

## **OCORRÊNCIA DE MORTALIDADE MATERNA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA EM ALTO RISCO DE MACEIÓ-AL**

OCCURRENCE OF MATERNAL MORTALITY IN A HIGH-RISK PUBLIC MATERNITY OF MACEIÓ-AL REFERENCE

JOSÉ ALYSSON DO NASCIMENTO FRANÇA<sup>1</sup>

PATRÍCIA EMMANUELLE COSTA ACCIOLY<sup>2</sup>

ROBERTHA NUNES NASCIMENTO GALVÃO<sup>3</sup>

WBIRATAN DE LIMA SOUZA<sup>4</sup>

### **RESUMO**

A mortalidade materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 (quarenta e dois) dias posteriores ao término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez. Este estudo tem como objetivo descrever o perfil das ocorrências de mortalidade materna em uma instituição pública de saúde, referência de alto risco na cidade de Maceió-Alagoas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, descritivo, realizado através de dados concedidos pelo sistema de informação da Maternidade Escola Santa Mônica - MESM, referente às seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, trimestre da gestação, residência, Classificação Internacional da Doença - CID, causa do óbito. Evidenciou-se que, diante dos 13 casos de mortes maternas ocorridas no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, a causa de doenças cardiovasculares foi a mais incidente; por Classificação Internacional das Doenças as hemorragias obstétricas (CID: O.720); faixa etária entre 10 a 20 anos a mais frequente, sendo as idades de 17, 18 e 19 anos as mais ocorrentes, 02 casos de 17 anos, 01 caso de 18 anos e 02 casos de 19 anos; referente ao trimestre de gestação, o mais frequente foi o terceiro trimestre com (11 casos), seguido do segundo trimestre com (2 casos), estado civil o mais frequente foi solteira com (07 casos), seguido de união estável com (4 casos) e casada com (2 casos); referente a cor/raça, mais frequente foi a cor negra (06 casos), seguido de parda com (5 casos),

branca com (1 caso) e indígena com (1 caso), referente ao grau de escolaridade, o mais frequente foi 1º grau com (9 casos), seguido do 2º grau com (4 casos), referente ao município de residência o mais incidente em Maceió (03 casos), seguido de Coruripe com (2 casos), os demais municípios tiveram (1 caso). No que se refere aos cuidados éticos, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a). Diante dos pressupostos, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, visto que não se enquadra nas indicações de submissão, pois os dados não são primários e não foram feitos contatos com seres humanos, apenas com dados secundários fornecidos pela instituição. A partir desses dados, foram analisados por estatística descritiva, sendo agrupados e dispostos em gráficos, quadros e tabelas com frequências absolutas e relativas visando atender os objetivos do estudo. Conclui-se que a mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública que atinge os países em desenvolvimento, e em especial as mulheres de classe social menos favorecida. Por isso, para redução da mortalidade materna, necessita-se de elaboração, avaliação e monitoramento de políticas públicas eficazes voltadas para a saúde da mulher, principalmente o envolvimento da tríade em saúde: gestão, profissionais de saúde e usuárias, em todos os níveis de atenção em saúde.

**DESCRITORES:** Gravidez. Mortalidade materna. Fatores de riscos.

## **ABSTRACT**

Maternal mortality is defined by the World Health Organization (WHO) as the death of a woman during pregnancy or in the period of 42 (fortytwo) days after the end of gestation, regardless of the duration or location of the pregnancy. This study aims to describe the profile of maternal mortality in a public health institution, a high-risk reference in the city of Maceió-Alagoas, from January 2015 to December 2017. It is an epidemiological study of the type, ecological, descriptive, performed through data provided by the Santa Mônica School Maternity Information System - MESM, regarding the following variables: age, marital status, color / race, schooling, gestational trimester, ICD, cause of death. It was evidenced that in the 13 cases of maternal deaths occurred in the period from January 2015 to December 2017, the cause of cardiovascular diseases was the most incident; by International Classification of Diseases obstetric hemorrhages (ICD: O.720); age range of 10 to 20 years, the most frequent being 17, 18 and 19 years of age, 02 cases of 17 years, 01 case of 18

year sand 02 cases of 19 years; (11 cases), followed by these cond trimester (2 cases), civil status was the most frequent(7 cases), followed by stable union with (4 cases ) and married to (2 cases); (6 cases), followed by brown (5 cases), white (1 case) and indigenous (1 case), referring to the level of schooling, the most frequent was 1 (9 cases), followed by these conddegree with (4 cases), referring to the municipality of residence the most incident in Maceió (03 cases), followed by Coruripe with (2 cases), the other municipalities had (1 case)

Regardingethicalcare, theguidelinesandnormsregulatingresearchinvolvinghumanbeingsoftheNational Health Councilwererespected in accordancewithResolution No. 466 ofDecember 12, 2012 (BRAZIL, 2012).

In viewoftheassumptions, thestudywasnotsubmittedtotheEthicsandResearchCommittee - CEP, since it does notfitthesubmissionindications, sincethe data are notprimaryandtherewere no contactswithhumans, onlywithsecondary data providedbythe. Fromthese data, theywereanalyzedbydescriptivestatistics, beinggroupedandarranged in charts, tablesandtableswithabsoluteandrelativefrequenciesaimingtomeettheobjectivesofthestudy. It isconcludedthat maternal mortalityis still a publichealthproblem affectingdeveloping countries, andespeciallywomenoflower social class. Therefore, in ordertoreduce maternal mortality, it isnecessarytoelaborate, evaluateand monitor effectivepublic policies focusedonwomen'shealth, especiallytheinvolvementofthetriad in health: management, healthprofessionalsandusersatalllevelsofhealthcare. Cheers.

