

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**  
**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM**  
**GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

ERIKA CHAVES MATHIAS DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NA IV REGIONAL DE**  
**SAÚDE DE PERNAMBUCO**

CARUARU/PE

2016

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO**  
**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM**  
**GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

ERIKA CHAVES MATHIAS DOS SANTOS

**MORTALIDADE MATERNA NA IV REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Universidade de Pernambuco como pré-requisito para à obtenção do título de Sanitarista.

Orientadora: Ma. Fabiane Santos Cristóvão.

Coorientadora: Maria da Conceição Carvalho Maciel.

CARUARU/ PE

2016

ERIKA CHAVES MATHIAS DOS SANTOS

MORTALIDADE MATERNA NA IV REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Universidade de Pernambuco como pré-requisito para à obtenção do título de Sanitarista.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Ma. Hérika Dantas Modesto Pinheiro  
Atenção à Saúde da Mulher SES/PE

---

Ma. Cristina Rosane Jordão Braga Vilaça  
Epidemiologia IV Geres

## RESUMO

**Objetivos:** analisar as principais características epidemiológicas dos óbitos maternos de residentes da IV Regional de Saúde de Pernambuco no triênio 2012 a 2014. **Métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo corte transversal, retrospectivo. Foram utilizadas como fonte de dados as declarações de óbito e as fichas síntese de investigação de óbitos maternos investigados, disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade. **Resultados:** ocorreram 36 óbitos maternos no período de 2013 a 2014, na IV Regional de Saúde de Pernambuco. Destes 18 ocorreram durante o ano de 2013, representando 50% dos óbitos no período estudado. O principal local de ocorrência destes óbitos foi hospitalar (88,9%). As mulheres eram em sua maioria entre 20 e 29 anos (55,5%), pardas (52,8%), solteiras (61,1%), com nível fundamental de escolaridade (61,1%) e do lar (30,5%). 55,5% ocorreram de 0 a 42 dias do puerpério, o óbito materno obstétrico direto representou 58,3% dos casos. As principais causas obstétricas diretas foram hemorragias de pós-parto imediato. 88,9% tinham realizado pré-natal, 44,4% realizaram 7 ou mais consultas, 75% a primeira consulta foi no primeiro trimestre da gestação. O parto cesáreo aconteceu em 56,2% dos casos. A Razão de Morte Materna para o período foi de 50,69 por 100.000NV. **Conclusões:** Encontrou-se um cenário de valores elevados de mortalidade e uma boa cobertura do pré-natal e parto, o que leva a indagação sobre a qualidade da assistência ofertada. Os resultados indicam a necessidade de aprimorar a assistência à saúde da gestante durante o pré-natal, parto e puerpério.

**PALAVRAS-CHAVES:** Mortalidade Materna. Estatísticas Vitais. Epidemiologia Descritiva.

## ABSTRACT

**Objectives:** To analyze the main epidemiological characteristics of the maternal deaths of residents of Pernambuco IV Regional Health in the triennium 2012-2014. **Methods:** A descriptive study with a quantitative approach, cross, retrospective cohort. They were used as a data source from death certificates and research summaries of maternal deaths investigated, available in the Mortality Information System. **Results:** there were 36 maternal deaths from 2013 to 2014, the IV of Pernambuco Regional Health. Of these 18 ran during the year 2013, accounting for 50% of deaths during the

study period. The principal place of occurrence of these deaths were hospital (88,9%). Women were mostly between 20 and 29 years (55.5%), brown (52,8%), single (61,1%), with elementary education (61,1%) and housewives (30,5%). 55,5% occurred 0-42 days postpartum, the maternal death direct obstetrical represented 58.3% of cases. The main direct obstetric causes were bleeding immediately postpartum. 88,9% had received prenatal care, 44.4% had 7 or more queries, 75% the first visit was in the first trimester of pregnancy. Cesarean delivery occurred in 56.2% of cases. The Maternal Mortality Ratio for the period was 50.69 per 100.000NV. Conclusions: We have a scenario of high levels of mortality and good in prenatal coverage and delivery, which leads us to question about the quality of care offered. The results indicate the need to improve the health care of pregnant women during the prenatal, delivery and postpartum care. Conclusions: We met a backdrop of high levels of mortality and good coverage of prenatal care and childbirth, which leads to the question about the quality of care offered. The results indicate the need to improve the health care of pregnant women during the prenatal, delivery and postpartum care.

**KEYWORDS:** Maternal Mortality. Vital Statistics. Descriptive Epidemiology.

## Sumário

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>3 OBJETIVOS .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>3.1 Geral.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>3.2 Específicos .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>4 REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>ARTIGO</b>  |           |
| <b>Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna na IV Regional de Saúde de Pern.....</b> | <b>16</b> |
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>METODOLOGIA .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>RESULTADOS .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>DISCUSSÃO .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>30</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, onde as desigualdades sociais e o acesso desigual a serviços de saúde põem a saúde materna em risco. Mundialmente as mortes maternas vêm diminuindo desde 1990 com redução de 45%, foram aproximadamente 289.000 mortes de mulheres devido a complicações durante a gravidez e no parto em 2013, comparando com 523.000 em 1990 (PAHO, 2014). Porém estes números ainda são elevados e sua redução persiste como um grande desafio tanto para os gestores da saúde como para toda a sociedade.

O Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43% de 1990 a 2013 segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua Razão de Mortalidade Materna (RMM) passou de 120 para 69 (PAHO, 2014). Contudo, esta RMM ainda permanece acima da meta que foi estipulada no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A meta seria atingir, até 2015, uma RMM de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, ou seja, reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 (IPEA 2014). A RMM é tida como um índice relevante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde voltados para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e das condições socioeconômicas de uma determinada região (XAVIER, 2010).

As RMM elevadas são observadas em contextos caracterizados por baixos níveis de saúde da população feminina (MEDRONHO *et al*, 2009). A redução da mortalidade materna geralmente está associada à atenção qualificada ao parto, à assistência obstétrica de emergência e também ao acesso a serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar (IPEA 2014). Numa perspectiva mais ampla, a ocorrência de uma morte materna pode ser empregada como evento sentinela, indicativo da qualidade dos serviços prestados à população (MEDRONHO *et al*, 2009). Sua ocorrência alerta para falhas no cuidado prestado e deve deflagrar medidas para que suas causas sejam esclarecidas (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem empregado medidas por meio da regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para melhoria da saúde materna, dentre as quais se destaca recentemente a Rede Cegonha (IPEA, 2014). Em Pernambuco o Governo Estadual, no Plano Estadual de Saúde (2012-

2015), colocou como estratégia prioritária organizar a linha de cuidado de forma a garantir a continuidade da atenção integral humanizada e de qualidade, trabalhando de forma integrada com os três níveis de atenção e em consonância com as Políticas de Saúde da Mulher, Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Programa Mãe Coruja Pernambucana e Rede Cegonha (PES, 2012-2015).

