

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE

JULIANA AUGUSTA DIAS

**ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO DO ALTO
JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS**

DIAMANTINA - MG
2016

JULIANA AUGUSTA DIAS

**ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO DO ALTO
JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Políticas de Integração Saúde e Educação.

Orientador: Dr. Geraldo Cunha Cury

**DIAMANTINA - MG
2016**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

D541e	<p>Dias, Juliana Augusta Estudo da mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais / Juliana Augusta Dias. – Diamantina 2015. 39 p. : il.</p> <p>Orientador: Geraldo Cunha Cury</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p>1. Mortalidade materna. 2. Obstetrícia. 3. Gravidez. 4. Diagnóstico tardio. I. Título.II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;">CDD 618.2</p>
-------	--

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO DO ALTO
JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS**

JULIANA AUGUSTA DIAS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre.

APROVADA EM : 05/11/2015

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr. Geraldo Cunha Cury

Mestre Álvaro Luiz Lage Alves

Mestre Viviane Antunes Rodrigues Soares

DIAMANTINA - MG

2016

Dedico este trabalho a todas as gestantes do Vale Jequitinhonha, na esperança de que possam cultivar o sonho da maternidade.

AGRADECIMENTOS

- Toda honra para meu Deus que abriu portas impossíveis para que eu chegasse até aqui.
- Ao meu pai, Fausto, que, apesar de todas as lutas, sempre priorizou a minha educação. Pai, EU ACREDITO!
- À minha mãe, Ana, um exemplo de desprendimento pelo próximo.
- Ao meu irmão, Rei, que me trouxe para Diamantina e que, através de seus conselhos toscos, sempre confortou meu coração.
- A Willian, meu companheiro, por me mostrar a beleza nas coisas simples da vida.
- À minha amiga/irmã, Cristiane, que nunca deixou de acreditar em mim, até mesmo quando eu não acreditava. Você é um exemplo de força e um reflexo de Deus em minha vida!
- À Raquel, minha secretária, por toda ajuda em todos os momentos.
- Aos meus colegas de mestrado, Tati e Paulo, que, nos momentos de desespero, me fizeram dar gargalhadas! A batata sai ou não sai?
- A todos os residentes da GO, Pati, Lu, Val, Karol e Rafa, que cultivaram em mim o amor pelo ensino e me mostraram que, apesar de todas as dificuldades, vale a pena insistir.
- À Marielly, enfermeira, pelos desabafos das madrugadas e o incentivo sem fim.
- Ao Dr. Álvaro, meu querido professor, que se tornou um amigo e um exemplo de profissional que eu gostaria de ser. Já perdi a conta de quantas vezes pude contar com ele!
- Em especial agradeço ao meu querido Mestre Assis, um anjo que Deus enviou para me agraciar. Sem ele nada disso seria possível!
- Ao meu orientador, Dr. Geraldo Cunha Cury, por toda ajuda na realização deste trabalho.

**“A minha graça te basta,
porque o meu poder se aperfeiçoa na fraqueza”**

II Coríntios 12:9

RESUMO

Introdução: embora as complicações no parto e puerpério não sejam previsíveis e nem preveníveis, os indicadores de mortalidade materna são extremamente sensíveis a cuidados obstétricos de qualidade, e o tempo na obtenção de cuidado adequado é o fator mais importante relacionado às mortes maternas. Objetivo: identificar e analisar a mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, MG. Metodologia: trata-se de estudo quantitativo, descritivo, com análise de dados no SIM/DATASUS, nos atestados de óbitos e nos prontuários das pacientes que evoluíram para óbito materno, no período de 2010 a 2013, sobre as características relacionadas aos dados epidemiológicos, obstétricos, situação do município quanto à existência de protocolo e investigação do óbito, causas de morte e atraso na assistência. Resultados: a faixa etária predominante foi entre 18 e 30 anos, atingindo 50%. Entre as características obstétricas do óbito, destaca-se a primiparidade, o terceiro trimestre gestacional, a classificação de baixo risco e a incidência de cesáreas. Nos municípios, 83,33% não apresentam protocolo de atendimento e em 66,66% dos casos não foi realizada a investigação do óbito. As principais causas de mortalidade materna encontradas foram diretas, com destaque para a Síndrome de Hellp, com 25%. Dentre os fatores relacionados à qualidade do cuidado assistencial, destaca-se o atraso no início do tratamento com 83,33%, assim como o atraso no diagnóstico e o manejo inadequado do paciente, ambos com 75%. Conclusão: a frequência de demora na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade materna. Obstetrícia. Gravidez. Diagnóstico tardio.

ABSTRACT

Introduction: Although complications in childbirth and postpartum are not predictable nor preventable, maternal mortality indicators are extremely sensitive to quality obstetric care and time in getting proper care is the most important factor related to maternal deaths. **Objective:** To identify and analyze maternal mortality in the region of Alto Jequitinhonha - MG. **Methodology:** it is a quantitative, descriptive study, with data analysis on the SIM/DATASUS in death certificates and medical records of patients who progressed to maternal deaths in the period 2010 to 2013, on the characteristics related to epidemiological data, obstetric, municipal situation as the existence of protocol and investigation of death, cause of death and delay in assistance. **Results:** the predominant age group was between 18 to 30 reaching 50.00%. Among the obstetric characteristics of death, there is prim parity the third gestational trimester, the low risk rating and the incidence of cesarean sections. In the municipalities, 83.33% have no treatment protocol and 66.66% of the cases was not carried out the investigation of the death. The main causes of maternal mortality were found direct, highlighting the HELLP syndrome with 25.00%. Among the factors related to quality of care assistance, the delay stands out at the beginning of treatment with 83.33%, and the delay in diagnosis and inappropriate management of the patient, both with 75.00%. **Conclusion:** The frequency of delays in obstetric care is directly related to the worst maternal outcome.

KEY WORDS: Maternal mortality. Obstetrics. Pregnancy. Delayed diagnosis.

RESUMEN

Introducción: A pesar de las complicaciones en el parto y después del parto no son predecibles ni prevenible, los indicadores de mortalidad materna son extremadamente sensibles a la atención obstétrica de calidad y tiempo en conseguir la atención adecuada es el factor más importante relacionado con las muertes maternas. Objetivo: Identificar y analizar la mortalidad materna en la región del Alto Jequitinhonha - MG. Metodología: se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, con análisis de datos en la tarjeta SIM/DATASUS en los certificados de defunción y los registros médicos de los pacientes que progresaron a las muertes maternas en el período 2010 a 2013, en las características relacionadas con los datos epidemiológicos, situación obstétrica, municipal como la existencia de protocolos y la investigación de la muerte, causa de la muerte y el retraso en la asistencia. Resultados: el grupo de edad predominante fue de entre 18 a 30 años alcanza 50.00%. Entre las características obstétricas de la muerte, hay primiparidad el tercer trimestre de gestación, la calificación de bajo riesgo y la incidencia de cesáreas. En los municipios, el 83,33% no tiene protocolo de tratamiento y 66,66% de los casos no se llevó a cabo la investigación de la muerte. Las principales causas de mortalidad materna se encontraron directa, destacando el síndrome HELLP con 25,00%. Entre los factores relacionados con la calidad de la asistencia para el cuidado, la demora se destaca al comienzo del tratamiento con 83,33%, y el retraso en el diagnóstico y el manejo inadecuado de la paciente, ambos con 75,00%. Conclusión: La frecuencia de los retrasos en la atención obstétrica está directamente relacionada con el peor resultado materno.

