

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

JADSON JOÃO FERREIRA FERREIRA
JUANITA ANDRÉA LOPES PINHEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTE MATERNA NO ESTADO DO PARÁ NO
PERÍODO DE 2007 A 2011**

Belém/PA
2013

JADSON JOÃO FERREIRA FERREIRA
JUANITA ANDRÉA LOPES PINHEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTE MATERNA NO ESTADO DO PARÁ NO
PERÍODO DE 2007 A 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a M. Sc. Maria Amélia Fadul Bitar.

Belém/PA
2013

JADSON JOÃO FERREIRA FERREIRA
JUANITA ANDRÉA LOPES PINHEIRO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTE MATERNA NO ESTADO DO PARÁ NO
PERÍODO DE 2007 A 2011**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Enfermagem, do Instituto de Ciências
da Saúde, da Universidade Federal do Pará para
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob
orientação da Prof.^a M. Sc. Maria Amélia Fadul Bitar.

Data de aprovação: ____/____/____

Conceito: _____

Banca Examinadora:

_____ - Orientadora

Maria Amélia Fadul Bitar
Mestra em Enfermagem pela UFPA
Professora Adjunta da UFPA

Jacira Nunes Carvalho
Doutora em Enfermagem pela UFSC
Professora Associada da UFPA

Hilma Solange Lopes Souza
Mestranda do Núcleo de Medicina Tropical na UFPA
Professora Associada da UFPA

Belém/PA
2013

Dedicamos esse trabalho aos nossos familiares, em especial aos nossos pais, que nunca mediram esforços para que chegássemos até aqui, que sempre estiveram ao nosso lado, nos apoiando e encorajando para que realizássemos esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Eu, Jadson João Ferreira Ferreira, agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada sou, por ter me concedido sabedoria, discernimento e acima de tudo humildade para transpor as barreiras que encontrei ao longo desses anos e por me permitir exercer essa profissão tão bonita.

Aos meus amados pais João Silva Ferreira Neto e Julieta Ferreira Ferreira, por estarem sempre ao meu lado, apoiando-me e incentivando-me em minhas decisões, tão dedicados e amorosos, capazes dos maiores esforços para que eu estudasse. Como pais privaram-se diversas vezes de seus próprios sonhos para que eu pudesse realizar o meu, e conseguisse completar mais essa etapa.

As minhas irmã Ederminda Cristina, Keliane do Socorro e Patrícia Juliene, por todo carinho, apoio, companheirismo e por todas as palavras de incentivo que sempre me deram força para que eu jamais desistisse de lutar.

Aos meus sobrinhos, Jhullyanna, Fernando, Felipe, Inês, Fernanda, Heráclito e Ingrid, pelos quais rezo todos os dias a Deus, para que sejam pessoas de bem.

A minha Tia Ana Maria, por se fazer presente em todos os momentos, pelo apoio e dedicação em todos esses anos.

Aos tios Osvaldo Cunha e Maria Tereza, que me acolheram em sua residência durante todos esses anos, fazendo-me sentir como se estivesse em minha própria casa.

A todos meus Familiares, Avós, Tios, Primos e afilhados, que sempre estiveram comigo ao longo desses anos.

A minha Amiga e parceira de TCC Andreia Pinheiro, pela cumplicidade e amizade durante esses anos e que jamais será esquecida.

A todos os meus amigos, que sempre me ajudaram e me deram apoio nas horas de dificuldades, Enfim a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que eu conseguisse alcançar meu objetivo.

A todos o meu muito obrigado.

Eu, Juanita Andréa Lopes Pinheiro, agradeço a Deus, que é tão bondoso para comigo, que me concedeu o dom do cuidar e me colocou nesta linda profissão, obrigada!

À meus pais, que me fizeram o ser generoso e de caráter que sou hoje, em especial minha mãe, não mais importante que meu pai, porém a mais cuidadosa, a vocês meus agradecimentos.

À meu irmão, grande amigo e incentivador, mesmo distante.

Aos meus amados amigos que caminharam comigo desde muito antes desta graduação, saibam o quanto são amados e como eu agradeço o apoio.

Aos meus Best's que foram minha alegria e me cederam os melhores momentos nesta graduação, amo vocês.

Ao meu companheiro de TCC, obrigado pelo companheirismo.

Aos meus mestres, queridos professores e incentivadores do pensamento, queria dizer-lhes que todo conhecimento cedido foi de bom proveito e saberei usá-los, muito obrigado.

Aos pacientes que pude acompanhar e aplicar os conhecimentos obtidos.

O IRMÃO: UM DOM, UMA “OPORTUNIDADE”.
Justamente quando você se põe em contato com o irmão, coloca-se em contato direto com Deus, porque no irmão, você encontra um membro do corpo místico. E então, passa-se “da morte para a vida”.

Chiara Lubic

RESUMO

A mortalidade materna é definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, e representa um importante indicador de saúde, pois sua ocorrência reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher em uma dada população, fornece informações sobre o desempenho dos serviços de saúde e as iniquidades existentes entre os diferentes estratos socioeconômicos. Nesta perspectiva o trabalho evidenciou o perfil epidemiológico de morte materna de mulheres em idade reprodutiva no Estado do Pará no período de 2007 a 2011. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de cunho quantitativo e de caráter retrospectivo. O estudo foi realizado através dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de estado de Saúde Pública do Pará, SESPA. Para análise dos resultados utilizou-se as frequências simples e relativa das variáveis categóricas (número total de óbitos, faixa etária, cor, escolaridade e causa do óbito) e cálculos da Razão da Mortalidade Materna bruta. A descrição das variáveis deu-se em números e percentagens expressos em forma de tabelas e quadros. Os resultados revelaram que a razão de mortalidade materna foram maiores nos anos de 2011 (60,57) e 2007 (58,60), os óbitos predominaram na faixa etária de 20 a 29 anos (44,63%), em mulheres pardas (76,83%) e de 4 a 7 anos de estudo (35,85%), as principais causas foram a hipertensão, síndromes hemorrágicas e infecções com os respectivos percentuais em relação ao número total de óbitos, (31,95%), (11,46%) e (7,80%). Conclui-se que redução da morte materna, além da vontade política, necessita da capacitação dos profissionais da área da saúde, para um diagnóstico precoce da vulnerabilidade da gestante e o acionamento de medidas que evitem a ocorrência da morte materna.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Morte materna. Enfermagem.

ABSTRACT

Maternal mortality is defined as death of a woman during pregnancy or up to 42 days after the end of this, and is an important indicator of health because its occurrence reflects the quality of health care of women in a given population, provides information on the performance of health services and the inequities that exist between different socioeconomic strata. In this perspective the work showed the epidemiological profile of maternal death in women of reproductive age in the state of Pará in the period 2007-2011. This is a descriptive study, a quantitative cross-sectional and retrospective. The study was conducted using data provided by the Mortality Information System of the Department of Public Health State of Pará, SESPA. For data analysis we used the simple and relative frequencies of categorical variables (total number of deaths, age, color, education and cause of death) and calculations of the Maternal Mortality Ratio of gross. The description of the variables given in numbers and percentages expressed in the form of tables and charts. The results revealed that the maternal mortality ratio were higher in the years 2011 (60.57) and 2007 (58.60), deaths predominated aged 20-29 years (44.63%), in skinned women (76.83%) and 4-7 years of education (35.85%), the main causes were hypertension, hemorrhagic syndromes and infection with the respective percentage of the total number of deaths (31.95%), (11.46%) and (7.80%). We conclude that reducing maternal mortality, in addition to political will, requires the training of health professionals, for early diagnosis of the vulnerability of pregnant and operating measures to avoid the occurrence of maternal death.

Keywords: Epidemiology. Maternal Death. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	TEMA EM ESTUDO.....	10
1.2	JUSTIFICATIVA.....	11
1.3	PROBLEMA.....	12
1.4	OBJETIVOS.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	MORTALIDADE MATERNA.....	13
2.2	CONCEITOS BÁSICOS.....	13
2.3	PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA.....	18
2.3.1	Síndromes hemorrágicas	19
2.3.2	Abortamento	20
2.3.3	Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)	20
2.3.4	Infecção Puerperal	21
2.4	SISTEMA DE INFORMAÇÃO E O REGISTRO DE MORTALIDADE MATERNA.....	22
2.5	ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA.....	26
2.5.1	Vigilância Epidemiológica	27
2.5.2	Comitês de Mortalidade Materna	28
2.6	A ENFERMAGEM FRENTE A MORTALIDADE MATERNA.....	31
3	METODOLOGIA	32
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	33
3.3	FONTE DE INFORMAÇÃO.....	33
3.4	COLETA DE DADOS.....	33
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	34
3.7	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS.....	43
	ANEXO A.....	47
	APÊNDICE A.....	48
	RECOMENDAÇÕES.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA EM ESTUDO

A mortalidade materna é um bom indicador de saúde da população feminina, bem como indicador de iniquidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a morte materna 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. De fato, os níveis de mortalidade materna mostram grande disparidade ao se comparar diferentes níveis de desenvolvimento entre países ou regiões. E por sua vez é uma das mais graves violações dos direitos humanos de mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Mais de 350 mil mulheres morrem anualmente de complicações durante a gravidez ou o parto. As taxas de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos. (BRASIL, 2007).

Esta realidade tem preocupado os profissionais de saúde, gestores, as instituições e serviços ligados a questões sociais e políticas da mulher e de certa forma vêm impulsionando algumas discussões e estratégias na busca de soluções para o enfrentamento deste problema, tendo em vista a grande repercussão psicossocial e econômica da Mortalidade Materna para a família e o seu entorno.

