

**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANNE GLAYCE MORAES DA SILVA  
PRISCILA CAVALCANTI DA SILVA**

**ÍNDICE DE MORTE MATERNA NO NORDESTE BRASILEIRO  
2006-2010**

Recife-PE

2013

**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Anne Glayce Moraes da Silva

Priscila Cavalcanti da Silva

**ÍNDICE DE MORTE MATERNA NO NORDESTE BRASILEIRO**  
**2006-2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Integrada de Pernambuco, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Karla Romana Ferreira de Souza.

Recife-PE

2013

# **FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO**

## **BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Anne Glayce Moraes da Silva

Priscila Cavalcanti da Silva

### **ÍNDICE DE MORTE MATERNA NO NORDESTE BRASILEIRO 2006-2010**

Trabalho de Conclusão de Curso submetida à Comissão Examinadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

#### **Banca Examinadora**

---

Nome: Prof. Msc. Karla Romana Ferreira de Souza  
Instituição: Graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.  
Docente da Faculdade Integrada de Pernambuco Mestre em Saúde da Mulher

---

Nome: Andrea Rosane Silva Souza  
Instituição: Graduação em enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Docente da Faculdade Integrada de Pernambuco. Mestre em Saúde Pública

---

Nome: Paula Graça de Azevedo  
Instituição: Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco e Enfermeira do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Especialista em Saúde da Mulher

Aprovada em 17 de Junho de 2013.

## **AGRADECIMENTO**

Agradecemos a Deus primeiramente, pelo fim de mais essa etapa, pelos sonhos que se concretizam. Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas.

Agradecemos-te por nunca nos deixar esquecer, mesmo em meio aos desertos, que somos uma de suas favoritas.

Aos nossos pais, nosso abrigo seguro, de onde recebemos apoio incondicional nessa empreitada. Os primeiros a sonhar tudo isso, agradecemos por acreditarem sempre no nosso potencial.

À nossa orientadora Prof<sup>a</sup> Msc. Karla Romana, agradecemos a condução nos primeiros e essenciais passos da nossa formação. Gratas pelo dinamismo, a confiança, o carinho, enfim, por compreender e incentivar a concretização desse trabalho.

À nossa turma de graduação, pela diversão, pelo aprendizado, pela convivência que tanto nos auxiliou no nosso amadurecimento. Amigas que durante esses anos de faculdade foram nossa segunda família, dividindo sonhos, sorrisos, lanches e lágrimas.

Aos pacientes e pais que cooperaram com nossa formação, acreditando em nós, a nossa imensa gratidão.

Por fim, queremos agradecer todas as dificuldades que enfrentamos; não fosse por elas, não teríamos saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mais as críticas nos auxiliam muito.

## RESUMO

Os números de morte materna constituem um forte indicador da realidade social e é considerado um problema prioritário de saúde pública no Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, com utilização de dados secundários da base de dados do Sistema de Informação de Saúde, DATASUS. Inicialmente foi obtido os números de óbitos maternos e nascidos vivos de 2006 a 2010 da região nordeste do Brasil. Com os dados coletados, foi possível identificar a Razão de mortalidade materna e detalhá-los em tabelas e gráficos. Foram obtidos 2.970 óbitos maternos declarados na região nordeste do Brasil, identificando assim o estado da Bahia com o maior índice de mortalidade materna (831), e o Rio Grande do Norte com o menor índice de mortalidade materna (89), no período pesquisado, do presente estudo. No relacionamento dos dados de óbitos maternos e nascidos vivos foi possível verificar que o Rio Grande do Norte apresentou a menor Razão de Mortalidade Materna (36,68), e o Estado do Maranhão com a maior razão (92,41). A Região Nordeste apresenta grande disparidade entre os estados em relação aos números de morte materna, demonstrando um alerta para os governantes que precisam cada vez mais investir em políticas e estratégias para se chegar ao esperado pela Organização Mundial de Saúde e Organização das Nações Unidas.

