

Carvalho, M. V. P. et al.



PESQUISA

Mortalidade materna na capital do Piauí
Maternal mortality in the capital of Piauí
Mortalidad materna en la capital de Piauí

Márcia Valéria Pereira de Carvalho¹, Ticiane Maria Pereira e Silva², Nara Silva Soares³, Moacira Lopes Carvalho⁴, Adriana Kelly Almeida Ferreira⁵, Alvaro Francisco Lopes de Sousa⁶

RESUMO

Objetivou-se com o presente estudo avaliar o perfil da mortalidade materna no município de Teresina-PI, no período de 2002 a 2011. Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, documental com uma abordagem quantitativa. Foram registrados no período do estudo 70 óbitos. As causas obstétricas diretas continuam sendo a principal causa de mortalidade materna mostrando um percentual 62,8%. A faixa etária mais prevalente foi de 20 a 29 anos com uma porcentagem de 38,5%. Na escolaridade, tem-se um grande número de subinformações, cerca de 31,5%. Encontrou-se pouca diferença no percentual de mortalidade materna em relação ao *status* de casadas e solteiras. O período de maior número de mortes maternas foi durante o puerpério até 42 dias, com um percentual de 41,4%. As mulheres classificadas como pardas apresentaram um percentual de 67,1% para o período de estudo. A partir da evolução dos óbitos no período estudado, percebeu-se que as causas diretas ainda são as mais prevalentes, mesmo podendo ser evitadas com tecnologias presentes nos dias atuais. **Descritores:** Indicadores de saúde. Mortalidade materna. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the profile of maternal mortality in the city of Teresina-PI, from 2002 to 2011. This is an exploratory study, retrospective documentary with a quantitative approach. 70 deaths were recorded during the study period. Direct obstetric causes remain the leading cause of maternal mortality showing a percentage 62.8%. The most prevalent age group was 20-29 years, with a percentage of 38.5%. In education, it has a large number of subinformações approximately 31.5%. Met little difference in the percentage of maternal mortality in relation to the status of married and single. The period of highest number of maternal deaths was during the postpartum period up to 42 days, with a percentage of 41.4%. Women classified as mulatto women had a percentage of 67.1% for the study period. From the evolution of the deaths during the study period, it was noticed that the direct causes are still the most prevalent, and may even be avoided with present technologies today. **Descriptors:** Health indicators. Maternal mortality. Women's health.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el perfil de la mortalidad materna en la ciudad de Teresina-PI, de 2002 a 2011. Este es un estudio exploratorio, documental retrospectivo, con abordaje cuantitativo. 70 muertes se registraron durante el período de estudio. Causas obstétricas directas siguen siendo la principal causa de mortalidad materna que muestra un porcentaje 62,8%. El grupo de edad más frecuente fue de 20-29 años, con un porcentaje del 38,5%. En la educación, tiene un gran número de subinformações aproximadamente 31,5%. Met poca diferencia en el porcentaje de la mortalidad materna en relación con el estado de casados y solteros. El período de mayor número de muertes maternas fue durante el período post-parto hasta los 42 días, con un porcentaje del 41,4%. Las mujeres clasificadas como mulatas tuvieron un porcentaje de 67,1% para el período de estudio. De la evolución de las muertes durante el período de estudio, se observó que las causas directas siguen siendo los más frecuentes, e incluso se puede evitar con las tecnologías de hoy. **Descritores:** Indicadores de salud. La mortalidad materna. Salud de la mujer.

¹Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI. ²Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI. ³Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente da graduação em Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI. ⁴ - Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. ⁵ - Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Coordenadora de Enfermagem Cirúrgica e Assistencialista do Hospital Distrital Dr Fernandes Távora. E-mail: adrianakelly_ak@hotmail.com. ⁶ - Graduando em enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

Carvalho, M. V. P. et al.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde conceitua a morte materna como um evento irreversível com ocorrência durante a gestação ou no período puerperal que se estende até 42 dias após a gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas voltadas a ela, porém não por causas acidentais ou incidentais. Apresenta-se como um grande problema de saúde pública, visto que se trata de uma morte evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2005; REZENDE; MORELI, REZENDE, 2000).

