

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TAINARA OLIVEIRA VIEIRA**  
**VICTOR RODRIGUES LIMA DE FREITAS**

**INCIDÊNCIA DAS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA EM SERGIPE**  
**ENTRE 2016 E 2020**

Aracaju - SE,

2022

TAINARA OLIVEIRA VIEIRA

VICTOR RODRIGUES LIMA DE FREITAS

**INCIDÊNCIA DAS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA  
EM SERGIPE ENTRE 2016 E 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de bacharel do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

**Orientador:** Profa. Dra. Maria Inês Brandão Bocardi

Aracaju - SE

2022

TAINARA OLIVEIRA VIEIRA  
VICTOR RODRIGUES LIMA DE FREITAS

**INCIDÊNCIA DAS CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA EM SERGIPE  
ENTRE 2016 E 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de bacharel do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Maria Inês Brandão Bocardí data

\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Aglaé Araújo  
Andrade data

\_\_\_\_\_  
Enfa. Msc. Andressa Gabrielle Carvalho da Silva data

Aracaju - SE,

2022

## RESUMO

A mortalidade materna é definida como todo óbito ocorrido durante uma gestação ou após 42 dias do seu término, independente da localização ou da duração da gravidez e pode ocorrer devido a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação. Exclui-se os motivos acidentais ou incidentais e podem ser classificadas em causas direta e indireta. Esse estudo tem como objetivo apresentar os dados referentes à incidência de mortalidade materna no estado de Sergipe entre os anos de 2016 e 2020. A população do estudo foi composta por informações referentes à mortalidade materna obtidas através do site oficial do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando-se do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e a partir dos dados coletados, o total de 98 óbitos maternos foram identificados no período. Desta forma, esta pesquisa permitiu caracterizar as mulheres que vieram a óbito por causas obstétricas no estado, destacando indicadores como: faixa etária; raça/cor; local de ocorrência; tipo de causa obstétrica. Entretanto a maioria das mortes maternas é evitável, uma vez que as soluções de cuidados de saúde para prevenir ou administrar complicações são bem conhecidas. As medidas preventivas devem iniciar com a implementação do planejamento familiar, com orientações e métodos contraceptivos disponíveis para todas as pessoas que necessitarem, como forma de reduzir o número de gravidez indesejada e conseqüentemente a prática de aborto, além de uma equipe de saúde comprometida com a assistência e os cuidados específicos com a saúde que contribuam para identificação precoce de situações que possam traduzir risco para a morte.

**Palavras chave:** mortalidade materna; saúde da mulher; Sergipe; causas obstétricas; RMM.

## **ABSTRACT**

Maternal mortality is defined as all deaths that occur during a pregnancy or after 42 days of pregnancy, regardless of the location or duration of pregnancy and can occur due to any cause related to the worsening of pregnancy. Accidental or incidental causes are excluded and can be classified in direct and indirect cause. This study aims to present data regarding the incidence of maternal mortality in the state of Sergipe between the years 2016 and 2020. The study population was composed of information regarding maternal mortality obtained through the official website of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), using the Mortality Information System (SIM) and from the data collected, the total of 98 maternal deaths were identified in the period. With this, the study allowed to characterize the women who died from obstetric causes in the state, highlighting indicators such as: age range; race/color; place of occurrence; type of obstetric cause. However, most maternal deaths are preventable, since health care solutions to prevent or manage complications are well known. Preventive measures should begin with the implementation of family planning, with guidance and contraceptive methods available to all who need them, as a way to reduce the number of unwanted pregnancies and consequently the practice of abortion, in addition to a health team committed to assistance and specific health care that contributes to the early identification of situations that may translate risk for death.

**Key words:** maternal mortality; women's health; Sergipe; obstetric causes; MMR.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>09</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>6. REFERENCIAS.....</b>	<b>20</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM surgiram no ano de 2000, por meio da Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada pelos 191 estados membros, inclusive o Brasil. Consistiu em um esforço internacional para alcançar desenvolvimento em setores e temas como: meio ambiente, direitos humanos e das mulheres, igualdade social e racial. Foram estabelecidos 8 objetivos, com 21 metas, mensurados e comparados entre os países por meio de 60 indicadores (IPEA, 2014). Dentre estes objetivos, destaca-se neste estudo o ODM 5 que trazia como suas metas, até 2015, reduzir a mortalidade materna em três quartos do índice observado em 1999; e universalizar o acesso à saúde reprodutiva.

