

CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA OCORRIDA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS NO PERÍODO DE 2001- 2011

MATERNAL MORTALITY: CHARACTERIZATION OF CASES OCCURRING IN THE MUNICIPALITY OF SAN LUIS THE PERIOD 2001 - 2011

Camila Maria Santana Costa Buna¹, Simone Losekann Pereira Sampaio¹, Maria Elza Lima Sousa¹, Lena Maria Barros Fonseca², Arlene de Jesus Mendes Caldas³, Dorlene Maria Cardoso de Aquino⁴

Resumo

Introdução: A gravidez é um evento especial na vida da maior parte das mulheres em fase reprodutiva, contudo, esse momento pode acarretar riscos para o feto e ou para a mulher transformando-se em uma gestação de risco com probabilidade de óbito ou sequelas para um ou ambos os seres. Para a redução da mortalidade materna e a prevenção de sequelas é preciso melhoria na assistência à mulher no período gravídico puerperal e melhor acessibilidade e resolutividade dos serviços de emergência e de planejamento familiar. **Objetivo:** Descrever o perfil das mortes maternas ocorridas no município de São Luís/MA no período de 2001 a 2011. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo quantitativo, realizado a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) sendo, a população estudada composta por 188 casos de mortes maternas. **Resultados:** Dos 188 casos, 41% das mulheres encontravam-se entre 25 a 34 anos de idade, 47% eram pardas, 69% eram solteiras, 37% possuíam de 8 a 11 anos de estudo, 49% dos casos ocorreram durante o puerpério até 42 dias, 73% por causa obstétrica direta, e 15% tiveram como causa de óbito a eclampsia, seguidos de 12% de hipertensão gestacional. **Conclusão:** Durante uma década, no município de São Luís, não houve alteração significativa no perfil das mortes maternas, persistindo a ocorrência em mulheres jovens em fase economicamente ativa, com 8 a 11 anos de estudo e causa desencadeante do óbito, a hipertensão arterial a hipertensão arterial apresentando semelhança com o perfil de morte materna nacional.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Perfil. Gravidez.

Abstract

Introduction: Pregnancy is a special event in the lives of most women in the reproductive phase; however, this time can pose risks to the fetus and or the woman turning into a high-risk pregnancy with risk of death or sequelae for one or both beings. To reduce maternal mortality and the prevention of sequelae is necessary to improve the care for women in childbed and better accessibility gestation and resolution of emergency and family planning services. **Objective:** To describe the profile of maternal deaths in São Luís / MA in the period 2001-2011. **Methods:** Retrospective study, quantitative descriptive study conducted from the Mortality Information System (SIM) and the study population consisted of 188 cases of maternal deaths. **Results:** Out of 188 cases, 41% of women were aged between 25-34 years, 47% were mixed race, 69% were single, 37% had 8-11 years of education, 49% of the cases occurred during the puerperium up to 42 days, 73% by direct obstetric causes, and 15% had eclampsia cause of death, followed by 12% for gestational hypertension. **Conclusion:** For a decade, the city of St. Louis, there was no significant change in the profile of maternal deaths, education and triggering of death, hypertension following thus, with a profile similar to the national maternal death.

Keywords: Maternal Mortality. Profile. Pregnancy.

Introdução

A gravidez é vista como um momento especial para a maioria das mulheres, pois o nascimento de um membro da família significa a renovação do núcleo familiar, porém existe caso em que a gravidez acarreta riscos para o feto e principalmente para a mãe caracterizando gravidez de alto risco¹.

O aumento da vulnerabilidade de uma pessoa ou de um grupo em desenvolver algum agravo ou patologia à saúde é definido como fator de risco que é um elemento determinante da probabilidade do surgimento de problemas². Em algumas mulheres, esses fatores podem ser identificados até mesmo antes da concepção e na maioria, no entanto, isso somente ocorre no curso da gravidez ou já durante o parto³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais⁴.

De acordo com a Organização das Nações Unidas-ONU⁵ o número de óbitos de mulheres em decorrência da gestação e do parto no Brasil, permanece basicamente inalterado desde 1980. A média é de 536 mil óbitos por ano em todo o país. A redução da mortalidade materna e a prevenção de lesões dependem de um melhor atendimento durante a gestação e o parto além de serviços de emergência em casos de complicações e do acesso ao planejamento familiar.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Enfermeira. Doutora em Biotecnologia em Saúde. Professora Adjunta do Dep. Enfermagem - UFMA.

