

***A VISITA DOMICILIAR: INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA MORTE MATERNA
EM JUIZ DE FORA***

Home visit: instrument of diagnostics of the maternal death in Juiz de Fora

Neuza Marina Mauad¹, Betânia Maria Fernandes², Terezinha de Jesus N. M da Costa³,
Sócrates Palácio da Silveira⁴

RESUMO

Este estudo é uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada em Juiz de Fora, com os objetivos de: investigar, por meio de visitas domiciliares, os óbitos maternos ocorridos em Juiz de Fora, no período de 1998 a 1999; contribuir para a sistematização de uma metodologia de visita domiciliar, na investigação da morte materna; melhorar a qualidade das informações referentes aos óbitos maternos ocorridos em Juiz de Fora e conhecer a visão dos familiares sobre as circunstâncias em que ocorreram essas mortes. Utilizaram-se a entrevista semi-estruturada e o diário de campo para a coleta de informações. Os resultados demonstraram a importância da visita domiciliar no conhecimento das causas e dos pontos críticos do sistema de saúde. A interpretação dos familiares de que a morte materna é uma fatalidade traz uma idéia freqüente de que essas mortes são inevitáveis, não passíveis de prevenção, excluindo a importância da morte materna como objeto de estudo.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da mulher; mortalidade materna; visita domiciliar.

ABSTRACT

This paper is a qualitative descriptive study done in Juiz de Fora, MG.

It's objectives were: -to investigate through home visits, the maternal deaths that occurred in Juiz de Fora during 1998 and 1999; -to contribute toward the creation of a methodology of conducting home visits in the investigation of maternal deaths; -to improve the quality of information concerning maternal deaths in Juiz de Fora; -to better understand family attitudes regarding the circumstances in which these deaths occurred.

A semi-structured interview and field diary were used in the collection of data. The results demonstrate the importance of this type of visit in understanding the causes and critical points

¹ Médica, especialista em Saúde Pública, mestre em Ciências Médicas/Gastroenterologia, Coordenadora da Revista de APS do NATES/UFJF, membro do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de J.F. End. NATES/UFJF Campus Universitário, Martelos CEP: 36016-970, Fone (32) 32293830, Email: neuza@nates.ufjf.br

² Enfermeira-Obstetra, professora assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da F. E. da UFJF, membro do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora, doutoranda da EEAN/UFRJ

³ Assistente Social especialista em Epidemiologia, mestre em Saúde Coletiva, membro do Comitê Regional e Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna de J.F.

⁴ Acadêmico de Medicina, bolsista de Iniciação Científica – PIBIC/UFJF (por ocasião da pesquisa).

of the health care system. The interpretation by the family that the death was destiny, brings the idea, frequently, that these deaths are inevitable, not preventable, and excludes the importance of the the maternal death as something needing study.

KEY WORDS: women's health, maternal mortality, home visit.

1- INTRODUÇÃO

A mortalidade materna tem se mostrado como indicador das condições sócio-econômico-culturais de uma nação, bem como das condições de saúde das mulheres em idade fértil, sendo ainda considerada um sensível indicador de iniquidade, de acessibilidade, de qualidade da assistência e da incapacidade do sistema de saúde em responder às demandas a ele colocadas. Enquanto países desenvolvidos apresentam taxas inferiores a 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, chegando a 3 por 100 mil nascidos vivos em países como o Canadá, nos países em desenvolvimento essas taxas variam de 30 a 800 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Esses números revelam a forte associação entre morte materna e condições de vida e saúde da população. Em decorrência dessas variações, atualmente são estipulados alguns coeficientes que são adotados como parâmetros de avaliação da Morte Materna pela Organização Mundial de Saúde: **Baixo**, abaixo de 15/100 mil nascidos vivos; **Médio**, de 15 a 50/100 mil nascidos vivos; **Alto**, de 50 a 100/100 mil nascidos vivos e **Muito Alto**, acima de 100/100 mil nascidos vivos (Organizacion Panamerican de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud, 1996).

Segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, a morte materna é definida como sendo “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (Organização Mundial de Saúde, 1985, p?). Assim, estão excluídos do conceito os óbitos das mulheres nesse período, que morreram por acidentes de trânsito, neoplasia e outras doenças que não são alteradas pela presença da gestação, como, por exemplo, a meningite.

Outras duas definições foram introduzidas pela 10ª revisão da CID (Organização Mundial de Saúde, 1994, p?): a de **morte materna relacionada com a gravidez**, que é “a morte de uma mulher enquanto grávida ou em até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa”, e a de **morte materna tardia**, que é “a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gestação”, ampliando a possibilidade de se estudarem as mortes de mulheres por

causas ligadas ao ciclo gravídico-puerperal ou de mulheres que estiveram no ciclo grávido-puerperal.

As mortes maternas podem ser divididas em **Obstétricas diretas**, que são “aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, devidas a internações, omissões, tratamento incorreto ou devidas a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas mencionadas acima”, e **Obstétricas indiretas**, que são “aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”. (Organização Mundial de Saúde, 1985 e 1994, p. ?). As outras causas seriam as das mortes de mulheres no ciclo grávido puerperal, que são chamadas de mortes não relacionadas, acidentais ou incidentais (Laurenti, 1990).

