

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA IMIP
FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE –FPS**

MATHEUS ARRUDA QUIDUTE

**PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
ESTUDO DE UMA SÉRIE HISTÓRICA, 2004-2014.**

Trabalho de pesquisado Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq/IMIP) para o período de agosto/2016 a julho/2017.

Aluno: Matheus Arruda Quidute.

Orientadores: Prof^a Dr^a. Suely Arruda Vidal – IMIP
Co-orientadora: Msc. Patrícia Ismael de Carvalho

Recife
2017

Título: PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE
PERNAMBUCO:ESTUDO DE UMA SÉRIE HISTÓRICA, 2004 -2014

Equipe do Projeto:

Aluno do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC CNPq/IMIP)
para o período de agosto/2016 a julho/2017:

Matheus Arruda Quidute

Estudante do 10º período de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde

Email: matheusquidute@hotmail.com

Bruna Queiroz de Oliveira Vespaziano Borges (colaboradora)

Estudante do 10º período de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde

Email: brunavespaziano@gmail.com

Tiago Buarque Valença (colaborador)

Estudante do 10º período de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde

Email: tiagobvalenca@hotmail.com

Orientadores:

Profª Drª. Suely Arruda Vidal - IMIP

Docente da pós-graduação *stricto sensu* do IMIP

Email: suelyav@gmail.com

Msc. Patrícia Ismael de Carvalho

Aluna do doutorado em Saúde Materno Infantil do IMIP

Email: patismael1@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A morte materna foi declarada como problema de saúde pública a partir da década de 80 nos países de terceiro mundo. São óbitos considerados evitáveis por medidas de atenção à saúde no pré-natal e, principalmente, no parto e puerpério. Assim, todos os estados necessitam conhecer o comportamento da mortalidade materna, suas causas; identificar e priorizar os grupos de risco, a fim de se traçar estratégias para sua redução.

OBJETIVOS: Descrever o perfil da mortalidade materna no estado de Pernambuco, segundo características sócio-demográficas e clínicas relacionadas período gravídico- puerperal, as causas básicas de óbito e calcular a Razão de Morte Materna ao longo do tempo.

MÉTODOS: Estudo descritivo de corte transversal de uma série histórica do período de 2004 a 2014, a partir da análise dos dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O banco de dados foi digitado no programa Excel que foi utilizado para análise descritiva e para o cálculo da tendência temporal de Mann-Kendall, o STATA13.

RESULTADOS: O óbito materno, em Pernambuco, no período estudado, é mais prevalente em mulheres jovens, pretas/pardas, com poucos anos de estudo e sem companheiro, mas com acesso ao pré-natal. O óbito ocorreu em estabelecimentos de saúde, geralmente, no pós-parto até o 42º dia por causas, predominantemente diretas (96,7%), principalmente aquelas relacionadas às síndromes hipertensivas. A Razão de Morte Materna apresentou leve tendência de redução ao longo dos anos, porém sem resultado estatisticamente significativo ($p > 0,05$) no teste de tendência.

CONCLUSÃO: A mortalidade materna em Pernambuco ainda se apresenta elevada pode ser evitável por adequada atenção à saúde. Há necessidade de melhorar a qualidade da assistência desde o período pré-concepcional até o final do puerpério, visto que praticamente todas foram acompanhadas no pré-natal e o óbito ocorreu em serviços de saúde.

Palavras chave: Morte materna, mortalidade, mulher, nascidos vivos, gestação.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	3
III. MÉTODOS	4
3.1 Desenho do estudo	4
3.2 Local do estudo	4
3.3 Período do estudo	4
3.4 População do estudo	4
3.5 Critérios de elegibilidade.....	4
3.5.1 Critérios de inclusão	4
3.5.2 Critérios de exclusão	4
3.6 Fontes de informação	4
3.7Processamento e análise dos dados	4
IV. RESULTADOS.....	5
V. DISCUSSÃO.....	8
VI. CONCLUSÃO.....	11
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

I. INTRODUÇÃO

Anualmente, um grande número de mulheres morre consequência da gravidez ou do parto. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade materna conceitua-se como “*a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da localização ou duração da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais*”^{1,2,3,4}.