**DESCRIPTORS:**Pregnancy. Maternal mortality. Risk factors.

<sup>1</sup> Concluinte do Curso de Graduação em Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT (Campus Maceió – Alagoas). E-mail: Alysson\_nf@hotmail.com;

<sup>2</sup> Concluinte do Curso de Graduação em Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT (Campus Maceió – Alagoas). E-mail: patriciaaccioly22@yahoo.com.br;

<sup>3</sup> Concluinte do Curso de Graduação em Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT (Campus Maceió – Alagoas). E-mail: roberthanunesg@hotmail.com;

<sup>4</sup> Graduação em Enfermagem pelo Centro de Estudos Superior de Maceió – CESMAC. Mestre em Enfermagem – UFF. Especialista em: Emergência Geral – UNCISAL (modalidade residência), Enfermagem do Trabalho – IBPEX, Saúde Pública – CEAP, Obstetrícia – FIP, Dermatologia – FIP, Pediatria e Neonatologia – FIP. Exerce cargo de Professor Adjunto I do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. Presidente da Comissão de Gerenciamento das Câmaras Técnicas do COREN – Alagoas. Plantonista no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly (HEDH- Arapiraca), Proprietário da Clínica Integrada de Curativos – ENFIMED. E-mail: wbiratansouza@yahoo.com.br.

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 (quarenta e dois) dias posteriores ao término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, proveniente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez

e por condutas adotadas em relação ao estado gravídico, excluindo-se as causas acidentais ou incidentais (SILVA et al.,2016).

No período de 1990 a 2015, ocorreu uma atenuação na razão de mortalidade materna no Brasil, sendo assim, houve uma diminuição de 143 (cento e quarenta e três) para 62 (sessenta e dois) óbitos maternos por 100 (cem) mil nascidos vivos, onde representa uma redução de 56% (cinquenta e seis por cento). Portanto, esta redução tem sido reconhecida pela OMS, considerando evoluções significativas, desde a década de 90 (noventa), principalmente relacionada à implantação das políticas públicas de saúde direcionadas à saúde da mulher (BRASIL, 2018b).

O monitoramento da morbidade materna grave, também conhecida como *near miss*, um fenômeno de quase morte ocasionado por complicações graves oriundas da gestação, parto ou puerpério, é utilizado como indicador em diversos países no mundo. Tal fenômeno é concebido como uma ferramenta preventiva da morbimortalidade materna, visto que esse monitoramento permite identificar as causas que podem resultar em mortes maternas, servindo como uma estratégia indispensável para a sua redução (SILVA et al.,2016).

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, no ano de 2016 (DATASUS, 2016), ocorreram, no Brasil, 1.670 (mil, seiscentos e setenta) óbitos maternos, destes 538 (quinhentos e trinta e oito) na região nordeste, 223 (duzentos e vinte e três) na região norte, 605 (seiscentos e cinco) na região sudeste, 157 (cento e cinquenta e sete) na região sul e 147 (cento e quarenta e sete) na região centro-oeste.

Nesse contexto, enfatiza-se que a mortalidade materna ainda constitui um problema de saúde pública e uma grave violação do direito humano à saúde, ocorrendo, sobretudo, nos países menos desenvolvidos e em suas regiões mais esquecidas pelo Poder Público, tendo como alvo principal as mulheres de baixo poder aquisitivo e de baixa escolaridade, evidenciando, com clareza, os laços estruturais entre corpo feminino e a sociedade, como fato sociológico de grande relevância.

É diante desse quadro fático preocupante para a sociedade, inclusive para os profissionais de saúde, que nasceu a necessidade do presente estudo científico, o qual considera como problemática dessa pesquisa: qual o perfil das ocorrências de mortalidade materna em uma instituição pública de referência em alto risco da cidade de Maceió-Alagoas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017?

Este estudo justifica-se pela necessidade de informações acerca do perfil das ocorrências da mortalidade materna em Maceió-Alagoas, a partir de informações concedidas pela maternidade de referência no Estado, conhecida por fazer parte da rede de atenção à saúde no âmbito do alto risco. A partir desses dados, poderão ser elaboradas como subsídios para discussões e elaboração de estratégias da prevenção e redução dessa mortalidade.

A relevância desse trabalho concentra-se na imprescindibilidade de os profissionais de saúde adotarem uma postura de educadores que compartilham conhecimentos científicos, desenvolvendo ações de educação em saúde e não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas também para contribuição a manutenção ou a recuperação do estado de saúde da mulher.

Vale ressaltar, ainda, que esses dados podem ser compartilhados pela tríade: usuários, profissionais e gestão, visando unificar propostas e consonâncias de opiniões baseadas em informações técnicas e científicas.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo: descrever o perfil das ocorrências de mortalidade materna em uma instituição pública de saúde, referência de alto risco na cidade de Maceió-Alagoas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa refere-se a um estudo epidemiológico do tipo ecológico, descritivo. Os estudos epidemiológicos são estudos da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações específicas (RAMOS et al., 2016).

Quanto ao estudo ecológico, o mesmo é caracterizado como um estudo cuja a informação analisada e obtida por meio de nível agregado, tendo como unidade de análise: um grupo de pessoas ou uma população de uma área geográfica definida. (SILVA; COELHO, 2016).