Com relação à Mortalidade Materna (MM) no estado de PE, em 2008 ocorreram 3285 óbitos de mulher em idade fértil (10 a 49 anos); desses, 112 foram considerados óbitos maternos, indicando uma RMM de 77,1 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, sendo considerada uma razão elevada (PES, 2012-2015). O estudo de Xavier (2010) permitiu identificar que a MM ainda é um sério problema de saúde pública em Pernambuco. O grande desafio atual na luta pela redução da MM é consolidar os programas, portarias e pactos, Estaduais e Federais, em todas as regiões do Estado, bem como, garantir melhora de financiamento para fortalecimento das equipes de vigilância em saúde (XAVIER, 2010).

O Estado de PE, em sua gestão de saúde, passa a ser organizado, a partir de 2011, por doze Gerências Regionais de Saúde (GERES), em conformidade com as Regiões de Saúde (PES, 2012-2015). Esta pesquisa dirige-se ao estudo dos óbitos maternos da 4ª Região de Saúde, que possui 1.324.375 habitantes (IBGE, 2014). Esta região é composta por 32 municípios, estes são divididos em 4 microrregiões de saúde. Considerando a relevância desse problema no Estado e a carência de pesquisas na área, a mesma se faz importante como geradora de informações que possam orientar a organização dos serviços de saúde na regional de acordo com a diretriz da regionalização da saúde.

É importante conhecer a dimensão da morte materna na IV Regional de saúde de Pernambuco, objeto desta pesquisa, entender suas causas, os fatores que contribuíram para sua ocorrência, e avaliar a atenção prestada à mulher. Estes dados fornecerão a gestão informações sobre as falhas no cuidado prestado a estas mulheres. Desta forma, torna-se oportuno este estudo para se obter um diagnóstico da mortalidade materna nesta Regional, o qual vem orientar planejamento das estratégias de intervenção e as políticas de saúde que de fato possam trazer a integralidade do cuidado e melhorar a sua adequação e oportunidade.



Esta pesquisa pretende, assim, contribuir para um melhor direcionamento das políticas públicas implantadas para a redução da mortalidade materna, uma vez que demonstrará o cenário da MM desta regional. Poderá também servir como subsídio para a construção de planos municipais por meio das equipes de vigilância em saúde, com ênfase na busca para um melhor direcionamento e melhor atuação da equipe de vigilância, intervindo assim na evitabilidade de novas mortes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A morte materna a depender do período que ocorre é conceituada como precoce ou tardia. A Morte materna (precoce) é definida como a “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 2008). A Morte Materna Tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez.

No estado de Pernambuco a razão de mortalidade materna vem sendo calculada com a inclusão do puerpério tardio, desde o início da estruturação da vigilância da morte materna em meados dos anos 1990, através da Portaria Estadual 087/95 (SES, 1995). A CID-10 recomenda que as razões de mortalidade materna continuem sendo calculadas segundo a definição vigente, com limite de 42 dias depois do parto (OMS, 2008). Assim no estudo para efeito de comparação nacional e internacional, estes indicadores são calculados respeitando o período puerperal clássico.

De acordo com as causas obstétricas as mortes maternas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas. A Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. A Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009).

No Brasil as iniciativas de atenção específica à saúde da mulher culminaram com a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde (MS), em 1983 (BORGES, 2012). As iniciativas globais para redução da MM começaram em 1987, na primeira Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, em Nairobi, no Quênia, na qual foi estabelecida a meta de redução de 50% até o ano de 2000 (SCHMIDT, 2010 apud BORGES, 2012).

Em 1994, a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento, fortaleceu o compromisso internacional para a saúde reprodutiva. Mas, foi a partir da Declaração dos Objetivos do Milênio da OMS de 2000, que se obteve maior ênfase no enfrentamento do problema (SCHMIDT, 2010 apud BORGES, 2012). Assinaram este documento, líderes de 191 países, incluindo o Brasil, com o compromisso de diminuir a desigualdade e melhorar o desenvolvimento humano no mundo até 2015, por meio de oito iniciativas que foram chamadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre as quais se destaca a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2009).

Em 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que busca concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BORGES, 2012). Ao reconhecer a importância de se apontar diretrizes que orientassem a política de saúde da mulher, em 2004 o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em parceria com diversos setores da sociedade (BRASIL, 2011). Esta política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. O documento, dentre outras coisas, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha como estratégia para organizar a rede a partir dos componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança; e sistema logístico. Os recursos destinados ao desenvolvimento desta estratégia são empregados no reforço à rede hospitalar convencional, rede obstétrica de alto risco, à criação de novas estruturas de assistência, a exemplo dos Centros de Parto Normal, e à qualificação dos profissionais de saúde (IPEA, 2014).

Atualmente encontram-se três situações para o cenário da mortalidade materna no Brasil:

A primeira mostra cifras da MM ainda inaceitavelmente elevadas; mesmo com sub-registro, elas são cerca de cinco a dez vezes maiores

que as descritas em países de alta renda. Na segunda, marcadas disparidades regionais que revelam diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso à atenção de saúde que ocorrem entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais ricas do Sul e Sudeste. Em terceiro lugar, embora a razão oficial de mortalidade materna tenha se mantido estável nos últimos quinze anos, estimativas baseadas em modelos estatísticos sugerem que essas razões estão declinando, mas as análises de tendências são imprecisas, sendo afetadas pelas melhorias no sistema de vigilância (VICTORA *et al.*, 2011).

Alguns fatores dificultam o monitoramento da mortalidade materna tais como a subinformação das causas dos óbitos e o preenchimento incorreto das Declarações de Óbito (DO). O preenchimento do campo 37(diz respeito à investigação da ocorrência do óbito durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério) da DO e a confirmação do óbito como materno são de fundamental importância para as estatísticas vitais, para os Sistemas de Informação em Saúde e no final desta cadeia de eventos, para a comunidade (GIL e GOMES-SPONHOLZ, 2013). A redução da mortalidade materna depende do efetivo monitoramento dos casos, fato que nem sempre é possível devido à subinformação, que impede o reconhecimento do óbito como materno (LEITE *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos. A Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, institucionalizou-se a Vigilância do Óbito Materno com a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho de 2008, que regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação (BRASIL, 2009). A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco lançou a Portaria SES/PE Nº. 279 de 23 de julho de 2015 que acrescenta o óbito materno como doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória semanal, agilizando ainda mais a identificação destes óbitos.

