

**MORTALIDADE MATERNA DECLARADA NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA
ANÁLISE SOBRE OS ANOS DE 2006 A 2010**

DECLARED MATERNAL MORTALITY IN THE STATE OF PARAIBA: AN
ANALYSIS OF THE YEARS 2006 TO 2010

Eduardo Sérgio Soares Sousa¹, Alinne Urquiza Rodrigues de Medeiros²

1 Professor adjunto do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da UFPB

2 Concluinte do Curso de Graduação em Medicina da UFPB

Universidade Federal da Paraíba

Correspondência:

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia

Rua: Campus Universitário I – Jardim Cidade Universitária. CEP: 58.059-900. João

Pessoa/PB

Telefone: 3216- 7098

E-mail: esergiosousa@uol.com.br

RESUMO

Objetivos: Analisar a mortalidade materna declarada no estado da Paraíba, entre os anos de 2006 e 2010. Calcular a Razão de Mortalidade Materna (RMM), ano a ano; delimitar o perfil sócio-demográfico e obstétrico das mulheres e as principais características e classificação dos óbitos maternos analisados; e analisar a existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, raça/cor, escolaridade, paridade, número de consultas de pré-natal e óbito materno.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo e correlacional, de base populacional, dos óbitos maternos declarados entre os anos de 2006 a 2010, através da análise das declarações de óbito (DO) e fichas-síntese de investigação do óbito materno disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e através do banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB). O número de nascidos vivos para o cálculo da RMM foi extraído do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Para as estatísticas inferenciais, utilizaram-se os testes Qui-Quadrado e t de Student.

Resultados: Encontraram-se 125 mortes maternas declaradas e uma RMM de 68,52 por 100.000 nascidos vivos, e o maior percentual de óbitos se deu por causas obstétricas diretas (90,4%). Houve predomínio de mulheres não-brancas (79,6%), com menos de oito anos de estudos (78%) e entre 20 e 29 anos (48%), e a maioria tinha duas ou mais gestações (59,7%). Apenas a paridade apresentou relação estatisticamente significativa com o óbito materno ($p < 0,05$), e sendo este de causa indireta.

Conclusões: A mortalidade materna na Paraíba permanece elevada, prevalecendo as causas evitáveis de óbitos maternos, o que denota precariedade da assistência. Sugere-se que a paridade elevada associa-se a uma maior a probabilidade de morte por causa indireta.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Registros de mortalidade. Estatística vital.

ABSTRACT

Purpose: To assess maternal death in the state of Paraíba, between the years 2006 and 2010. Calculate the Maternal Mortality Ratio (MMR), year by year; delineate the socio-demographic and obstetric women and the main characteristics and classification of maternal deaths analyzed, and analyze the existence of a statistically significant association between age, race / color, education, parity, number of prenatal consultation and maternal death.

Methods: We conducted a descriptive and correlational study, a population-based, about the maternal deaths reported between the years 2006 to 2010, through the analysis of death certificates (CE) chip-synthesis and investigation of maternal deaths on the System Information System (SIM), and through the database of the Secretariat of Health of Paraíba. The number of live births to calculate the MMR was extracted from Information System of Born Alive. For inferential statistics, we used the chi-square and Student t tests.

Results: We found 125 maternal deaths reported and an MMR of 68.52 per 100,000 live births, and the highest percentage of deaths occurred by direct obstetric causes (90.4%). There was a predominance of non-white women (79.6%), with less than eight years of study (78%) and between 20 and 29 years (48%). Most had two or more pregnancies (59.7%) and held six or more prenatal consultations (48%). Only parity showed a statistically significant relationship with the maternal death because indirect ($p < 0.05$).

Conclusions: Maternal mortality remains high in Paraíba, whichever preventable causes of maternal deaths, which denotes weakness of the assistance. It is suggested that the high parity is associated with an increased likelihood of death from indirect.

Keywords: Maternal mortality. Mortality registries. Vital statistics.

Mortalidade materna declarada no estado da Paraíba: uma análise sobre os anos de 2006
a 2010

Declared maternal mortality in the state of Paraíba: an analysis of the years 2006 to
2010

INTRODUÇÃO

A Mortalidade Materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como sendo a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após o término da mesma, independentemente de sua duração e localização, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada pela mesma, ou a medidas tomadas em relação a ela, excluindo-se as causas acidentais ou incidentais¹

Ela é tida como o melhor indicador da saúde da população feminina e um importante indicador social, uma vez que avalia indiretamente a qualidade dos serviços de saúde ofertados e as condições socioeconômicas e educacionais de uma população. Regiões com elevada Razão de Mortalidade Materna (RMM), em geral, são pobres ou subdesenvolvidas e proporcionam uma assistência deficiente às mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal. A maior parte desses óbitos, portanto, seria evitável se condições adequadas de vida e de saúde fossem ofertadas à população. A OMS considera como aceitável uma RMM em torno de dez a, no máximo, 20 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, para um determinado intervalo de tempo².

