

Estratégias de combate ao óbito materno no âmbito hospitalar

Strategies to combat maternal death in the hospital setting

Marília Gabriela Queiroz da Luz¹, Nara Macedo Botelho², Mariseth Carvalho de Andrade¹

Resumo Introdução: a mortalidade materna representa ainda um grande problema para a saúde pública, muitas mortes obstétricas são evitáveis. Uma análise detalhada dos óbitos possibilita o desenvolvimento de intervenções adequadas para prevenir essas mortes. **Objetivo:** Comparar a tendência de óbitos maternos ocorridos em hospital de referência para gestação de alto risco antes e após a implementação de estratégias de combate à mortalidade materna. **Método:** buscou-se as seguintes variáveis: estratégias de combate à mortalidade materna, taxa e razão de mortalidade materna. Utilizou-se o teste do qui-quadrado tendência para identificar se houve aumento ou redução dos óbitos maternos no período antes e após as estratégias serem implantadas. **Resultados:** as estratégias encontradas foram: 1-elaborar protocolo assistencial; 2-divulgação e treinamento sobre o protocolo; 3- rede social para divulgar informações; 4- ferramentas para otimizar comunicação da equipe; 5- empoderar paciente e seu acompanhante; 6- não trocar pessoa destinada a um serviço; 7- detecção precoce da deteriorização da paciente; 8- criar time de resposta rápida; 9- otimizar a oferta de leitos; 10- plano terapêutico individualizado; 11- ações preventivas para reduzir quedas; 12- fomentar lavagem adequada das mãos. Observou-se tendência de aumento dos óbitos maternos no período anterior a implementação das estratégias, e tendência de redução após serem efetivadas, 2013-2016. **Conclusão:** de 2013 a 2016, quando as 12 estratégias descritas neste estudo foram implantadas houve tendência decrescente da mortalidade materna na instituição.

Descritores: mortalidade materna; administração em saúde; segurança do paciente.

Summary Introduction: Maternal mortality still represents a major public health problem, many obstetric deaths are preventable. A detailed analysis of the deaths allows the development of appropriate interventions to prevent these deaths. **Purpose :** To compare the trend of the occurrence of maternal deaths in a reference hospital for high-risk pregnancy before and after the implementation of strategies to combat maternal mortality. **Method:** the following variables were analyzed: strategies to combat maternal mortality, maternal mortality rate and ratio. The chi-square test was used to identify whether there was increase or reduction of maternal deaths in the period before and after the strategies were implemented. **Results:** the strategies found were: 1-elaborate care protocol; 2-dissemination and training on the protocol; 3- social network to disseminate information; 4- tools to optimize team communication; 5- empower patient and her companion; 6- do not change a person assigned to a service; 7- early detection of patient deterioration; 8- create quick response team; 9- optimize the supply of beds; 10 - individualized therapeutic plan; 11 - preventive actions to reduce falls; 12- promote proper hand washing. There was a trend of increased maternal deaths in the period prior to the implementation of the strategies, and a tendency to reduce after they became effective, 2013-2016. **Conclusion:** from 2013 to 2016, when the 12 strategies described in this study were implemented, there was a decreasing trend in maternal mortality in the institution.

Keywords: maternal mortality; health management; patient safety.

¹ Fundação Santa Casa de misericórdia do Pará, Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil

² Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Agosto 11, 2018

Aceito: Setembro 03, 2018

Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, PA, Brasil.

Introdução

Assistência rápida, oportuna e de qualidade são fatores determinantes para impedir a ocorrência de óbitos maternos evitáveis, porém dificuldades relacionadas à organização dos sistemas de saúde podem representar barreiras ao acesso das mulheres a estes serviços. Tais dificuldades podem ser relacionadas ao modelo dos três atrasos: 1-demora em tomar a decisão de buscar assistência, muitas vezes por falta de conhecimento por parte da paciente e seus familiares; 2-demora em alcançar o local de assistência, geralmente devido a problemas geográficos de transporte; 3- demora em receber tratamento adequado assim que chega ao estabelecimento de saúde, que pode estar relacionada a questões de demanda, organizacionais e estruturais¹.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) óbito materno pode ser definido como: “A morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou incidentais”¹. A mortalidade materna representa ainda um grande problema para a saúde pública no Brasil e no mundo, apesar dos esforços de entidades nacionais e internacionais²⁻⁴.