A vigilância do óbito materno tem como principais objetivos corrigir as causas de óbito, a identificação de óbitos maternos não declarados e apontar as circunstâncias que levaram à morte. Desde o ano de 2011, teve importante avanço a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil com o objetivo de identificar um

maior número de óbitos maternos. Neste aspecto, o Brasil tem mostrado melhoria e aumentado a investigação destes óbitos de 75% em 2010 para 83% em 2011. Em 2011, 24 Unidades da Federação (UFs) conseguiram investigar acima de 65% dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e 15 UFs ficaram acima deste percentual em 2012 (BRASIL, 2013), e em 2013 a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados elevou-se para 85% (BRASIL 2014).

Contribuindo com a investigação dos óbitos tem-se os Comitês de Morte Materna (CEMM), que são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva, visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência (BRASIL, 2009).

Os Comitês de Morte Materna podem ser compostos por representantes das seguintes instituições: Secretarias de Saúde (Área Técnica de Saúde da Mulher, Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade); Conselho Regional de Medicina; Conselho Regional de Enfermagem; Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras); Movimento de mulheres; Movimento de mulheres negras e índias; Faculdades de medicina, enfermagem e saúde pública; Conselhos de Saúde; Ministério Público; Secretarias, Coordenadorias ou Conselhos de Defesa dos Direitos da Mulher. Os municípios que têm parteiras devem contemplar sua representação no Comitê (BRASIL, 2009).

No Brasil, a implantação dos comitês estaduais de morte materna tem sido adotada como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada em 1984 pelo Ministério da Saúde. Mas foi a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o país, quando após a Conferência de Nairobi, em 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

Em Pernambuco o Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna (CEEMM-PE) foi criado em 1991, como resultado de uma articulação entre profissionais de saúde da área de epidemiologia do estado, do movimento de mulheres e professores das faculdades de medicina. Em 1995 a Portaria Estadual (Nº

087/95), regulamentou as atividades do Comitê e definiu a obrigatoriedade da notificação e investigação dos Óbitos Materno-Infantil (ALVES, 2008). Em 2007 existiam no Estado 9 comitês implantados, sendo 5 municipais e os demais regionais, porém poucos atuantes. Segundo Pinheiro *et al.* (2012), fez-se necessário aumentar a quantidade de Comitês de Estudos de Mortalidade Materna (CEMM) nas regiões de saúde do Estado, para que as ações fossem descentralizadas.

De 2008-2010, através de um convênio com o Ministério da Saúde implantou-se 05 CEMM nas regiões que ainda não possuíam (PINHEIRO *et al.*, 2012). Foram eles: Comitês Regionais de Arcoverde, de Garanhuns, de Palmares, de limoeiro e Serra Talhada. A responsabilidade de estruturação dos comitês regionais é compartilhada entre municípios e Estado (PINHEIRO *et al.*, 2012). Os comitês regionais têm atuação na abrangência da regional de saúde e dão suporte aos municípios que não estruturaram ainda o comitê municipal de mortalidade materna.

Em 27 de março de 2014 deu-se o início a descentralização das discussões dos óbitos maternos da IV Regional de Saúde, com a formação do Grupo Técnico Regional em Caruaru. Este Grupo Técnico - GT dá suporte, as discussões dos óbitos maternos, aos 32 municípios da regional de saúde. As discussões dos óbitos maternos GT ocorrem com reuniões mensais e tem a função de analisar os óbitos, confirmar ou descartar o óbito materno, identificar fatores de evitabilidade e propor medidas de intervenção.

Participam deste GT representantes da vigilância epidemiológica, codificador de causa básica de óbito, equipe de investigação, representante da saúde da mulher, médico ginecologista ou obstetra e outros profissionais envolvidos com o caso a ser discutido. Quando o óbito ocorre em área coberta pelo Programa Saúde da Família, o profissional de enfermagem ou médico e o Agente Comunitário de Saúde da área são convidados para participarem da reunião.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar as principais características epidemiológicas dos óbitos maternos de residentes da IV Regional de Saúde de Pernambuco no triênio 2012 a 2014.

#### **3.2 Específicos**

- Classificar a distribuição dos óbitos maternos investigados neste período, segundo variáveis sociodemográficas e por causa básica;
- Categorizar a distribuição dos óbitos maternos na regional de saúde, segundo variáveis relacionadas ao óbito (local e momento do óbito) e sua classificação;
- Identificar as características da assistência obstétrica, no pré-natal, no parto e puerpério, recebida pelas mulheres falecidas neste período.

#### 4 REFERÊNCIAS

- ALVES, S. V. **A experiência do Comitê Estadual de Pernambuco no enfrentamento da mortalidade materna**. 2008. Disponível em: < [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/apresentacoes/arquivos/2\\_Sandra.ppt](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/apresentacoes/arquivos/2_Sandra.ppt). > Acesso em: 11 set. 2015.
- BORGES, C. L. M. S. **Epidemiologia e Gestão: Análise da Mortalidade Materna em Aracaju**, 2012. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Bahia, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- GIL, M. M.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos/Death certificates of women in childbearing age: search for maternal deaths/Certificados de defunción de mujeres en edad fértil: búsqueda por muertes maternas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 333, 2013.
- IBGE **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação...** 2014. Disponível em: < [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2014/estimativas\\_2014\\_TCU.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf)> Acesso em: 07 ago. 2015.
- IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM**. Brasília: Ipea, 2014.
- LEITE, R. M. B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil Risk factors for maternal mortality in an urban area of Northeast Brazil. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, 2011.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2º ed. São Paulo: Atheneu. 2009.



PINHEIRO, H. D. M. *et al.* Comitês de estudos de mortalidade materna: estratégia para o enfrentamento da mortalidade materna em Pernambuco. In: Cuba Salud 2012. **Resumos...** Cuba: Havana, 2012. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/Paper/2058>> Acesso em: 4 set. 2015.

OMS. **CID-10** Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 8. ed. ver. e ampl. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

PAHO. **Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región.** 2014.

Disponível em:

<[http://www.paho.org/clap/index.php?view=article&catid=387%3Aclp.01-salud-de-la-mujer-reproductiva-materna-y&id=220%3Areduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&format=pdf&option=com\\_content&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?view=article&catid=387%3Aclp.01-salud-de-la-mujer-reproductiva-materna-y&id=220%3Areduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&format=pdf&option=com_content&lang=es)> Acesso em: 28 ago 2015.

PES 2012-2015. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015.** 1. ed. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito.** *Physis* (Rio J.), v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

SES. Pernambuco. **Portaria Estadual nº 087 de 26 de setembro de 1995.**

Regulamenta as atividades do Comitê e define a obrigatoriedade da notificação e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil. Diário Oficial do Estado de Pernambuco; 1995.