Por variar a partir de fatores socioeconômicos e culturais, a mortalidade materna configura-se como um indicador das condições de vida de determinada população.^{5,6} Para definir o nível de morte materna de uma região, é usada a Razão de Morte Materna (RMM), que é “o número de óbitos femininos por causas maternas, por cem mil nascidos vivos (100.000 nv), residente em determinado espaço geográfico, em determinado período”, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Esse cálculo é importante para o planejamento de prioridades para os locais de estudo, já que, segundo a OMS/UNICEF, esta taxa é um indicador que retrata o status da mulher em relação à saúde.⁴

Contudo, a RMM é um indicador de difícil mensuração, afinal, sua determinação depende de um sistema de registro vital confiável. A OMS “aceita” como valor máximo para uma Região a razão de 20 mortes maternas/100.000 nv,¹ assim, é necessário realizar comparações internacionais identificando situações de desigualdade, principalmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, que interfiram nesses números, buscando a resolução desse problema.⁴

Segundo a OMS, em 2013, aproximadamente, 289 mil mulheres morreram devido a complicações durante a gravidez e no parto, refletindo uma diminuição de 45% em relação aos dados do ano de 1990. Já no Brasil, em 2013, correspondeu a uma razão de 70 mm /100.000/nv⁸ e no estado de Pernambuco, os dados publicados referem-se ao período de 1996 a 2008, mostram a RMM média de 53,28/100.000 nv.⁹

A mortalidade materna foi declarada, na década de 80, como um problema de saúde pública nos países de terceiro mundo, necessitando de um melhor controle.¹⁰ A relevância desse problema tornou-se ainda maior, quando foram comparados aos países desenvolvidos, nos quais a mortalidade materna é de 8 a 10 óbitos/100.000 nv. Contudo, a diferença não se limita aos números, mas também às causas.¹¹ Enquanto nos países

desenvolvidos foram por causas indiretas, naqueles em desenvolvimento, como o Brasil, foram devido às causas obstétricas diretas⁹, que juntas perfaziam 99% dos casos.

Como se pode observar, a morte materna é condicionada tanto pelas condições socioeconômicas, quanto pela influência da falta de recursos disponibilizados para assistência à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Logo, a prevenção é importante, visto que 98% das mortes maternas ocorrem por causas evitáveis.¹²

O aborto vai além do contexto político da saúde, sendo capaz de gerar polêmicas e, por ser um ato ilegal, dificulta os estudos, por ser difícil quantificá-lo, apesar da sua influência na mortalidade materna. Um estudo realizado no estado do Paraná observou que 16,2% dos óbitos maternos eram relacionados ao aborto, entre 2003-2005.¹³

É importante citar, em primeiro plano, que a maioria dessas mortes decorre de causas obstétricas diretas³. Destacam-se, como principais causas, as hemorragias, principalmente na África e na América Latina, as toxemias gravídicas e as infecções puerperais, segundo a OPAS.⁴ Outras afecções que influenciam nesse indicador são as doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez.⁶ Além disso, existem os fatores assistenciais, como a superlotação dos serviços e a desqualificação profissional, que também contribuem naquele indicador.¹⁴

Devido às deficiências de instrução e orientação, aspectos como a reduzida escolaridade, a baixa condição socioeconômica e a faixa etária entre 20 e 29 anos constituem os principais fatores de risco para o aumento dos índices de Mortalidade Materna.⁷ Ademais, a prevalência é mais significativa em mulheres negras,^{6,15} uma vez que, além da predisposição biológica para doenças como a HAS, pertencem ao grupo de condições socioeconômica mais precárias, e naquelas sem acesso a um serviço de saúde estruturado com assistência pré-natal adequada durante a gestação.¹⁶

Por ser o Brasil um país de elevado risco para as mulheres na fase gravídico-puerperal, em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal¹⁵, objetivando políticas em prol da qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Outrossim, a falha no cumprimento do quinto Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que visava melhorar a saúde da gestante e reduzir a morte materna para 35 óbitos/100.000 nv até o fim de 2015,¹⁷ que não ocorreu.¹⁴

Diante disso, este trabalho objetiva descrever o perfil da mortalidade materna no período de 2004 a 2014 no estado de Pernambuco, suas causas e tendência temporal.

II. OBJETIVOS

Geral: Descrever o perfil da mortalidade materna e analisar a tendência temporal no período de 2004 a 2014 no estado de Pernambuco.

