



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL (2012 a 2016)**

LUANA MARIA GOMES DA SILVA

Aracaju – SE
2018

LUANA MARIA GOMES DA SILVA

**MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL (2012 a 2016)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora:

Profª. PhD. Julia Maria Gonçalves Dias

**Aracaju – SE
2018**

LUANA MARIA GOMES DA SILVA

**MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL (2012 a 2016)**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para a conclusão do curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação da Profa. PhD. Julia Maria Gonçalves Dias.

APROVADO EM: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. PhD. Julia Maria Gonçalves Dias – UFS/Campus Aracaju
Orientadora

Universidade Federal de Sergipe/Campus Aracaju
Examinador

Universidade Federal de Sergipe/Campus Aracaju
Examinador

ARACAJU – SE, ____ DE _____ DE 2018

A Deus e a toda a espiritualidade, pela oportunidade da realização deste trabalho. Aos meus pais pelo amor, carinho, compreensão e pela credibilidade a mim atribuída. A todos que torceram e confiaram na minha vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à espiritualidade, por me guiarem e permitirem mais uma vitória.

À minha orientadora, Professora PhD. Julia Maria Gonçalves Dias, pela paciência, compreensão e oportunidade de realização deste trabalho – além dos momentos descontraídos com direito a risos (de nervoso & desespero).

Aos meus pais, Marinalva Borges e José Gomes, pelo amor incondicional ao qual conservo reciprocidade, pela dedicação e esforço sempre destinados ao meu sucesso. Meu orgulho por tê-los como pais é imenso.

Ao meu paraíso astral, Lucas Melo, por me fazer compreender que mesmo com todas as adversidades da vida somos fortes o bastante para conseguir o que desejamos. Pelo carinho, paciência e suporte inigualáveis, condições imprescindíveis para a realização dos meus sonhos - agradeço também à minha sogra Rosângela Amaral, por sempre me receber tão bem e ao meu sogro Ivonildo Santos, pelo “suco verde” quando por diversas vezes fiz da sua casa o meu local de estudos.

Aos professores do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe que contribuíram para a minha formação profissional, pelos seus ensinamentos, experiências e contribuição para a formação de uma postura profissional com excelência. Em especial, agradeço a Rosana Cipolotti, por todo o cuidado e generosidade nesta jornada. Obrigada por me enxergar com tamanha sensibilidade através desses olhos azuis incríveis.

Aos amigos José Gilmar Costa Santos, Joventino Teodoro Moreira do Prado, Fernanda Ramos Monteiro, Thayana Santos de Farias, Rebeca Yasmin Ribeiro Viera, Rafael Rocha Araújo, Nalim Barreto Soares Sobrinho e Cleberton Blanco pelos momentos alegres e por tornarem o estágio mais leve.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho e conclusão deste curso, a realização de um sonho.

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estamos começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Fazer da interrupção um novo caminho, da queda um passo de dança, do medo uma escola, do sonho uma ponte, da procura um encontro. E assim terá valido a pena!”
(Fernando Sabino).

SUMÁRIO

I – REVISÃO DE LITERATURA	07
1. MORTALIDADE MATERNA.....	07
1.1 Conceito.....	07
1.2 Classificação.....	07
1.3 Razão de Mortalidade Materna.....	09
2. EPIDEMIOLOGIA	10
3. HISTÓRICO	12
3.1 Primeiras observações	12
3.2 Falhas no registro.....	13
3.3 Diretrizes políticas.....	15
4. COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA	16
4.1 No mundo	16
4.2 No Brasil.....	17
5. METAS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO.....	17
6. PANORAMA ATUAL DA MORTALIDADE MATERNA	18
REFERÊNCIAS.....	20
II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	23
III – ARTIGO ORIGINAL	30

I – REVISÃO DE LITERATURA

1. MORTALIDADE MATERNA

1.1 Conceito

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou em até 42 dias após o seu término. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Morte materna tardia é aquela que ocorre em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gestação (CID O96). Não são consideradas mortes maternas as provocadas por fatores acidentais ou incidentais, não relacionados à gravidez e seu manejo – alguns autores as classificam como mortes não relacionadas. Estes óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna (BRASIL, 2007).

1.2 Classificação

As causas são descritas no Capítulo XV da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e podem ser divididas em mortes maternas diretas, indiretas e tardias. As primeiras são aquelas devidas a complicações de causas ou estados que só ocorrem no ciclo gravídico puerperal, em razão de tratamento inadequado, más práticas e omissões – por exemplo, eclâmpsia, hemorragia por atonia uterina pós-parto e desprendimento prematuro de placenta. As mortes maternas indiretas são resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolvem durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelo efeito fisiológico da gravidez. Enquanto as tardias são mortes de mulheres por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas mais de 42 dias, porém menos de um ano após o término da gravidez (WHO, 2010; FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

Em grande parte, as mortes maternas são evitáveis. Mais de 80% desses óbitos são causados por hemorragias, sepse, aborto em condições de risco, obstrução do parto e doenças hipertensivas da gravidez. A grande maioria destas mortes poderia ser evitada, se as mulheres tivessem acesso a serviços de saúde, equipamento e material adequados bem

como a pessoal de saúde qualificado (MONTEIRO, 2017). De acordo, com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2005, 536.000 mulheres, em todo o mundo, morreram vítimas de complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal e apenas 15% destas eram oriundas de países desenvolvidos, confirmando que a magnitude desse problema é predominantemente provinda de países em desenvolvimento, onde a cobertura e o acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério são insuficientes (XAVIER, 2010; BRASIL, 2014).

No Brasil, as doenças hipertensivas constituem uma das principais causas de óbitos maternos, responsáveis por até um terço dessas mortes. Ainda que a hipertensão arterial seja uma doença crônica e sem cura, ela é controlável. A gestante deve ter a pressão arterial verificada sempre que for à consulta de pré-natal, com o devido acompanhamento e encaminhamento para serviços de alto-risco quando detectadas alterações significativas. A educação em saúde deve ser feita no intuito de promover a adoção de um estilo de vida saudável e orientações quanto à terapia medicamentosa, quando necessário (BENEVIDES et al., 2007).

