

Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade

Lilian Valim Resende,¹ Roberto Nascimento Rodrigues²
e Maria do Carmo Fonseca¹

Como citar

Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca MC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):218–24.

RESUMO

Objetivo. Analisar a mortalidade materna em Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010, a partir da percepção dos familiares de mulheres que faleceram por causas relacionadas à maternidade.

Métodos. Os óbitos maternos foram investigados junto ao Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os familiares das mulheres falecidas foram recrutados por telefone ou pessoalmente para entrevistas. O tamanho da amostra de entrevistados não foi previamente definido, tendo sido considerada como critério a saturação das informações obtidas. Entretanto, buscou-se a inclusão de famílias de mulheres atendidas tanto pelo sistema público quanto pelo sistema privado de saúde. As questões norteadoras das entrevistas foram: histórico de saúde prévio à gestação; história clínica do pré-natal até o falecimento; assistência recebida pela mulher falecida no pré-natal, parto e puerpério. Após transcrição e leitura de todas as entrevistas, utilizou-se o software de análise qualitativa NVivo 9 para categorização e codificação dos depoimentos.

Resultados. Foram entrevistados os familiares de 11 mulheres, que faleceram por causas variadas, possuíam ocupações diversas e tinham idade entre 16 e 40 anos. A maioria estava em sua primeira ou segunda gestação e era usuária do sistema público de saúde. Sete tinham de 8 a 11 anos de estudo; sete também eram solteiras; 10 eram brancas ou pardas. Todos os familiares entrevistados eram do sexo feminino, com idade variando de 18 a 66 anos. A maioria era de mães, com baixa escolaridade, casadas e que exerciam atividades do lar. Foram relatadas dificuldades com a assistência recebida durante a gravidez, com pouca valorização do quadro clínico das gestantes. Nove óbitos maternos ocorreram no período pós-parto.

Conclusões. Conforme o relato dos familiares, os óbitos maternos registrados em Belo Horizonte entre 2003 e 2010 estiveram associados a questões possivelmente evitáveis, relacionadas aos direitos reprodutivos da mulher, à assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Palavras-chave

Mortalidade materna; atenção à saúde; saúde da mulher; Brasil.

A morte materna é um evento trágico que infringe um direito essencial, que é o direito à vida. As mulheres em idade re-

produtiva não deveriam morrer em decorrência de problemas ligados à gravidez, ao parto ou ao pós-parto (1, 2). Essas mortes, quando acontecem, resultam da associação entre fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais que devem ser analisados de forma integrada (3–5).

Várias iniciativas globais procuraram intensificar as intervenções visando à

redução dos óbitos maternos globais (6, 7). Em 1987, foi realizada em Nairóbi, no Quênia, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, com o objetivo de discutir essa questão internacionalmente. Em 1990, na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, os países presentes, inclusive o Brasil, firmaram uma declaração assumindo o compromisso

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Belo Horizonte (MG), Brasil. Correspondência: Lilian Valim Resende, lilianvalim@hotmail.com

² Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte (MG), Brasil.

de reduzir em 50% suas taxas de mortalidade materna até o ano 2000. Essa meta foi reiterada em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, Egito, e em 1995, na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Pequim, China (7). Na virada deste século, apesar de terem ocorrido melhorias na cobertura de cuidados obstétricos e redução no número de mortes maternas, a manutenção de altos índices de óbitos maternos, especialmente nos países em desenvolvimento, atestou o insucesso do compromisso inicial proposto em torno da Iniciativa Maternidade Segura (8). Desse modo, em 2000, o foco na mortalidade materna foi novamente reforçado na reunião da Cúpula do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual estabeleceu como um dos oito objetivos de desenvolvimento do milênio melhorar a saúde materna e obter redução de 75% dos óbitos maternos globais no período de 1990 a 2015 (9–13). Apesar dos patamares ainda elevados, a redução da mortalidade materna observada na última década inspira a comunidade mundial a se esforçar para eliminar esses óbitos claramente evitáveis (14).