Roma (2019) enfatiza que em termos mundiais a sobrevivência materna evoluiu desde a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e que no Brasil, a taxa de mortalidade materna caiu 55% de 1990 a 2011, com alteração de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, esses ainda eram valores distantes dos 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, estipulados como meta para o país, e estes dados remetem a reflexão da importância dos cuidados e atenção que devem ser ofertados para a saúde materna.

A saúde materna refere-se à saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Cada estágio deve ser uma experiência positiva, com o objetivo de que as mulheres e seus bebês alcancem seu potencial máximo de saúde e bem-estar. Embora importantes progressos tenham sido feitos nas últimas duas décadas, cerca de 295.000 mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto em 2017. As causas diretas mais comuns de lesão e morte materna são perda excessiva de sangue, infecção puerperal, pressão alta e aborto inseguro, bem como causas indiretas, doenças do aparelho circulatório. A maioria das mortes maternas pode ser evitada com uma gestão oportuna por um profissional de saúde qualificado que trabalhe em um dos ambientes de apoio da atenção à saúde (BRASIL, 2019).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), morte materna é designada como o óbito de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término do mesmo, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gestação ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não ocasionadas por eventos acidentais ou incidentais (BRASIL, 2009).

Silva *et al.* (2016) referem que mortalidade materna é definida como todo óbito ocorrido durante uma gestação ou após 42 dias do seu término, independente da localização ou da duração da gravidez e pode ocorrer devido a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação. Exclui-se os motivos acidentais ou incidentais, e podem ser classificadas em causa direta, quando estão relacionadas às complicações na gravidez, no parto ou puerpério. Já as indiretas são as que procedem de doenças que já existiam antes da gestação ou de uma patologia que se desenvolveu durante a gravidez, sem uma relação com causas obstétricas diretas, mas que se agravaram pelas condições fisiológicas de uma gravidez.

A CID-10 também define a subdivisão desses óbitos em mortes obstétricas diretas ou indiretas. No primeiro caso, a morte é decorrente de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas que promovem complicações associadas à gravidez, parto e puerpério. Já as mortes obstétricas indiretas são resultantes de doenças preexistentes ou que surgiram durante a gestação, não relacionadas a mortes obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009).

No Brasil, as causas obstétricas diretas respondem por 66,7% das mortes maternas e suas principais causas são: as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as complicações do aborto e as infecções puerperais, estas estão intimamente relacionadas a fatores socioeconômicos, demográficos e políticos. Entre as causas diretas, a doença hipertensiva da gravidez e, em particular, pré-eclâmpsia e eclâmpsia continuam entre as três principais causas de mortalidade e morbidade materna, sendo que pode ser evitada em 92% dos casos (LOPES *et al.*, 2017).

Em Sergipe, segundo Chaves *et al.* (2019), entre 2010 e 2015 foram constatadas 140 mortes maternas, das quais 96 (68,57%) foram por causas obstétricas diretas. Além disso, 96,42% das ocorrências de óbito foram registradas em hospitais. Outro dado relevante foi o de mulheres pardas que vieram a óbito: 63,57% dos casos. Contudo, este último dado citado não apresenta uma relação causal com os indicadores.

De acordo com dados apresentados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Brasil assumiu a meta de redução de 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em uma reunião da Comissão Nacional de combate à Mortalidade Materna, cuja meta global para 2030 é reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos. (IPEA, 2018)

Além das condições orgânicas e fisiopatológicas, que favorecem a morbimortalidade na gestação, parto e puerpério, deve-se considerar também os fatores psíquicos, socioeconômicos, raciais e assistenciais que determinam a potencialidade para o risco de morte. Vários estudos demonstram que fatores sociais como idade, raça, estado civil, escolaridade e padrão socioeconômico apresentam maior vulnerabilidade com alto risco de complicações. (MARTINS, 2016). Esses indicadores também são representados nas plataformas de dados sobre a mortalidade materna, corroborando com a importância dos mesmos para análise das mortes.

CHOR (2013) chama a atenção para que além do aspecto socioeconômico e o de gênero, as questões relacionadas a desigualdade racial merecem uma investigação mais aprofundada no Brasil, que embora a adversidade econômica seja importante para a explicação desse contexto. Neste sentido, em outras situações, torna-se indispensável a compreensão do papel da raça e do gênero a fim de explicar o desfecho e contribuir para a elaboração de políticas públicas mais adequadas, neste caso visando a melhoria da saúde materna.

