



ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA
ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY
ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA

Priscila Meira Mascarenhas¹, Geslaney Reis da Silva², Tatiane Tavares Reis³, Cezar Augusto Casotti⁴, Adriana Alves Nery⁵

RESUMO

Objetivo: descrever os casos de mortalidade materna. **Método:** estudo descritivo, transversal, com base nos dados do DATASUS da Região de Saúde de Jequié, Bahia, Brasil. **Resultados:** foram registrados 22 casos de mortalidade materna; Jequié foi o município com maior ocorrência (n=6; 27,3%); a mortalidade materna, por causas obstétricas diretas, correspondeu a 50% (n=11). Observou-se elevada taxa de prevalência, 45,5% (n=10), relacionada à baixa escolaridade; houve predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos (n=10; 45,5%); cor/raça parda (n=9; 40,9%) e entre solteiras (n=12; 54,5%). A Bahia seguiu a mesma tendência quanto à cor/raça, estado civil e à escolaridade: 44,9% (n=345) possuíam de quatro a 11 anos de estudo, havendo predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (n=305; 39,7%). **Conclusão:** a região estudada possui uma baixa prevalência de casos (2,86% das ocorrências na Bahia), no entanto, esses mostram predomínio entre mulheres com baixa escolaridade, solteiras e pardas. **Descritores:** Epidemiologia Descritiva; Mortalidade Materna; Prevalência.

ABSTRACT

Objective: to describe the cases of maternal. **Method:** descriptive, cross-sectional study, based on DATASUS data from the Jequié Health Region, Bahia, Brazil. **Results:** 22 cases of maternal mortality were recorded; Jequié was the municipality with the highest occurrence (n = 6, 27.3%); the maternal mortality, from direct obstetric causes, corresponded to 50% (n = 11). A high prevalence rate was observed, 45.5% (n = 10), related to low schooling; there was predominance in the age group of 30 to 39 years (n = 10, 45.5%); color / brown breed (n = 9; 40.9%); and among single women (n = 12, 54.5%). Bahia followed the same trend in terms of color / race, marital status and education: 44.9% (n = 345) had between four and 11 years of schooling, with a predominance of the age group of 20 to 29 years (n = 305 ; 39.7%). **Conclusion:** the region studied has a low prevalence of cases (2.86% of occurrences in Bahia), but they show a predominance among women with low schooling, single and brown. **Descriptors:** Descriptive Epidemiology; Maternal Mortality; Prevalence.

RESUMEN

Objetivo: describir los casos de mortalidad materna. **Método:** estudio descriptivo, transversal, con base en los datos del DATASUS de la Región de Salud de Jequié, Bahia, Brasil. **Resultados:** se registraron 22 casos de mortalidad materna; Jequié fue el municipio con mayor ocurrencia (n = 6; 27,3%); la mortalidad materna, por causas obstétricas directas, correspondió al 50% (n = 11). Se observó elevada tasa de prevalencia, 45,5% (n = 10), relacionada a la baja escolaridad; hubo predominio en el grupo de edad de 30 a 39 años (n = 10; 45,5%); color / raza parda (n = 9; 40,9%); y entre solteras (n = 12, 54,5%). Bahia siguió misma tendencia cuanto al color/ raza y estado civil y cuanto a la escolaridad: 44,9 % (n=345) poseían de cuatro a 11 años de estudio, habiendo predominancia de riesgo etario de 20 a 29 años (n=305; 39,7%). **Conclusión:** la región estudiada posee una baja prevalencia de casos (2,86% de las ocurrencias en Bahía), sin embargo muestran predominio entre mujeres con baja escolaridad, solteras y pardas. **Descriptores:** Epidemiología Descriptiva; Mortalidad Materna; Prevalencia.

^{1,2}Enfermeiras, Mestrandas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mails: priscila.meira@yahoo.com.br; nev_lu@hotmail.com; ³Psicóloga, Mestranda, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: ttreis16@hotmail.com; ^{4,5}Professores Doutores, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mails: cacasotti@uesb.edu.br; aanery@uesb.edu.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como morte materna a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devidas a causas acidentais ou incidentais.¹

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, notadamente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 99% dos óbitos maternos². Estudos apontam que cerca da metade das mortes na América Latina e Caribe está relacionada a distúrbios hipertensivos e hemorragias, com um percentual importante de causas não definidas. Já nos países desenvolvidos, causas diretas relacionadas à anestesia e à cesariana são as mais frequentes³. Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), foram adotadas oito Metas de Desenvolvimento, entre elas, reduzir a mortalidade materna em 75% até 2015.