A Morte Materna Obstétrica tem sua classificação em direta e indireta. A Direta é relacionada a complicações obstétricas durante a gravidez/parto/puerpério vinculadas à falhas e omissões de intervenção, tratamento incorreto ou outros eventos que culminem à essas causas. A Indireta por sua vez, é o agravamento de morbidades existentes anterior a gestação ou que se desenvolvem durante esse período, não provocadas pelas causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (OMS, 2003).

A morte materna é um evento traçador da assistência de um país, reflete diretamente o nível de desenvolvimento e constitui um excelente indicador da realidade social. Trata-se de um parâmetro ideal para definir a vigência socioeconômica de uma região, além de ser um dos indicadores para a análise das condições de vida e da assistência prestada à mulher. Possui estreita ligação com a discriminação e com os determinantes biológicos e socioculturais das mulheres brasileiras, principalmente com as desigualdades de gênero, sendo uma questão de alta magnitude e transcendência (ALECAR JÚNIOR, 2006; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

O índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos, onde se conclui que está inversamente relacionado com o grau de desenvolvimento humano, violando os direitos humanos das mulheres e também das crianças à saúde, à vida, à educação, à dignidade e à informação (ALECAR JÚNIOR, 2006).

Um fator determinante para o recrudescimento dessa problemática são as péssimas instalações dos serviços públicos assistenciais maternos, principalmente no que diz respeito à estrutura física que frequentemente impossibilita a privacidade e suporte. Também há superlotação das instituições, precariedade dos materiais ofertados para o sustento assistencial e organizacional, impossibilitando escomedidamente a promoção da qualidade do auxílio e ainda favorecendo às iatrogênias e negligências no cuidado (SOUZA et al., 2010).

Considerando o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio que almeja a redução da mortalidade materna em três quartos nos anos de 1990 a 2015 para atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos, os dados do último relatório emitido em 2012, mostrou que para atingir tal objetivo, a redução anual da Razão da mortalidade Materna (RMM) no Brasil deve ser de 5,5%; porém, o declínio está muito abaixo do desejado, sendo assim improvável que esse objetivo seja cumprido, considerando o caminho que está tomando (PORTAL ODM, 2012).

Várias estratégias são fortalecidas e propostas pelo Ministério da Saúde (MS) para a redução da mortalidade materna, dentre elas estão a assistência adequada no pré-natal, o encaminhamento das gestantes de risco a serviços especializados, o acompanhamento adequado do parto e pós-parto por unidade de saúde, o

Carvalho, M. V. P. et al.

tratamento das emergências obstétricas e as ações de planejamento familiar (BRASIL, 2007a).

No Piauí, no que se refere à mortalidade materna no ano de 2009, o Superprojeto Estadual do QualiSUS Rede apresentado no Piauí exibiu que a RMM gira em torno de 88,4/100 mil nascidos vivos, enquanto que na região Nordeste é de 72,1/100 mil nascidos vivos e no Brasil é de 63,5/100 mil nascidos vivos (SESAPI, 2012).

Evidências atuais revelam continuamente a manutenção de problemas de ordem assistencial e social, e mesmo com algumas iniciativas ao longo das décadas, não foram minimamente sanadas a ponto de reduzir a ocorrência de mortes maternas no país (RESENDE, 2013).

Considerando as repercussões negativas à sociedade em geral interligadas a mortalidade materna e as lacunas existentes acerca de estudos sobre a realidade e o perfil da mortalidade materna em regiões do nordeste brasileiro, em especial no Piauí, este estudo tem como objetivo analisar a evolução dos óbitos e perfil da Mortalidade Materna no período de 2002 à 2011 no Município de Teresina-PI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, exploratório e retrospectivo, com uma abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS/MS, disponibilizados publicamente em sítio eletrônico do ministério da saúde (<http://www.datasus.gov.br>) pela alimentação ativa dos sistemas de informação, dentre eles o Sistema de Informações de Mortalidade- SIM ao qual foi fundamental para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa, visto que gera dados relacionadas a mortalidade

da população e conseqüentemente de grupos específicos como no caso da mortalidade materna.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS/MS fornece informações com apoio em evidências, que embasam aos analisadores e principalmente aos gestores para a elaboração de programas, ações e políticas de saúde (DATASUS, 2011).