Nos países onde a mortalidade materna é alta, a maior proporção dos casos ocorre em consequência das causas obstétricas diretas, o que aponta para uma baixa cobertura e/ou uma baixa qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. No Brasil, vários estudos realizados apontam que 75% ou mais dessas mortes se devem às causas obstétricas diretas. Tal fato revela o lado dramático desses óbitos, já que a quase totalidade (98%) dessas mortes é previsível e anunciada e, portanto, poderia ser evitada, se as mulheres tivessem condições dignas de vida e atenção à saúde, especialmente um pré-natal adequado quantitativamente e qualitativamente, assim como um bom serviço de parto e puerpério (Brasil, 1994).

Nesse contexto, outra importante causa de morte materna a ser destacada refere-se ao aborto, decorrente, na maioria das vezes, de casos de gravidez indesejada, em que o recurso usado pelas mulheres acaba sendo o aborto clandestino, realizado em péssimas condições. Esse vem colocando em risco a vida de milhares de mulheres.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em sua 23ª Conferência Sanitária Pan Americana (1990), aprovou o **Plano Regional de Redução da Mortalidade Materna**, de que todos os países das Américas, inclusive o Brasil, foram signatários. Nesse documento foi firmado o compromisso de se envidarem esforços para reduzir a mortalidade materna em 50% até o final da década de 90 (Resolução n.º XVII) (Organizacion Panamerican de la Salud/ Organizacion Mundial de la Salud, 1996). Entretanto, no Brasil, constata-se que não houve uma política efetiva para a mudança da qualidade na assistência prestada às mulheres em idade fértil, a ponto de causar um impacto positivo na redução dessas mortes, tornando-se a década de 90, praticamente, uma década em que não se conseguiram avanços a esse respeito. Somente depois de passados quase quatro anos da Conferência, o Ministério da Saúde publicou as portarias n.º 663 (14/03/94) e n.º 773 (07/04/94), reconhecendo a

mortalidade materna como um problema prioritário de saúde pública. Essas instituíram, entre outras coisas, o dia 28 de maio como o “dia nacional pela redução da morte materna” e houve a criação de uma Comissão Nacional de Morte Materna, com a função de manter atualizado o diagnóstico da situação da mortalidade materna no Brasil, além de oferecer subsídios para o aperfeiçoamento da política do setor saúde nessa área específica, visando prevenir as mortes nesse ciclo.

A criação ou implementação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais foi apontada como estratégia fundamental para o alcance desses objetivos, representando instrumento eficaz de vigilância do óbito materno, contribuindo de forma efetiva para a avaliação permanente da atenção à mulher nesse período (Brasil, 1994; Sorrentino, 1998). Apesar dessas iniciativas, ainda hoje, o sub-registro das mortes maternas no Brasil, e mesmo em Minas Gerais, continua sendo um sério problema, piorando à medida que se analisam as regiões mais pobres, onde provavelmente as mortes maternas são mais frequentes. Mesmo nas regiões Sul e Sudeste do país e em praticamente todas as capitais de Estados, onde a cobertura do registro de óbito pode ser considerada boa, não se têm, em geral, informações fidedignas sobre o número de mortes maternas (Laurenti, 1998). Calcula-se que as taxas oficiais de morte materna no país, também chamadas de mortalidade materna **mínima** (Centro da OMS para classificação de doenças em português, 1999), por conterem apenas os casos declarados, sejam de duas a quatro vezes menores do que os índices reais (Organização Mundial de Saúde, 1994).

A criação de comitês, como sistema de investigação das mortes maternas, com o envolvimento de instituições ou de profissionais de diferentes áreas do setor saúde, visa contornar essa situação e, por si só, já representa um importante passo para avaliar a qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Na última década, a proposta desses comitês vem ganhando força no país, deixando de ser apenas espaços de investigação e avaliação dos óbitos femininos em idade fértil (10 a 49 anos). Além de questionarem as taxas oficiais e conhecerem a real magnitude da morte materna, muitos deles têm se transformado em fóruns legítimos de discussão e denúncia das reais condições de assistência à saúde que têm sido oferecidas às mulheres em nosso país, desempenhando papel fundamental, no sentido de conferirem visibilidade social a essas mortes, tão anônimas e clandestinas (Sorrentino, 1998).

Em Juiz de Fora (MG), em 1996, foram instalados os Comitês Regional e Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna. Desde então, são investigados os óbitos femininos em idade fértil, presumíveis¹ (Laurenti, 1986) ou informados na declaração de óbito como

maternos. As razões de mortalidade materna encontradas para os seis anos de trabalho estão discriminadas na tabela 1. (Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora- MG, 2001).