**DESCRITORES:** Mortalidade Materna, Nascidos Vivos, Razão de Mortalidade.

## **ABSTRACT**

The figures of maternal death is a strong indicator of social reality and it is considered a major public health problem in Brazil. It is a quantitative and descriptive study using secondary data from the database of the Health Information System, (health information system) DATASUS . It was initially obtained the numbers of maternal deaths and live births from 2006 to 2010 in northeastern Brazil. With the data collected, it was possible to identify the maternal mortality reason and detail in tables and graphics. It was obtained the amount of 2970 maternal deaths reported in northeastern Brazil and thus identifying the state of Bahia with the highest maternal mortality rate (831) and Rio Grande do Norte with the lowest (89) in the period surveyed in this study. In the data relationship of maternal deaths and live births it was possible to verify that Rio Grande do Norte had the lowest maternal mortality ratio (36.68) and the State of Maranhão got the highest ratio (92.41). Northeast region shows wide disparity between states in relation to the numbers of maternal deaths, demonstrating a warning to the rulers who increasingly need to invest in policies and strategies to reach the expected by the World Health Organization and the United Nations.

**KEY WORDS:** Maternal Mortality, Live Birth, Mortality Rate

## RESUMEN

Los números de la mortalidad materna constituyen un indicador importante de la realidad social y se considera un problema prioritario de la sanidad pública en Brasil. Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo que usa los datos secundarios de la base de datos del Sistema de Información de Salud, DATASUS. Inicialmente, fueron obtenidos los números de fallecimientos maternos y de nacidos vivos desde 2006 hasta 2010 de la región Nordeste de Brasil. Con los datos recolectados fue posible identificar la Razón de la Mortalidad Materna y detallar la misma mediante gráficos y tablas. Se obtuvieron 2970 muertes maternas declaradas en la región nordeste de Brasil y se identificó que el estado de Bahía es el que presenta mayor índice de mortalidad materna (831) y el estado de Rio Grande del Norte, el menor (89) durante el período de investigación de este estudio. Al observar la relación ente los datos de muertes maternas y los nacidos vivos fue posible constatar que el estado de Río Grande del Norte presentó la menor Razón de Mortalidad Materna (36,68) y el del Maranhão, la mayor (92,41). La Región Nordeste presenta una gran disparidad entre los estados en relación a los números de fallecimientos maternos y esos datos sirven de alerta a los gobiernos que cada vez es más necesario invertir en políticas y estrategias para alcanzar la situación que la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas esperan.

**PALABRAS CLAVE:** Mortalidad Materna, Nacimiento Vivo, Tasa de Mortalidad

## SIGLAS

CMM	- Comitês de Mortalidade Materna
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
MM	- Mortalidade Materna
MS	- Ministério da Saúde
NV	- Nascidos Vivos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
SUS	- Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
1.1 Mortalidade Materna no Brasil.....	11
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4. DISCURSSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu da curiosidade em conhecer o número de óbitos maternos na região nordeste, pois se sabe que a mortalidade materna (MM) é uma questão complexa e ainda permanece como um grave problema de saúde pública, visto que, os números de mortes maternas de um país, constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano.<sup>1</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que a mortalidade materna permite identificar o lugar que a mulher ocupa na sociedade, e reflete a adequação do sistema de saúde para dar respostas às suas necessidades, revelando também, o grau de negligência do Estado no seu papel de proteger a vida e a saúde da mulher, mostrando a desigualdade entre gêneros, estando a mesma mais vulnerável.<sup>2</sup>

A morte de uma mãe acarreta em danos irreparáveis à família, e os filhos são os que mais sofrem, seja pela necessidade de separação dos irmãos, ou então, pela sobrecarga da filha mais velha, que, muitas vezes, assume os cuidados dos demais. O óbito materno constitui fator de desagregação familiar, pois elas comumente têm participação no sustento da família ou são as únicas responsáveis por ela, além de participarem significativamente na realização das atividades domiciliares e educação dos filhos.<sup>3</sup>

O indicador de mortalidade materna constitui um dos mais adequados para avaliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde de forma integral, condições de vida das mulheres, o nível socioeconômico, e as desigualdades sociais, econômicas e políticas, registrando-se grandes desigualdades entre regiões e países.

A garantia do direito à maternidade segura, segue sendo um problema relevante, e a morte materna atinge milhares de mulheres anualmente no mundo, ocorrendo disparidades nos números de óbitos quando comparados os países desenvolvidos com os em desenvolvimento, refletindo as decisões que os governos

tomam frente a esse problema, envolvendo as políticas públicas e o papel histórico das lutas sociais.

Esse aspecto é tão importante que países como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai atingiram coeficientes de óbitos menores que 40/100.000 nascidos vivos (NV) por conta das políticas adotadas, apesar de possuírem condições socioeconômicas semelhantes às de outros países latino-americanos, com altas taxas de morte materna.