Em setembro de 2000, na cidade de Nova Iorque, 191 países assinaram a “Declaração do Milênio das Nações Unidas”⁵, comprometendo-se com 8 objetivos de desenvolvimento e melhoria nas condições de saúde da população mundial, eram os objetivos do milênio. Dentre as metas deste compromisso havia a de trabalhar em direção à redução de 75% na taxa de mortalidade materna de 1990 até 2015⁴⁻⁶. Estima-se que a razão de mortalidade materna (RMM) global passou de 385 por 100.000 nascidos vivos (NV) em 1990, para 216 por 100.000 NV em 2015, uma queda de 56,1%^{3,6,7}. No Brasil, a RMM em 1990 era de 143 óbitos materno por 100.000 NV, em 2015 alcançou 57,6 por 100.000 NV e em 2016 teve um discreto aumento alcançando 58,4 por 100 000 NV⁸⁻¹⁰.

Os comitês de mortalidade materna (CMM) representam um importante instrumento para a redução do óbito de gestantes e puérperas no âmbito hospitalar. Os primeiros comitês conhecidos foram criados na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, em 1932. No entanto a experiência internacional mais exitosa acabou sendo a do Reino Unido. Preocupados em diminuir o número de mortes maternas, os ingleses iniciaram em 1952 a primeira “investigação confidencial sobre mortes maternas”. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas capazes de prevenir os óbitos e foi tão positivo que as investigações continuam sendo realizadas até hoje, com publicação periódica de relatórios¹¹.

As estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência obstétrica devem incluir todas aquelas voltadas à assistência dos pacientes em geral e também estratégias específicas para esse grupo de pacientes. Muitas mortes maternas são devidas a causas evitáveis durante o período gravídico-puerperal e a análise detalhada em busca dos fatores predisponentes permite o desenvolvimento de tais intervenções específicas para prevenir futuras mortes relacionadas aos mesmos fatores¹¹⁻¹³. Com o objetivo de otimizar a avaliação e o combate à mortalidade obstétrica a análise dos óbitos deve envolver familiares da paciente, gestores, equipe assistencial e o comitê de mortalidade materna^{12,13}. Assim, em 2004 a Presidência da República lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que reconhece a vigilância do óbito materno como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos¹³.

A meta primordial das estratégias de combate ao óbito materno no cenário hospitalar consiste em criar barreira para os fatores predisponentes de óbitos evitáveis já investigados, portanto é indispensável que tais estratégias sejam adaptadas à realidade de cada serviço¹⁴.

Desse forma o objetivo desta pesquisa foi comparar a tendência de óbitos maternos ocorridos em hospital de referência para gestação de alto risco antes e após a implementação de estratégias de combate à mortalidade materna.

Método

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição na qual ocorreu o estudo, com o parecer de número 2.147.372. Após aprovação iniciou-se a coleta de informações no banco de dados do CMM da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).

Foram coletados dados do seguinte período: Janeiro de 2009 a Dezembro de 2016.

O banco de dados consistiu em:

- Planilhas com diversas características clínico-epidemiológicas de cada óbito materno tais como causa base, causa imediata, fatores predisponentes, idade, procedência, entre outras.

- Livro Ata contendo informações sobre reuniões, cursos, capacitações, planos de ação e análises de óbito.
- Documentos variados, tais como portarias e memorandos internos.
- **As variáveis estudadas foram:**
- Estratégias de combate à mortalidade materna: todas as ações de combate ao óbito materno colocadas em prática no hospital e registradas nos arquivos do CMM.
- O ano de início de cada estratégia.
- Razão de mortalidade materna ao ano: conforme equação 1.

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos / ano}}{\text{Número de nascidos vivos / ano}} \times 10.000 \quad (1)$$

- Taxa de mortalidade materna ao ano: conforme equação 2.