Considerando que, a mortalidade materna no Brasil se constitui um grave problema de saúde pública, apresentando falhas nas diretrizes políticas, levando os profissionais que prestam a assistência vivenciar constantes desafios, e ainda, que a maioria destes óbitos acontecem por situações que poderiam ser evitadas e prevenidas através de identificação precoce durante as consultas de pré-natal. O objetivo desse estudo é apresentar os dados referentes à incidência de mortalidade materna no estado de Sergipe entre os anos de 2016 e 2020. Ressalta-se a pertinência pelo fato de gerar contribuições subsidiando ações dos Enfermeiros que atuam na assistência da mulher no ciclo gravídico puerperal, através da reflexão proporcionada por esta pesquisa.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, fundamentado em dados secundários coletados através do sítio oficial do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando-se do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

A população do estudo foi composta por informações referentes à mortalidade materna no estado de Sergipe, entre os anos de 2016 a 2020, e a escolha deste período ocorreu pela disponibilidade desses dados no DATASUS no momento da coleta, em abril de 2022.

Destaca-se que foi utilizada somente a variável correspondente ao óbito materno e excluiu-se os óbitos maternos tardios (caracterizado quando o óbito ocorre em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez). Ademais, as causas básicas de óbitos foram identificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Os dados foram compilados e processados no Microsoft Excel (Excel 16.0 - 2016). As variáveis analisadas incluíram raça/cor, idade, local de ocorrência, causa do óbito materno e classificação da causa obstétrica. Para a análise estatística foi utilizada a fórmula que calcula o Razão de Mortalidade Materna (RMM) (BRASIL, 2019).  $RMM = \frac{n^{\circ} \text{ de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério (SIM)}}{\text{número total de nascidos vivos (SINASC)}} \times 100$

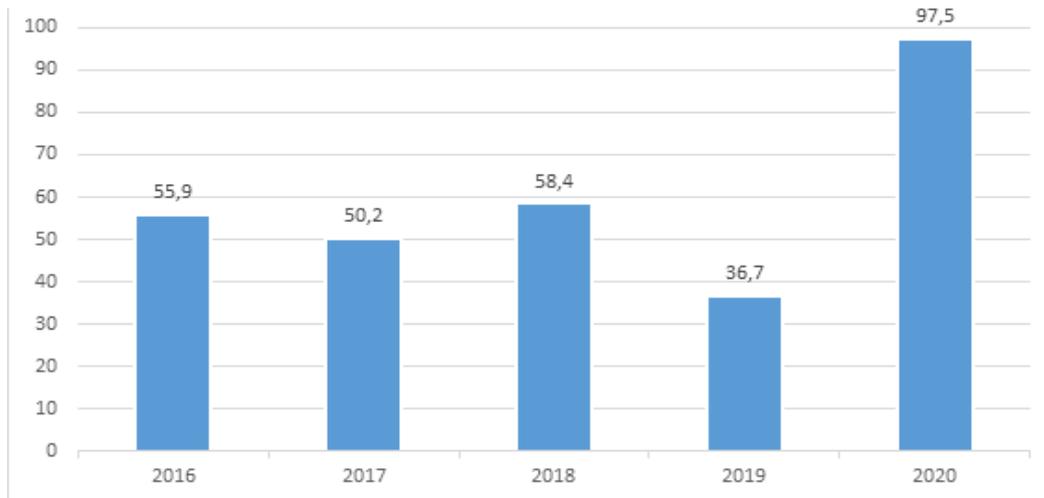
número *total de nascidos vivos (SINASC)*

Este estudo segue as normas de recomendações e preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos, porém, com a dispensação da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CNS, 2016), por utilizar-se apenas de dados secundários e de domínio público.

### 3 RESULTADOS

A partir dados coletados através do Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças não transmissíveis (DASNT/SVS/MS) e Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS/MS), o total de 98 óbitos maternos no período de 2016 a 2020.

Através do cálculo da RMM (BRASIL, 2009) que se dá pela divisão de mortes maternas no período de um ano, pelo número de nascidos vivos no mesmo período, multiplicado por cem mil, foi possível observar que o ano de 2020 foi o que teve um maior índice de óbitos por nascidos vivos, contabilizando 97,5 óbitos. Seguido de 2018, 2016 e 2017, que atingiram: 58,7; 55,9; e 50,2 respectivamente (Gráfico 1). Em contraponto, o ano com menor índice foi 2019 com 36,7 mortes.