A Organização das Nações Unidas (ONU), propôs na Declaração para o Desenvolvimento do Milênio, a redução da mortalidade materna em três quartos, o que representa valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos, até 2015, tendo como base o ano de 1990. A OMS preconizou uma razão de mortalidade materna abaixo de 20 óbitos em 100 mil nascidos vivos, embora esses números ainda continuem bastante elevados, principalmente nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, que atinge níveis bem acima do preconizado.<sup>4-5</sup>

Segundo a OMS, mortalidade materna é a morte durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou, ainda, por medidas em relação a ela, não incluindo as causas incidentais e acidentais. São divididas em dois grupos: as mortes obstétricas diretas e as obstétricas indiretas.

As mortes obstétricas diretas, a maioria, são resultantes de complicações obstétricas durante a gravidez, durante o parto ou puerpério causadas por intervenções, omissões ou tratamento incorreto. Dentre essas causas temos as síndromes hipertensivas, hemorragias, complicações do aborto e infecções puerperais. Já as causas obstétricas indiretas relacionam-se ao agravamento de problemas como as cardiopatias, epilepsia, diabetes, entre outros. Esses problemas podem ser evitados ou controlados via assistência adequada.<sup>3</sup>

Diante dessa definição, fica visível a importância da assistência à saúde integral e a atualização dos dados nos sistemas de informações de mortalidade, viabilizando o controle nas áreas com maiores índices. Evitando assim o óbito

materno e oportunizando a estruturação familiar, a construção do vínculo mãe-bebê, a prática do aleitamento materno, a diminuição do abandono, os maus tratos à criança e tantas outras situações difíceis que poderão surgir. Portanto, a prevenção para que essa morte não ocorra, torna-se imprescindível.

### **1.1 Mortalidade Materna no Brasil**

No Brasil, a morte materna é um problema relevante, embora sua real magnitude seja desconhecida, face à má qualidade dos dados produzidos.<sup>3</sup>

Segundo Gnochhi (2011), o Brasil vem apresentando cifras superiores a 70 óbitos maternos/100.000NV, um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (MS) declara que nos anos de 1990 a 2010, a mortalidade materna no Brasil caiu pela metade, de 141, para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, números bastante elevados quando comparados ao padrão aceitável, estabelecido pela OMS que é de 10 a 20 óbitos maternos/ 100.000NV.

No ano de 2002, uma pesquisa demonstrou a diferença regional no Brasil acerca do número de óbitos maternos. Foram pesquisadas 26 capitais e a razão de mortalidade materna estimada foi de 54,3/ 100.000NV para o conjunto das capitais, identificando uma significativa variação inter-regional: 42/100.000NV na região Sul e 73,2/100.000NV na região Nordeste.<sup>6</sup>

Em estudo do MS, foi observado que para o conjunto das capitais brasileiras, 56,5% dos óbitos maternos foram por causas obstétricas diretas, com predomínio dos transtornos hipertensivos, as hemorragias foram responsáveis por 10,4% e 9% do total de óbitos.<sup>2</sup> Na região do nordeste no ano de 2009, as principais causas de óbitos maternos foram as causas obstétricas diretas, totalizando 108 mortes, sendo evitáveis em sua quase totalidade.

Nesse contexto de tamanha gravidade, na busca constante de caminhos e soluções para enfrentar esse cenário e insistente problema da mortalidade das mulheres durante o processo fisiológico da gravidez e parto, a identificação e implantação de intervenções efetivas na redução de mortalidade, durante o pré-natal e, preferencialmente, no parto, quando predominam as mortes, devem ser prioridades do governo e da própria sociedade.

Aqui no Brasil, muitas estratégias têm sido relacionadas para resolução do problema, incluindo um adequado sistema de registro de nascimentos e morte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), respectivamente, implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, o planejamento familiar, a assistência ao pré-natal, o atendimento de profissional capacitado e a atenção institucional ao parto.<sup>1-4</sup>

Impulsionado pelos números elevados de mortes maternas, em 2004, a Presidência da República assinou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil, buscando dar visibilidade ao problema e promover realocação de recursos financeiros para ações prioritárias. Em 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, a mortalidade materna figura entre as seis ações prioritárias em saúde, comprometendo estados, regiões e municípios com a sua redução, com o compromisso de reduzir em 5% a RMM por ano.<sup>3-7</sup>

Apesar de tantas estratégias implantadas para redução desses números no Brasil, há duas razões que dificultam o monitoramento do número real de óbitos maternos: a sub-informação e os sub-registros das declarações de óbitos. A sub-informação é o preenchimento incorreto das declarações de óbitos, nos casos de omissão da causa da morte relacionada à gestação, ao parto e ao puerpério. O sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, mais frequente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste devido ao difícil acesso a esses, ou à existência de cemitérios clandestinos.

