

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

Andrea Cristina Fraga de Souza
Camila Barbosa Rangel
Iram Sóter Carvalho Carreiro de Araújo
Maria Cristina dos Santos Figueira
Maria Inês Bezerra de Melo

**ÓBITOS MATERNOS OCORRIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO
DA CIDADE DO RECIFE DE 2000 A 2013**

**RECIFE
2015**

**ÓBITOS MATERNOS OCORRIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO
DA CIDADE DO RECIFE DE 2000 A 2013**

**MATERNAL DEATHS OCCURRED IN A PUBLIC HOSPITAL OF
CITY RECIFE 2000 2013**

Andrea Cristina Fraga de Souza¹

Camila Barbosa Rangel²

Iram Sóter Carvalho Carreiro de Araújo³

Maria Cristina dos Santos Figueira⁴

Maria Inês Bezerra de Melo⁵

1, 2 e 3 Graduandos do Curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana em Saúde

4- Enfermeira com especialização em pediatria e Mestre em Saúde Materno Infantil.

E-mail: Cristina.figueira@uol.com.br

5-Enfermeira Obstetra. Doutora em Saúde Materno Infantil.

E-mail: inesmel2000@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cada ano, mais de meio milhão de mulheres no mundo morrem por causas maternas. No Brasil, a quase totalidade dos partos ocorre dentro do sistema hospitalar e a investigação dos óbitos de mulheres nos hospitais é o mais forte instrumento para analisar a frequência de óbitos maternos. **OBJETIVO:** Descrever os casos de óbitos maternos ocorridos em um hospital de referência para gestação de alto risco na cidade do Recife de 2000 a 2013. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo observacional, do tipo corte transversal, com base em dados secundários de um banco de dados da Vigilância Epidemiológica do Hospital Agamenon Magalhães. A população do estudo foi constituída de mulheres que foram a óbito decorrente da gestação, nos anos de 2000 até 2013 no hospital Agamenon Magalhães, situado na cidade do Recife- PE. Foi construído um banco de dados secundário a partir de dados coletados, que foi submetido a testes de consistência, obtendo-se a listagem das variáveis de análise e corrigindo as inconsistências a partir das informações contidas nos formulários. A análise dos dados foi efetuada utilizando-se o programa EPI-INFO 7.1.5 Inicialmente foram obtidas as distribuições de frequência das variáveis utilizadas para caracterizar a amostra. Para as variáveis de distribuição normal foram realizadas as medidas de tendência central e dispersão. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães sobre o protocolo: HAM/PE com o N° 078669/2015 e o CAAE n°: 48185215.9.0000.5197. **RESULTADO:** Em relação à idade, 71,7% das parturientes encontravam-se no intervalo entre 19 e 35 anos. Verificamos a falta de registro quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas em 98,1%, taxa considerada muito alta, um resultado preocupante em pleno século XXI. Quanto à via de parto, foi observado no presente estudo que 45,3% das mulheres foram submetidas a cesárea. A duração do internamento até o óbito foi de até 10 dias em 77,3% da amostra. Quanto a evitabilidade foi encontrado um percentual de 47,2% dos óbitos eram evitáveis, ou seja, ocorreram por falta de adequada atenção à mulher no pré-natal. **CONCLUSÃO:** Essa pesquisa evidenciou que das mortes ocorridas decorrentes de causas quase sempre evitáveis, a maioria era de mulheres jovens, que se encontravam no auge de suas vidas reprodutivas. Faz-se necessário a adoção de estratégias para redução na taxa de mortalidade: Viabilizar o acesso aos métodos contraceptivos; captação precoce das gestantes até 12 semanas para a detecção de risco e encaminhamento para atendimento especializado; integração das equipes de saúde para garantir melhor acolhimento das gestantes e a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Importante ressaltar o preenchimento adequado das declarações de óbito, para identificar os casos de morte materna e encaminhá-los para os comitês de morte materna, pois cabe aos comitês de morte materna não só a investigação dos casos, mas também a recomendação de medidas para evitar um novo óbito.

PALAVRAS-CHAVES: Gravidez, Óbito materno, Mortalidade materna.