**Gráfico 1.** Razão de mortalidade materna por ano de índice.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/ Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) - Abril de 2022.

De acordo com a faixa etária morreram mais mulheres entre 30 e 39 anos (43 casos/44%), seguido das faixas: 20 a 29 anos (37 casos/38%); 10 a 19 anos (9 casos/9%) e 40 a 49 anos (9 casos/9%) (tabela 1).

**Tabela 1.** Óbitos maternos por ano de óbito e faixa etária, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

<b>Ano de óbito</b>	<b>10 a 19 anos</b>	<b>20 a 29 anos</b>	<b>30 a 39 anos</b>	<b>40 a 49 anos</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2016</b>	0	11	7	0	18
<b>2017</b>	2	5	9	1	17
<b>2018</b>	3	2	11	4	20
<b>2019</b>	2	8	2	0	12
<b>2020</b>	2	11	14	4	31
<b>TOTAL</b>	9 (9%)	37 (38%)	43 (44%)	9 (9%)	98

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

Em relação a autodeclaração de cor/raça a maior porcentagem de óbitos foi entre mulheres pardas (69%). Seguida de: Pretas com (15%); Brancas (12%); Ignorada (3%) e Indígenas (1%) (tabela 2).

**Tabela 2.** Óbitos maternos por ano de óbito e cor/raça, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

Ano de óbito	Branca	Preta	Parda	Indígena	ignorado	TOTAL
2016	4	3	10	1	0	18
2017	0	2	12	0	3	17
2018	3	3	14	0	0	20
2019	2	0	10	0	0	12
2020	3	7	21	0	0	31
<b>TOTAL</b>	12 (12%)	15 (15%)	67 (69%)	1 (1%)	3 (3%)	98

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

A maioria das mortes ocorreram em ambiente hospitalar com 88 casos (90%). Seguidas de: Domicílio (7%); Outros estabelecimentos de saúde (1%); Via pública (1%) e Outros (1%) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Óbitos maternos por ano de óbito e local de ocorrência, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

Ano de óbito	Hospital	Outros		Via pública	Outros	TOTAL
		estabelecimentos de saúde	Domicílio			
2016	17	0	1	0	0	18
2017	16	0	1	0	0	17
2018	18	1	0	1	0	20
2019	11	0	1	0	0	12
2020	26	0	4	0	1	31
<b>TOTAL</b>	88 (90%)	1	7	1	1	98

(1%) (7%) (1%) (1%)

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

A mortalidade por causas obstétricas diretas teve uma maior prevalência, com (74%). Seguida de: Causas obstétricas indiretas (22%) e Causas obstétricas não especificadas (4%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Óbitos maternos por ano de óbito e tipo de causa, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

Ano de óbito	Causas obstétricas diretas	Causas obstétricas indiretas	Causas obstétricas não especificadas	TOTAL
2016	12	5	1	18
2017	16	1	0	17
2018	17	3	0	20
2019	9	3	0	12
2020	18	10	3	31
<b>TOTAL</b>	72 (74%)	22 (22%)	4 (4%)	98

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

Já entre os tipos de causas obstétricas direta a Hipertensão foi a principal causa de mortes, com 24 casos (49%). Seguida de: Hemorragia (33%); Infecção puerperal (12%) e Abortos (6%) (tabela 5).

**Tabela 5.** Óbito materno por ano de óbito e por causa obstétrica direta, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

Ano de óbito	Abortos	Hemorragia	Hipertensão	Infecção puerperal	TOTAL
2016	1	3	7	1	12
2017	1	4	8	0	13
2018	0	4	4	3	11
2019	0	2	1	1	4
2020	1	3	4	1	9

<b>TOTAL</b>	3 (6%)	16 (33%)	24 (49%)	6 (12%)	49
--------------	--------	----------	----------	---------	----

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

Entre os tipos de causas obstétricas indiretas “Doenças do aparelho circulatório - atrapalhando a gravidez, parto e puerpério” foram responsáveis pelo total de mortes (100%).

