

Perfil das mortes maternas numa cidade ao sul do Brasil: perspectiva ecossistêmica
Profile of maternal deaths in a city in southern Brazil: an ecosystem perspective
Perfil de muertes maternas en una ciudad del sur de Brasil: una perspectiva ecosistema

Recebido: 07/01/2020 | Revisado: 31/01/2019 | Aceito: 14/02/2020 | Publicado: 21/02/2020

Juliane Scarton

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3676-0672>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: julianescarton10@hotmail.com

Vanessa Soares Mendes Pedroso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2400-7955>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: vanessasoaresmendes@gmail.com

Saul Ferraz de Paula

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9985-9792>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: saul.ferraz@hotmail.com

Jeferson Ventura

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4005-3011>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: enfjefersonv@gmail.com

Sidiane Teixeira Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7741-6309>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: sidiane.enf@hotmail.com

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2167-7278>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: hedihsiqueira@gmail.com

Resumo

Analisar o perfil das mortes maternas ocorridas em Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017 na perspectiva ecossistêmica. Estudo descritivo, exploratório com abordagem

quantitativa. Dados coletados no 1^a semestre de 2018, em fichas de investigação dos óbitos maternos ocorridos no período de 2013 a 2017 presentes na Secretaria de Saúde e em prontuários de duas instituições hospitalares do município do Rio Grande. Para análise, utilizou-se análise estatística simples. A totalidade dos óbitos maternos (n=9) caracterizou-se pela idade entre 30 a 39 anos (n=4), cor branca (n=5), residentes na área urbana (n=9), solteiras (n=4), usuárias do Sistema único de Saúde (n=6). Os óbitos ocorreram em hospitais (n=4), no período puerperal (n=4), classificados como morte materna obstétrica por causas diretas (n=6). O perfil singular das mortes maternas ocorridas no ecossistema em estudo possibilita o direcionamento de ações voltadas para as especificidades deste espaço, como o aprimoramento das relações e influências mútuas entre os elementos do ecossistema.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Ecossistema; Saúde da mulher; Enfermagem.

Abstract

To analyze the profile of maternal deaths that occurred in Rio Grande / RS between the years 2013 to 2017 from an ecosystem perspective. Descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Data collected in the 1st semester of 2018, in investigation forms of maternal deaths that occurred in the period from 2013 to 2017 present in the Health Department and in medical records of two hospital institutions in the city of Rio Grande. For analysis, simple statistical analysis was used. All maternal deaths (n = 9) were characterized by age between 30 to 39 years (n = 4), white (n = 5), living in the urban area (n = 9), single (n = 4), users of the Unified Health System (n = 6). Deaths occurred in hospitals (n = 4), in the puerperal period (n = 4), classified as obstetric maternal death from direct causes (n = 6). The unique profile of maternal deaths occurring in the ecosystem under study makes it possible to direct actions aimed at the specificities of this space, such as improving relations and mutual influences between the elements of the ecosystem.

Keywords: Maternal mortality; Ecosystem; Women's health; Nursing.

Resumen

Analizar el perfil de las muertes maternas que ocurrieron en Río Grande / RS entre los años 2013 a 2017 desde una perspectiva del ecosistema. Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo. Datos recopilados en el primer semestre de 2018, en formas de investigación de muertes maternas que ocurrieron en el período de 2013 a 2017 presente en el Departamento de Salud y en los registros médicos de dos instituciones hospitalarias de la ciudad de Río Grande. Para el análisis, se utilizó un análisis estadístico simple. Todas las

muerres maternas (n = 9) se caracterizaron por la edad entre 30 y 39 años (n = 4), blancas (n = 5), viviendo en el área urbana (n = 9), solteras (n = 4), usuarios del Sistema Único de Salud (n = 6). Las muerres ocurrieron en hospitales (n = 4), en el período puerperal (n = 4), clasificadas como muerte materna obstétrica por causas directas (n = 6). El perfil único de las muerres maternas que ocurren en el ecosistema en estudio permite dirigir acciones dirigidas a las especificidades de este espacio, como mejorar las relaciones y las influencias mutuas entre los elementos del ecosistema.