Levantar discussões acerca de Mortalidade Materna é de extrema relevância, considerando o grande contingente de mulheres que morrem em fase economicamente produtiva, deixando o órfão e outros familiares, que por sua vez dependiam dela, podendo acarretar a desagregação familiar e o comprometimento do desenvolvimento dos filhos, principalmente os menores de cinco anos.

É importante salientar que a Morte Materna é um fenômeno evitável em 98% dos casos, e a sua evitabilidade está associada aos fatores relacionados às condições dos serviços de saúde, do estado geral da mulher e das equipes responsáveis pela assistência (BRASIL, 2000).

No Brasil a redução da mortalidade materna ainda é encarada como um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Isso dar-se devido a altas taxas encontradas que se configuram como um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, tendo sua maior prevalência, entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Ciente dessa realidade, o Governo Brasileiro tem assinado acordos e tratados internacionais. Durante a realização da reunião da Cúpula do Milênio em 2000, líderes de 191 países, incluindo o Brasil, assinaram um compromisso para 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 (ODMs), entre as quais destaca-se a redução da mortalidade materna. (BRASIL, 2009).

No Brasil, em 2006, a razão de Mortalidade Materna obtida a partir da declaração de óbitos, foi de 55 óbitos por 100 mil nascidos vivos. E as maiores razões de mortalidade materna são encontradas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. (BRASIL, 2009). Os Índices aceitáveis são de 16 óbitos por 100 mil nascidos vivos, conforme o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo Soares, et al (2005) o valor máximo aceito pela OMS para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (NV). Os Dados Oficiais no Brasil são de quase cinco vezes mais que o recomendado pela ONU. Sendo que a estimativa de morte materna no mundo é de 600.000 anualmente durante o ciclo gravídico-puerperal (uma morte materna por minuto), e que 99% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento. Esses países são responsáveis. (COSTA, et al, 2002).

No Pará, a Razão de Mortalidade Materna (RMM), calculada a partir dos óbitos maternos ocorridos de janeiro de 2006 a dezembro de 2010, foi de 51,91 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV). De acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (1999), essa RMM é considerada alta e além do preconizado pela mesma. (BOTELHO, et al, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA

Este estudo visa sensibilizar os profissionais de enfermagem, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico da mortalidade materna no Estado do Pará e

chamá-los a percepção de que a responsabilidade é o compromisso de seus serviços sobre a saúde da população, neste caso, sobre a morte materna, com o propósito de identificar os problemas, estratégias e medidas de prevenção desse tipo de óbito que, em sua maioria, são evitáveis. Assim fornecer subsídios aos profissionais de enfermagem, com intuito de identificar as ações de prevenção para o alcance dos ganhos na redução da morte materna, colaborando para que o país diminua as suas desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência materna.

1.3 PROBLEMA

O interesse em desenvolver este projeto surgiu a partir da leitura de um artigo divulgado no Jornal Liberal sobre o índice elevado de mortalidade materna no estado do Pará.

Segundo o artigo, dados do Departamento Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA) revelam que, em 2011, a taxa de mortalidade materna no Pará foi de 57 óbitos para cada 100 mil nascidos, a maioria de mães com idade entre 19 e 30 anos. É um número alto, visto que o valor máximo aceito pela OMS para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (NV).

1.4 OBJETIVOS

Traçar o perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Pará no período de 2007 a 2011, de acordo com as variáveis: número de óbitos, idade, escolaridade, raça/cor e principais causas de morte materna.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MORTALIDADE MATERNA

Para a análise da Mortalidade Materna no Estado do Pará, de 2007 a 2011, foi de fundamental importância resgatar o conceito de Mortalidade Materna estabelecido pela OMS, as principais causas de mortalidade registradas na literatura, além de uma abordagem sobre o Sistema de Informação em Saúde (SIS) e das Metas estabelecidas para a redução desse indicador.

2.2 CONCEITOS BÁSICOS

As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal. Hoje, com todo esse desenvolvimento, tornou-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos às mulheres, levando-as à morte (BRASIL, 2007).

Conforme definição da OMS em 1975, morte materna é "a morte da mulher durante a gestação ou num período de até 42 dias após seu término, independente da duração ou localização da gravidez, e por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação" (NEME, 2006).

A mortalidade materna pode ser classificada em dois grupos: óbitos por causas diretas e óbitos por causas indiretas. O primeiro grupo está relacionado às mortes causadas por complicações na gravidez, parto e puerpério, intervenções, omissões ou tratamento incorreto. Neste grupo ainda estão inseridas as mortes por infecções, hemorragias, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), e representam a principal causa de morte materna nos países em desenvolvimento. O segundo grupo refere-se às mortes maternas que tiveram como causa enfermidades pré-existentes ou que surgiram durante a gravidez, parto ou puerpério que se agravaram devido adaptação do organismo da mulher à gravidez (ex.: cardiopatias, colagenoses e outras doenças crônicas). (COSTA, et al, 2002).

Segundo Rezende (2008), as mortes maternas em todo o mundo estão relacionadas diretamente com o parto e o pós-parto imediato, sendo que a hemorragia obstétrica desponta como a principal causa de óbito. Segundo a OMS as maiores causas de morte materna no mundo são hemorragias, hipertensão, infecção

e abortamento. Neste caso os abortamentos em algumas áreas do mundo decorrem das leis restritivas que levam ao abortamento criminoso.

A hipertensão arterial é a primeira entre as quatro principais causas de mortes na gravidez, correspondendo a 13,8 casos para cada grupo de 100 mil nascidos vivos, apesar de ter sido registrada queda de 66% em dez anos. Em seguida, aparecem hemorragia, infecções pós-parto, aborto e doenças no aparelho circulatório (AGÊNCIA, 2012).

Ressalta-se ainda, outros conceitos que poderão contribuir para a análise dos resultados deste estudo, a saber: Morte Materna Não Obstétrica é “aquela resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo”. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna. (BRASIL, 2007).

Durante o processo de preparação da CID-10, foi criada a categoria 096, para definir a Morte Materna Tardia: “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”. A morte materna também pode ser conceituada conforme o registro de causa básica na Declaração de Óbito (DO), assim, refere como Morte Materna Declarada “quando a causa especificada na DO menciona claramente o estado gravídico-puerperal por ocasião do óbito”. E Morte Materna não declarada, quando na declaração de óbito não consta nenhuma referência de gravidez, parto e puerpério por ocasião do óbito, e após investigação do prontuário, visitas domiciliares, necropsias ou outros meios, fica evidente o estado gravídico-puerperal. (BRASIL, 2007).

O Manual de Mortalidade materna do Ministério da Saúde (2007) fala que encontra-se a conceituação de Morte Materna Presumível ou Mascarada, que corresponde às DOs que não constam informações suficientes para concluir a existência de óbito materno, pela causa básica, por isso, em geral o diagnóstico de uma complicação como causa terminal, impedindo a identificação do óbito materno.

Como forma de sinalizar a identificação destas mortes na busca ativa dos óbitos maternos, o Manual dos Comitês (BRASIL, 2007) relaciona uma lista que se segue:

Acidente Vascular Cerebral; Broncopneumonia; Causa desconhecida; Choque, choque hipovolêmico, choque endotóxico, choque neurogênico, choque séptico; Coagulação intravascular disseminada; Crise convulsiva;

Edema agudo de pulmão; Embolia pulmonar; Endometrite; Epilepsia; Falência miocárdica; Hipertensão arterial; Hipertensão intracraniana aguda; Infarto agudo do miocárdio; Hemorragia; Insuficiência cardíaca congestiva; Insuficiência cardíaca por estenose mitral; Insuficiência hepática aguda; Insuficiência renal aguda; Miocardiopatia; Morte sem assistência médica; Peritonite; Pneumonia; Septcemia; Tromboembolismo; Parada cardíaca e Pelviperitonite. (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2007), conceitua-se ainda mortalidade de mulher em idade fértil que “corresponde aos óbitos de mulheres na faixa de 15 a 49 anos de idade”. A definição brasileira de idade fértil com base na experiência dos Comitês de Morte Materna, das estatísticas de registros vitais e procedimentos médicos realizados, revela a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos, portanto, nos estudos nacionais o início da idade fértil é considerado a partir dos 10 anos de idade. Quanto ao término da idade reprodutiva, é quase consenso na idade de 49 anos para definir o término da idade reprodutiva. Definiu-se ainda o abortamento “expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 20 semanas de gestação, tendo ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido”. Há também, a conceituação de Morte Relacionada à Gravidez: “é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito” (BRASIL, 2007).

A medida oficial de mortalidade materna preconizada pela OMS é a taxa (ou razão) *de* mortalidade materna (TMM), que relaciona os óbitos resultantes de eventos ou complicações da gravidez, parto e puerpério (mortes maternas obstétricas) com o número de nascidos vivos (NV), em uma determinada área geográfica e período de tempo (um ano), devendo ser expresso por 100.000 NV. (BOYACIYAN, 2000).

No cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM) devem ser consideradas as mortes classificadas no capítulo XV da CID-10, com exceção dos códigos 096 e 097 que se referem à Morte Materna Tardia e Morte por Sequela de Causa Obstétrica Direta. O cálculo da RMM pode ser expresso com a seguinte fórmula:

$$RMM = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de óbitos maternos (diretos, indiretos e não especificados)}}{\text{n}^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$$

Obs.: deve ser feito sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o. Seu resultado multiplicado por k (segundo padrão internacional adotado, $k = 100.000$)

Pode-se calcular ainda a RMM específica segundo um amplo conjunto de variáveis relacionadas às características da mulher (grupo etário, cor/raça, local de residência etc.) ou do óbito (causa específica, local de ocorrência, entre outras) (BRASIL, 2007).