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos / ano}}{\text{Número de internações na maternidade / ano}} \times 10.000 \quad (2)$$

As ações de combate ao óbito materno foram reunidas em estratégias, as quais foram descritas seguindo o seguinte modelo:

- Fator predisponente: problema identificado na análise de um evento adverso que pode contribuir para outras ocorrências indesejadas, incluindo o óbito materno.
- O quê: meta que, se alcançada, irá combater o fator predisponente.
- Porque: o motivo para se alcançar a meta.
- Quem: os responsáveis por se fazer cumprir o plano de ação.
- Como: a forma como o plano de ação será desenvolvido.
- Quando: período no qual deve-se realizar as ações.
- Onde: os setores do hospital que irão receber as ações.
- Recursos: o que será necessário para desenvolver as ações planejadas.
- Como monitorar: o indicador ou ferramenta que irá identificar o sucesso ou a fragilidade da estratégia.

Os dados coletados foram avaliados por meio do programa Biostat 5.3, utilizando-se o teste do qui-quadrado tendência.

Resultados

No período de 2009 a 2012 não foram encontrados documentos que descrevessem planos de ação iniciados com o objetivo de combater o óbito materno.

No período de 2013 a 2016 foram realizadas várias ações de combate à mortalidade materna na FSCMP. Tais ações foram reunidas em dezoito estratégias descritas nas tabelas 1-4:

A frequência de óbitos maternos no período do estudo evoluiu conforme demonstrado na tabela 5. O teste do qui-quadrado tendência foi aplicado para identificar se havia tendência crescente ou decrescente de mortalidade no período de 2009 a 2012, quando não foram realizadas as estratégias de combate ao óbito materno descritas neste estudo, assim como no período de 2013 a 2016, quando tais estratégias foram implementadas. O teste mostrou significância estatística para tendência de crescimento de mortalidade no período de 2009 a 2012 e tendência de redução do óbito materno no de 2013-2016, conforme descrito na tabela 6.

Tabela 1. Estratégias de combate ao óbito materno por ano de início na FSCMP de 2009 a 2016

| ESTRATÉGIAS DOCUMENTADAS | ANO DE INÍCIO |
|---|---------------|
| • Nenhuma iniciada neste período | 2009 - 2012 |
| • Elaborar protocolo assistencial • Empoderar paciente e seu acompanhante • Otimizar a oferta de leitos • Fomentar lavagem adequada das mãos | 2013 |
| • Divulgação e treinamento sobre o protocolo • Rede social para divulgar informações | 2014 |
| • Ferramenta de comunicação efetiva e oportuna • Não trocar pessoa destinada a um serviço • Ações preventivas para reduzir quedas | 2015 |
| • Detecção precoce da deteriorização • Criar time de resposta rápida • Plano terapêutico individualizado | 2016 |

Fonte: informações resultantes da pesquisa.

Tabela 2. Estratégias de combate ao óbito materno relacionadas a comunicação e protocolos na FSCMP de 2013 a 2016

| | fator predisponente | | | |
|------------------|---|---|--|--|
| | Falta de protocolo assistencial | Não conformidades no uso do protocolo pela equipe assistencial | Pouco alcance na divulgação de informações | Falha na comunicação entre membros da equipe assistencial |
| O quê | Elaborar protocolo assistencial | Treinamento sobre o protocolo | Rede social para divulgar informações | Ferramenta de comunicação efetiva |
| Por quê | Otimizar continuidade nas condutas | Melhorar adesão ao protocolo | otimizar comunicação | Evitar danos ao paciente |
| Quem | <ul style="list-style-type: none"> • Direção assistencial e de ensino • Gerência da maternidade • Equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Direção assistencial e de ensino • Gerência da maternidade • Equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Presidente do hospital • Todas as diretorias e gerências • Equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Diretoria Assistencial • Todas as gerências • Equipe assistencial |
| Como | <ul style="list-style-type: none"> • Temas do protocolo baseados na necessidade do serviço • O residente elabora um capítulo do sob orientação de um obstetra • Cada protocolo será apresentado e discutido em reuniões com gestores e equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar os temas mais relacionados às causas dos óbitos evitáveis • Elaborar cronograma de treinamento • Ampla divulgação dos treinamentos • Priorizar um protocolo por semana com treinamento em aulas expositivas em sala de aula e práticas nos cenários de trabalho. | <ul style="list-style-type: none"> • Definir grupos de redes sociais devem ser criados • Os grupos de redes sociais devem ser hierarquizados • Cada gestor cria os grupos para seus liderados e é responsável em repassar informações | <ul style="list-style-type: none"> • Resultados de exames críticos recebidos por telefone devem ser escritos e o que foi ouvido, lido de volta. • Prescrição por telefone não é permitida. • A prescrição verbal é permitida em situações de emergência, devendo-se repetir a orientação. |
| Quando | Em 6 meses | Continuamente | Em 6 meses | continuamente |
| Onde | Em toda maternidade | Em toda maternidade | Em todo o hospital | • Em todo o hospital |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none"> • Horário dos servidores • Auditório, microfone, som, datashow | <ul style="list-style-type: none"> • Horário dos servidores • Auditório, microfone, som, datashow | <ul style="list-style-type: none"> • Telefones celulares | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos |
| Monitorar | <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento de protocolo | <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento de protocolo | <ul style="list-style-type: none"> • Lista de frequência nos eventos | <ul style="list-style-type: none"> • avaliação trimestral • Auditoria |

