

Caracterização epidemiológica da mortalidade materna no estado do Amazonas

Epidemiological characterization of maternal mortality in amazon state

DOI:10.34119/bjhrv4n3-032

Recebimento dos originais: 05/04/2021

Aceitação para publicação: 03/05/2021

Raul dos Santos Reis

Enfermeiro especialista em UTI Neonatal e adulto, Enfermagem Obstétrica
Universidade do Estado do Amazonas
Endereço: Rua da prosperidade, 423, Nova esperança – Manaus/AM
E-mail: raulreis9@gmail.com

Anderson Figueiredo Pires

Especialista em Unidade em Terapia Intensiva
Hospital Militar do Amazonas
Endereço: Rua da prosperidade, 423, Nova esperança – Manaus/AM
E-mail: andersonfigueiredo@hotmail.com

Antônio Wericon Nascimento de Oliveira

Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família
Fundação Hospital Adriano Jorfe-FHAJ
Endereço: Rua vasconcelos chaves, 317, São Francisco – Manaus/AM
E-mail: wericonoliveira2013@gmail.com

Eline Araújo de Oliveira

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica
Hospital Universitário Getúlio Vargas-HUGV
Endereço: Rua comandante noberto wongal, 209, Da Paz.
E-mail: elinearaujoo@icloud.com

Flávia Maia Trindade

Especialista em UTI adulto e Obstetrícia
Universidade do Estado do Amazonas
Endereço: Rua Jitaúna, 17, Flores – Manaus/AM
E-mail: fm.trindade@hotmail.com

Katiúscia Matos Costa Cruz

Enfermeira especialista em Enfermagem do trabalho
Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins
Endereço: Rua fortaleza, 2464, Emílio Moreira – Parintins/AM
E-mail: katiusciamatos213@gmail.com

Regiane Carneiro Bezerra

Especialista em Obstetrícia e Ginecologia
Hospital Universitário Getúlio Vargas-HUGV
Endereço: Rua 229, casa 05, núcleo 21, quadra 406, Cidade Nova 5
E-mail: regiane_kt@hotmail.com

Tayná Ferreira de Souza

Enfermeira especialista em Neonatologia
Universidade do Estado Amazonas
Endereço: Av. Codajás, 1112, Cachoeirinha – Manaus/AM
E-mail: tayna22_fsouza@hotmail.com

RESUMO

O elevado número de morte materna demonstra uma das mais graves transgressões aos direitos humanos das mulheres. Valores da mortalidade materna são altos no Brasil, sendo maior do que em países desenvolvidos. O objetivo deste estudo foi caracterizar os óbitos maternos no Amazonas, identificando as principais causas e verificando sua distribuição sociodemográfica. Estudo descritivo, epidemiológico, realizado em Manaus-AM, no ano de 2020, utilizando dados do Departamento de Informática do Sistema Único (DATASUS). Foram identificados 293 óbitos maternos no Amazonas. Cerca de 40,27 (n=118) das mulheres encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 71,67% (n=210) eram da raça parda, 39,25% (n=115) possuíam 8 a 11 anos de escolaridade, 60,75% (n=178) eram solteiras e 53,24% (n=156) eram provenientes do interior do estado. O Amazonas apresenta as mais altas taxas de mortalidade materna em comparação a outros estados, o estudo tem potencial para contribuir com evidências para a melhoria da assistência.

Palavra -Chave: Mortalidade Materna, Assistência à Saúde, Epidemiologia, Obstetrícia.

ABSTRAC

The high number of maternal deaths demonstrates one of the most serious violations of women's human rights. Maternal mortality numbers are high in Brazil, higher than in developed countries. The aim of this study was to characterize maternal deaths in Amazonas, identifying the main causes and verifying their sociodemographic distribution. Descriptive, epidemiological study, conducted in Manaus-AM, in 2020, using data from the Departamento de Informática do Sistema Único (DATASUS). 293 maternal deaths were identified in Amazonas. About 40.27 (n = 118) of the women were in the age group of 20 to 29 years, 71.67% (n = 210) were brown race, 39.25% (n = 115) had 8 to 11 years of schooling, 60.75% (n = 178) were single and 53.24% (n = 156) were from the interior of the state. Amazonas has the highest maternal mortality rates in comparison to other states, the study has the potential to contribute with evidence to improve care.