O aborto se configura como uma das principais causas de morbimortalidade materna. A maioria dos casos, quando atrelados ao risco de mortalidade materna, acontece entre adolescentes menores de 18 anos, sendo duas a cinco vezes maiores que em mulheres após os 18 anos. Dados do ano 2008 indicam que cerca de 47.000 mulheres morrem por ano em resultado a um aborto inseguro, representando 13% de todas as mortes maternas no mundo. O número de mulheres que sofrem com sequelas provenientes de abortos é ainda maior. Quase todas essas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, nos quais 56% de todos os abortos são inseguros - enquanto em países desenvolvidos o valor cai para cerca de 6% do total de abortos ocorridos (THOMAS et al., 2014).

O Poder Judiciário autoriza o abortamento de gestações que cursam com anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extra-uterina (FRIGÉRIO, 2002). No Brasil, embora a interrupção da gestação resultante de violência sexual constitua um direito previsto em Lei, parte expressiva das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que efetuem o abortamento de maneira segura e humanizada. Somente no final da década de 1980 os primeiros serviços públicos de saúde passaram a oferecer essa modalidade de atendimento (TALIB, 2005). Com o abortamento induzido sendo aceito apenas em casos restritos no Brasil, mais de 600.000 casos foram induzidos anualmente entre 2011 e 21013, demonstrando que a ameaça de serem presas pela lei que as transforma em criminosas, a

interrupção voluntária da gravidez ainda é largamente praticada em nosso país. A descriminalização pode permitir a redução de riscos de complicações e mortalidade materna por gravidez que culminam em aborto, principalmente entre a população feminina que vive em condições socioeconômicas insatisfatórias (MONTEIRO; FISCHMANN, 2017).

A situação de ilegalidade na qual o aborto é realizado no Brasil também afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente. O aborto realizado em condições de risco frequentemente é acompanhado de complicações severas, agravadas pelo desconhecimento desses sinais pela maioria das mulheres e da demora em procurar os serviços de saúde que, por vezes, não estão capacitados para esse tipo de atendimento (OLIVEIRA, 2003).

É também fundamental a orientação das gestantes para que as mesmas identifiquem sinais e sintomas de risco no pós-parto, a realização da consulta de puerpério, o planejamento familiar, a prevenção das DST/aids e câncer e o intervalo interpartal (BENEVIDES et al., 2007).

1.3 Razão de Mortalidade Materna

A Razão de mortalidade materna relaciona os óbitos maternos de causas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, sendo expressa por 100.000 nascidos vivos. Devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10 excetuando-se os códigos O96 e O97 (morte materna tardia e morte por sequela de causa obstétrica direta). Doenças que não constam no Capítulo XV e devem ser consideradas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. Ainda que raras, existem causas externas (Cap. XX) que interferem no estado gravídico-puerperal e devem entrar no cálculo da razão de mortalidade materna, quando não há dúvida quanto ao comprometimento.

$$\text{Cálculo: } \frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

O cálculo da razão deve ser feito sempre para a mesma área e a mesma unidade de tempo, e o seu resultado deve ser multiplicado por “K” (seguindo padrão internacional adotado, k = 100.000) (BRASIL, 2007).

2. EPIDEMIOLOGIA

Segundo a definição internacional, a idade fértil da mulher engloba o intervalo de idade entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se a faixa etária entre 10 a 49 anos. Essa definição brasileira de idade fértil foi baseada na experiência dos comitês de morte materna, estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que mostram a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos (BRASIL, 2007). Em países em desenvolvimento, meninas de 15 a 19 anos que recebem assistência materna precária lideram como grupo de maior causa de mortalidade e incapacidade. Essas meninas possuem duas vezes mais chances de morrer durante o parto quando comparadas a mulheres de 20 a 30 anos, enquanto que as menores de 14 anos chegam a ter cinco vezes mais chances de irem a óbito (THOMAS, 2014). Já no extremo da idade fértil, as mulheres com mais de 35 anos na primeira gestação apresentam maior risco de óbitos, resultantes de complicações hipertensivas (KALE; COSTA, 2009). A opção de engravidar tardiamente e a facilidade de acesso às técnicas de fertilização assistida resultam em um aumento de gestações em mulheres mais velhas, o que contribui para o aumento da mortalidade materna neste grupo (FERNANDEZ; CAVANILLAS; MATEO, 2010).

De acordo com o censo brasileiro, cerca de 44% da população brasileira é composta de afro descendentes. Mulheres de tal grupo étnico possuem menor acesso à educação, nível socioeconômico mais baixo e vivem em piores condições de moradia em comparação a mulheres brancas (PINTO; SOUZAS, 2002). As causas de morte materna em negras estão associadas, além da maior predisposição biológica para a hipertensão arterial, a fatores relacionados à dificuldade de acesso a serviços de saúde, à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas (MARTINS, 2006). No Brasil, os dados de mortalidade materna em relação à raça/etnia são poucos. A inclusão do “quesito cor” nos sistemas de informação e nos documentos do SUS consta no

documento “Compromissos do Ministério da Saúde para com a Saúde da Mulher”, de 2003. Mesmo constando na Declaração de Óbito, o referido item frequentemente não é preenchido ou, quando consta no documento, a informação não corresponde à realidade, dificultando uma análise mais consistente. A taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas, segundo mostram alguns estudos. É necessária a sensibilização dos trabalhadores da saúde sobre a importância da informação (“questão cor”) e a capacitação para coleta e registro da informação – que deve ser por auto declaração e com base na classificação racial do IBGE: preto(a), branco(a), pardo(a), indígena, amarelo(a) – da população atendida. (BENEVIDES, 2007).

Quanto à localidade/procedência, deve-se destacar que na zona rural as mulheres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo este ainda um grande desafio para o SUS. A falta de acesso às ações de saúde por parte das mulheres rurais está relacionada, entre outras questões, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência ou trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo (BRASIL, 2004).

A falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, assim como a outros fatores que indicam a persistência de desigualdade social, evidenciando que os grupos socialmente mais vulneráveis têm pior acesso ao serviço pré-natal (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; COIMBRA et al., 2003). O 8º. Inquérito Confidencial de Morte Materna, realizado no Reino Unido, mostrou que mulheres com padrão econômico mais baixo apresentavam maior razão de mortalidade materna (LEWIS, 2011).