O desenho de pesquisa utilizado engloba o tipo descritivo, pois apresenta características que observa, registra, analisa e correlaciona variáveis. Desta forma, procura-se descobrir a frequência com que a variável ocorre, sua relação e ligação com outras, sua natureza e característica, procurando elementos que permitam a comprovação das hipóteses. (POLIT; BECK, 2011)

O estudo teve como cenário para fonte de coleta de informações a Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), instituição pública e de referência do Estado, localizada na Av. Comendador Leão, S/N - Poço, Maceió - AL, CEP: 57025-000.

Em relação aos procedimentos metodológicos usados para concessão dos dados do estudo, foram seguidas três etapas: 1) solicitação formal direcionada ao responsável pelo setor de Gerência Docente Assistencial da Maternidade Escola Santa Mônica - MESM para posterior emissão de autorização de termo e disponibilização dos dados referente ao estudo; 2) disponibilização dos dados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM); e 3) análise das informações concedidas pelos responsáveis do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM).

As informações foram concedidas em outubro e analisadas nos meses de outubro e novembro do corrente ano, após a disponibilização dos dados pertinentes à temática pela instituição (cenário do estudo), referente às ocorrências de mortalidade materna em uma maternidade de referência em alto risco, situada na cidade de Maceió-Alagoas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, sendo estes dados do estudo considerados secundários, concedidos pelo sistema de informação da instituição, com as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, trimestre da gestação, residência, Classificação Internacional da Doença – CID e causas do óbito.

No que se refere aos cuidados éticos, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Diante dos pressupostos, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, visto que não se enquadra nas indicações de submissão, pois os dados não são primários e não foram feitos contatos com seres humanos, apenas com dados secundários fornecidos pela instituição.

A partir desses dados, foram analisados por estatística descritiva, sendo agrupados e dispostos em gráficos, quadros e tabelas com frequências absolutas e relativas, visando atender os objetivos do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou uma frequência total de 13 (100%) óbitos maternos, em uma maternidade de referência na cidade de Maceió – Alagoas, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017, sendo 4 (óbitos) em 2015, 4 (óbitos) em 2016 e 5 (óbitos) em 2017. Conforme mostra a tabela 1, a seguir:

**Tabela 1 – Ocorrência dos óbitos maternos no período de 2015 a 2017.**

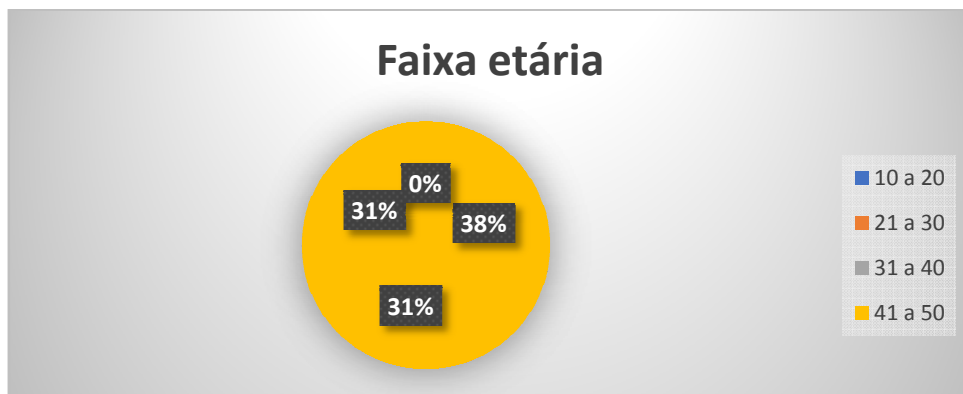
| VARIÁVEL            | 2015 |     | 2016 |                             | 2017             |     |
|---------------------|------|-----|------|-----------------------------|------------------|-----|
|                     | Nº   | %   | Nº   | %                           | Nº               | %   |
| TOTAL DE ÓBITOS/ANO | 4    | 31% | 4    | 31%                         | 5                | 38% |
|                     |      |     |      | <b>TOTAL<br/>2015 -2017</b> | <b>13 (100%)</b> |     |

**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM, 2018).**

A partir disso, foram elaboradas as seguintes categorias de discussão, visando atender o objetivo do estudo de descrever o perfil das ocorrências de mortalidade materna em uma instituição pública de saúde, referência em alto risco na cidade de Maceió-Alagoas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, como: causa do óbito materno, Classificação Internacional da Doença - CID, idade, gestante (descrever o trimestre do óbito), raça, estado civil, escolaridade e município de residência.

No gráfico 1, temos como referência a distribuição da idade da morte materna, no entanto, neste estudo, o dado foi disposto por faixa etária. Foram subdivididos em grupos de 10 em 10 anos, a partir da idade mínima da primeira menarca que é em torno de 10 anos, visto que há uma possibilidade de engravidar; até a idade máxima 50 anos, que é a média que a menopausa ocorre entre as mulheres (BRASIL, 2012).

**Gráfico 1 – Distribuição por faixa etária dos óbitos maternos no período de 2015 a 2017.**



**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM, 2018).**

Dentre as idades estudadas, a média foi de 17 a 38 anos. Observou-se que a faixa etária que obteve o maior número de óbitos maternos foi a faixa de 10 a 20 (38%), sendo que a relação média da faixa etária com o maior índice é em jovens entre 17 a 19 anos, com 05 casos contabilizados na faixa etária do estudo de 10 a 20 anos.