Keyword: Maternal Mortality, Delivery of Health Care, Epidemiology, Obstetrics.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), no ano de 2017, aproximadamente, 810 mulheres foram a óbito por dia, por causas relacionadas a gestação e parto, dentre elas, a maior parte das causas foram consideradas evitáveis. A Classificação de Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID) define a mortalidade materna como a morte de uma mulher enquanto gestante ou até 45 dias após o término desta, não interessando na duração ou localização da gravidez, com exceção de causas não intencionais ou incidentes⁽¹⁾.

A mortalidade materna pode ter suas causas divididas em diretas e indiretas. É considerado como direta as causas que resultam em complicações do ciclo gravídico-puerperal, que ocorreram por conta de omissões, tratamento incorreto, assistência de má qualidade e agravos oriundos por essas práticas. As causas diretas incluem: doenças hipertensivas (eclâmpsia, pré-eclâmpsia, síndrome de HELPP), infecções puerperais e hemorragias⁽²⁾.

Quanto as causas indiretas, são aquelas que se originam de doenças pré-existentes da mãe ou desenvolvidas durante a gravidez, que não são ocasionadas por causas obstétricas em si, mas que se intensificam e agravam durante o processo. Dentre as causas mais frequentes cita-se: diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares⁽³⁾.

Este grave problema de saúde pública é prevalente em países em desenvolvimento, como Brasil e África Subsaariana. Utiliza-se a Razão de Mortalidade Materna (RMZ) como um importante e excelente indicador da saúde da mulher, e de forma indireta, do nível de saúde da população em geral, colaborando com aplicações de programas e ações de atenção à saúde. A RMZ é a expressão que estima o risco de morte por gestação devido a complicações com a gravidez, parto e puerpério divididas pelo número de nascidos vivos no período⁽⁴⁾.

Visto a dificuldade enfrentada no Amazonas quanto ao acesso à saúde em locais distantes e de difícil acesso, em decorrência das características geográficas, demográficas e sociais, onde em muitos lugares a única forma de acesso é por meio fluvial ou aéreo, encontra-se grande dificuldade de realizar notificações, ocasionando as subnotificações, que geram um falso número da realidade de óbitos no Amazonas.

Diante do exposto, encontra-se a necessidade identificar a RMM no estado do Amazonas, a fim de subsidiar estratégias de avaliação e controle dos programas e ações governamentais já implementados, além de incentivar a assistência obstétrica de qualidade visto que muitas causas da MM são evitáveis, podendo assim despertar o

incentivo de encontrar melhores condutas para que a taxa de mortalidade materna seja reduzida no Amazonas.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo caracterizar os óbitos maternos no Amazonas, identificando as principais causas e verificando sua distribuição sociodemográfica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DETERMINANTES DE ÓBITO MATERNO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Conforme o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez. Os elevados número de mortes maternas demonstram uma das mais graves transgressões de direitos humanos das mulheres, devido ao fato de serem evitáveis em grande parte dos casos e predominarem em países subdesenvolvidos, sendo neste último, eventual em diversas instituições de saúde. Associado a isso, a subnotificação dificulta e amplia os custos dos estudos epidemiológicos para definir os fatores de risco e determinantes⁽⁵⁻⁷⁾.

Segundo o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento de 2014, os valores da mortalidade materna são altos no Brasil, sendo maior do que em países desenvolvidos. No entanto, no período de 1990 e 2011, houve uma redução na taxa com decréscimo de 3,7% ao ano, fato este explicado pelo aumento da abrangência de atendimento pré-natal e importância do parto hospitalar, melhoria socioeconômica das famílias e a diminuição da taxa de fecundidade⁽⁸⁾.

Com as semelhanças das condições entre as mulheres que tiveram complicações graves e sobreviveram e as mulheres que foram a óbito, desenvolveu-se o conceito de *Near Miss Materno* (NMM) que é um momento de quase morte ocasionado por eventualidades graves nesse público durante a gravidez, parto, puerpério, e é utilizado como indicador em outros países morbidade materna grave. Dados do Nascer do Brasil evidenciam que a incidência de NMM foi de 10,2 por mil nascidos vivos que, quando comparado com países desenvolvidos, o valor é três vezes maior, sendo a maior taxa entre mulheres na idade fértil e com cesarianas anteriores^(5,7,9).

