 2006.

SOARES, H. B. **Mortalidade maternal**. 2009. Disponível em: <<http://www.tocogineco.ufpr.br/index.php/protocolos/obstetricia/95-mortalidade-materna>>. Acesso em: 20 Abr. 2012.

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A. L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.4, p.453-460, set. 2006.

TRAIANO, A. **Mãe paranaense**, 2012. Disponível em: <<http://www.psdb.org.br/mae-paranaense-artido-do-deputado-estadual-ademar-traiano-pr>>. Acesso em 17 Jul. 2012.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.4, n.1, p.3-69, abr. 2012.

WURMEISTER, F. **Parto humanizado reduz mortalidade materna**: especialistas garantem que quanto menor a intervenção, menores também os riscos para mãe e para o bebê. 2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?tl=1&id=959855&tit=Parto-humanizado-reduz-mortalidade-materna>>. Acesso 29 Abr. 2012.