A análise da escolaridade evidencia a questão da pobreza como um fator importante na mortalidade materna, uma vez que influencia na qualificação profissional que possibilita um emprego melhor e uma maior renda. A educação da mulher é essencial para o controle do crescimento populacional e para o melhor atendimento das necessidades dos filhos. Trabalhos apontam que, quanto mais anos de estudo, menor a mortalidade materna (MARTINS; TANAKA, 2000). Um estudo realizado no período de 1996 a 2005, incluindo 57 países em desenvolvimento, demonstrou que mulheres com nível secundário completo ou superior tiveram melhor assistência médica, em comparação a mulheres com nível educacional inferior, reforçando as estatísticas que associam a morte materna à baixa escolaridade (NEW YORK, 2007).

De forma geral, os estudos apontam que os óbitos maternos ocorrem em maior número nas mulheres solteiras. O que pode remeter ao desamparo na maternidade – fator contribuinte para a morte – como também a uma possível confusão entre estado civil e convivência marital (KALE; COSTA, 2009; ALVES, 2007).

3. HISTÓRICO

3.1 Primeiras observações

Na Europa, o surgimento de programas para melhoria da saúde materna e infantil teve início no século XIX. Porém, estes programas foram criados com intenções políticas e econômicas, partindo do pressuposto de que crianças saudáveis se tornariam homens fortes para o trabalho e para as guerras (WHO, 2005). Já no século XX, os países industrializados e suas colônias haviam definido maneiras de melhorar a qualidade de saúde materna. A primeira Guerra Mundial potencializou a assistência à saúde da mulher. Programas de cuidados de saúde foram difundidos mundo afora. No ano de 1919 foi criada a proteção da maternidade pela Organização Internacional do Trabalho; em 1930 o *The New York Times* publicou os primeiros artigos sobre mortalidade materna, iniciando as primeiras investigações à respeito desses óbitos. Em 1948, durante a Declaração dos Direitos Humanos pelas Nações Unidas, foi assegurada a obrigação dos governos na prestação de “cuidados de assistência” para mulheres e crianças (WHO, 2005). Em 1952, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece o direito à licença maternidade para a mulher trabalhadora, com duração mínima de 12 semanas, devendo uma parte da licença ser tirada, obrigatoriamente, depois do parto (BRASIL, 2000).

Em 1985 um artigo publicado por Rosenfield e Maine, relevando a importância da morte materna, iniciou uma série de discussões, reuniões, planejamentos e chamados que culminaram com o lançamento do Safe Motherhood Initiative (Iniciativa para a Maternidade Segura), na Conferência Internacional em Nairóbi, Quênia, em 1987 (STARRS, 2006). O programa, liderado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), influenciou a inclusão do enfrentamento à mortalidade materna em programas de saúde de praticamente todos os países do mundo. Porém os resultados dessa iniciativa não se mostraram plenamente exitosos, já que muitos países ainda apresentavam razões de mortalidade maternas estáveis ou até mesmo mais elevadas em locais onde as informações

passaram a ser melhor coletadas. O fracasso prático da Iniciativa para a Maternidade Segura foi responsável pela revisão dos conceitos e prioridades de formas de enfrentamento do problema (SANTANA et al, 2018).

Ainda assim, com o maior número de estratégias para reduzir o número de óbitos, o melhor entendimento dos fatores sociais que interferiam no índice (localidade de nascimento, renda, educação e inclusão da mulher na sociedade são exemplos) tornaram-se mais claros (THOMAS et al., 2014).

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Quando se tem Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas, é esperado que haja condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004).

3.2 Falhas no registro

A mensuração da mortalidade, como também da morbidade materna, é notoriamente difícil por muitas razões. Sistemas de registro e de informação em saúde frágeis podem distorcer as estatísticas (THOMAS et al., 2014). No Brasil, o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna é dificultado por dois fatores: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A subinformação é proveniente do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. O que ocorre pelo desconhecimento por parte dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Enquanto o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e se dá pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou pela falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2007).

É considerada morte materna mascarada aquela cuja causa básica, ligada ao período de gravidez ou puerpério, não consta na DO por falhas no preenchimento. Isso ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou

a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte, ocultando-se a causa básica e impedindo a identificação do óbito materno. Vale enfatizar a importância do preenchimento correto da DO pelos médicos, evitando as máscaras (causas de morte que ocultam o estado gestacional) e identificando os fatores que realmente ocasionaram o quadro patológico, sem os quais não ocorreria a morte. As principais máscaras que devem ser pesquisadas na busca ativa dos óbitos maternos são: acidente vascular cerebral, broncopneumonia, causa desconhecida, choques anafilático, hipovolêmico, endotóxico, neurogênico ou séptico, coagulação intravascular disseminada e crise convulsiva. Assim, definir o perfil da mortalidade e elaborar políticas de combate às suas causas podem ser feitos com maior eficiência. É recomendável que cada região, estado ou município produza a sua lista de causas que comumente mascaram mortes maternas e induzem à subinformação, de forma a tornar mais eficiente a investigação de óbitos femininos (BRASIL, 2007).

Em função das falhas de registro, formas alternativas de mensuração foram propostas e aplicadas com relativo sucesso ao longo dos anos. Uma delas é o chamado “método das irmãs”, que consiste na entrevista de pessoas com idade superior a 15 anos que deverão informar quantas irmãs morreram em idade fértil e, dentre estas, quantas foram a óbito em decorrência de gravidez ou parto. Uma vantagem desse método é a necessidade de uma pequena amostra para realizar a estimativa. A desvantagem, no entanto, é obter um registro do passado, por usar dados de, no mínimo, 10 anos antes da entrevista (PEREIRA, 2016).

Uma outra alternativa é o inquérito de mortalidade, também conhecido como RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey, ou Pesquisa de Mortalidade em Idade Reprodutiva). Os óbitos são pesquisados no registro civil, em hospitais, cemitérios e entre a população. Com base nessas informações, são realizadas entrevistas com médicos e familiares das vítimas para melhor elucidação do caso e possível classificação como morte materna. Ainda que seja um método mais completo e confiável, possui execução demorada e difícil aplicação em países de grandes dimensões territoriais como o Brasil, por exemplo (GOTLIEB; JORGE; LAURENTI, 2000).