A Hemorragia Pós-Parto (HPP), consiste em uma causa de mortalidade obstétrica direta e trata-se de um sangramento excessivo manifestada após partos vaginais ou cesarianos, podendo levar a distúrbios de coagulação, insuficiência renal, choque hipovolêmico, síndrome de *Sheehan* e desconforto respiratório no adulto. Dentre os

fatores que contribuem para essa complicação, destacam-se a multiparidade, a placenta anômala e retida, parto prolongado e instrumentado, pré-eclâmpsia, dentre outras, podendo levar a mulher a óbito dentro de 120 minutos, principalmente se ela estiver sem acompanhante⁽¹⁰⁾. Dentre as recomendações feitas pela OMS para prevenção de HPP, realça a importância do uso de ocitocina durante a terceira fase do parto vaginal ou cesariana, caso haja disponibilidade na unidade de saúde.

As alterações fisiológicas durante a gravidez, como taquicardia e leucocitose, podem mimetizar parte dos resultados aguardados em uma infecção e postergar o reconhecimento da sua manifestação ou gravidade. Um estudo feito em 27 maternidades nas regiões do Brasil evidenciou que 5,3% de casos de morbidade materna foram associados a infecção severa, sendo esta, responsável por um quarto de todos os *near miss* maternos (23,6%) e quase metade (46,4%) das mortes maternas, com uma proporção de *near miss* materno para mortalidade materna três vezes (2,8:1) maior que o de casos sem infecção (7,8:1), com um alto índice de mortalidade (26,3%)⁽¹¹⁾.

A pré-eclâmpsia é uma situação que pode ocorrer na gravidez, geralmente acompanhada de hipertensão e proteinúria. Estudos randomizados demonstraram que os agentes antiplaquetários se mostram eficazes e proporcionam segurança entre mulheres com risco moderado ou alto de apresentar a doença⁽¹²⁾. A hipertensão na gravidez foi apontada como a primeira causa de morte entre raça/cor consideradas, sendo a maior taxa entre as mulheres de cor preta. Além disso, o descolamento prematuro da placenta também foi superior ao analisado entre as brancas e pardas, e o óbito por aborto demonstrado entre as mulheres pretas e pardas^(4,5).

Outro fator importante que influencia na mortalidade materna é a necessidade de capacitação de profissionais de saúde sobre as habilidades necessárias para a prevenção da morte materna e sensibilizar as governanças e gestores de saúde para o desenvolvimento de ações que previnam esses problemas. A ausência de atenção e compromisso com a paciente pode ser um fator determinante na mortalidade materna, desrespeitando a políticas nacional de humanização do parto e do puerpério⁽¹³⁾.

Os preenchimentos incompletos ou incorretos das declarações de óbito materno podem contribuir para fragilidade dos dados de mortalidade materna. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios

irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania^(4,14).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

No Brasil, a atenção à saúde da mulher integrou às políticas públicas de saúde no século XX. Na década de 60 houve um destaque nos programas de controle de natalidade, com isso, o foco da atenção à saúde estava vinculado ao ciclo gravídico-puerperal postergando a atenção às reais necessidades das mulheres. A atenção integral à saúde da mulher foi oficializada pelo Ministério da Saúde apenas na década de 80, após o engajamento do movimento feminista na luta pelos seus direitos e por melhores condições na assistência. Atualmente, o conceito de saúde da mulher integra os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção⁽¹⁵⁾.

A saúde materno-infantil é pauta no cenário da atenção no Brasil desde 1940, com a construção do Departamento Nacional da Criança que tinha como foco o cuidado com a gravidez e amamentação. A Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada pelo Ministério da Saúde (MS) estabelece ações coletivas que proporcionam uma assistência à saúde na atenção básica (AB) de forma integral, universal e equânime. As ações de saúde no pré-natal englobam a classificação de risco gestacional desde a primeira consulta, além da suplementação alimentar para gestantes com baixo peso, vacinação antitetânica, avaliação do puerpério, acompanhamento odontológico entre outros cuidados caracterizando a assistência ao pré-natal como um acolhimento ao trinômio (mãe, bebê e parceiro) do início ao fim da gestação que proporcione o desfecho favorável⁽¹⁶⁾.