Específicos

- Descrever as características sociodemográficas das mulheres que foram a óbito nesse período.
- Descrever as características clínicas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério dessas mulheres.
- Identificar as causas básicas de óbito materno neste período
- Calcular a razão de morte materna e a tendência temporal no período.

III. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo de corte transversal, de uma série histórica abrangendo o período de 2004 a 2014, a partir de dados secundários.

3.2. Local do Estudo

Foi realizado no estado de Pernambuco, formado por 184 municípios e o Arquipélago de Fernando de Noronha.

3.3. Período e População do Estudo

Realizou-se no período entre agosto de 2016 e julho de 2017. A população de estudo foram mulheres em idade fértil que foram a óbitos por causas maternas diretas ou indiretas, residentes em Pernambuco no período de 2004 a 2014.

3.4. Critérios de elegibilidade

3.3.1. Critérios de Inclusão

- Todo óbito de mulher em idade fértil 10-49 anos (MIF) investigado e classificado como óbito materno.

3.3.2. Critérios de Exclusão

- Os óbitos de MIF não completamente investigados.

3.5. Fontes de informação

- Os Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (Sinasc), este último utilizado para o cálculo da Razão de Morte Materna (RMM).

3.6. Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi digitado no programa Excel que se utilizou para análise descritiva e para o cálculo do Teste de Tendência de Mann-Kendall, no STATA 13 *software*, adotando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

Os dados apresentados no quadro 1, relacionados aos aspectos sociodemográficos, mostram que a morte materna no estado de Pernambuco de 2004 a 2014, predomina em pretas/pardas (72%), na faixa etária dos 20 aos 39 anos (77%), com pouca escolaridade, um pouco mais da metade não concluiu o ensino fundamental e tinham menos de 8 anos de estudo (57,9%), vivia com companheiro (57,7%), ou seja, era solteira, viúva ou separada.

Características sociodemográficas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
IDADE													
10-19 anos	17	20	9	22	21	18	18	7	15	14	5	166	14,3
20-39	92	76	92	78	80	81	73	89	67	81	81	890	77,0
≥ 40	12	10	5	11	13	11	10	9	4	11	4	100	8,7
ESTADO CIVIL													
Com companheiro	63	40	44	57	45	28	36	37	32	40	32	454	39,3
Sem companheiro	57	65	62	53	66	77	61	63	51	59	53	667	57,7
Ignorado	1	1	0	1	3	5	4	5	3	7	5	35	3,0
ESCOLARIDADE													
0 - 3 anos	46	34	22	27	37	27	24	20	17	24	15	293	25,3
4 - 7 anos	35	35	49	43	29	25	37	33	30	34	27	377	32,6
8 - 11 anos	15	14	22	19	30	20	19	33	23	29	28	252	21,8
12 ou mais anos	3	4	4	10	7	5	10	7	6	9	7	72	6,2
Ignorado	22	19	9	12	11	33	11	12	10	10	13	162	14,01
RAÇA													
Branca	29	28	26	23	29	22	25	35	25	28	21	291	25,2
Preta/parda	88	75	80	83	84	78	73	66	60	76	69	832	72,0
Outras	4	3	0	5	1	10	3	4	1	2	0	33	2,8
TOTAL	121	106	106	111	114	110	101	105	86	106	90	1156	100,0

Quadro 1: Distribuição das características sociodemográficas dos óbitos materno no período de 2004-2014. Pernambuco, 2017

Quanto às variáveis clínicas, expostas no quadro 2, no estado de Pernambuco 58,9% dos óbitos materno ocorreu em mulheres com pré-natal, contudo, nessa variável há um grande número de dados ignorados (40,4%).