Palabras clave: Mortalidad materna; Ecosistema; Salud de la mujer; Enfermería.

1. Introdução

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial. Nos países em desenvolvimento, sua magnitude epidemiológica é representada por 99% dessas mortes (Blencowe *et al.* 2016). Neste sentido, a prevenção carece do empenho político, social e educacional ao estabelecer os nexos causais do problema em termos de relações e integração entre os poderes federais, estaduais e municipais, resultando numa unidade/totalidade de esforços interligados.

A mortalidade materna é definida pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, mas excluindo mortes por causas acidentais ou incidentais (Who, 2012).

A redução da mortalidade materna é uma prioridade de saúde global. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) os quais, sucederam aos Objetivos do desenvolvimento do Milênio (ODM), priorizam esforços em conjunto para eliminar a mortalidade materna evitável, entre os anos de 2016 e 2030. No Brasil, visa-se reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (Kassebaum, Steiner, Murray, Lopez, Lozano, 2016).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e, a Rede Cegonha, que dentre outros programas, ampliam a qualidade da atenção ao pré-natal, no intuito de fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como instituído medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção

básica como nos de urgência e emergência. Em consonância, o fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno é outra importante estratégia (Brasil, 2002; Brasil, 2014; Brasil, 2011).

As causas de mortalidade são divididas em obstétricas diretas, obstétricas indiretas e/ou não relacionadas à gravidez. As causas obstétricas diretas são aquelas que estão relacionadas às complicações na gravidez, no parto ou puerpério, em razão de tratamento inadequado, más práticas e omissões e, por definição, evitáveis. As causas obstétricas indiretas são definidas como desordens preexistentes ou mesmo aquelas agravadas pelas condições fisiológicas específicas de uma gestação (Martins e Silva, 2018).

A mortalidade materna encontra-se inter-relacionada, especialmente, pelas disparidades de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde nos diferentes espaços/ambientes geometricamente delimitados de países, estados ou regiões (Batista, Rattner, Kalckmann, Maridite, Oliveira, 2016). Assim, a mortalidade materna possui estreita relação com o ecossistema que mulheres no período gravídico-puerperal vivem e se relacionam. Epistemologicamente a palavra ecossistema é composta pelo prefixo *eco* de origem grega *oikos* que significa casa/espço e *system* – sistema designa um conjunto de elementos que formam uma unidade/totalidade.

Neste estudo o ecossistema é formado por um conjunto de elementos bióticos/sociais: a comunidade, profissionais de saúde, mulheres no período gravídico-puerperal, famílias das mulheres, profissionais administrativos dos serviços de saúde, e demais recursos humanos necessários para atender a mulher no período gravídico-puerperal, e por elementos abiótico/físicos: a estrutura física dos serviços de saúde, meios de transporte, exames, equipamentos hospitalares e de assistência à mulher, prontuários, dentre outros, que interagem entre si, se inter-relacionam, se influenciam mutuamente possibilitando assim, compreender os aspectos que interferem na mortalidade materna (Siqueira et al, 2018).

A magnitude da mortalidade materna, por meio de estudos nacionais e internacionais pode demonstrar o impacto destas mortes, não somente nas questões epidemiológicas e estatísticas, mas principalmente no âmbito das inter-relações sociais, familiares, comunidade, serviços de saúde, entre outras, capazes de apontar caminhos para o seu enfrentamento com base em políticas de saúde. Nesse contexto entende-se que ao analisar as relações e interações existentes entre os elementos bióticos/sociais e abióticos/físicos que constituem o ecossistema, é possível evidenciar as necessidades não atendidas à mulher no período

gravídico-puerperal, com possibilidade de implementar ações efetivas na promoção e prevenção/redução das mortes maternas.

Diante do exposto, o presente estudo norteou-se pela questão: Qual o perfil das mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017? Para responder a esse questionamento o estudo teve como objetivo analisar o perfil das mortes maternas ocorridas em Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017 na perspectiva ecossistêmica.