Fonte: informações resultantes da pesquisa.

Tabela 3. Estratégias de combate ao óbito materno para identificação, monitoramento, resposta rápida e empoderamento da paciente na FSCMP de 2013 a 2016

| | fator predisponente | | | |
|-----------------------|---|--|--|---|
| | Paciente pouco colaborativa | Identificação incorreta do paciente | Atraso ao detectar paciente deteriorando | Demora ao iniciar reanimação cardiorrespiratória |
| O quê | Empoderar paciente e seu acompanhante | Não trocar pessoa destinada a um serviço | Detecção precoce da deteriorização | Criar time de resposta rápida |
| Por quê | Transformar paciente e acompanhante em parceiros no processo de cuidado | <ul style="list-style-type: none"> • Meta internacional de segurança do paciente | Intervir antes de uma parada cardiorrespiratória | Intervir imediatamente nas deteriorações clínicas |
| Quem | <ul style="list-style-type: none"> • Diretoria de ensino e pesquisa • Gerências da maternidade, do biopsicossocial e de comunicação | <ul style="list-style-type: none"> • Diretoria Assistencial • Gerência da maternidade e da regulação de leitos • Toda equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Diretoria Assistencial • Gerência da maternidade e de enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> • Diretoria assistencial e de ensino • Gerências da maternidade, da clínica médica e de enfermagem |
| Como | <ul style="list-style-type: none"> • Decidir quais informações são relevantes no processo de empoderamento • Divulgar informações em panfletos • Sensibilizar a equipe assistencial para aceitar paciente e acompanhante como parceiros no processo de cuidado • Treinar psicólogos e assistentes sociais para o acolhimento informado. | <ul style="list-style-type: none"> • Todo paciente na internação deverá receber uma pulseira de identificação • A pulseira deve ser de plástico e conter o nome completo e número do prontuário do hospital • Antes de qualquer procedimento o profissional de saúde e deverá confirmar a identificação do paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Escolhe-se o escore de detecção obstétrica precoce da deteriorização • Delimita-se o público a ser treinado: Decide-se estratégias de capacitação da equipe: a) aula expositiva; b) simulações; c) treinamento “in loco” auditoria de prontuário e rondas de gestão | <ul style="list-style-type: none"> • Determina-se os componentes do time: médico intensivista, enfermeiro intensivista, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem • Define-se códigos e fluxo de trabalho • Decide-se estratégias de capacitação • Elabora-se o cronograma de treinamento • Treina-se toda a equipe |
| Quando | continuamente | continuamente | No prazo de 1 mês | No prazo de 6 meses |
| Onde | <ul style="list-style-type: none"> • Em todas as unidades de internação | Em todos setores de assistência | Em todo o hospital | Em todo o hospital |
| Recursos | <ul style="list-style-type: none"> • Folhetos educativos | <ul style="list-style-type: none"> • Pulseira plástica, Impressora | <ul style="list-style-type: none"> • Impressos do escore Auditório • Recursos áudio-visuais | <ul style="list-style-type: none"> • ACLS (<i>Advanced Cardiovascular Life Support</i>) • Carga horária para multiplicadores do ACLS |
| Como monitorar | <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de satisfação com equipe e usuários da unidade de saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Rondas de gestão | <ul style="list-style-type: none"> • Taxa de parada cardiorrespiratória | <ul style="list-style-type: none"> • Simulações surpresas |

Fonte: informações resultantes da pesquisa.