A OMS aponta que a mortalidade materna, no Brasil, teve posição abaixo da meta do milênio. Em 21 anos, alcançou uma redução significativa na Razão de Mortalidade Materna (RMM), passando de 120 por 100 mil nascidos vivos (NV), em 1990, para 64,8 por 100 mil NV, em 2011, porém, apresentando uma velocidade média anual de queda inferior ao ideal de 5,5%.²

Problemas de notificação e qualidade do preenchimento de óbitos maternos têm sido apontados já há alguns anos no Brasil, fato que dificulta o acompanhamento dos casos e a adoção de medidas efetivas de enfrentamento. No entanto, dados recentes dos sistemas de informação apontaram um aumento da RMM que, em parte, pode ser atribuído à melhoria dos registros e captação de óbitos, a partir da criação dos Comitês de Mortalidade Materna.⁴

Os Comitês de Morte Materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam a identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução. Possuem, como objetivos, conscientizar os formuladores de políticas, as instituições de assistência, as equipes de saúde e a comunidade sobre a gravidade da morte materna; aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre o tema; avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da

assistência à saúde da mulher; recomendar ações adequadas ao combate às mortes maternas e garantir a comparabilidade de dados de mortalidade materna em níveis nacional, regional e local, possibilitando, assim, identificar os subgrupos mais vulneráveis da população.⁵

A investigação do óbito materno tem início com a identificação do óbito e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista no domicílio da mulher, os registros dos serviços de saúde e entrevistas com profissionais de saúde. Esses dados permitirão à equipe de vigilância reconstruir a história de vida e de morte da mulher para melhor entendimento dos problemas ocorridos e a possibilidade de apontar medidas que evitem a ocorrência de novos casos. Nesse ínterim, a utilização dos formulários de investigação do óbito é imprescindível, tendo a ficha síntese dupla função: a de registrar a análise ou fechamento do caso que foi investigado e a de indicar os dados que serão digitados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).⁶

Estudos sugerem valores mais elevados de mortalidade materna entre as mulheres de menor renda e escolaridade, da raça negra e com pouco acesso à assistência, sendo um importante indicador das condições de vida e injustiça social⁷. Diante disso, o estudo do referido tema tem desafios que superam análises individuais de cada caso e remetem a uma dimensão maior, que é a população e suas questões de vida, saúde e doença, em uma sociedade onde não existe consenso sobre a igualdade de gênero e direitos reprodutivos.⁸

O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMM-PR) referiu, em 1997, que 52,5% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com renda de um a quatro salários mínimos; 86,8%, em mulheres com escolaridade de um a quatro anos e maior risco no grupo entre 35 a 39 anos. Outros estudos confirmam que as mulheres mais pobres também apresentam, em geral, maior número de filhos (quatro) e menor acesso à assistência.⁹

No que diz respeito às regiões brasileiras, pesquisas apontam que, se comparando o ano de 2000 com o de 2009, o Brasil apresentou um aumento de 11,92% no número absoluto de mortes maternas. Este aumento foi diferente para cada região, tendo o Norte apresentado um crescimento de 15,46%; o Nordeste, 18,53%; o Sudeste, 10,31%; e o Centro-Oeste, 50,54% no número absoluto de mortes maternas. Em contrapartida, o Sul apresentou

uma redução, em números absolutos, correspondente a 15,76%. Em 2009, o Nordeste apresentou uma razão de mortalidade materna de 73,17 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, valor que supera as demais regiões do país: 67,26; 62,09; 55,41 e 62,22, respectivamente para as regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.¹⁰

Ressalta-se que, apesar do aumento do número de casos em algumas regiões, com o incremento tecnológico houve uma melhoria nas taxas de morbidade e mortalidade maternas associadas ao crescente uso de instrumentos e medicamentos na prática obstétrica. Existem intervenções que, se efetivamente instituídas, são capazes de reduzir a morbimortalidade nesse grupo, a exemplo da antibioticoterapia profilática rotineira, nos casos de cesáreas eletivas ou de urgência, que provoca diminuição dos casos de septicemia; o manejo ativo do terceiro período, a fim de evitar a hemorragia pós-parto, por meio da utilização de uterotônicos até dois minutos após o parto; a tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina abdominal até o delivramento placentário, dentre outras medidas.¹¹

Diante do exposto, a aquisição de conhecimentos, a partir de indicadores de saúde, acerca da mortalidade materna, que ainda está muito frequente entre as mulheres brasileiras, se faz necessária tendo em vista a necessidade de adoção de medidas de controle e prevenção, com detecção precoce de risco e tratamento adequado das mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal, a fim de reduzir a ocorrência deste agravo.