SCHMIDT, S. N. **Georeferenciamento da mortalidade materna em porto Alegre entre 1999 e 2008, segundo características sócio-demográficas, obstétricas e tipo de serviço de saúde da atenção primária,** 2010. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VICTORA *et al.* **Saúde no Brasil 2.** Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, 2011 Disponível em:

<<http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Disciplinas/Saude%20Materna%20Infantil.pdf>> acesso em: 13 set. 2015.

XAVIER, S. B. **Mortalidade materna em Pernambuco: uma revisão de literatura.** Monografia - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: S. B. Xavier, 2010.

## INTRODUÇÃO

A Mortalidade Materna (MM) é um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, as desigualdades sociais e o acesso desigual a serviços de saúde põem a saúde materna em risco. Segundo relatório das Nações Unidas a mortalidade materna vem diminuindo, em 2013, a taxa mundial de mortalidade materna foi de 210 óbitos maternos por cada 100.000 nascidos vivos, comparado com 380 óbitos por cada 100.000 nascidos vivos registrados em 1990 (PAHO, 2014).

A América Latina e o Caribe estão entre as regiões em desenvolvimento com mortalidade materna relativamente baixa. Em 2013, a estimativa era de 77 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos na América Latina e 190 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos no Caribe. A mortalidade materna diminuiu 40% na América Latina entre 1990 e 2013, e 36% no Caribe, em comparação com a redução global de 45% (PAHO, 2014).

O Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43% de 1990 a 2013 segundo a OMS, reduzindo a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 120 para 69 (PAHO, 2014). Contudo, a razão de óbitos maternos no Brasil ainda permanece acima da meta que foi estipulada no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas. A meta seria atingir uma RMM de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, ou seja, reduzir a mortalidade materna em 75% de 1990 a 2015 (IPEA, 2014).

A morte materna é definida como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2008, pag.163).

No Brasil os números da MM são cerca de cinco a dez vezes maiores que as descritas em países de alta renda. Existem marcadas disparidades regionais que revelam diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso à atenção de saúde que ocorrem entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais ricas do Sul e Sudeste. As estimativas baseadas em modelos estatísticos sugerem que RMM estão declinando, mas as análises de tendências são imprecisas, sendo afetadas pelas melhorias no sistema de vigilância (VICTORA *et al.*, 2011).

A RMM é tida como um índice relevante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde voltados para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal e das condições socioeconômicas de uma determinada região (XAVIER, 2010). A maioria das mortes maternas é evitável e RMM elevadas são observadas em contextos caracterizados por baixos níveis de saúde da população feminina (MEDRONHO *et al*, 2009). A redução da mortalidade materna geralmente está associada à atenção qualificada ao parto e à assistência obstétrica de emergência e também ao acesso a serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar (IPEA, 2014). Numa perspectiva mais ampla, a ocorrência de uma morte materna pode ser empregada como evento sentinela, indicativo da qualidade dos serviços prestados à população (MEDRONHO *et al*, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem adotado medidas para melhoria da assistência e acesso aos serviços de saúde, assim como das informações a respeito de razões e tendências de mortalidade materna, por meio da regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para melhoria da saúde materna, dentre as quais se destaca recentemente a Rede Cegonha (IPEA, 2014). Em Pernambuco o Governo Estadual, no Plano Estadual de Saúde (2012-2015), colocou como estratégia prioritária organizar a linha de cuidado de forma a garantir a continuidade da atenção integral humanizada e de qualidade, trabalhando de forma integrada com os três níveis de atenção e em consonância com as Políticas de Saúde da Mulher, Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Programa Mãe Coruja Pernambucana e Rede Cegonha (PES, 2012-2015).

A redução da mortalidade materna depende do efetivo monitoramento dos casos, fato que nem sempre é possível devido à subinformação, que impede o reconhecimento do óbito como materno (LEITE *et al.*, 2011). No entanto apenas o cômputo dos óbitos e a correção de sua subnotificação não têm sido suficientes para revertê-los, sendo necessário identificar e intervir nos fatores que conduzem à morte materna, insistindo no detalhamento de cada óbito, reconhecendo os seus determinantes (BORGES, 2012).

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar os óbitos maternos segundo características sociodemográficas, as variáveis relacionadas ao óbito e da

assistência obstétrica e apresentar a Razão de Mortalidade Materna da IV Regional de Saúde de Pernambuco, nos anos de 2012 a 2014.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, do tipo corte transversal, retrospectivo. A área de estudo foi a IV Regional de Saúde de Pernambuco, que está localizada na mesorregião do Agreste, abarcando 32 municípios que se subdividem em quatro microrregiões de saúde (VI, VII, VIII, IX). Esta regional de saúde possui uma população de 1.324.375 habitantes (IBGE, 2014). Os últimos dados do DATASUS (2012) mostram que esta regional tinha até 2014 um número de 415.471 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Foi considerada para o estudo a população feminina em idade fértil (de 10 a 49 anos), residente em um dos 32 municípios da IV regional de saúde, que veio a falecer no período de 2012 a 2014 por causas maternas. A amostra populacional teve como critérios de inclusão os óbitos maternos investigados, em residentes dos municípios da IV Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, ocorridos entre os anos de 2012 a 2014. Foram excluídos os óbitos considerados descartados para morte materna nas fichas síntese de investigação dos óbitos maternos, e aqueles que ocorreram fora do período citado e de residentes de municípios de outras regionais de saúde de Pernambuco.

A fonte de dados foi o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para a coleta e registro das informações, obtidas das declarações de óbito e das fichas síntese de investigação no SIM, foi utilizado um formulário construído para tal fim. Os dados foram coletados e analisados em abril de 2016, digitalizados e inseridos em planilha do programa Microsoft Office Excel® 2013. Posteriormente, foram organizados em categorias, tabelas e gráficos, e interpretados através de frequências absolutas e percentuais para discussão dos resultados obtidos com o referencial relacionado ao tema.

Foram definidas como variáveis: faixa etária; raça/cor; situação conjugal; escolaridade; ocupação. Outras variáveis escolhidas: local de ocorrência do óbito e local de residência da falecida; assistência ao pré-natal (local, número de consultas,

idade gestacional na 1ª consulta); assistência ao parto (estabelecimento onde ocorreu, tipo do estabelecimento, desfecho da gestação); momento do óbito; classificação do óbito (obstétrico direto, indireto ou tardio); causa básica da morte.

No cálculo da Razão de Morte Materna, para a comparação com a de outros estados e com a do Brasil, não foram inclusos os casos de morte materna tardia (OMS, 2008), por esse motivo, foram excluídos os cinco óbitos ocorridos depois do 42º dia após o término da gestação e um caso em que não foi identificado o momento do óbito. O indicador de mortalidade (RMM) da IV regional foi comparado com dados encontrados na literatura. A RMM na regional foi calculada para cada ano do triênio 2012 a 2014 e para todo triênio.