No Brasil, as mortes maternas caíram de 120 óbitos por 100 000 nascidos vivos (NV) em 1990 para 69 óbitos por 100 000 NV em 2013, o que representa uma queda de 43% na razão de mortalidade materna (RMM) (10). Apesar dos progressos, o Brasil não atingirá a meta do milênio, que seria uma RMM igual ou inferior a 35 mortes por 100 000 NV em 2015 (15). A projeção desse indicador de 2008 até 2015 mostra uma RMM variando entre 69 e 77 óbitos por 100 000 NV (16), ou seja, um patamar duas vezes superior à meta estabelecida.

Diante do desafio de acelerar o processo de redução da mortalidade materna no País, este estudo analisa o caso do município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, a segunda unidade da federação mais populosa do Brasil, que, no período de 1998 a 2012, manteve relativa estabilidade da RMM, a qual oscilou de 66,0 para 64,8 óbitos por 100 000 NV (4, 17). Considerando que conhecer o número de mortes maternas, assim como a RMM, não é suficiente para o entendimento do problema e que, por si só, esses dados não explicam por que as mulheres estão morrendo, buscou-se conhecer a percepção dos familiares em relação aos óbitos maternos

e as circunstâncias que levaram à consumação desses óbitos, tanto do ponto de vista das ações que poderiam ter evitado as mortes quanto dos fatores de atenção à saúde que podem ter contribuído para o desfecho.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa de campo, de natureza qualitativa, foi baseada em entrevistas em profundidade realizadas com familiares de mulheres que faleceram por causas relacionadas à maternidade em Belo Horizonte (MG), Brasil, entre os anos de 2003 a 2010. As entrevistas ocorreram entre 19 de setembro de 2012 e 1º de fevereiro de 2013.

Coleta dos dados

Para a realização das entrevistas e conhecimento dos casos de mortes maternas no município, foi necessário organizar um banco de dados, a partir da coleta de informações relativas aos óbitos maternos disponíveis no Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Essa etapa da pesquisa, que antecedeu a realização das entrevistas, possibilitou que a forma de recrutamento dos familiares fosse predominantemente via contato telefônico. Uma segunda estratégia de recrutamento dos familiares se deu pessoalmente, nos domicílios indicados nas declarações de óbitos.

O tamanho da amostra de entrevistados não foi previamente definido, tendo sido considerada como critério a saturação das informações obtidas (18). Além disso, procurou-se incluir na amostra famílias de mulheres falecidas que tivessem sido atendidas pelo sistema tanto público quanto privado de saúde.

As questões norteadoras das entrevistas foram: histórico de saúde prévio à gestação; história clínica da gravidez, desde o pré-natal até o falecimento da mulher; assistência recebida pela mulher falecida no pré-natal, parto e puerpério. Os depoimentos foram gravados em áudio e tiveram duração média de 50 minutos e, em sua maioria, ocorreram na residência dos entrevistados. Apenas uma entrevista ocorreu em local público, a pedido do entrevistado.

O presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde

de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer ETIC-0045-0.410.203-10). Todos os participantes assinaram e receberam cópia do termo de consentimento livre e esclarecido.

Após transcrição e leitura de todas as entrevistas, utilizou-se o *software* de análise qualitativa NVivo 9 (versão 2011) para categorização e codificação dos depoimentos (19). Foram identificadas quatro categorias principais: assistência durante a gravidez (relatos sobre a realização ou não do pré-natal, assistência e intercorrências durante esse período), assistência ao parto (depoimentos sobre a influência desse acontecimento na ocorrência do óbito materno, bem como a decisão pelo tipo de parto realizado, o procedimento em si, até questões referentes à internação hospitalar), assistência no puerpério (atendimento recebido durante a internação da mulher falecida no pós-parto e após alta da maternidade) e evitabilidade (percepções dos familiares quanto à evitabilidade da morte e quanto ao que poderia ter sido feito para evitá-la).