Viabilizando informações mais acuradas sobre as circunstâncias das mortes maternas nos sistemas de informações sobre mortalidade materna, foram criados os Comitês de Mortalidade Materna (CMM) em 1990, seguindo modelos já existentes nos Estados Unidos (1931) e na Inglaterra (1952), tendo como estratégia o enfrentamento à mortalidade materna evitável no Brasil, sendo estruturados em escala hospitalar, municipal, regional e estadual.<sup>8-9</sup> Em 1994, foi instituída a Comissão Nacional de Morte Materna e em 2005, os 27 comitês nos estados brasileiros, já estavam implantados.

No entanto, com tantas implantações de estratégias voltadas para a prevenção do óbito materno, os números continuam com altos coeficientes. A meta proposta pela Declaração do Milênio permanece como desafio, e a lista de

recomendações para reverter o quadro de saúde materna no país é extensa, uma vez que representa desigualdades e injustiças acumuladas ao longo de sua história.

O SUS, como sendo o norte da saúde pública no Brasil, deve ser capaz de mobilizar líderes profissionais e da sociedade, coordenar as ações, monitorar a implementação de políticas públicas mais atuantes voltadas para esse tema, e prestar contas à sociedade.

Assim, nesta reflexão teórica temos por objetivo descrever o quadro de mortalidade materna na região nordeste do Brasil segundo o Sistema de Informações de Mortalidade. Verificando o estado que apresentou menor índice de razão de mortalidade materna, e se alguma região do nordeste alcançou os parâmetros estabelecidos pela OMS no período estudado, visto que o Brasil é um país em desenvolvimento e o nordeste é uma das regiões mais vulneráveis no que tange a saúde em relação a outras regiões brasileiras.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritiva, com utilização de dados secundários, da base de dados do Sistema de Informações de Saúde, disponível no Departamento de Informática do SUS-DATASUS.

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples, até as mais complexas.<sup>10-11</sup>

A pesquisa do tipo descritiva é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve.<sup>12</sup>

A escolha do estudo insere-se nos altos índices de Mortalidade Materna no Brasil, nos últimos anos, e tendo em vista a escassez de informações a cerca do assunto abordado

A razão de mortalidade materna foi calculado pelo  $[(n^{\circ} \text{ de óbitos maternos}/n^{\circ} \text{ de nascidos vivos no mesmo período}) \times 100.000]$ . Frequentemente, a Razão de Mortalidade Materna é chamada de "Taxa" ou "Coeficiente", contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação, o número de Nascidos Vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão "Razão", no presente estudo.<sup>13</sup>

Os dados foram resgatados do DATASUS em Fevereiro de 2013, onde foi elaborada uma tabela para distribuir a RMM por estado e por ano. Para classificar a RMM, foi utilizado os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define como RMM baixa ( até 20 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos),RMM média ( 20 a49 óbitos maternos /100.000 nascidos vivos),RMM alta ( de 50 a 149 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos) e RMM muito alta ( maior que 150 óbitos maternos /100.000 nascidos vivos).<sup>6</sup>

O Departamento de Informática do SUS-DATASUS é um órgão da secretária do Ministério da Saúde que tem como objetivo principal, a reunião, o processamento e a dispersão das informações referentes aos dados nacionais. A criação do DATASUS ocorreu pelo decreto 100 de 16.04.1991, sendo um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, para investigação e planejamento dos indicadores sociais e condições sanitárias.<sup>14</sup>

Utilizou-se os dados, e a RMM calculada para análise deles em cada estado da região Nordeste do Brasil: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Paraíba, Piauí, Alagoas, Sergipe e Bahia. Após a seleção dos dados, os mesmos foram organizados e analisados estatisticamente, sendo posteriormente apresentados no formato de tabelas. Os dados foram transcritos em uma planilha do Excel 2010, do programa Windows 7. Sendo o estudo conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos

### 3 RESULTADOS

Ainda que o preenchimento dos atestados de óbitos seja passível de omissões e falhas, e que os dados contidos do SIM sejam incompletos em relação aos óbitos maternos, esta fonte traz subsídios para um aproximado conhecimento sobre os números de mortalidade materna e razão de mortalidade materna nos estados do nordeste no período estudado.