3.3 Diretrizes políticas

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000 com o propósito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotou medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Fundamentado na humanização, objetivou um ambiente acolhedor e colocou como dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher e a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento. Evitando práticas intervencionistas desnecessárias, sem benefícios para a mulher ou para o recém-nascido, e que muitas vezes resultam em riscos à saúde de ambos (BRASIL, 2002).

Traçar um protocolo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, orientando o fluxo de atendimento, foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Todavia, estudos têm demonstrado que essa não execução de maneira satisfatória se reflete nos indicadores, uma vez que a taxa de mortalidade neonatal tem diminuído pouco e a mortalidade materna se apresentou estável desde 1996, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos (VICTORA et al., 2011).

Diante disso, desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN e, com isso, tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde a gestação até os dois anos de idade do filho; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha abrange todo o território brasileiro, com maior enfoque para a Amazônia e região Nordeste. Entre os serviços oferecidos, estão inclusos testes rápidos para diagnosticar sífilis, AIDS e confirmar a gravidez; consultas odontológicas; venda de kits para parteiras profissionais; programas de promoção do aleitamento e planejamento familiar e consultas com especialistas para gestantes de alto risco (PEREIRA, 2016).

Quando uma mulher vai a óbito, seja na gravidez, parto ou puerpério, é sinal de que falharam as diretrizes políticas, por promoverem ações que nem sempre estão de acordo com a necessidade da população; assim como os profissionais de saúde e, por conseguinte,

a sociedade como um todo, pela forma marginalizada com que se acostumou a viver (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

4. COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA

Os comitês de morte materna possuem natureza interinstitucional, multiprofissional, com atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, de função eminentemente educativa. Objetiva analisar os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução, constituindo um instrumento fundamental para o acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2007).

4.1 No mundo

Os primeiros comitês de morte materna foram criados nos Estados Unidos, em 1931, porém a experiência internacional mais conhecida foi a do Reino Unido, que iniciou em 1952 a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção dos óbitos – trabalho que continua sendo realizado até hoje, com publicação periódica de relatórios (BRASIL, 2007).

Após a Conferência de Nairobi, em 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, é digna de nota a experiência de Cuba, que possui desde 1987 uma comissão nacional responsável por analisar todos os óbitos maternos do país, notificando-os num período máximo de 24 horas e investigando-os em até 15 dias, quando as informações são enviadas às instituições de saúde em que ocorreram os óbitos, e os dados gerados vão para o Sistema Nacional de Informações sobre Mortalidade Materna. Com a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1990, foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outras, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância de óbitos maternos. Atualmente, existem comitês em quase todos os países da América Latina, sejam nacionais, regionais e/ou locais, além de sistemas de vigilância funcionando em diferentes graus de desenvolvimento (BRASIL, 2007).

4.2 No Brasil

A implantação dos comitês estaduais de morte materna tem sido adotada como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traçada em 1984 pelo Ministério da Saúde. Os primeiros Comitês Municipais se formaram no Estado de São Paulo, seguido do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. O Ministério da Saúde conseguiu a implantação de comitês estaduais de morte materna em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996, com a mobilização de instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país. Em 1994, foi criada a Comissão Nacional de Morte Materna, com representantes de organizações governamentais, sociedades científicas e movimento de mulheres. Em 2005, registrava-se a existência de 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares. Apesar de ser uma estratégia bem aceita por todos os estados brasileiros, a implantação de comitês oscila entre avanços e retrocessos, o que evidencia a necessidade de fortalecimento do controle social neste processo, visando garantir a sua continuidade (BRASIL, 2007).

5. METAS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram uma iniciativa desenvolvida pelas Nações Unidas e firmada no ano 2000 por 189 países. Várias metas foram traçadas e buscadas em níveis diferentes de intensidade pelos países signatários entre os anos 2000 e 2015 objetivando o desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza. A redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas dentro dos ODM (SOUZA, 2015).

O Brasil é um dos 189 países que assumiram o compromisso de cumprir, até 2015, com os chamados Oito Objetivos do Milênio. Objetivando, entre outros, reduzir a mortalidade materna para pelo menos um terço dos valores de 1990. Um dos problemas para o adequado monitoramento desse objetivo é a baixa confiabilidade nas estatísticas de saúde nacionais. Portanto, os desafios são enormes para se alcançar a completude da cobertura de atenção ao pré-natal e ao parto, melhorar a qualidade da atenção prestada durante a gestação e o momento do nascimento, diminuir as complicações decorrentes da gravidez indesejada, por meio de uma política adequada de reprodução, conceder poder

institucional e político aos comitês de morte materna de forma a que possam cumprir melhor suas funções (LEAL, 2008).

6. PANORAMA ATUAL DA MORTALIDADE MATERNA

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos. Nas Américas, essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é ainda mais evidente. Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, enquanto países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos. Em toda a América Latina, cerca de 28 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde locais fossem semelhantes as dos países desenvolvidos (BRASIL, 2007).

A mortalidade materna permanece especialmente alta em países pobres e naqueles afetados por conflitos, onde mais de um terço das mortes maternas ocorrem. Apesar dos declínios gerais ao longo dos anos, grandes disparidades ainda existem. Atualmente, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) média para mulheres que vivem em regiões desenvolvidas é de 16 mortes por 100.000 nascidos vivos, mas a RMM média para as mulheres que vivem regiões em desenvolvimento é de 240 mortes por 100.000 nascidos vivos (THOMAS et al, 2014).

No Brasil, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras (BRASIL, 2004).

Levando-se em conta apenas os óbitos declarados, a razão de mortalidade materna brasileira apresentou um declínio durante a década de 80, não sofrendo alteração entre os anos de 1988 e 1997, seguida então de uma pequena elevação, em especial pelo aumento do número de óbitos por causas obstétricas indiretas – possivelmente por uma melhoria na qualidade das informações, atrelado ao processo de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil por meio dos comitês de morte materna. Em 1996, houve uma mudança no

formulário para a declaração de óbito, com o acréscimo de questionamentos específicos para mulheres de 10 a 49 anos sobre o momento da morte e o fato de estar grávida ou se esteve grávida, no intuito de ampliar a captação dos óbitos maternos. Entre 1999 a 2001, a razão de morte materna do Brasil caiu, possivelmente devido a melhorias na qualidade do serviço de atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Ainda nessa fase, o tema da mortalidade materna ganhou visibilidade e processos estaduais e municipais foram desencadeados. Em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna corrigida é de 72,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos. Os maiores valores foram encontrados nas regiões Nordeste e Centro Oeste e o menor na região Sudeste (BRASIL, 2007).