VARIÁVEIS CLÍNICAS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL	%
PRÉ-NATAL													
Sim	38	25	52	36	52	77	77	88	73	84	79	681	58,9
Não	1	0	0	0	1	1	0	4	1	0	0	8	0,7
Ignorado	82	81	54	75	61	32	24	13	12	22	11	467	40,4
IDADE GESTACIONAL NA 1ª CONSULTA													
1º Trimestre	22	17	26	28	26	33	39	41	32	40	41	345	29,9
2º Trimestre	24	29	27	28	33	26	22	32	22	32	22	297	25,7
3º Trimestre	6	4	2	5	4	7	2	4	5	3	5	47	4,0
Ignorado	69	56	51	50	51	44	38	28	27	31	22	467	40,4
TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE													
Público/Conveniado*	56	50	50	54	49	80	79	78	69	73	71	709	61,3
Privado	0	1	2	2	2	0	1	3	5	5	3	24	2,1
Ignorado	65	55	54	55	63	30	21	24	12	28	16	423	36,6
MOMENTO DO ÓBITO													
Durante a gestação	26	20	28	24	21	26	26	24	23	28	17	263	22,7
Durante o parto	5	10	5	8	3	6	4	0	2	4	2	49	4,3
Puerpério até 42 dias	70	54	61	48	62	55	59	66	49	55	55	634	54,8
Após o 42º dia	14	15	10	19	24	20	12	14	12	18	15	173	15
Ignorado	6	7	2	12	4	3	0	1	0	1	1	37	3,2
NOS ÓBITOS - TIPO PARTO													
Vaginal	34	36	33	31	37	28	30	30	22	31	24	336	29,1
Cesariana	50	38	47	42	49	47	36	47	40	43	49	488	42,2
Ignorado	37	32	26	38	28	35	35	28	24	32	17	332	28,7
NOS ÓBITOS PELO ABORTO, ELE FOI													
Espontâneo	5	3	3	5	1	4	9	7	3	3	3	46	3,9
Induzido legalmente	2	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	6	0,5
Provocado	3	1	1	2	3	1	3	0	1	1	0	16	1,4
Ignorado / NSA**	111	102	102	104	110	105	89	96	81	101	87	1088	94,2
LOCAL DO ÓBITO													
Hospital/Estab saúde	111	95	97	105	106	99	93	97	80	97	79	1059	91,6
Domicílio	5	7	6	6	6	6	7	5	4	7	8	67	5,8
Outros/ignorado	5	4	3	0	2	5	1	3	2	2	3	30	2,6
TOTAL	121	106	106	111	114	110	101	105	86	106	90	1156	100,0

* privado conveniado com o SUS ** NSA: Não se aplica

Quadro 2: Distribuição das características clínicas dos óbitos materno no período de 2004-2014. Pernambuco.

Ainda no quadro 2 observa-se que a grande maioria ocorreu no hospital ou em algum outro tipo de estabelecimento de saúde (91,6%) e, destes, 61,3% nos públicos e privados conveniados ao SUS. A maior parte dessas mortes aconteceu no pós- parto até 42º dia de puerpério (54,8%) e em pacientes submetidas à cesariana (42,2%). Já os que

tiveram como causa o aborto, representaram 5,8%, espontâneos na sua maioria (3,9%) considerando todas as mortes.

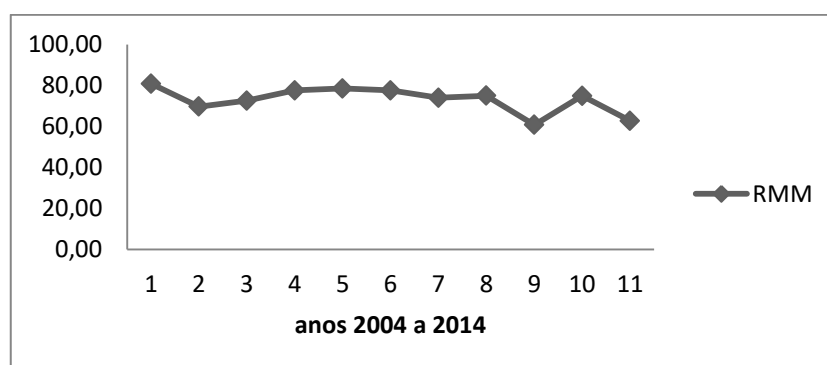
O quadro 3 está relacionado com as causas da mortalidade materna, sendo mais prevalentes as mortes relacionadas à gravidez, parto e puerpério (96,1%). Dentre essas causas diretas predominam as relacionadas ao puerpério e outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte (54,3%) e edema, proteinúria e transtornos hipertensivos (21,5%). As causas indiretas têm como maior prevalência as mortes causadas por doença pelo HIV/algunas doenças infecciosas e parasitárias (2,9%).