Foram obtidos 2.969 óbitos, para o total das regiões estudadas no período de 2006 á 2010 no SIM. A distribuição dos óbitos expostos na Tabela 1. Os valores mínimo e máximo para os óbitos maternos, ocorrem respectivamente, no Rio Grande de Norte (89MM) e na Bahia (832MM). No ano de 2007 o estado de Sergipe apresentou um coeficiente de 13 mortes maternas elevando-se, no ano de 2009, para 36 óbitos e regredindo posteriormente para 23 óbitos. O estado de Pernambuco apresentou regressão gradual no número de mortes, variando de 90 óbitos no ano de 2006, para 76 em 2010, com pequenas elevações nos anos de 2007 e 2008.

**Tabela 1.** Nº de óbitos Maternos Declarados - 2006-2010

UF	RMM					TOTAL
	2006	2007	2008	2009	2010	
Região Nordeste						
Maranhão	106	124	121	104	123	578
Piauí	45	39	62	44	47	237
Ceará	91	84	67	87	91	420
Rio Grande do Norte	12	14	22	25	16	89
Paraíba	19	20	26	33	29	127
Pernambuco	90	94	97	88	76	445
Alagoas	28	25	27	19	32	131
Sergipe	14	13	24	36	23	110
Bahia	158	146	172	195	161	832
<b>Total</b>	<b>563</b>	<b>559</b>	<b>618</b>	<b>631</b>	<b>598</b>	<b>2969</b>

**Fonte:** DATASUS- Ministério da Saúde

RMM: Razão de Mortalidade Materna

Na Tabela 2, são apresentados o número de nascidos vivos nos mesmos estados e período, com um total de 4.328.900 nascimentos registrados no SINASC. A Bahia pontuou o maior número de nascimentos (1092, 283NV), com maior quantidade em 2008 (221, 700NV). Sergipe apresentou o menor número de nascimentos (178,52NV), com declínio contínuo nos anos de estudo. Os estados de Piauí, Ceará e Pernambuco, demonstraram números decrescentes durante os cinco anos.

**Tabela 2.** Nº de Nascidos Vivos - 2006-2010

UF	RMM					TOTAL
	2006	2007	2008	2009	2010	
Região Nordeste						
Maranhão	127.724	127.307	128.302	123.635	119.566	626.534
Piauí	55.342	53.214	52.664	50.996	49.424	261.640
Ceará	135.020	133.839	133.917	131.393	128.831	663.000
Rio Grande do Norte	48.122	48.072	49.817	48.931	47.668	642.610
Paraíba	60.232	59.456	61.964	60.021	58.699	300.372
Pernambuco	146.108	143.095	145.195	141.815	136.591	712.804
Alagoas	57.510	57.406	58.076	55.471	54.164	282.627
Sergipe	37.061	35.801	36.633	35.109	34.016	146.620
Bahia	220.187	220.398	221.770	217.727	212.201	1.092.283
<b>Total</b>	<b>887.306</b>	<b>846.588</b>	<b>888.338</b>	<b>865.098</b>	<b>841.160</b>	<b>4.328.900</b>

**Fonte:** DATASUS- Ministério da Saúde

RMM: Razão de Mortalidade Materna

Com o relacionamento do SIM e SINASC, foi possível identificar a RMM na região nordeste no período em estudo. A RMM no nordeste nesse período foi 68,11/100.000NV com comportamento anual irregular. Os três estados que apresentaram menor RMM foram: Rio Grande do Norte (36,6/100.000NV), Paraíba (42,2/100.000NV) e Alagoas (46,3/100.000NV), com oscilações durante os anos. O Maranhão apresentou a maior RMM no período de estudo (92,41), embora tenha apresentado valores constantes para óbitos e nascimentos. (Tabela 3)

Dentre as classificações da RMM os estados que demarcaram RMM alta, foram por ordem decrescente: Maranhão(92,41/100.000NV), Piauí