³ Enfermeira. Doutora em Patologia Humana. Professora Associada do Dep. Enfermagem - UFMA.

⁴ Enfermeira, Doutora em Patologia Humana. Professora Adjunta do Dep. Enfermagem - UFMA.

Contato: Camila Maria Santana Costa. E-mail: cmscosta2011@hotmail.com

No Maranhão, o Comitê de Mortalidade Infantil de São Luís registrou em 2010, na capital, 76 casos de morte materna para cada 100 mil nascidos o que corresponde um valor elevado quando se considera a média aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 20 casos para cada 100 mil nascidos⁶. No entanto, de janeiro a setembro de 2011 foi registrada uma queda de 37 casos a menos do que foram registrados no mesmo período de 2010 e essa redução pode ter sido gerada pela implantação do Programa Rede Cegonha, do Ministério da Saúde nas maternidades públicas da capital⁷.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças, as principais causas de mortes maternas registradas no Brasil, em 2007, foram doenças hipertensivas (23%), sepses (10%), hemorragia (8%), complicações de aborto (8%), alterações placentárias (5%), outras complicações do trabalho de parto (4%), embolia (4%), contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/AIDS (4%). Outras causas diretas foram responsáveis por 14% de todas as mortes e outras causas indiretas, por 17%⁸.

Diante do exposto, a mortalidade materna deve ser motivo de preocupação das autoridades de saúde no Brasil, em nível federal, estadual e municipal. Dessa forma, o interesse para a realização desse estudo surgiu a partir da percepção dos elevados casos de morte materna evitáveis durante a gestação, parto e puerpério, e da necessidade de implantação de estratégias para reduzir de modo eficiente o número elevado de óbitos. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo descrever o perfil das mortes maternas ocorridas no município de São Luís (MA), no período de 2001 a 2011.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, sobre morte materna no município de São Luís (MA).

A população do estudo foi composta por todos os casos de morte materna notificados no período de 2001 a 2011, perfazendo 188 casos. A coleta de dados foi realizada utilizando-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), por meio de acesso eletrônico ao site www.datasus.gov.br. As variáveis analisadas foram: idade, raça/cor, estado civil, anos de estudo, período gestacional de ocorrência do agravo, tipo de causa obstétrica e causa do óbito baseada na Classificação Internacional das doenças (CID-10).

Com o término da coleta das informações contidas no banco de dados, foi realizada a quantificação destes em números absolutos e percentuais com o auxílio de uma planilha elaborada pelos pesquisadores no programa Microsoft Excel 2010. A análise foi descritiva sendo os resultados em números absolutos e relativos apresentados em gráficos e tabelas.

Durante a realização da pesquisa respeitou-se a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos notificados nos Sistemas de Informação obedecendo todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012.

Resultados

Dos 188 casos notificados de morte materna observou-se um maior número de óbitos (41%) em

mulheres na faixa etária entre 25 a 34 anos, seguido de 40% na faixa etária entre 15 a 24 anos, 17% entre 35 e 44 anos. Com relação a variável raça/cor, 47% eram pardas, 26% preta, 21% branca, 1% indígena, e 5% de casos ignorados. Quanto ao estado civil, 69% eram solteiras, 15% eram casadas, 8% dados ignorados, 6% com outro tipo de união e 2% viúvas. Em relação a escolaridade, 37% das mulheres possuíam de 8 a 11 anos de estudo, 26% de 4 a 7 anos, 14% com ≥ 12 anos, 12% sem informações, 7% de 1 a 3 anos, e 4% sem escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1 - Características das mulheres que evoluíram para óbitos maternos em São Luís-MA, no período de 2001 a 2011.