Um estudo realizado no estado de Pernambuco/Brasil mostrou que as mulheres que não trabalhavam tinham elevado percentual de óbito materno. A disparidade socioeconômica, somada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada foram fatores que contribuíram para os óbitos avaliados nos dois estudos (ALVES, 2007). Embora haja uma redução da fecundidade no Brasil, isso não reflete um declínio nas taxas de mortalidade materna, e que há disparidade entre as regiões brasileiras advindas de variáveis diversas como as de caráter socioeconômico (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

REFERÊNCIAS

ALVES, S.V. Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What Has Changed in Ten Years? **Reproductive Health Matters**, v.15, n. 30, 2007.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 6, 2011.

ARNAU, Sánchez et al. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR, **Revista de Antropología Iberoamericana**, v. 7, n.2, 2012.

BENEVIDES, M. A. S. et al. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do parto – Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, Ministério da saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da saúde, 2014.

Câmara dos Deputados (Brasil). **Relatório da CPI da Mortalidade Materna**. Brasília, 2000.

CARDOSO, L. M; SOUZA, M. M. C. F; GUIMARAES, R. U. C. Morte materna: uma expressão da "questão social". **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, 2010.

COIMBRA, L. C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v.37, n. 4, 2003.

DIAS, J. M. G.; OLIVEIRA, A. P. S. O.; CIPOLOTTI, R.; MONTEIRO, B. K. S. M.; PEREIRA, R. Oliveira. Mortalidade materna. Minas Gerais: **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 2, 2015.

FERNANDEZ, M. A. L.; CAVANILLAS, A. B.; MATEO, S. Excess of maternal mortality in foreign nationalities in Spain, 1999–2006. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.149, 2010.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, 2012.

FRIGÉRIO, M. V.; SALZO, I.; PIMENTEL, S.; GOLLOP, T. R. **Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil**. In: Aborto legal – Implicações éticas e religiosas. São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir, 2002.

GOTLIEB, S. L. D.; JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v.16, n. 1, 2000.

KALE, P.L.; COSTA, A. J. L. Maternal Deaths in the City of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2003. **Health Popul Nutr.**, v.27, n.6, 2009.

LEAL, M.C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, 2008.

LEWIS, G. The women who died 2006–2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Saving Mothers' Lives Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. **Center for Maternal and Child Enquiries (CMACE)**, 2011.

MARTINS A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, 2006.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 A 1998. São Paulo: **Rev. Bras. Cres. e Desenv. Hum.**, v.10, n.1, 2000.

MONTEIRO, M. F. G.; FISCHMANN, A. As desigualdades sociais e a criminalização do abortamento induzido agravam os riscos de Mortalidade Materna no Brasil. **Anais**, 2017.

New York. UNITED NATIONS. **Development Goals The Millennium**. Report 2007.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde, 2003.

PEREIRA, L. M. Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero. Florianópolis: **Sau. & Transf. Soc.**, v.6, n.1, 2016.

PINTO, E.; SOUZA, S. R. A Mortalidade Materna e a Questão Raças/Etnia: Importância da lei do Quesito Cor no Sistema de Saúde, In: **The Jojn and Catherine T. Perspectivas sobre Saúde e Direitos Reprodutivos**. São Paulo: MacArthur Foundation; 2002.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e Dados Básicos**. Brasil; 2002.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.3, 2006.

SANTANA, D. S.; GUIDA, J. P. S.; PACAGNELLA, R. C.; CECATTI, J. G. **Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito**. São Paulo: Rev Med, v.97, n. 18, 2018.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.4, n.3, 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, v.17, n. 1, 2001.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). Rio de Janeiro: **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 12, 2015.

STARRS, A. M. **Safe motherhood initiative: 20 years and count-ing**. Lancet. 2006.

TALIB, R. A.; CITELI, M. T. **Dossiê: Serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. Brasília: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

THOMAS et al. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. **Contraception.**, v.90, n.6, 2014.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v.377, n. 9780, 2011.

WHO. **The world health report 2005: Make every mother and child count**. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

WHO. **UNICEF, UNFPA and The World Bank**. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO; 2010.

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

II – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 versão impressa

ISSN 1678-4561 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Instruções para colaboradores
- Orientações para organização de números temáticos
- Recomendações para a submissão de artigos
- Apresentação de manuscritos

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar

organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações),

figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em

formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

III – ARTIGO ORIGINAL

MORTALIDADE MATERNA NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL (2012 A 2016)

RESUMO

A mortalidade materna representa um problema de saúde pública global. Estudos epidemiológicos sobre a morte materna são importantes para conhecer o impacto desse grave problema de saúde. O presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil da mortalidade materna nos estados que compõem a região nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo transversal descritivo dos índices de mortalidade materna nos estados da região Nordeste do Brasil durante o período de 2012 a 2016, desenvolvido a partir dos dados de notificação compulsória do SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponíveis na base de dados do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram registrados 2.875 óbitos maternos na região, que correspondem a 34,16% do total de 8.416 casos de morte materna no Brasil nesse mesmo período. O estado da Bahia registrou o maior percentual de casos (25%). A maioria das vítimas de mortalidade materna no nordeste do Brasil foram da cor-raça parda (66,75%), apresentou faixa etária de 20 a 29 anos (40,6%), nível de escolaridade com 8 a 11 anos de estudos e eram solteiras (44,7%). A maioria das mortes aconteceu por causas obstétricas diretas (69,4%), bem como ocorreram em ambiente hospitalar (90%). Concluímos que, a região nordeste foi responsável por aproximadamente um terço do total de óbitos maternos no país. A maioria das mortes ocorreu na Bahia, entre mulheres de 20 a 29 anos de idade, da cor/raça parda, com 8 a 11 anos de escolaridade e solteiras. A maior parte dos óbitos maternos aconteceu em ambiente hospitalar e por causas obstétricas diretas.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde da mulher; Gravidez; Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

Maternal mortality represents a global public health problem. Epidemiological studies on maternal death are important to know the impact of this serious health problem. The present study aims to characterize the profile of maternal mortality in the states that make up the northeastern region of Brazil. This is a descriptive cross-sectional study of maternal

mortality rates in the states of Northeastern Brazil during the period from 2012 to 2016. There were 2.875 maternal deaths in the region, corresponding to 34.16% of the all of 8.416 cases of death in Brazil during the same period. The state of Bahia recorded the highest percentage of cases (25%). Most of the victims of maternal mortality in northeastern Brazil were of the brown color race (66.75%), presented age range of 20 to 29 years (40.6%), educational level with 8 to 11 years of schooling and were single (44.7%). The majority of the deaths occurred due to direct obstetric causes (69.4%), as well as occurring in a hospital environment (90%). We conclude that the northeastern region was responsible for approximately one third of all maternal deaths in the country. Most of the deaths occurred in Bahia, among women between 20 and 29 years of age, of the color / brown breed, with 8 to 11 years of schooling and single women. The majority of maternal deaths occurred in a hospital setting and due to direct obstetric causes.