2. Metodologia

Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. O cenário de estudo contemplou duas instituições hospitalares do município do Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, identificadas como H1 e H2 que prestaram assistência às mulheres falecidas no período de 2013 a 2017 e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018, utilizando-se um instrumento construído com base nas fichas de investigação de óbito materno, do MS. O preenchimento deu-se a partir da análise das fichas de investigação dos óbitos maternos ocorridos no período de 2013 a 2017, presentes na SMS, assim como, nos prontuários das mulheres falecidas nas instituições hospitalares H1 e H2.

Os dados foram analisados utilizando estatística simples onde (n) representa à frequência bruta e a frequência relativa (%) a porcentagem destes mesmos dados (Apolinário, 2006). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, CAAE: 80482217.2.0000.5324, sob o nº 2.571.426. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012.

3. Resultados

O perfil sóciodemográfico das nove (100%) mulheres que foram a óbito materno, no período analisado, revelam que a idade variou de 21 a 42 anos, prevalecendo a faixa etária entre 30 a 39 anos (44,4%). Predomínio da raça branca (55,5%), em comparação com a raça preta (44,4%). Quanto ao local de residência, a totalidade residia na área urbana (100%).

Há predomínio do estado civil solteira (44,4%). No que tange a ocupação/profissão, prevalecem as do lar (33,3%) e as que atuavam como comerciantes (33,3%). A maioria

(66,6%) era usuária do convênio de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação a escolaridade, o ensino fundamental incompleto, ensino médio completo e superior completo apresentaram a mesma prevalência com (22,2%) em cada modalidade de ensino, respectivamente. Os anos de 2014 e 2016 apresentaram as maiores incidências de mortes maternas, com (33,3%) óbitos em cada ano, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil Sóciodemográfico dos óbitos maternos ocorridos em Rio Grande/RS entre 2013 a 2017.

Perfil sóciodemográfico	Frequência bruta (n=9)	Frequência Relativa (%)
Idade		
21 a 29	3	33,3%
30 a 39	4	44,4%
40 a 49	2	22,2%
Raça/cor		
Branca	5	55,5%
Preta	4	44,4%
Estado civil		
Solteira	4	44,4%
União Estável	2	22,2%
Casada	3	33,3%
Residia em área Urbana/Rural		
Urbana	9	100%
Ocupação/Profissão		
Do lar	3	33,3%
Comerciante	3	33,3%
Professora	1	11,1%
Caixa operadora	1	11,1%
Autônoma	1	11,1%
Convênio de Saúde		
SUS	6	66,6%
SUS e Particular	3	33,3%
Escolaridade		
Médio completo	2	22,2%
Médio Incompleto	1	11,1%
Fundamental completo	1	11,1%
Fundamental Incompleto	2	22,2%
Superior completo	2	22,2%
Superior incompleto	1	11,1%
Ano do óbito		
2013	2	22,2%
2014	3	33,3%
2015	1	11,1%
2016	3	33,3%
2017	0	0%

Fonte: Autores, 2019.

No que se refere o perfil da internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, os registros indicam que em (22,2%) o óbito foi constatado no domicílio, (44,4%) no hospital H2 e (33,3%) no hospital H1. O motivo da internação que levou a morte materna, com maior predomínio, foi o trabalho de parto (22,2%). O período do ciclo gravídico puerperal, em que ocorreu a maioria dos óbitos foi o puerpério tardio, entre 11^a a 42^a dias (44,4%), seguido do puerpério mediato, entre 1^a a 10^a dias após o parto (33,3%), gestação (11,1%) e no puerpério imediato, 2 horas após o parto (11,1%).

A causa do óbito registrada no prontuário, que apresentou maior frequência entre os óbitos foram, coagulação intravascular disseminada (CIVD), (33,3%), choque séptico (33,3%), hemorragia (22,2%). Entre as mortes maternas, (66,6%) foram classificadas como morte materna obstétrica por causa direta e (33,3%) por causas indiretas, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil da internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, no município do Rio Grande/RS entre os anos de 2013 a 2017.