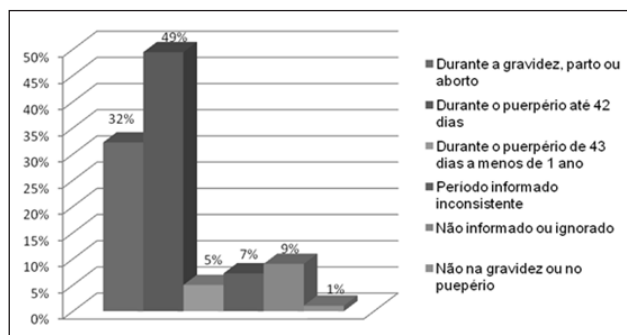
Características	n	%
Idade (anos)		
10 a 14	02	01
15 a 24	75	40
25 a 34	76	41
35 e 44	31	17
45 a 54	04	02
Raça/cor		
Pardas	88	47
Preta	49	26
Branca	40	21
Indígena	02	01
Ignorado	09	05
Estado civil		
Solteira	130	69
Casada	28	15
Viúva	04	02
Outro tipo de união	11	06
Ignorado	15	08
Escolaridade (anos de estudo)		
12	26	14
8 a 11	70	37
4 a 7	49	26
1 a 3	13	07
Sem escolaridade	07	04
Sem informação	23	12
Total	188	100

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

De acordo com o período gestacional, 49% dos óbitos ocorreram no puerpério até 42 dias, 32% durante a gravidez, parto ou aborto, 9% não foi informado ou ignorado, 7% o período informado era inconsistente, 5% encontravam-se durante o puerpério de 43 dias a menos de 1 ano, e 1% não se encontravam na gravidez ou puerpério (Figura 1).

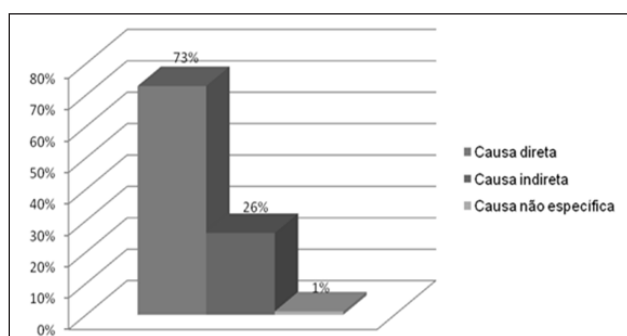
Com relação ao tipo de causa obstétrica, 73% dos óbitos maternos foram de causa obstétrica direta, 26% de casos de óbito materno por causa indireta, e somente 1% não teve a causa especificada (Figura 2).

Quanto às patologias como causa do óbito, 15% foi ocasionado por eclâmpsia, 12% por hipertensão gestacional, 6% por infecção puerperal, 12% por aborto, 5% por descolamento prematuro da placenta e 50% por outras causas (Figura 3).



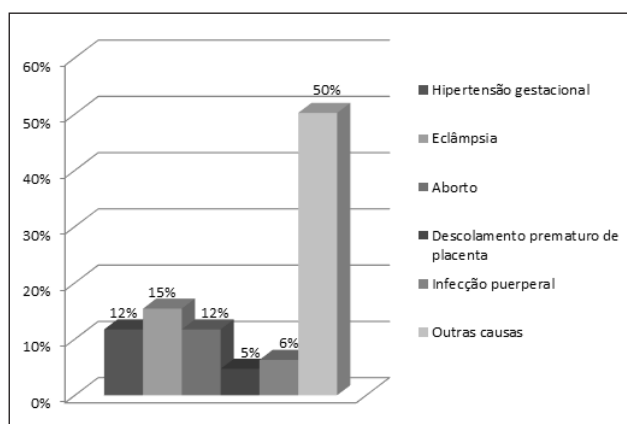
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Figura 1 - Distribuição dos óbitos maternos segundo o período gestacional de ocorrência do óbito em São Luís - MA, no período de 2001 a 2011.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Figura 2 - Distribuição dos óbitos maternos segundo causa obstétrica em São Luís - MA, no período de 2001 a 2011.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Figura 3 - Distribuição dos óbitos maternos segundo causa do óbito em São Luís - MA, no período de 2001 a 2011.