A RMM é o indicador por excelência na medição da mortalidade materna. A baixa qualidade das informações, entretanto, impede que esse indicador traduza a verdadeira magnitude do problema. Estudos revelam que, mesmo em regiões ou países com boa cobertura de registros ou que se encontram na condição de desenvolvidos, o número de mortes devido à gravidez e suas complicações ainda é subestimado, embora com menor intensidade que nos países em desenvolvimento (MOTA, 2008).

A mortalidade materna constitui a figura do quadro sócio-político-cultural da sociedade, relacionando-se à disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde existentes e fatores biológicos das gestantes (ALENCAR JUNIOR, 2006).

No Brasil, a mortalidade materna tem sido motivo de preocupação das autoridades de saúde, em nível federal, estadual e municipal. Em grande número de municípios, há “Comissões de Estudo e Prevenção de Mortes Maternas”, que investigam os casos de morte materna declarada ou suspeita, sendo que, em muitos deles, são pesquisadas todas as mortes de mulheres em idade fértil. (BRASIL, 2007).

No Brasil, as dificuldades em mensurar a mortalidade materna têm sido amplamente discutidas e documentadas (BRASIL, 2006). As imprecisões no registro das causas de morte geram subinformação dos óbitos maternos, o que demanda a adoção de “fatores de correção”. Há duas décadas, o Ministério da Saúde promove a realização de estudos para estimar esses fatores, com a aplicação do Método Ramos – *Reproductive Age Mortality Survey* Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação da saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 205. Essa metodologia identifica e investiga as causas de todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva em área e população definidas, usando múltiplas fontes de dados (registros em prontuários, laudos de necropsia, entrevistas com familiares e redes sociais da mulher falecida,

entrevistas com profissionais de saúde, com parteiras tradicionais, com funcionários de cemitérios e de cartórios etc. (ESCALANTE et al, 2007).

Diversos são os fatores que influenciam a fase reprodutiva da mulher, e contribuem para o óbito materno. Dentre esses fatores, devemos citar os aspectos socioeconômicos, pois uma população de baixa renda está sabidamente propensa à evolução de patologias, seja pela dificuldade de cuidados médicos, ou estado nutricional orgânico que favoreça essa situação. (NEME, 2006).

Teoricamente a assistência pré-natal de qualidade, de fácil acesso, poderia reconhecer precocemente os sinais ou os fatores de risco para morbidade e mortalidade materna, fazendo que, dessa forma, as intervenções apropriadas fossem tomadas. (ALENCAR JÚNIOR, 2006).

Com menor destaque, porém com grande importância, podemos citar a via de parto como um fator contribuinte para morte materna, visto que, segundo Neme (2005), a via vaginal apresenta menor risco de morte materna se comparada à cesárea. Se considerar os níveis a que têm se chegado os índices de cesáreas em no Brasil, este fato poderia representar contribuição para a alta mortalidade materna. Também a idade materna nos extremos da vida reprodutiva e a grande multiparidade constituem fatores de mau prognóstico e que promover alterações negativas sobre a mortalidade materna.

Kale, et al. (2003) diz que muitos problemas vêm sendo relacionados à gestação na adolescência, sendo o mais grave deles, é a morte relacionada à gravidez, parto ou puerpério. Os autores ainda citam que, inúmeros países em desenvolvimento têm a mortalidade materna entre as três principais causas de morte em adolescentes. No estudo desenvolvido em uma maternidade de um hospital de Porto Alegre/RS, mesmo entre as adolescentes que compareceram a um número mínimo de consultas, foi identificado o início tardio do acompanhamento pré-natal, o que diminui a oportunidade de diagnóstico e tratamento precoce de patologias obstétricas.

Xavier (2010) cita que conhecimento atual sobre o número de mulheres que morrem por complicações da gestação, parto e puerpério no Brasil, é obtido na grande maioria das vezes por estatísticas oficiais ou por estudos em instituições hospitalares, que não refletem a real magnitude do problema. É unânime, em todo o País, a constatação das dificuldades de obtenção de dados oficiais confiáveis sobre

a mortalidade materna, principalmente pela má qualidade dos registros encontrados nos hospitais de referência dos grandes centros urbanos.

Vale enfatizar a importância do preenchimento correto da DO pelos médicos, evitando as máscaras e identificando os fatores que realmente ocasionaram o quadro patológico, sem os quais não ocorreria a morte. Assim, seria possível identificar o óbito materno, definir o perfil da mortalidade e elaborar políticas de combate às suas causas com maior eficiência (BRASIL, 2007).

Entre as estratégias governamentais brasileiras para dimensionar o problema e identificar seus determinantes, estão: a Portaria MS nº 653, publicada na edição do Diário Oficial da União de 30 de maio de 2003, que obriga, de forma compulsória, as Secretarias de Estado e Municipais a notificarem ao Ministério da Saúde os casos de morte durante e após a gravidez; e a Portaria MS nº 1.172, publicada na edição do Diário Oficial da União de 17 de junho de 2004, que estabelece a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna como uma das atribuições do Município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades (MOTA, 2008).

Segundo Alencar Júnior (2006), no contexto de tamanha gravidade, a busca de caminhos e soluções para enfrentar esse insistente problema da mortalidade das mulheres durante o processo fisiológico da gravidez e parto continua sendo necessária. A identificação e implantação de intervenções efetivas na redução da mortalidade materna, durante o pré-natal e, preferencialmente, no parto, quando predominam as mortes, devem ser prioridades do governo e da própria sociedade. Várias estratégias têm sido relacionadas para resolução do problema, incluindo um adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, a implantação dos comitês de mortalidade materna, o planejamento familiar, a assistência pré-natal, a utilização de parteiras tradicionais em determinados contextos, o uso de tecnologias apropriadas, o atendimento profissional capacitado e a atenção institucional ao parto.

2.3 PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA

A identificação das causas de mortalidade materna permite evidenciar os aspectos de atenção à saúde da mulher, que apresentam falhas. Assim, as complicações hemorrágicas e infecções estariam relacionadas a falhas de

assistência ao parto, ao puerpério e à estrutura hospitalar, enquanto que o abortamento e a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) situam-se mais na atenção ao planejamento familiar e pré-natal, respectivamente. (BRASIL, 2010).

As causas de morte materna podem ser categorizadas da seguinte forma: Mortes maternas por causas diretas correspondem às mortes por abortamento, doença hipertensiva específica da gravidez, Síndromes Hemorrágicas anteriores ou posterior ao parto, septicemia. Resultam de complicações da própria gestação, parto e puerpério. Mortes maternas por causas indiretas correspondem às mortes por Anemia Falciforme, Cardiopatias, Diabetes, ou seja, resultam de doenças não específicas da gravidez, mas que se agravam com as alterações fisiológicas ocorridas na gestação. Mortes maternas por causas não relacionadas incluem os óbitos durante a gravidez, parto e puerpério, que não foram determinados pelo estado gravídico-puerperal. Chama-se atenção, pois estes óbitos não entram nos cálculos de mortalidade materna. (BRASIL, 2009).

2.3.1 Síndromes Hemorrágicas

Entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias. Podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico. (BRASIL, 2010).

Para se analisar a mortalidade materna por síndromes hemorrágicas, deve-se considerar a condição socioeconômica da mulher, e o tipo de assistência prestada a ela, pois estas síndromes são de características variadas.

Segundo Gomes (1999), as síndromes hemorrágicas são classificadas em direta e indireta. Mortes maternas por causas hemorrágicas obstétricas diretas correspondem às complicações da gravidez por abortamento, Gravidez Ectópica, rotura uterina, placenta prévia, Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Quanto às complicações de parto, tem-se: operação cesareana, traumas obstétricos e patologias do terceiro e quarto período, rotura uterina e DPP. Nas complicações do puerpério registra-se atonia uterina, discrasia sanguínea das mortes maternas por causas obstétricas hemorrágicas indiretas, que correspondem à rotura de vasos intra e extra peritoneais.

2.3.2 Abortamento

As complicações do aborto são importantes causas de morbidade e mortalidade das mulheres, principalmente nos países em desenvolvimento. No entanto, sabe-se que a incidência da morbidade relacionada com o aborto provocado em condições precárias é alta e que tais dados são mais difíceis de obter do que aqueles relativos à mortalidade (DOMINGOS, et al, 2010).

A legislação brasileira só permite a realização de abortos que tratam de risco de morte para a mulher ou de gravidez resultante de estupro, porém, segundo estimativas da OMS, metade das gestações são indesejadas e uma a cada nove mulheres recorrem ao abortamento. No Brasil os cálculos mostram que o índice de abortamento é de 31%. Ocorrem aproximadamente, 1,44 milhões de abortos espontâneos e inseguros no país, com taxa de 3,7% para cada 100 mulheres de 15 a 49 anos. (BRASIL, 2012).

A morte por aborto é então classificada como morte materna direta, em sua maioria evitável e cujos níveis de cobertura são baixos, tanto em relação à omissão de seu registro em cartório⁵ (sub-registro), observado principalmente em regiões como o norte e o nordeste do Brasil, como em relação ao preenchimento correto da causa básica ou causa principal do óbito (sub-informação) este, um fenômeno mais universal e com características distintas para cada região. Uma morte cuja causa básica foi um aborto, portanto, acaba sendo menos declarada que as mortes consequentes a hemorragias ou eclâmpsias, porque estas mesmo evitáveis, não sofrem os efeitos dos fatores morais, culturais e religiosos, fatores estes que muitas vezes escapam à objetividade dos métodos de mensuração mais comuns como os inquéritos e as pesquisas quantitativas, por exemplo. E dessa forma, as mortes consequentes a abortos contribuem significativamente para aumentar os níveis de sub-registro e sub-informação das mortes classificadas como maternas. (VALONGUEIRO, 2003).

2.3.3 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal ocupando o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal.