Em 1994, a OMS introduziu o conceito de “Morte Materna Tardia”, que considera as mortes maternas ocorridas durante a gravidez ou pelo período de 42 dias até um ano após seu término, por causas diretas ou indiretas, excluindo-se as causas acidentais ou incidentais².

Laurenti e Souza¹ classificam a morte materna em Morte Obstétrica e Não-Obstétrica, segundo a causa básica do óbito. Para eles, as Mortes Maternas Obstétricas são subdivididas em Direta e Indireta.

As Diretas são aquelas relacionadas às complicações obstétricas resultantes do estado gravídico-puerperal em si, bem como as consequentes a intervenções, tratamento incorreto e omissões, ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer destas situações tomadas em relação a ele. Elas são consideradas as principais responsáveis pelas mortes maternas nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Destacam-se como as três principais causas diretas a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, as Síndromes Hemorrágicas e as complicações infecciosas.

As Indiretas são aquelas cujas causas resultam de complicações de doenças prévias à gravidez ou que se desenvolvem durante a mesma, sem conexão direta com as modificações do ciclo gravídico-puerperal, mas que possam ter sido agravadas por estas ou pelas condutas tomadas em relação àquele. As cardiopatias representam a principal causa obstétrica indireta de morte materna.

As Mortes Maternas Não-Obstétricas incluem os óbitos devidos a causas incidentais ou acidentais, não relacionadas à gestação ou ao seu manejo, como os homicídios e mortes por trauma. Estas não entram para o cálculo da RMM.

A Morte Materna pode ser classificada, ainda, mediante sua informação na declaração de óbito (DO). Assim, Morte Materna Declarada é todo o óbito no qual as informações registradas na DO permitem classificá-lo como materno. Morte Materna Não Declarada é aquela cujas informações contidas na DO não permitem classificar o óbito como materno, o que só se descobre mediante investigação. Ela será tida como Morte Materna Presumível quando, realizada investigação pormenorizada, possa-se

sugerir como causa básica do óbito, diretamente ou indiretamente, o ciclo gravídico-puerperal.

A catalogação dos dados brasileiros sobre mortalidade materna é realizada pelos órgãos de vigilância epidemiológica e pelos comitês de mortalidade materna, mediante análises das DO e investigações de campo, sendo permanentemente atualizada no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A cada investigação, depara-se com um grande índice de sub-registro de óbitos, o qual se deve ao grande número de óbitos não assistidos e ao mau preenchimento das DO³.

Na Paraíba e no Brasil como um todo, há poucos estudos sobre o tema. Dois estudos que retratam a mortalidade materna no estado paraibano, nas décadas de 80 e 90, foram citados por Sousa⁴ em 2003, e, além deste, uma pesquisa⁵ que avaliou os óbitos maternos na Paraíba entre 2000 e 2004 estão disponíveis na literatura. A RMM paraibana passou de aproximadamente 137 óbitos por 100.000 nascidos vivos, na década de 80, para 62 mortes para cada cem mil nascidos vivos; mas, apesar da queda, ainda é grande o índice de subnotificações das mortes maternas.

O presente estudo teve por objetivo analisar a mortalidade materna declarada no estado da Paraíba, entre os anos de 2006 e 2010. Para tanto, caracterizaram-se os óbitos maternos quanto à sua classificação e os aspectos: local e município de ocorrência da morte materna, período do óbito, forma de resolução da gestação e causa básica do óbito; procurou-se conhecer o perfil sócio-demográfico e a história obstétrica das mulheres envolvidas; calculou-se a RMM referente ao estado, ano a ano; e buscou-se determinar a existência de relação estatística entre as variáveis óbito materno e raça/cor, idade, escolaridade, paridade das mães e número de consultas de pré-natal realizadas.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e correlacional, de base populacional, sobre as mortes maternas declaradas do estado da Paraíba, entre os anos de 2006 e 2010. Foram catalogadas 125 mortes maternas declaradas, tomando-se como base os dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – SES/PB e os dados das DO e Fichas-Síntese de Investigação, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM/DATASUS⁶. Não foram incluídas as mortes maternas presumíveis, uma vez que os dados desses óbitos não constavam do banco de dados da SES/PB e devido ao grande número de investigações não realizadas das “mortes de mulheres em idade fértil com causa de óbito presumível de ser morte materna” – dos 1427 óbitos, 50,3% não foram investigados. Isso só poderia ser confirmado mediante investigação de campo, o que não foi objeto de nosso estudo. A pesquisa também não contemplou os óbitos maternos relativos ao ano de 2011, porque o balanço de óbitos maternos declarados deste ano ainda não havia sido completado pela SES/PB.