OBJETIVO

- Descrever os casos de mortalidade materna em municípios do interior da Bahia, no período 2010-2014.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, do tipo série de casos, realizado a partir da base de dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) da Região de Saúde de Jequié (BA), Brasil, segundo a Comissão Intergestores Regional (CIR), disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de 2010 a 2014. O ano de 2014 foi o mais atual dentro desse sistema de informação e optou-se por este recorte de tempo para que os dados apresentados e analisados representassem, de forma mais ampla, a realidade em questão. Os dados do

DATASUS foram acessados no mês de outubro de 2016.

A população-alvo deste estudo consistiu nas mulheres, residentes da Região de Saúde de Jequié-Ba, que apresentaram o óbito materno como desfecho na gestação ou puerpério com registro no DATASUS. A Região de Saúde de Jequié-BA, segundo a CIR, possui 25 municípios, são eles: Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Boa Nova, Brejões, Cravolândia, Dário Meira, Ibirataia, Ipiaú, Irajuba, Iramaia, Itagi, Itagibá, Itamari, Itaquara, Itiruçu, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Lajedo do Tabocal, Manoel Vitorino, Maracás, Planaltino e Santa Inês, todos localizados nas regiões sudoeste e sul da Bahia, possuindo o município de Jequié como polo referencial¹².

O município de Jequié localiza-se na região sudoeste, distante 365 quilômetros de Salvador, capital do Estado, possui aproximadamente 161.880 mil habitantes e conta com serviços de saúde nas três esferas de complexidade.¹³

Apesar da referida região contar com 25 municípios, somente em 11 deles foi verificada a ocorrência de óbitos maternos, entre os anos de 2010 a 2014, o que pode estar relacionado à não existência de casos como, também, à ausência de notificação dos casos nos municípios não referidos nos resultados.

Entre as variáveis disponibilizadas pelo sistema de informação supracitado, foram descritos o total de óbitos por município; óbitos investigados com síntese informada; óbitos não investigados; por tipo de causa obstétrica - morte materna direta, indireta e não específica; por período da morte materna (durante a gravidez, parto ou aborto; durante o puerpério, até 42 dias; durante o puerpério, de 43 dias a menor de um ano e as mortes não informadas ou ignoradas); nível de escolaridade; faixa etária; cor/raça e estado civil.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2014, foram registrados 22 casos de mortalidade materna na região de saúde de Jequié; na Bahia, 768 casos aconteceram no mesmo período, logo, a região supracitada equivale a 2,86% do total dos registros. Os municípios com maior número de casos foram Jequié (n=06; 27,27%); Jaguaquara (n=04; 18,18%) e Maracás (n=03; 13,63%).

Na série histórica dos cinco anos analisados (2010-2014), tanto a Bahia, quanto a região de saúde de Jequié mantiveram a variação

percentual. Para o primeiro, esses valores encontraram-se entre 1,34 a 9,26%. Em Jequié, houve um aumento de 100% de casos entre os anos de 2010 e 2011, mas o número manteve-se estável nos demais anos.

A distribuição percentual de investigação dos óbitos maternos, nesse recorte de tempo, indicou que a maioria dos casos ocorridos na região do estudo foram investigados (n=20;

90,9%), enquanto apenas 9,1% (n=2) não foram investigados. Os dados coletados subdividem a mortalidade materna quanto ao tipo da causa obstétrica, direta, indireta e não especificada. A primeira representa 50% dos casos (n=11), enquanto as demais foram identificadas nos percentis de 40,9 (n=9) e 9,09 (n=2), respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Casos de mortalidade materna, segundo a investigação e tipo de causa, em municípios da Região de Saúde (CIR). Jequié (BA), Brasil, 2010 a 2014.