O modelo de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento no Brasil é reconhecido pelo excesso de intervenções obstétricas que acarretam um desfecho desfavorável aos resultados maternos e perinatais, pois estas intervenções são estabelecidas como rotinas na assistência ao binômio ou não baseada na melhor evidência clínica. Neste contexto, as políticas públicas têm como foco qualificar a atenção ao parto e nascimento⁽¹⁶⁾.

A pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento* coaduna com a pesquisa citada anteriormente, afirma que quase um milhão de mulheres realizam cesariana sem indicação obstétrica, assistência que expõe as mulheres um maior risco de morbimortalidade e gastos desnecessários dos recursos públicos⁽⁸⁾.

O nascimento institucionalizado se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos para tornar o parto mais seguro para o binômio (mãe e bebê). Os avanços

na assistência obstétrica contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbimortalidades materna e perinatais, contudo constituiu um modelo de assistência que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, contribuindo na exposição as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal têm como objetivo promover mudanças na prática clínica padronizando as práticas assistências, diminuir as variações nas condutas dos profissionais, redução das intervenções desnecessárias na assistência ao parto normal e seus agravos, difundir às práticas baseadas em evidências e disseminar o respeito e a autonomia da mulher nas tomadas de decisões ⁽¹⁷⁾.

A Rede Cegonha foi instituída em junho de 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) como uma rede de cuidados que garante à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Medidas estas para assegurar a melhora ao acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento do pré-natal e da assistência ao parto. A Rede Cegonha teve como objetivos implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com o foco na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenrolamento da criança, reorganizar a rede de atenção à saúde materno-infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal ⁽¹⁸⁾.

Na pesquisa “Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos” (2019), que após os estudos *Nascer no Brasil*, avaliação da Rede Cegonha e *Nascer Saudável*, expressam um aumento significativo do acesso à tecnologia apropriada ao parto e nascimento entre os anos de 2011 e 2017, contudo há a necessidade de melhorias no setor público e privado.

Conforme a pesquisa citada anteriormente, metade das mulheres atendidas no setor público foi ofertado às práticas benéficas e de baixo custo, conforme o manual de cuidado intraparto da Organização Mundial da Saúde (OMS). No setor privado apenas um terço das mulheres tiveram os métodos não farmacológicos ofertados durante a assistência, sendo predominantemente a utilização da analgesia farmacológica. Por outro lado, em ambos os setores, mais da metade das entrevistadas observou intervenções desnecessárias.

A Portaria N°569, de 1 de junho de 2000 institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que deve ser articulo pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e

assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos para ampliar o acesso a ações e qualidade da assistência obstétrica. O programa é estruturado em diretrizes para garantir o acesso a atendimento digno e de qualidade, garantir acompanhamento no pré-natal adequado, acesso a maternidade no momento do parto, assistência ao parto de forma humanizada, assistência ao recém-nascido de forma humanizada. O programa garante ainda o incentivo à assistência pré-natal, a organização, regulamentação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal e uma nova sistemática de pagamento de assistência ao parto ⁽¹⁹⁾.

Conforme as diretrizes do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, a assistência pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada está associada ao conjunto de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, com acesso fácil aos serviços de saúde de qualidade, com ações em todos os níveis de atenção, do atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco ⁽¹⁶⁾.

3 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, epidemiológico, de base populacional, realizado em Manaus-AM, no período de agosto de 2020, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), por meio do Departamento de Informática do Sistema Único (DATASUS). A população do estudo foi composta pelas notificações de mulheres gestantes residentes no Amazonas que foram à óbito na gestação, parto ou aborto e durante o puerpério até 42 dias após o término da gestação (óbito materno), no período de 2014 a 2018, no Estado do Amazonas.

Foram coletadas as variáveis maternas referente à faixa etária, raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência do óbito, período de ocorrência do óbito e local de residência. Ademais, foram coletados os dados referentes aos óbitos ocorridos por categoria da Classificação Internacional de Doenças 10^a versão (CID-10), considerando o capítulo XV (gravidez, parto e puerpério), tendo como causa básica do óbito a categoria O00-O99 e B20-B24.