Tabela 1 - Razão de Mortalidade Materna - 1996 a 2001(1) - Juiz de Fora - MG

Anos	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total
Razão de mortalidade*	123	49	140	103	119	56,8	99**

Fonte: Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora- MG

* Para o cálculo da Razão de mortalidade materna foi utilizado o conceito da CID 9, e foram retirados os óbitos de mulheres não residentes em J.F. ** razão média para o período

Apesar da oscilação dos valores encontrados para o período analisado, que apresentaram razões anuais variáveis, essas não configuraram melhora do indicador. Esse fato pode ser explicado devido às oscilações ao acaso, de um ano para outro, pelo fato de representar, do ponto de vista estatístico, um evento raro, especialmente para os municípios de pequeno e médio porte (números absolutos pequenos). Ainda cabe destacar que, por uma questão metodológica de padronização internacional para construção de indicadores, para o cálculo da razão de mortalidade materna foram extraídos os óbitos de mulheres não residentes em Juiz de Fora, apesar de algumas dessas mortes serem decorrentes, mesmo que parcialmente, de falhas na assistência médica e/ou hospitalar do município de ocorrência, ou seja, Juiz de Fora.

Isso talvez justifique, em parte, a aparente queda da razão de mortalidade materna observada em 1997 e 2001, ano em que 50% dos óbitos foram de mulheres que não residiam na cidade. Visando suavizar essas variações, pode-se observar que a razão de mortalidade materna média para o período de 1996 a 2001 foi de 99 por 100 mil nascidos vivos. Constatase assim que a situação em Juiz de Fora é bastante preocupante. Quanto às causas dessas mortes, considerando-se todos os casos, incluindo-se as mulheres residentes e não residentes, ocorridos no município, pode-se constatar que 61% foram por causas obstétricas diretas, 27% por causas obstétricas indiretas e 12% por não obstétricas.

Apesar de várias iniciativas do comitê em divulgar os resultados da inaceitável situação da mortalidade materna no município, através de seminários, encontros, reuniões com os gestores do sistema de saúde e das maternidades, envios de relatórios e divulgação no Conselho Municipal de Saúde, na Câmara Municipal e na imprensa local, não foi percebida nenhuma política efetiva no sentido de reverter esse quadro, até a data da pesquisa.

O trabalho desenvolvido pelo Comitê Municipal reforçou a importância de se fazer uma vigilância sistemática dos óbitos femininos em idade fértil, para se conhecer a real magnitude

da mortalidade materna e suas principais causas. Esse demonstrou, no entanto, que fica bastante limitado o esclarecimento da causalidade, circunstâncias e evitabilidade dessas mortes, somente com o estudo dos prontuários hospitalares. Tornava-se cada vez mais evidente, a partir das investigações realizadas rotineiramente pelo comitê, a importância de se buscarem incorporar a essas análises outras informações fundamentais, para uma compreensão mais ampla da morte materna. A precariedade das informações referentes à história de pré-natal encontradas nos prontuários e mesmo a inexistência de dados sobre fatos importantes que antecedem a internação dessas gestantes só são possíveis de serem combatidas a partir da visita domiciliar.

A realização eventual de visitas domiciliares pelo comitê, na medida em que não se localizavam os prontuários hospitalares ou em casos de óbitos domiciliares, se mostrou bastante eficiente para o esclarecimento dos casos. Apontava para a inexistência de um outro olhar, uma outra versão “não oficial”, de grande importância, em geral, não registrada no prontuário, como dados de pré-natal e as idas e vindas das mulheres na procura de assistência à saúde, nos momentos que antecedem a sua morte.

Encontrar respostas para algumas perguntas, principalmente quanto às circunstâncias em que ocorrem essas mortes, elucidar os fatos que antecedem e, finalmente, conhecer mais sobre suas causas, foram se colocando para nós como pontos fundamentais para melhor desvendá-las.

A inexistência de um roteiro para obter essas informações dos familiares e ou agregados, por ocasião da visita domiciliar, de forma a sistematizá-las, foi outro fator que motivou-nos a realizar esta pesquisa.

Partindo dessa situação e do que preconiza o manual do Ministério da Saúde, que normatiza nacionalmente as ações dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna (Brasil, 2002), que propõe como forma de melhor estudo dos óbitos a visita domiciliar, este estudo tem como justificativa procurar demonstrar que a visita domiciliar é um meio importante para a elucidação de casos de morte materna, sendo relevante fonte de informações para avaliar a complexidade dos fatores envolvidos nessas mortes. Tem como objetivos: a) investigar, através de visitas domiciliares, todos os óbitos maternos ocorridos em Juiz de Fora no período de 1998 a 1999; b) contribuir para a sistematização de uma metodologia de visita domiciliar na investigação da morte materna; c) melhorar a qualidade das informações referentes aos óbitos maternos ocorridos em Juiz de Fora; d) conhecer a visão dos familiares sobre as circunstâncias em que ocorreram essas mortes.

A realização desta pesquisa, que se deu no período de setembro de 1999 a setembro de 2000, foi possível graças à parceria entre o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora, o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES/UFJF) e a Faculdade de Enfermagem da UFJF e ao apoio do Programa de Iniciação Científica da UFJF e da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, que financiaram bolsas para dois alunos da Faculdade de Medicina da UFJF que participaram da pesquisa.

2- MATERIAL E MÉTODO

A investigação utilizou uma abordagem qualitativa, descritiva, por ser essa a metodologia mais adequada para este desenho de estudo e para o alcance dos objetivos propostos. Os sujeitos foram os familiares e/ ou agregados e vizinhas das mulheres que foram a óbito, por morte materna, nos anos de 1998 e 1999, residentes em Juiz de Fora. As informações sobre os óbitos, com os respectivos endereços, foram originados das investigações do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna de Juiz de Fora.