Os óbitos maternos foram caracterizados quanto aos seguintes aspectos: período do óbito, forma de resolução da gestação, local e município de ocorrência do óbito e classificação com base em sua causa básica.

O período do óbito incluiu: gravidez; parto; puerpério até 42 dias; e de 43 dias a um ano pós-parto.

A forma de resolução da gestação englobou: parto vaginal, cesárea e abortamento.

O local do óbito incluiu: hospital; outros estabelecimentos de saúde; domicílio; via pública e “outros”.

A causa do óbito constante das DO foram analisadas conforme a 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças⁷, e a classificação do óbito materno obstétrico em direto e indireto baseou-se nos conceitos de Laurenti¹.

As mulheres foram caracterizadas segundo seu perfil sócio-demográfico e história obstétrica, incluindo-se município de residência, idade, cor, escolaridade, estado civil, paridade e número de consultas de pré-natal realizadas.

Quanto à idade, elas foram agrupadas em: 19 anos ou menos; 20 a 29 anos; 30 a 35 anos; mais de 35 anos.

O item raça/cor incluiu: branca, preta, parda, amarela e indígena. Seguindo metodologia adotada por Marinho e Paes⁵, para fim de análise estatística, esta variável foi dividida em dois subgrupos: brancas e não brancas, sendo consideradas neste último as pardas e pretas. As demais opções de cor não foram consideradas, pela inexpressiva importância no montante total na Paraíba.

O nível de escolaridade baseou-se no número de anos de estudo: nenhum; um a três; quatro a sete; oito a 11; e 12 anos ou mais. Igualmente para a viabilização da análise estatística, as mães foram subdivididas em dois subgrupos: menos de oito anos e oito anos ou mais de estudos.

O estado civil agrupou os seguintes: casada, solteira, união estável, viúva e divorciada.

A história obstétrica das mulheres analisou as variáveis paridade e número de consultas de pré-natal. No item paridade, dividiram-se as mães nos grupos: primigesta, secundigesta e multigesta. A avaliação do número de consultas de pré-natal as subdividiu em: nenhuma; uma a cinco; seis ou mais consultas de pré-natal.

Procurou-se verificar a existência de relação estatisticamente significativa entre o óbito materno e as seguintes variáveis: idade, raça/cor, escolaridade, paridade e número de consultas de pré-natal, através dos testes Qui-Quadrado e t de Student.

Calculou-se a RMM para a Paraíba, para cada ano estudado, utilizando-se a fórmula-padrão:

$$\text{RMM} = \frac{\text{No de mortes maternas obstétricas} \times 100.000}{\text{No de nascidos vivos}}$$

No de nascidos vivos

Os dados sobre o número de nascidos vivos foram extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Para o cálculo da RMM corrigida, utilizou-se o fator de correção 1,67 proposto por Luizaga et al⁸, em 2010.

Com o intuito de analisar os dados, utilizou-se o pacote estatístico *PASW* (PredictiveAnalytics Software), versão 18, o qual permitiu tabular os dados coletados e realizar estatísticas descritivas, tais como médias, desvios padrões e porcentagens, e as estatísticas inferenciais.

Em conformidade com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES-PB.

RESULTADOS

Entre os anos de 2006 a 2010, ocorreram 6.168 mortes de mulheres com dez a 49 anos, no estado da Paraíba. Destas, 125 foram referentes às mortes maternas declaradas (2,03%), sendo 113 (90,4%) de causas diretas e 12 (9,6%) de causas indiretas. Dos 125 óbitos maternos, 53 (42,4%) constaram como investigados no banco de dados do SIM/DATASUS (Tabela 1).

A RMM calculada entre os anos de 2006 e 2010 foi de 41,03, e seu valor corrigido, 68,52. Os valores mais baixos foram encontrados em 2006 e 2007 – 48,88 e 58,18 respectivamente –; sendo os mais altos registrados nos anos de 2009 e 2010 – 85,25 e 81,21, respectivamente. Nesse período, houve uma média de 25 óbitos maternos, com destaque para o ano de 2009, que registrou o maior número de casos, 31 (Figura 1).

Das 125 mortes maternas, 41 (33%) ocorreram em João Pessoa; 54 (43%), em Campina Grande; 14 (11%) em cinco grandes municípios do interior que possuem maternidades; e as restantes (13%) ocorreram em pequenos municípios paraibanos e fora de nosso estado (Figura 2).