Discussão

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a *National Patient Safety Agency* (NPSA) o combate ao óbito materno deve ser realizado com medidas gerais e específicas de segurança do paciente. As medidas gerais são aquelas já descritas na literatura científica, tais como: liderar e dar apoio à equipe, integrar as atividades de gestão de risco, incentivar notificação de incidentes, envolver paciente nas ações de segurança, identificação adequada dos pacientes, comunicação efetiva na transferência de cuidados e na passagem de plantão. As estratégias específicas devem ser elaboradas após minuciosa análise do óbito e ampla discussão. Para cada problema encontrado, uma possível solução também deve ser apresentada.

Tabela 4. Estratégias de combate ao óbito materno sobre oferta de leitos, prevenção de quedas e de infecções e plano terapêutico na FSCMP de 2013 a 2016

| | fator predisponente | | | |
|-----------------------|---|---|--|---|
| | A demanda ultrapassa a capacidade de leitos | Tempo de permanência maior que o esperado | Danos ao paciente devido queda | Infecções associadas aos cuidados de saúde |
| O quê | Otimizar a oferta de leitos | Plano terapêutico individualizado | Ações preventivas para reduzir quedas | Fomentar lavagem adequada das mãos |
| Por quê | Garantir atendimento às paciente com necessidade de internação | Otimizar tempo e recursos | • Meta internacional de segurança do paciente. | • Meta internacional de segurança do paciente. |
| Quem | <ul style="list-style-type: none"> • Presidência; • Diretoria assistencial e de ensino • Gerências da maternidade, clínica médica e cirúrgica | <ul style="list-style-type: none"> • Gerência da maternidade • Equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Diretoria Assistencial • Gerências da maternidade, clínica médica e cirúrgica • Equipe assistencial | <ul style="list-style-type: none"> • Diretorias assistencial, de ensino e técnica • Gerências da maternidade, clínica médica e cirúrgica • Equipe assistencial |
| Como | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir critérios de alta e de internação em todos os protocolos assistenciais • Parcerias com outros hospitais para encaminhar pacientes • Regulação de leitos: notificar às autoridades os casos encaminhados sem notificação • Uso de leitos internos de outras clínicas para receber puéperas • Plano terapêutico | <ul style="list-style-type: none"> • Médico na admissão define diagnóstico, opção terapêutica e propedêutica. • Enfermeiro avalia as necessidades relacionadas ao cuidado e auto-cuidado • Assistente social e psicóloga realizam a identificação de questões sociais • Farmacêutico ajuda reconciliar medicamentos • Nutricionista define o tipo de dieta | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de queda em todos os pacientes diariamente • Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda • Orientar acompanhante a estar sempre com a paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Adotar as diretrizes preconizadas pela OMS para a correta higiene das mãos: • Divulgar a técnica por meio de informativos visuais • Disponibilizando dispensadores de álcool gel em locais estratégicos |
| Quando | continuamente | continuamente | continuamente | continuamente |
| Onde | • Setores assistenciais | • Setores assistenciais | • Setores assistenciais | • Setores assistenciais |
| Recursos | • <i>Software</i> para disponibilizar protocolos | • toda tecnologia disponível no hospital | • Placa do leito | • Pias e dispensadores de álcool |
| Como monitorar | • Taxa de rotatividade dos leitos e taxa de ocupação dos leitos | <ul style="list-style-type: none"> • Média de permanência • Taxa de mortalidade | • Notificação de quedas | • Taxa de infecções relacionadas aos cuidados em saúde |

Fonte: informações resultantes da pesquisa.

Essas possíveis soluções surgem em uma sessão de tempestade de idéias dentro da equipe de investigação e podem ser obtidas por meio da experiência dos membros, assim como de experiências exitosas já conhecidas ou de evidências publicadas na literatura^{9,10,12}. A equipe de investigação deve conter familiares da paciente, gestores, equipe assistencial e o comitê de mortalidade materna^{12,13}.