Foram convidadas a participar deste estudo quaisquer pessoas que tivessem tido algum contato mais íntimo com essas mulheres e que pudessem fornecer maiores informações para esclarecimento das circunstâncias que antecederam essas mortes. Embora as pessoas convidadas devessem ser aquelas que coabitavam com as mulheres, houve, também, familiares de 2º grau e vizinhas, como informantes, quando não foi possível entrevistar os primeiros. Para obtenção das informações, foram utilizados um roteiro de entrevista individual e o diário de campo. O roteiro da entrevista constou de uma primeira parte - Folha de Rosto, usada para completar e checar algumas informações já obtidas através de investigação dos prontuários pelos membros do Comitê Municipal; a segunda parte constou de um roteiro de base, com flexibilidade para a narrativa dos informantes.

Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido no momento da entrevista, e acordado com os (as) informantes o encaminhamento das conclusões da pesquisa, via correio. As entrevistas foram gravadas em fita magnética, com permissão do (a) entrevistado (a), com o objetivo de facilitar o trabalho de obtenção das informações.

Tanto no ano de 1998, quanto no de 1999, ocorreram onze óbitos maternos de mulheres residentes em Juiz de Fora, sendo previsto entrevistar familiares ou agregados de todos esses casos. O universo a ser investigado, portanto, compreendia inicialmente 22 casos.

A idade das mulheres que vieram a óbito por morte materna variou entre 21 e 48 anos de idade, sendo cinco na faixa de 21 a 30 anos, dezesseis na faixa etária de 31 a 40 anos e apenas uma com mais de 40 anos, aos 48 anos de idade. A ocupação principal das mulheres

era “do lar”, correspondendo a quatorze mulheres; três eram empregadas domésticas, uma era telefonista, uma professora, uma contadora e uma era servente. Uma delas era presidiária, no momento da sua morte.

O grau de instrução variou: uma era analfabeta, seis tinham o primeiro grau, uma, o segundo grau, outra, o terceiro grau completo e não foi possível obter essa informação a respeito de outras 13 mulheres.

Quanto ao local de moradia, a grande maioria era proveniente de bairros populares, mas duas eram oriundas de bairro caracterizado como de classe média.

O período de coleta para os casos dos anos de 1998 e 1999 se estendeu de janeiro a julho de 2000. Em muitos casos, houve necessidade de várias idas aos endereços, pela dificuldade de localização de domicílios, bem como pela ausência do informante, no horário da visita.

Do ano de 1998, só foi possível realizar entrevista em quatro casos. Nos sete casos restantes, em três, não foram localizados os familiares ou agregados nos endereços que constavam nas declarações dos óbitos, e, em um caso, o endereço estava incorreto. Dos demais, em dois casos não foi realizada a entrevista devido à recusa, em um, pelo marido, e, em outro, pela irmã, tendo como principal argumento a dor em falar sobre o óbito e a percepção de que a gravidez/parto não fora a principal causa da morte. O outro caso era de óbito materno domiciliar que se tratava de aborto. Optamos, nesse caso, por não realizar a visita domiciliar nesta pesquisa, já que, no momento da investigação pelo Comitê (que faz de rotina a visita domiciliar nos casos de óbito domiciliar), foi constatado que a família desconhecia ou queria omitir a causa do óbito, informando que a mulher havia falecido por “hérnia supurada”.

No ano de 1999, houve perda de quatro casos, sendo um em decorrência da recusa do marido em realizar a entrevista e os outros três em função da mudança de endereço dos familiares.

A maioria dos informantes tinha algum grau de parentesco ou de intimidade com o caso investigado. Em oito casos, a entrevista foi realizada apenas com um informante e, em quatro, contou com a participação de mais de um informante. Em dois casos, a mãe foi a única entrevistada e, em um caso, contou-se com a participação da irmã. Em dois casos, o parceiro foi informante exclusivo e, em um, este deu as informações juntamente com a sogra. Em dois casos, a entrevista foi realizada com a irmã, em um, foi com a prima e, em outro, com a vizinha. Houve um caso em que foram levantadas as informações através da tia e dois primos.

Constata-se que a família de origem (mãe, irmã) foi responsável pela informação de cinco casos, o companheiro foi responsável por três casos e, em dois casos, os responsáveis foram parentes, como tia e prima. Cabe destacar que, no único caso em que a informante foi a vizinha esta possuía um contato muito próximo com a falecida e o companheiro havia se recusado participar.

3 - DISCUSSÃO

As diversas semelhanças encontradas nas histórias destas mulheres convence-nos do fato de estarmos diante de um material que legitima uma experiência coletiva, e embora tenha sido possível realizar entrevista em apenas 11 casos, ou seja, em metade do universo pretendido, essas narrativas tornam visível a existência de uma repetição dos fatos.

Foi observado o empobrecimento do conteúdo das entrevistas nos casos ocorridos em 1998, demonstrando que, na medida em que essas se distanciam do evento, diminui a contribuição da visita domiciliar para obtenção de informações que possam elucidar melhor as mortes. Os informantes apresentaram maior dificuldade em expor o assunto, constatando-se uma diferença qualitativa das entrevistas referentes a esse ano, quando comparadas às do ano de 1999. É importante salientar também que, naquele ano, a maioria dos informantes não residia com as mulheres na época da sua morte.