PALABRAS CLAVES: La mortalidad materna. Obstetricia. Embarazo. Diagnóstico tardío.

LISTA DE SIGLAS

CVV – CENTRO VIVA VIDA

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IDH - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ODM _ OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PAISM - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO INICIAL.....	12
2 - ARTIGO.....	13
2.1 - INTRODUÇÃO.....	16
2.2 - METODOLOGIA.....	18
2.3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
2.4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
3 - CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICES.....	32

1 - APRESENTAÇÃO INICIAL

Minha graduação em medicina aconteceu no ano 2001, pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Realizei a Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Maternidade Odete Valadares, nos anos 2002 e 2003. Trabalhei na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e também como especialista na cidade de Carmo da Mata, Minas Gerais, durante sete anos. Em 2010, já no município de Diamantina, continuei trabalhando na ESF por 10 meses, quando então passei a atuar somente na minha especialidade.

Entrei para o corpo clínico do Hospital Nossa Senhora da Saúde, onde atualmente sou Coordenadora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Supervisora da Residência Médica dessa mesma especialidade. Atuo ainda como médica responsável pelo pré-natal de alto risco do Centro Viva Vida de Diamantina. Tomei posse em 2012 como docente do curso de medicina da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Sempre acreditei que a saúde está interligada à educação. Ao iniciar minhas atividades como preceptora da residência médica e como docente do curso de graduação, senti a necessidade de aprofundar meus conhecimentos nessa área, daí meu interesse em realizar o Mestrado Profissional Ensino em Saúde.

O Estudo da Mortalidade Materna, na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, foi desenvolvido como proposta de artigo de Mestrado Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. O estudo vem da necessidade de delimitar as principais causas de óbitos maternos da região, o maior índice do Estado de Minas Gerais. Uma vez estabelecidos os fatores causais, propostas de intervenção podem ser realizadas com o intuito de diminuir o número de óbitos maternos na região.

2 - ARTIGO

ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO DO ALTO JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS.

RESUMO

Introdução: embora as complicações no parto e puerpério não sejam previsíveis e nem preveníveis, os indicadores de mortalidade materna são extremamente sensíveis à cuidados obstétricos de qualidade e o tempo na obtenção de cuidado adequado é o fator mais importante relacionado às mortes maternas. **Objetivo:** identificar e analisar a mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha - MG. **Metodologia:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com análise de dados no SIM/DATASUS, nos atestados de óbitos e nos prontuários das pacientes que evoluíram para óbito materno no período de 2010 a 2013, sobre as características relacionadas à dados epidemiológicos, obstétricos, situação do município quanto à existência de protocolo e investigação do óbito, causas de morte e atraso na assistência. **Resultados:** a faixa etária predominante foi entre 18 a 30 anos atingindo 50,00%. Entre as características obstétricas do óbito, destaca-se a primiparidade, o terceiro trimestre gestacional, a classificação de baixo risco e a incidência de cesáreas. Nos municípios, 83,33% não apresentam protocolo de atendimento e 66,66% dos casos, não foi realizada a investigação do óbito. As principais causas de mortalidade materna encontradas foram diretas, com destaque para a Síndrome Hellp com 25,00%. Dentre os fatores relacionados à qualidade do cuidado assistencial, destaca-se o atraso no início do tratamento com 83,33%, assim como o atraso no diagnóstico e o manejo inadequado do paciente, ambos com 75,00%. **Conclusão:** a frequência de demora na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno.

PALAVRAS-CHAVES: Mortalidade materna; obstetrícia; gravidez; diagnóstico tardio.

ABSTRACT

Introduction: Although complications in childbirth and postpartum are not predictable nor preventable, maternal mortality indicators are extremely sensitive to quality obstetric care and time in getting proper care is the most important factor related to maternal deaths. **Objective:** To identify and analyze maternal mortality in the region of Alto Jequitinhonha - MG. **Methodology:** it is a quantitative, descriptive study, with data analysis on the SIM / DATASUS in death certificates and medical records of patients who progressed to maternal deaths in the period 2010 to 2013, on the characteristics related to epidemiological data, obstetric, municipal situation as the existence of protocol and investigation of death, cause of death and delay in assistance. **Results:** the predominant age group was between 18 to 30 reaching 50.00%. Among the obstetric characteristics of death, there is prim parity the third gestational trimester, the low risk rating and the incidence of cesarean sections. In the municipalities, 83.33% have no treatment protocol and 66.66% of the cases was not carried out the investigation of the death. The main causes of maternal mortality were found direct, highlighting the Hellp syndrome with 25.00%. Among the factors related to quality of care assistance, the delay stands out at the beginning of treatment with 83.33%, and the delay in diagnosis and inappropriate management of the patient, both with 75.00%. **Conclusion:** The frequency of delays in obstetric care is directly related to the worst maternal outcome.

KEY WORDS: Maternal mortality; obstetrics; pregnancy; delayed diagnosis.

RESUMEN

Introducción: A pesar de las complicaciones en el parto y después del parto no son predecibles ni prevenible, los indicadores de mortalidad materna son extremadamente sensibles a la atención obstétrica de calidad y tiempo en conseguir la atención adecuada es el factor más importante relacionado con las muertes maternas. **Objetivo:** Identificar y analizar la mortalidad materna en la región del Alto Jequitinhonha - MG. **Metodología:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, con análisis de datos en la tarjeta SIM / DATASUS en los certificados de defunción y los registros médicos de los pacientes que progresaron a las muertes maternas en el período 2010 a 2013, en las características relacionadas con los datos epidemiológicos, situación obstétrica, municipal como la existencia de protocolos y la investigación de la muerte, causa de la muerte y el retraso en la asistencia. **Resultados:** el grupo de edad predominante fue de entre 18 a 30 años alcanza 50.00%. Entre las características obstétricas de la muerte, hay primiparidad el tercer trimestre de gestación, la calificación de bajo riesgo y la incidencia de cesáreas. En los municipios, el 83,33% no tiene protocolo de tratamiento y 66,66% de los casos no se llevó a cabo la investigación de la muerte. Las principales causas de mortalidad materna se encontraron directa, destacando el síndrome HELLP con 25,00%. Entre los factores relacionados con la calidad de la asistencia para el cuidado, la demora se destaca al comienzo del tratamiento con 83,33%, y el retraso en el diagnóstico y el manejo inadecuado de la paciente, ambos con 75,00%. **Conclusión:** La frecuencia de los retrasos en la atención obstétrica está directamente relacionada con el peor resultado materno.

PALABRAS CLAVES: La mortalidad materna; obstetricia; embarazo; diagnóstico tardío.