RESULTADOS

A tabela 1 expõe a caracterização das mulheres que vieram a óbito nos casos cujos familiares foram entrevistados e descreve as causas de morte listadas na declaração de óbito (20). A maioria era jovem, principalmente entre 20 e 29 anos, escolarizada (8 a 11 anos de estudo), branca ou parda, solteira, com ocupações diversas, com maior frequência numa primeira ou segunda gestação, usuária do sistema público de saúde. Duas eram adolescentes (16 e 17 anos), estudantes e encontravam-se na primeira gravidez. As causas de morte foram diversas.

Todos os familiares entrevistados eram do sexo feminino, com idade variando de 18 a 66 anos. A maioria era de mães, com baixa escolaridade, casadas e que exerciam atividades do lar.

Assistência durante a gravidez

A experiência desfavorável vivenciada durante uma consulta de pré-natal e a falta de dinheiro para o deslocamento até a unidade básica de saúde (UBS) foram os obstáculos sociais e assistenciais que motivaram uma falecida a interromper o pré-natal com 29 semanas de gravidez:

TABELA 1. Características sociodemográficas, de saúde e relativas às causas de óbitos das mulheres vítimas de mortalidade materna conforme familiares entrevistados, Belo Horizonte, Brasil, 2003 a 2010

Caso	Idade (anos)	Anos de estudo	Raça/cor	Estado civil	Parturição ^a	Ocupação	Sistema de saúde	Causa do óbito ^b
1	26	8 a 11	Branca	Solteira	G3P3A0	Atendente	Público	a) Choque hemorrágico b) Histerectomia c) Placenta acreta
2	17	8 a 11	Parda	Solteira	G1P1A0	Estudante	Público	a) Parada cardiorrespiratória b) Meningite tuberculosa c) Tuberculose miliar Parte II: Gestação de 37 semanas
3	32	4 a 7	Branca	Solteira	G4P3A1	Balconista	Público	a) Falência orgânica múltipla b) Sangramento abdominal c) Pós-operatório de gastrectomia d) Câncer gástrico
4	24	12 ou mais	Parda	Casada	G1P1A0	Assistente administrativa	Privado	a) Falência de múltiplos órgãos b) Septicemia c) Pneumonia d) Miocardiopatia periparto
5	27	8 a 11	Parda	Solteira	G3P2A1	Vendedora	Público	a) Sepsis grave b) Aborto infectado Parte II: Coagulação intravascular disseminada; síndrome da angústia respiratória aguda
6	16	8 a 11	Branca	Solteira	G1P1A0	Estudante	Público	a) Morte súbita cardíaca b) Miocardiopatia periparto
7	28	8 a 11	Branca	Casada	G1P1A0	Recepcionista	Público e privado	a) Síndrome da angústia respiratória aguda b) Sepsis c) Pneumonia d) Fibrose pulmonar Parte II: Esclerodermia; síndrome HELLP ^c
8	22	8 a 11	Preta	Solteira	G3P3A0	Do lar	Público	a) Septicemia b) Pneumonia Parte II: tuberculose; lúpus eritematoso sistêmico
9	21	4 a 7	Parda	Solteira	G1P0A0	Bordadeira	Público	a) Edema agudo pulmonar b) Insuficiência cardíaca congestiva c) Valvulopatia reumática
10	40	12 ou mais	Branca	Casada	G1P1A0	Professora	Privado	a) Parada cardiorrespiratória b) Eclâmpsia c) Doença hipertensiva específica da gravidez
11	33	8 a 11	Branca	Casada	G2P2A0	Salgadeira	Público e privado	a) Choque hemorrágico b) Coagulação intravascular disseminada c) Sangramento uterino d) Pós-cesárea com placenta prévia

^a G = número de gestações; P = partos; A = abortos.