A faixa etária materna foi categorizada em: menor que 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. A raça foi dividida em: branca, preta, amarela, parda e indígena. A escolaridade foi estratificada em anos, sendo: nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 anos ou mais. O estado civil foi classificado em: solteira, casada, viúva, separada judicialmente e outros. Como local de ocorrência do óbito, dividiu-se em:

hospital, domicílio, outro estabelecimento de saúde e outros. O local de residência foi estratificado em capital e interior. O período de óbito materno foi categorizado em: durante a gravidez, parto ou aborto; durante o puerpério até 42 dias do término da gestação. As categorias da CID-10 com menos de 10 casos foram agrupadas no grupo “outros”.

Os dados foram tabulados no programa Excel 2016 e apresentados em tabelas com as respectivas frequências absolutas e relativas. O coeficiente de mortalidade materna foi calculado a partir do número de óbitos maternos, dividido pelo total de nascidos vivos de mães residentes no Estado multiplicado por 100.000.

Por tratar-se de pesquisa com dados secundários e de domínio público, o presente estudo não necessitou de apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, foram identificados 293 óbitos maternos no Amazonas. Cerca de 40,27 (n=118) das mulheres encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 71,67% (n=210) eram da raça parda, 39,25% (n=115) possuíam 8 a 11 anos de escolaridade, 60,75% (n=178) eram solteiras e 53,24% (n=156) eram provenientes do interior do estado. O ambiente hospitalar foi apontado como o principal local de ocorrência dos óbitos, correspondendo a 86,35% (n=253) das notificações. As características sociodemográficas estão dispostas na tabela 1.

Estudos realizados nos municípios de Juiz de Fora, Rio de Janeiro e São Paulo⁽²⁰⁻²²⁾ identificaram maior ocorrência de óbitos maternos em mulheres com idade a partir de 20 anos, das raças parda e preta, solteiras e com grau de escolaridade variando de 4 a 11 anos de estudo, corroborando com as informações identificadas no estudo. Gomes et al.⁽²³⁾ observaram a tendência dos óbitos nessa população, apresentando as mesmas características sociodemográficas. Tais condições demonstram situações de vulnerabilidade social enfrentadas e que estão relacionadas à baixa escolaridade e ausência de companheiro(a), podendo impactar diretamente no acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e conferindo-lhes maiores chances de adoecer e morrer por causas diretas e indiretas associadas à gestação.

A alta prevalência de óbitos em mulheres provenientes do interior do Estado pode refletir em uma baixa cobertura dos serviços de saúde nos interiores, sobretudo de

Maternidades e Hospitais capazes de prestar assistência adequada às complicações da gestação, parto e puerpério.

A alta mortalidade em ambiente hospitalar pode ser reflexo da assistência prestada à essas mulheres, podendo estar relacionado à infraestrutura do local, capacitação dos profissionais em atender às emergências obstétricas e à adoção de práticas baseadas em evidências científicas no manejo de tais emergências, conforme demonstrado em estudo realizado por Soares et al., no Paraná, que apontou altas taxas de mortalidade em diferentes níveis de complexidade nos hospitais do estado, evidenciando maior prevalência de causas de óbito evitáveis através da melhoria da assistência prestada durante o ciclo gravídico puerperal⁽²⁵⁾. Cabe ressaltar que fragilidades nas ofertas de recursos tecnológicos e humanos capacitados na rede de atenção à saúde são frequentemente responsáveis por desfechos das mortes maternas.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos óbitos maternos, no período de 2014 a 2018, no Amazonas, Brasil.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
<19 anos	63	21,50
20 - 29 anos	118	40,27
30 - 39 anos	93	31,74
40 - 49 anos	19	6,48
Raça		
Branca	38	12,97
Preta	7	2,39
Amarela	1	0,34
Parda	210	71,67
Indígena	34	11,60
Ignorado	3	1,02
Escolaridade (anos)		
Nenhuma	18	6,14
1 a 3 anos	34	11,60
4 a 7 anos	78	26,62
8 a 11 anos	115	39,25
12 anos ou mais	27	9,22
Ignorado	21	7,17
Estado Civil		
Solteira	178	60,75
Casada	41	13,99
Viúva	1	0,34
Separada judicialmente	1	0,34
Outros	56	19,11
Ignorado	16	5,46
Local de ocorrência do óbito		
Hospital	253	86,35
Domicílio	26	8,87
Outros estabelecimentos de saúde	1	0,34
Outros	13	4,44
Local de residência		
Capital	137	46,76
Interior	156	53,24

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Com relação ao período do óbito, cerca de 56,66% (n=166) das mulheres faleceram durante o puerpério até 42 dias e 43,34% (n=127) faleceram durante a gravidez, parto ou aborto. Dentre as causas de óbito, 65,53% (n=192) correspondiam à causas diretas, 27,65% (n=81) a causas indiretas e 6,83% (n=6,83) à causa não especificadas. As principais causas de óbito estão elencadas na tabela 2.