2.1 - INTRODUÇÃO

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devido a causas acidentais ou incidentais.¹

Quanto à causa, as mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (hemorragia, sepse, complicações de aborto e doenças hipertensivas), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças existentes antes da gestação ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como problemas circulatórios e respiratórios. Um relatório da OMS, com foco nas causas globais das mortes maternas, destaca o impacto que condições médicas preexistentes – como diabetes, AIDS, malária e obesidade – têm sobre a saúde da gestante, sendo responsáveis por 28% das mortes deste tipo no mundo. Esta proporção é similar a das mortes por hemorragias graves durante gravidez ou parto que, isoladamente, é a principal causa da morte materna.²

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a falta da mulher e mãe no lar tem sido causa preponderante para a desestruturação familiar, senão até de uma população. "Uma morte materna afeta diretamente um número grande de membros da família e da comunidade que dela dependem. As mortes maternas, quando muitas, podem produzir graves conseqüências para as comunidades, população e nações". Mesmo assim, meio milhão de mulheres grávidas morrem, a cada ano, em todo o mundo, sendo que 13% delas perdem a vida em conseqüência de abortos realizados sob condições inadequadas.³

Intervenções para a redução da mortalidade materna já foram propostas como aperfeiçoamento contínuo da coleta de dados estatísticos para um melhor

conhecimento sobre o número de mortes maternas e seus fatores de risco; investigação epidemiológica com criação de comitês de mortalidade materna; melhora na assistência à gravidez, parto e puerpério; prevenção de gravidez em mulheres com alto risco de morte materna e adoção de medidas para redução de morte pós-aborto.⁴

Alguns passos importantes, firmados pelo governo brasileiro, contribuíram no sentido de melhorar o quadro da mortalidade materna no país. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984 pelo Ministério da Saúde e, em 1988, grande passo foi dado com a criação dos comitês estaduais e municipais de mortalidade materna. Durante a 23ª Conferência Pan-americana de Saúde, em 1990, o governo brasileiro foi signatário do plano regional de redução da mortalidade materna. Em 1994, foi criado o Comitê Nacional de Mortalidade Materna e a Portaria nº 663 instituiu, entre outras determinações, o Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna, com a finalidade de, nessa data, serem avaliados, em todos os escalões do Sistema Único de Saúde (SUS), os programas desenvolvidos para este fim. Em 1995, o governo divulgou o Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna.

5

Em setembro de 2000, foi firmado um compromisso entre 189 países para o combate da extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados até 2015. Em setembro de 2010, houve a renovação deste compromisso para acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos. Os ODM surgem da Declaração do Milênio das Nações Unidas. Esta traz uma série de compromissos concretos que deverão ser cumpridos nos prazos fixados, segundo os indicadores quantitativos que os acompanham. O cumprimento desses objetivos deverá melhorar o destino da humanidade neste século.⁶

Apesar do tema da redução da mortalidade materna ser amplamente discutido e inúmeras tentativas serem propostas e firmadas, os resultados, porém, continuam sendo insuficientes. Embora se conte com o conhecimento sobre as intervenções eficazes em função do custo para evitar mais de 90% das mortes maternas e das complicações obstétricas graves, as mulheres e seus filhos continuam enfrentando

barreiras econômicas, geográficas, sociais, legais e comportamentais que as impedem de acessar serviços de qualidade.⁷

Assim, espera-se, com essa pesquisa, identificar os casos de mortalidade materna ocorridos na região do Alto Jequitinhonha e analisar as diversas variáveis envolvidas neste quadro. A partir desses dados, teremos um diagnóstico da real situação das causas de mortalidade materna na região, propiciando intervenção futura com o objetivo de diminuir essas taxas.

Diante da importância do cenário acima descrito, objetivou-se identificar e analisar a mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, MG.

2.2 - METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caráter descritivo, visando observar, registrar e descrever as características do fenômeno ocorrido em certa população, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Em relação aos procedimentos técnicos, a pesquisa foi documental, já que utilizou o levantamento de documentos como base.⁸

A pesquisa foi realizada no Território do Alto Jequitinhonha, MG, que abrange uma área de 19.578,30 Km² e é composto por 20 municípios: Aricanduva, Capelinha, Carbonita, Coluna, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Leme do Prado, Minas Novas, Presidente Kubitscheck, Rio Vermelho, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Serra Azul de Minas, Serro, Turmalina e Veredinha. A população total do território é de 270.529. Existem na região 36.024 pessoas que vivem em situação de extrema pobreza. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio da região é de 0,68.⁹ A decisão de utilizar esta região decorre da carência assistencial da mesma. Existe, portanto, necessidade de melhor diagnóstico do quadro de mortalidade materna do Alto Jequitinhonha, para futura intervenção no sentido de reduzir as taxas maternas de óbitos.

A amostra foi constituída, portanto, com base na lista dos casos de óbitos maternos, ocorridos nesta região, no período de 2010 a 2013, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade Materna (SIM/DATASUS). O período de tempo foi estabelecido, pois, a partir do ano de 2010, deu-se início, no município de Diamantina, ao Centro Viva Vida (CVV) de atendimento às gestantes de alto risco, sendo referência da atenção secundária para a região, e no ano de 2013 consta o último registro de óbitos maternos no SIM/DATASUS. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do estudo pela Secretaria de Saúde dos Municípios e pelo Comitê de Ética e pesquisa do Hospital da Baleia, Fundação Benjamim Guimarães, sob o número de protocolo 920.187.

Os dados foram coletados através dos Atestados de Óbitos, Fichas de Inquérito dos Comitês de Mortalidade Materno-Infantil e prontuários hospitalares. Utilizou-se um questionário adaptado¹⁰, constituído por perguntas estruturadas, contendo dados epidemiológicos (idade, raça, escolaridade e estado civil); dados obstétricos (paridade, idade gestacional, gravidez planejada, gravidez de alto risco, gravidez de alto risco acompanhada no CVV, causa de alto risco, via de parto e profissional responsável); situação do município quanto à existência de protocolo de atendimento às gestantes e comitê de investigação de óbito; causa de morte e fatores que contribuem para atraso na assistência (atrasos nos cuidados relacionados ao paciente, atrasos relacionados à acessibilidade dos serviços de saúde e atrasos relacionados à qualidade do cuidado assistencial), para análise do perfil da gestante e das condições em que ocorreu o óbito.

Os dados coletados foram compilados para um banco de dados computadorizado e a análise foi descritiva, baseada em tabelas e referências bibliográficas nacionais e internacionais atualizadas.

Vale ressaltar que os aspectos éticos de confiabilidade e privacidade foram assegurados de acordo com a Resolução 466/12, do Código Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.¹¹

2.3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2010 a 2013, ocorreram 12 óbitos maternos nos hospitais do Alto Jequitinhonha, MG. Dentre os óbitos, 2 (16,66%) foram em mulheres com idade menor que 18 anos, 6 (50,00%) entre 18 a 30 anos e 4 (33,33%) em mulheres com idade maior que 30 anos. Quanto a raça, 9 (75,00%) eram brancas e 3 (25,00%) pardas. Em relação à escolaridade, 5 (41,66%) possuíam ensino fundamental e 7 (58,33%) possuíam escolaridade desconhecida. No que concerne ao estado civil, 7 (58,33%) eram solteiras e 5 (41,66%) possuíam uma união estável.