Foram utilizados dados secundários da base de dados do Sistema de Informações de Saúde disponível no Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Deste banco de dados nacional foi utilizado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do período de 2012 a 2014, e obtido no SINASC, o número anual e o total de nascidos vivos nesse período. Ao final construiu-se o indicador: Razão de Mortalidade Materna  $[(n^\circ \text{ de óbitos maternos}/n^\circ \text{ de nascidos vivos no mesmo período}) \times 100.000]$ .

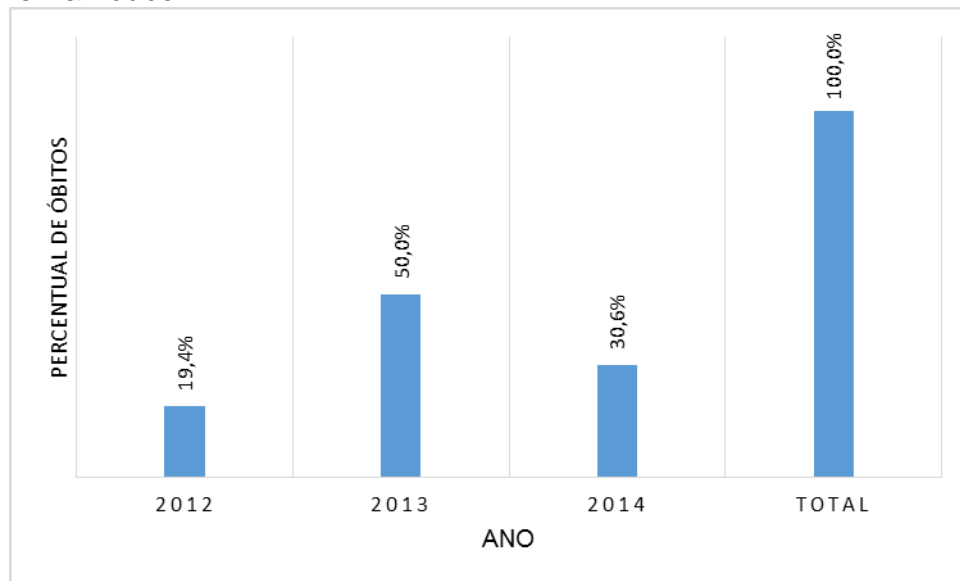
A distribuição das principais características dos óbitos maternos na regional de saúde (local, momento do óbito, e classificação), das características sociodemográficas (faixa etária; raça/cor; situação conjugal; escolaridade; ocupação) e da atenção obstétrica (assistência pré-natal, parto e puerpério) da IV regional foram descritas pela distribuição (nº e %) das variáveis.

O presente projeto está de acordo com as normas da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi aprovado em 05 de abril de 2016, pelo Comitê de Ética da Fundação Universidade de Pernambuco, com número do parecer: 1.478.250 e CAAE: 53234616.0.0000.5207.

## **RESULTADOS**

Ocorreram 36 óbitos maternos no período de 2012 a 2014, na IV Regional de Saúde de Pernambuco, 50%(18) deles durante o ano de 2013, 30,6% (11) em 2014 e 19,4% (07) em 2012 (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Percentual de óbitos ocorridos de 2012 a 2014 na IV Regional de saúde de Pernambuco.



Fonte: SIM-Sistema de Informação de Mortalidade- DATASUS- BRASIL, 2012 a 2014.

O local de ocorrência dos óbitos foi hospitalar 88,9%, em segundo o domicílio com 8,3%. A DO informou que 58,3% dos óbitos maternos ocorreram no período de 0 a 42 dias do puerpério; 25% não ocorreram no puerpério e 13,9% ocorreram no puerpério tardio. O óbito materno obstétrico direto representou 55,5% dos casos e o obstétrico indireto 44,4% (Tabela1).

**Tabela 1** - Óbitos maternos segundo local, momento do óbito e classificação. IV Regional de Saúde de Pernambuco, 2012-2014.

| LOCAL DO ÓBITO                                    |           |               |
|---|-----------|---------------|
|   | N         | %             |
| Hospital  | 32        | 88,9%         |
| Domicílio   | 3         | 8,3%          |
| Outro (estabelecimento de saúde)                  | 1         | 2,8%          |
| <b>TOTAL</b>                                      | <b>36</b> | <b>100,0%</b> |
| MOMENTO DO ÓBITO NO TRIÊNIO                       |           |               |
|   | N         | %             |
| Não ocorreu no puerpério                          | 9         | 25%           |
| 0 a 42 dias do puerpério                          | 21        | 58,3%         |
| 43 dias a 1 ano do puerpério                      | 5         | 13,9%         |
| A investigação não identificou o momento do óbito | 1         | 2,8%          |

|                       |    |        |
|-----------------------|----|--------|
| TOTAL                 | 36 | 100,0% |
| TIPO DO ÓBITO MATERNO |    |        |
|                       | N  | %      |
| Obstétrico direto     | 20 | 55,5%  |
| Obstétrico indireto   | 16 | 44,4%  |
| TOTAL                 | 36 | 100,0% |

O percentual do óbito materno foi maior para a faixa etária de 20 a 29 anos (55,5%), a representação de 30 a 39 anos foi a segunda mais afetada, 27,8%. Quando somadas as faixas etárias de 20 a 39 anos obtêm-se um percentual de 83,3% dos óbitos maternos, uma representação significativa para a idade produtiva destas mulheres (Tabela 2).

Neste triênio 52,8% das mulheres foram registradas como pardas; 47,2% como brancas. Com percentual de 61,1 % as mulheres solteiras são as que mais morreram, da mesma maneira que aquelas com nível fundamental de escolaridade (61,1%). A escolaridade e o estado civil foram ignorados em 16,7% e 8,3% respectivamente nas DO. 30,5% eram do Lar, seguidas pelas trabalhadoras rurais, com 22,2% (Tabela 2).