Foram analisados todos os casos de óbito materno em residentes no município de Teresina-Pi, na faixa etária de 10 a 49 anos, compreendendo o período de 2002 a 2011. O período da pesquisa ocorreu dentre os meses de Setembro a Dezembro de 2012.

Dentre os dados gerados pelo DATASUS/MS foram analisadas as seguintes variáveis: causa do óbito materno, faixa etária, escolaridade de estudo, estado civil, considerando o momento da morte materna na gravidez/parto/puerpério e raça/cor.

O processamento, mapeamento e consolidação dos dados foram realizados através sistema TAB para Windows - TabWin, programa de domínio público, desenvolvido pelo DATASUS/MS. Distribuiu-se as variáveis em tabelas na planilha do programa Microsoft Excel® em gráfico com os respectivos cálculos das variáveis.

Destaca-se que a utilização de dados secundários provenientes dos sistemas de informação em estudos de avaliação da temática mortalidade traz vantagens como a agilidade e baixo custo, mas apresenta limitações, com destaque para a cobertura e qualidade das informações. A fidedignidade das informações do sistema do Ministério da Saúde ainda é prejudicado pelo elevado percentual de informações ignoradas ou não preenchidas em muitas variáveis (JORGE; LAURENTI; DI NUBILA, 2010).

Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao

Carvalho, M. V. P. et al.

Comitê de Ética em Pesquisa. É importante destacar que em nenhum campo é possível identificar informações pessoais dos envolvidos ou institucional.

RESULTADOS

Foram registrados no DATASUS/MS 70 óbitos maternos, no período compreendido entre 2002 a 2011, no Município do Teresina - Piauí. Os resultados foram expressos em tabelas e gráfico.

A tabela 1 faz referência aos óbitos maternos por causa obstétrica em Teresina-PI no período de 2002 a 2011. É evidente que as causas diretas continuam sendo a principal causa de mortalidade materna mostrando um percentual 62,8% comparado com as indiretas 37,2%.

Tabela 1 – Óbitos maternos por causa obstétrica em Teresina-Piauí no período de 2002 a 2011.

Ano do Óbito	Morte materna obstétrica direta	Morte materna obstétrica indireta	Total
2002	02	03	05
2003	07	02	09
2004	01	01	02
2005	05	01	06
2006	06	01	07
2007	05	03	08
2008	05	03	08
2009	04	02	06
2010	03	06	09
2011	06	04	10
TOTAL	44	26	70
%	62,8	37,2	100

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

A tabela 2 mostra os óbitos maternos por faixa etária em Teresina-PI no período de 2002 a 2011. Na faixa etária de 10 a 14 anos, o percentual é de aproximadamente 1,5% e, nas de 15 a 19 anos, é de 20%. Mostra-se um maior percentual a faixa etária de 20 a 29 anos com uma porcentagem de 38,5% do total dos óbitos no período estudado. Percebe-se que a faixa etária de 30 a 39 anos, houve um percentual de 35,7 % e

na de 40 a 49 anos de 4,3 % mostrando altos índices de mortalidade em mulheres com gestações em idade avançada.

Tabela 2 – Óbitos maternos por faixa etária em Teresina-Piauí no período de 2002 a 2011.

Ano do Óbito	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Total
2002	00	01	03	01	00	05
2003	00	01	04	02	02	09
2004	00	00	01	01	00	02
2005	01	00	01	04	00	06
2006	00	01	04	02	00	07
2007	00	02	04	02	00	08
2008	00	01	02	04	01	08
2009	00	02	01	03	00	06
2010	00	04	04	01	00	09
2011	00	02	03	05	00	10
TOTAL	1	14	27	25	3	70
%	1,5	20	38,5	35,7	4,3	100

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

A tabela 3 demonstra os óbitos maternos por escolaridade em Teresina-PI no período do estudo. Vislumbra-se que o maior número de registro de óbito materno, possuía de 4 a 7 anos de estudo, totalizando um percentual de 30%. No presente estudo é perceptível grande número de subinformações dessa variável, cerca de 31,5% registradas como ignorado, comprometendo significativamente a análise retrospectiva deste indicador sociodemográfico.