No estudo¹², realizado em capitais brasileiras, no qual se verificou dados semelhantes, registrou-se que 74,3% dos óbitos foram de mulheres com menos de 35 anos e 97% ocorreram em hospitais, 47% eram pardas e 39% brancas, 61% tinham até sete anos de escolaridade, e 58% eram solteiras.

Em estudo¹³, realizado no Rio Grande do Sul, observou-se um aumento da mortalidade, conforme elevação da idade das mulheres, quanto à escolaridade, notou-se variação decrescente da mortalidade, quando comparada ao número de anos cursados na escola, no qual as mulheres brancas destacaram-se em detrimento das mulheres pardas ou negras, quanto à ocorrência dos óbitos maternos.

Em relação aos dados obstétricos; paridade, idade gestacional, gravidez planejada, alto risco, alto risco acompanhado no Centro Viva Vida (CVV), causa do alto risco, via de parto e profissional responsável pela assistência dessas mulheres são apresentados a Tabela 1.

É oportuno ressaltar que o CVV corresponde a um programa de redução da mortalidade infantil e materna no estado de Minas Gerais, lançado em 2003, com proposta de sistematização de ações que inclui investimento em equipamentos, estrutura física e no processo de capacitação dos profissionais, para o combate contra a mortalidade infantil e materna.¹⁴

Tabela 1 – Dados obstétricos referentes aos casos de óbitos maternos ocorridos no Alto Jequitinhonha, MG no período de 2010 a 2013.

Características	N	%
Paridade		
Primigesta	6	50,00%
1 a 2 partos	2	16,66%
3 ou mais partos	2	16,66%
Não informada	2	16,66%
Idade Gestacional		
Até 20 semanas	0	0
20 a 32 semanas	4	33,33%
33 a 36 semanas	3	25,00%
37 semanas ou mais	5	41,66%
Gravidez planejada		
Sim	2	16,66%
Não	1	8,33%
Não informado	9	75,00%
Alto risco		
Sim	3	25,00%
Não	9	75,00%
Alto Risco acompanhado no CVV		
Sim	1	33,33%
Não	2	66,66%
Causa Alto Risco		
Alcoolismo	1	33,33%
Cardiopatia	2	66,66%
Via de parto		
Parto Vaginal	4	33,33%
Parto Cesárea	8	66,66%
Profissional responsável		
Obstetra	11	91,66%
Outros	1	8,33%

Entre as características obstétricas do óbito, destaca-se a primiparidade, o terceiro trimestre gestacional, a classificação de baixo risco e a incidência de cesáreas.

Estudos recentes sobre o mesmo tema, mostram que a maior parte dos óbitos maternos foram em múltiparas, com idade gestacional entre 28 a 36 semanas, e a via de parto, na maioria dos casos, foi cesariana, realizada em mais da metade desses casos.^{15,16}

No estudo¹⁷, realizado no estado de São Paulo, observou-se também alto índice de parto cesárea, chegando a cerca de 80%, muito acima dos 20% que a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria recomenda e dos 15% indicados pela Organização Mundial de Saúde. De acordo com estudos realizados no Brasil, a

dificuldade de reduzir as taxas de mortalidade materna está diretamente associada ao grande índice de cesáreas, as quais, quando realizadas sem indicação necessária, mostra incremento no risco da mortalidade materna em 20%.^{18,19}

No que diz respeito aos municípios em que ocorreram os óbitos maternos, 10 (83,33%) não apresentam protocolo de atendimento para gestantes e 11 (91,66%) das gestantes foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os atestados de óbito foram encontrados, entretanto, em 8 (66,66%) dos casos não foi realizada a investigação do óbito.

Ressalta-se a importância do protocolo de atendimento para gestante na reorganização e padronização da assistência prestada, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas, a fim de que a gestante tenha um atendimento integral, assim como uma experiência gratificantes nesse período.²⁰

A atenção humanizada ao parto, que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à prevenção da mortalidade materna, exige fundamentalmente respeito e promoção dos direitos das mulheres. Para que isso ocorra, é fundamental que as rotinas assistenciais, as instalações físicas e o uso de recursos tecnológicos sejam adequados ao que é cientificamente comprovado como eficiente e benéfico.²¹

No que concerne ao atestado e a investigação do óbito, uma das grandes dificuldades se deve à qualidade das informações das declarações e investigações dos óbitos, já que estes são procedimentos que permitem identificar as causas dos mesmos. Em sua maioria, eles são inadequadamente preenchidos, quer pela pouca importância que se dá a este registro, quer por desconhecimento de como preenchê-lo, ou mesmo para mascarar a verdadeira causa do óbito. De forma geral, o médico, responsável pelo preenchimento da declaração, informa a causa terminal e não a causa básica que levou à morte, omitindo também se a mulher esteve ou estava grávida. Com isso, fica praticamente impossível identificar a morte como materna. A pesquisa das mortes maternas vê-se, também, dificultada pela deficiência dos registros hospitalares.²²

Nessa perspectiva, nem sempre é fácil reconhecer quando a morte de uma mulher em idade fértil ocorreu devido a uma causa materna. Estudos realizados no Brasil mostram que a atribuição da causa básica do óbito e a mensuração da mortalidade materna ficam em geral subestimadas. De fato, recente publicação da OMS mostrou subestimação desses casos no estado do Paraná, após investigação dos casos pelos comitês de morte materna.^{19,23}

Fica evidente, portanto, a necessidade de se ter sempre informações sobre a morte e suas características, que sejam adequadas, tanto em quantidade como em qualidade, já que os dados sobre óbitos fazem parte de numerosos indicadores de saúde, auxiliando, também, na elaboração de políticas públicas adequadas, visando à melhoria da saúde da população.

Quanto a etiologia do óbito materno, no presente estudo apresentaram-se as causas obstétricas diretas como as principais causas de mortalidade materna, com destaque para a Síndrome HELLP com 3 (25,00%) dos casos, descolamento prematuro de placenta 2 (16,66%), insuficiência cardíaca 2 (16,66%), hemorragia pós parto 1 (8,33%), eclâmpsia 1 (8,33%) e causa indeterminada com 3 (25,00%).