Segundo Martins et al., (2017) um das justificativas dos casos de mortalidade materna estão atreladas a falhas durante a assistência ao pré-natal, no âmbito da qualidade da assistência à mulher ou a não procura da usuária aos serviços de saúde, desde o início da descoberta ou diagnóstico da gravidez, permitindo que a identificação precoce das doenças e as intervenções cabíveis sejam realizadas tardiamente ou mesmo não efetivadas, contribuindo, de forma direta, para o aumento de fatores de riscos de complicações, sequelas e até óbito materno, principalmente em mulheres jovens.



Já Oliveira et al., (2017) aponta que, devido o novo papel da mulher na sociedade, cada vez mais é comum adiar a maternidade, ressaltando que após os 35 anos é considerado uma gestação de alto risco, levando o aumento de vulnerabilidade do surgimento de doença ou até a morte.

Para categoria da variável de distribuição por estado civil, conforme mostra na tabela 2 abaixo, dentro das opções existentes no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE: solteira, casada, união estável, separada, divorciada e viúva. No ano de 2015, foi visto que cerca de 50% (2 casos) eram de solteira e 50% (2 casos) era união estável e nenhum se enquadrava para casada, separada, divorciada, viúva. No ano de 2016, há uma grande prevalência de solteira com 75% (3 casos) para 25% (1 caso) casada e 0% (0 casos) para demais categorias. Já no ano de 2017, houve uma semelhança entre solteira 40% (2 casos), união estável 40% (2 casos) e apenas 20% (1 caso) para casada, além de nenhum caso para as demais categorias.

**Tabela 2 – Distribuição por Estado Civil de 2015 a 2017.**

| VARIÁVEL      | 2015 |     | 2016 |     | 2017 |     | Total |
|---------------|------|-----|------|-----|------|-----|-------|
|               | Nº   | %   | Nº   | %   | Nº   | %   |       |
| SOLTEIRA      | 2    | 50% | 3    | 75% | 2    | 40% | 7     |
| CASADA        | 0    | 0%  | 1    | 25% | 1    | 20% | 2     |
| UNIÃO ESTAVEL | 2    | 50% | 0    | 0%  | 2    | 40% | 4     |
| SEPARADA      | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 0     |
| DIVOCIADA     | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 0     |
| VIÚVA         | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 0     |

**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM, 2018).**

No período de 2015 a 2017, sobressai a categoria de solteira com a maior prevalência entre as outras classes, isso evidencia cada vez mais mulheres que não têm apoio do genitor, aumentando o número de reprodução independente.

Vale ressaltar que vêm ocorrendo mudanças na configuração familiar, onde a mãe assume um cargo de progenitor responsável, em que a maior referência é a mulher, que são consideradas as famílias de mães solteiras, realçando o laço entre mães e filhos sem a presença de uma relação conjugal, constituindo o significado de um novo conceito de sistema familiar (FOSSA, 2015).

Quanto à categoria de distribuição por cor e etnia, apresentou-se da seguinte forma: branca, negra, parda e indígena, de acordo com o sistema da instituição, como mostra na tabela 3, abaixo.

**Tabela 3– Distribuição por cor/ raça de 2015 a 2017.**

|          | 2015    | 2016    | 2017    | Total  |
|----------|---------|---------|---------|--------|
| PARDA    | 1 (25%) | 2 (50%) | 2(40%)  | 5(38%) |
| NEGRA    | 2 (50%) | 2(50%)  | 2 (40%) | 6(46%) |
| BRANCA   | 1 (25%) | 0(0%)   | 0 (0%)  | 1(8%)  |
| INDÍGINA | 0 (0%)  | 0(0%)   | 1(20%)  | 1(8%)  |

**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM, 2018).**

Com isso, tem-se os seguintes resultados por números de casos, branca 1 (25%) em 2015, negra 2 (50%) em 2015, 2 (50%) em 2016 e 2 (40%) em 2017, parda 1 (25%) em 2015, 2 (50%) em 2016 e 2 (40%) em 2017 e indígenas 1 (20%) em 2017.

O número de mulheres negras que vão a óbito é superior às brancas, visto que a sua vulnerabilidade está diretamente ligada à sua condição social e fatores de riscos, onde a raça negra está mais vulnerável às doenças cardiovasculares decorrentes principalmente por problemas hipertensivos. Segundo Coelho (2016), as baixas condições socioeconômicas, o pouco acesso à educação de qualidade, a reduzida inserção nos serviços de saúde e o conhecimento precário em relação à adoção de práticas contraceptivas são alguns aspectos que podem estar associados à maior exposição das mulheres negras à mortalidade materna.

No geral, de acordo com a tabela 4, foi visto uma categoria de grau de escolaridade, onde foi utilizada as variáveis 1º grau (1º ao 9º ano do fundamental), 2º grau (1º ao 3º ano do ensino médio) e 3º grau (ensino superior).

**Tabela 4- Escolaridade 2015a 2017.**

| Grau de escolaridade | Nº / %  | 2015     | 2016    | 2017    |
|----------------------|---------|----------|---------|---------|
| 1º grau              | 9 (69%) | 4 (100%) | 2 (50%) | 3 (75%) |
| 2º grau              | 4 (31%) | 0 (0%)   | 2 (50%) | 2 (25%) |
| 3º grau              | 0 (0%)  | 0 (0%)   | 0 (0%)  | 0 (0%)  |

**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM, 2018).**

Na variável grau de escolaridade, observou-se que 9 (69%) das 13 (100%) mulheres apresentaram apenas o 1º grau (1º ao 9º ano), com o índice mais alto no ano de 2015. Entretanto, nota-se que nenhuma possui o 3º grau (ensino superior).