Em relação ao município de residência das mulheres, observaram-se as elevadas porcentagens nas duas maiores cidades do estado, João Pessoa (23%) e Campina Grande (14%); o maior número de óbitos (54%), no entanto, coube às mães provenientes dos pequenos e numerosos municípios da Paraíba (Figura 3).

Em relação aos dados sócio-demográficos das mulheres, encontrou-se maioria das mulheres na faixa etária dos 20 aos 29 anos (48,78%), seguidas por aquelas com idade entre 30 e 35 anos (21,95%); 19 anos ou menos (17,07%); e mais de 35 anos (12,2%). Houve predomínio de mulheres não-brancas (79,6%) em relação às brancas (20,3%) – e em apenas em dois casos o item raça/cor não esteve registrado. A maioria

das mães (78,1%) possuía menos de oito anos de estudos; 9,6% tinham de oito a 11 anos de estudo e apenas duas pacientes (1,6%) tinham nível superior – e em 48,8% dos 125 casos não se informou o grau de escolaridade das mães. Observou-se um número expressivo de mulheres solteiras (48%), representando o dobro daquelas casadas (24%); duas (1,6%) viviam sob união estável e em 26,4% dos casos tal variável foi ignorada.

Em relação à história obstétrica das pacientes, dos 53 óbitos investigados, apenas um não possuía registros sobre a paridade e o número de consultas de pré-natal realizadas. Dentre as 52 pacientes, 21 delas eram primigestas (40,3%); 14, secundigestas (27%); e 17 tinham três ou mais gestações (32,7%). A maioria (48%) havia realizado seis ou mais consultas de pré-natal; 22 mães (42,3%) tinham entre uma e cinco consultas; e cinco delas (9,7%) não realizou pré-natal.

Quanto ao local e período de ocorrência do óbito e à forma de resolução da gestação, tem-se que a maior parte das mortes (96%) se deu em ambiente hospitalar; houve dois óbitos (1,6%) em domicílio e em via pública, cada. Dos 125 óbitos, quase 70% se deu no período puerperal até 42 dias; em seguida, veiram os óbitos durante a gestação (16,8%) e parto (6,4 %). Apenas uma morte ocorreu no período de 43 dias a um ano do pós-parto (morte materna tardia) e em 7,2 % dos casos, a época do falecimento não foi registrada, e foi inconclusiva. O parto cesáreo foi realizado em 65 casos (59%), contra apenas 11 (10%) partos vaginais. Encontrou-se um índice de abortamentos de 4,6% (cinco casos) e em 26,4% das DO essa informação foi inconclusiva.

Sobre as causas dos óbitos, houve predominância das obstétricas diretas (90,4%) em detrimento às indiretas (9,6%). Dentre as causas diretas, destacaram-se as síndromes hipertensivas gestacionais (31,9%), seguidas pelas síndromes hemorrágicas (29,2%) e infecção puerperal (22,1%). Um menor número de casos deveu-se a complicações de

abortamento, prenhez ectópica e acidente anestésico durante o parto. Nas causas indiretas, sobressaíram as doenças cardiovasculares pré-existentes (4%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e aparelho digestivo (1,6% cada), e por “outro grupo de doenças especificadas complicando gravidez, parto e puerpério” (2,4%), conforme esteve registrado na DO (Tabela 2).

Ao testarmos o grau de associação entre algumas variáveis e o óbito materno, encontramos que, para nossa amostra, não existiu relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o óbito (valor $\chi^2 = 7,29$ e $p = 0,12$); e entre a raça/cor e o óbito materno (valor do χ^2 igual a 0,29 e $p > 0,05$, para um grau de liberdade de 2; valor V de Cramer = 0,05). Ao tentarmos verificar diferenças entre as médias das variáveis idade, paridade e número de consultas de pré-natal em relação às causas de óbito materno, através do Teste *t de Student*, descobriu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de consultas de pré-natal e a causa do falecimento [$t(50) = 0,60$; $p = 0,54$] e entre a idade materna e a causa de óbito [$t(117) = -0,86$; $p = 0,39$]. Não obstante, considerada a variável paridade, perceberam-se diferenças significativas quanto às causas de morte [$t(50) = -2,1$; $p < 0,05$], sugerindo que o número elevado de gestações associa-se a uma maior a probabilidade de morte por causa indireta.