O maior desafio de entrevistar esses familiares foi, no transcorrer da entrevista, suscitar emoções e fortes sentimentos decorrentes das tragédias dessas histórias, sendo esse um momento marcante também para os próprios entrevistadores. Nesse sentido, vale destacar um caso de grande constrangimento para um dos pesquisadores, em que o parceiro de uma informante ficou nervoso, quando, ao chegar e se deparar com a entrevista em andamento, realizada com a mãe de uma das pessoas investigadas, posicionou-se contrário àquela situação, justificando: “*Ana² já estava morta*” (Caso7/99).

Em alguns casos, houve resistência inicial em falar do assunto, tendo sido possível a realização da entrevista apenas em um segundo momento. É ilustrativa a história de Sílvia, 30 anos (Caso 09/99), em que os familiares, ao serem contactados, aceitaram participar do estudo, mas, muito abalados, pediram alguns dias para que se preparassem emocionalmente para falar sobre o assunto.

Quanto aos informantes que aceitaram participar deste estudo, cabe salientar a boa receptividade e prontidão em fornecer as informações, tendo, em alguns momentos, se emocionado bastante no transcorrer da entrevista. Em algumas situações, puderam ser constatadas, também, revolta e indignação por parte dos informantes. Durante uma entrevista,

a informante agradeceu a possibilidade de desabafar, pois não havia tido a oportunidade de falar sobre sua revolta, quanto ao que ocorrera com sua filha.

O fato de, na maioria desses casos (quatro), não ter sido possível recuperar as informações pretendidas aponta para a dificuldade em reencontrar familiares e agregados, após passados quase dois anos do evento “morte”. Isso demonstra a desestruturação do núcleo familiar após a morte da mãe, que, em geral, acaba por desencadear novos arranjos familiares, sugerindo que a mulher, na maioria das vezes, é o elo agregador da família.

Sistematizamos, com a finalidade de manter a clareza das informações, a análise do material empírico, em períodos do ciclo gravídico- puerperal.

3.1. A gestação

Constatou-se, segundo os informantes, que, do total dos casos de óbitos investigados, nove gestações foram planejadas e apenas duas não foram. O pré-natal foi iniciado pelas mulheres precocemente em oito casos, logo que souberam estar grávidas, ou seja, no primeiro trimestre. Das três outras, uma não realizou o pré-natal, a outra, que estava no presídio durante a gestação, não recebeu nenhuma assistência pré-natal até que piorou o seu quadro de saúde, e, no outro caso, foi realizada apenas uma consulta, tendo a gestante falecido por volta do 4º mês de gestação.

Quanto ao local de realização do pré-natal, duas o fizeram em unidades básicas de saúde, duas em hospital, duas em policlínica e uma em ambulatório de rede privada. Cabe ressaltar um caso, em que a mulher realizou o pré-natal em duas instituições de saúde ao mesmo tempo, sendo um realizado em ambulatório de uma maternidade e outro em uma policlínica próxima a sua residência. Essa mulher era multigesta, o que sugere que ela fazia também o pré-natal em uma maternidade, para garantir o acesso à laqueadura tubária.

Essa análise nos leva a considerar que o freqüente argumento da culpabilização da mulher nos casos de morte materna, em que essas são acusadas de não procurarem o serviço de saúde, não é o que foi encontrado neste estudo, uma vez que a grande maioria, além de ter realizado o pré-natal, o iniciou precocemente, com número de consultas adequado, segundo normatização do Ministério da Saúde (Brasil, 2000) e do Centro Latino-Americano de Perinatologia (Organização Mundial de Saúde, 1999). Destaca-se, ainda, que, na maioria dos casos, as gestantes não apresentavam fatores de risco que comprometessem gravemente a evolução da gestação, parto e puerpério.

O acesso ao serviço de saúde para obtenção das consultas de pré-natal não parece ter sido problema para essas mulheres, pois, em todos os casos, houve relato de que as mulheres não

apresentaram dificuldades em conseguir as consultas. Um indicador importante para avaliação da qualidade do pré-natal é a utilização do cartão da gestante, seu preenchimento em todas as consultas e a sua disponibilização para a gestante. No entanto, neste estudo, não foi possível obter, na maioria das entrevistas, essas informações, prejudicando a análise sobre a qualidade desse atendimento. Na gênese da morte materna enquanto problema de saúde pública, o pré-natal é fundamental para a prevenção desses óbitos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 88% a 98% das mortes que ocorrem nos países em desenvolvimento são evitáveis, mediante adequada assistência no pré-natal, na assistência ao parto e puerpério (World Health Organization, 1986).

Entre os casos estudados, foi possível o acesso, no momento da visita domiciliar, a apenas um cartão da gestante. Nesse, entretanto, constava apenas a anotação de uma consulta, embora o marido afirmasse que sua esposa havia feito várias consultas durante o pré-natal. Esse dado vem ao encontro de uma situação já constatada nos trabalhos de investigação de prontuários realizados pelo Comitê, onde raramente é mencionada qualquer informação sobre as consultas de pré-natal. Pode-se inferir que, apesar da importância da realização do pré-natal, os profissionais de saúde que assistem o parto não o consideram como um dado importante, pois, “se assim o fizessem, registrariam esses dados para poderem resgatar melhor a história da gestante e usá-la para o seu diagnóstico e para sua conduta” (Tanaka, 1995, p. ?).