Neste estudo, as mulheres que foram a óbito possuíam baixo nível de escolaridade, 09 casos (69%). Sendo assim, entende-se que a escolaridade é um indicador importante para a mortalidade materna, visto que, as mulheres com menor grau de escolaridade apresentam dificuldades de compreensão durante as consultas de pré-natal, levando as implicações e adversidades na gestação, parto e o puerpério, não reconhecendo e identificando fatores de riscos de vulnerabilidade ao óbito.

Em consonância com isso, Mascarenhas et al., (2017) destaca que a escolaridade é um fator importante que deve ter atenção na assistência à mulher, pois o modo e nível de linguagem que tem o repasse das informações por parte dos profissionais durante o pré-natal, visto a baixa escolaridade, interfere diretamente no entendimento, tornando-as mais vulneráveis.

### Gráfico2- Trimestre da Gestação.

| Trimestre da gestação | Nº | 2015 |      | 2016 |      | 2017 |      |
|-----------------------|----|------|------|------|------|------|------|
|                       |    | %    | %    | %    | %    |      |      |
| 1º Trimestre          | 0  | 0%   | 0%   | 0    | 0%   | 0    | 0%   |
| 2º Trimestre          | 2  | 15%  | 50%  | 0    | 0%   | 0    | 0%   |
| 3º Trimestre          | 11 | 85%  | 50%  | 4    | 100% | 5    | 100% |
| Total                 | 13 | 100% | 100% | 4    | 100% | 5    | 100% |

**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica(NHEP/MESM, 2018).**

No gráfico acima, observamos que a maioria dos óbitos maternos ocorreram no terceiro trimestre, segundo o período do estudo (2015 a 2017), 85% dos óbitos no terceiro trimestre, seguido de 15% no segundo trimestre e 0% no primeiro trimestre de gestação.

O Ministério da Saúde no Caderno da Atenção Básica Nº 32 sobre Assistência ao Pré-Natal descreve que a gestação tem em média 280 dias, e é dividida em três trimestres, 1º trimestre (concepção até 12ª semana), 2º trimestre (13ª a 27ª semana) e 3º trimestre (28ª semana até a 41ª semana, em média, ou o parto) (BRASIL, 2012).

De acordo com Viana et al., (2011) o terceiro trimestre da gravidez, é considerado o período de risco aumentado para as complicações, havendo, desta forma, necessidade de uma vigilância mais assídua, com redução do intervalo entre as consultas, mesmo em gestações de baixo risco e independentemente das condições fetais.

Por isso que o Ministério da Saúde também orienta aos profissionais de saúde a observarem o calendário de agendamento de consultas, sendo até a 28ª semana de gestação, consultas mensais, até a 36ª semana quinzenal e, posteriormente, semanal, buscando garantir até o final da gravidez a realização no mínimo de 6 consultas de assistência ao Pré-Natal (PN), considerando, dessa forma, que a mulher foi assistida em um PN de qualidade.

Na tabela 5, traz como referência a caracterização da distribuição espacial dos municípios de residência das mulheres que foram a óbito no período de 2015 a 2017, na Maternidade Escola Santa Mônica – MESM.

Logo, observou-se que no ano de 2015 os municípios de Maceió (25%), São José da Laje (25%), Arapiraca (25%) e Anadia (25%), seguido do ano de 2016 Paulo Jacinto (25%), Coruripe (25%), Penedo (25%) e Maragogi (25%), já no ano de 2017 Maceió (40%), Coruripe (25%), São Luís do Quitunde (25%) e Matriz do Camaragibe (25%).

Acredita-se que a concentração seja maior no município de Maceió - Alagoas, visto que é a cidade com maior número de habitantes, aproximadamente 1.012.382, e onde está localizada a maternidade que é referência no Estado. Porém, é de suma importância investigar se existem correlações entre o espaço e território, em relação ao óbito das mulheres de municípios vizinhos e do interior do estado de Alagoas, visto que não serem conhecidos os reais motivos de tais ocorrências, sendo possível: demora no atendimento, se tinha transporte adequado para a transferência para cidade de Maceió, onde fica localizada a maternidade.

**Tabela 5 – Distribuição por cidade de residência em Alagoas, dos municípios de 2015 – 2017.**

| VARIÁVEL             | 2015 |      | 2016 |      | 2017 | Total |
|----------------------|------|------|------|------|------|-------|
|                      | Nº   | %    | Nº   | %    | Nº   | %     |
| MACEIÓ               | 1    | 25%  | 0    | 0%   | 2    | 40%   |
| SÃO JOSÉ DA LAJE     | 1    | 25%  | 0    | 0%   | 0    | 0%    |
| ARAPIRACA            | 1    | 25%  | 0    | 0%   | 0    | 0%    |
| ANADIA               | 1    | 25%  | 0    | 0%   | 0    | 0%    |
| PAULO JACINTO        | 0    | 0%   | 1    | 25%  | 0    | 0%    |
| CORURIBE             | 0    | 0%   | 1    | 25%  | 1    | 20%   |
| PENEDO               | 0    | 0%   | 1    | 25%  | 0    | 0%    |
| MARAGOGI             | 0    | 0%   | 1    | 25%  | 0    | 0%    |
| SÃO LUIS DO QUITUNDE | 0    | 0%   | 0    | 0%   | 1    | 20%   |
| MATRIZ DE CAMARAGIBE | 0    | 0%   | 0    | 0%   | 1    | 20%   |
| TOTAL                | 4    | 100% | 4    | 100% | 5    | 100%  |

Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica(NHEP/MESM, 2018).