No Brasil, 80% dos óbitos maternos são decorrentes de causas obstétricas diretas com destaque para as hemorragias e as crises hipertensivas da gravidez, enquanto que as causas obstétricas indiretas são responsáveis por apenas 15 a 20% dos óbitos. Em países desenvolvidos, esta relação é contrária, com as causas obstétricas indiretas sendo as principais responsáveis pelos óbitos. O que abre espaço para a discussão sobre a qualidade da assistência prestada a mulher durante o período gestacional, parto e puerpério.²⁴

Os óbitos maternos por razões obstétricas diretas são os mais evitáveis, já que as mulheres que fazem pré-natal de qualidade possuem menor risco de morrer por causas obstétricas diretas como, por exemplo, as hemorragias e eclâmpsia, que podem ser prevenidas. As hemorragias estão relacionadas ao descolamento prévio de placenta e a problemas circulatórios. A eclâmpsia, por sua vez, está relacionada à pressão alta e ao diabetes, que são patologias que podem ser diagnosticadas e controladas no pré-natal.²⁵

No estudo realizado no sudeste brasileiro, evidenciam-se, como causas principais relacionadas ao óbito, as patologias hemorrágicas, hipertensivas e infecciosas. Embora a hipertensão represente a maior causa de óbito materno no Brasil, há, pelo menos, uma década, nos centros e instituições com maiores recursos, a morte por hipertensão é mais facilmente evitada.²⁶

Em outro estudo²⁷, quanto à classificação dos óbitos, quase metade era de causa obstétrica direta, que, teoricamente, seriam óbitos evitáveis, sendo que a média na literatura, para contextos brasileiros é maior, em torno de 67%.

Na análise das características de atraso na assistência prestada às gestantes, os indicadores de mortalidade materna se mostram extremamente sensíveis a dois fatores: cuidados obstétricos adequados e presteza com que são aplicados.

Estes dois principais indicadores levaram, em 1990, à adoção de um modelo teórico denominado três demoras, *Three delays model*, com o objetivo de estudar as causas dos óbitos maternos desde o início das complicações até o óbito. O modelo considera os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado e que podem contribuir para as chances de sobrevivência. Esses fatores são compartimentados em três fases: demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados, demora de chegar a uma unidade de cuidado adequado de saúde e demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência.²⁸

No presente estudo, os dados que caracterizam o atraso na assistência são mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 – Proporção de causas do atraso na assistência dos casos de óbitos maternos ocorridos no Alto Jequitinhonha, MG no período de 2010 a 2013.

Atrasos	n°	%
Atrasos no cuidado relacionados ao paciente		
Atraso na procura de atendimento	1	8,33%
Recusa de tratamento	0	0
Abortamento induzido	0	0
Atrasos relacionados a acessibilidade dos serviços de saúde		
Dificuldade de acesso ao serviço pré natal	0	0
Dificuldades de transporte da cidade para hospital	0	0
Pré Natal ausente ou inadequado	2	16,66%
Dificuldade geográfica para acesso em serviço de saúde	3	25,00%
Atrasos relacionados à qualidade do cuidado assistencial		
Atraso no diagnóstico	9	75,00%
Atraso no início do tratamento	10	83,33%
Manejo inadequado do paciente	9	75,00%
Ausência de hemoderivados	1	8,33%
Atraso no encaminhamento	2	16,66%

Dentre os fatores relacionados à qualidade do cuidado assistencial, destaca-se o atraso no início do tratamento com 10 (83,33%), assim como o atraso no diagnóstico e o manejo inadequado do paciente, ambos com 9 (75,00%).

A demora no atendimento pode ser localizado com a própria paciente, com o sistema de saúde, hospitais, com o médico ou profissional de saúde. Os problemas mais graves decorrem da demora do hospital em ministrar os cuidados adequados. Ademais, emergem também as demoras relacionadas à organização dos serviços de saúde, ao transporte e à comunicação entre os vários níveis de assistência.²⁹

Estudos^{28,30} sobre atraso na assistência à gestante oferece uma visão singular a partir da qual os óbitos maternos podem ser gerenciáveis, abordando-se o tempo ocorrido a partir do início de uma complicação até seu resultado. Estima-se que o intervalo médio entre o início de uma complicação obstétrica até a morte seja algo entre 2 a 5,7 horas para hemorragia pós-parto e de 3,4 a 6 dias para infecções. Portanto, os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado determinam as chances de vida e morte.

Quanto à análise da qualidade da assistência à gestante, o estudo mostra que cerca de 84% das mulheres que vieram à óbito enfrentaram pelo menos alguma demora, o que mostra claramente a associação entre demora e evolução da complicação e óbito.²⁹

Em relação ao atraso no diagnóstico, destaca-se a importância desse processo na identificação do problema e na tomada de decisão. Estudos têm evidenciado que o diagnóstico e o tratamento precoce podem reduzir a mortalidade específica. Dessa forma, é imprescindível a perícia dos profissionais de saúde em determinar a etiologia, já que o atraso e condutas equivocadas podem acarretar em manejo inadequado desse paciente.²⁰

Estima-se que o manejo inadequado do paciente, em virtude de falha do profissional de saúde e do serviço de saúde, é preponderante nas repercussões negativas à vida psíquica da mulher, desencadeando desapontamento e perda do sonho que foi construído durante a gestação, para o momento do parto e puerpério, bem como o surgimento de intoxicação medicamentosa, reações alérgicas e adversas, que podem ocasionar piora no quadro clínico e evoluir ao óbito.³⁰

Reforça-se, então, a necessidade de uma rede de assistência materna articulada, que ofereça suporte eficiente, com recursos humanos e tecnológicos capacitados. A ineficiência na oferta de atendimento especializado, uma vez que a mulher tenha conseguido chegar ao serviço de saúde, é determinante para o incremento da morbimortalidade materna.

Dessa forma, espera-se que a região em estudo possa organizar um sistema de vigilância epidemiológica em relação ao atendimento da mulher, semelhante ao que existe nos centros mais desenvolvidos, contando com pessoal treinado e claramente identificado com uma assistência sistematizada e integrativa - é o que permite identificar casos graves, de forma que, diagnosticado o problema, a paciente possa ser encaminhada e receber assistência necessária. Sem dúvida nenhuma, para a redução da mortalidade materna, não basta um pré-natal bem feito se não existe um sistema organizado para o atendimento dessas gestantes no pré-parto, parto e puerpério.

2.4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O óbito de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade.

A mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge os países em desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida. Para redução destas mortes, devem ser propostas medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, que impeçam a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipe qualificada para atendimento e vigilância no período puerperal. É de fundamental importância para os estudos o preenchimento adequado dos atestados de óbito, para identificar os casos de morte materna e encaminhá-los para os comitês de mortalidade materna. Cabe a estes organismos não só a investigação dos casos, mas, também, a recomendação de medidas que visem evitar novos óbitos, já que a frequência de demora na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno. Assim, há muito ainda a ser feito para que seja alcançada a Quinta Meta do Milênio, estabelecida pela ONU.

3 - CONCLUSÃO

Realizar a investigação dos casos de óbitos maternos no Alto Jequitinhonha fez com que eu refletisse sobre o propósito de minha profissão. Quando comecei este trabalho imaginei encontrar fatores causais relacionados a uma estrutura precária do sistema de saúde público de nosso país, principalmente por se tratar de uma região com um baixo IDH. Acreditei também que muitos problemas estariam relacionados ao quadro social e econômico de grande parte da população desta área, o que poderia contribuir para o alto índice dos casos de mortalidade materna na região. No entanto, na grande maioria dos casos, senão em todos, o fator decisivo foi a má qualidade do atendimento hospitalar da equipe de saúde. Percebi que, independente de crises econômicas ou educacionais, podemos diminuir as taxas de óbitos maternos e fetais, se houver um maior comprometimento do profissional da saúde em buscar o aprimoramento da qualidade de assistência dessas mulheres.