**Tabela 2-** Perfil Sóciodemográfico dos óbitos maternos ocorridos e investigados. VI Regional de Saúde de Pernambuco, 2012-2014.

|                       |    |        |
|-----------------------|----|--------|
| FAIXA ETÁRIA          |    |        |
|                       | N  | %      |
| < 20                  | 4  | 11,1%  |
| 20 a 29               | 20 | 55,5%  |
| 30 a 39               | 10 | 27,8%  |
| ≥ 40                  | 2  | 5,5%   |
| TOTAL                 | 36 | 100,0% |
| VARIÁVEL RAÇA/COR     |    |        |
|                       | N  | %      |
| Parda                 | 19 | 52,8%  |
| Branca                | 17 | 47,2%  |
| Negra                 | 0  | 0%     |
| Amarela               | 0  | 0%     |
| Índia                 | 0  | 0%     |
| TOTAL                 | 36 | 100,0% |
| VARIÁVEL ESCOLARIDADE |    |        |
|                       | N  | %      |
| Fundamental           | 22 | 61,1%  |
| Médio                 | 6  | 16,7%  |
| Nenhuma               | 2  | 5,5%   |
| Ignorado              | 6  | 16,7%  |
| TOTAL                 | 36 | 100%   |
| VARIÁVEL OCUPAÇÃO     |    |        |
|                       | N  | %      |

|                                   |           |               |
|-----------------------------------|-----------|---------------|
| Do lar                            | 11        | 30,5%         |
| Trabalhador rural                 | 8         | 22,2%         |
| Costureira                        | 5         | 13,8%         |
| Estudante                         | 1         | 2,8%          |
| Outras                            | 9         | 25,0%         |
| Ignoradas                         | 2         | 5,5%          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>36</b> | <b>100,0%</b> |
| <b>VARIÁVEL SITUAÇÃO CONJUGAL</b> |           |               |
|                                   | <b>N</b>  | <b>%</b>      |
| Solteira                          | 22        | 61,1%         |
| Casada                            | 10        | 27,8%         |
| Divorciada                        | 1         | 2,8%          |
| Ignorado                          | 3         | 8,3%          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>36</b> | <b>100,0%</b> |

As principais causas obstétricas diretas foram Hemorragias de pós-parto imediato e Causas infecciosas e Embolias e Eclâmpsia/pré-eclâmpsia, cada uma delas com representatividade de 8,3%. Seguidas das Cardiopatias no puerpério e Trombose/tromboflebite com 5,5% cada (Tabela 3).

As principais causas obstétricas indiretas foram doenças do aparelho digestivo, outras doenças e afecções não especificadas com representatividade de 8,3% cada. As doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório representaram 5,5% cada. Outras causas foram outras doenças virais, doenças infecciosas e parasitárias maternas, transtornos mentais e doenças do sistema nervoso, cardiomiopatia no puerpério, neoplasia maligna da glândula endócrina (Tabela 3).

Tabela 3- Principais causas de óbito materno. IV Regional de Saúde de Pernambuco, 2012-2014.

| <b>CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS</b>                        |          |          |
|--|----------|----------|
|  | <b>N</b> | <b>%</b> |
| Hemorragias de pós-parto imediato                        | 3        | 8,3%     |
| Causas infecciosas                                       |          |          |
| Embolias   | 3        | 8,3%     |
| Eclâmpsia/pré-eclâmpsia                                  | 3        | 8,3%     |
| Trombose/tromboflebite                                   | 3        | 8,3%     |
| Cardiopatias no puerpério                                | 2        | 5,5%     |
| Gravidez tubária   | 2        | 5,5%     |
| Outras formas de inércia uterina                         | 1        | 2,8%     |
| Outras complicações de anestesia raquidiana ou peridural | 1        | 2,8%     |
| Ruptura do útero durante o trabalho de parto             | 1        | 2,8%     |



|  |    |        |
|--|----|--------|
| Subtotal   | 20 | 55,4%  |
| <b>CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS</b>             |    |        |
|  | N  | %      |
| Doenças do aparelho digestivo                    | 3  | 8,3%   |
| Outras doenças e afecções não especificadas      | 3  | 8,3%   |
| Doenças do aparelho respiratório                 | 2  | 5,5%   |
| Doenças do aparelho circulatório                 | 2  | 5,5%   |
| Outras doenças virais                            | 1  | 2,8%   |
| Doenças infecciosas e parasitárias maternas      | 1  | 2,8%   |
| Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso | 1  | 2,8%   |
| Cardiomiopatia no puerpério                      | 1  | 2,8%   |
| Neoplasia maligna glândula endócrina             | 1  | 2,8%   |
| Anemia   | 1  | 2,8%   |
| Subtotal   | 16 | 44,4%  |
| Total  | 36 | 100,0% |

CID-10: Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

Dos 36 óbitos maternos do triênio, 88,9% tinham realizado pré-natal, 90,6% dos pré-natais foram feitos em unidades de saúde da família, 6,2% foram em estabelecimento particular e 3,2% em hospital de referência para alto risco. Quanto ao número de consultas 44,4% realizaram 7 ou mais consultas, 27,8% realizaram 4 a 6 consultas, 11,1% não fizeram o pré-natal. Das 32 mulheres do estudo que realizaram pré-natal, 75% tiveram sua primeira consulta no primeiro trimestre da gestação (Tabela 4).

**Tabela 4-** Distribuição dos óbitos segundo variáveis relacionadas ao pré-natal. IV regional de Saúde, Pernambuco, 2012-2014.

|   |    |        |
|---|----|--------|
| <b>REALIZOU O PRÉ-NATAL</b>             |    |        |
|   | N  | %      |
| Sim                                     | 32 | 88,9%  |
| Não                                     | 4  | 11,1%  |
| Total                                   | 36 | 100,0% |
| <b>LOCAL DO PRÉ-NATAL</b>               |    |        |
|   | N  | %      |
| USF                                     | 29 | 90,6%  |
| Particular                              | 2  | 6,2%   |
| Referência para alto risco              | 1  | 3,2%   |
| TOTAL                                   | 32 | 100,0% |
| <b>NÚMERO DE CONSULTAS NO PRÉ-NATAL</b> |    |        |
|   | N  | %      |

|   |    |        |
|---|----|--------|
| 7 OU +                                  | 16 | 44,4%  |
| 4 a 6                                   | 10 | 27,8%  |
| 1 a 3                                   | 5  | 13,9%  |
| Nenhuma                                 | 4  | 11,1%  |
| Ignorada                                | 1  | 2,8%   |
| TOTAL                                   | 36 | 100,0% |
| <b>IDADE GESTACIONAL NA 1º CONSULTA</b> |    |        |
|   | N  | %      |
| 1 a 3 meses                             | 24 | 75,0%  |
| 4 a 6 meses                             | 6  | 18,8%  |
| Ignorado                                | 2  | 6,3%   |
| TOTAL                                   | 32 | 100,0% |

Quanto a assistência ao parto, 81,25% dos partos ou abortos aconteceram em estabelecimento público, a gestação teve como desfecho o parto cesáreo em 56,2%, partos vaginais em 34,4% e 9,4% de abortos espontâneos dos casos (Tabela 5).