ABSTRACT

BACKGROUND: Each year, more than half a million women worldwide die from maternal causes. In Brazil, almost all births occur within the hospital system and the investigation of deaths of women in hospitals is the strongest tool for analyzing the frequency of maternal deaths. **OBJECTIVE:** Describe the cases of maternal deaths in a reference hospital for high-risk pregnancies in the city Recife 2000 to 2013. **METHOD:** An observational study was conducted, the cross-sectional, based on secondary data from a database of the Hospital Agamenon Epidemiological Surveillance. The study population consisted of women who died due to pregnancy, from 2000 until 2013 in the hospital Agamenon Magalhães, located in the city of Recife-PE. It built a secondary database from the data collected, which was subjected to consistency tests, obtaining the listing of analysis variables and correcting inconsistencies from the information contained in the forms. Data analysis was performed using the EPI-INFO program initially 7.1.5 frequency distributions of the variables obtained were used to characterize the sample. For normally distributed variables were held the central tendency and dispersion measures. The study was approved by the Ethics Committee of the Hospital Agamenon Research on the protocol: HAM / PE with the No. 078669/2015 and No. CAAE: 48185215.9.0000.5197. **RESULTS:** In terms of age, 71.7 % of mothers were in the range between 19 and 35 years. We see the lack of record on the number of pre -natal consultations at 98.1 %, considered too high rate, a worrying result in the XXI century. As for the mode of delivery, it was observed in this study that 45.3 % of women underwent cesarean section. The duration of hospitalization to death was 10 days in 77.3 % of the sample. As for avoidable found a percentage of 47.2 % of the deaths were preventable, occurred due to lack of proper care for women during pregnancy and childbirth. **CONCLUSION:** This research showed that the deaths resulting from causes almost always preventable most were young women who were at the peak of their reproductive lives. It is necessary to adopt strategies to reduce the mortality rate: Facilitate access to contraception; early identification of pregnant women up to 12 weeks for risk detection and referral to specialized care; integration of health teams to ensure better care of pregnant women and the improvement of care for prenatal, delivery and postpartum. Importantly proper filling of death certificates to identify cases of maternal death and direct them to the maternal mortality committees, as it is for maternal death committees not only the investigation of cases but also the recommendation of measures to prevent a new death.

KEY WORDS: Pregnancy, Maternal Death, Maternal mortality.

INTRODUÇÃO

Anualmente mais de meio milhão de mulheres no mundo morrem por causas maternas¹. Cerca de 800 mulheres morrem todos os dias devido a causas preveníveis relacionadas à gravidez e ao parto e de todas as mortes maternas 99% ocorrem nos países em desenvolvimento². Entre as principais causas de morte materna estão a hemorragia (69,2%); hipertensão arterial (66,1%) e infecções pós-parto (60,3%)³.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), nos países em desenvolvimento, entre 1990 e 2010 a mortalidade materna caiu de 440 para 240 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o número de óbitos diminuiu 45% em todo o mundo, um número ainda alto.⁴ No Brasil, houve uma diminuição de 43% de mortes maternas. De acordo com o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2013, 69 mães morreram a cada 100 mil nascidos vivos, índice considerado elevado. Isso representa quase o dobro da meta estabelecida nos Objetivos do Milênio da ONU, que era chegar a 35 óbitos a cada 100 mil até o fim do ano de 2015^{5,6}.

Morte materna é definida como “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”⁷

Neste sentido, a Morte Materna é considerada Declarada quando as informações registradas na Declaração de Óbito (D.O.) permitem classificar o óbito como materno. Já a

Morte Materna é considerada como Não Declarada quando as informações registradas na D.O. Não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna⁷.

A morte materna obstétrica pode ser decorrente de causas direta e indireta. Elas podem ser diretas quando são causadas por doenças que só ocorrem nesse período, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas ou indiretas, quando são provocadas por males que existiam antes da gestação ou que se desenvolvem durante a gestação não provocada por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Morte Materna Tardia: é a morte de uma mulher, resultante de causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gravidez. A Morte Materna Tardia não é considerada no cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM)

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. Corresponde, portanto, à soma total das Mortes Obstétricas e Não Obstétricas.

Morte Materna Presumível ou Mascarada: é considerada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na declaração de óbitos por falha no preenchimento.