Município	Total de óbitos/ munic.	Óbito invest. *, com ficha síntese	Óbito invest., sem ficha síntese	Óbito não invest.	Tipo causa obst.: Morte mat. obst. dir.**	Tipo causa obst.: Morte materna obst. indireta	Tipo causa obst.: Morte mat. obst. não especific.***
Total da Região	22	20	-	2	11	9	2
Boa Nova	2	2	-	-	1	1	-
Brejões	1	1	-	-	-	1	-
Ipiaú	1	1	-	-	1	-	-
Iramaia	1	1	-	-	1	-	-
Itamari	1	1	-	-	-	1	-
Itiruçu	1	1	-	-	-	1	-
Jaguaquara	4	4	-	-	-	2	2
Jequié	6	4	-	2	3	3	-
Jitaúna	1	1	-	-	1	-	-
Lajedo do Tabocal	1	1	-	-	1	-	-
Maracás	3	3	-	-	3	-	-
BAHIA	768	558	49	161	479	261	28

*Óbito investigado/ ** Tipo causa obstétrica: Morte materna obstétrica/**não especificada
Fonte: DATASUS

Com relação ao período de ocorrência do óbito materno, os dados obtidos indicam que, durante o puerpério, até 42 dias, 54,55% (n=12) vieram a falecer. Durante a gravidez,

parto ou aborto, houve 31,82% (n=7) e, durante o puerpério de 43 dias a menor de um ano, foram de 9,09% (n=2) (Tabela 2).

Tabela 2. Casos de mortalidade materna, segundo o período de ocorrência, em municípios da Região de Saúde (CIR). Jequié (BA), Brasil, 2010 a 2014.

Município	Morte grav/pue: Durante a gravidez, parto ou aborto	Morte grav/pue: Durante o puerpério, até 42 dias	Morte grav/pue: Durante puerpério, de 43 dias a < 1 ano	Morte grav/pue: Não informado ou ignorado	Morte não na gravidez ou no puerpério	Período informado Inconsist.
Total da Região	7	12	2	1	-	-
Boa Nova	-	1	1	-	-	-
Brejões	-	1	-	-	-	-
Ipiaú	-	1	-	-	-	-
Iramaia	-	1	-	-	-	-
Itamari	-	1	-	-	-	-
Itiruçu	1	-	-	-	-	-
Jaguaquara	3	1	-	-	-	-
Jequié	2	3	1	-	-	-
Jitaúna	-	-	-	1	-	-
Lajedo do Tabocal	-	1	-	-	-	-
Maracás	1	2	-	-	-	-
BAHIA	271	350	64	63	14	6

Fonte: DATASUS

No período analisado, observou-se que o nível de escolaridade, na região de Jequié, apresentava diferença percentual nos casos de

mortalidade materna, no qual as mulheres que possuíam até três anos de formação escolar obtiveram 45,45% (n=10) de óbitos,

enquanto as que foram identificadas com escolaridade de quatro anos ou mais representaram 31,82% dos casos (n=7) (Tabela 3).

Tabela 3. Casos de mortalidade materna, segundo a escolaridade, em municípios da Região de Saúde (CIR). Jequié (BA), Brasil, 2010 a 2014.

Município	Escolaridade: Nenhuma	Escolaridade: 1 a 3 anos	Escolaridade: 4 a 7 anos	Escolaridade: 8 a 11 anos	Escolaridade: 12 e mais	Escolaridade: Ignorado
Total da Região	3	7	4	3	-	5
Boa Nova	-	-	1	-	-	1
Brejões	-	1	-	-	-	-
Ipiaú	-	-	-	-	-	1
Iramaia	-	-	1	-	-	-
Itamari	-	-	1	-	-	-
Itiruçu	-	-	-	-	-	1
Jaguaquara	-	1	1	1	-	1
Jequié	2	3	-	1	-	-
Jitaúna	-	1	-	-	-	-
Lajedo do Tabocal	1	-	-	-	-	-
Maracás	-	1	-	1	-	1
BAHIA	35	110	166	179	44	234

Fonte: DATASUS

A faixa etária foi um outro indicador analisado que apresentou percentis diferenciados, pois as mulheres, que possuíam entre 30 a 39 anos de idade, estavam representadas com 45,45% (n=10) dos óbitos. A faixa etária dos 15 a 19 anos apresentaram 9,09% (n=2); de 20 a 29 anos, 27,27% (n=6) e 40 a 49 anos, 18,18% (n=4) (Tabela 4).

Tabela 4. Casos de mortalidade materna, segundo a faixa etária, em municípios da Região de Saúde (CIR). Jequié (BA), Brasil, 2010 a 2014.