**Tabela 5-** Distribuição dos óbitos segundo variáveis relacionadas ao parto. IV Regional de Saúde, Pernambuco, 2012-2014.

| <b>TIPO DE ESTABELECIMENTO ONDE OCORRERAM PARTOS/ABORTOS</b> |    |        |
|--|----|--------|
|  | N  | %      |
| Público  | 26 | 81,25% |
| Filantropico   | 5  | 15,62% |
| Privado  | 1  | 3,10%  |
| TOTAL  | 32 | 99,97% |
| <b>COMO A GESTAÇÃO TERMINOU</b>                              |    |        |
|  | N  | %      |
| Parto vaginal  | 11 | 34,4%  |
| Parto cesáreo  | 18 | 56,2%  |
| Aborto espontâneo  | 3  | 9,4%   |
| TOTAL  | 32 | 100,0% |

Para o cálculo da Razão de Morte Materna, não foram inclusos os casos de morte materna tardia, por esse motivo, foram excluídos os 05 casos de óbito ocorridos entre o 43º dia a um ano, e 01 caso em que a investigação não identificou o momento do óbito, totalizando 30 óbitos maternos. Neste mesmo período, ocorreram 59.178 nascimentos, determinando uma Razão de Morte Materna de 50,69 por 100.000NV, com comportamento irregular anual (Tabela 6). Observa-se que em 2012 a RMM foi de 35,49/100.00NV; já no ano de 2013 houve um sobressalto deste indicador que passou a 70,9/100.00 NV, voltando a baixar em 2014, mas ainda se mantendo elevada 45,67/100.000NV. Foram utilizados dados preliminares de nascidos vivos no ano de 2014, para o cálculo da RMM.

**Tabela 6-** Óbitos maternos, nascidos vivos e razão de morte materna.

| Ano   | Óbitos maternos | Nascidos vivos | Razão de morte materna |
|-------|-----------------|----------------|------------------------|
| 2012  | 7               | 19.726         | 35,49                  |
| 2013  | 14              | 19.746         | 70,9                   |
| 2014  | 9               | 19.706         | 45,67                  |
| Total | 30              | 59.178         | 50,69                  |

## DISCUSSÃO

Observou-se que durante o triênio, 2012-2014, as notificações dos óbitos maternos, segundo dados do SIM (SVS, 2016), no Brasil e nas regiões Nordeste e Sudeste seguiram a mesma tendência de Pernambuco e da IV regional de saúde de PE, com aumento das notificações em 2013 e diminuição em 2014. Concomitante a isto houve aumento das investigações dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) em 2013, no Brasil dos 66.790 óbitos de MIF foram investigados 87,53% (BRASIL, 2015).

Verificou-se que a maior parte dos óbitos deste estudo ocorreu em hospitais. Em Júnior; Matias; Soares (2015), o óbito hospitalar chegou a 85,7%, seguido do domicílio com 8,5%. Em Correia *et al.* (2011), a quase totalidade dos óbitos ocorreu em hospitais que possuíam atendimento especializado em obstetrícia. Os mesmos autores constataram que apesar da existência de um serviço especializado, em muitos casos, a intervenção da equipe de saúde não foi suficiente para evitar o óbito devido às condições graves do internamento.

Quanto ao momento do óbito, mais da metade aconteceu no puerpério precoce, apontando que este momento crítico deve ser adequadamente assistido pela equipe de saúde no pós-parto imediato e no retorno da puérpera ao seu território, onde a mesma deve ser acompanhada pela equipe de saúde da família. O puerpério precoce foi o período de prevalência dos óbitos em vários estudos (CORREIA, et al, 2011; HERCULANO *et al.*, 2012; CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012). Segundo Herculano *et al.* (2012) é provável que a morte no puerpério se deva, em parte, à decisão tardia de buscar assistência e dificuldade de acesso à assistência médica.

Entre as causas de morte materna, no Brasil, predominam as causas obstétricas diretas (BRASIL, 2014), e foi este comportamento que se repetiu no estudo presente, assemelhando-se a outros estudos realizados no país (CORREIA, *et al.*, 2011; LEITE *et al.*, 2011; TRONCON *et al.*, 2013). Os óbitos maternos classificados como obstétricos diretos são, quase em sua totalidade, evitáveis com medidas básicas, como: assistência pré-natal de qualidade, educação em saúde com as gestantes e adequada assistência obstétrica a nível hospitalar (HERCULANO *et al.*, 2012).

A maioria das mortes maternas foram de mulheres jovens. No Piauí e em Recife, respectivamente 46,5% e 42,3% dos óbitos encontraram-se na faixa etária entre 20 a 29 anos (JÚNIOR; MATIAS; SOARES, 2015; CORREIA, *et al.*, 2011). A ocorrência do óbito neste período revela a necessidade de melhorar a assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, e, sobretudo, reforçar a detecção precoce das gestações de risco (CORREIA *et al.*, 2011).

Neste estudo também se destaca uma proporção significativa de óbitos de mulheres acima de 30 e 40 anos, em Borges (2012) o risco de morte aumentou com a idade, segundo Carreno; Bonilha; Costa, (2012), à medida que as faixas etárias se elevavam, maiores as possibilidades de morte materna. A gravidez tardia requer cuidado obstétrico rigoroso e, caso haja comorbidade associada, deve ser acompanhada por pré-natal multidisciplinar. A gestante e sua família devem ser conscientizadas dos riscos inerentes, de modo que sejam capazes de decidir sobre engravidar ou não (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

As características sociodemográficas, das gestantes, levantadas neste estudo mostram uma maioria de mulheres pardas, com pouca escolaridade, solteiras e do lar. O sub-registro foi maior para a informação escolaridade nas D.O., 16,7%, o que prejudica a avaliação deste perfil. Quanto a raça/cor outros estudos trazem resultados semelhantes a este, em Aracaju as gestantes pardas representaram 50,6% (BORGES, 2012). No Piauí 61,1% das mulheres eram pardas (JÚNIOR; MATIAS; SOARES, 2015).

Em relação ao estado civil outros estudos corroboram com este ao verificarem uma prevalência de mulheres solteiras (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012). Segundo a Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna, a prevalência

de mulheres solteiras possivelmente indica o desamparo na maternidade como contribuinte para a morte (BRASIL, 2000). A presença de um companheiro no período gravídico-puerperal provavelmente pode remeter à segurança, rapidez e acesso aos serviços de saúde mais eficazes e eficientes, tornando-se um fator de proteção relevante na redução da morbimortalidade materna (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012). Porém outros trazem resultados diferentes, no Piauí, 39% eram casadas e em Recife 49,5% viviam em união consensual (JÚNIOR; MATIAS; SOARES, 2015; CORREIA *et al* 2011).

Ao se observar as causas obstétricas diretas, nesse estudo se destacaram as hemorragias de pós-parto imediato. No Brasil as síndromes hipertensivas e hemorrágicas têm se mantido como as duas principais causas de mortalidade materna ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2014), estas mesmas causas estão entre as cinco principais em Pernambuco (PES, 2012-2015) e no Recife (LEITE *et al.*, 2011). Segundo Cecatti *et al.* (1998) as hemorragias geralmente constituem a primeira causa em populações menos favorecidas e com maior fecundidade, estando basicamente relacionadas ao atendimento institucional ao parto.