Verificamos, através do Teste do Qui-Quadrado de uma variável, que o padrão das causas de óbito materno encontrado neste estudo pode ser encontrado na população (valor do χ^2 igual a 41,9, com grau de liberdade igual a 6 e $p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para uma elevada RMM para o estado da Paraíba, entre os anos de 2006 e 2010, com RMM corrigida da ordem de 68,52 por 100.000 nascidos vivos. Esse valor se encontra próximo ao estabelecido em 2002 por Costa et al.⁹ para a cidade do Recife e por Laurenti et al.¹⁰ para o Nordeste, em 2004, sendo superior ao encontrado por Marinho e Paes⁵ em estudo realizado na Paraíba, sobre os anos de 2000 a 2004 – a RMM passou de 61,9 para 68,52. É importante destacar não apenas o fato de esses valores estarem acima do aceitável pela OMS, mas a observação de que esses cálculos foram realizados tomando como base apenas as mortes maternas declaradas, sendo alarmante pensar em estatísticas ainda superiores caso os óbitos sub-registrados tivessem entrado para o cálculo!

O maior percentual de óbitos se deu nos dois maiores municípios paraibanos: João Pessoa (33%) e Campina Grande (43%), refletindo a grande demanda obstétrica a que os hospitais dessas duas cidades dão suporte, concentrando 76% dos atendimentos de toda a Paraíba. Este fato, se por um lado pode pôr em prejuízo a qualidade do atendimento ofertado às gestantes nessas cidades, por outro implica na necessidade de implantação de redes especializadas em atendimento obstétrico de melhor qualidade, distribuídas de forma mais equilibrada pelo estado. Outro ponto que merece destaque é o grande percentual de óbitos verificado entre as pacientes residentes nessas duas cidades: dos 41 óbitos ocorridos em João Pessoa, 21 (51,2%) foram de pacientes que lá residiam; já em Campina Grande, 24% dos óbitos (13 das 54 pacientes) corresponderam às mães residentes ali. Tal constatação, sobretudo a verificada em relação a João Pessoa, põe em dúvida a real efetividade do acompanhamento que as mulheres estejam recebendo em algum momento de seu ciclo gravídico-puerperal.

Chamou-nos à atenção o elevado percentual de óbitos maternos presumíveis e mesmo declarados não investigados, conforme registros do SIM/DATASUS. Considerando que é obrigação dos municípios de residência dessas mulheres as investigações desses casos de óbito e, indiretamente, do Comitê de Mortalidade Materna do estado da Paraíba a supervisão do andamento das mesmas, ressaltamos o quão mal dimensionada está sendo a magnitude desse problema em nosso estado.

A preponderância dos óbitos entre as mulheres não-brancas (pardas e pretas), correspondente a 79,6% das mortes, assemelha-se aos referidos por Marinho e Paes⁵, porém o nosso achado de que não existe associação estatisticamente significativa entre essa variável e o óbito materno ($p > 0,05$) contrapõe-se ao desse mesmo estudo e ao realizado em Porto Alegre¹¹, que encontraram maior taxa de morte nestas pacientes ($p = 0,04$). Marinho e Paes sugeriram, ainda, que mulheres não-brancas tem uma chance 3,5 maior de morte por causa obstétrica direta.

Quanto à idade materna, o maior percentual de óbitos maternos na faixa etária dos 20 aos 29 anos (48%), época da maior atividade reprodutiva entre as mulheres, corrobora os achados da maioria dos estudos^{4,5,9,11,12,13,14}. Não houve, porém, em nossa casuística, relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade e óbito materno ($p = 0,39$), apesar de esta variável ser considerada como importante aspecto na avaliação do risco de morte materna, o qual tende a ser maior nos extremos de idade.

Em nosso estudo, 50 das 64 mulheres cujo grau de escolaridade esteve registrado, o que representa 78% destas, possuíam menos de oito anos de estudos – dado que reflete a carência educacional ainda considerável no estado paraibano. Não se verificou, porém, relação estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e óbito materno ($p = 0,12$). Este achado também não refletiu o que se discute na literatura,

que aponta o nível educacional das mães como sendo inversamente proporcional ao índice dos óbitos verificados^{10,12,14}.

Quanto ao estado civil, mostrou-se haver predomínio das mulheres solteiras (48%), o que também foi verificado por Melo e Knupp¹⁵, no Rio de Janeiro, e por Riquinho e Correia¹⁶, em Porto Alegre. O estado civil das mães é ainda pouco avaliado na maior parte dos estudos sobre mortalidade materna, apesar de ele ser relacionado indiretamente ao óbito materno, de acordo com a CPI da Mortalidade Materna¹⁷, segundo a qual mulheres solteiras apresentam maior chance de óbito, considerando a perda em sua rede de apoio social como fator contribuinte para este evento.