Em um caso, em que estava disponível essa informação no prontuário (quando da investigação rotineira pelo comitê), verificou-se que, apesar de onze consultas registradas no cartão, faltavam informações como gráfico do ganho ponderal, do crescimento fetal, exames solicitados e seus resultados. Nesse caso, na visita domiciliar, a família fez referência ao fato de Ana, 27 anos (*Caso 07/99*), ter feito pré-natal em uma outra instituição. Quando o pesquisador foi a esse outro serviço, foi constatado que não havia qualquer registro sobre as consultas de pré-natal realizadas, sendo informado pelo médico dessa instituição, que confirmou tê-la acompanhado, não ser de rotina do serviço o registro do referido procedimento. Essa gestante apresentava vários fatores de risco, segundo relato dos familiares, como hipertensão e problemas cardíacos, embora no cartão, que constava no seu prontuário, os registros pressóricos estivessem dentro dos padrões de normalidade. Além disso, não se registraram informações quanto à presença de edema, apresentação e movimentação fetal, exames complementares e encaminhamentos realizados.

Também em outros casos, quando se tentou, neste estudo, buscar maiores informações sobre o pré-natal, uma vez identificado, através da visita domiciliar, o local onde as gestantes foram atendidas, ocorreu a impossibilidade de se recuperar a informação sobre o período. O

argumento usado pelos profissionais que atenderam essas mulheres era devido à precariedade dos registros existentes nesses serviços, o que aponta, mais uma vez, para a desvalorização do ato de se registrarem sistematicamente as consultas.

Houve dificuldade em se obterem informações mais detalhadas sobre os procedimentos realizados durante as consultas. Apesar disso, há o relato de um caso em que o informante acompanhou as consultas, relatando que as mesmas “*estavam sendo bem realizadas no início, mas que nos últimos meses ela [sua irmã] reclamava de falta de atenção e descaso do médico que a assistia*” (Caso 9/99).

3.2. O parto, pós-parto e a assistência

Todos os partos foram hospitalares, exceto um, que foi domiciliar. A institucionalização do parto e a medicalização de um evento considerado fisiológico não têm obtido bons resultados. Esse modelo de atenção ao parto contribui para os altos custos e resultados insatisfatórios e tem sido alvo de críticas, mesmo em países desenvolvidos (World Health Organization, 1996). As pesquisas têm demonstrado que as condutas e rotinas médicas adotadas na assistência ao parto comportam riscos para a mãe e para o bebê (Barros, 1987; Bobadilla, 1988; Brandão, 2000; World Health Organization, 1996).

No único caso de parto domiciliar, a puérpera veio a óbito 15 dias depois do parto, tendo procurado uma maternidade logo após o parto. A informante foi uma amiga e vizinha, que presenciou o parto e relatou que Maria, 32 anos (Caso 05/99), procurou diversas vezes atendimento médico, sendo alegado pelos profissionais que a atenderam que ela não estava em trabalho de parto. No dia do parto, segundo a informante, ela havia procurado a maternidade, tendo sido examinada pelo médico, que a mandou de volta para casa, dizendo *não estar na hora*. Nesse mesmo dia, algumas horas depois, Maria deu à luz em casa, com a ajuda dessa vizinha. Em seguida, ela foi encaminhada a uma maternidade, ficando internada por 24 horas. Destaca-se, aqui, que a causa do óbito, no atestado de Maria, foi septicemia, o que nos leva a questionar a assistência recebida no puerpério, uma vez que ficou internada por tempo suficiente para se detectar a presença de restos placentários.

Os óbitos que ocorreram antes do parto foram quatro e, no puerpério, ocorreram sete casos. Não houve nenhuma morte durante o parto.

Quanto ao tipo de parto, dos sete em que a gestação evoluiu para parto, quatro foram por cesárea e três foram normais. Chama a atenção o óbito de Julieta, 36 anos (Caso 03/98), submetida a uma cesárea eletiva, “*antecipada por dois dias devido a viagem programada do médico*”, para realização de laqueadura tubária. Essa evoluiu para um quadro de hemorragia

imediate, que culminou em uma histerectomia e óbito. Nesse caso, a qualidade da assistência à mulher no puerpério imediato foi bastante falha, pois, segundo a sogra, Julieta apresentou muito sangramento após a cirurgia, havendo uma demora de uma hora e meia para ser avaliada pelo médico responsável. Esse só então optou pela histerectomia, persistindo o sangramento, mesmo com a cirurgia. Certamente a demora na detecção do sangramento pós-cesárea foi fator decisivo para a evolução negativa desse caso.

A falha da assistência prestada no puerpério também é evidente no caso de Leila, 31 anos (*Caso 02/99*), que procurou assistência hospitalar por diversas vezes no puerpério, por não estar se sentindo bem. Apesar de ter sido atendida todas as vezes, tendo, na terceira, sido diagnosticada cardiomiopatia pós-parto, não houve, nas três primeiras consultas, maior atenção ao seu quadro, ficando em observação, sendo, em seguida, apenas medicada e liberada para casa. Somente na quarta vez Leila foi internada em um hospital e logo transferida para outro, para tratamento em unidade de terapia intensiva. No entanto, após mais ou menos cinco dias, recebeu alta, tendo, no dia seguinte, “*passado mal novamente*”. Nessa oportunidade, ao procurar novamente um serviço de saúde, foi indicada nova internação, idéia que foi rejeitada por Leila, vindo a falecer após uma semana dessa última indicação.