A DHEG, também denominada pré-eclâmpsia, é caracterizada pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. É uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, impondo, desta forma, assistência pré-natal de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variáveis. Os autores enfatizam a atenção especial que se deve ter ao ganho de peso da gestante, quando este se apresentar maior do que o esperado. A Hipertensão Arterial, em gestantes, é definida pela presença de pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg e para ser constatada, devem ser realizadas duas aferições com um intervalo de 4 horas, a paciente deve estar sentada, evitando assim a compressão da veia cava pelo útero grávido. (OLIVEIRA, et al, 2005).

As síndromes hipertensivas da gravidez mantêm-se como as principais causas de mortalidade materna, assim como determinam significativo incremento da morbidade e mortalidade perinatal. As complicações maternas mais frequentes são a síndrome Hellp, eclâmpsia, insuficiência renal em situações mais graves. Com a evolução da doença, há um comprometimento da perfusão de vários órgãos, como placenta, rins, fígado, cérebro e pulmões. A ocorrência de hipertensão arterial na gravidez é uma das complicações que contribuem para o aumento da ocorrência do óbito. Essa associação é frequente, com prevalência de aproximadamente 10% na população obstétrica. Nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, constitui-se numa das principais causas de mortalidade materna. (ALMEIDA, 2005).

No Pará a hipertensão é a principal causa de morte entre gestantes. É o que revela uma pesquisa do Ministério da Saúde (MS). No estado, 29,5% dos casos de mortalidade materna estão relacionados a casos de pressão alta. Outros 9% das mortes ocorrem por hemorragia, 5,1% por infecções pós-parto, 3,8% por problemas com a circulação sanguínea e 2,6% por situações relacionadas ao aborto, dados de 2012. (BRASIL, 2012).

2.3.4 Infecção Puerperal

Gestantes estão predispostas a comuns infecções (por exemplo, pielonefrite, pneumonia, apendicite), assim como infecções específicas da gestação (por exemplo, a corioamnionite, endometriites), que podem culminar em quadros de infecções. (SANTOS, 2008).

Estima-se que a infecção puerperal seja responsável por cerca de um terço dos óbitos maternos em países desenvolvidos. De acordo com o instituto americano *Centers for Disease Control* (CDC), denomina-se infecção puerperal qualquer isolamento de microorganismo na cavidade uterina, elevação de temperatura igual a 38°C no período após o parto recente (excluindo o 1º dia), presença de taquicardia consistente e súbita, drenagem uterina purulenta e dor abdominal acompanhada de hipersensibilidade do útero, útero amolecido e hipoinvoluído (FEBRASGO, 2011).

2.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O REGISTRO DE MORTALIDADE MATERNA

A informação é um instrumento da gestão fundamental para que se possa planejar, implementar e avaliar todas as ações em saúde. Desta forma, deve existir uma preocupação com o processo de construção da informação para que ela possa expressar a situação a que se refere.

Segundo Mendes et al (2000), a construção de indicadores a partir de referências e critérios, pode nos fornecer informações sobre as condições de saúde de uma determinada população, além de serem utilizados como instrumentos para o diagnóstico no setor saúde. Nos indicadores, a informação deve ser trabalhada a partir de uma noção de sistema, ou seja, os Sistemas de Informação em Saúde, permitindo, assim, a produção e o manuseio de diferentes indicadores de saúde, que proporcionem uma intervenção mais efetiva nos problemas de saúde da população.

Segundo o mesmo autor o SIS depende da construção de indicadores, devendo possuir as seguintes características: simplicidade, robustez, validade, sinteticidade, discriminabilidade e disponibilidade.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), assim como no conceito de informação, revelam que na definição e na interpretação dos indicadores há um referencial, um paradigma, o qual também estará refletido nas formas de intervenção nos problemas de saúde.

O SIS permite que se faça a produção e o manuseio de diferentes indicadores, e pode ser classificado em Assistenciais, que compreendem o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e em Epidemiológicos, que compreendem o Sistema de Informações de Mortalidade

(SIM), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

Outro aspecto observado no SIS é relativo à falta de unicidade no diálogo entre os sistemas de informação, isto ocorre mesmo entre os SIS, visto que as produções ambulatoriais e hospitalares não podem ser cruzadas, pois não existe um único cadastro ou nome de unidade.

São apontados alguns problemas quanto à utilização do SIS, como carência de meios que garantam uma maior agregação, compatibilização e fidedignidade da informação; ainda cabe referir a existência de diferentes agências produtoras de informação gerando muitas vezes duplicidade de dados, além de divergências conceituais.

Mesmo apresentado inúmeras imperfeições, isso não invalidam a utilização das. Estatísticas, a exemplo do SIM que nos permite a obter dados e traçar um diagnóstico sobre as condições de vida de uma população, através da identificação dos principais agravos à saúde e das condições dos serviços assistenciais.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, que tem como objetivo captar dados sobre os óbitos do país foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975, envolvendo alguns estados que já coletavam essas informações, com o ajuste dos respectivos sistemas, e todos os municípios de capital. Essa iniciativa estava inserida no conjunto definido como básico e essencial para a criação de um sistema de vigilância epidemiológica para o país com o intuito de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional. (BRASIL, 2009)

De acordo com o guia de vigilância epidemiológica de óbito materno, no Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada a gestação, ao parto ou ao puerperio. (BRASIL, 2009, p. 7).

Isto ocorre pelo desconhecimento por parte de alguns profissionais em especial os médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-

registro e a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de informação da população quanto a importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009, p. 7).

Alguns estudos vêm demonstrados a existência do sub-registro de mortes maternas quando comparadas as estatísticas oficiais com as investigações de óbitos de mulheres em idade fértil. Este problema diz respeito tanto aos países desenvolvidos quanto aos em desenvolvimento, sendo, entretanto, mais importante nos países em desenvolvimento. E quase todos são unânimes inadequações das informações sobre as causas em apontar a imprecisão ou das mortes nas Declarações de Óbito (DO) como o fator relevante na geração do sub-registro, informando-se apenas os eventos terminais sem o correto preenchimento da causa básica ou sem referência ao estado gestacional. (THEME FILHA et al, 2008).

A frequente subnotificação de óbitos maternos é diretamente atribuída ao desconhecimento das regras de preenchimento da Declaração de Óbito e de sua importância nas estatísticas vitais, e também ao ocultamento da causa real das mortes maternas por possibilidade de associação à negligência, imperícia ou o possível ato ilegal. (SOARES et al, 2005).

A documentação padrão do SIM é a DO (Declaração de Óbito) que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos e atender aos princípios de cidadania além de servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde. A legislação vigente sobre eventos vitais (como o nascimento e o óbito) determina que:

Nenhum enterramento será feito sem certidão do Oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrario, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. (BRASIL, 1973).

A declaração de óbito é um documento oficial que serve para comprovar a morte de um indivíduo e tem como finalidades básicas: cumprir as exigências legais de registro dos óbitos e servir de fonte de dados para estatísticas sanitárias (BRASIL, 2009).

Segundo o mesmo manual, a DO deve ser preenchida para todos os óbitos, incluindo os óbitos fetais, ocorridos tanto nos estabelecimentos de saúde, domicílios quanto em outros locais, e todas as informações contidas na DO e de inteira responsabilidade do médico em conformidade com a resolução do Conselho Federal de Medicina no 1779/2005 Artigo 1º. “O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito e da responsabilidade do médico que atestou a morte” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005, p.121).

Portanto, o médico em hipótese alguma devem assinar uma DO em branco ou deixa-la previamente assinada e ainda deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos.

A declaração de óbito é composta de nove blocos e totaliza sessenta e duas variáveis:

Bloco I - Cartório: com seis variáveis
 Bloco II - Identificação: com 14 variáveis
 Bloco III - Residência: com cinco variáveis
 Bloco IV - Ocorrência: com sete variáveis
 Bloco V - Óbito Fetal ou menor de um ano: com 10 variáveis
 Bloco VI - Condições e Causas do óbito: com sete variáveis
 Bloco VII - Médico: com seis variáveis
 Bloco VIII - Causas Externas: com cinco variáveis
 Bloco IX - Localidade sem Médico: com duas variáveis.
 (BRASIL, 2001, p. 27).

A declaração de óbitos é emitida em três vias devidamente pré-numeradas sequencialmente pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Fundação Nacional de Saúde. (BRASIL, 2009).

O destino de cada uma das três vias é o seguinte:

- 1ª via – para a Secretaria Municipal de Saúde.
- 2ª via – entregue aos familiares para obtenção da Certidão de Óbito e retenção Pelo Cartório de registro Civil.
- 3ª via – para a unidade notificadora.

A princípio, o preenchimento do documento deve estar sob a inteira responsabilidade do médico, conforme pareceres dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, mas usualmente os médicos se atêm apenas às variáveis que têm ligação direta com sua atividade profissional, como tipo de óbito, local da ocorrência e, mais especificadamente, ao atestado médico. O bloco da DO relativo ao atestado

médico segue o modelo internacional para anotação das causas que contribuíram para o óbito, aprovado pela OMS, e contem informações sobre as condições mórbidas presentes ou preexistentes no momento da morte, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). (BRASIL, 2007).

Segundo SOARES et al (2005), a sub informação de óbitos maternos prejudica na formulação de medidas adequadas a saúde materna. As dificuldades relativas à obtenção de informações sobre essas mortes, quanto ao número e reais causas das mortes, estão diretamente ligadas às incorreções técnicas no preenchimento das Declarações de Óbito.

Outra situação que dificulta a análise da mortalidade materna é o aborto, pois este tem implicações legais, morais e éticas, criando situações discriminatórias às vítimas, o que concorre para a elevação do sub-registro e subnotificação, limitando a identificação da causa básica do óbito, quando ocorrido nesta situação.