Este estudo mostrou a importância da educação continuada e do trabalho em equipe, e despertou novamente em mim a grande responsabilidade que temos uma vez que vidas nos são confiadas a todo tempo. Percebo a importância que temos como educadores, seja na formação do profissional médico, na capacitação da equipe multidisciplinar e ainda na orientação das pacientes.

Realizar o mestrado profissional Ensino em Saúde acrescentou, não somente, o desejo pelo aprimoramento pedagógico, mas também no prazer pela busca do conhecimento e, ainda mais, pelo compartilhar do conhecimento alcançado.

Espera-se que os resultados do estudo possa despertar nos profissionais envolvidos na saúde da mulher o desejo de melhorias na qualidade de atendimentos das gestantes da região do Alto Jequitinhonha, com intuito de redução das taxas de óbitos maternos. Somente com o empenho de todos teremos êxito neste objetivo.

REFERÊNCIAS

1. Who. World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 ed. São Paulo: CBCD; 1995.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; 2010.
3. Faria DR, Sousa RC, Costa TJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. Rev Med Minas Gerais. 2012; 22(1): 1-128.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Sogimig. Manual de Ginecologia e Obstetrícia. 5 ed. São Paulo, Coopmed; 2012.
6. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Cad de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-38, 2011.

7. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Brasileira de Obstetrícia*. 2013; 35 (12): 33-5.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
10. Pacagnella, RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, Souza JP, Pattinson RC. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *Rev BioMed Central*. 2014; 14(1): 1-15.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): 2012.
12. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informação em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2): 181-9.
13. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4): 662-70.
14. Moreira LMC, Alves CRL, Belisário SA, Bueno MC, Moraes EF. Das diretrizes à prática: avaliação da atenção pediátrica prestada por um serviço de referência secundária no norte de Minas Gerais. *Rev Ciên Saúde Coletiva*. 2013; 18(6): 1785-94.
15. Magalhães MC, Teixeira MTB. Morbidade materna extremamente grave: uso do Sistema de Informação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3): 472-8.
16. Moraes APP, Barreto SM, Passos VMA, Golino PS, Costa JA, Vasconcelos MX. Incidence and main causes of severe maternal morbidity in São Luis, Maranhão, Brazil: a longitudinal study. *São Paulo Med J*. 2011; 129(3): 146-52.

17. Cryscek ALFPL, Nichiata LYI, Fracolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari - São Paulo. *Rev Saúde Soc.* 2014; 23(2): 689-700.
18. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(2): 336-43.
19. Correno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(2): 396-406.
20. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Prenatal care protocol: asctions and the easy and difficult aspects dealt by Family Health Strategy nurses. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(5): 1041-7.
21. Frutuoso LD, Bruggemann OM. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(4): 909-17.
22. Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. *Rev Com. Ciências Saúde.* 2011; 22(1): 141-52.
23. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Genecol Obstet.* 2011; 33(10): 273-9.
24. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2): 418-26.
25. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *REv Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(12): 533-5.

26. Troncon JK, Quadros Netto DL, Rehder PM, Cecatti, JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(9): 388-93.
27. Waiswa P, Kallander K, Peterson S, Tomson G, Pariyo GW. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. *Rev Tropical Med and Inter Health.* 2010; 15(8): 964-72.
28. Thorsen VC, Sundby J, Malata A. Piecing together the maternal death puzzle through narratives: the three delays model revisited. *Jornal Plos One.* 2012; 19(1): 49-87.
29. Shah N, Hossain N, Shoaib R, Hussain A, Gillani R, Khan NH. Socio-demographic characteristics and the Three Delays of Maternal Mortality. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan.* 2009; 19(2): 95-8.
30. Filippi V, Richard F, Lange I, Ouattara F. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009; 23(1): 389-400.

APÊNDICES

Produtos - Banners

- 1- Sepsis
- 2- Hemorragia Puerperal
- 3- Eclâmpsia
- 4- Medicamentos para Síndromes Hipertensivas na Gestação

Apêndice 1- Produto Banner – Autoria Juliana Augusta Dias

Todo paciente com infecção deverá ser avaliado se está ou não em SEPSE OU SEPSE GRAVE

Avalie e Anote: Temperatura, FC, FR, Consciência, Diurese, PA, Oximetria

SEPSE: Mortalidade de 3-10%
 Infecção associado com 2 ou mais:
 TAX $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $\leq 36^{\circ}\text{C}$
 FR ≥ 20 irpm ou $\text{pCO}_2 \leq 32$ mmHg
 FC ≥ 90 bpm
 Leucócitos > 12000 ou < 4000 ou $> 10\%$ de formas jovens

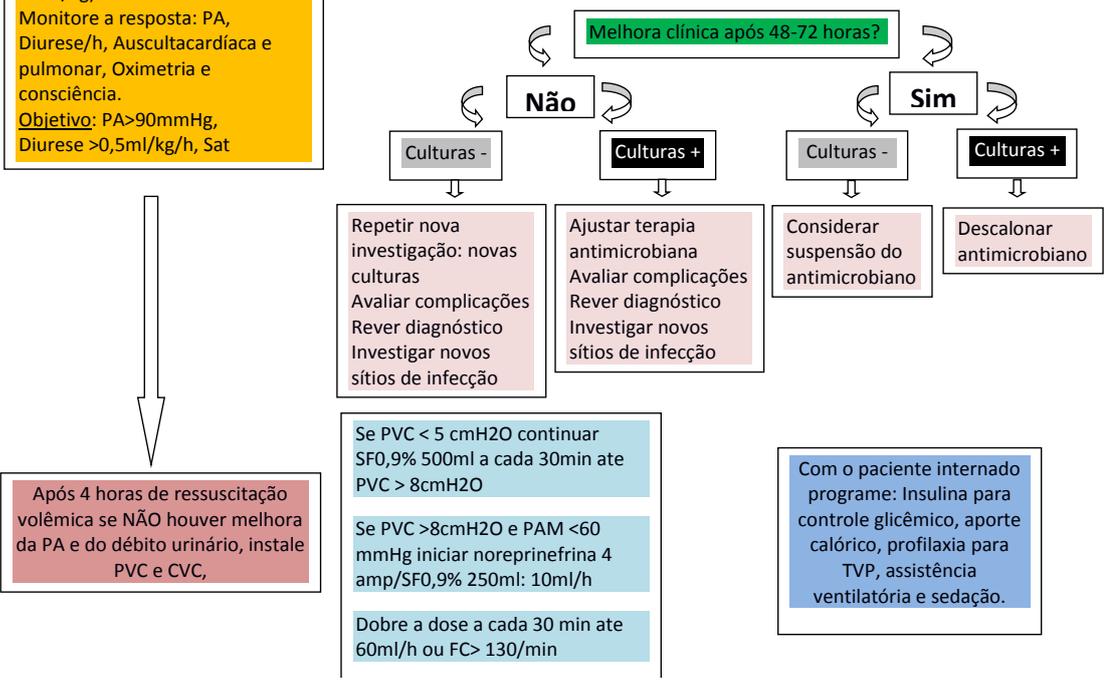
SEPSE GRAVE: Mortalidade de 26% (disfunção orgânica)
 Sepse mais 1 dos seguintes:
 PAS ≤ 90 mmHg ou queda 40 mmHg
 Débito Urinário $< 0,5\text{ml/kg/h}$ em 2 horas ou Creatinina > 2 mg/dl
 pH $< 7,3$ ou BE < -5
 Alteração do estado mental ou Glasgow < 13
 Bilirrubina $> 3\text{mg/dl}$
 Plaquetas < 100000
 RNI $> 1,5$ ou TTPa $> 60\text{s}$