Discussão

Com relação à faixa etária observou-se maior ocorrência de óbitos maternos nas faixas etárias de 15 a 24 anos seguido da faixa etária de 25 a 34 anos, óbitos portanto ocorridos entre as mulheres jovens. Senesi *et al.*,⁹ demonstraram que o número de mortes entre mulheres jovens pode ser consequência de pouca maturidade fisiológica, estado nutricional deficiente e constante relutância em procurar a assistência pré-natal. Sendo assim, é fundamental o acesso das adolescentes as informações sobre sexualidade e métodos contra-

ceptivos nas escolas por meio de ações de educação em saúde, além da realização de busca ativa, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, das gestantes, que ainda não procuraram assistência pré-natal ou que possuem baixa frequência às consultas, tentando identificar as causas de sua baixa ou não adesão.

Para o Ministério da Saúde¹⁰, nos extremos da idade materna, a proporção de mães adolescentes vem diminuindo no País, mas ainda é significativo representando uma população de 20,4% em 2008, sendo maior na região Norte (27,2%), seguida pela região Nordeste (23,2%) e menores no Sudeste (17,0%). Com relação às mães com mais de 35 anos de idade observaram-se um aumento de 8,1% em 1997, para 9,9% em 2008.

De acordo com a raça/cor da população estudada, ocorreu uma predominância dos óbitos em mulheres pardas. Achado semelhante a este foi encontrado em estudo realizado por Teixeira *et al.*,¹ no qual afirmam, que as mulheres pardas encontram-se entre os grupos mais vulneráveis ao óbito materno, pois, 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. Portanto, a etnia não é por si só fator de risco, mas a inserção social adversa do grupo racial constitui-se em vulnerabilidade.

Estudo realizado por Matos *et al.*,¹¹ acerca da mortalidade por aborto no Estado do Paraná, no período de 1998 a 2004, revela a predominância de óbitos de mulheres casadas (41%), dados divergentes com os achados deste estudo que encontrou que a maioria dos óbitos ocorreram em mulheres solteiras, podendo por essa situação conjugal existir uma fragilidade econômica e psicossocial interferindo de forma negativa na procura por assistência no período gravídico puerperal.

De acordo com a Comissão para Investigação da Mortalidade Materna, as mulheres solteiras apresentam maior probabilidade para o óbito, considerando o abandono do cônjuge como fator contribuinte para este fim¹². As complicações da gestação são mais frequentes nas mulheres solteiras e assim afirma-se que há uma relação entre a situação conjugal da mulher com a forma de como ela cuida da sua saúde durante a gravidez¹³.

Neste estudo, a maioria das mulheres possuíam 8 a 11 anos de estudo, um achado discordante com a literatura na qual afirma, que a incidência de morte é mais elevada em mulheres com baixo nível de escolaridade e que quanto maior a escolaridade da gestante, mais rápida é a sua busca pelo atendimento pré-natal e mais elevado será o número de consultas realizadas durante a gestação. Portanto, demonstra-se que tal característica não está sendo um fator isolado para a ocorrência das mortes, mas outros podem estar influenciando para tal acontecimento^{13,14}.

Na análise do período gestacional houve maior ocorrência de óbito materno durante o puerpério até 42 dias após o parto. A literatura aponta que as mortes maternas neste período são consideradas tardias podendo ser de causa obstétrica direta ou indireta¹⁵. Destaca-se que o ciclo gravídico puerperal é um período que envolve transformações profundas no que concerne a aspectos físicos, psíquicos e sociais, podendo no seu transcurso aparecer importantes alterações na personalidade e gerar sofrimentos psíquicos de intensida-

des variadas, dificultando o vínculo entre mãe e filho¹⁶.

No estudo, a maior parcela dos casos teve a causa obstétrica direta como desencadeante do evento. Essas são as principais causas de morte materna em países em desenvolvimento e são provocadas por doenças e complicações da gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultante de qualquer uma dessas situações⁴. Isso reflete a necessidade de garantir uma atenção integral e de qualidade a mulher, desde a orientação quanto à saúde reprodutiva, planejamento familiar, assistência ao pré-natal com referências às gestantes de risco, vinculação e acompanhamento de qualidade ao parto e puerpério até o tratamento das emergências obstétricas.

No presente estudo, encontrou-se um percentual alto de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e sua forma mais grave, a eclampsia como principal causa do evento. O óbito materno, pode refletir uma assistência de pré-natal inadequada. Para Silva¹⁷, essa patologia é a causa mais frequente de morte materna no mundo, não é prevenível, porém sua forma mais grave, a eclampsia, pode ser prevenida, com medidas simples e baratas. A prevenção poderá ser alcançada mediante uma efetiva assistência pré-natal na atenção primária, complementada pela atenção secundária aos grupos de risco¹⁸.