Semelhante ao que está recomendado na literatura, as atas de reuniões da instituição encontradas nesta pesquisa evidenciam que cada ação de combate ao óbito materno era elaborada para evitar recorrência de fatores predisponentes identificados na análise dos óbitos maternos ou outros eventos adversos já ocorridos. Além disto, também em concordância com as recomendações da ANVISA e do NPSA, a análise destes óbitos e outros eventos adversos envolvia a equipe assistencial, o CMM e os gestores do hospital, o que também é amplamente recomendado¹²⁻¹⁴.

Cada estratégia implantada de forma isolada provavelmente não seria capaz de mudar o cenário da mortalidade materna, pois todas as ações de combate ao óbito são inter-dependentes. Por exemplo:

Tabela 5. Taxa e Razão de mortalidade materna na FSCMP de 2009 a 2016

| VARIÁVEL | ANO | | | | | | | |
|---|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| TMM* | 19,9 | 24,1 | 29,4 | 37,5 | 32,6 | 25,9 | 17,8 | 14,5 |
| RMM** | 30,2 | 42,9 | 48,1 | 59,3 | 53,6 | 43,1 | 29,0 | 23,5 |
| Número de óbitos maternos | 16 | 23 | 28 | 41 | 35 | 33 | 27 | 23 |
| Número de internações na maternidade | 9505 | 9531 | 9534 | 10913 | 10733 | 12717 | 15152 | 15789 |
| Número de nascidos vivos na maternidade | 5303 | 5352 | 5820 | 6909 | 6527 | 7652 | 9289 | 9748 |

Fonte: informações resultantes da pesquisa. *TMM: taxa de mortalidade materna. **RMM: razão de mortalidade materna.

Tabela 6. Ocorrência de óbito materno em mulheres internadas na FSCMP de 2009 a 2016

| ÓBITO MATERNO | ANO | | | | | | | |
|---------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| SIM | 16 | 23 | 28 | 41 | 35 | 33 | 27 | 23 |
| NÃO* | 9489 | 9509 | 9506 | 10872 | 10698 | 12684 | 15125 | 15766 |

Fonte: informações resultantes da pesquisa. *NÃO: número total de internações subtraído pelo número de óbitos maternos. Nível de decisão: alfa = 0.05

- $p=0.0036$ (teste do qui-quadrado tendência para o período de 2009 a 2012: tendência crescente)
- $p=0.0007$ (teste do qui-quadrado tendência para o período de 2013 a 2016: tendência decrescente)

1- a elaboração de protocolos assistenciais, ao permitir a continuidade dos cuidados, favorece o plano terapêutico e reduz o tempo de internação, mas necessita ser aceito e praticado pela equipe, o que não seria possível sem treinamentos, meios de comunicação eficazes e gerenciamento dos protocolos; 2- o time de resposta rápida certamente terá mais sucesso em suas intervenções quanto mais precocemente for acionado e esta precocidade está na dependência da efetividade no uso do escore de detecção precoce da deteriorização; 3- ainda que as condutas da equipe estejam previstas no protocolo assistencial, se o paciente sofrer uma queda ou adquirir uma infecção associada aos cuidados em saúde, o curso da doença poderá ser modificado implicando em um pior resultado.

O esforço conjunto dos gestores, CMM e equipe assistencial por meio de estratégias descritas neste trabalho é condizente com o que recomenda a literatura científica atual no que diz respeito à evitabilidade de eventos adversos^{9,12}. No mesmo período em que tais ações foram implantadas na FSCMP, 2013 a 2016, houve uma tendência de redução significativa da mortalidade materna no hospital, mudando a tendência do período de 2009 a 2012, que era de crescimento significativo, o que sugere que as estratégias gerais e específicas de combate ao óbito materno implantadas foram eficazes.

A mortalidade materna ainda é um grande desafio para a sociedade e deve ser combatida em diversas frentes, que podem ser agrupadas em três categorias: 1- educar paciente e familiares sobre sua participação e co-responsabilidade no cuidado da gestante, principalmente no que diz respeito à decisão de procurar o serviço de saúde oportunamente e à adesão ao pré-natal; 2- otimizar assistência na rede básica de saúde, aprimorando o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção de morbidades relacionadas ao período gravídico-puerperal de forma direta ou indireta, desta forma reduzir-se-ia a quantidade de pacientes que são admitidas em estado gravíssimo, de quase morte, nas maternidades; 3- otimizar a assistência hospitalar, aumentando a rede de maternidades capazes de prestar atendimento de qualidade e em tempo integral^{1,15,16}.