**Tabela 6.** Óbito materno por ano de óbito e por causa obstétrica indireta, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

<b>Ano de óbito</b>	<b>AIDS</b>	<b>Doenças do aparelho circulatório - atrapalhando a gravidez, parto e puerpério</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2016</b>	0	2	2
<b>2017</b>	0	0	0
<b>2018</b>	0	1	1
<b>2019</b>	0	2	2
<b>2020</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>	0 (0%)	5 (100%)	5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

Entre as causas obstétricas não especificadas, 2016 apresentou uma morte, seguido por 2017, 2018 e 2019 registrando nenhuma morte. Já o ano de 2020, com 3 mortes, foi o ano com maior número (tabela 7).

**Tabela 7.** Óbito materno por ano de óbito e por causa obstétrica não especificada, em Sergipe, entre 2016 e 2020.

<b>Ano de óbito</b>	<b>Causas obstétricas não especificadas</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2016</b>	1	1
<b>2017</b>	0	0
<b>2018</b>	0	0
<b>2019</b>	0	0
<b>2020</b>	3	3

<b>TOTAL</b>	4	4
--------------	---	---

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Abril de 2022.

#### **4 DISCUSSÃO**

Após o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), medidas foram implementadas ao longo dos anos para que as metas de cada objetivo fossem atingidas. A mortalidade materna no Brasil, entre 1990 e 2015, diminuiu mais de 50%, com a RMM atingindo a taxa de 62/100.000 nascidos vivos em 2015 (PASSOS E RODRIGUES, 2020). Apesar disso e da criação de grandes programas de atenção à saúde como a Rede Cegonha e Saúde Mais Perto de Você, o país não atingiu os três quartos fixado no ODM 5 - que tinha estipulado uma taxa de mortalidade de 35 óbitos maternos por 100mil nascidos vivos. A partir de 2016, novos planos foram implementados para tentar diminuir a mortalidade materna, entrando em vigência os Objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) que estarão em vigência até 2030. Mais especificamente o ODS 3 - Boa saúde e bem estar -, tem como primeira meta reduzir a RMM global a menos de 70 por 100 mil nascidos vivos (IBGE, 2019). Essa meta foi revista pelo Governo Federal e adequada à realidade nacional, com ajuste para até 30 mortes por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2019).

O valor da RMM está ligado à qualidade da assistência prestada. Níveis elevados traduzem que a assistência não se revela adequada para preservar a vida das mulheres. Mostra que assistências fundamentais desde o acolhimento na atenção primária de saúde, para início do pré-natal, não demonstram ser eficazes (MENDONÇA et al., 2022).

O estado de Sergipe, por sua vez, também não conseguiu atingir a meta - ao final de 2015 com uma RMM em 51,6 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Essa taxa do final do ciclo dos ODMs representa uma queda de, aproximadamente, 38% em relação a RMM marcada no ano 2000, que foi de 135,6 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BORGES et al., 2013).

Vale lembrar que em 11 de março de 2020, o SARS-CoV-2, novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave, que causa uma doença predominantemente respiratória denominada COVID-19, foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, gerando um elevado número de óbitos em todo o país, inclusive atingindo gestantes. Entretanto, neste estudo não são computados óbitos cuja causa seja por COVID-19, pelo fato de não constar esta informação

na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no momento em que foi realizada esta pesquisa (ESTRELA et al., 2020).

A criação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, em 2000, teve como objetivo humanizar e melhorar as prestações de serviço à gestante durante a gestação e no pós parto, com objetivos de diminuir a mortalidade materna e perinatal. Esse programa instituiu um número mínimo de consultas (6 consultas) ideais durante o período gestacional e pacotes de exames para acompanhamento. Embora haja passado mais de duas décadas desde a criação desse Programa, ainda se registra uma baixa cobertura do PNP e uma alta taxa de mortalidade materna relacionada (ANDREUCCI e CECATTI., 2011).

Em Sergipe, a cobertura da assistência pré-natal foi praticamente universal. No entanto, a adequação dessa assistência às recomendações da PHPN, ainda são deficientes. Problemas como início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, poucas orientações, inclusive sobre a maternidade de referência para o parto, peregrinação no anteparto, falta de priorização das gestantes de maior risco e problemas na articulação com outros serviços de saúde materno-infantil foram encontrados (MENDES *et al.* 2020),

Segundo Oliveira *et al.* (2016), os grandes números de cesáreas - 55,5% dos partos no país em 2016 - é um fator que deixa mais difícil para o Brasil diminuir as taxas de mortalidade materna, além de gerar mais custos para o sistema de saúde. Uma paciente submetida à cesariana tem em média 3,5 vezes mais chances de morrer e 5 vezes mais chances de contrair uma infecção puerperal, o que poderia também agravar para um óbito (BRASIL, 2011). Quando somente os números de cesáreas da saúde suplementar são observados, a situação é ainda mais alarmante, pois segundo dados da Agência nacional de saúde suplementar (ANS), 70% dos partos realizados pelos planos de saúde em 2017 foram cesáreos (ANS, 2021).