Key words: Maternal Mortality; Women's Health; Pregnancy; Epidemiological Profile.

INTRODUÇÃO

A morte materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como: morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo. Em alguns países com situação econômica desfavorável, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, evidenciando que o óbito materno além de ser um indicador de desenvolvimento social, pode guiar decisões políticas de garantia à saúde das parcelas menos favorecidas de uma população¹.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram uma iniciativa desenvolvida pelas Nações Unidas e firmada no ano 2000 por mais de 180 países. Várias metas foram traçadas e buscadas em níveis diferentes de intensidade pelos países signatários entre os anos 2000 e 2015 objetivando o desenvolvimento social e a

erradicação da extrema pobreza. A redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas dentro dos ODM².

A mortalidade materna é uma condição evitável em 92% dos casos, e ocorre principalmente nos países em desenvolvimento, com índices alarmantes. No Brasil, a subnotificação e o sub-registro das declarações das causas de óbito dificultam a real quantificação do número de óbitos, assim como das tendências de caracterização do perfil. A subnotificação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, com a omissão de dados que identificam que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Dentre os motivos pelos quais isso ocorre, há o desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania¹.

Os índices de mortalidade materna podem ser reduzidos com a execução de programas clínico-educacionais que dispensam grandes tecnologias, a citar: o planejamento familiar, a vinculação do pré-natal ao parto e educação sexual³.

Estudos epidemiológicos sobre a mortalidade materna são importantes para conhecer o impacto desse grave problema de saúde pública. Existem poucos dados na literatura que abordam aspectos epidemiológicos da mortalidade materna na região nordeste do Brasil. O presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil da mortalidade materna nos estados que compõem a região nordeste do Brasil, através dos dados de notificação compulsória do SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponíveis na base de dados do DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo dos índices de mortalidade materna nos estados da região Nordeste do Brasil, disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

Os dados secundários selecionados são referentes aos casos de notificação nos anos de 2012 a 2016. Foram utilizadas as seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, faixa etária, cor/raça, local de ocorrência do óbito materno e o tipo de causa obstétrica responsável.

A coleta das informações ocorreu no período de agosto de 2018 através da seleção de variáveis disponíveis no banco de dados do DATASUS. Em seguida, os dados foram organizados em tabelas e apresentadas as frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas, com o auxílio do software Microsoft Excel[®] versão 2013.

RESULTADOS

Durante o período de 2012 a 2016 foram registrados 2.875 óbitos maternos na região Nordeste do Brasil. Esse número corresponde a 34,16% do total de 8.416 casos de morte materna no Brasil nesse mesmo período (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de óbitos maternos no Brasil de acordo com a Região durante o período de 2012 a 2016.

REGIÃO	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS
Norte	1.115
Nordeste	2.875
Sudeste	2.944
Sul	790
Centro-Oeste	692
TOTAL	8.416

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2018.

No que diz respeito ao número total de óbitos em cada estado da região Nordeste no referido período, a Bahia registrou 723 (25%) casos, seguido do Maranhão com 515 (18%) casos, Pernambuco com 424 (15%) casos, Ceará com 404 (14%) casos, Piauí com 204 (7%) casos, Paraíba com 185 (6%) casos, Alagoas com 164 (6%) casos, Rio Grande do Norte com 150 (5%) casos, e por fim, Sergipe com 106 (4%) dos casos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das frequências absolutas e relativas dos óbitos maternos na região Nordeste do Brasil de acordo com a Unidade da Federação durante o período de 2012 a 2016.

Unidade da Federação	Nº de óbitos	Percentual (%)
Maranhão	515	18%
Piauí	204	7%
Ceará	404	14%
Rio Grande do Norte	150	5%
Paraíba	185	6%
Pernambuco	424	15%
Alagoas	164	6%
Sergipe	106	4%
Bahia	723	25%
TOTAL	2.875	100%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2018.

Quanto à raça, dos 2.875 casos, 1.919 mulheres (66,75%) foram declaradas pardas, 492 (17,11%) brancas, 296 (10,3%) pretas, 20 (0,7%) indígenas, 06 (0,21%) amarelas, e uma parcela de 142 (4,94%) não tinha essa informação disponível. 1.167 (40,6%) estão na faixa etária de 20 a 29 anos, 1.063 (37,0%) corresponderam a mulheres adultas de 30 a 39 anos, 391 (13,6%) possuíam de 15 a 19 anos, 211 (7,3%) tinham de 40 a 49 anos, 41 (1,4%) com idade entre 10 e 14 anos, e 2 (0,1%) mulheres com 50 a 59 anos. O nível de escolaridade mostrou 865 (30,1%) mulheres com 8 a 11 anos de estudos, 715 (24,9%) com 4 a 7 anos de estudos, uma parcela considerável de 579 (20,1%) mulheres teve esse dado ignorado nos registros, 399 (13,9%) possuíam de 1 a 3 anos de estudos, 187 (6,5%) tinham 12 anos ou mais de escolaridade e 130 (4,5%) mulheres eram analfabetas, segundo informações registradas. Em relação ao estado civil, 1.286 (44,7%) correspondia a mulheres solteiras, 700 (24,3%) eram casadas, 476 (16,6%) constavam como “outro”, 374 (13%) dos registros tiveram essa informação ignorada, 22 (0,8%) eram separadas judicialmente e 17 (0,6%) eram viúvas (Tabela 3).