Se estiver com sepse colha:
 Hemograma, Gasometria, eletrólitos, função renal, bilirrubinas, coagulograma e hemocultura (2 amostras)

Pacientes Hipotensos:
Ressuscitação volêmica imediata
 SF0,9% 1000ml em 30min (20 - 40ml/kg)
 Monitore a resposta: PA, Diurese/h, Auscultacardíaca e pulmonar, Oximetria e consciência.
Objetivo: PA $> 90\text{mmHg}$, Diurese $> 0,5\text{ml/kg/h}$, Sat

Em função da suspeita clínica solicite: Rx de tórax, líquor, Urocultura, USG, etc.

Iniciar antibioticoterapia imediatamente após a coleta da hemocultura, de acordo com o foco mais provável*.



Antibióticos na sepse

SEPSE COMUNITÁRIA: duração de 7 a 14 dias		
FOCO	ANTIBIÓTICO	OBSERVAÇÃO
Desconhecido	-Ceftriaxona + Oxacilina -Levofloxacina + Oxacilina	
Trato respiratório	-Ceftriaxona + claritromicina -Levofloxacina, ou moxifloxacina	-Se história de doença pulmonar crônica – utilizar cefepime -Se pneumonia aspirativa - associar clindamicina
Intra-abdominal e vias biliares	-Ciprofloxacino ou Ceftriaxona +Metronidazol -Ampicilina-sulbactam +Metronidazol	
Pele e partes moles	-Oxacilina + ciprofloxacina -Oxacilina + Ceftriaxona	Se erisipela: considerar Penicilina Cristalina Se anaeróbio: associar metronidazol ou clindamicina
SNC	-Ceftriaxona -Ampicilina -Vancomicina -Aciclovir	Se suspeita de abscesso: associar Oxacilina +metronidazol
Trato urinário	-Ciprofloxacino ou Ceftriaxona -Ampicilina-sulbactam (se suspeita de Enterococcus)	
FOCO	TRATAMENTO EMPÍRICO INICIAL	DURAÇÃO / OBSERVAÇÃO
Aborto séptico	-Ampicilina 2g IV de 6/6 hrs + Ceftriaxona 1000mg IV de 12/12 hrs + Clindamicina 900mg IV de 8/8hrs	Iniciar o antibiótico assim que o diagnóstico for suspeitado, antes da realização da AMIU ou curetagem. Manter até 48hrs afebril.
Corioamnionite	-Ampicilina 2g IV de 6/6 hrs + Ceftriaxona 1000 mg IV de 12/12 hrs.	Se parto vaginal: suspender antibióticos pós-parto. Se cesariana, acrescentar Clindamicina 900mg IV de 8/8 hrs até 48 hrs afebril.
Abscesso pélvico	-Ampicilina 2g IV de 6/6 hrs + Ceftriaxona 1000 mg IV de 12/12 hrs +Clindamicina 900mg IV de 8/ hrs	Abscessos < 4-5 cm usualmente respondem ao tratamento clínico, Abscessos > 8-10 cm necessitam de drenagem cirúrgica. O tratamento deve continuar até 48 hrs afebril, paciente estar livre de dor o leucograma normal.
Peritonite	-Ampicilina 2g IV de 6/6 hrs+ Ceftriaxona 1000mg IV de 12/12 hrs+ Clindamicina 900 mg de 8/8 hrs	Terapia parenteral até 48 hrs afebril.

SEPSE HOSPITALAR: duração de 7 a 14 dias		
FOCO	SEPSE SEM USO DE ANTIBIÓTICO	SEPSE GRAVE OU USO DE ANTIBIÓTICO PRÉVIO
Abdome	-Piperacilina-tazobactam -Carbapenêmico	- Piperacilina-tazobactam ou Carbapenêmico + Vancomicina
Pele e partes moles	-Vancomicina	-Piperacilina-tazobactam ou Carbapenêmico + Vancomicina
Trato Urinário	-Ciprofloxacina - Cefepime -Piperacilina-tazobactam	-Carbapenêmico
SNC	-Cefepime + vancomicina	-Carbapenêmico + Vancomicina
Cateter venoso Central	-Cefepime + Vancomicina	-Piperacilina-tazobactam -Carbapenêmico + Vancomicina
Trato respiratório	-Cefepime +/- Anaerobicida -Piperacilina-tazobactam	-Piperacilina-tazobactam ou Meropenem + Vancomicina (Linezolida)
Neutropenia Febril	-Cefepime + Vancomicina -Pip.-tazobactam+ Vancomicina	Carbapenêmico + Vancomicina

Anexo 1 – Produto Banner – Autoria Juliana Augusta Dias

HEMORRAGIA PUERPERAL

Chamar Ajuda : Obstetra, anestesiista enfermeiro/técnicos de enfermagem

- Iniciar manobra bimanual de massagem uterina
- Realizar 2 acessos periféricos calibrosos (até 16 ou 18)
- Elevação de membros inferiores (Trendelenburg)
- Infusão de 2000ml de Cristaloídes (3ml de cristalóide para cada 1ml de sangue perdido) – **Não** usar Soro Glicosado 5% (agravamento da Acidose).
- Oxigênio a 8L/min sob máscara facial
- Sonda Vesical de Demora e monitorar diurese
- Cuidados com hipotermia (aquecer paciente)

Coletar exames laboratoriais, Avaliar transfusão e quantificar choque

Identificar causa : 4T (Tônus, Trauma, Tecido ou Trombina)

- Se Tônus (Tratamento Atorral):**
- 1) Ocitocina: 10 – 40U (2 a 8ampl) em 500ml de SF. 0,9% a 250ml/h EV
 - 2) Metergin: 0,2mg (1ml) (amp)
 - 3) Misoprostol: 800 – 1000mcg Retal
 - 4) Balão Tamponamento intrauterino (Balão Bakri)

- Se Tecido (Revisão de cavidade uterina), Retenção placentária:**
- Dequitação demorada
 - Extração manual da placenta (se sem plano de clivagem não insister: risco de hemorragia grave: PENSAR EM ACEPROMIO)
 - Curetagem
 - 2) Partos pós dequitação:
 - Revisão de Cavidade uterina
 - 3) Acretismo placentar:
 - Avaliar histerectomia com placenta em situ

- Se Trauma:**
- 1) Suturas das lacerações
 - 2) Avaliar hematomas
 - 3) Inversão uterina (trauma de Toux)
 - 4) Robura uterina

- Se Trombina:**
- 1) Coagulograma
 - 2) Tratamento específico + hemoderivados
 - 3) Cuidado pela opção cirúrgica (risco de sangramento).