Perfil da internação	Frequência bruta (n=9)	Frequência Relativa (%)
Estabelecimento onde ocorreu a morte materna:		
Domicílio	2	22,2%
H1	3	33,3%
H2	4	44,4%
Motivo da internação que levou a morte materna:		
Não houve internação	2	22,2%
Trabalho de Parto	2	22,2%
Parto	1	11,1%
Dor abdominal	1	11,1%
Neoplasia em estado avançado	1	11,1%
Parada Cardiorrespiratória	1	11,1%
Dor e edema em episiotomia	1	11,1%
Período do ciclo gravídico puerperal em que a morte materna ocorreu:		
Gestação	1	11,1%
Puerpério mediato 1 ^a ao 10 ^a dia	3	33,3%
Puerpério tardio 11 ^a ao 42 ^a dia	4	44,4%
Puerpério imediato 2h após o parto.	1	11,1%
Causa do óbito registrado no prontuário:		
Abortamento, coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque séptico	1	11,1%
Hemorragia puerperal choque	1	11,1%

hipovolêmico, CIVD.

Atonia uterina, CIVD	1	11,1%
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	1	11,1%
Infecção puerperal, choque séptico	1	11,1%
Hemorragia pós-parto, choque séptico	1	11,1%
Suicídio por asfixia mecânica-enforcamento	1	11,1%
Edema agudo de pulmão de causa indeterminada	1	11,1%
Caquexia, neoplasia, insuficiência de múltiplos órgãos	1	11,1%

Morte Materna obstétrica por causa direta ou indireta

Morte Materna Obstétrica por causa Direta	6	66,6%
Morte Materna Obstétrica por causa Indireta	3	33,3%

Fonte: Autores, 2019.

4. Discussão

O perfil sociodemográfico das mortes maternas, neste estudo, é representado pela maior prevalência dos óbitos maternos entre a faixa etária de 30 a 39 anos, o que pode estar associada ao risco de maiores complicações maternas e a presença de doenças crônicas já existentes (Scarton et al, 2019; Pícoli, Cazola, Lemos, 2017) raça branca, com maior predomínio neste estudo, apresenta divergência quando comparada com estudos brasileiros (Menezes, Bezerra, Bezerra, 2015) onde os óbitos maternos prevaleceram nas mulheres de cor preta, parda. Porém, a raça é aspecto que merece atenção, visto que o Brasil é um País de miscigenações, com predomínio distinto em determinados espaços/ambientes.

O espaço urbano, onde a totalidade das mulheres falecidas residia, também vai ao encontro de estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, o qual analisou 85 Fichas Resumo de Investigação Confidencial do Óbito Materno, no período de 2005 a 2015. Neste, foram notificados 82 óbitos na área urbana (96,74%) (Medeiros et al, 2018). Todavia, a Organização Pan Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, apontam que a mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres, onde a acessibilidade aos serviços de saúde é mais deficitária (OPAS, 2019).

Na perspectiva ecossistêmica, é necessário considerar as características dos elementos do ecossistema, de forma especial, neste estudo, o perfil sociodemográfico das mulheres no

período gravídico-puerperal e o ambiente onde a mulher está inserida. A rede de relações e interações entre a mulher, o ambiente e demais elementos do ecossistema, se em desarmonia, pode ocasionar instabilidades, as quais influenciam no equilíbrio do ecossistema e repercutem na forma de como se dá a acessibilidade aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças ou complicações, no modo de viver e de cuidar da saúde, que em menor ou maior grau, podem contribuir para desfechos negativos, como a mortalidade materna.

Outro fator que merece destaque é o grau de escolaridade, o qual também possui estreita relação com a ocupação no mercado de trabalho e a renda. Neste estudo, a escolaridade variou do ensino fundamental incompleto ao superior completo. Contudo, as ocupações que prevaleceram, entre as mulheres falecidas, foram as do lar e comerciante. Este achado pode revelar uma condição socioeconômica frágil, que dificulta o acesso a serviços de saúde especializados, bem como, baixa instrução para o reconhecimento de sinais de risco e possíveis complicações com potencial de evolução para a morte materna.

Estudo que avaliou o comportamento de busca de cuidados maternos e fatores associados de mulheres em idade reprodutiva em aldeias rurais, no leste da Etiópia, encontrou que as mulheres que sabem ler e escrever foram 4,8 vezes mais propensas a procurar serviços de cuidados pré-natais do que a sua contraparte, o que reduz a mortalidade materna em comparação aquelas de baixa escolaridade (Kifle, Azale, Gelaw, Melsew, 2017). Destaca-se, também, um estudo chinês que encontrou associação entre baixa escolaridade e óbitos maternos corroborando, em partes, com os achados do estudo (Zhang et al, 2014).