A OMS considera as taxas de morbimortalidade materna e perinatal excessivas no Brasil, sendo associada na maioria das vezes à intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis. As principais causas de óbitos em 2003 foram às obstétricas diretas,

sobressaindo-se as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas⁸. No período entre 2001 a 2006 na cidade do Recife foi verificado que entre os óbitos por causa direta, a complicação mais frequente foi a pré-eclâmpsia/eclampsia e que a Síndrome HELLP foi a complicação durante a gravidez que mais levou as paciente a óbito^{9, 10}.

O panorama da situação da mortalidade materna é de difícil acompanhamento e persistem as dificuldades relacionadas à disponibilidade de dados precisos¹¹. O indicador mais utilizado para dimensionar o quadro da mortalidade materna, é a razão de mortalidade materna (RMM), que considera o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão (excluindo causas acidentais ou incidentais)⁷.

Dois fatores no Brasil dificultam o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna: a subinformação (preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação) e o sub-registro das declarações de óbito (omissão do registro do óbito em cartório)¹².

As regiões Norte e Nordeste do Brasil são responsáveis pelos maiores índices de sub-registro nos sistemas de informações de mortalidade, embora exista certa precariedade nas informações sobre mortes maternas e infantis em todas as regiões brasileiras¹³.

Uma serie de medidas vem sendo adotada pelo ministério da saúde para melhorar a qualidade da assistência obstétrica. Apesar das iniciativas sempre endidas na última década, poucos avanços foram observados. A criação e o fortalecimento de comitês de morte materna a níveis nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar é uma estratégia essencial para a prevenção do óbito materno¹².

Os comitês têm como objetivo identificar o grau de intensidade da mortalidade materna, as causas, os fatores determinantes e sendo assim propor medidas de prevenção com relação à ocorrência de novas mortes. Contribuem também para melhoria das informações sobre os óbitos maternos que permitem avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes¹².

Vários fatores determinam o desenvolvimento e o resultado de uma gravidez, inclusive a forma como se conduz este processo reflete, diretamente, nos índices de mortalidade materna e perinatal.

No Brasil, a quase totalidade dos partos ocorre dentro do sistema hospitalar . Desta forma a investigação dos óbitos de mulheres nos hospitais é o mais forte instrumento para analisar a frequência de óbitos maternos, uma vez que, principalmente nos hospitais de nível terciário, mulheres são internadas com quadros graves diretamente nos centros de terapia intensiva.

Com os avanços científicos e tecnológicos nas últimas décadas do século XX, nas áreas perinatal e de saúde materna, são inaceitáveis que ainda ocorram danos no processo de reprodução das mulheres, causando óbitos às mesmas¹².

OBJETIVO

GERAL

Descrever os casos de óbitos maternos ocorridos em um hospital público da cidade do Recife de 2000 à 2013.

ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas (idade, município de residência, procedência) das mulheres estudadas.
- Identificar as características obstétricas (Idade gestacional, paridade, realização do pré-natal e início do pré-natal);
- Analisar as características do internamento (condições do internamento, tempo do internamento e procedimento obstétrico);
- Descrever as características dos óbito quanto a: (evitabilidade, tipo e causa)
- Verificar o desfecho neonatal: vitalidade

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, retrospectivo, descritivo, com base em dados secundários de um banco de dados da Vigilância Epidemiológica de um hospital de referência para assistência de gestação de alto risco na cidade do Recife. Foram avaliados 106 casos de óbitos materno decorrentes de complicações da gestação no Hospital Agamenon Magalhães no período compreendido entre julho de 2000 e setembro de 2013.

As pacientes com dados incompletos inviabilizando os resultados foram excluídas do estudo. Foram estudadas as seguintes variáveis: idade materna, idade gestacional, número de filhos tidos, município de residência, procedência da gestante, realização do pré-natal, início do pré-natal, condições do internamento, tempo do internamento e procedimento obstétrico, evitabilidade do óbito, tipo do óbito e a causa do óbito, assim como a vitalidade neonatal. A coleta foi realizada através de um formulário semi-estruturado com questões fechadas. A análise dos dados foi efetuada utilizando-se o programa EPI-INFO 7.1.5. Inicialmente foram obtidas as distribuições de frequência das variáveis utilizadas para caracterizar a amostra. Para as variáveis de distribuição normal foram realizadas as medidas de tendência central e dispersão.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães - HAM/PE com o N° 078669/2015 e o CAAE nº: 48185215.9.0000.5197

RESULTADOS

Na Tabela 1 mostra-se a distribuição em relação à idade, 71,7% das parturientes encontravam-se no intervalo entre 19 e 35 anos. No que se refere ao município de residência verificamos que 35,8% eram procedentes do interior. Observa-se que 56,6% das mulheres eram encaminhadas de outro serviço.