Quanto à história obstétrica das mulheres em cuja DO essa informação constou (52 mães), chamou-nos a atenção o fato de que a maior parte delas (48%) havia realizado seis ou mais consultas de pré-natal, seguido por 22 (42,3%) que tiveram entre uma e cinco consultas realizadas, o que superou as estatísticas de outros estudos^{9,11,18}. Apesar da falta dessa informação em 58,4% das 125 mortes, isso pode sugerir que a cobertura de pré-natal em nosso estado esteja sendo cada vez maior. A inexistência de associação estatisticamente significativa entre o número de consultas de pré-natal e o óbito materno ($p=0,54$) também foi verificada em estudo realizado em Porto Alegre¹¹, o qual, porém, não detectou haver relação entre a paridade e o óbito materno ($p>0,05$).

Esse estudo registrou que a maior parte dos óbitos maternos (96%) ocorreu em ambiente hospitalar, dado que se mostra unânime em todos os estudos comparados. O elevado número de mortes maternas em ambiente hospitalar nos remete a pensar na possível assistência médica inadequada que as gestantes, parturientes e puérperas estejam recebendo nos hospitais de nosso país, como também na insuficiência e/ou mau uso de insumos hospitalares básicos e outras tecnologias duras que poderiam estar

evitando complicações potencialmente evitáveis, como por exemplo as hemorrágicas e as infecciosas.

Quanto ao período de ocorrência do óbito e à forma de resolução da gestação, encontrou-se prevalência de óbitos no puerpério até 42 dias (68,8%) e da operação cesariana (59% dos casos). Destaque semelhante ao óbito no período puerperal também foi encontrado por Andrada et al.¹⁸ em Santa Catarina e por Andrade et al.¹⁹ em Juiz de Fora. A prevalência da cesariana em detrimento à realização do parto eutócico também foi encontrada em proporções semelhantes nos outros estudos analisados, os quais apontam um risco relativo de morte associado ao procedimento cirúrgico de dez a 28 vezes maior, sobretudo quando realizado de forma indiscriminada.

Como em todas as casuísticas de mortes maternas dos estudos analisados, verificamos uma prevalência das causas obstétricas diretas – 90,4% contra 9,6% das causas indiretas. Tais valores, entretanto, diferenciam-se de alguns dos registrados até então, que oscilam entre 62% a 85%, para as causas diretas, e entre 12,5% a 38% para as causas indiretas, com destaque para o fato de que os valores mais baixos de causas diretas e mais altos de causas indiretas foram encontrados nas regiões mais desenvolvidas do país – Sudeste e Sul. Na Paraíba, entre os anos de 2000 e 2004, registraram-se 84,4% dos óbitos maternos como sendo de causa direta e 15,6% de causa indireta, índices dos quais os nossos não se afastaram consideravelmente. Considerando-se que as causas diretas de óbito materno são as potencialmente evitáveis, ambos os estudos refletem a situação preocupante em que ainda se encontra o nosso estado no tocante à assistência à saúde da mulher, mais particularmente em seu ciclo gravídico-puerperal.

Entre as causas obstétricas diretas, encontramos as síndromes hipertensivas como as principais responsáveis (28,8%), achado que também se verifica na quase

totalidade dos estudos comparados. Das 36 pacientes que vieram a óbito por essa causa, 16 delas possuíam registros mais detalhados de sua história obstétrica, donde se observou que quase 70% destas eram primigestas, tinham idade média de 22 anos e haviam realizado um pré-natal satisfatório (mais do que seis consultas). Apenas cinco das 16 mães eram múltiparas, com média de idade de 32 anos e, em sua maioria, possuíam uma média de duas a três consultas de pré-natal. Estes achados corroboram a nuliparidade como fator de risco importante para a doença hipertensiva gestacional.

Sucedendo às síndromes hipertensivas gestacionais, vieram as síndromes hemorrágicas (26,4%) e a infecção puerperal (20%). Estas constatações refletem a precária assistência hospitalar que a maioria das pacientes possam estar recebendo em nosso estado, uma vez que tais complicações são potencialmente evitáveis se houver uma equipe de saúde devidamente capacitada para prestar uma adequada assistência ao parto e ao puerpério, e se os hospitais estiverem devidamente abastecidos dos insumos indispensáveis a uma boa assistência à saúde da população.

O índice de abortamentos registrado (4,6%), por sua vez, encontrou-se muito aquém dos referenciados por diversos autores^{9,10,12,14,19}, os quais giram em torno de 9% a 14,9%. Isso certamente se deve ao elevado índice de sub-registros dos abortamentos realizados e pelo fato de a maioria desses casos ocorrerem de forma clandestina e sem que haja algum tipo de assistência médica posteriormente, sobretudo nos municípios mais pobres do estado paraibano.