^b A declaração das causas de morte informadas na declaração de óbito contempla o preenchimento das Partes I e II. A Parte I informa a causa que provocou a morte (linha a, causa terminal) e os estados mórbidos que produziram a "causa registrada na linha a (causas antecedentes ou consequenciais, linhas b e c; e causa básica, linha d)". A Parte II é "destinada à anotação de outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte e que não fizeram parte da cadeia definida na Parte I" (pp. 24). As causas registradas na Parte II são denominadas causas contribuintes (20).

^c Acomete mulheres com pré-eclâmpsia grave e que apresentam quadro clínico caracterizado por hemólise (H = *hemolysis*), elevação das enzimas hepáticas (EL = *elevated liver function tests*) e plaquetopenia (LP = *low platelet count*).

Ela ia no [nome da UBS]. Era dinheiro de passagem que não tinha (. . .), às vezes quando o doutor marcava, ou às vezes tinha uma enfermeira lá [na UBS] que enfiava o dedo e machucava ela, ela falou que não ia mais não. (caso 1)

De acordo com o relato de uma mãe sobre os eventos que ocasionaram o óbito de sua filha, as queixas de tosse com sangue, dor no peito e o diagnóstico de valvulopatia reumática não foram suficientes para garantir o atendimento necessário durante o pré-natal. Além disso,

essa mãe, que em apenas 1 semana viu sua filha apresentar os sintomas, ter o quadro clínico agravado e falecer, relata uma peregrinação:

Quando foi 1 semana antes dela morrer ela começou a escarrar sangue. Levei ela no posto e eles [profissionais do posto] falaram: O, você leva ela no pronto socorro. (caso 9)

Não satisfeita com o diagnóstico de virose que foi dado à filha na unidade de pronto atendimento, essa mãe, no dia seguinte, procurou assistência em

uma maternidade de alto risco. Nessa maternidade, o mesmo diagnóstico de virose foi confirmado, trazendo alívio momentâneo.

Chegou lá, a médica que atendeu ela falou que tava tudo bem, que era uma virose. Aí voltei pra casa. Falei graças a Deus que tá tudo bem. (caso 9)

No entanto, como a jovem não apresentava qualquer indício de melhora e, ao contrário, teve o seu quadro clínico agravado, novamente houve procura de

atendimento na unidade de pronto atendimento, mas nesse momento nada mais poderia ser feito:

Quando eu cheguei no mesmo pronto socorro lá que eles voltaram ela 2 dias antes, na porta lá ela já tava falecendo. (caso 9)

Outra situação semelhante, vivenciada por familiares de uma adolescente grávida, mostra a baixa qualidade da assistência durante o pré-natal:

Um total descaso do posto de saúde. A menina estava fazendo pré-natal (. . .) Foi lá com dores, eles falaram que era sinusite, passou medicamento. (. . .) Então com 15 dias ela vai ficar boa tratando de sinusite. Chegando próximo dos 15 dias, ela piorou. Foi aí que nós levamos para o hospital, ela internou (. . .) já com suspeita de meningite. (caso 2)

O que se observa é que os familiares procuraram assistência de saúde quando observaram indícios de uma complicação e acreditaram na assistência prestada até certo momento. Embora não tivessem qualquer formação ou conhecimento técnico em diagnósticos em saúde, a experiência de vida desses familiares e suas percepções apontavam para discordâncias entre os diagnósticos médicos e os sintomas apresentados pelas mulheres falecidas.

Com o agravamento do quadro clínico, os familiares se encontraram em uma situação de desespero e impotência por não conseguirem a devida atenção à grave situação de saúde das gestantes. Nesse sentido, percebe-se que a realização do pré-natal de risco habitual na UBS não foi suficiente para garantir o bem-estar materno-fetal. O cuidado fragmentado, a pouca valorização do quadro clínico das gestantes e o erro diagnóstico foram apontados nos relatos como alguns dos fatores associados à ocorrência desses óbitos maternos.