CAUSAS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL	%
B20.0-B24.9	5	3	5	4	2	4	5	0	1	1	3	33	2,9
C509 - D392	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0,2
F530 - F531	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0,3
J09 - J81	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0,2
I64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,1
O001 - O998	115	103	98	107	110	104	96	105	85	105	83	1111	96,1
X610 - X954	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0,4
TOTAL	121	106	106	111	114	110	101	105	86	106	90	1156	100,0

Quadro 3: Distribuição das causas dos óbitos materno no período de 2004-2014. Pernambuco, 2017 (B20-B24.9-Algunas doenças infecciosas e parasitárias; C509-D392: Neoplasias; F530-F531: Transtornos mentais e comportamentais; J09-J81: Doenças do aparelho respiratório; I64: Doenças do aparelho circulatório; O001-O998: Gravidez, parto e puerpério; X610-X954: Códigos para propósitos especiais.)

A Razão de Morte Materna (RMM) na série histórica analisada variou de 80,87 a 62,72 por 100.000 nv nos anos de 2004-2014, alcançando o menor valor no ano de 2012 (60,83/100.000nv), com aumento em 2013 (74,94/100.000 nv), quase igual a 2011 e nova redução em 2014. A apresentação gráfica da RMM no período estudado é uma curva decrescente (Figura 1).

Aplicou-se o Teste de Tendência de Mann-Kendal em relação à RMM por anos na série estudada que apresentou resultado negativo: Sen's slope $-0,77$, que se interpreta como tendência decrescente, porém, sem significado estatístico ($p = 0,152$).



Fonte dos dados para o cálculo da morte materna: SIM e Sinasc

Figura 1– Curva da Razão de Morte Materna no período de 2004 a 2014 no estado de Pernambuco

V. DISCUSSÃO

O óbito materno, em Pernambuco, entre 2004 e 2014, é mais prevalente em mulheres jovens, pretas/pardas, com poucos anos de estudo, a maioria não terminou o ensino fundamental e não tinha companheiro. Verificou-se, ainda, que a maioria teve acesso ao pré-natal e o óbito ocorreu em um hospital ou outro estabelecimento de saúde, geralmente, após o parto até o 42º dia de puerpério. As causas diretas representam a maioria dos óbitos, principalmente aquelas relacionadas às síndromes hipertensivas.

Estas mortes maternas poderiam ter sido evitadas, uma vez que tiveram acesso ao pré-natal de baixo risco à saúde e ao parto hospitalar tanto no nosso estudo, quanto no outro realizado em Fortaleza.¹⁸ Talvez o problema situe-se na qualidade da assistência, principalmente, nas medidas preventivas e na comunicação de sinais de alerta capazes de identificar possíveis complicações; ou na detecção de outras doenças potencialmente ameaçadoras da vida de mães e bebês, e assim, instituir o tratamento precocemente

As causas diretas são mais evitáveis que as indiretas, já que dependem da qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal¹⁹. Dentre as causas diretas (complicações da gestação, parto e puerpério), as doenças hipertensivas, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são responsáveis pela grande maioria dos óbitos maternos, predominando nas negras, com taxa seis vezes maior que nas brancas²⁰.

Um estudo realizado entre 2001 e 2012 verificou que, nos anos iniciais, prevaleciam as causas diretas no Brasil e nas regiões Nordeste e Sudeste, invertendo-se em 2011, dando lugar as indiretas. No entanto, esses achados diferem frontalmente de nosso estudo em Pernambuco, onde predominam as causas diretas²¹, assim como no estado de São Paulo, em 2011, onde a hipertensão na gestação foi responsável por 17% das mortes maternas.

A razão de morte materna de Pernambuco em 2014 foi 62,72 mortes maternas por 100.000 nv e ficou muito aquém dos ODM, que era reduzir para 35 óbitos/ 100.000 nv até 2015. Para o Brasil,²² a mortalidade materna, neste ano, foi de 44 óbitos/100.000 nv, ficando em 103º no ranking mundial.²³ No entanto, foram criados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), buscando eliminar os óbitos maternos evitáveis entre 2016 e 2030.²⁴ A meta dos ODS é reduzir, até 2030, a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nv. Logo, fica evidente a necessidade de melhorias na saúde do Estado em estudo para acompanhar e contribuir com os novos

objetivos, visto que, em 2013, a taxa de mortalidade materna global era de 210 óbitos/100.000 nv.²⁵