Município	Faixa Etária: 10 a 14 anos	Faixa Etária: 15 a 19 anos	Faixa Etária: 20 a 29 anos	Faixa Etária: 30 a 39 anos	Faixa Etária: 40 a 49 anos	Faixa Etária: 50 a 59 anos	Faixa Etária: Ignorada
Total da Região	-	2	6	10	4	-	-
Boa Nova	-	-	1	1	1	-	-
Brejões	-	-	-	-	-	-	-
Ipiaú	-	-	1	-	-	-	-
Iramaia	-	-	-	1	-	-	-
Itamari	-	-	1	-	-	-	-
Itiruçu	-	-	-	-	1	-	-
Jaguaquara	-	1	2	1	-	-	-
Jequié	-	1	1	4	-	-	-
Jitaúna	-	-	-	-	1	-	-
Lajedo do Tabocal	-	-	-	1	-	-	-
Maracás	-	-	-	2	1	-	-
BAHIA	11	91	305	286	72	2	1

Fonte: DATASUS

Quanto à cor/raça, a distribuição dos óbitos maternos na referida região de saúde, entre os anos de 2010 a 2014, evidenciou que 40,91% eram pardas; 13,64%, brancas; 18,18%, pretas e, em 27,27%, essa informação foi ignorada. O estado civil também apresentou heterogenia na repartição da mortalidade materna, no qual as mulheres solteiras correspondiam a 54,55% (n=12), enquanto as casadas estavam representadas em 9,09% (n=2); outras, em 13,64% (n=3) e ignorado, em 22,73% (n=5) (Tabelas 5).

Tabela 5. Casos de mortalidade materna, segundo o estado civil, em municípios da Região de Saúde (CIR). Jequié (BA), Brasil, 2010 a 2014.

Município	Estado civil: Solteiro	Estado civil: Casado	Estado civil: Separado judicialmente	Estado civil: Outro	Estado civil: Viúvo	Estado civil: Ignorado
Total da Região	12	2	-	3	-	5
Boa Nova	2	-	-	-	-	-
Brejões	-	-	-	-	-	1
Ipiaú	-	-	-	-	-	1
Iramaia	1	-	-	-	-	-
Itamari	1	-	-	-	-	-
Itiruçu	-	-	-	-	-	1
Jaguaquara	3	1	-	-	-	-
Jequié	4	1	-	-	-	1
Jitaúna	-	-	-	1	-	-
Lajedo do Tabocal	-	-	-	-	-	-
Maracás	1	-	-	2	-	1
BAHIA	368	176	7	75	4	138

Fonte: DATASUS

DISCUSSÃO

No período de 2010-2014, foram registrados 22 óbitos maternos na Região de Saúde de Jequié segundo dados do DATASUS, a maioria deles no município de Jequié (n=6; 27,3%). Houve investigação com ficha síntese informada em 90,9% (n=20) dos casos, demonstrando que, apesar de não ter ocorrido a investigação em 100%, que seria o ideal, houve um bom levantamento de informações acerca dos óbitos ocorridos, o que é fundamental para compreender as causas e levar à adoção de medidas de prevenção de modo a evitar futuras ocorrências. No entanto, é válido ressaltar que, em 14 municípios, não foram encontrados registros de óbitos maternos, o que pode ser atribuído tanto à ausência de ocorrências como, também, à não notificação dos casos.

Com relação à Bahia, verifica-se, entre as ocorrências, a investigação com ficha síntese informada em 72,6% (n=558) dos casos, o que revela que a região de saúde em estudo está com uma média de investigação bem acima da realizada no Estado, sendo ainda observada, na Bahia, uma percentagem elevada de casos não investigados (n=161; 20,9%).

No Brasil, as dificuldades para mensurar a mortalidade materna têm sido amplamente documentadas. As imprecisões no registro geram subnotificação e sub-registro de óbitos maternos, o que demanda a adoção de um fator de correção. Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde promove estudos para estimar esse fator, com a aplicação da metodologia RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey).¹⁴

Esta metodologia identifica e investiga as causas de todos os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), em área e população definidas, usando múltiplas fontes de dados como entrevistas com a família, parteiras, coveiros e profissionais da saúde que atenderam a mulher, assim como o levantamento de dados dos registros vitais, prontuários médicos e informações de sepultamento. Assim, a relação entre o número de mortes maternas obtidas pela investigação e o número informado nas Declarações de Óbito originais possibilitou a estimação dos valores corrigidos da RMM.¹⁴

A RMM estima a frequência de mortes de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez¹⁵. A RMM representa parcela pequena frente ao considerável número de mulheres que desenvolvem morbidades maternas graves. A mortalidade materna geralmente ocorre após uma sucessão de morbidades que, se fossem detectadas a tempo de tomar as providências necessárias, muitas vezes poderiam evitar os óbitos.¹⁶