(90,58/100.000NV), Bahia (76,17/100.000NV), Ceara (63,34/100.000NV), Pernambuco (62,48/100.000NV) e Sergipe (61,58/100.000NV), e os que apresentaram RMM média foram: Alagoas (46,35/100.000NV), Paraíba (42,28/100.000NV) e Rio Grande do Norte (36,68/100.000NV). Nenhum estado apresentou RMM muito alta, mas também, nenhum alcançou RMM baixa, o que seria ideal, visto que o ideal é de até 20 óbitos por 100.000NV. (Fig. 1)

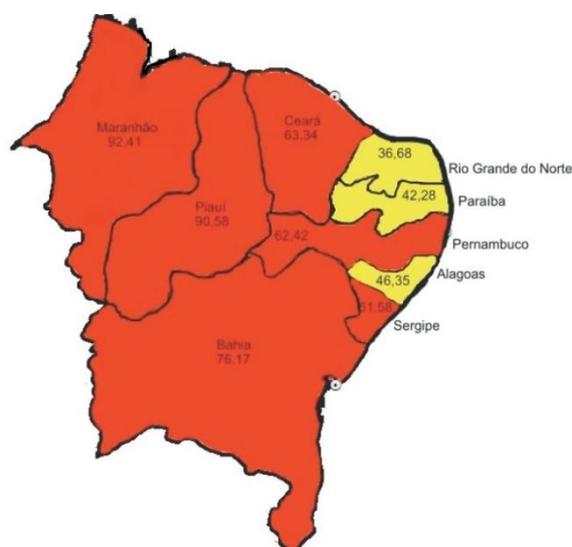
**Tabela 3.** Razão de Mortalidade Materna 2006-2010

UF	RMM					TOTAL
	2006	2007	2008	2009	2010	
Região Nordeste	2006	2007	2008	2009	2010	
Maranhão	83,77	99,75	94,30	84,11	102,87	92,41
Piauí	81,31	73,28	117,72	86,28	95,09	90,58
Ceará	67,39	62,76	50,03	66,21	70,63	63,34
Rio Grande do Norte	24,93	29,12	44,16	51,09	33,56	36,68
Paraíba	31,54	33,63	41,95	54,98	49,40	42,28
Pernambuco	61,59	65,69	66,80	62,05	55,64	62,42
Alagoas	48,68	43,54	46,49	34,25	59,07	46,35
Sergipe	37,77	36,31	65,61	102,53	67,61	61,58
Bahia	71,75	66,24	77,58	89,56	75,87	76,17
<b>Total</b>	<b>63,56</b>	<b>63,62</b>	<b>69,57</b>	<b>72,93</b>	<b>71,09</b>	<b>68,11</b>

**Fonte:** DATASUS- Ministério da Saúde

RMM: Razão de Mortalidade Materna

**Fig.01**



## 4 DISCURSSÃO

A população estimada da região nordeste, segundo dados do IBGE (2012), contabiliza um total de 47.741.711 milhões de habitantes. Desses, 24.741.797 milhões são mulheres, e desses 15.730.802 milhões são mulheres em idade fértil (10 á 49 anos).

Com vista nessa população, várias medidas são empregadas no intuito de amortizar a gravidez precoce, indesejada e/ou de risco, mas mesmo com tantas estratégias focadas na redução da mortalidade materna, a região nordeste do Brasil apresenta altos índices de óbitos maternos.

A RMM calculada para o período de 2006 a 2010 foi de 68,11/100,000NV, considerada muito elevada segundo parâmetro determinado pela ONU. Os estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco, Sergipe e Bahia foram superiores à RMM brasileira (54,3/100,000NV), e ainda superior ao estimado para a Região Nordeste (73,2/100,000NV) para os estados do Maranhão, Sergipe e Bahia, demonstrando grandes diferenças entre as regiões estudadas, em especial quando comparado os parâmetros encontrados entre Bahia e Rio Grande do Norte, por exemplo.<sup>6</sup>

Tal fato evidencia a necessidade de adoção de medidas específicas intensivas e focalizada de maneira que os serviços de saúde sejam oferecidos a todos, porém, prioritariamente para as regiões mais afetadas. Nos últimos anos, os esforços governamentais para a redução da MM têm sido ainda, insuficientes.

Na região do nordeste dependendo do Estado e localidade do mesmo, as mulheres não morrem somente pela falta de acesso aos serviços de pré-natal e planejamento familiar, mas também pela falta de qualidade na assistência prestada durante o parto, puerpério e no abortamento.