Tabela 3 – Óbitos maternos por escolaridade em Teresina - Piauí no período de 2002 a 2011.

	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos +	Ignorado	TOTAL
2002	01	01	02	01	00	00	05
2003	00	00	04	03	01	01	09
2004	00	00	00	00	02	00	02
2005	00	02	01	01	00	02	06
2006	00	00	03	00	00	04	07
2007	00	00	02	02	01	03	08
2008	00	01	01	01	01	04	08
2009	00	00	02	03	00	01	06
2010	00	00	04	01	01	03	09
2011	00	02	02	02	00	04	10
TOTAL	01	06	21	14	06	22	70
%	1,5	8,5	30	20	8,5	31,5	100

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

Carvalho, M. V. P. et al.

A tabela 4 conota aos óbitos maternos por estado civil em Teresina-PI no período de 2002 a 2011. Visualiza-se pouca diferença percentual de mortalidade materna em relação ao estado civil neste estudo. Ressalta-se um maior número de morte das casadas para os anos de 2003 e 2008, perfazendo em todos os anos um total de 41,4% e um alto número de óbitos entre as solteiras em 2005, 2006 e 2011, configurando em todos os anos um total de 40%. Houve o aparecimento de situação conjugal classificada como ignorado com um percentual de 15,7%. Ressalta-se que esta situação aparece em maior número absoluto nos de 2008, 2010 e 2011. Em relação a "outras situações conjugais", poucos casos foram registrados com o percentual de somente 2,9%.

Tabela 4 – Óbitos maternos por estado civil em Teresina - Piauí no período de 2002 a 2011.

ANO	Solteiro	Casado	Outros	Ignorado	Total
2002	02	02	01	00	05
2003	02	07	00	00	09
2004	01	01	00	00	02
2005	04	01	00	01	06
2006	05	02	00	00	07
2007	03	04	00	01	08
2008	00	05	00	03	08
2009	03	03	00	00	06
2010	03	03	00	03	09
2011	05	01	01	03	10
TOTAL	28	29	2	11	70
%	40	41,4	2,9	15,7	100

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

A tabela 5 expõe os dados de óbitos maternos considerando o período da morte materna na gravidez/parto/puerpério em Teresina-PI no período de 2002 a 2011. O maior número de mortes foi durante o período do puerpério até 42 dias, com um percentual de 41,4%. Um percentual de 14,3% deu-se da mortalidade não informada ou não declarada, classificada como ignorado. Nos últimos três anos do período da pesquisa (2009, 2010 e 2011) não houve registros nessa situação.

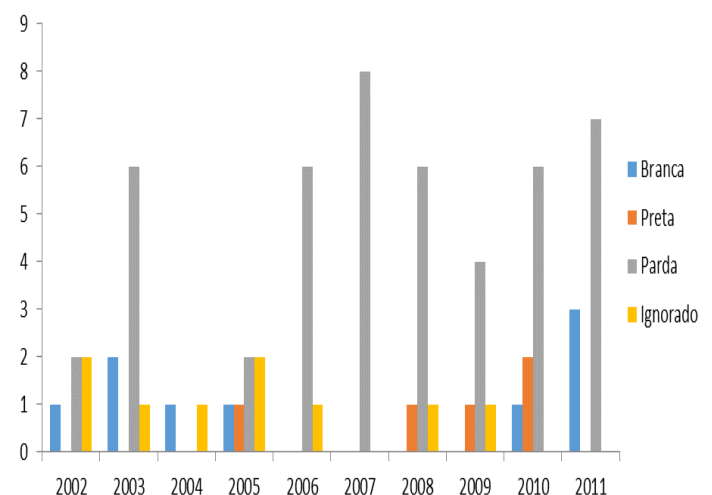
Tabela 5 – Óbitos maternos considerando o momento da morte materna na gravidez/parto/puerpério em Teresina - Piauí no período de 2002 a 2011.