Os elementos do ecossistema possuem característica de analogia a ideia de teia, o que representa um amplo sistema de relações e inter-relações. Os elementos estão interligados e são interdependentes nos inúmeros processos que formam a teia/todo. Na perspectiva ecossistêmica, a mortalidade materna necessita (Capra, Luisi, 2014) ser entendida de forma sistêmica. Nenhum fenômeno pode ser entendido isoladamente Sendo assim, não é o fato de ter baixa escolaridade, residir na área urbana, ser negra ou branca, ou ter ocupação inferior no mercado de trabalho que resultará na morte materna, e sim, no conjunto de fatores, os quais devem ser analisados como um todo, considerando como se dá as relações, interações e influencias mútuas entre os elementos do ecossistema.

Estudo que objetivou analisar o perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Amazonas, Brasil, mostrou resultados equivalentes para o estado civil solteira (Medeiros et al, 2018). Sendo assim, observa-se que mulheres solteiras constituem um grupo

vulnerável, na grande maioria, pela falta de suporte social, financeiro e de estímulo ao próprio autocuidado.

Usuárias do SUS também representaram grupo mais vulnerável a morte materna. Este serviço de saúde contribui para o decréscimo na ocorrência de desfechos negativos (Leal et al, 2018), porém, a melhoria da qualidade da assistência ofertada e a garantia do seu pleno funcionamento é desafio que persiste, representando um viés na atenção em saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Nesse constructo, a saúde humana e o ecossistema encontram-se intrinsecamente interligados, pois formam uma unidade/totalidade. Assim, para compreender as necessidades das dimensões do ser humano, é preciso incluir nas ações do cuidado as características e especificidades do espaço/ambiente no qual o ser humano vive, trabalha e se desenvolve (Siqueira et al, 2018). Tendo em vista que a relação dele com o meio gera repercussões no seu pensar, agir e sentir (Zamberlan et al, 2018).

No que refere o perfil da internação da mulher durante o evento que levou a morte materna, os registros indicam que um número significativo dos óbitos foi constatado no ambiente hospitalar. Estudos de Martins e Silva, 2018 e Medeiros et al, 2018) apuraram que, em quase sua totalidade, a ocorrência dos óbitos ocorreram no ambiente hospitalar e em menor parcela no domicílio.

O ambiente hospitalar deveria ser o local mais seguro para o tratamento de intercorrências graves com potencial de morte. Contudo, nota-se que parcela significativa dos óbitos ocorreram no ambiente intra-hospitalar, o que torna questionável a relação e inter-relação entre os elementos do ecossistema, a eficiência/qualidade da assistência prestada, a presença de recursos humanos e físicos adequados, atendimento oportuno e as medidas tomadas com a finalidade de evitar o agravamento ou até mesmo o óbito materno.

Ainda, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por mais da metade dos óbitos maternos (Medeiros et al, 2018; Coelho, Andrade, Sena, Costa, Bittencourt, 2016), contribuindo com os achados deste estudo. A maior frequência encontrada nos prontuários das mulheres falecidas foram a coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque séptico, hemorragia. Estudo que objetivou quantificar a mortalidade materna em todo o mundo por causa básica e idade de 1990 a 2015, encontrou que as causas obstétricas diretas foram distúrbios hipertensivos, hemorragia, aborto materno, aborto espontâneo, gravidez ectópica, ruptura uterina e sepse materna (Kassebaum, Steiner, Murray, Lopez, Lozano, 2016).

No Brasil os óbitos maternos com maior incidência são os de causas obstétricas diretas, caracterizando um dado importante, por serem considerados evitáveis e passíveis de prevenção, mediante melhoria na assistência às mulheres no pré-natal, parto e puerpério (Medeiros et al, 2018).