Em relação à assistência na gravidez de alto risco, ficou evidente, com base no depoimento dos familiares entrevistados, que também houve falhas nos serviços de atenção à saúde das mulheres mortas, denotando a fragmentação do modelo assistencial de saúde ao qual tiveram acesso:

(. . .) quando ela [falecida] tava com uns 4 ou 5 meses de gravidez ela fazia além do acompanhamento médico nesta clínica [particular] que ela fazia o pré-natal (. . .) como

ela tinha esclerose [patologia], ela fazia tratamento no [nome do hospital]. E lá [no hospital] o médico percebeu que o neném não estava desenvolvendo por causa da esclerose. Aí ele falou que não adiantava mais porque se fosse no início da gravidez que tivesse descoberto isso, que tava com pouco desenvolvimento, tinha dado uma injeção para desenvolver mais. (. . .) E a menina tava com baixo peso, tanto é que ela nasceu com 515 g. (caso 7)

Assistência ao parto

Observaram-se, neste estudo, casos em que a postura dos médicos na escolha do tipo de parto a ser realizado prevaleceu sobre a opção da mulher e de seu parceiro ou da família, sem que tenham sido dadas à paciente, ou aos seus familiares, informações sobre o risco de mortalidade materna. Isso foi verificado em duas usuárias, uma do sistema de saúde público e outra do privado.

A médica falou que a criança tava muito pequena, não vai ter força pra nascer, vou fazer, como é que chama? Cesariana. A gente ficou assustada assim, né? (caso 4)

Já tava com data marcada pra internar porque da primeira [gravidez] foi cesárea, né? Então a médica falou: O mais certo vai ser cesárea mesmo. (caso 11)

Em outra situação, a narrativa de uma mãe sugere o descaso no atendimento ao parto, diante da peregrinação da filha grávida na busca de assistência em duas maternidades públicas de Belo Horizonte:

Nós fomos primeiro no [nome do hospital]. Aí eles furaram a bolsa dela. De lá nós fomos no [outro hospital]. (. . .) Acompanhei o parto. Foi horrível. . . (. . .) lá no hospital na hora que o neném nasceu. . . ela [falecida] falou: Eu não vou aguentar não, tá doendo demais. (. . .) Tá saindo meu sangue todo, doutor. Médico: Pera aí, espera aí que eu já tô indo. (. . .) E eu no corredor, falando: Ô gente, ajuda ela lá, ajuda ela lá, ela não vai aguentar não. (. . .) Ele [médico] foi lá e falou: É com elas [outros profissionais da saúde] aí, eu já fiz o meu trabalho. (caso 1)

É oportuno considerar que essa mulher já tinha tido uma hemorragia em parto anterior e tinha sido aconselhada a não engravidar novamente. A subestimação da gravidade dessa complicação em gestação prévia, por parte da mulher, seus familiares e profissionais da saúde, de certa forma influenciou as ações to-

madadas durante a gravidez e o parto e poderia ser compreendida como um atraso no processo de tomada de decisão e de qualidade da atenção prestada. Os atores envolvidos nesse caso (mulher, familiar e profissionais de saúde) poderiam ter utilizado esse histórico obstétrico desfavorável como uma ferramenta de risco preditivo na evitabilidade desse óbito.

Os casos relatados pelos familiares e o número de mortes maternas contabilizados nas estatísticas do município infelizmente não são exceções ou acontecimentos isolados, mas representam uma parcela de mulheres que ficam grávidas e que, por apresentarem problemas durante o ciclo gravídico-puerperal, acabam por se expor a situações de risco que esbarram no desempenho ético da equipe que as assiste.

Assistência no puerpério

Grande parte dos óbitos maternos em Belo Horizonte ocorreu no período pós-parto. Os dois casos abordados a seguir exemplificam bem as carências na assistência puerperal nos sistemas público e privado de saúde do município. Ambos os relatos tratam de mulheres jovens, que faleceram em decorrência da mesma causa e se encontravam na primeira experiência de serem mães. As queixas dessas puérperas, que referiram dor no peito, foi pouco valorizada e acabou por ser relacionada às dificuldades na amamentação pelos profissionais da saúde, fato que mascarou um grave problema cardíaco culminando nos óbitos maternos. A descontinuidade da assistência no pós-parto é notificada nos testemunhos das mães das mulheres falecidas:

Quando foi de noite [mesmo dia em que a falecida teve alta da maternidade], ela começou com uma dor no peito, com falta de ar, aí foram com ela [à maternidade]. (. . .) demorou a atender, precisou dela desmaiar. (caso 4)

Situação semelhante foi descrita por outra entrevistada, mãe de uma adolescente de 16 anos que, mesmo tendo realizado o pré-natal na UBS de referência, não teve a devida continuidade e qualidade da assistência no puerpério:

Quando deu exatamente 1 mês [pós-parto] ela começou a queixar de tontura. Fui (. . .) com ela [à UBS] (. . .) e o médico falava: Não é nada não, você acabou de ganhar neném, então você chega em casa e toma um banho

bem quente. Ai ela começou a perder o apetite, começou a amarelar. (caso 6)

Diante da constatação de que o diagnóstico médico não fazia sentido frente à percepção de agravamento dos sintomas e considerando que os profissionais da UBS que prestaram atendimento à filha estavam equivocados, essa mãe iniciou uma exaustiva peregrinação em busca de uma assistência mais especializada, mas sem obter sucesso:

Chegava lá [pronto-socorro]: Ah, não! Leva no posto [fala do profissional de saúde]. (. . .) Ai vinha pro posto(. . .): Não, já é de tarde e a médica já não tá mais aqui. (. . .) E eu correndo com ela, pra lá, pra cá, pra lá, pra cá e nada resolvia. (caso 6)

As tragédias descritas sugerem falhas nos setores profissional e institucional que se revelaram como potenciais fatores de evitabilidade desses óbitos maternos. A assistência no puerpério, independentemente de a mulher ser usuária do sistema público ou privado da saúde, de acordo com os depoimentos das entrevistadas, apresenta problemas relacionados à alta precoce da maternidade, à falta de um acompanhamento no puerpério, à demora no atendimento e a imperícias e negligências no diagnóstico de alterações, embora o município tenha estabelecido uma linha de cuidado integral à mulher no puerpério, com base em diretrizes e normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Porém, uma vez não se cumprindo essas diretrizes, as mulheres que apresentem qualquer problema no pós-parto ficam fadadas a morrer.

Evitabilidade do óbito

Foi possível perceber, a partir dos relatos dos familiares, que o modo como eles compreenderam as reais causas que levaram à ocorrência do óbito da parente foi influenciado pela assistência prestada às mulheres que morreram. As respostas mais comuns por parte dos familiares diante da morte materna estiveram associadas à indignação e ao sentimento de impotência por não terem podido evitar o óbito.

Eu penso que começou com a negligência no posto de saúde, a médica como que fala? Imperícia, imprudência, sei lá o quê que é. (. . .) Eu acho que os médicos eles chutam muito, não sei. . . ou é desprezo, porque eu acho que se a pessoa chegou e reclamou vá-

rios problemas de saúde, tem que pesquisar. (caso 2).

Quando acontece uma coisa dessa todo parente acha que é um pouco negligência médica, né? Porque eles [familiares] fala assim: Com os recursos que a gente tem hoje, morrer em parto, né? Com tanto recurso? (caso 10)

DISCUSSÃO

As questões abordadas nas entrevistas resultaram em uma série de relatos de familiares descrevendo uma cascata de eventos trágicos e anunciados, relacionados a algum ponto da saúde da mulher cujo reconhecimento oportuno poderia ter contribuído para evitar a morte materna. Mesmo que de modo singular, cada entrevistada, ao revisitar a trajetória ou desencadeamento dos eventos vivenciados pela mulher falecida até a ocasião do óbito, foi precisa em delinear a estreita relação da morte com os atores envolvidos, no caso, o prestador da assistência/profissional e a mulher. O anúncio, por parte da mulher ou do familiar, de que algo não estava saindo como esperado na gestação, durante ou após o parto, não surtiu, na percepção das entrevistadas, o efeito esperado nesses profissionais.