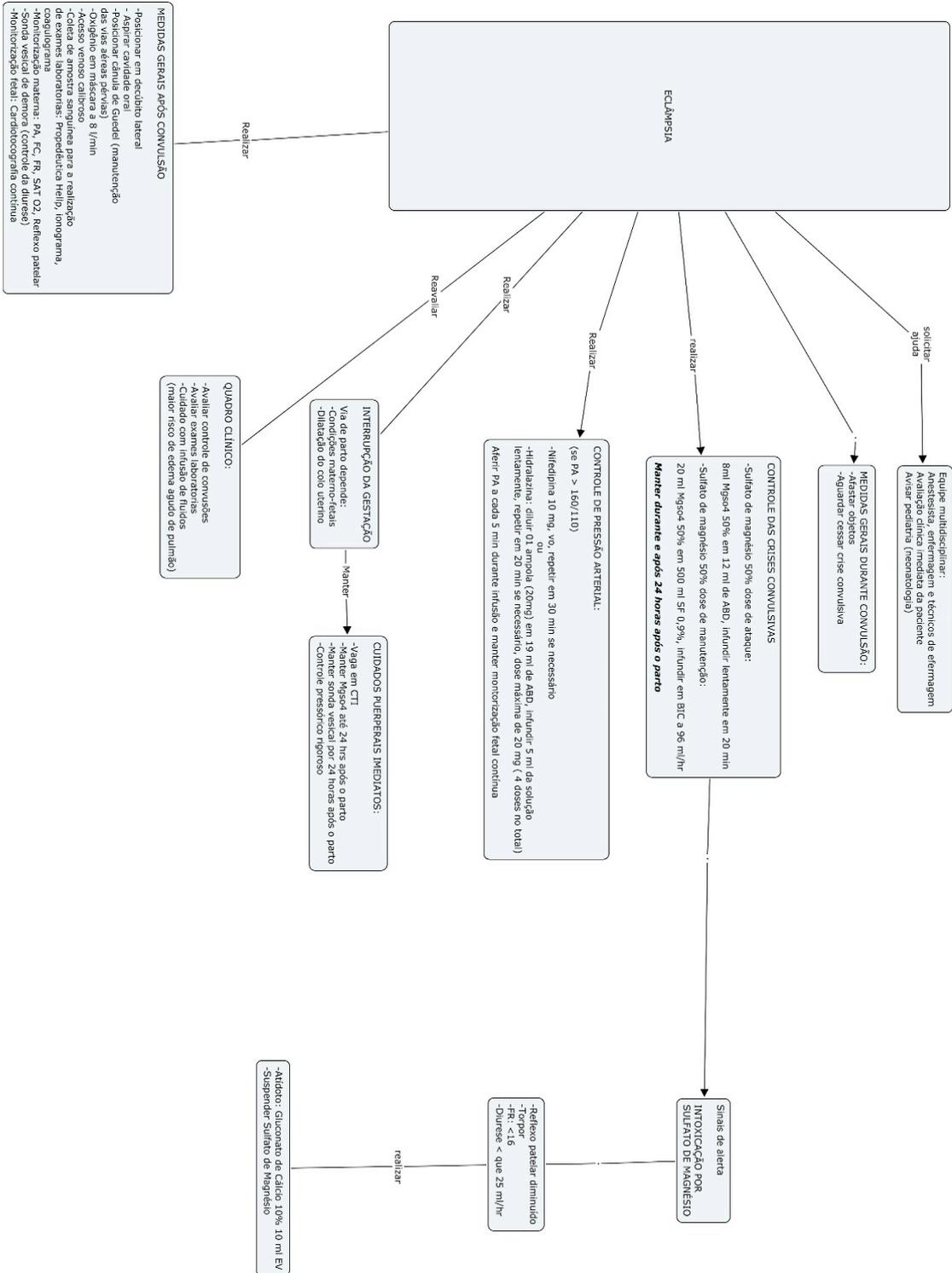
Em caso de falha : Avaliar laparotomia/ Tratamento cirúrgico

Avaliação do Choque :

Dados :	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
FC	< 100	> 100	> 120	> 140
PA	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
FR	> 30	20 a 30	15 a 5	< 5
Perda	750ml	1500ml	1500 - 2000ml	> 2000ml

Transfusão: Manter Hematócrito entre 20 – 30% (1 Concentrado = 3% do Hematócrito).
 Manter Plaquetas acima de 50.000 (1 fresco = 5.000/ml)
 Manter fibrinogênio acima de 100mg/dL com plasma fresco congelado (cada unidade = 10mg/dL) – SE INR > 1,5. Fibrinogênio < 50mg/dL ou refratário à TT usar crioprecipitado (cada unidade = 250mg de Fibrinogênio)

Apêndice 3- Produto Banner – Autoria Juliana Augusta Dias



Apêndice 4 – Produto Banner – Autoria Juliana Augusta Dias

Sulfato de Magnésio (MgSO₄)

Dose de ataque	Dose de manutenção
4 g	2g/hora
MgSO ₄ 50% 08 mL + ABD 12 mL EV lento (correr em 20 minutos)	MgSO ₄ 50% 20 mL + SGI 5% 500mL EV na BIC a 96 mL/hora.

Antídoto para intoxicação com MgSO₄.

Gluconato de cálcio a 10%	1 grama EV lento (5 a 10 min)
---------------------------	-------------------------------

Recorrência de convulsões: *mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência de crises subentrantes:*

Ataque	250 mg (uma ampola diluída em 250 mL de SG5%) EV: correr em 10 minutos; repetir o esquema a cada 30 minutos até completar a dose total de 750 mg.
Manutenção	100 mg 8/8 horas EV e , a seguir, 100 mg 8/8 horas VO, até a alta

Corticoterapia

Betametasona	12 mg IM de 24/24 horas
---------------------	-------------------------

Dexametasona na Síndrome HELLP

Dexametasona	10 mg EV 12/12 horas. Repete-se a dose até a interrupção da gravidez. Pós-parto: duas doses de 10 mg de 12/12 horas e depois mais duas doses de 05 mg, também de 12/12 horas.
---------------------	---

Hipertensão Aguda Grave na Pré-eclâmpsia

Nifedipina	10 mg e repita em 30 minutos se necessário até reduzir a PAD < 110
Hidralazina	01 ampola de 20 mg (01 mL) + 19 mL ABD obtendo se solução de 01 mg/mL Dose inicial de 5 mg EV a cada 20-30 min (dose máxima 20 mg).
Nitroprussiato de Sódio	Comece a uma taxa de 0.25 microgramas/kg/min até uma dose máxima de 5 microgramas/kg/min.

Transfusão de plaquetas: *Seis a dez unidades de plaquetas devem ser administradas imediatamente antes da incisão*