Quando as gestações ocorrem em determinadas idades – abaixo de 15 anos e acima de 35 anos (BRASIL, 2010), elas são consideradas gestações de alto risco, pois existem fatores fisiológicos condicionantes de complicações durante o seu desenvolvimento. Por isso, quando mulheres, nessas faixas de idade, começam a fazer o pré-natal elas são encaminhadas para o pré-natal de alto risco, onde o nível de atenção à saúde é mais específico e elas podem receber uma assistência mais especializada. Fora das faixas supracitadas, sem comorbidades ou algum outro fator que a caracterize como gestação de alto risco, há o acompanhamento na atenção primária. Além das condições que aumentam os riscos, é possível destacar também número

menor de gestações nessas faixas etárias, o que acarreta diminuição de mortes materna. Esses dois fatores foram os principais observados para a diferença entre os números de mortalidade materna por faixa etária.

Após analisar a variável de raça/cor, percebe-se que a grande maioria dos casos de morte materna ocorreram em pardas, seguido de mulheres pretas com 15% (Tabela 2). Segundo Batista (2004) esses grupos se encontram entre os mais vulneráveis ao óbito, e embora um grupo social não se defina por relações de raça ou cor, diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de grupos e pessoas. A etnia não é por si só fator de risco, mas a inserção social adversa do grupo racial constitui-se em vulnerabilidade.

Estudos mostram que pessoas pretas e pardas afirmaram ter percebido e sofrido discriminação nos serviços de atendimento à saúde, nos quais 48,6% dos pretos e 40,5% dos pardos perceberam discriminação, enquanto 7,0% dos pretos e 6,1% dos pardos relataram já terem sofrido. Ainda nesse mesmo estudo, houve relato da desistência por procura de atendimento médico por não saber onde encontrá-lo (CHEHUEN NETO *et al.*, 2015). Tais dados refletem a necessidade de mudança dos profissionais que atuam na assistência no ciclo gravídico puerperal, no que se refere à sua postura diante de pessoas criminalizadas e através de busca ativas para que haja uma maior adesão à assistência pré-natal.

O parto normal é a configuração menos invasiva ao realizar um parto. Tipicamente, ele requer menos intervenções, menos auxílios farmacológicos e pode acontecer até mesmo no domicílio. Em contrapartida, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar, no Brasil, não oferecem assistência ao parto no domicílio. Os partos nos hospitais e maternidades são corriqueiros e fazem parte das políticas públicas de saúde do país, uma vez que esses lugares possuem estrutura física e tecnológica suficientes para atender ocorrências que possam vir a acontecer durante o processo do trabalho de parto. Segundo Guimarães *et al.* (2021), isso fez com que entre 2000 e 2018 os partos ocorridos em ambiente hospitalar tenham tido recorrência de 99,4% dos casos, além de uma baixa na procura por partos domiciliares. Esses números corroboram com os dados da tabela 3, onde 91% das mortes maternas, entre 2016 e 2020, ocorreram nos ambientes hospitalares, independentemente do tipo de parto realizado.

As causas obstétricas diretas foram as grandes causadoras dos óbitos estudados, com 74% dos casos (tabela 4). As causas obstétricas indiretas ocuparam o segundo lugar com 22%, seguido das causas não especificadas com 4%. As causas obstétricas diretas correspondem a 66,7% das mortes maternas no Brasil. Suas principais causas são as doenças hipertensivas, as

síndromes hemorrágicas, as complicações do aborto e as infecções puerperais (DIAS *et al.*, 2015).

As síndromes hipertensivas gestacionais são consideradas importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, sendo uma das principais causas de morbimortalidade (PEREIRA *et al.*, 2017). Nesta pesquisa, 49% dos casos de óbitos estudados foram causados por hipertensão (tabela 5). Apesar de ser uma doença com possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento, a síndrome hipertensiva gestacional é uma patologia previsível no ciclo gravídico puerperal provocando elevadas complicações maternas e perinatais em maior número nos países em desenvolvimento, como o Brasil (LINHARES *et al.*, 2009).