O Estado de Alagoas possui 102 municípios, dividido em 02 macrorregiões, com uma estimativa, segundo levantamento do IBGE em 2018, de 3.000.000 habitantes, conforme mostra a figura 1.

**Figura 1 – Regiões de Saúde de Alagoas em Macrorregiões.**



Fonte: SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Alagoas, 2018.

Para notificação internacional de óbitos de mulheres no ciclo grávido-puerperal, padronizou-se a utilização da razão de mortalidade materna. A declaração de óbito, instrumento utilizado na obtenção de dados sobre mortes maternas, é o documento oficial que atesta a morte de uma pessoa, cumpre as exigências legais de registros dos óbitos e é fonte de dados para estatísticas sanitárias. É especialmente importante no que se refere à vigilância epidemiológica da morte materna, servindo como ponto de partida para investigações (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013).

É importante salientar a necessidade de o sistema de informações ser alimentado de forma correta e constante, pois esses dados podem ser imprescindíveis para elaboração de estratégias e indicadores institucionais e de políticas públicas. Por isso, acredita-se neste estudo a possibilidade de subnotificação.

Para a distribuição das causas da mortalidade materna, foram observados através da Classificação Internacional de Doenças (CID), traduzida do inglês International Classification of Diseases (ICD), como mostra o quadro 5 a seguir.

**Tabela 6 – Distribuição por CID 2015a 2017.**

| <b>CID – 2015 a 2107</b>   | <b>Quantidade</b> |
|--|-------------------|
| CID G406 Crise de grande mal, não especificado.  | 1                 |
| CID O998 Outras doenças e afecções específicas, complicando a gravidez, parto e puerpério.               | 1                 |
| CID 0862 Infecção das vias urinárias subsequentes ao parto.  | 1                 |
| CID O751 Choque obstétrico (choque durante ou subsequente ao trabalho de parto).                         | 1                 |
| CID A94 Febre viral transmitida por artrópodes, não especificada.  | 1                 |
| CID O030 Aborto espontâneo- incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos. | 1                 |
| CID O995 Doença do aparelho respiratório, complicando a gravidez ou puerpério.                           | 1                 |
| CID O459 Deslocamento prematuro da placenta não especificado.  | 1                 |
| CID O720 Hemorragia do 3º estágio (placenta retida, SOE).  | 1                 |
| CID O980 Tuberculose, complicando a gravidez, parto ou puerpério.  | 1                 |
| CID O13 Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez), sem  | 1                 |

|   |   |
|---|---|
| proteínúria significativa.  |   |
| CID O996 Doença do aparelho digestivo, complicando a gravidez, parto ou puerpério.    | 1 |
| CID O994 Doença do aparelho circulatório, complicando a gravidez, parto ou puerpério. | 1 |

**Fonte: Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica (NHEP/MESM, 2018).**

Evidenciou-se que ocorreram 13 diferentes tipos de causas de óbitos maternos no período do estudo, sendo agrupadas em causas cardiocirculatórias (choque hemorrágico obstétrico, eclampsia, hipertensão gestacional, hemorragia do 3º estágio, deslocamento prematuro da placenta e doença do aparelho circulatório), infecções (infecção das vias urinárias e abortamento infectado), afecções respiratórias (doença do aparelho respiratório e tuberculose), afecções do aparelho digestivo (doença do aparelho digestivo) e outras doenças e afecções específicas.

Entretanto, podem ser agrupados ainda óbitos por causas diretas e indiretas.

As causas diretas são as síndromes hipertensivas, hemorragias pós-parto, infecção puerperal e abortamento) e indiretas são as que não estão diretamente relacionadas a estas.

As causas obstétricas diretas estão relacionadas às complicações na gravidez, no parto ou puerpério, em razão de tratamento inadequado, más práticas e omissões. As indiretas são as que resultam de doenças que já existiam antes da gestação ou de uma patologia que se desenvolveu durante a gravidez, sem uma relação com causas obstétricas diretas, mas que se agravaram pelas condições fisiológicas específicas de uma gestação (MARTINS; SILVA, 2017).

Síndromes hipertensivas, ocorrem em período gestacional, acometem cerca de 6% a 8% e classificam-se em: hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, eclampsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional, sendo esta última a forma mais frequente. Além disso, obesidade, diabetes, doença renal, gravidez múltipla, primariedade e antecedentes pessoais ou familiares são alguns dos fatores que aumentam o risco do desenvolvimento das síndromes hipertensivas gestacionais (ZANATELLI et al., 2016).

A hemorragia pós-parto é o excesso da perda de sangue associado com o trabalho de parto ou nascimento da criança. Definida como perda de sangue maior que 500ml (quinhentos mililitros) ou como uma quantidade que afeta adversamente a fisiologia materna, como a pressão sanguínea e o hematócrito, a hemorragia pós-parto é dividida em duas categorias: imediata (até 24 horas após o nascimento da criança) ou tardia (24 horas após o parto). A morte materna associada à hemorragia pós-parto é frequente nos países em desenvolvimento, nos quais as mulheres estão mais expostas a riscos e a condições econômicas desfavoráveis (MARTINS et al., 2013).

Entende-se por Infecção puerperal qualquer infecção do trato genital ocorrida durante o puerpério. Entre outras manifestações, a paciente pode apresentar a febre puerperal, conceituada por temperatura axilar maior ou igual a 38° C (trinta e oito graus Celsius), manifestada após 24 (vinte e quatro) horas do parto com duração mínima de 02 (dois) dias. Por isso e considerando a finalidade da vigilância epidemiológica das IRAS, a definição dos critérios diagnósticos se diferencia de acordo com a via de parto (BRASIL, 2017).