Os negros, no Brasil, se concentram nas regiões norte, centro-oeste e nordeste, apresentando nível socioeconômico baixo e, conseqüentemente, menos acesso aos métodos contraceptivos, com maior chance de gravidez. Tais dados ficam evidentes quando comparamos estudos realizados no Mato Grosso, com taxa de morte materna nesse grupo étnico de 63%²⁰, e em Pernambuco, no qual também temos uma maior parte dos óbitos concentrados nesse grupo étnico. Um estudo realizado em Fortaleza, entre 2008 e 2010, verificou uma maior ocorrência de mortes em mulheres jovens, negras, que evoluíram para o parto, principalmente, cesariana e maior mortalidade no puerpério precoce. Esses dados corroboram com os achados do nosso estudo. No entanto, em relação às variáveis socioeconômicas, a única divergência é que, no estudo supracitado, os óbitos maternos eram mais prevalentes nas mulheres em união estável¹⁸, apesar de que, de um modo geral, a mortalidade é maior nas mulheres solteiras¹⁹.

A baixa escolaridade está relacionada a uma maior mortalidade, visto que, além de dificultar a adesão aos métodos anticoncepcionais, também proporciona união precoce, resultando em gravidez¹⁸. Portanto, tal inferência justifica a associação de morte materna em jovens com baixa escolaridade, com predomínio, em Pernambuco, dessas mortes em mulheres que não completaram o ensino fundamental, assim como ocorreu em estudos realizados em Fortaleza¹⁸ e no Mato Grosso²⁰.

O aborto é uma importante causa de mortalidade, principalmente pela falta de acesso aos hospitais, em caso de complicações. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, nas capitais brasileiras, o aborto foi responsável por 11,4% das mortes, predominando naqueles provocados. Esses dados estão acima, proporcionalmente, dos encontrados em Pernambuco, mas temos que levar em consideração o grande número de dados ignorados/não se aplica.

Este trabalho tem como limitações o uso de dados secundários dos sistemas de informação em saúde, os quais, segundo alguns estudos apresentam sub-registro das causas de óbitos maternos. No nosso estado, desde 1996, são investigados rotineiramente, por meio dos instrumentos recomendados pelo Ministério da Saúde²⁷ e discutidos nos Grupos Técnicos de Discussão do Óbito Materno das Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco. Com tal procedimento recuperam-se algumas mortes maternas, sendo possível substituir no SIM a causa básica de óbito. Mesmo

assim, persistem elevados dados ignorados nos bancos de dados de cada ano, como se verificou no nosso estudo, o que dificulta a construção do perfil das mulheres vítimas destes eventos, necessitando de estratégias mais efetivas para conscientizar os profissionais responsáveis pelo preenchimento das Declarações de Óbitos e das fichas de investigação sobre importância dos dados.

Contudo, programas clínicos e educacionais, sem exigência de tecnologia pesada, como o planejamento familiar vinculado a uma educação sexual acessível, assim como ao pré-natal, parto e puerpério¹⁹ seriam um grande passo para a melhoria dos índices aqui expostos.

Apesar das limitações, a análise é válida na situação que se apresentam, tanto para conhecermos mais detalhadamente seus dados, como para o planejamento de medidas direcionadas aos problemas encontrados, melhorando, primariamente, a atenção básica²⁸.

VI. CONCLUSÃO

A mortalidade materna em Pernambuco ainda não adquiriu um nível aceitável comparado ao recomendado pela OMS, mas parece haver uma tendência de queda, embora com variação entre os anos estudados e, continua ainda, um sério problema de saúde pública. Tal fato pode estar associado a falhas nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e na sociedade, que, assim como ocorre nos países de baixa e média renda, são fatores que contribuíram para o Brasil não atingir as metas do milênio em reduzir em três quartos a mortalidade materna.

VII. REFERÊNCIAS

1. COSTA, AAR; RIBAS, MSSS; AMORIM, MMR; SANTOS, LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. *RevBrasGinecol Obstet.* 2002;24(7):455-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000700005&script=sci_arttext. Acesso em: 02/08/2017.
2. LAURENTI, R; JORGE, MHPM; GOTLIEB, SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2004, 7(4):449-460. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400008>. Acesso em: 28/03/2016.
3. CECATTI, JG; ALBUQUERQUE, RM; HARDY, E; FAUNDES, A. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 1998, 20(1):7-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72031998000100002>. Acesso em: 15/04/2016.
4. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de Mortalidade Materna. Dimensão “Atenção à Saúde” - 3a fase Taxa de Mortalidade Materna. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude_3fase.pdf. Acesso em: 18/04/2016.
5. JÚNIOR, CAA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: Razões para sua permanência. [Editorial]. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, 2006. 28(7):377-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>. Acesso em: 18/04/2016.
6. MORSE, ML; FONSECA, SC; BARBOSA, MD; CALIL, MB; EYER, FPC. Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011. 4(27):623-638. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>. Acesso em: 25/04/2016.
7. 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. Santa Catarina, 2012. Disponível

em:http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/474/pdf_150. Acesso em: 06/05/2016.