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos óbitos maternos na região Nordeste do Brasil durante o período de 2012 a 2016.

Variável	Nº de óbitos	Percentual (%)
COR/RAÇA		
Branca	492	17,11%
Preta	296	10,3%
Amarela	6	0,21%
Parda	1.919	66,75%
Indígena	20	0,7%

Ignorado	142	4,94%
FAIXA ETÁRIA		
10 – 14 anos	41	1,4%
15 – 19 anos	391	13,6%
20 – 29 anos	1.167	40,6%
30 – 39 anos	1.063	37%
40 – 49 anos	211	7,3%
50 – 59 anos	2	0,1%
Idade ignorada	-	-
ESCOLARIDADE		
Nenhuma	130	4,5%
1 a 3 anos	399	13,9%
4 a 7 anos	715	24,9%
8 a 11 anos	865	30,1%
12 anos e mais	187	6,5%
Ignorado	579	20,1%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	1286	44,7%
Casado	700	24,3%
Viúvo	17	0,6%
Separado judicialmente	22	0,8%
Outro	476	16,6%
Ignorado	374	13%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2018.

No que se refere ao fator causal que resultou na morte materna, 1.995 (69,4%) foram por causas obstétricas diretas, 797 (27,7%) por causas obstétricas indiretas e 83 (2,9%) dos óbitos foram por causa não especificada. Em relação ao local de ocorrência, 2.588 (90%) dos óbitos ocorreram em hospitais, 125 (4,3%) foram domiciliares, 70 (2,4%) dos óbitos foram registrados em “outros”, 46 (1,6%) ocorreram em outro estabelecimento de saúde, 45 (1,6%) dos óbitos ocorreram em via pública e 1 (0,1%) dos óbitos totais teve como registro da localidade “ignorado” (Tabela 4).

Tabela 4 – Tipo de causa obstétrica e local de ocorrência dos óbitos maternos na região Nordeste do Brasil durante o período de 2012 a 2016.

Variável	Nº de óbitos	Percentual (%)
CAUSA OBSTÉTRICA		
Morte materna obstétrica direta	1.995	69,4%
Morte materna obstétrica indireta	797	27,7%
Morte materna obstétrica não especificada	83	2,9%
LOCAL DE OCORRÊNCIA		
Hospital	2.588	90%

Outro estabelecimento de saúde	46	1,6%
Domicílio	125	4,3%
Via pública	45	1,6%
Outros	70	2,4%
Ignorado	1	0,1%

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2018.

DISCUSSÃO

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Quando se tem Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas, é esperado que haja condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade⁴.

O presente estudo é original em coletar os dados de óbitos maternos nas regiões Nordeste do Brasil presentes no banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esse tipo de ferramenta de dados públicos ajuda na identificação da realidade epidemiológica no que diz respeito a óbitos maternos. Seu uso sistemático e descentralizado permite que os profissionais da saúde tenham acesso a informação e tornem disponíveis para a comunidade, além de auxiliar o planejamento e definir prioridades de intervenção.

A região nordeste do Brasil é responsável por cerca de um terço do total de óbitos maternos no país, e o estado da Bahia contribui com um quarto desse percentual. A maioria das vítimas são de cor/raça parda, seguidas de brancas e pretas. Mulheres pretas e pardas encontram-se entre os grupos mais vulneráveis ao óbito materno. 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 vulnerabilidade⁵. Mulheres afrodescendentes (mulheres pretas, bem como as mestiças de indivíduos brancos e pretos) geralmente apresentam nível socioeconômico baixo e, em relação à saúde

reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos, o que proporciona mais chances de gravidez⁶.

A proporção de óbitos por falha na assistência médica pode ser considerada uma evidência de diferenças entre grupos étnico-raciais, ao tomarem-se por referência, condições de acesso aos serviços de saúde. Elucidar as causas de disparidade racial relativas à mortalidade materna é essencial para que sejam elaboradas estratégias de redução para o grupo mais susceptível, bem como melhorar a assistência às afrodescendentes, consideradas as vulnerabilidades sociais a que estão expostas estas mulheres⁷.

São escassos em nosso país os dados de MM com recorte racial/étnico, porém essas informações são necessárias por extrapolarem os aspectos meramente biológicos do processo saúde-doença. Um estudo sobre aspectos epidemiológicos relacionados aos fatores étnico-raciais no Brasil mostrou que os piores indicadores de mortalidade em termos de causas evitáveis, a exemplo da MM, são relativos às mulheres afrodescendentes e indígenas, evidenciando a relação entre a raça e a desassistência à saúde de alguns grupos sociais. As mulheres afrodescendentes e indígenas estão na intersecção das discriminações de raça, de gênero e de classe social e estão expostas a um risco aumentado de comprometer a sua autorreferência pessoal, imagem corporal, autoconceito e autoestima. Assim, as ações de saúde de combate à discriminação e à exclusão da mulher afrodescendente deve ser desenvolvida integralmente, considerando o corpo, as relações de gênero e também as relações políticas, ou seja, aquelas que convidam à emancipação pelo empoderamento feminino⁸.

De acordo com o censo brasileiro, cerca de 44% da população brasileira é composta de afrodescendentes. Mulheres de tal grupo étnico possuem menor acesso à educação, nível socioeconômico mais baixo e vivem em piores condições de moradia em comparação a mulheres brancas⁷. As causas de morte materna em negras estão associadas, além da maior predisposição biológica para a hipertensão arterial, a fatores relacionados à dificuldade de acesso a serviços de saúde, à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas⁹.

No Brasil, os dados de mortalidade materna em relação à raça/etnia são poucos. A inclusão do “quesito cor” nos sistemas de informação e nos documentos do SUS consta no documento “Compromissos do Ministério da Saúde para com a Saúde da Mulher”, de

2003. Mesmo constando na Declaração de Óbito, o referido item frequentemente não é preenchido ou, quando consta no documento, a informação não corresponde à realidade, dificultando uma análise mais consistente. A taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas, segundo mostram alguns estudos. É necessária a sensibilização dos trabalhadores da saúde sobre a importância da informação (“quesito cor”) e a capacitação para coleta e registro da informação – que deve ser por auto declaração e com base na classificação racial do IBGE: preto(a), branco(a), pardo(a), indígena, amarelo(a) – da população atendida¹⁰.