Entre as causas obstétricas indiretas (9,6%), sobressaíram as doenças cardiovasculares (4% no total das 125 mortes; 41,6% no grupo das indiretas), porém numa taxa inferior às registradas em todas as outras casuísticas. Encontramos uma relação estatisticamente significativa entre a paridade e o óbito materno por causas indiretas ($p < 0,05$), donde se sugere que a paridade elevada associa-se a uma maior a

probabilidade de morte por causa indireta. Isso talvez se tenha devido ao fato de as múltiparas de nossa amostra possuírem idades mais avançadas, iguais ou superiores a 32 anos, época em que as doenças crônico-degenerativas passam a ser mais incidentes no adulto, a exemplo das cardiovasculares. Deve-se ressaltar, no entanto, que este resultado possa ter sido obtido por um possível viés de informação, uma vez que em apenas 52 (41,6%) mulheres a história obstétrica esteve registrada nos dados analisados.

Este achado, como também todos os demais até aqui explanados, reforça também o quanto são importantes as investigações pormenorizadas das mortes maternas, com investigações complementares de campo – o que não foi contemplado no presente estudo, mas poderá sê-lo em pesquisas futuras, incluindo aí também as mortes maternas presumíveis –, no sentido de se buscar o maior número de informações fidedignas sobre esse importante indicador social, para que sejam melhoradas as políticas de assistência à saúde feminina e materna, cuja repercussão e importância globais são inegavelmente reconhecidas para toda a sociedade.

Nosso estudo pretende colaborar com a pesquisa sobre temática tão relevante que é a mortalidade materna, em parte pela ainda insuficiente quantidade de estudos envolvendo este tema; noutra parte, por se tratar de indicador social importante para se avaliar indiretamente a qualidade dos serviços de saúde de uma população. Ousamos intentar que nossos achados, aliados aos dos outros estudos, sirvam de estímulo aos órgãos de vigilância epidemiológica, para que se empenhem cada vez mais em dar uma maior cobertura possível na investigação dos óbitos maternos; aos profissionais de saúde, para fiscalizem sempre a si mesmos quanto à qualidade e adequação das condutas adotadas no cuidado com a saúde dessas pacientes; e aos órgãos político-administrativos do nosso estado e do país, para que invistam mais em educação e

ofereçam políticas de saúde mais eficazes, em todos os níveis de atenção à saúde da população.

AGRADECIMENTOS

À Josefa Ângela Pontes e Damião Souza, pela solicitude e fornecimento do banco de dados sobre as mortes maternas da SES-PB;

A Renan Pereira e Rebecca Athayde, pela contribuição nas análises estatísticas realizadas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Laurenti,R. Marcos referenciais para estudos e investigações em Mortalidade Materna. Rev Saúde Pública, São Paulo, 1988; 22: 507-12
2. Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. Com Ciências Saúde, 2011; 22(1): 141-152.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno, Brasília, DF, 2009.
4. Sousa ESS. Análise da mortalidade materna no município de João Pessoa-Paraíba. João Pessoa, 2003.
5. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, 2010; 44(3): 732-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Sistema de Informações sobre Mortalidade. [citado 2012 Ago 10]. Disponível em:
<<http://200.214.130.44/sim/>>
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10ª revisão. São Paulo: EDUSP,1994.
8. Luizaga CTM, Gotlieb SLD, Mello Jorge MHP, *et al.* Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. Epidemiol Serv Saúde, Brasília, 2010; 19(1): 7-14.
9. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. Rev Bras Ginecol Obstet, Rio de Janeiro, 2002; 24(7): 455-462.

10. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. São Paulo, 2004; 7(4):449-60.
11. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi- Stuczinski J, Brietzke E. Morte materna em um hospital terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(6): 431-36.
12. Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna no município de Ribeirão Preto-SP- no período de 1991 a 1995. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(3): 70-6.
13. Parpinelli MA, Faúndes A, Surita FGC, Pereira BG, Cecatti JG. Mortalidade materna no município de Campinas, no período de 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1999; 21(4): 227-32.
14. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 397-403.
15. Melo ECP, Knupp VMAO. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12: 773-9.
16. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3): 303-7.
17. Brasil. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI Da Mortalidade Materna. Brasília ,DF, 2000.
18. Andrada AAC, Vitorello DA, Neto JAS. Mortalidade materna no estado de Santa Catarina durante o ano de 2001. *Arq Catarin Medicina*. 2003:53-64.
19. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araujo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observação em uma maternidade escola. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2006; 28(7): 380-7.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Distribuição de frequências dos casos de mortes femininas e mortes maternas entre os anos de 2006 e 2010

ANO	MORTES FEMININAS (10 a 49 anos)	MORTES MATERNAS	CLASSIFICAÇÃO DA MORTE MATERNA		ÓBITOS INVESTIGADOS		NASCIDOS VIVOS	RMM	RMM Corrigida
			DIRETA	INDIRETA	SIM	NÃO			
2006	1161	18	15	3	0	18	61.480	29,27	48,88
2007	1179	21	19	2	1	20	60.266	34,84	58,18
2008	1288	26	25	1	12	14	62.841	41,37	69,08
2009	1253	31	29	2	23	8	60.718	51,05	85,25
2010	1287	29	25	4	17	12	59.628	48,63	81,21