Com vistas para uma melhor assistência, o MS lançou em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Nessa mesma época, foi publicada uma portaria que objetivou melhorar a qualidade do pré-natal, afirmando a necessidade de classificação de risco gestacional e de garantir o

atendimento em unidades de referência para gestações de alto risco. E em 2003, o óbito materno passou a ser considerado evento de notificação compulsória.

A MM não só na região nordeste, mas no Brasil como um todo, aponta para a omissão e a falta de diligência do Estado, uma vez que a maior parte dessas mortes maternas ocorre por causas evitáveis. Diversos estudos realizados na região nordeste, apontam como as principais causas de óbitos maternos, as causas obstétricas diretas e, entre essas, o transtorno hipertensivo que ocupa o primeiro lugar. Tal complicação pode ser detectada, tão logo se inicie o pré-natal, seguida de infecção puerperal e complicações puerperais.<sup>6,14,4</sup>

A não realização do pré-natal e o número insuficientes de consultas, abaixo de seis, que é a quantidade mínima proposta pelo PHPN do MS e a falta do planejamento familiar, podem contribuir para desfechos desfavoráveis à gestante e/ou ao recém-nascido. Sabe-se que a redução da morbimortalidade materna, depende, em grande parte, da realização do pré-natal e da quantidade de atenção recebida na gravidez, parto e puerpério.

Conscientemente, o SUS constitucional assegura o direito ao acesso a serviços de qualidade, orientados pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Consideradas as vulnerabilidades que expõem a mulher à morte no período reprodutivo, essas qualidades ou características desejáveis dizem respeito a dimensões modelares que se inter-relacionam, incluindo a organização e gerenciamento de serviços e ações e aos cuidados de promoção, prevenção e cura para saúde reprodutiva.

As unidades terciárias são insuficientes, principalmente em algumas áreas da região nordeste, um estudo realizado no estado da Paraíba deixa claro que a região é marcada pela escassez nos recursos referentes à área de saúde. Os números de MM são preocupantes e grande parte ocorre nas classes desfavorecidas.<sup>15</sup> É importante ressaltar que a predominância das mortes ocorre no parto e que, em grande número deles, não há condições de sua predição. Outro estudo realizado no Ceará, apontou que a maior parte das mortes, ocorreu no período puerperal, havendo uma associação com transtorno hipertensivo. O período pós-parto traz consigo grandes alterações fisiopatológicas, incluindo o efeito da autotransfusão que

ocorre no puerpério imediato, após a expulsão da placenta, quando é estimado um retorno abrupto de 800 ml de sangue à circulação materna.<sup>16</sup>

Os serviços, portanto, têm que estar adequadamente bem estruturados para permitir que a vida materna seja protegida, seja com intervenções médica, imediatamente instituída, seja com um sistema de referência e contra-referência eficaz e atuante.

Mesmo que o MS publique que a redução de MM nos últimos anos - 1990 a 2010, um indicador que caiu pela metade de 141 para 68 óbitos por grupos de 100.000NV, os números ainda continuam elevados, e longe do previsto pela ONU. Outra questão importante para obtenção da RMM é saber se os dados oficiais nacionais possuem alta cobertura dos eventos vitais nos vários sistemas existentes, pois tanto o numerador, quanto o denominador, podem estar incorretos.

No nordeste, os dados sobre RMM não são dispostos no SIM, uma vez que não existe cobertura igual ou superior a 90% para o SIM e o SINASC, sendo disponíveis apenas nos Estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste (exceto Mato Grosso). Outro problema é que, esses sistemas de rotina, não são diretamente comunicáveis entre si, o que impossibilita a integração de informações parciais, originadas em cada sistema, num único arquivo.<sup>17</sup>

Estudos futuros poderão explorar melhor as situações de mortalidade materna na região nordeste. Além disso, o relacionamento de bancos de dados, relativamente novo no Brasil, implica em promissora perspectiva de se explorar conjuntamente as diversas fontes de informações em saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apontamos, a mortalidade materna continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil, em que se destaca a falta de determinação dos governos e de investimentos políticos e técnicos no seu enfrentamento.

Na região nordeste, foi possível identificar grandes disparidades entre os estados estudados, demonstrando duas alternativas para tal fato: a importância que os governantes tomam frente a esse problema; ou a falta de informações apuradas nos Sistemas de Informações, causando com isso, falha na contagem concreta dos dados.