Esse caso demonstra o que Tanaka (1995) denomina de a-historicidade clínica do paciente, em que a cliente procura uma determinada instituição várias vezes pelo mesmo problema e acaba não tendo a sua queixa resolvida, pois não tem seguimento médico, seja por não ser o mesmo profissional que a atendeu ou por não ter registro. Além disso, as consultas rápidas e impessoais fazem com que a história clínica da mulher seja anulada.

Um outro caso que pode ainda ser citado pela assistência inadequada no puerpério foi o de Marieta, 33 anos (*Caso 04/98*), múltipara, com história de três partos normais, que veio a falecer três horas e meia após o parto, por hemorragia.

Finalmente, um caso típico de **negligência, abandono e atenção fragmentada**, que reflete a precariedade da assistência prestada nas maternidades, é o caso de Jandira, 37 anos (*Caso 01/99*). Essa, sendo epilética, internou-se com 18 semanas de idade gestacional, vítima de queimadura, para tratamento de enxerto cutâneo. Durante a internação de 27 dias, sofreu queda do leito por duas vezes e uma queda da própria altura (quando estava em pé), por crises convulsivas. A sogra, que foi uma das informantes, relata que, em visita realizada na maternidade, solicitou ao serviço de enfermagem a colocação e elevação de grades no leito, não sendo essas mantidas durante todo o tempo, não tendo sido considerada a condição gravidez em mulher epilética, condição de alto risco, e só valorizado o tratamento dermatológico.

3.3. A percepção da família

A percepção dos entrevistados sobre a perda do ente querido, quando perguntados a respeito de sua visão sobre a causa do óbito, foi muito heterogênea. Três entrevistados responsabilizaram o médico, dois, a própria gestante, três, a doenças prévias da gestante. Dois não souberam definir e dois relacionaram a morte a fatores externos a esse evento, como “*macumba*” e “*injustiça*”.

A avaliação dos entrevistados sobre a qualidade da assistência hospitalar prestada, em um primeiro momento, foi de que o atendimento hospitalar foi considerado bom. No entanto, existe uma dificuldade de se fazer uma avaliação mais crítica e abrangente dessa assistência. No momento da análise, foram identificados alguns relatos bastante contraditórios, como no caso de Jaqueline, 21 anos (*Caso 04/99*), em que o esposo, ao mesmo tempo em que afirma que houve um bom atendimento, relata ter pensado em processar o médico, por ter dúvidas sobre sua conduta. Chama atenção também a percepção de alguns familiares sobre a gestação como um evento patológico e não fisiológico, desconhecendo que, muitas vezes, aquela morte poderia ser evitada e que “Deus não é o único responsável”.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre a morte é certamente uma tarefa bastante difícil, especialmente para nós ocidentais, na medida em que, ao narrá-la, acabamos expondo nossas fragilidades e impotência diante dela. Aliado a isto, sentimos dificuldade de expressar sentimentos como a dor e sofrimento pela perda de um ente querido. Ouvir essas histórias também seguramente não é uma situação fácil, por ter que, nesse momento, lidar com emoções e sentimentos fortes do outro, como a saudade e, às vezes, a revolta por uma morte considerada evitável.

Cientes da delicada relação que estabeleceríamos, durante este estudo, com os familiares e agregados das mulheres que vieram a óbito em Juiz de Fora por morte materna, e do já conhecido impacto que esses óbitos exercem sobre as famílias, pelo prejuízo social irreparável que provocam, na medida em que deixam como resultado, muitas crianças órfãs, enfrentamos esta pesquisa como um desafio. Sabíamos que teríamos perdas, pelas dificuldades de acessar essas famílias passado um período desses eventos, pelos rearranjos familiares frequentes que acarretam, por ser a mãe, em nossa sociedade, na maioria das vezes, o elo mais importante de agregação desse núcleo, por resistências e mesmo por recusas ao fornecimento de informação sobre uma perda tão dolorosa e irreversível.

Consideramos que o uso da visita domiciliar na investigação da morte materna deva ser priorizado pelos comitês, pois o esclarecimento de vários elementos que concorreram para o

êxito letal dessas mulheres demonstrou ser tal instrumento fundamental para que se possa trabalhar de maneira mais consistente.

Apenas duas mulheres possuíam planos de saúde, demonstrando que a mortalidade materna ocorre nas áreas mais carentes do município, o que nos faz concluir que o cuidado à saúde prestado pelo SUS, nos eventos fisiológicos, como é a gestação, ainda deixa muito a desejar.