Atenção qualificada, captação precoce da gestante no pré-natal, encaminhamento ao pré-natal de alto risco e valorização das queixas das mulheres foram alguns dos fatores apontados como fundamentais para a evitabilidade das mortes maternas. Na assistência ao parto, a pouca valorização do quadro clínico e a falta de vinculação a um hospital de referência que possibilitasse a garantia de vaga, de modo a evitar a peregrinação, ainda são desafios que precisam ser enfrentados no município. Quanto à atenção no puerpério, a falta de acompanhamento após a alta, a demora nos diagnósticos de alterações e a alta precoce foram sugeridos pelos familiares como estando associados às mortes maternas. Nesse sentido, estudos mostram que a alta cobertura de intervenções essenciais no ciclo gravídico-puerperal deve estar combinada com o atendimento de emergência abrangente e melhorias na qualidade dos cuidados de saúde materna. Ademais, o fortalecimento dos sistemas de saúde deve caminhar junto com o desenvolvimento social e a equidade, etapas indispensáveis para a remissão de mortes maternas evitáveis (21, 22).

Na atenção ao parto, o debate sobre a influência da cesariana sem indicação clínica, que pode inclusive resultar em morte materna, é acirrado (23–27). No Brasil, há uma clara tendência de aumento desse tipo de cirurgia, sem sinais de redução, especialmente no sistema privado, fato que preocupa profissionais de saúde pública e grupos feministas, diante das intercorrências negativas associadas a esse procedimento (23). Cabe salientar que a cultura estabelecida na sociedade brasileira contemporânea também influencia a escolha do tipo de parto (17). Essa também é uma realidade em Belo Horizonte, onde 77,8% dos partos realizados em hospitais privados são cesarianas (17).

Outro desafio, não menos importante, identificado com base na análise das entrevistas em profundidade, é melhorar a relação profissional-usuária, que deveria ser pautada pela humanização do atendimento, erradicando de vez os casos de violência obstétrica. Sobre esse assunto, Aguiar e D'Oliveira (28) referem a existência de uma crise na relação médico-paciente, afirmando que, no atual modelo assistencial de saúde, prevalecem as intervenções e procedimentos técnicos e tecnológicos em que o médico faz o seu trabalho e vai embora, sem interagir com a paciente, a qual é “objetificada” numa intervenção que, apesar de humana, não é humanizada (28).

De fato, qualquer esforço voltado para a diminuição da mortalidade materna no município somente terá real força se pautado pelo respeito aos direitos de cidadania das mulheres. Quantos desses óbitos poderiam ter sido evitados num contexto diferente, no qual essas mulheres pudessem ser ouvidas, informadas, acolhidas, e enfim receber, para elas próprias e para suas crianças, a adequada assistência a que têm direito como cidadãs? Essa questão evoca a necessidade constante de se estudar a situação de mortes maternas no que se refere aos aspectos que vão além da identificação epidemiológica desses óbitos.

O presente estudo tem limitações que devem ser discutidas. Todos os entrevistados eram do sexo feminino, apesar de não ter havido qualquer restrição ou preferência metodológica nesse sentido. Outra limitação diz respeito à impossibilidade de imputar as falhas encontradas no acesso e qualidade da atenção à situação vigente na atualidade, tendo em vista que são casos ocorridos até

10 anos antes da realização das entrevistas. No entanto, parece plausível supor que a elevada RMM ainda apresentada pelo município denota que quaisquer melhorias que porventura tenham ocorrido foram insuficientes para reduzir os problemas a um patamar aceitável.

Em suma, esperamos que o presente trabalho tenha ampliado as possibilida-

des de discussão e reflexão acerca da mortalidade materna. Além das questões suscitadas, há aspectos que fugiram ao escopo da investigação, como a identificação das consequências dos óbitos maternos para as famílias enlutadas. Entretanto, esse é certamente um campo a ser explorado, no contexto das profundas transformações que podem ocorrer nos arranjos familiares.