Neste estudo, a morte materna obstétrica direta representou o maior número de casos tanto na região (n=11; 50%), quanto na Bahia (n=479; 62,4%), se comparadas a morte materna obstétrica indireta e a morte materna obstétrica não especificada. Entende-se por morte materna obstétrica direta 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; e morte materna obstétrica indireta

aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.¹⁷

No Brasil, mais de 90% dos partos ocorrem em hospitais. Em capitais brasileiras, 67,1% das mortes maternas foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Os diagnósticos específicos que predominaram foram os transtornos hipertensivos, presentes em 25% dos casos. A doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) totalizou 37% de todas as mortes obstétricas diretas. As complicações hemorrágicas foram responsáveis por 9% do total e 13,3% das mortes obstétricas diretas. Entretanto, cerca de um quarto das mortes foi por causas obstétricas indiretas.¹⁸⁻⁹ Esses dados indicam que a qualificação da assistência nas instituições brasileiras deve focar tanto as causas de morte diretamente relacionadas à gestação, quanto as condições clínicas prévias à gestação.

Ainda no Brasil, pode-se ressaltar que o risco de morrer por causas obstétricas diretas, em 2012, foi 40,7 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos e 19,4 por causas indiretas. As duas principais causas diretas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam a 20,2% e 11,9% do total de óbitos maternos, respectivamente. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto que corresponderam, respectivamente, a 7,3% e a 4,5% do total de óbitos maternos. Entre as causas indiretas, o grupo com maior frequência foi o das doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, pelo parto ou pelo puerpério, que representaram 7,3% do total de óbitos maternos.¹⁴

Pôde ser verificado também, a partir dos dados analisados na pesquisa, que o maior número de mortes ocorreu durante o puerpério até 42 dias do pós-parto, representando 54,5% (n=12) dos óbitos na região de saúde de Jequié e 45,6% (n=350) na Bahia.

No entanto, apesar da predominância dos óbitos nos dados observados terem ocorrido no período mais próximo ao parto, nota-se que a evolução tecnológica, incluindo-se a terapêutica, fez com que graves complicações ocorridas no ciclo gravídico puerperal não levassem à morte antes do término do puerpério (42 dias), mas que ela viesse a ocorrer mais tardiamente. Isso fez que a OMS incluísse, no Código Internacional de Doenças (CID-10), códigos para "morte por qualquer

causa obstétrica que ocorre mais de 42 dias, mas menos de um ano após o parto".¹³ Tal fato justifica a ocorrência de 9% (n=2) dos óbitos maternos na região de Jequié e 8,3% (n=64) na Bahia no período de 43 dias até um ano após o parto.

No que diz respeito à escolaridade, foi evidenciado, na referida região de saúde, que 45,5% (n=10) das ocorrências se deram entre mulheres sem nenhuma escolaridade ou com até três anos de estudo. Em Jequié, este percentual chegou a 83,3% (n=5). Vale ressaltar que ainda é grande, nessa região, o número dos casos com escolaridade ignorada (n=5; 22,7%), demonstrando a fragilidade na coleta de dados, o que dificulta a aquisição de informação para o estabelecimento dos indicadores de saúde extremamente importantes para orientar as ações de controle/prevenção. Na Bahia, o nível de escolaridade, entre as mulheres que foram a óbito por causas maternas, apresentou uma melhora. Cerca de 50,6% (n=345) delas possuíam mais de quatro anos de estudo, porém, havendo uma elevada taxa com escolaridade ignorada (n=234; 30,5%).

A escolaridade é uma variável que deve ser considerada na atenção à saúde da mulher, pois pesquisas mostram, de forma contundente, que as mulheres com menor escolaridade são as maiores vítimas da mortalidade materna. Esse dado indica que as mulheres com baixa escolaridade, possivelmente, não estão sendo assistidas de forma adequada e nem os riscos de morte estão sendo corrigidos.²⁰

O Ministério da Saúde coloca que RMM elevadas são indicativas do baixo grau de informação e escolaridade, além de precárias condições socioeconômicas, e dinâmicas familiares com a presença da violência e dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade. Igualmente, o repasse de informação é uma das armas úteis quando o objetivo é a prevenção de doenças e a promoção da saúde, de modo que a habilidade de compreensão da informação, por parte do receptor da mensagem, e o modo como as orientações em saúde são repassadas influenciam na obtenção de efeitos finais positivos.⁷

Outro indicador importante a ser analisado é a faixa etária. Na região em estudo, foi constatado que o maior número de casos de óbitos maternos foi entre as mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos (n=10; 45,5%). Em Jequié, este grupo correspondeu a 66,6% (n=4) dos casos. Já na Bahia, a faixa etária mais afetada foi entre 20 a 29 anos (n=305; 39,7%).