Um outro fato que chamou bastante a atenção foi a morte de várias mulheres no puerpério, o que aponta para a precariedade da assistência nesse período e para a necessidade da implementação da consulta puerperal precoce, no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

A interpretação de que a morte é uma fatalidade traz uma idéia bastante freqüente de que essas mortes são inevitáveis, sendo *naturalizadas*, portanto, não passíveis de prevenção. Reafirmando esse pensamento, os outros dois casos de recusa do ano de 1998 também apresentam o mesmo entendimento da morte como uma fatalidade. Essa reflexão exclui a importância do evento da morte materna enquanto objeto de estudo e acaba inviabilizando, algumas vezes, a obtenção de informações importantes para compreensão da seqüência de eventos que a antecederam.

A qualidade da assistência hospitalar ficou evidenciada como precária nos casos de hemorragia, em que houve demora para a resolução do problema, uma vez que esses casos exigem uma ação oportuna, para que seja eficiente e efetiva. Os casos de mortalidade antepartum indicam possíveis falhas na atenção pré-natal e/ou condições maternas adversas, como foi verificado neste estudo.

Este estudo nos deu mais subsídios para afirmar as mortes maternas enquanto previsíveis, anunciadas e, portanto, evitáveis e injustificadas, na maioria das vezes, também no nosso município. Essas mortes não ocorreriam se houvesse assistência adequada e oportuna a essas mulheres, em seu período reprodutivo e no ciclo gravídico-puerperal (Tanaka,1995).

Conforme várias pesquisas sobre o tema, já é amplamente reconhecido que, em mais de 90% dos casos, essas mortes são decorrentes de uma série de falhas e omissões na assistência em todo o processo, até mesmo antes da gestação. Torna-se, portanto, fundamental, a realização de estudos que aprofundem a compreensão desse evento de forma mais ampla, uma vez que um maior entendimento de todo o processo que antecede a morte, certamente contribuirá para o esclarecimento de todos os fatores envolvidos no evento e para o surgimento de propostas efetivas para a sua redução.

Nesse sentido, podemos afirmar a importância da realização desta pesquisa e do alcance do seus objetivos, tendo certamente fornecido importantes subsídios para reiterar os achados do comitê e acrescentar novas informações essenciais para que a morte materna em nosso município seja verdadeiramente enfrentada como sério problema de saúde pública, não podendo mais ser ocultada ou vista como mera fatalidade. Entendemos que estudos como este se constituem em estratégias fundamentais para nortear a concretização de políticas e ações efetivas para mudança deste dramático quadro, pois não é possível mais convivermos resignadamente com essa realidade e aceitarmos, conforme refere Tanaka (1995), que, no final do século XX, as mulheres continuem ainda pagando com a própria vida por estarem gerando vida.

NOTAS:

1. Quando a Declaração de Óbito contiver informações insuficientes para confirmar ou descartar a existência de óbito materno, trazendo geralmente somente uma única causa, em geral o diagnóstico de uma complicação e não a causa básica do óbito. Também chamadas 'máscaras', por serem causas que podem frequentemente ocultar o estado gestacional.
2. Os nomes usados são fictícios, para se preservar o sigilo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BARROS, F.C. et al. Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS- Brasil. Utilização de uma classificação simplificada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.4, p.310-316,, 1987.

BOBADILLA, J.L. Los efectos de la calidad de la atención médica en la sobrevivencia perinatal. **Salud Pública de México**. México, v.30, n.3, p. 416-431, may-jun, 1988.

BRANDÃO, E. R (ORG). **Saúde, direitos reprodutivos e cidadania**. Juiz de Fora: UFJF, 2000.40 p.

BRASIL. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Área Técnica da Mulher. 2002.

BRASIL. **Assistência pré-natal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. 2000.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção pré-natal e do parto de baixo-risco. Saúde reprodutiva materna perinatal**. Montevideu-Uruguai: CLAP/OPS/OMS. 1996.

CENTRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Boletim**. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, OPAS, OMS, v.20, n.1, jan./abr., 1999.

LAURENTI, R. Mortalidade materna no Brasil: faltam dados e uma assistência digna. **Jornal da Redesaúde**, informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, São Paulo, n.15, p.3-4, mai. 1998.

LAURENTI, R. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo-Brasil, 1986. I metodologia e resultados gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.2, p.128-33, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em português, **Revisão 1975**, v.1, São Paulo, SP, Brasil: Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/Organização Pan - Americana da Saúde, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português, Universidade de São Paulo. **Décima revisão**. v.2, Manual de instrução. EDUSP, São Paulo: 1994.

ORGANIZACION PANAMERICAN DE LA SALUD/ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna**. Washington, USA: Programa de Salud de la Família y poblacion/ OPS/OMS, p.9-34, 1996.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório das mortes maternas em Juiz de Fora** – período de 1996 a 2000. Juiz de Fora, MG: Comitê Municipal de Prevenção da Morte Materna de Juiz de Fora, 2000. Mimeografado.

SORRENTINO, S. R. Comitês de Morte Materna: a importância de estar presente. **Jornal da Redesaúde**. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, São Paulo, n.15, mai. 1998, p.5-6.

TANAKA, A C. d´A. O desperdício de vidas numa realidade que não se altera. **Jornal da Redesaúde**, Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, São Paulo, n.17, maio 1999, p.3-4.

_____. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1995. 68 p.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality: Helping Women of the Road to Death**. Chron: WHO, v.40, p.175-183,1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide**. Report of a technical working group. Genebra: WHO, 1996. 54 p.