Visando corrigir a subnotificação das mortes maternas, o Ministério da Saúde vem desde os primeiros anos da década de 90 estimulando a implantação de comitês de morte materna e promovendo pesquisas que levem à identificação de fatores de correção da razão de mortalidade materna. Esses Comitês identificam e estudam óbitos maternos, definindo medidas de intervenção para reduzir este evento, possibilitando o acompanhamento e a avaliação permanente da atenção prestada à saúde das mulheres. (BONFIM et al, 2008).

2.5 ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

A preocupação com as mortes maternas tem tomado uma proporção mundial. Na perspectiva de criar estratégias para o seu controle várias agências internacionais, entre elas a OMS, o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) e a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), tem formulado programas com vistas à reduzir sua incidência, e estabelecer compromissos comuns entre os países participantes. Vale destacar que o Brasil é signatário de vários compromissos internacionais, que remetem a questões da mortalidade materna. Cabe aqui Citar a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, ocorrida em 1987 em Nairóbi (Quênia), onde se colocou em pauta as mortes por complicações na gravidez, parto e puerpério, chamando atenção para a gravidade da morte materna em âmbito mundial. (BRASIL, 2009).

Segundo o manual de vigilância epidemiológica, a redução da mortalidade materna no país ainda é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade em geral, nessa perspectiva em 2004, o presidente da república em vigência, lançou, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que reconhece a vigilância do óbito materno, por intermédio da organização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos. (BRASIL, 2009).

O pacto nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem como objetivo articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, os princípios do pacto entre outros são o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos éticos e raciais e das desigualdades sociais e regionais, a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. (BRASIL, 2007).

Dentre as estratégias de redução da mortalidade materna destacaremos o funcionamento de um Sistema Nacional de vigilância epidemiológica de óbito materno de Mulheres em Idade Reprodutiva e a criação de Comitês Nacionais, Regionais e Locais de morte materna.

2.5.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Orgânica da Saúde no seu Art. 6º, parágrafo 2º, que diz:

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 2009, p, 9).

Segundo a Portaria n.º 1.399 do Ministério da Saúde, publicada em 15 de dezembro de 1999, estabelece que a vigilância, epidemiológica da mortalidade

infantil e materna é uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades. Entende-se, daí, que as ações de vigilância epidemiológica devem ser executadas pelas secretarias municipais, atuando de forma complementar ou suplementar, pelas secretarias estaduais de saúde. Dada a importância da realização dessa prática, nos locais onde os setores de saúde que os comitês de morte materna o façam. Nesse caso, as atividades de vigilância epidemiológica não estão aptos a assumi-la, recomenda-se que devem ser desenvolvidos em profunda parceria com os departamentos de vigilância epidemiológica, de forma a alimentar seus sistemas de informação de estatísticas vitais. (BRASIL, 2007).

Pode-se concluir que a VEOM representa um valioso instrumento técnico e metodológico para a construção e/ou aprimoramento das informações sobre mortalidade, permitindo o conhecimento da real magnitude deste problema e, conseqüentemente, a adoção de medidas para o seu enfrentamento.

2.5.2 Comitês de Mortalidade Materna

Os Comitês de Morte Materna são definidos como: organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva, onde congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, visando analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção. (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 só a partir de 1987 que, de fato, se deu o desenvolvimento dos comitês de morte materna em todo o Brasil. Com o apoio do Ministério da Saúde, formaram-se os primeiros Comitês Municipais no Estado de São Paulo. Em seguida, o movimento ganhou maior dimensão, chegando aos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. (BRASIL, 2007).

Mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, o Ministério da Saúde conseguiu que fossem implantados comitês estaduais de morte

materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996. Nesse meio termo, em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna, grupo que congrega representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimento de mulheres e técnicos de notório saber.

De acordo com o manual dos Comitês de Mortalidade Materna seus objetivos são: Conscientizar os formuladores de políticas públicas, as instituições de assistência, as equipes de saúde e a comunidade, sobre a gravidade da mortalidade materna, suas consequências sociais e as formas de evitá-la; melhorar a qualidade das informações sobre Mortalidade Materna; avaliar o efeito das intervenções sobre a Mortalidade Materna; recomendar ações para o combate da Mortalidade Materna, no que se refere à legislação, alocação de recursos e fortalecimento do controle social.

Quanto às finalidades e funções, destacam-se:

- **Investigação do óbito** – Realização da investigação nas localidades onde o setor de Vigilância Epidemiológica da SMS não estiver funcionando. Nesta investigação são levantadas as seguintes informações: a natureza do óbito, através da realiza-se a triagem dos óbitos maternos declarados e dos não declarados; em seguida preenche-se a Ficha de Investigação de todos os óbitos de MIF para identificar as Mortes Maternas não declaradas; levanta-se informações sobre as condições da assistência à mulher e as características da estrutura social, familiar e da comunidade.
- **Análise do Óbito** – Procede-se com a avaliação dos aspectos da prevenção da mortalidade materna, identificando-se os fatores de evitabilidade relacionados aos seguintes aspectos: 1) Da comunidade da mulher; 2) Dos profissionais; 3) Institucionais; 4) Sociais; 5) Intersetoriais; 6) Inconclusivos; 7) Ignorados.
- **Informação e Divulgação de relatórios** - Para instituições e órgãos competentes, visando à redução do óbito.
- **Educação** – Promoção de discussão de casos clínicos nos comitês hospitalares e promoção de eventos para avaliar os níveis de mortalidade materna partindo das evidências epidemiológicas.
- **Definição de medidas preventivas** – Elaboração de medidas de intervenção a partir do estudo de casos clínicos.

- **Mobilização** – Promoção da interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos, ou setores organizados da sociedade civil, visando garantir a execução das medidas apontadas.

A escolha dos membros dos comitês de morte materna depende das características das instituições e da população de cada região. É fundamental que sejam constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas com o atendimento à mulher e o registro de eventos vitais ou, ainda, que tenham capacidade técnica para desempenhar a referida função.

Na sua composição tem-se a participação do movimento de mulheres e do Conselho de Saúde, o que representa o diálogo entre os técnicos que trabalham na área de saúde da mulher, usuárias dos serviços e a comunidade científica, visando à reflexão e ao aprofundamento do problema. Em virtude desta articulação, o debate sobre a mortalidade materna começa a avançar saindo da questão puramente técnica para tornar-se uma discussão política e social.

As informações geradas pelo Comitê devem ser registradas através de relatórios contendo estudo de casos analisados, com respectivas medidas preventivas. É importante que sejam mantidas orientações ético-legais, como a não identificação da mulher, pelos profissionais e instituições de saúde que a atenderam.

O Comitê representa uma importante estratégia para o fortalecimento do controle social, uma vez que, as ações investigativas, informativas e educativas favorecem uma visibilidade pública da mortalidade materna, através de atividades como, promoção de seminários, oficinas, elaboração de material informativo, divulgação da temática na mídia e a discussão junto a estudantes de enfermagem e medicina. (BRASIL, 2007).

A relevância do trabalho dos comitês de morte materna é reconhecida e percebida nos dados sobre a mortalidade materna no País, em grande parte obtidos por meio da árdua tarefa desenvolvida, que demanda tempo e recursos tanto humanos quanto financeiros. Por essa razão, a estratégia de implantação dos comitês deve ser incentivada e apoiada pelo Poder Público, viabilizando as condições ideais para o seu pleno funcionamento em todos os Estados da federação.

2.6. A ENFERMAGEM FRENTE À MORTALIDADE MATERNA

A Enfermagem, construída e reafirmada em objetivo, ética e funções por Florence Nightingale a partir da metade do século XIX, conservou suas bases até os dias de hoje. A evolução tecnológica na área biomédica motivou e permitiu à Enfermagem um acompanhamento baseado nos esforços dos seus mestres e profissionais ao longo das contínuas mudanças, que cotidianamente exigem aquisição mais aprofundada de novos conhecimentos e também contínuas atualizações. Dentre os dogmas da Enfermagem, podem-se destacar a visão holística da clientela, a visão preventiva, a não contaminação e a separação entre tecnologia e o ser humano em situação de dependente na situação de doença. Em meio à tecnologia do cuidar existe e faz-se necessário a distinção entre números e nomes, resultado da individualização do cliente no processo global do seu atendimento. Promover e exercer ações preventivas são partes dos aspectos que peculiares ao ser enfermeiro como cuidador de indivíduos, famílias e comunidades, na saúde e na doença. Esse seu cuidar envolve funções básicas como educativa, administrativa, assistencial, de pesquisa entre outras. A prevenção de morte materna evitável é objetivo crucial nessa abordagem sobre os desafios do enfermeiro numa realidade tão questionável em termos de atenção à saúde da mulher cidadã de direitos. (BARBASTEFANO; VARGENS, 2009).

No Brasil, e em outros países em desenvolvimento, observa-se que os recursos escassos ou usados de forma menos eficiente resultam em início tardio do acompanhamento pré-natal, em consultas irregulares, muito rápidas, com longo tempo de espera e excesso de solicitação de exames complementares (DUCAN, 2006).

O país mesmo possuindo um número significativo de políticas e programas de saúde voltados para a área obstétrica e preconizando a maternidade segura com medidas de controle da mortalidade materna ainda se encontra envolto por ações de enfermagem precárias e ineficientes. (MOREIRA; LEÃO, 2009).

A principal recomendação para a redução da morbimortalidade materna e neonatal é que todas as mulheres sejam atendidas por pessoal qualificado. A importância do trabalho da enfermagem em atenção básica, expressa no reconhecimento de que os enfermeiros têm um papel fundamental no desempenho das funções essenciais de saúde pública, e cada vez mais tem sido reconhecida no

Brasil pelos gestores e pela população. A educação do profissional qualificado e o local de sua prática são essenciais para a obtenção de capacitação efetiva do profissional de saúde para uma atenção qualificada de gravidezes e nascimentos normais e período pós parto imediato. (ESSER, et al, 2012).