Agradecimentos. Os autores agradecem o apoio dos profissionais do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

- Fathalla MF. Human rights aspects of safe motherhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(3):409–19.
- Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis.* 2011;21(3):1139–60.
- Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet.* 2006;368(9542):1189–200.
- Resende LV. O contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003–2010 [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (The WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet.* 2013;381(9879):1747–55.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet.* 2010;375(9726):1609–23.
- World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, World-Bank. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. A New Approach by OMS and UNICEF. Geneva: World Health Organization, 1996. Disponível em: http://whqlibdoc.OMS.int/hq/1996/OMS_FRH_MSM_96.11.pdf Acessado em 16 de agosto de 2012.
- AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bull World Health Organ.* 2001;79(6):561–8.
- United Nations Population Fund, World Health Organization. The State of the World's Midwifery 2014. A Universal Pathway. A Woman's Right to Health. Nova Iorque: United Nations Population Fund; 2014.
- World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil: avanços da vigilância no período de 2009 a 2011. Em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Pp. 359–70.
- Lozano R, Haidong W, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, JR, Marcus MPH, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet.* 2011;378(9797):1139–65.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323–33.
- Bustreo F, Say L, Koblinsky M, Pullum TW, Temmerman M, Pablos-Méndez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *Lancet Glob Health.* 2013;1:e176–7.
- Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(12): 533–5.
- Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio—Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Boletim de Análise do Estado de Saúde da População Residente de Belo Horizonte: análise dos indicadores do nível municipal ciclo de vida—gestante. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 2011.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):17–27.
- N Vivo 9. Manual. Disponível em: <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo9/NVivo9-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf> Acessado em 15 de fevereiro de 2013.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet.* 2013;381(9879):1747–55.
- Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG.* 2014;121Suppl 1:1–4.
- Victoria CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet.* 2011;377(9780): 1863–76.
- Althabe F, Belizán JM. Caesarean section: the paradox. *Lancet.* 2006;368(9546):1472–3.
- Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1):36.e1–36.e5.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. Em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Pp. 373–94.
- Nascimento AC. “Uma vez cesárea, sempre cesárea”? Representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu).* 2011;15(36):79–92.

Manuscrito recebido em 14 de julho de 2014. Aceito em versão revisada em 29 de janeiro de 2015.

**Maternal deaths in
Belo Horizonte, Brazil:
perceptions of quality of
care and preventability**

ABSTRACT

Objective. To analyze maternal deaths in Belo Horizonte from 2003 to 2010 based on the perception of family members of women who died from pregnancy-related causes.

Methods. Maternal deaths were researched at the City of Belo Horizonte Department of Health's Maternal, Fetal, and Infant Death Prevention Committee. Family members of deceased women were recruited by telephone or personally. Sample size was not pre-defined; rather, a saturation criterion was employed. Nevertheless, an attempt was made to include families of women who received both public and private health care. The interviews focused on health history prior to the pregnancy; clinical history in the period from the start of pre-natal care until death; care received by the deceased women before, during and after delivery. After transcription and analysis of all interviews, the NVivo 9 qualitative analysis software was used to categorize and code the interviews.

Results. The family members of 11 women were interviewed. The victims were between 16 and 40 years old, died of various causes, and had various occupations. Most were in their first or second pregnancy, and most relied on public health care. Seven women had between 8 and 11 years of schooling, and seven were single. Ten women were white or brown. All the family members interviewed were female, with age ranging from 18 to 66 years. Most were the mothers of the deceased women, had little schooling, were married and worked in the home. The interviewees reported difficulties with the care received during the pregnancy, with little attention paid to the clinical status of the pregnant women. Nine deaths occurred after the delivery.

Conclusions. According to the reports of family members, the maternal deaths recorded in Belo Horizonte between 2003 and 2010 were associated with issues that were possibly preventable, relating to the reproductive rights of women, to pregnancy, delivery, and perinatal care.

Key words Maternal mortality; health care (public health); women's health; Brazil.