Tabela 1. Distribuição de frequência segundo as características sociodemográficas de óbitos maternos ocorridos em um hospital público da cidade do Recife de 2000 à 2013.

Características sócio-demográficas	n (106)	%
Idade		
< 18	14	13,2%
19-25	36	34,0%
26-35	40	37,7%
36-40	12	11,3%
> 40	4	3,8%
Município de Residência		
Recife	34	32,1%
RMR	34	32,1%
Interior	38	35,8%
Procedência		
Hospitalar	60	56,6%
Residência	39	36,8%
Ignorado	7	6,6%

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HAM

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis obstétricas, nas quais podemos observar que a maioria das mulheres (40,6%) encontrava-se com idade gestacional >28 semanas, 26,4% eram primigestas, e no que se refere à paridade 26,4% tinham tido 01 filho. Quanto ao pré-natal verificamos que 31,1% da amostra realizaram pré natal, que não se tinha conhecimento quanto ao numero de consultas realizadas em 98,1% e 8,5% iniciaram o acompanhamento pré natal no 2º trimestre.

Tabela 2 - Distribuição de frequência segundo as características obstétricas de óbitos maternos ocorridos em um hospital público da cidade do Recife de 2000 à 2013.

Características Obstétricas	n (106)	%
Idade Gestacional no óbito		
< 12semanas	8	7,5%
13 a 27 semanas	28	26,4%
>28 semanas	43	40,6%
Ignorado	27	25,5%
Gesta		
I	28	26,4%
II	26	24,5%
III	13	12,3%
>III	16	15,1%
Ignorado	23	21,7%
Paridade		
0	14	13,2%
1	28	26,4%
2	23	21,7%
≥3	20	18,9%
Ignorado	21	19,8%
Realização do Pré-natal		
Sim	33	31,1%
Não	03	2,8%
Ignorado	70	66,0%
Nº de consultas		
Até 6	02	1,8%
>6	-	-
Ignorado	104	98,1%
Início das consultas do pré-natal		
1º trimestre	06	5,7%
2º trimestre	09	8,5%
3º trimestre	01	0,9%
Ignorado	90	84,9%

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HAM

A Tabela 3, ilustra as características do internamento das mulheres que foram a óbitos, onde observamos que, 60,4% destas chegaram ao serviço apresentando estado grave e que 77,3% tiveram uma permanência de até 10 dias entre o internamento e a ocorrência do óbito. A grande maioria das mulheres (76,4%) foram a óbitos na gravidez e o procedimento obstétrico que apresentou o maior percentual foi a cesárea com 45,3%.

Tabela 3 - Distribuição de frequência segundo as características do internamento de óbitos maternos ocorridos em um hospital público da cidade do Recife de 2000 à 2013.

Características do Internamento	n (106)	%
Condições no internamento		
Boa	7	6,6%
Regular	24	22,6%
Grave	64	60,4%
Sem vida	2	1,9%
Ignorado	9	8,5%
Duração do internamento até o óbito		
Até 10 dias	82	77,3%
11 a 30 dias	14	13,2%
>30 dias	8	7,5%
Ignorado	2	1,9%
Procedimento obstétrico		
Parto normal	21	19,8%
Parto Cesário	48	45,3%
Curetagem	8	7,5%
Ignorado	13	12,3%
Momento do óbito		
Gravidez	81	76,4%
Puerpério	25	23,6%

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HAM

A Tabela 4 refere-se ao tipo do óbito, onde foi verificado que 58,5% foram por causas diretas e que 82,1% dos óbitos foram precoces. Observamos que a causa de óbito que apresentou o maior percentual foi a infecção com 36,8% e que 47,2% desses óbitos foram por causas evitáveis.

Tabela 4 - Distribuição de frequência segundo ao tipo, período, causa e evitabilidade dos óbitos ocorridos em um hospital público da cidade do Recife de 2000 à 2013.