O abortamento é a interrupção onde se tem a remoção/expulsão de um feto em sua gestação, até sua vigésima semana ou com o conceito pesando menos de 500 gramas, podendo ser classificada quanto à idade gestacional (precoce ou tardia); ao tipo espontâneo ou provocado; ao grau de eliminação completo ou incompleto; à situação clínica evitável ou inevitável. Sendo o mesmo realizado de maneira insegura para as mulheres, principalmente em função às restrições legais impostas pela lei (ARAUJO; ANDRADE, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, restou comprovado que a subnotificação compromete uma melhor avaliação sobre as causas da mortalidade materna numa instituição pública de saúde, referência de alto risco na cidade de Maceió-Alagoas, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.



Todavia, foi possível concluir que a mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública que atinge os países em desenvolvimento, e em especial as mulheres de classe social menos favorecida. Por isso, para que haja uma redução significativa da mortalidade materna faz-se necessária a elaboração, a avaliação e o monitoramento constante de políticas públicas eficazes voltadas para a saúde da mulher, e principalmente o envolvimento da tríade em saúde: gestão, profissionais de saúde e usuárias em todos os níveis de atenção em saúde.

Restou comprovado, também, que as mortes maternas são provocadas por causas evitáveis, visto que a maioria são por causas diretas (primárias), por isso, as ações de fortalecimento das ações em saúde, desde a atenção básica, precisam ser articuladas e existir a gestão participativa dos envolvidos, para que juntos possam elaborar estratégias que realmente consigam atingir impactos nesta redução de mortalidade materna, principalmente nas ações de prevenção e promoção da saúde, bem como no diagnóstico precoce, tratamento adequado em serviços de referência equipados e com profissionais de saúde qualificados para atendimento em pacientes críticos, reconhecendo e prevenindo dessa forma ocorrências de morte materna.

Frise-se, ainda, que a baixa escolaridade e a faixa etária de mulheres mais jovens são as principais variáveis que potencializam a ocorrência de mortalidade materna na instituição pública de saúde objeto da presente pesquisa, por ser local de referência de alto risco na cidade de Maceió, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017.

Desta forma, um acompanhamento de pré-natal adequado, ajuda a detectar, precocemente, os fatores de riscos para a mulher, bem como uma articulação de rede de referenciamento e/ou encaminhamento nas redes de atenção em saúde, principalmente no Sistema Único de Saúde – SUS, visando garantir a efetividade dos princípios norteadores da universalidade, equidade e integralidade.

Diante do exposto, deixamos o ensejo para novas pesquisas sobre a temática, visando ampliar subsídios que possam evidenciar quais as causas e perfil das mortes maternas no estado, que possam proporcionar evidências científicas capazes de contribuir para construção de políticas públicas e diretrizes para redução deste cenário vivenciado, consubstanciado em mortes passíveis e previsíveis de acontecer, mas evitáveis.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. M.; ANDRADE, V. S. Q. B. Mortalidade materna por abortamento: um estudo bibliográfico. **Revista Interdisciplinar**. v. 10, n. 3, p. 125-131, jul. ago. set. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**, 2018. Disponível em: [portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna](http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna). Acessado em: 27 de novembro de 2018.

COELHO, V. C.; ANDRADE, N. S.; SENA, C. D.; COSTA, L. E. L.; BITTENCOURT, I. S. Caracterização dos óbitos maternos em três regiões de saúde do centro-norte baiano. **CogitareEnferm**. 2016, v. 21, n. 1, p. 1-8. Jan/Mar 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. Informações de Saúde, Estatísticas Vitais: banco de dados, 2016.

FOSSA, A. M.; LINO, C. M.; MACHADO R. A.; ROCHA, M. C. P.; HORIBE, P. M. A experiência da enfermeira durante a assistência à gestante no parto humanizado. **SAÚDE REV.** Piracicaba, v. 15, n. 40, p. 25-36, abr.-ago. 2015.

GIL, M.M.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Revista brasileira de enfermagem**, vol. 66, no. 3 Brasília maio/jun. 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estatísticas do registro civil, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/91110-estatisticas-do-registro-civil>. Acessado em 27 de novembro de 2018.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev. Bras. Enferm.** vol.71 supl.1 Brasília 2017.

MARTINS, H. E. L.; SOUZA, M. L.; ARZUAGA-SALAZAR, M. A. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2013; 47(5):1025-30.

MASCARENHAS, P. M.; SILVA, G. R.; REIS, T. T.; CASOTTI, C. A.; NERY, A. A. Análise da mortalidade materna. **Revista de enfermagem UFPE OnLine.** Recife, 11(Supl. 11):4653-62, nov., 2017.

OLIVEIRA, G. S.; PAIXÃO, G. P. N.; FRAGA, C. D. S.; SANTOS, M. K. R.; ANDRADE, M. C. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **RevCuid.** 2017; 8(2): 1582-90.

POLIT, DF; BECK, CT. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011.

RAMOS, F. L.P.; HORA, A. L.; SOUZA, C. T. V.; PEREIRA, L. O.; HORA, D. L. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. ESP, p. 221-229, 2016.

SILVA, Olímpio Carneiro; COELHO, Petrônio Alves. Estudo Ecológico da Barra das Jangadas (Nota Prévia). **TROPICAL OCEANOGRAPHY**, v. 2, n. 1, 2016.

SILVA, B. G. C.; LIMA, N. P.; SILVA, S. G.; ANTÚNEZ, S. F.; SEERIG, L. M.; RESTREPO-MÉNDEZ, M.C.; WEHRMEISTER, F. C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de epidemiologia**, Jul-Set 2016a.