Ano do Óbito	Durante a gravidez, parto ou aborto	Durante o puerpério, até 42 dias	Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	Não na gravidez ou no puerpério	Período informado/inconsistente	Não informado/ignorado	TOTAL
2002	02	01	00	00	01	01	05
2003	04	01	01	00	00	03	09
2004	00	00	00	00	00	02	02
2005	00	03	00	00	02	01	06
2006	01	01	01	01	01	02	07
2007	02	05	00	01	00	00	08
2008	01	06	00	00	00	01	08
2009	01	03	02	00	00	00	06
2010	04	05	00	00	00	00	09
2011	05	04	01	00	00	00	10
TOTAL	20	29	05	002	04	10	70
%	28,6	41,4	7,1	2,9	5,7	14,3	100

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

O gráfico 1 faz registro dos óbitos maternos por cor/raça em Teresina-PI no período de 2002 a 2011. O maior achado foi para pardas, com o percentual de 67,1% de todos os anos estudados.

Gráfico 1- Óbitos maternos por cor/raça em Teresina - Piauí no período de 2002 a 2011.



RAÇA/COR	Branca	Preta	Parda	Ignorado	Total
TOTAL	9	5	47	9	70
%	12,9	7,14	67,1	12,8	100

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

Percebe-se que nos anos de 2002 e 2005, houve um nivelamento entre a mortalidade de pardas e casos ignorados. Em 2002 não foi registrado óbito em nenhuma mulher preta, já 2005 demonstra uma igualdade de pretas e brancas.

Carvalho, M. V. P. et al.

Nos anos de 2003, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 apresentam picos elevados de mortalidade para mulheres pardas. No ano de 2004, não houve registro de pardas e pretas. Nos seis anos de estudo, houve um elevado número de casos de mortalidade materna em pardas, com subinformações em relação às outras cor/raça.

DISCUSSÃO DOS DADOS

A literatura científica acerca da temática abordada reconhece valiosamente o problema da qualidade da informação em função do subnotificação (ausência do preenchimento da declaração de óbito) e da subinformação (preenchimento incorreto das declarações de óbito). Entretanto, é importante salientar que as estatísticas de mortalidade permanecem como único subsídio disponível que possibilita traçar os fatores de risco a ela associados.

A unidade federativa escolhida para o estudo não seguiu o padrão nacional de mortalidade materna no período, ficou abaixo da média nos anos estudados. Tal fato pode estar ligado à melhor atenção dos serviços de saúde e crescente preocupação das autoridades com o grupo, além disso, a procura precoce e aumentada das gestantes nas instituições de saúde e uma melhor acurácia nas informações e nos registros devido à implantação dos comitês de óbito materno e vigilância do óbito materno que vem sendo instituído no Brasil desde o final da década de 1980 pode ter contribuído para a redução da mortalidade materna (BRASIL, 2012).

Destaca-se que as causas diretas ainda continuam sendo a principal causa de mortalidade materna. Dados internacionais apontam que mortes obstétricas diretas, causadas principalmente por hemorragia, aborto, doenças hipertensivas, gestação ectópica, ruptura uterina

e sepse por infecção do trato genital ainda prevalecem. Entretanto pesquisa sobre a evolução e os desafios para o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio, conclui que as causas indiretas estão ganhando importância notável nos países desenvolvidos.

No que diz respeito à variável relacionada ao período da morte materna, ou seja, durante a gravidez, parto ou puerpério, constatou-se mais casos ligados ao puerpério.

É imperativo salientar que grande parte das mortes maternas poderiam ser evitadas, com tecnologias leves presente nos dias atuais, especialmente se associadas aos avanços tecnológicos que são capazes de corrigir eventualidades.

Neste sentido, procedimentos de baixo custo como: propedêuticas empregadas corretamente; atividades educativo-instrutivas; análise e coleta fidedigna da história pregressa e verificação minuciosa dos fatores de risco, são capazes de detectar parte dos problemas relacionados a mortes obstétricas, como exemplo às doenças hipertensivas específicas da gravidez (DHEG) que podem ser identificadas em consultas pré-natais na atenção básica (NASCIMENTO et al., 2007).