Em contrapartida, o estudo evidencia que mais de 70% das causas indiretas estão relacionadas as condições médicas pré-existentes, como infecção por HIV, doença mental, diabetes, entre outras, agravadas pela gravidez (Zamberlan et al, 2018). O estudo enfatiza, ainda que apesar da importância das causas indiretas, os principais documentos de políticas e estratégias das principais organizações não governamentais internacionais de saúde materna e organizações da ONU não se concentram muito nas causas indiretas da mortalidade materna, exceto na infecção pelo HIV.

No que tange ao período do ciclo gravídico puerperal, em que incidiu a maioria dos óbitos, foi o puerpério tardio, entre 11^a a 42^a dias. Estudos (Pícoli, Cazola, Lemos, 2017; Coelho, Andrade, Sena, Costa, Bittencourt, 2016) apresentaram uma associação significativa entre as causas de óbitos maternos e o puerpério. Tais achados reforçam a importância de uma atenção redobrada no período pós-parto, tendo em vista que, comumente, a atenção se volta para o recém-nascido e complicações maternas neste período são suscetíveis de acontecerem, necessitando de profissionais qualificados para prestar uma assistência congruente e com intervenções precisas.

Na ótica ecossistêmica, para obter resultados almejados é preciso trabalhar em conjunto e compreender que o ecossistema é uma teia interligada entre os serviços e profissionais de saúde. Assim, cada elemento desta teia influencia mutuamente o outro, promovendo uma relação dinâmica, pois elementos mais complexos dependem dos mais simples e vice-versa, caso contrário, o ecossistema se tornaria frágil e de baixa funcionalidade (Capra e Luisi, 2014; Coelho, Andrade, Sena, Costa, Bittencourt, 2016)

Esta pesquisa apresenta a relevância de apontar resultados que podem subsidiar a gestão na organização dos serviços do ecossistema estudado e demais ecossistemas, desde que se considere a realidade local de cada espaço. Assim, constitui-se em importante ferramenta para a organização dos processos de atenção prestada as mulheres no ciclo gravídico-puerperal por possibilitar a melhoria dos indicadores da saúde feminina e conseqüentemente a redução da mortalidade materna.

Como limitações aponta-se dados de prontuários e fichas de investigação de óbitos maternos com registros incompletos, o que não diverge de demais estudos nacionais e internacionais (Scarton et al, 2019; Kaur, Kaur, Singh, 2015) ao apontar como limitações a

subnotificação dos óbitos maternos e a presença de dados incompletos nos documentos analisados.

5. Conclusão

Esta pesquisa possibilitou, com base na perspectiva ecossistêmica, descrever o perfil das mortes maternas ocorridas no município do Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, ocorridos no período de 2013 a 2017. Este é caracterizado por mulheres com idade entre 30 a 39 anos, raça branca, solteiras, residentes na área urbana. Atuavam no lar ou como comerciantes, usuárias do SUS, com escolaridade de ensino médio completo, fundamental incompleto e superior completo, sendo que os anos de 2013 e 2014 representaram a maioria dos óbitos maternos.

Quanto ao perfil da internação, os óbitos maternos ocorreram na instituição H2, sendo o trabalho de parto o motivo da internação hospitalar. A fase do puerpério tardio representou a maior ocorrência dos óbitos. CIVD, hemorragia e choque séptico foram as principais causas de mortes, sendo os óbitos classificados em sua maioria como morte materna obstétrica por causas diretas.

Os resultados evidenciam que o perfil das mortes maternas é constituído por características distintas as traçadas por órgãos governamentais, entre essas, a raça branca e o espaço urbano onde a totalidade das mulheres residia. A partir desses estudos e com base nos resultados encontrados na presente pesquisa, observa-se que determinadas regiões do mundo apresentam perfis singulares a cada espaço/ambiente.

Diante a magnitude que a mortalidade materna representa adotar ações que possam melhorar a qualidade da assistência, à mulher, por meio do aprimoramento das relações e influencias mútuas entre os elementos do ecossistema, considerando estratégias singulares à determinado espaço, possibilita o alcance de resultados almejados na prevenção de mortes maternas. Espera-se que este estudo incite a implementação e observação de políticas que venham qualificar a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, reduzir o índice de mortes maternas e que auxilie na organização do sistema de saúde.