O enfermeiro possui dentro as várias atribuições da profissão a de executar ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde e de adaptar esse Programa a realidade da comunidade. Por isto, torna-se relevante analisar suas ações e identificar o conhecimento deste profissional acerca da questão da mortalidade materna, com o intuito de oferecer um cuidado ao pré-natal de maior qualidade, no qual o enfermeiro possa atuar assegurando bem estar à gestante, uma boa qualidade de vida para mãe e seu bebê, e disponibilizar métodos preventivos para diminuição do índice de mortalidade infantil e materna. (MORAIS; SILVA; GUEDES, 2008).

A Organização Mundial de Saúde considera que, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, o enfermeiro/parteiro profissional é o profissional mais indicado para atender a mulher durante a gestação e parto. Acredita-se que é o profissional com menor custo e maior efetividade para o alcance da maternidade segura, diminuição da Morbimortalidade e dos custos da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, capazes de reconhecer a importância integral da qualidade da assistência prestada à mulher nesse importante momento. (ESSER, et al, 2012).

3 METODOLOGIA:

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de cunho quantitativo e de caráter retrospectivo.

Para que ocorra a pesquisa descritiva, é necessária a análise do fato ou fenômeno para descrever suas características, através de diversos instrumentos como questionários, coleta de dados e observação sistemática (SOUZA, et al, 2007).

A pesquisa descritiva ocorre após uma abordagem ou aproximação (exploração). É um estudo das características já conhecidas do objeto de estudo. Apenas descreve fatos e fenômenos, sem manipulá-los. O

pesquisador não interfere com objetivo de estudo, apenas descreve (ABRANTES, 2007, p. 14).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Tomou-se como local de estudo o estado do PARÁ, faz-se necessário apresentar alguns elementos da caracterização deste estado, mais especificamente alguns aspectos demográficos. O Pará é um estado brasileiro localizado na Região Norte que integra as 27 unidades da Federação. Seu território ocupa o segundo lugar em extensão, conta com uma área de 1.247.950,003 quilômetros quadrados, na qual vivem 7.581.051 habitantes distribuídos em 144 municípios. Tem como capital a cidade de Belém. (BRASIL, 2010).

3.3 FONTE DE INFORMAÇÃO

Os dados utilizados nesta pesquisa foram extraídos do Banco de Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no 1º Centro Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), onde foram selecionados apenas os óbitos.

3.4 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Departamento de Epidemiologia da SESP (ANEXO), as informações foram coletadas através do banco de dados do Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis em relatórios tabulados correspondente ao período de 2007 a 2011 de casos de mortalidade materna ocorridos no estado do Pará. As variáveis analisadas foram com base no número absoluto de mortes maternas sendo elas: numero total de mortes, faixa etária, escolaridade, raça/cor e causa de morte. (APÊNDICE).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos através do Banco de Dados do SIM foram analisados estatisticamente por ano decorrido com comparação histórica e computados através

de planilha do Excel 2007, contendo informações pertinentes à pesquisa, em seguida apresentados através de quadros e tabelas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos CEP-ICS/UFGA do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, aguardando aprovação, e autorizado pelo Departamento de Epidemiologia da SESPA (ANEXO A). Será preservado o anonimato da instituição e dos casos incluídos no estudo.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

No que se refere aos riscos, por terem acesso às informações junto aos profissionais, devendo respeitar a privacidade e confidencialidade dos mesmos, preservando anonimato dos sujeitos, assim como o de utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa, devendo ser publicados para a comunidade local e nos meios de divulgação de trabalhos científicos.

Quanto aos benefícios, a intenção é que a pesquisa possa contribuir para a realização de medidas preventivas, e oferecer subsídios para melhor atuação dos profissionais de equipes de saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo buscou analisar a Mortalidade Materna a partir de variáveis sociodemográficas como: número total de óbitos, faixa etária, raça/cor, escolaridade e principais causas de morte materna, obtidas através dos dados fornecidos pelo SIM da Secretaria de estado de Saúde Pública do Pará, SESPA, utilizando-se a DO e os dados produzidos na investigação epidemiológica do óbito materno.

A Tabela 1 apresenta dados obtidos através do estudo, ocorreram 410 óbitos maternos confirmados e registrados no SIM no período de 2007 a 2011, tendo um número maior de mortes no ano de 2007, com uma porcentagem de (21,46%), porém o ano de 2011 foi o que apresentou a maior RMM, isto deve-se ao fato do aumento do número de mortes no referido ano em relação ao anterior, juntamente com o número de nascidos vivos no referido ano, onde não houve um aumento significativo se comparado aos dois primeiros anos do estudo, não foi ao total de 727.210 no referido período, e que foi usado para o cálculo da RMM bruta, obtendo o valor de 56,36 por 100.000 nascidos vivos para o determinado período (Tabela 1).

Tabela 1 – Óbitos maternos em números absolutos (N) e porcentagem (%), número de nascidos vivos (NV) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), ocorridos no Estado do Pará no período de 2007 a 2011.

Ano	N	%	NV	RMM
2007	88	21,46	150.147	58,60
2008	84	20,48	151.262	55,53
2009	75	18,29	143.140	52,39
2010	77	18,79	140.687	54,73
2011	86	20,98	141.974	60,57
TOTAL	410	100	727.210	56,37

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade/SINASC, Brasil, 2012.
Excluído O96 e O97

DISCUSSÃO

A mortalidade materna pode ser considerada um excelente indicador de saúde, não somente da mulher, mas da população em sua totalidade. Por outro lado, é também um importante indicador de iniquidades, pois não somente é elevada em áreas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, quando comparada aos

valores de áreas desenvolvidas, quanto, mesmo nestas, existem diferenças entre os diferentes estratos socioeconômicos. (LAURENTI, et al, 2004).

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, portanto, detectar com maior precisão e fornecer subsídios para uma intervenção, faz-se necessário nesse importante problema de saúde pública. (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um potente indicador internacional e nacional, preconizada pela OMS e pelo MS, para avaliar a morte materna. Ela reflete a assistência de saúde oferecida à mulher, principalmente no seu período reprodutivo (BRASIL, 2009).

No Brasil, em um estudo realizado nas capitais brasileiras a cerca da mortalidade materna, revelou uma RMM de 54,3 por 100 mil nascidos vivos, sendo que na região Norte foi de 52,97. Esses dados são semelhantes ao observado no Pará pela presente estudo e refletem a necessidade de medidas mais eficazes para melhorar a qualidade de vida e saúde da mulher. (LAURENTI, et al, 2004).

No Pará, a RMM bruta, calculada a partir dos dados obtidos através do estudo sobre os óbitos maternos ocorridos no período de 2007 a 2011, foi de 56,37 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV). De acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (1999), essa RMM é considerada alta e muito além do preconizado pela mesma, que admite entre 10 e 20 mortes por 100.000 NV. (WHO, 2010).

Além disso, é necessário enfatizar que não foi observada redução estatisticamente significativa da RMM no Estado do Pará nos últimos cinco anos. O que implica no questionamento sobre a eficácia das medidas que estão sendo realizadas para diminuir a mortalidade materna. Esse resultado vem ainda confirmar a permanência de importantes entraves que impossibilitam a redução da RMM no estado. Entre os quais estão a carência do planejamento familiar, a assistência pré-natal inadequada, a falta de vaga no serviço hospitalar e a deficiência de estrutura dos hospitais, que acarretam precariedade no atendimento às gestantes. (MARINHO; PAES, 2010).

Em relação à faixa etária que varia de 10 a 49 anos, verificou-se o predomínio da faixa etária de 20-29 anos com 44,63% dos casos mostrado abaixo na (Tabela 2).

Faixa etária

TABELA 2- Óbitos maternos * segundo faixa etária/ano, em números absolutos(N) e porcentagem (%)

Faixa etária	2007	2008	2009	2010	2011	Total	
	N	N	N	N	N	N	%
< 01 ^a	4	0	0	0	0	4	0,98
10-14 ^a	1	1	2	4	1	9	2,20
15-19 ^a	16	13	13	18	20	80	19,51
20-29 ^a	41	37	37	31	37	183	44,63
30-39 ^a	20	22	19	20	24	105	25,61
40-49 ^a	5	8	3	3	4	23	5,61
80 e+	0	1	0	0	0	1	0,24
Ign	1	2	1	1	0	5	1,22
Total	88	84	75	77	86	410	100,00

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade
Excluído O96 e O97.

Dentre a caracterização das mulheres por faixa etária, observou-se que, 99% possuíam registro para esta variável. Sob o ponto de vista epidemiológico, óbitos maternos no estado do Pará predominaram na faixa etária de 20-29 anos (44,63%), segundo análise dos dados. Assim como o observado por Leite, et al. (2011) em um estudo realizado em área urbana do nordeste do país em 2011. Este resultado é explicado por ser a faixa etária de idade reprodutiva em que as mulheres mais engravidam, devido à maior fertilidade.

Observou-se também através do presente estudo um percentual considerado relevante de mulheres na faixa etária de 30-39 anos (25,61%) seguido da faixa etária de 15-19 anos (19,51%).

Um estudo nacional identificou como um dos fatores de risco de morte materna, mulheres com idade igual ou menor que 14 anos, ou com idade superior a 35 anos, visto que estão mais predispostas ao desenvolvimento de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) do que as gestantes entre 15 a 34 anos e maior propensão as síndromes hemorrágicas em mulheres acima de 35 anos. (TANAKA, 2001).

No que diz respeito à cor, houve o predomínio de mulheres pardas com um percentual de 76,83% mostrado abaixo na (Tabela 3).