É importante destacar que existe uma pequena parcela de mulheres grávidas com características particulares para o desenvolvimento de complicações durante a gestação, parto e puerpério, denominada de gravidez de alto risco. Assim, este grupo merece uma assistência mais específica e complexa em relação a outras gestantes, no sentido de evitar intercorrência ou morte materno-neonatal. Dentro do grupo de risco gestacional estão as adolescentes e mulheres em idade avançada (BRASIL, 2010).

Em razão da época em que se encontram as adolescentes, na maioria das vezes, não possuem

Carvalho, M. V. P. et al.

maturidade fisiológica, emocional, econômica, comportamental e educacional para gestação e para a maternidade. Assim estão mais sujeitas as complicações obstétricas, dentre elas as mais comuns são anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica e complicações puerperais (GALLO, 2011).

Em contraposição está a gravidez em mulheres com idade avançada. O novo papel da mulher nas sociedades modernas leva-nas ao protelamento da gravidez para períodos de estabilidade socioeconômica, nível educacional desejado e casamento concretizado. Ligado à idade avançada surgem maiores complicações no parto, resultando na necessidade de partos operatórios, o que aumenta o risco de morte materno-fetal. O trabalho de parto prematuro, a placenta prévia, hipertensão arterial, diabetes e a amniorrexe prematura são algumas das complicações mais prevalentes nas gestações de mulheres com idade avançada (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

Verificou-se também neste estudo a vulnerabilidade social das mulheres que evoluíram para óbito, seja em relação à baixa escolaridade, ao estado civil e à raça/cor ao qual foram registradas.

A baixa escolaridade, apesar de problemas de subinformação, ainda mostra-se como uma variável bastante associada aos maiores índices de óbito materno. Não obstante, a absorção e acesso à informações da mulher grávida é prejudicada, repercutindo nos cuidados à saúde materno-fetal, principalmente em consequência da compreensão precária das informações. Deste modo, o conhecimento sobre os hábitos de saúde, torna-se débeis, inviabilizando práticas necessárias à saúde reprodutiva (MARINHO; PAES, 2010).

Na iminência de situação de risco, seja em qualquer período da vida, incluindo neste caso a

gestação, a desinformação está ligada à percepção frágil da gravidade e conseqüente procura tardia ou não procura de um serviço de saúde, aumentando por esse motivo básico terrivelmente a mortalidade materna (RESENDE, 2013).

Neste sentido, políticas efetivas para a melhora da educação populacional tornam-se importantes para a modificação dos indicadores da mortalidade materna, pois um elevado grau de instrução está diretamente ligado ao maior comparecimento às consultas de pré-natal e seguimento das recomendações repassadas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal e no período do puerpério (CANIÇALI PRIMO; AMORIM; CATRO, 2007).

O estado civil não mostrou significativa contribuição para o aumento da mortalidade materna neste estudo, corroborando com outra pesquisa que também descartou a situação conjugal da mulher e risco gestacional (NASCIMENTO et al., 2007). Entretanto, a literatura aponta a presença de um companheiro no período da gestação como importante, atuando especialmente como suporte emocional e econômico (LEITE et al., 2011).

O alto percentual de solteiras em estudos de dados secundários pode estar relacionado com as relações conjugais não formalizadas e/ou abertas, sendo muitas vezes transcritas como solteiras, mascarando o registro da verdadeira situação conjugal na DO (LEITE et al., 2011).

Recomenda-se uma reflexão durante o preenchimento, visto que a presença do companheiro, mesmo em situações não formalizadas, geralmente está ligada a um aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de estímulo ao autocuidado da mulher (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

No que diz respeito a variável cor da pele/raça, estudos sobre determinação do óbito materno apontam desigualdades sociais

Carvalho, M. V. P. et al.

relacionadas à cor da pele. Pesquisas nacionais apontam uma razão de mortalidade materna - RMM muito mais elevada nas mulheres de cor parda e preta, quando comparadas às brancas (LEITE et al., 2011; CHOR; LIMA, 2005).