No âmbito hospitalar, a educação continuada, o uso racional e planejado do recursos e a aquisição de novas tecnologias e insumos são de fundamental importância para combater o óbito materno^{1,15-17}. Portanto cita-se como outras estratégias que poderiam contribuir ainda mais para a redução do óbito materno no local do estudo: 1-campanhas estaduais para educar população sobre importância do pré-natal e sobre sinais de alerta para a gestante procurar cuidados em saúde; 2-oficinas, cursos e simpósios para aprimorar o conhecimento da rede básica e das maternidades; 3-aumentar número de leitos obstétricos no estado; 4- envolver gestores e equipe assistencial das demais maternidades e da rede básica de saúde na investigação

do óbito materno; 5- aquisição de novas tecnologias e insumos para o hospital estudado, para as demais maternidades e para a rede básica de saúde.

Conclusão

As 12 estratégias de combate ao óbito materno descritas no estudo foram implantadas no período de 2013 a 2016, não sendo encontradas evidências documentais de estratégias de combate ao óbito na maternidade iniciadas no intervalo de 2009 a 2012.

No período de 2009 a 2012 houve tendência de crescimento da mortalidade materna. Já no intervalo de 2013 a 2016 houve tendência decrescente da mortalidade materna na FSCMP.

Agradecimentos

À Dra Nara Botelho por toda orientação e por ser uma mentora incrível e excepcional, um exemplo a ser seguido.

Referências

1. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Série – Tecnologia em Serviços de Saúde. capítulo: A Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil e no Mundo p. 11-14, 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009
3. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary; 2016.
4. Santos, D.R. et al. Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. Escola Anna Nery. 2017;21(4):1-9.
5. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2014 [Internet]. New York: United Nations; 2014 [citado em 2017 ago 30]. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals>.
6. Rodrigues NCP, Monteiro DL, Almeida AS, Barros MB, Pereira No A, O'Dwyer G, et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. J Pediatr (Rio J). 2016;92(6):567-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.03.004>. PMID:27234038.
7. Ennen CS, Satin AJ. Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences [Internet]. 2014 [citado em: 2017 mai 5]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/reducing-adverse-obstetrical-outcomes-through-safety-sciences>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. 2018 [citado em 2018 Jun 17]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. 2018 [citado em 2018 Jun 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c03.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Investigação do Óbito Materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2018 jun 24]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/3.d%20-%20Mortalidade%20materna%20CIT%20versao%20final.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Capítulo 2: Mortalidade materna. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. p. 9-18.
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Brasília: ANVISA; 2014. p 53-82. (Série Tecnologia em Serviços de Saúde)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. National Patient Safety Agency. Root Cause Analysis Investigation training materials [Internet]. London: NHS UK; 2014 [citado em 2018 jun 03]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/root-cause-analysis/rca-training-course-overview/>.
15. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety [Internet]. London: NHS UK; 2014 [citado em 2018 set 01]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>.
16. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety [Internet] [citado em 2018 set 01]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.
17. Pereira, D.M.M. et al. Conhecimento e adesão às práticas de biossegurança em um hospital de referência materno infantil. Para Res Med J. 2017;1(3):e23. DOI: 10.4322/prmj.2017.023

Autor correspondente

Marília Gabriela Queiroz da Luz
Tv. Angustura, 2932, Ed. Rio Mendoza, Torre A apt. 2802
CEP 66097-040, Belém, PA, Brasil
E-mail: gabrielaqueiroz@yahoo.com.br

Informação sobre os autores

MGQL é especialista em ginecologia e obstetrícia; aluna do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.

NMB é professor titular em Ginecologia da Universidade do Estado do Pará; doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

MCA é esteticista; aluna do Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental.

Contribuição dos autores

MGQL foi responsável pela concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; NMB foi responsável pela orientação, interpretação e redação do trabalho; MCA foi responsável pela orientação, interpretação e análise estatística do trabalho.