*RMM = Razão de Mortalidade Materna

Tabela 2. Distribuição da frequência dos óbitos maternos no estado da Paraíba (2006 - 2010) de acordo com a classificação e a causa básica

Causa Básica	Frequência Absoluta	%
Mortes Obstétricas Diretas	113	90,4
Síndromes Hipertensivas Gestacionais	36	28,8
Síndromes Hemorrágicas	33	26,4
Infecção Puerperal	25	20,0
Complicações de Abortamento	5	4,0
Gravidez Ectópica	5	4,0
Embolia Âmnio-caseosa	8	6,4
Outras	1	0,8
Mortes Obstétricas Indiretas	12	9,6
Doenças Cardiovasculares	5	4,0
Doenças do Aparelho Respiratório	2	1,6
Doenças do Aparelho Digestivo	2	1,6
Outras	3	2,4
TOTAL	125	100

Figura 1. Número de óbitos maternos, razão de mortalidade materna e razão corrigida no estado da Paraíba (2006-2010).

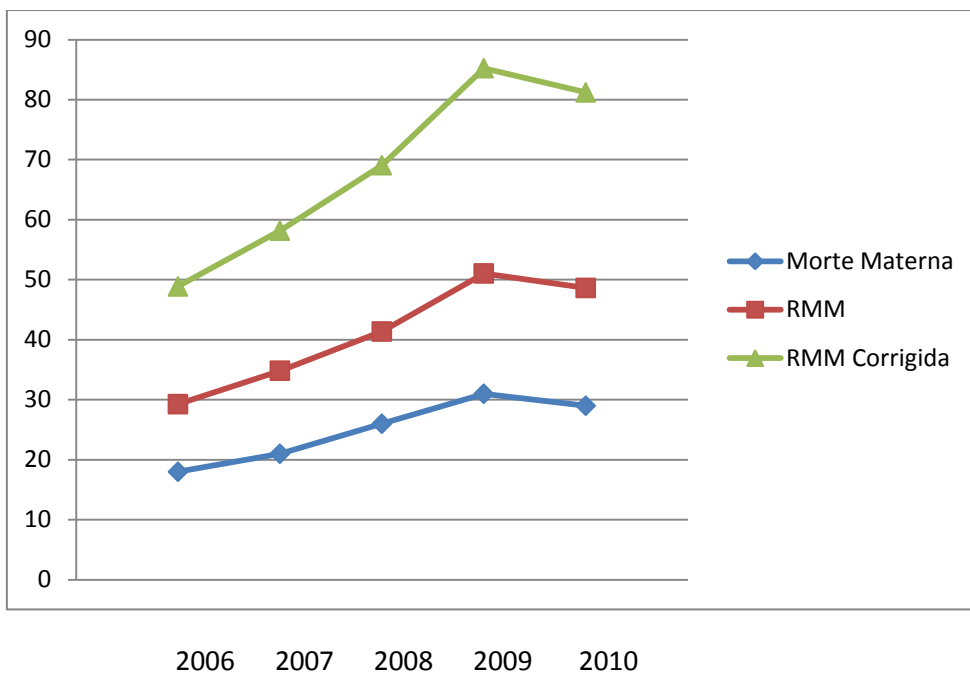


Figura 2. Município de ocorrência do óbito das mulheres paraibanas

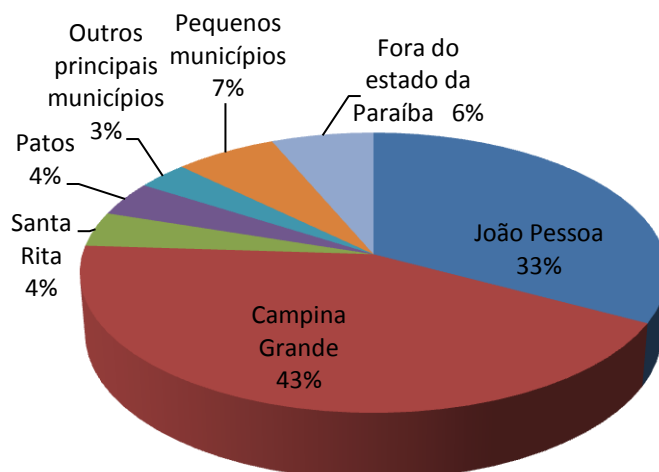


Figura 3. Município de residência das mães paraibanas que vieram a óbito