Raça/cor

E TABELA 3 – Distribuição dos Óbitos maternos segundo raça/cor e ano

Raça/cor	2007	2008	2009	2010	2011	Total	
	N	N	N	N	N	N	%
Branca	12	16	13	6	10	57	13,90
Preta	3	4	6	8	10	31	7,56
Amarela	0	0	1	0	0	1	0,24
Parda	72	61	54	62	66	315	76,83
Indígena	1	1	1	1	0	4	0,98
Não informado	0	2	0	0	0	2	0,49
Total	88	84	75	77	86	410	100,00

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade

Excluído O96 e O97.

Em relação à variável raça/cor, a presente pesquisa identificou que a maioria das mulheres que evoluíram para o óbito era de cor parda, totalizando 315 mulheres, o que equivale 76,83% do total de casos. Todavia, outros estudos também apresentaram o predomínio da cor parda em seus resultados.

SOUZA et al (2007), em um estudo realizado em 26 capitais estaduais e o distrito federal do Brasil em 2002, encontrou um percentual de 47% do total de mortes registradas no sim, sendo de mulheres de cor parda, Esta variável merece uma análise mais cuidadosa dos dados, considerando que no setor saúde a formulação do conceito de etnia é frequentemente traduzido através de um indicador considerado precário e subjetivo, a cor da pele. Este fato, aliado à intensa miscigenação étnica na região, principalmente de origem ameríndia, pode ser um dos motivos do elevado número de gestantes declaradas como parda. (BOTELHO et al, 2013).

A estratificação dá-se da seguinte forma: amarela, branca, indígena, parda e preta. Confundindo-se cor da pele com etnia, na realidade não existe uma definição precisa para esta variável, sendo definida pelo profissional que atestou o óbito ou pela família. A importância dos seus achados repousa na estreita relação entre as desigualdades sociais e os perfis de mortalidade dos grupos de raça/cor.

A Tabela 4 mostra a escolaridade, na qual percebe-se que o grau de instrução em anos estudados é equivalente ao ensino fundamental (4 a 7 anos de estudo).

Escolaridade

Tabela 4 – Distribuição dos Óbitos não fetais com causas maternas *segundo grau de instrução emanos estudados

Grau de instrução (em anos estudados)	2007	2008	2009	2010	2011	Total	
	N	N	N	N	N	N	%
N Inf	9	5	2	2	3	21	5,12
Nenhuma	5	9	1	2	2	19	4,63
01 – 03	14	10	14	16	13	67	16,34
04 – 07	23	24	32	36	32	147	35,85
08 – 11	18	20	14	12	22	86	20,98
12 e+	4	5	6	5	6	26	6,34
Ign	15	11	6	4	8	44	10,73
Total	88	84	75	77	86	410	100,00

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade

Excluído O96 e O97.

Com relação à caracterização das mulheres por escolaridade, verificou-se que a maioria dos óbitos ocorreu em mulheres com apenas 4 a 7 anos de estudo (35,85%), ou seja, cursaram apenas o nível fundamental. Este baixo nível de escolaridade é reforçado por outros estudos acerca desta variável. Assim como o estudo realizado na região nordeste no período de 2000 a 2004 onde se verificou que uma grande porcentagem de mulheres não brancas tinham uma escolaridade inferior a 8 anos de estudo. (MARINHO; PAES, 2010).

Outro estudo também realizado acerca desta variável no Paraná no período de 2003 a 2005, constatou que a maior concentração de morte maternas foi entre mulheres com menos de 8 anos de estudo, e corrobora por sua vez os dados obtidos pelo presente estudo.(SOUZA et al, 2008).

O grau de instrução é considerado uma excelente variável para o estudo das desigualdades sociais, pois além de estar relacionado às condições de vida da população, interfere na capacidade do indivíduo em receber e interpretar as orientações e os cuidados de saúde. (GOMES, 1998).

Segundo LAURENTI et al (2004), em sociedades com grandes iniquidades no acesso à educação básica, como no Brasil, o nível de escolaridade se constitui um indicador do nível socioeconômico, uma vez que a conjunção de menor

escolaridade e condição de vida desfavorável pode dificultar o acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável, além de restringir o reconhecimento de direitos de cidadania. (SANTOS, 2005).

Causa de morte

Quadro 1 – Mortes maternas por causas diretas ocorridas no Pará no período 2007 a 2011, segundo o tipo de causa, categoria e números totais(N).

Causas	Categoria	N
Hipertensão	O13 Hipertensão gestacional s/proteinúria signif	1
	O14 Hipertensao gestacional c/proteinúria signif	34
	O15 Eclâmpsia	87
	O16 Hipertensão materna NE	9
total		131
Hemorragia	O44 Placenta prévia	1
	O45 Descolamento prematuro da placenta	16
	O46 Hemorragia anteparto NCOP	4
	O67 Trab parto parto compl hemorr intrapart NCOP	1
	O71 Outros traumas obstétricos	5
	O72 Hemorragia pós-parto	20
total		47
Inf. Puerperal	O85 Infecç puerperal	17
	O86 Outr infecç puerperais	15
total		32
Grav. que termina em aborto	O00 Gravidez ectópica	13
total		13
Aborto	O03 Aborto espontâneo	2
	O06 Aborto NE	12
	O07 Falha de tentativa de aborto	1
total		15
Total geral		238

Fonte: sistema de informação de mortalidade

Excluído O96 e O97.

No presente estudo, observando os óbitos maternos, isto é, aqueles ocorridos até 42 dias após o parto, segundo o tipo de causa, verificou-se que 58,4% constituíram-se em causas obstétricas diretas, como mostra o Quadro 1. Um estudo nacional quanto ao tipo de óbito, realizado em 2002, mostrou uma mortalidade

materna de 54,3 por 100.000 nascidos vivos. Dessas mortes maternas, 67,1% ocorreram por causas obstétricas diretas.

Outro grave problema diz respeito tanto às causas como à evitabilidade dos óbitos. Verifica-se nítido predomínio das causas obstétricas diretas, na qual grande maioria dessas mortes poderia ter sido evitada, sobretudo pela assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério.

Encontramos a hipertensão como causa principal de mortalidade materna (55,04%), ratificando os achados de Cecatti et al (2007), em estudo realizado no Recife, e coincidindo com a maior parte dos estudos brasileiros. Mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, refere-se que em torno de 18% das mortes maternas decorram de complicações da hipertensão induzida pela gestação.

Em concordâncias com estado do Pará, em um estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre foi observado que dentre as causas obstétricas diretas (62%) as causas hipertensivas foram as mais prevalentes representando 17,2% dos óbitos.

Outra causa direta com grande índice de morte no estudo foi hemorragia, com (19,75%) dos casos, uma vez que esta em geral é característica da falta de assistência adequada ao parto e ao pós-parto imediato, sendo mais elevada nos países menos desenvolvidos e mais comum em mulheres pobres e com maior paridade, segundo Unicef (1996). Este estudo contrapõe-se aos achados de Oba e Tavares (2001) ao analisar a mortalidade materna em Ribeirão Preto no período de 1991 a 1995, onde as síndromes hemorrágicas representaram a principal causa de mortalidade com 33,3% dos achados.

A infecção puerperal representou outra causa importante de óbito (13,44%), embora menos frequente em relação ao estudo de Cecatti et al (2007), referindo uma frequência de 19%¹⁴. Porém equiparando-se ao estudo de Siqueira no Brasil, onde a terceira causa mais importante de óbito materno foi a infecção puerperal, com 270 óbitos (10,58%). Nesse sentido, cumpre salientar a importante associação de infecção com operação cesariana, porque quase 60% dos casos de morte por infecção sucederam-se a cesariana, representa indiscutivelmente o principal fator de risco para infecção pós-parto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que no Estado do Pará não houve redução estatisticamente significativa da RMM bruta calculada a partir dos dados obtidos pelo SIM e SINASC, permanecendo alta (56,37 óbitos/100.000 NV) nos anos estudados. A maioria das gestantes que evoluíram para o óbito tinha entre 20 e 29 anos e baixa escolaridade (4 a 7 anos de estudos), e eram de cor parda. Em relação à morte, prevaleceram as mortes por causas obstétricas diretas, totalizando 238 mortes o que equivale a 58,04% do total geral de mortes.

A constatação da real situação da mortalidade materna é necessária para permitir maior sensibilização das autoridades competentes, para a priorização do atendimento integralizado à saúde da mulher e para alertar a população para a exigência de um atendimento efetivo para a promoção da saúde e a diminuição dos índices de mortalidade.

A redução da morte materna, além da vontade política, necessita da capacitação dos profissionais da área da saúde, para um diagnóstico precoce da vulnerabilidade da gestante e o acionamento de medidas que evitem a ocorrência da morte materna.

Embora este trabalho tenha analisado um curto período de tempo e tenham ocorrido perdas de dados, acredita-se que o mesmo possa contribuir para a compreensão da problemática da mortalidade materna, servindo de subsídios para o planejamento das ações de assistência integral a saúde da mulher.

A participação ativa dos profissionais de enfermagem torna-se elementos fundamentais no âmbito da prevenção da mortalidade materna, e constitui como fator importante de mudança. Os profissionais envolvidos, além do suporte técnico-científico, necessita desenvolver uma sensibilidade humanística e tornarem-se capazes de reconhecer a importância integral da qualidade da assistência prestada à mulher nesse importante momento alm de chamar a atenção para a necessidade de se procurar imprimir racionalidade na redução da mortalidade materna, com a melhoria da assistência pré-natal, facilidade de acesso aos serviços de saúde. Concluimos que a qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos profissionais do tem relação direta com a qualificação possuída por eles, e essa qualificação, depende inteiramente do conhecimento acerca das intercorrências da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, JOSÉ. **Fazer monografia é moleza**. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

AGÊNCIA Brasil. **Índices de mortalidade materna de 2011 pode ser menor nos últimos dez anos. 2012**. Disponível em:

<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-02-23/indice-de-mortalidade-materna-de-2011-pode-ser-menor-dos-ultimos-dez-anos>. Acesso em: 30 jun. 2012.