8. SOUZA, JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, 2013. 35(12)533-5. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/01.pdf>. Acesso em: 06/05/2016.

9. XAVIER, SB. Mortalidade materna em Pernambuco: Uma revisão de literatura. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, 2010. Disponível em:<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010xavier-sb.pdf>. Acesso em: 28/04/2016

10. LAURENTI, R. Mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2002, vol.48, n.1, pp.6-7. ISSN 1806-9282. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000100008>.

11. TRONCON, JK; NETTO, DLQ; REHDER, PM; CECATTI JG; SURITA, FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2013, vol.35, n.9, pp.388-393. ISSN 0100-7203 <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000900002>. Acesso: 26/03/2016

12. MELO, MEV; GALLI, B. Mortalidade Materna e Aborto Inseguro: uma questão de direitos humanos das mulheres. Ipas, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/660_781_MortalidadeMaternaDH.pdf. Acesso em: 06/05/2016.

13. DOMINGOS, SRF; MERIGHI, MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, v.14, n.1, p.177-181. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100026>. Acesso: 06/05/2016

14. BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Mortalidade Materna. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/temas-de-atuacao/saude/mortalidade-infantil/atuacao-do-mpf/relatorio-mortalidade-materna>. Acesso em: 18/04/2016.

15. VIANA, RC; NOVAES, MRCG; CALDERON, IMP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. 2011. 13 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Hospital

Regional da Ceilândia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Faculdade de Medicina da Unesp, Brasília, 2011. Disponível em

<http://hdl.handle.net/11449/136938>. Acesso em: 15/06/2016

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf.

Acesso em: 25/04/2016.

17. SOUZA, JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, São Paulo, 2015.

37(12):549-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso em: 06/05/2016.

18. ÁFIO, ACE; ARAÚJO, MAL; ROCHA, AFB; ANDRADE, RFV; MELO, SP. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. Rev Rene. 2014 jul-ago; 15(4):631-8. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1741/pdf>.

Acesso: 07/07/2017

19. DIAS, JM GD; OLIVEIRA, APSO; CIPOLOTTI, R; MONTEIRO, BKSM; PEREIRA, RO. Mortalidade materna. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(2): 173-179.

Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso: 15/06/2017

20. TEXEIRA, NZF; PEREIRA, WR; BARBOSA, DA; VIANNA, LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 12 (1): 27-35 jan. / mar., 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf> Acesso: 15/06/2017

21. SILVA, BGC; LIMA, NP; SILVA, S; WEHRMEISTER, FC. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. Rev Bras Epidemiol, Jul-Set 2016; 19(3): 484-493. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/309876650_Mortalidade_materna_no_Brasil

[no período de 2001 a 2012 tendência temporal e diferenças regionais](#). Acesso: 19/06/2017

22. PROGRAMA DE VOLUNTÁRIOS DAS NAÇÕES UNIDAS (UNV). O Voluntariado e os Objetivos do Desenvolvimento da ONU. Centro de Voluntariado São Paulo/PNUD Brasil. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/gestantes>. Acesso em: 06/05/2016

23. CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. The World FactBook. People and Society: Brazil. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>. Acesso em: 25/07/2017.

24. SOUZA, JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). [Editorial] Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(12):549-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf> Acesso em: 03/06/2017

25. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Brasil, Governo Federal. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf. Acesso em 06/05/2016

26. DOMINGOS, SRF; MERIGHI, MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. Esc. Anna Nery vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026 Acesso em: 06/07/2017

27. XAVIER, SB. **Mortalidade materna em Pernambuco: uma revisão de literatura**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010xavier-sb.pdf> Acesso em: 06/05/2017

28. MENDES, JDV; OSIANO, VLRL. **A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil**. BEPA, Bol. Epidemiol. Paul. (Online) vol.10 no.114 São Paulo jun. 2013 Disponível

em:http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722013000600003&lng=pt&nrm=issAcesso em: 14/07/2017