Características dos óbitos maternos	n (106)	%
Tipo do óbito		
Direto	62	58,5%
Indireto	41	38,7%
Ignorado	3	2,8%
Período do óbito		
Precoce	87	82,1%
Tardio	18	17,0%
Ignorado	1	0,9%
Causa do óbito		
Síndromes Hipertensivas	12	11,3%
Hemorragia	10	9,4%
Infecção	39	36,8%
Outras	44	41,5%
Ignorado	1	0,9%
Evitabilidade		
Evitável	50	47,2%
Provavelmente evitável	33	31,1%
Inevitável	10	9,4%
Ignorado	13	12,3%

Fonte: Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HAM

DISCUSSÃO

A maioria (71,7%) se encontrava entre 19 e 35 anos, considerada idade fisiológica para parir. Nesta faixa etária concentra-se o maior número de mulheres expostas ao risco de engravidar e parir. 35,8% residiam no interior do estado o que reflete a desigualdade entre as regiões nas condições políticas, econômicas e sociais, incluindo serviços de saúde de qualidade. Foi verificado que 56,6% das mulheres que foram a óbito eram procedentes de outro hospital e destas, 60,4% chegaram em estado grave. Estudos revelam que o local de ocorrência do óbito materno é predominantemente o hospital¹⁵.

Neste estudo foi encontrado um percentual de 40,6% de mulheres que encontravam-se com idade gestacional acima de 28 semanas de gestação, o que foi observado em estudo realizado sobre mortalidade materna na cidade do Recife em que 68% dos óbito ocorreram no terceiro trimestre¹⁶.

As mulheres estavam na primeira gestação com 26,4%. Percentual semelhante (33,3%) foi encontrado em um estudo do perfil epidemiológico mostrando a relação do óbito na primeira gestação¹⁷.

O seguimento pré natal foi realizado por 31,1% das mulheres. No que diz respeito ao número de consultas no pré-natal observa-se que 98,1% não tinham registro dessa informação, prejudicando assim a análise dessa variável. Quanto ao número de consultas, 8,5% das mulheres iniciaram o acompanhamento pré-natal no 2º trimestre. A captação precoce da gestante aos serviços de saúde é importante para obter um seguimento adequado. É importante ressaltar que muitas vezes, gestantes com baixo nível

socioeconômico e cultural podem não realizar um pré-natal satisfatório, ou mesmo não realizar pré-natal de forma alguma¹⁸.

Nesse estudo foi verificado que a duração do internamento até o óbito foi de até 10 dias em 77,3% da amostra. Estudo realizado na Maternidade Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará em 2005, verificou que 63,2% das mortes aconteceram em até 48 horas e a internação mais prolongada totalizou 17 dias¹⁹.

Quanto à via de parto, foi observado no presente estudo que 45,3% das mulheres foram submetidas a cesárea. As maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal estão associadas a cesárea e consequente aumento da morbidade e mortalidade perinatal. O parto por cesárea aumentou o risco de morte materna quando comparado ao parto vaginal em que a infecção puerperal foi mencionada como uma das causas que aumenta esse risco^{20,21}.

Quanto à situação obstétrica da mulher, 76,4% estavam gestantes quando foram a óbito. Estudo realizado no Paraná para conhecer as taxas e causas da mortalidade materna, encontrou uma proporção inferior à encontrada neste estudo (13,5%). Percentual semelhante (25,9%) foi verificado em capitais de estados brasileiros e Distrito Federal^{22,23}.

O presente estudo mostrou uma elevada taxa quanto ao período do óbito precoce (82,1%) e 58,5% por causas diretas. Pode-se observar que a infecção como causa de óbito foi verificada em 36,8%. No Recife, Pernambuco, no período entre 2001 e 2004, predominaram síndromes hipertensivas, as hemorragias e as infecções como causa de óbito materno. Em uma revisão sobre a mortalidade no Brasil nos últimos trinta anos referiu que as causas diretas tiveram a maior contribuição em todos os períodos^{24,25}.

Quanto à evitabilidade foi encontrado neste estudo um percentual de 47,2% dos óbitos eram evitáveis, ou seja, ocorreram por falta de adequada atenção à mulher na gestação e no parto. Em estudo a respeito das percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade menciona que poderiam ter evitado as mortes quanto dos fatores de atenção à saúde que podem ter contribuído para o desfecho²⁶.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa evidencia que das mortes ocorridas decorrentes de causas quase sempre evitáveis, a maioria era de mulheres jovens, que se encontravam no auge de suas vidas reprodutivas.

As altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Faz-se necessário a adoção de estratégias para redução na taxa de mortalidade: Viabilizar o acesso aos métodos contraceptivos; captação precoce das gestantes até 12 semanas para a detecção de risco e encaminhamento para atendimento especializado; integração das equipes de saúde para garantir melhor acolhimento das gestantes e a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Importante ressaltar o preenchimento adequado das declarações de óbito, para identificar os casos de morte materna e encaminhá-los para os comitês de morte materna, pois cabe aos comitês de morte materna não só a investigação dos casos, mas também a recomendação de medidas para evitar um novo óbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization - WHO, 2015. Disponível em <http://www.who.int/en/>
2. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas, Banco Mundial. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. OMS, 2010.
3. Lancet. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. www.thelancet.com/lancetgh Vol 2 June 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
5. Relatório dos Objetivos do Terceiro Milênio, 2013. Disponível em: www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf
6. Secretaria de Políticas para a Saúde da Mulher. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Área Técnica da Saúde da Mulher. 2^a ed. Brasília, 2002.
8. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré--natal. Rev Bras Enf 2005; 58(6):559-564.
9. Oliveira SC, Costa JM, Leite FP, et al. Mortalidade materna em Recife no período de 2001 à 2006. Revista Enfermagem UFPE On Line 2008;3(1): 33-37.
10. Reis LGC; Pepe VLE; Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011.
11. Laurenti R; Jorge MHPM; Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste Rev. Bras. Epidemiol. 2004;7(4):449-60
12. Ministério da Saúde (Brasil). Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

13. Valongueiro S; Ludermir AB; Gominho LA. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. Cad. de Saúde Públ. [periódico online]. 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Políticas de Saúde . Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério : assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
15. Ferraz L; Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública, V.36, n.2, P.527-538 Abr./Jun. 2012.)
16. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.24 nº.7 Rio de Janeiro Aug. 2002
17. Oliveira MIV et al. Mortalidade materna: estudo do perfil epidemiológico em uma maternidade escola. Rev. RENE, v.3 n.1, p 21-26, jan-jun, Fortaleza, 2002.)
18. Ribas MSSS; Lorenzatto FRB; Souza AI. Fatores prognósticos para óbito materno por pré-eclâmpsia/eclâmpsia na cidade do Recife. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2003.
19. Bezerra EHM, Junior CAA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade escola Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(9): 548-53
20. Lucena AR. Morte Materna: aspectos epidemiológicos dos óbitos em residentes do município de Olinda-PE no triênio 2000 à 2002. Olinda: Fundação de Ensino Superior de Olinda; 2004.
21. Junior LCM et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública vol.25 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2009.
22. Viana RC; Novaes MRCG; Calderon IMP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S141-S152, 2011
23. Soares, et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.34 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2012.
24. Leite RMB. Mortalidade materna no Recife: análise das trajetórias das mulheres [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2006.
25. Morse ML et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(4):623-638, abr, 2011

26. Resende LV; Rodrigues RN; Fonseca MC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade Rev Panam Salud Publica vol.37 n.4-5 Washington Apr./May. 2015.

Apêndice**FORMULÁRIO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/__

N° de Prontuário: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Idade da mulher (chechar com a data do nascimento): _____
2. Município de Residência () Recife () RMR* () Interior
3. Procedência: () Recife () RMR* () Interior

*(Abreu e Lima, Cabo, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão, Moreno, Olinda, Paulista, São Lourenço)

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

4. Idade Gestacional no óbito ____ semanas
5. Gesta ____ Para ____ Aborto ____
6. Realização do pré-natal: () Sim () Não Quantas ____
7. Início das consultas do pré-natal: () 1 Trimestre () 2 Trimestre () 3 Trimestre

CARACTERÍSTICAS DO INTERNAMENTO

8. Condições no internamento () Boa () Regular () Grave
9. Duração do internamento até o óbito _____
10. Procedimento obstétrico: () Parto normal () Parto cesária () Não se aplica

CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITO

11. Tipo do óbito: () Direto () Indireto

12. Causa:

() Síndromes Hipertensivas

() Hemorragia

() Infecção

() Cardiopatias

() Síndromes respiratória

() outros

DESFECHO NEONATAL

13. Óbito do RN: () Sim () Não () Não se aplica