Evidências assinalam que nos Estados Unidos, observa-se grande disparidade em relação a esta variável, distinguindo causas específicas de óbito (pré-eclampsia/eclampsia, afecções placentárias e hemorragia pós-parto) de acordo com a raça a qual a gestante pertence. Os pesquisadores enfatizam a hipertensão como um dos fatores biológicos com maior severidade para as mulheres pretas, além disso um menor acesso aos serviços de saúde e ao pré-natal (TUCKER et al., 2007; HARPER et al., 2007).

Neste sentido, um estudo afirmou que mulheres afrodescendentes (pardas e pretas), além da predisposição genética para doenças como as síndromes hipertensivas e anemia falciforme, são afetadas por fatores econômicos e sociais (RESENDE, 2013).

No Brasil esta variável é considerada de difícil análise pela miscigenação da população. Isso gera uma falta de entendimento na classificação raça/cor, já que existem várias tendências: por cor, por ascendência, por estratos sociais, gerando imprecisões no delineamento dessa variável (MARTINS; LANA; MARIA, 2006).

CONCLUSÃO

A morte por causas diretas ainda são as mais prevalentes. No entanto, as causas indiretas mostram-se bastante significativas. Sugere-se mais estudos no intuito de aprofundar aspectos intrinsecamente ligados a esta variável, visto que o sistema de saúde dispõe de tecnologias avançadas na assistência à gestação, ao parto e ao puerpério. Entretanto as mulheres, no Brasil, em

especial no Piauí ainda estão sujeitas ao óbito por causas já controladas.

O período de maior número de mortes foi durante o puerpério até 42 dias. Antes da alta hospitalar a mulher deve ser avaliada apuradamente e instruída. A atenção a mulher no período puerperal, principalmente na atenção básica, deve ser mais qualificada.

Devido à diversidade de cor existente no município, é difícil a declaração fidedigna da cor/raça, sendo interessante fazer uma conjugação dessa variável com a quantidade de consultas pré-natais e o tempo esperado para o atendimento hospitalar, verificando assim, se houve ou não dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

Ainda em relação à cor/raça, devem-se pesquisar sempre precocemente doenças pré-existentes, principalmente as síndromes hipertensivas e anemia falciforme, visto esse grupo ser o mais afetado geneticamente por essas morbidades.

No cálculo da RMM não são incluídas as mortes ocorridas em mulheres com mais de 49 anos de idade, mesmo quando a morte tem relação com uma gestação confirmada. Cabe uma mudança nesse item, visto que, devido ao contexto socioeconômico que as mulheres estão inseridas hodiernamente, a gravidez é cada vez mais protelada. E é sabido que as mulheres grávidas em idade avançada apresentam mais doenças preexistentes e uma depressão fisiológica do sistema reprodutor, aumentando eventos obstétricos adversos.

Uma organização dos registros civis possibilita elaborar as estatísticas com mais fidedignidade, sendo imprescindível conscientizar também a população da importância do registro dos óbitos em cartório e do não sepultamento em cemitérios clandestinos, tanto maternos quanto

Carvalho, M. V. P. et al.

fetais, porque o cálculo da RMM depende desses dois seguimentos.

Não se devem apontar os profissionais de saúde como facilitadores ou causadores da morte materna, visto esse ser um problema multifatorial, que nem sempre envolve a negligência, imperícia ou imprudência profissional, sendo estas situações advindas de ações de poucos profissionais que não estão envolvidos com a causa. Deve-se culpar principalmente o saneamento básico e infraestrutura hospitalar inapropriados, além da escassa escolaridade da sociedade, que impossibilita o seguimento das orientações dos profissionais de saúde quanto ao planejamento da gestação e também das ações de prevenção e de controle das comorbidades previamente à concepção.

O ideal seria o progresso educativo de toda a população para de fato mudar essa triste realidade, porém é uma mudança que necessita de tempo e grandes investimentos. Ações mais emergenciais e elementares podem ser feitas sem grandes aplicações econômicas, como: a execução plena das estratégias já estipuladas e com eficácia comprovada a partir de estudos, mas para isso se faz necessário profissionais de saúde qualificados, comprometidos e em números adequados, além da disponibilidade de materiais de boa qualidade e infraestrutura que atenda às especificidades e generalidades das mulheres e dos profissionais.