O cenário analisado mostra que há uma subnotificação relacionada às causas das mortes registradas na plataforma estudada. Dos 98 casos registrados entre os anos de 2016 a 2020 apenas 54 tiveram suas causas especificadas (tabelas 5 e 6). Com relação à causa ‘aborto’ foram registrados apenas 3 casos entre os anos de 2016 e 2020. Cardoso *et al.* (2020) citam que os dados sobre aborto e suas complicações no Brasil são incompletos e que, além disso, não há, nos sistemas de informação de saúde brasileiros, qualquer dado sobre aborto inseguro. Isso leva à hipótese de que esse número total de mortes esteja subinformado. Questões legais e culturais podem ser a justificativa da subestimativa (MORSE *et al.*, 2011).

Brasil (2009) destaca que um dos principais obstáculos na análise dos dados de mortalidade materna no Brasil é subinformação e o sub-registro das declarações dos fatores que causaram os óbitos. O primeiro resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito. Já o segundo é proveniente da omissão do registro de óbito em cartório, que está ligada, muitas das vezes, pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela utilização de cemitérios irregulares, ou pela falta de conhecimento sobre a importância de emitir certidão de óbito.

O número de casos e as variáveis neste estudo foram analisadas e observou-se que parte expressiva dessas mortes seriam evitáveis, visto que suas causas são bem conhecidas pelos profissionais de saúde. Apesar da assistência pré-natal não prevenir todas as complicações do parto, ela pode, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno (CALDERON; CECATTI; VEGA., 2006), principalmente através da identificação e prevenção precoce.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo permitiu caracterizar as causas de óbito obstétrico no estado de Sergipe, nos anos de 2016 a 2020. Em relação às causas diretas da morte materna, pode-se dizer que, de maneira geral, estas podem ser prevenidas através de atendimento humanizado, acesso aos serviços de saúde de atenção primária, com uma assistência adequada durante o pré-natal, pois 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.

Deve-se estabelecer ainda, rede de serviços com integração dos níveis de atendimento, a qualificação da assistência hospitalar com profissionais capacitados e condutas baseadas em evidências científicas. Vale ressaltar, a falta de política de planejamento familiar, em que a mulher tenha autonomia para decidir quando e como deseja engravidar, de forma a reduzir o número de gestação indesejada e conseqüentemente a prática de aborto, a necessidade de 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.

Enfatizamos que as falhas relacionadas diretamente à assistência da mulher no período gravídico puerperal, colaboram neste cenário, evidenciando a necessidade de atendimento integral às gestantes/puérperas, implantando medidas de prevenção e promoção à saúde do público alvo, além de condutas que visem a melhoria nas condições de vida das gestantes/puérperas, com profissionais capacitados e comprometidos em minimizar os índices de morte materna, considerando além do problema de saúde e intercorrências que surgem na gravidez a vulnerabilidade social, avaliando indicadores socioeconômicos e rastreando grupos vulneráveis.

Este estudo permite a atualização de óbitos maternos ocorridos no estado de Sergipe, proporcionando reflexão sobre o tema visando contribuir para melhoria na assistência prestada evidenciando a importância da atuação do enfermeiro para a redução dessas taxas, com enfoque na prevenção e promoção da saúde que ocorre principalmente, na atenção básica, ambiente no qual o enfermeiro possui autonomia regulamentada em lei para prestar o cuidado pré-natal de baixo risco tendo como alvo a identificação e intervenção precoce com vistas a manutenção da saúde.

## 6 REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011. Disponível em: [encurtador.com.br/oHKPY](http://encurtador.com.br/oHKPY) Acesso em: 15 abr. 2022.

ANS - Agencia nacional de saúde suplementar. Indicadores de atenção materna e neonatal. 2021. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDAYZmU5MjktMGQyNS00MmY2LWEwNDQtZjQ5N2ZkYzQxYmMwIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630-636, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sXtjLTwWmPfvMXQVvqLBgrS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02 fev. 2022.

BORGES, Cristiani Ludmila Mendes Sousa et al. Evolução temporal e diferenciais intra-urbanos da Mortalidade Materna em Aracaju, Sergipe, 2000-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 307-316, 2013.