Os dados obtidos neste estudo revelam que a maioria dos óbitos ocorreu para as idades de 20 a 29 e 30 a 39 anos, bem como 13,6% entre 15 e 19 anos de idade. Em estudo semelhante, os óbitos maternos concentraram-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos, com 46,2%, e dos 20 aos 29 anos de idade, com 43,6%. Estas representam a faixa etária em que ocorre o maior número de nascimentos. O maior risco de morte materna encontra-se em mulheres muito jovens ou com idade mais avançada – menores de 15 anos ou maiores de 35 anos - sendo que as mais velhas são mais suscetíveis à hipertensão específica da gestação¹¹.

Segundo a definição internacional, a idade fértil da mulher engloba o intervalo de idade entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se a faixa etária entre 10 a 49 anos. Essa definição brasileira de idade fértil foi baseada na experiência dos comitês de morte materna, estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que mostram a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos¹. Em países em desenvolvimento, meninas de 15 a 19 anos que recebem assistência materna precária lideram como grupo de maior causa de mortalidade e incapacidade. Essas meninas possuem duas vezes mais chances de morrer durante o parto quando comparadas a mulheres de 20 a 30 anos, enquanto que as menores de 14 anos chegam a ter cinco vezes mais chances de ir a óbito¹². Já no extremo da idade fértil, as mulheres com mais de 35 anos na primeira gestação apresentam maior risco de óbitos, resultantes de complicações hipertensivas. A opção de engravidar tardiamente e a facilidade de acesso às técnicas de fertilização assistida resultam em um aumento de gestações em mulheres mais velhas, o que contribui para o aumento da mortalidade materna neste grupo¹⁴.

Neste estudo, mais de 40% das mulheres vítimas de óbitos maternos no nordeste do Brasil estudaram menos de 7 anos. A análise da escolaridade evidencia a questão da pobreza como um fator importante na mortalidade materna, uma vez que influencia na

qualificação profissional que possibilita um emprego melhor e uma maior renda. Um estudo realizado no período de 1996 a 2005, incluindo 57 países em desenvolvimento, demonstrou que mulheres com nível secundário completo ou superior tiveram melhor assistência médica, em comparação a mulheres com nível educacional inferior, reforçando as estatísticas que associam a morte materna à baixa escolaridade¹⁵.

A baixa escolaridade, apesar de problemas na qualidade da informação, se mostrou associada ao óbito materno em grande número de estudos, tanto para RMM global como para causas específicas. Em estudos na África e Ásia, a escolaridade elevada foi um forte fator protetor para mortalidade materna^{16,17}.

Os dados deste trabalho mostram que quase 45% dos óbitos maternos foi de mulheres solteiras. De forma geral, os estudos apontam que os óbitos maternos ocorrem em maior número nas mulheres solteiras. O que pode remeter ao desamparo na maternidade – fator contribuinte para a morte – como também a uma possível confusão entre estado civil e convivência marital¹³.

A maioria dos óbitos maternos ocorreu em ambiente hospitalar e categorizados como morte materna obstétrica direta. Em estudo semelhante realizado com informações da cidade do Recife, Pernambuco, a maioria dos óbitos ocorreu em hospital (mais de 90%), porém verificaram-se óbitos durante o transporte ou no domicílio (4,2 e 3,5%, respectivamente). Ainda nesse estudo, quase 80% dos óbitos ocorreram em hospitais públicos, filantrópicos ou universitários, e obtiveram uma frequência de transferência hospitalar de 38,5%¹⁸.

Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, destacando a doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério⁴. Uma causa que merece destaque, a partir dos dados levantados, relaciona-se às complicações do trabalho de parto e parto que comumente levam a hemorragia e infecção. Há tempos, o conhecimento da hemorragia como uma das principais causas de mortes maternas são reveladas pela prática obstétrica advinda de profissionais não competentes. O óbito por hemorragia, durante ou após o parto, decorre em grande medida da falha no acesso à oportuna e competente assistência obstétrica¹⁹.

As informações apresentadas neste trabalho revelam altas taxas de mortalidade materna na região nordeste do Brasil, apontando grupos mais vulneráveis como

responsáveis pelas maiores ocorrências. A divulgação de informações epidemiológicas sobre a mortalidade materna é de fundamental importância, permitindo conhecer o real impacto desse grave problema de saúde pública, e contribuindo para a instituição de políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). Rio de Janeiro: **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 12, 2015.
3. DIAS, J. M. G.; OLIVEIRA, A. P. S. O.; CIPOLOTTI, R.; MONTEIRO, B. K. S. M.; PEREIRA, R. Oliveira. Mortalidade materna. Minas Gerais: **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 2, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R.. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev Saúde Pública**, 2004.
6. PINTO, E; SOUZAS, R. A mortalidade materna e a questão raças/etnia: importância da lei do quesito cor no Sistema de Saúde. In: The Jojn and Catherine T. **Perspectivas sobre saúde e direitos reprodutivos**. São Paulo: MacArthur Foundation, 2002
7. TEIXEIRA, N. Z. F. et al . Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Recife: **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 12, n. 1, 2012.
8. CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, 2005.
9. MARTINS A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, 2006.

10. BENEVIDES, M. A. S. et al. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras** (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS. Ministério da Saúde, 2007.
11. RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.3, 2006.
12. THOMAS et al. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. **Contraception.**, v.90, n.6, 2014.
13. KALE, P.L.; COSTA, A. J. L. Maternal Deaths in the City of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2003. **Health Popul Nutr.**, v.27, n.6, 2009.
14. FERNANDEZ, M. A. L.; CAVANILLAS, A. B.; MATEO, S. Excess of maternal mortality in foreign nationalities in Spain, 1999–2006. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.149, 2010.
15. New York. UNITED NATIONS. **Development Goals The Millennium**. Report 2007.
16. ALVAREZ, J. L.; GIL, R.; HERNÁNDEZ, V.; GIL, A. Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study. **BMC Public Health**, 2009.
17. CHOWDHURY, M. E.; AHMED, A.; KALIM, N.; KOBLINSKY, M. Causes of maternal mortality decline in Matlab, Bangladesh. **J Health Popul Nutr**, 2009.
18. COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 455-462, Aug. 2002.
19. RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. Maternal mortality: who, when, where, and why. **Lancet**, 2006.