ALENCAR JÚNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Rev Bras Ginecol Obstetr** [on-line]. 2006.

ALMEIDA, P. C; OLIVEIRA, M. I. V. A mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação em uma maternidade escola. **Esc Anna Nery R Enferm** 2005 abr; 9 (1): 54-63.

BARBASTEFANO, P.S; VARGENS, O. M. C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. **Rev Bras Enferm**. Brasília. 2009. mar-abril; 62(2): 278-82.

BONFIM, C; ARAUJO,H; CORREIA, R; LUBAMBO, C; FUSCO,W. **Sistemas de informação em saúde aplicados ao monitoramento da mortalidade materna no estado de Pernambuco, 2000 a 2005**. Pernambuco, 2005.

BOTELHO, N.M, SILVA, I.F.M.M, TAVARES, R.J, LIMA, L.O. **Morte materna no estado do Pará: aspectos epidemiológicos**. Pará: 2012.

_____. **Urgências e Emergências Maternas Guia para Diagnóstico e Conduta em situação de Risco de Morte Materna**. Brasília: Febrasco, 2000.

_____. **Gestação de alto risco. Manual técnico**. 5º ed. Brasília: MS, 2010.

_____. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3ª ed. Brasília: MS; 2007.

_____. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**, Balanço das ações ,20ª ed. Brasília: MS; 2007 b.

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. 1ª ed. Brasília: MS; 2009.

_____. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**. Fundação Nacional de Saúde. 1ª Edição. Brasília: MS; 2001.

_____. **Aborto inseguro: um problema de saúde pública. Norma técnica humaniza atendimento às mulheres com complicações de abortamento. 2012**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. **Pressão alta é a principal causa de morte entre mulheres grávidas no PA.** Disponível em: <<http://m.g1.globo.com/pa/para/noticia/2012/05/pressao-alta-e-principal-cao-de-morte-entre-mulheres-gravidas-no-pa>>. Acesso em: 25 jun.2013.

_____. **Manual técnico do pré-natal e puerpério.** Atenção a gestante e a puérpera no SUS-SP. São Paulo: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da Republica. **Lei no 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e da outras providencias.** *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973.

CECATTI, J.G; HARDY, E.E; SOUSA, M.H; SARRUYA, S.J. **Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde.** *Rev Saúde Pública* 2007;41(2):181-9.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.779/2005. **Regulamenta a responsabilidade medica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.** *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2005. Seção 1, p. 121.

COSTA, R. A. A; RIBAS, S. S. S. M.; AMORIM, R. M. M.; SANTOS, L. C. **Mortalidade Materna na Cidade do Recife.** RBGO, 2002.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery. Ver Enferm.** v. 14, n. 1 Rio de Janeiro, jan./mar. 2010.

DUCAN, B. B.; GIUGLIANI, E. R. J; SCHMIDT, M. I. **Medicina Ambulatorial.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

ESCALANTE, J. J. C.; VIOLA, R. C; ALVES, S. C. **Mortalidade Materna no Brasil.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2007. v. 7.

FEBRASGO. Prevenção da infecção puerperal e redução da mortalidade materna. Disponível em: <<http://febrasgo.luancomunicacao.net/prevencao-da-infeccao-puerperal-e-reducao-da-mortalidade-materna/>>. Acesso em: 26 Jul. 2013.

ESSER, M. A. M. S; MAMEDE, F. V; MAMEDE, M. V. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):133-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a15.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

GOMES, F. A. **Mortalidade Materna no município de Ribeirão Preto – SP: fatores determinantes coadjuvantes.** 176 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Universidade de São Paulo), 1999.

KALE, P. L. et al. **Análise da mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

LAURENT, R.; JORGE, M.H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2004; 7(4): 449-60.

LEITE, R.M.B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(10):1977-1985, out, 2011.

MARINHO, A.C.N; PAES, N.A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Ver.Esc. Enferm USP.** 2010; 44 (3): 732-8.

MENDES. A. C. G. et al. Avaliação dos Sistemas de Informações hospitalares SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 2, abr./jun. 2000.

MOREIRA, E. C. S. G; LEÃO, D. C. M. R. **A assistência de Enfermagem dos Enfermeiros da Maternidade do HUAP, na Prevenção da Mortalidade Materna por Complicações Obstétricas diretas.** 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 2009.

MORAIS, E. O; SILVA, K. A; GUEDES, H. M. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na redução do índice de mortalidade infantil e materna. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga:** Unileste-MG, v. 1, n. 1, nov./dez. 2008.

MOTA, S. M. M; GAMA, S. G. M; THEME FILHA, M. M. Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Rev Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, jan-mar, 2008.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

OLIVEIRA, M.I.V; ALMEIDA, P.C. **A MORTALIDADE MATERNA RELACIONADA À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO EM UMA MATERNIDADE ESCOLA.** Esc Anna Nery R Enferm 2005 abr;

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 6015 de 31 de dezembro de 1973. Art. 77.** Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015.htm. Acessado em: 20 jun. 2013.

REZENDE, M.F. **Obstetricia Fundamental.** 11º edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.

RIQUINHO, D.L; Correia, SG. **Mortalidade Maternal: Perfil sócio-demográfico e causal.** Rev. Bras. Enferm.2006; 59(3): 303-7

SANTOS, S.N; et al. **Publicação Científica do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CEUT.** 20ª edição. Terezina. 2010.

SANTOS, T.V. **MORTE MATERNA: aspectos clínicos e epidemiológicos.** Florianópolis, 2008.

SOARES, V.M.N; AZEVEDO; E. M. M; WATANABE T. L.; **Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil 1991-2005** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2418-2426, out, 2008.

SOUSA, M.H; et al. **Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas informação em saúde.** Rev. Saúde Pública, 2007.

SOUZA, K.V; ALMEIDA, M.R.C.B; SOARES, V.M.N. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná 2003-2005. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2008.

TANAKA, A.C.D.A. **Dossiê mortalidade materna. São Paulo: Rede Feminista de Saúde; 2001.** Disponível em:
<<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiémortmaterna.html>>. Acesso em: 15 Jun. 2013.

THEME-FILHA , M. M; SILVA, R. L.; NORONHA, C. P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):397-403, abr-jun, 1999.

TOGNIN, S. et al. Perfil da mortalidade materna na região do grande ABC de 1997 a 2005. **Rev Assoc Med Bras.** 2011; 57 (4): 409-14

UNITED NATIONS CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **Revised 1990 estimates of maternal mortality.** A new approach by WHO/UNICEF. WHO/FRH/MSM. 96.11. UNICEF/PZN/96.1. Geneva: World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund; 1996.

VALONGUEIRO, S, LUDERMIR, A.B, GOMINHO, L.A.F. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S293-S301, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.** Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Switzerland: World Health Organization, 2010.

XAVIER, S. B. **Mortalidade Materna em Pernambuco: uma revisão de literatura.** Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

ANEXO A - Termo de Consentimento da Instituição

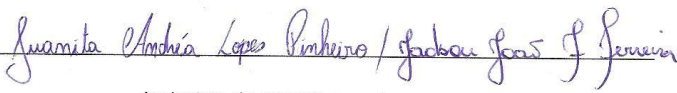


Belém, 08 de maio de 2013

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO E DOS AUTORES

Pelo presente termo e na qualidade de representante do departamento de vigilância à saúde desta instituição, declaro que aceito a realização do projeto de pesquisa intitulado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTE MATERNA NO ESTADO DO PARÁ NO PERÍODO DE 2007 A 2011", elaborado pelos acadêmicos de enfermagem Jadson João Ferreira Ferreira e Juanita Andréa Lopes Pinheiro da Universidade Federal do Pará (UFPA), sob orientação da professora Maria Amélia Fadul Bitar. Sendo que os autores do trabalho devem entregar ao final da pesquisa uma cópia do trabalho finalizado e informar se o mesmo, foi publicado em revista científica.


 Ana Lucia da Silva Ferreira
 CHEFE DA DIVISÃO DE
 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
 Assinatura do responsável pelo departamento de vigilância à saúde


 Assinatura do autor da pesquisa

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Instrumento de coleta de dados

Ano:

Idade/ Faixa etária: 15 a 19 anos () 20 a 29 anos () 20 a 39 anos ()
40 a 49 anos ()

Cor: Parda () Preta () Branca ()

Escolaridade: Analfabeta () Fundamental: Comp () Inc ()

Médio: Comp () Inc () Superior: Comp () Inc ()

Abortamento: Sim () Não ()

Principais causas de morte materna:

DHEG () Síndromes Hemorrágicas () Infecções pós parto

Doenças pré-existentes () Outras ()

RECOMENDAÇÕES

- Melhoria na qualidade e investimentos nos serviços de vigilância em saúde, equipando-os com recursos materiais e recursos humanos qualificados, com garantia de educação continuada.

- Aumentar, incentivar e intensificar o número de estudos sobre Mortalidade Materna.

- Conscientizar e sensibilizar a mulher sobre a necessidade da realização de planejamento familiar e acompanhamento pré-natal e puerperal.

- Integralização dos serviços que realizam assistência pré-natal, parto, puerpério e vigilância em saúde.

- Implantação dos Comitês Hospitalares de Estudo e Prevenção da Morbimortalidade Materna, bem como, ampliar ou introduzir Comitês de Investigação de Morte Materna em todas as regionais de saúde do estado.

- Monitoramento da Morbimortalidade Materna pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os municípios Paraenses.