BRASIL, IBGE, Objetivos de desenvolvimento sustentável, 2019. Disponível em:<  
<https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>>. Acesso em> 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Manual técnico - Gestação de alto risco. Brasília, 2010, quinta edição. Acesso em 02 de mar. 2022. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf) Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: [encurtador.com.br/mEY58](http://encurtador.com.br/mEY58) Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, 2022. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/> Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> Acesso em: 15 abr. 2022.

CALDERON, Iracema Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos. Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/HNYLPswNyWhDg3FB9D8L9JP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 abr. 2022.

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena Santos Barbeiro; SARACENI, Valéria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. DOI: 10.1590/01002-311X00188718 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CHAVES, Renata Calhau Bezerra *et al.* Mortalidade materna em Sergipe: estudo epidemiológico da mortalidade entre 2010 e 2015. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 5, p. 3978-3984, 2019. DOI: 10.34119/bjhrv2n5-007 Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/3123>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CHEHUEN NETO, José Antônio *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, p. 1909-1916, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.17212014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNYPvyFtbp3bm3bc8S64b3j/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2022.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, jul 2013. Disponível em: [encurtador.com.br/cuFGN](http://encurtador.com.br/cuFGN). Acesso em: 28 ago. 2021.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* Mortalidade materna. *Rev Med Minas Gerais*, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. Acesso em: 02 fev. 2022.

ESTRELA, Fernanda *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300215, 2020. GUIMARÃES, Nara Moraes *et al.* Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 11942-11958, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24110> Acesso em: 21 fev. 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável proposta de adequação. 2018. Disponível em: [http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2018/copy5\\_of\\_maio/ipea-apresenta-propostas-de-readequacao-de-metas-da-agenda-2030/180801\\_ods\\_metas\\_nac\\_dos\\_obj\\_de\\_desenv\\_susten\\_propos\\_de\\_adequa.pdf](http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2018/copy5_of_maio/ipea-apresenta-propostas-de-readequacao-de-metas-da-agenda-2030/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf). Acesso em: 28 ago. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatórios Nacionais de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004, 2005, 2007, 2010 e 2014. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em: 26 ago. 2021.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasil revê metas globais de redução da mortalidade materna e na infância. Brasília, 2019. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35013&catid=10&Itemid=9](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35013&catid=10&Itemid=9) Acesso em: 27 abr. 2022.

LINHARES, José Juvenal *et al.* Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Sobral, Ceará, Brasil. *Revista Einstein*, 2009. 7(2):182-6. Disponível em: [encurtador.com.br/cdCY6](http://encurtador.com.br/cdCY6). Acesso em: 02 fev. 2022.

LOPES, Flávia Buarque Tenório *et al.* Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma maternidade-escola referência de Alagoas. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 4, n. 2, p. 149-149, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4493>. Acesso em: 26 ago. 2021.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. Disponível em: [encurtador.com.br/mzBCP](http://encurtador.com.br/mzBCP). Acesso em: 28 ago. 2021.

MENDES, Rosemar Barbosa *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 793-804, 2020. DOI: [10.1590/1413-81232020253.13182018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018) Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cdtVRDQYnSdzTNCGFjSZCJr/abstract/?lang=pt> Acesso em: 15 abr. 2022.

MENDONÇA, Isabelle Moraes *et al.* Maternal mortality trend in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2006-2018, according to the ICD-MM classification. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

MORSE, Marcia Lait *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011. Disponível em: [encurtador.com.br/hjxNX](http://encurtador.com.br/hjxNX) Acesso em: 02 fev.

OLIVEIRA, Rosana Rosseto de *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 733-740, 2016.

PASSOS, Ester Tavares; RODRIGUES, Gabriela Meira. TAXAS DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL. **REVISTA LIBERUM ACCESSUM**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-8, 17 jun. 2020. Disponível em: <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/14/12>. Acesso em: 12 fev. 2022.

PEREIRA, Gessiane Tenorio *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 653-658, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116008.pdf> Acesso em: 02 fev. 2022.

ROMA, Júlio Cesar. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Rev. Cienc. Cult. On-line version ISSN 2317-6660**, vol. 71 n.1 São Paulo Jan./mar. 2019. Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8948/1/Melhorar.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 484-493, 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600030002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/7RyqXKZCnC46NXZxpvMsPtb/?format=html>. Acesso em: 26 ago. 2021.