Tais dados revelam que, na região de saúde foco do estudo, o maior número de casos se dá entre as mulheres mais maduras, contrariando a tendência que ocorre na Bahia e no país, onde há predomínio da faixa de 20 a 29 anos.

No Brasil, em 2012, 14% do total de óbitos maternos ocorreram em mulheres com menos de 20 anos de idade; 77,1% no grupo de 20 a 39 anos e 8,7% nas mulheres de 40 anos de idade ou mais. A Região Norte foi aquela que apresentou a maior concentração de óbitos em mulheres com menos de 20 anos (20,2%) e a Região Centro-Oeste, a menor (11,4%). É preocupante o fato de 14% dos óbitos maternos estarem ocorrendo em adolescentes, com maior concentração nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que detêm um maior contingente de mulheres com dificuldade de acesso aos bens sociais.¹⁴

Vale salientar que são consideradas em idade fértil as mulheres com faixa etária entre dez a 49 anos.²¹ No entanto, na análise da mortalidade materna no Brasil, de 2010 a 2014, alguns casos esporádicos excederam a faixa etária conceitual, sendo observado o registro de óbitos maternos com faixa etária entre 50 e 59 anos nas regiões Sudeste e Nordeste, inclusive, com duas ocorrências na Bahia (0,26%).¹⁰ Esse fato leva a pensar que há falhas nos registros, o que demonstra a necessidade da educação permanente nos serviços de saúde para que os erros de notificação sejam cada vez menores, tornando o dado qualificado para a geração de informações confiáveis e que possam, de fato, subsidiar as intervenções em saúde.

No quesito cor/raça, tanto na região de Jequié, quanto na Bahia, se observa um notável predomínio da parda, sendo os valores de 40,9% (n=9) e 61% (n=469), respectivamente. Em seguida, a cor/raça mais referida na Bahia foi a preta, com 17,7% (n=136), sendo verificado, na região de Jequié, que em 27,3% (n=6) dos casos este quesito foi ignorado, revelando uma inconsistência dos dados nesta região para a avaliação deste indicador.

Observa-se que a maior parte das mortes maternas corresponde a mulheres de cor ou raça negra, que é aquela composta pelas pessoas que se declaram de cor preta e as que se declaram de cor parda. Essa proporção vem aumentando ao longo dos anos, o que pode ser atribuído, também, à melhoria da qualidade da informação sobre cor da pele ou raça entre óbitos maternos, com redução constante dos “ignorados”, o que permite mostrar, com maior veracidade e proximidade, o quadro

real no país em que o maior contingente de mortes maternas é de mulheres negras, evidenciando, assim, a vulnerabilidade deste grupo.¹⁴

No entanto, a análise da raça e da cor não é uma ação fácil, dada a dificuldade de entendimento enquanto a classificação raça/cor. É com base nisso que há quem defenda o fato de que não deva existir esta classificação, já que a diversidade étnica é identidade marcante do Brasil, podendo-se ter um retrato distorcido da verdadeira realidade social do país, interferindo e dificultando a análise concreta da população e de seu perfil de morbimortalidade.⁸

Com referência ao estado civil, foi verificado que em 54,5% (n=12) das ocorrências na região de saúde de Jequié, as mulheres eram solteiras, tendência também observada em Jequié, com 66,6% (n=4), e na Bahia, com 47,9% (n=368). O estado civil ignorado aparece de forma marcante, tanto na região em estudo, quanto na Bahia, com 22,7% (n=5) e 18% (n=138), respectivamente, mais uma vez demonstrando a fragilidade na coleta de informações.

O estado civil é um indicador que precisa ser analisado, uma vez que se encontrou, entre as mortes maternas registradas, um percentual maior de mães solteiras. Nesse caso, vale refletir sobre as relações conjugais não formalizadas e/ou abertas, pois é comum a consequente quebra de vínculos entre a mãe e o pai do bebê e/ou a tomada de decisões inconvenientes na descoberta de uma gravidez. Desse modo, acredita-se que as gestantes solteiras, assim como as viúvas e separadas judicialmente, tendem a constituir um grupo vulnerável. As justificativas para tanto giram em torno da ausência de aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de estímulo ao autocuidado à mãe, por parte do pai do bebê e da família.¹⁰

De um modo geral, na análise da mortalidade materna no Brasil, identificou-se que há desigualdades sociais relacionadas à cor/raça, escolaridade e estado civil. Também são apontadas falhas na assistência pré-natal ao parto, nas causas evitáveis de morte materna, ressaltando que o preenchimento incompleto e a subnotificação na declaração de óbito ainda persistem no país,²² o que corrobora com o verificado na região em estudo.