Limitações foram encontradas nesse estudo, pois as informações secundárias são provenientes dos sistemas de banco de dados já existentes. Nesse caso, os dados são de fontes nas quais não se pode garantir a ausência de erros e equívocos, tanto nos preenchimentos das fichas de notificação, como na digitação dos dados das fichas de notificação para as bases do SIM e do SINASC.

Outra limitação foi que algumas variáveis não são completamente valorizadas pelos registradores, comprometendo significativamente a análise retrospectiva dessas. Deve-se fazer um trabalho de conscientização para a valorização dessas informações, sensibilizando quanto à importância epidemiológica e social dessas variáveis e oferecer constantemente aperfeiçoamentos.

Progressos foram feitos, mas não da forma que obriga a Constituição, não na medida em que Teresina e a sociedade necessitam. Existem estatísticas alarmantes a respeito, e o engajamento de todos os atores envolvidos para a mudança dessa realidade se faz amplamente necessário.

REFERÊNCIA

ALENCAR JÚNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev RBGO.*, Rio de Janeiro v. 28, n. 7, set. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>>. Acesso em: 21 out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS/MS. 2011. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 10 out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF): MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília (DF): MS, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília (DF): MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Mortalidade Materna no Brasil**. Brasília (DF): MS, 2012.

Carvalho, M. V. P. et al.

CANIÇALI PRIMO, C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. de. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **R Enferm UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun 2007. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a02.pdf>>. Acesso em: 10 out 2013.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A.. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rer Baiana Saúde Pública.**, v.36, n. 2, abr, 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>>. Acesso em: 10 out 2013.

GALLO, J. H. S. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 19, n.1, mai. 2011. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/614/631>. Acesso em: 10 out 2013.

GONÇALVES, Z. R.; MONTEIRO, D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **FEMINA.**, Rio de Janeiro, v. 40, n.5, set./out, 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>>. Acesso em: 21 out 2013.

HARPER, M. et al. Why African-American women are at greater risk for pregnancy-related death?. **Ann Epidemiol**; v. 17, n. suppl, p. 180-185. 2007.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; DI NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, dez. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/02.pdf>>. Acesso em: 05 out 2013.

LEITE, R. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out, 2011.

MARINHO, A. C. N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 3, nov. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out 2013.

R. Interd. v. 7, n. 3, p. 17-27, jul. ago. set. 2014

MARTINS, E. F.; LANA, F. C. F.; MARIA, E. Tendência da mortalidade perinatal em Belo Horizonte, 1984 a 2005. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n.3, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out 2013.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONCALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out 2013.

NASCIMENTO, F. M. et al. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina- PI, no Período de 1996 a 2000: uma Contribuição da Enfermagem. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 out 2013.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília, 2008.

PORTAL ODM. Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do milênio. Notícias. **Diminuição da mortalidade materna no Brasil ainda está longe da meta da ONU.** Brasília (DF): ODM, 2012. Disponível em <<http://www.portalodm.com.br/diminuicao-da-mortalidade-materna-no-brasil-ainda-esta-longo-da-meta-da-onu--n--727.html>>. Acesso em: 03 out 2013.

RESENDE, L. V. **O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003-2010.** 2013. 182f. Tese (Doutorado em Demografia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

REZENDE, C.H.A; MORELI, D; REZENDE, I.M.A.A. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Rev Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 323-328, 2000.

Secretaria do Estado da Saúde Piauí - SESAPI. **SUBPROJETO ESTADUAL/PI: Região de Saúde Entre Rios/Piauí.** Teresina (PI): SESAPI, 2012.

Carvalho, M. V. P. et al.

SOUZA, M. L. et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun 2010. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 out 2013.

TUCKER, M.J. et al. The Black-White disparity in pregnancy-related mortality from 5 conditions: differences in prevalence and case-fatality rates. **Am J Public Health**, v. 97, [s. n], p. 247-51. 2007

Submissão: 29/11/2013

Aprovação: 02/07/2014