No presente estudo grande parte do pré-natal foi realizado no Sistema Único de Saúde, do total de 36 gestantes no triênio, 4 não realizaram o pré-natal, mostrando a fragilidade de captação destas mulheres pela atenção primária. Boa parte das mulheres do estudo iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), porém 25% das gestantes tiveram número de consultas insatisfatório, menos de 6 consultas, ou pré-natal não realizado. A falha no acompanhamento pré-natal pode permitir que pacientes evoluam de uma morbidade qualquer durante a gestação para situações mais graves, não interrompendo o trajeto: gestação saudável — gestação patológica (HERCULANO *et al.*, 2012).

O tipo de parto registrado com maior número de óbitos foi o cesáreo, resultado semelhante a outros trabalhos (CORREIA, *et al.*, 2011; LEITE *et al.*, 2011; HERCULANO *et al.*, 2012). Em estudo realizado numa maternidade de Fortaleza, houve associação estatisticamente significativa entre a realização de cesariana e as causas de óbito síndrome hipertensiva gestacional e infecção ( $\chi^2$ :14,406, p:0,000;  $\chi^2$ :4,021, p:0,045) (HERCULANO *et al.*, 2012).

Os resultados do estudo revelaram uma RMM elevada para a IV Regional de Saúde de Pernambuco, em relação à recomendada pela OMS que considera como aceitável uma RMM entre 10 e 20 mortes maternas por 100.000 NV (XAVIER, 2010). De forma similar aos resultados de Carreno; Bonilha; Costa (2012) a RMM na IV Regional foi elevada, mas ainda inferior a RMM brasileira. Está acima do encontrado em Fortaleza, que apresentou uma RMM de 39,75 por 100.00 NV (ÁFIO *et al.*, 2014), e abaixo de resultados encontrados por Correia *et al.* (2011) e por Marinho; Paes (2010) respectivamente em Recife (65,99/100.000 NV) e na Paraíba (62/100.000NV).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo identificaram como características epidemiológicas dos óbitos maternos, da IV Regional de Saúde de Pernambuco, a faixa etária de 20 a 29 anos de idade, nível fundamental para escolaridade, raça/cor parda e solteiras. São dados que não podem ser negligenciados no planejamento das ações que visem reduzir a mortalidade materna.

Observou-se significativa realização de pré-natal pelas mulheres do estudo, a maioria pelo SUS, realização de 7 ou mais consultas e primeira consulta durante o primeiro trimestre gestacional. Verificou-se que a maioria dos partos foi em hospitais públicos, foram partos cesáreos, e aconteceram fora do município de residência. O principal local de ocorrência dos óbitos foi hospitalar e ocorreram no puerpério de 0 a 42 dias. Com relação às causas, a maior parte foi por morte obstétrica direta; tendo destacada como causa básica a hemorragia pós-parto imediato, um sinal de alerta para a qualidade da assistência ao parto ofertada a estas mulheres.

O cenário é de valores elevados de mortalidade e uma boa cobertura do pré-natal e parto, o que leva a indagação sobre a qualidade da assistência ofertada. É imperativo garantir o planejamento familiar a todas as mulheres, um pré-natal de qualidade, e a continuação do acompanhamento da mulher na sua volta a seu território a partir da vigilância do puerpério. Investir na educação em saúde, aumentando assim a percepção da mulher sobre sua saúde e seu corpo. Assim como garantir o acesso ao parto oportuno, regionalizado, com estabelecimento de vínculo antes do término

da gestação e humanizado. Para isso é importante que haja compromisso dos gestores municipais e estadual.

São necessários estudos que possam avaliar a qualidade do atendimento institucional do parto, que identifiquem os problemas emergenciais do final da gestação e falhas da assistência pré-natal. Assim como é preciso entender quais as dificuldades da rede materno-infantil da regional de saúde e do estado.

## REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A. C. E. *et al.* Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. **RENE-Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, 2014.
- BORGES, C. L. M. S. **Epidemiologia e Gestão**: Análise da Mortalidade Materna em Aracaju, 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, 2012.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI da Mortalidade Materna. **Brasília (MS)**: Câmara dos Deputados; 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CARRENO, I.; BONILHA, A. L. de L.; COSTA, J. S. D. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev. Bras de Epidemiologia**, Vol. 15, n. 2 (2012 jun), p. 396-406, 2012.
- CECATTI, J. G. *et al.* Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 20, n. 1, p. 7-11, 1998.
- CORREIA, R. A. *et al.* Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 1, p. 91-97, 2011.

DATASUS **Mulheres em idade fértil em Pernambuco**. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppe.def> Acesso em: 11 set. 2015.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v. 40, n. 5, 2012.

HERCULANO, M. M. S. *et al.* Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.

IBGE **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação...** 2014. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2014/estimativas\\_2014\\_TCU.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf)> Acesso em: 07 ago. 2015.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea, 2014.

JUNIOR, G. F.; MATIAS, J. G.; SOARES, M. S. A. C. Perfil sócio epidemiológico dos óbitos maternos ocorridos no estado do Piauí. **Rev Interdisciplinar Ciências e Saúde-RICS**, v. 2, n. 3, 2015.

LEITE, R. M. B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil Risk factors for maternal mortality in an urban area of Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, 2011.

MARINHO, A. C. N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 732-738, 2010.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2º ed. São Paulo: Atheneu. 2009.

OMS. **CID-10** Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 8. ed. ver. e ampl. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

PAHO. **Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región**. 2014.

Disponível em:

<[http://www.paho.org/clap/index.php?view=article&catid=387%3Aclp.01-salud-de-la-mujer-reproductiva-materna-y&id=220%3Areduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&format=pdf&option=com\\_content&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?view=article&catid=387%3Aclp.01-salud-de-la-mujer-reproductiva-materna-y&id=220%3Areduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&format=pdf&option=com_content&lang=es)> Acesso em: 28 ago 2015.

PES 2012-2015. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Geral de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. 1. ed. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.

SVS **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna** Disponível em:<

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>> Acesso em: 29 mar 2016.

TRONCON, J. K. *et al.* Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 35, n. 9, p. 388-393, 2013.



VICTORA *et al.* **Saúde no Brasil 2**. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet, 2011 Disponível em: <<http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Disciplinas/Saude%20Materna%20Infantil.pdf>> acesso em: 13 set. 2015.

XAVIER, S. B. **Mortalidade materna em Pernambuco**: uma revisão de literatura. Recife: S. B. Xavier, 2010.