Indica-se que na organização do sistema de saúde sejam tomadas como base teórico-filosófica os princípios ecossistêmicos como a interação, interdependência, influência mútua, entre outros, com vistas a direcionar ações voltadas para as características e necessidades da mulher em seu *locus*, especialmente no período gravídico puerperal.

Referências

- Apolinário, F. (2006). *Metodologia da ciência: filosofia e prática*. São Paulo: Pioneira Thamsom, Learnig.
- Batista, L.E., Rattner, D., Kalckmann, S., Maridite & Oliveira, M.C.G. (2016). Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde Soc. São Paulo*. 25(3):689-702.
- Blencowe, H., Cousens, S., Jassir, F.B., Say, L., Chou, D. & Mathers, C. (2016). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. *Lancet Glob Health*; 4(2):e98–108.
- Brasil. (2014). Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas área técnica de saúde da mulher. *Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria executiva. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Capra, F. & Luisi, P.L. (2014). A visão sistêmica da vida: Uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicos. São Paulo: *Cultrix*.
- Coelho, V.C., Andrade, M.S., Sena, C.D., Costa, L.E.L. & Bittencourt, I.S. (2016). Caracterização dos óbitos maternos em três regiões de saúde do centro-norte baiano. *Cogitare Enferm*.21(1):01-08.

Kaur, H., Kaur, S. & Singh, S. (2015). Trends in Maternal Mortality Ratio in a Tertiary Referral Hospital and the Effects of Various Maternity Schemes on It. *J Família Reprod Saúde* [Internet] [citado em 17 jun 2019].9 (2): 89-92.

Kassebaum, N.J., Steiner, C., Murray, C.J.L., Lopez, A.D. & Lozano, R. (2016). Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015; 388(10053): 1775–1812.

Kifle, D., Azale, T., Gelaw, Y.A. & Melsew, Y.A. (2017). Maternal health service seeking behaviors and associated factors among women in the rural district of Haramaya, Eastern Ethiopia: a cross-sectional, community-based study. *Reprod Health*.14:6.

Leal, M.C., Szwarcwald, C.L., Almeida, P.V.B, Aquino, E.M.L., Barreto, M.L. & Victora, F.B.C. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*.23(6):1915-1928.

Martins, A.C.S. & Silva, L.S. (2018). Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev Bras Enferm*.71(Supl 1):677-83.

Medeiros, L.T., Sousa, A.M., Arinana, L.O., Inácio, A.S., Prata, M.L.C. & Vasconcelos, M.N.G. (2018). Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. *Rev baiana enferm*.(32):e26623.

Menezes, M.L.N., Bezerra, J.F.O., Bezerra, J.F.O. (2015). Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. *Rev Rene*. 16(5):714-21.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2019). *Folha informativa - Mortalidade materna*.

Pícoli, R.P., Cazola, L.H.O. & Lemos, E.F. (2017, dezembro). Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*.7(4):739-747.

Scarton, J., Paula, S.F. & Andrade, G.B. (2019). Perfil da Mortalidade Materna: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *J. res.: fundam. care. Online*. apr./jul; 11(3): 816-822.

Siqueira, H.C.H., Thurow, M.R.B., Paula, S.F., Zamberlan, C., Medeiros, A.C. & Cecagno, D. (2018, fevereiro). Health of human being in the ecosystem perspective. *J Nurs UFPE on line*. Recife. 12(2):559-64.

World Health Organization. (2012). UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: *World Health Organization*.

Zamberlan, C., Paula, S.F., Siqueira, H.C.H., Backes, D.S. & Ventura, J. (2018). Guidance for children of fathers/mothers with heart disease: possibilities and approaches. *Rev. enferm. UERJ*. 26:e28057.

Zhang, J., Zhang, X., Qiu, L., Zhang, R., Hipgrave, D.B. & Wang, Y. (2014). Maternal deaths among rural-urban migrants in China: a case-control study. *BMC public health*.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Juliane Scarton – 25%

Vanessa Soares Mendes Pedroso – 20%

Saul Ferraz de Paula – 10%

Sidiane Teixeira Rodrigues – 10%

Jeferson Ventura – 10%

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira – 25%