A grande participação da hipertensão arterial

como a principal causa de morte materna pode ser decorrente de falhas na assistência do pré-natal, na atenção hospitalar ao parto e nos problemas emergenciais do final da gestação¹⁹.

A redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal dependem, expressivamente, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem estreita relação com os níveis de saúde de conceitos e mães. Portanto, é crucial que haja um pré-natal específico, pois possibilita a detecção das complicações maternas e a instituição precoce de tratamento, sendo considerado um importante meio de prevenção. Grande parte do sucesso da gestação depende de medidas preventivas.

Diante dos resultados observa-se que a mortalidade materna permanece como um grave problema de saúde pública, sendo necessário a implantação de medidas eficazes para a sua redução uma vez que, a maior parte dos óbitos é desencadeada por fatores passíveis de serem prevenidos com uma assistência adequada e eficaz no ciclo gravídico-puerperal.

Durante uma década, no município de São Luís, não houve alteração significativa no perfil das mortes maternas, persistindo a ocorrência em mulheres jovens em fase economicamente ativa, com 8 a 11 anos de estudo e como causa desencadeante do óbito, a hipertensão arterial apresentando semelhança com o perfil de morte materna nacional.

Referências

- Teixeira, NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 2012; 12(1): 27-35.
- Goulart, AL, Kopelman, BI. *Assistência ao Recém-nascido Pré-termo*. In: MORAES, MB, Campos SO, Silvestrini WS. Bárueri(SP): Manole, 2005.
- Magalhães MLC, Andrade HHSM. *Ginecologia Infanto-Juvenil diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998.
- Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*, 2004; 7(4): 449-460.
- Organização das Nações Unidas. *Relatório sobre a situação da População Mundial* [on line] 2008 [capturado 2013 jul 20] Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2008.pdf>.
- Organização das Nações Unidas. *Mortalidade Materna-Infantil é discutida em audiência pública na Assembleia Legislativa* [on line] 2012 Apr [capturado 2013 jun 17] Disponível em: <http://www.corenma.gov.br/125.html>.
- Schimdt F. *Maranhão registrou queda de 35% na mortalidade materna* [on line] 2012 May [capturado 2013 jun 17] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5311/162/maranhao-registrou-queda-de-35-na-mortalidade-materna.html>.
- DATASUS. *Óbitos maternos*. [on line] 2011 [capturado 2013 jun 17] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/pmat10uf.def>.
- Senesi LG, Tristão EG, Andrade RP, Krajden ML, Oliveira JFC, Nascimento DJ. Morbidade e mortalidade neonatais relacionadas à idade materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. *RBGO*, 2004; 26(6): 477-482.
- Ministério da Saúde. *Atenção a Saúde do Recém-Nascido: Guia para os profissionais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde [on line] 2010. [Capturado 2013 jun 17] Disponível em: http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf.
- Matos JC, Luz GS, Pelloso SM, Carvalho MDB. Mortalidade por aborto no Estado do Paraná: 1998 a 2004. *Rev Eletr Enf*, 2007; 9(3): 806-814.
- Brasil. Câmara dos Deputados. *Relatório da CPI da Mortalidade Materna*. Brasília (DF) [on line] 2000 [capturado 2013 jun 17] Disponível em: http://http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Matern.htm.
- Correia RA, Araujo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Rev Bras Enferm*, 2011; 64(1): 91-97.
- Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev Bras Enferm*, 2005; 58(1): 61-64.
- Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital escola do Noroeste do Estado do Paraná. *Rev Esc Enferm USP*, 2009; 43(1): 95-102.
- Souza VF. *A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral* [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008; 139p.

17. Silva IA. PROENF: *Saúde Materna e Neonatal: Programa de atualização em enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem*; Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros obstetras. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana; 2009.
18. Novo JLVG, Gianini RJ. Mortalidade materna por eclâmpsia. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 2010; 10(2): 209-217.
19. Cecatti JG, Albuquerque RM, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. *RBGO*, 1998; 20(1): 7-11.