O sistema de informações hospitalares do SUS (DATASUS) foi desenvolvido com a finalidade de avaliar o desempenho das unidades, não só com relação às taxas de internação e permanência, mas também de monitorar os índices de mortalidade dessas unidades, sendo essa uma importante ferramenta para identificação dos casos de mortalidade materna.

Outro grande problema são os sistemas SIM e SINASC que não se comunicam entre si, dificultando bastante a contagem dos óbitos maternos. Os dados obtidos pelo DATASUS demonstram falhas, uma vez que a razão de mortalidade materna da região nordeste não se encontra no sistema, pois esses estados não possuem a cobertura estabelecida, dificultando assim, a contabilização fidedigna dessas mortes.

Muitas estratégias e políticas têm sido desenvolvidas pelos governos na tentativa de solucionar esse constante problema, mas ainda em pleno século XXI, se observa a falta de efetividade dessas políticas propostas, visto que as mesmas existem, mas não existe nenhum modo de cobrança, portanto as metas estabelecidas pela ONU e OMS, continuam sendo um grande desafio.

A redução da mortalidade materna requer, além das questões aqui levantadas, uma emergente vontade política e educacional para investir nos serviços de saúde que prestam atendimento às mulheres. Caso contrário, pouco se poderá

fazer para mudar os atuais índices de mortalidade materna na região nordeste do Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. JÚNIOR, Carlos Augusto Alencar. **Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência**. 2009 Editorial. Pag.377-379.
2. REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais and CAETANO, Rosângela. **Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito**. Physis. 2011, vol.21, n.3, pp. 1139-1160. ISSN 0103-7331.
3. MANDÚ, Edir Nei Teixeira; ANTIQUEIRA, Valdete Marques Amaut; LANZA, Renata Agnes Cadó. **Mortalidade Materna: Implicações para o programa saúde da família**. Rev.enferm. UFRJ, 2009 17(2):278-84
4. LEITE, Régia Maria Batista et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011, vol.27, n.10, pp. 1977-1985. ISSN 0102-311X.
5. SAÚDE, MINISTÉRIO. Boletim 1/2012-**Mortalidade Materna no Brasil**. Disponível: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-\\_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil)>. Acesso em: 19/02/2013.
6. CORREIA, Rafaella Araújo; ARAUJO, Hallana Cristina; FURTADO, Betise Mery Alencar e BONFIM, Cristine. **Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006)**. Rev. bras. enferm. 2011, vol.64, n.1, pp. 91-97. ISSN 0034-7167.

7. PACTO PELA SAÚDE. Disponível em: <  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021)>. Acesso em: 01/03/2013
8. MANUAL DE AÇÕES DE INVESTIGAÇÕES DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOS. **O passo a passo da Vigilância ao óbito Materno.** 1º Edição – Pernambuco: Secretaria de Saúde de Pernambuco.
9. DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca and MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem.** Esc. Anna Nery. 2010, vol.14, n.1, pp. 177-181. ISSN 1414-8145.
10. DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031
11. VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
12. SAÚDE, Ministério; SAÚDE, Secretária de Vigilância. **Guia de Vigilância do Óbito Materno.** p.52, 1.ed. Brasília, 2009
13. Ministério da Saúde. Disponível em: <  
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 05/02/2013.
14. RIQUINHO, Deise Lisboa e CORREIA, Sandra Gomes. **Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal.** Rev. bras. enferm. 2006, vol.59, n.3, pp. 303-307. ISSN 0034-7167.

15. MARINHO, Ana Cristina da Nóbrega and PAES, Neir Antunes. **Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 732-738. ISSN 0080-6234.
16. HERCULANO, Marta Maria Soares et al. **Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 295-301. ISSN 0080-6234.
17. SOUSA, Maria Helena de; CECATTI, José Guilherme; HARDY, Ellen Elizabeth and SERRUYA, Suzanne Jacob. **Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde.** *Rev. Saúde Pública* .2007, vol.41, n.2, pp. 181-189. ISSN 0034-8910.
18. MANUAL DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA/Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.2.Ed-Brasília:Ministério da Saúde,2002.
19. MANUAL DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA/Ministério da Saúde, **Secretária de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.**2.Ed-Brasília:Ministério da Saúde,2002.