Destaca-se que a subnotificação e o sub-registro das mortes maternas no país, com a ausência de preenchimento nos diversos campos, dificulta uma análise mais acurada das variáveis presentes na Declaração de

Óbito. Em consequência, a monitorização dos eventos para a verificação da efetividade das ações de saúde das mulheres é prejudicada em face dos dados disponíveis, o que justifica a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais que realizam a notificação desses óbitos.

CONCLUSÃO

A melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio, já que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde, associadas, geralmente, à baixa escolaridade. Esse fato exige uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, um controle social eficaz com ampliação e qualificação dos Comitês de Morte Materna e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil na promoção de políticas públicas que busquem a redução da mortalidade materna.

Igualmente necessário é sensibilizar os profissionais e gestores da saúde para a importância do registro fidedigno das ocorrências de óbitos maternos e a necessidade de alimentação adequada dos sistemas de informações vigentes no Brasil. A subnotificação gera incompletude das informações e, consequentemente, dificulta o planejamento de políticas de ação. Também deve ser ampliado o estudo dos determinantes da mortalidade materna, com especial foco nos grupos mais vulneráveis, de modo a combater os fatores que contribuem para a perpetuação dessa iniquidade de saúde, tornando a produção científica ainda mais relevante no enfrentamento deste grave evento entre as mulheres brasileiras.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: décima revisão (CID-10). 8th ed. São Paulo: Edusp; 2000.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fundation, United Nations Population Fundation, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2017 Feb 02]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44423/1/9789241500265_eng.pdf
3. Khan K, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006 Apr; 367(9516):1066-74. Doi: [10.1016/S0140-6736\(06\)68397-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68397-9)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2017 Feb 17]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Coordenação de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Preench_Obito_Materno_2011_jan.pdf
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
8. Martins AL. Maternal mortality among black women in Brazil. Cad Saúde Pública. 2006 Nov;22(11):2473-79. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>
9. Perpétuo IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. In: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, 2000. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP [Internet]. Caxambu: ABEP; 2000 [cited 2017 Feb 03]. p.1-14. Available from: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1051/1016>
10. Ferraz L, Bordignon M. Maternal mortality in brazil: a reality in need of improvement. Rev Baiana Saúde Pública. 2012; 36(2):527-38. Doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n2.a474>
11. Cecatti JC, Calderón IMP. Beneficial interventions during delivery for the prevention of maternal mortality. Rev Bras

Ginecol Obstet. 2005 June; 27(6):357-65. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000600011>

12. Bahia (Estado), Serviço Público Estadual. Resolução CIB 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais [Internet]. Salvador: SES/BA;2012 [cited 2017 Jan 28]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/resolucao-ba.pdf>

13. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de Julho de 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2016 Oct 11]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf

14. Ministério da Saúde (BR), 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Feb 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf

15. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. 2nd ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2008 [cited 2017 Feb 17]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Feb 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf

17. Amaral E, Luz AG, Souza, JPD. The severe maternal morbidity for the qualification of care: utopia or necessity? Rev Bras Ginecol Obstet. 2007 Sept;29(9):484-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000900008>

18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

[cited 2017 Feb 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf

19. Payne BA, Hutcheon JA, Ansermino JM, Hall DR, Bhutta ZA, Bhutta SZ, et al. A risk prediction model for the assessment and triage of women with hypertensive disorders of pregnancy in low-resourced settings: the miniPIERS (Pre-eclampsia Integrated Estimate of RiSk) multi-country prospective cohort study. PLoS Med. 2014 Jan;11(1):e1001589. Doi: [10.1371/journal.pmed.1001589](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001589)

20. Riquinho DL, Correia SG. Maternal mortality: socio-demographic and causal profile. Rev Bras Enferm. 2006 May/June;59(3):303-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300010>

21. Laurent R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. Rev Saúde Pública. 1988; 22(6):507-12. 1988. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000600007>

22. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Maternal mortality in Brazil: what has the scientific literature shown in the last 30 years? Cad Saúde Pública. 2011 Apr;27(4):623-38. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002>

Submissão: 23/03/2017

Aceito: 29/09/2015

Publicado: 15/11/2017

Correspondência

Priscila Meira Mascarenhas
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB
Programa de Pós-Graduação Enfermagem e Saúde
Av. José Moreira Sobrinho
Bairro Jequiezinho
CEP: 45205-490 - Jequié (BA), Brasil