SILVA, T. C.; VARELA, P. L. R.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Morbidade materna grave identificada no sistema de informações hospitalares no sistema único de saúde, no estado do Paraná, 2010. **Epidemiologia e serviços de saúde**, vol. 25, n.3, Brasília jul./ set. 2016b.

SOARES, J. C. S.; CAVALCANTE, A. L.; SANTOS, L. G. M. L.; FRANÇA, A. M. B.; JUNIOR, A. F. S. X. Óbitos maternos por síndromes hipertensivas induzidas pela gravidez no estado de Alagoas no período de 2008-2013. **Ciências biológicas e da saúde**, Maceió, v. 2, n. 3, p. 67-79, maio 2015.

VIANA, R. C.; NOVAES, M.R.C.G.; CALDERON, I.M.P. Mortalidade materna – uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**—v. 22 n. Sup. p.141-S152, Brasília, 2011.

ZANATELLI, C.; DOBERSTEIN, C; GIRARDI, J. P.; POSSER, J.; BECK, D. G. S. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. **Revista Saúde Integrada**. v.9, n. 17 2016.

## APÊNDICE 1- Solicitação dos Dados Secundários



Centro Universitário Tiradentes

Autorizada pela Portaria Ministerial nº 795, de 11/09/2014

Maceió-Alagoas, 20 de setembro de 2018

### À Gerência Docente Assistencial da Maternidade Escola Santa Mônica - MESM

Os alunos JOSÉ ALYSSON DO NASCIMENTO FRANÇA, PATRÍCIA EMMANUELLE COSTA ACCIOLY e ROBERTHA NUBES NASCIMENTO GALVÃO regularmente matriculados no curso de graduação em ENFERMAGEM com o objetivo de realizar a pesquisa intitulada “**OCORRÊNCIA DE MORTALIDADE MATERNA EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE REFERÊNCIA EM ALTO RISCO DE MACEIÓ-AL**”, orientados pelo Professor Msc. Wbiratan de Lima Souza, solicitam a autorização desta conceituada entidade para concessão de termo de disponibilização dos dados referente ao estudo, conforme cópia de projeto de pesquisa em anexo.

Solicitamos a disponibilização via sistema de informação da instituição, referentes a ocorrência de mortalidade materna de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, com as seguintes variáveis: **causa do óbito materno, classificação Internacional da Doença - CID, Idade, se gestante (descrever o trimestre do óbito), raça, profissão, estado civil, escolaridade, naturalidade, município de residência.** Se possível encaminhar via e-mail para: **wbiratansouza@yahoo.com.br.**

No que se refere aos cuidados éticos, serão respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Diante dos pressupostos, o estudo não será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, visto que não se enquadra nas indicações de submissão, pois os dados não são primários e não serão feitos contatos com seres humanos, apenas com dados secundários fornecidos pela instituição.

A partir desses dados, serão analisados por estatística descritiva, sendo agrupados e dispostos em gráficos, quadros e tabelas com frequências absolutas e relativas visando atender os objetivos do estudo.

Atenciosamente,



Wbiratan de Lima Souza  
Professor Orientador  
CPF: 061.737.964-57

**ANEXO 1**  
**AUTORIZAÇÃO DA MATERNIDADE SANTA MÔNICA- MESM**



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL**  
**Maternidade Escola Santa Mônica - MESM**  
Av. Comendador Leão, S/N - Poço da Barra - Maceió/AL. CEP 57.000-000  
Fone: (82) 3315-4411 - CNPJ 12.517.793/0006-04

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**  
**Nº 022/2018**

Autorizamos os pesquisadores **José Alysson do Nascimento França, Patrícia Emmanuelle Costa Accioly e Robertha Nunes Nascimento Galvão**, alunos do curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes (UNIT), sob a orientação do Prof. Wbiratan de Lima Souza, a ter acesso ao NHEP da Maternidade Escola Santa Mônica, para levantar as informações pertinentes ao objetivo da pesquisa intitulada: **"Ocorrência de mortalidade materna em uma instituição pública de referência em alto risco de Maceió-AL"**

Ao pesquisador caberá:

- 1 – Firmar compromisso ético de seguir as normas e rotinas do serviço, zelar pela organização e não alteração dos documentos manuseados, sendo terminantemente **proibida** a retirada, fotocópia e fotografia de prontuários dos pacientes da Instituição;
- 2 – Manter sigilo da identificação do (a) paciente, e só divulgar os dados obtidos em reuniões e publicações científicas;
- 3 – **Informar à Gerência Docente Assistencial a data de início e término da pesquisa, sob pena de ter seu trabalho interrompido e notificado junto ao Comitê de ética e Pesquisa da Instituição de Ensino responsável.**
- 4 - Entregar cópia do projeto, após o término do trabalho, para a Gerência Docente Assistência.

Declaro que concordo e farei cumprir as exigências acima estabelecidas.

— Pesquisadores:

José Alysson do Nascimento França

Robertha Nunes Nascimento Galvão

Patrícia Emmanuelle Costa Accioly

Orientador:

Wbiratan de Lima Souza

Maceió, 21 de Setembro de 2018.

Flávia Toledo

Flávia Augusta Toledo Lemos  
Assessora da GDA/MESM  
Flávia Augusta Toledo  
Assessora da Gerência Docente Assistencial  
CPF 724.253.904-06  
Mat. 4497-0



UNCISAL  
Universidade Estadual de  
Ciências da Saúde de Alagoas