A literatura tem demonstrado maior ocorrência de óbitos maternos por causas diretas, sobretudo relacionadas à ocorrência de síndromes hemorrágicas, doenças hipertensivas, transtornos de placenta e aborto⁽²⁶⁾ e, em diferentes localidades do Brasil, tem-se demonstrado a maior prevalência de óbitos por essas causas⁽²⁰⁻²⁵⁾, corroborando com os achados no presente estudo.

Em estudo realizado por Moura et al⁽²¹⁾, que identificou a presença de complicações obstétricas durante a gestação e os desfechos maternos e perinatais, apontou que as mulheres com complicações obstétricas tiveram desfechos desfavoráveis, como a internação pós-parto e a mortalidade materna, sendo importantes componentes a serem monitorados, a fim de avaliar a qualidade da assistência ao parto na rede pública de saúde. Salienta-se que as melhorias em tais segmentos implicam na redução dos indicadores de mortalidade, uma vez que, tais causas de óbito são passíveis de prevenção, tomando ações de vigilância e intervenção precoce nas complicações.

Tabela 2. Distribuição dos casos de óbitos maternos segundo a categoria da CID-10, no período de 2014 a 2018, no Amazonas, Brasil.

Categoria CID-10	N	%
O14 Hipertensão gestacional c/proteinúria significativa	11	3,75
O15 Eclampsia	34	11,60
O62 Anormalidades da contração uterina	10	3,41
O72 Hemorragia pós-parto	26	8,87
O85 Infecção puerperal	17	5,80
O95 Morte obstétrica de causa não especificada	20	6,83
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	16	5,46
O99 Outras doenças maternas classificáveis em outra parte que compliquem gravidez parto e o puerpério	54	18,43
Outras categorias	105	35,84
Total	293	100,00

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Dentre os principais objetivos de desenvolvimento sustentável fixados em 2015 pela Organização das Nações Unidas, a serem alcançados até 2030, evidencia-se a meta de reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mil mortes por 100.000 nascidos vivos⁽²⁷⁾, contudo, altas taxas de mortalidade foram identificados em diferentes

estados brasileiros, inclusive no Amazonas, que apresentou altas taxas nos anos de 2014 e 2018, com 85,03 mortes por 100.000 nascidos vivos e 89,64:100.000, respectivamente.

Medeiros et al.⁽²⁸⁾ buscaram analisar o perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Amazonas, nos anos de 2006-2015 e identificaram altas taxas de mortalidade no estado, sobretudo no ano de 2014, que apresentou a maior taxa identificada. Na Paraíba⁽²⁴⁾, no ano de 2016, a TMM era de 87,3:100.000 nascimentos, tendo um aumento de 61,5% desde o ano de 2007. No município do Rio de Janeiro⁽²²⁾, foi identificado uma taxa de 61:100.000 nascimentos, estando bem abaixo do coeficiente identificado no estado, ademais, em uma série de 20 anos realizada em Alagoas⁽²⁸⁾, identificou-se uma TMM de 47,64 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos.

Tabela 3. Evolução do coeficiente de mortalidade materna conforme ano do óbito, no período de 2014 a 2018, no Amazonas, Brasil

Ano	N	%	Nascidos vivos	TMM*
2014	78	26,62	81.145	96,12
2015	52	17,75	80.097	64,92
2016	55	18,77	76.703	71,71
2017	50	17,06	78.066	64,05
2018	71	24,23	78.087	90,92

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) *Taxa de Mortalidade Materna

O Estado apresenta as mais altas taxas de mortalidade materna em comparação à outras cidades e estados do país, apesar dos esforços nacionais com a implementação de programas de qualificação da assistência à mulher na gestação, parto e puerpério. Tal indicador deve ser avaliado com cautela, uma vez que tais taxas elevadas podem decorrer tanto da qualidade da assistência prestada à mulher quanto ao fortalecimento das notificações e registros das declarações de óbitos, que poderiam também impactar em tais resultados.

O presente estudo limita-se em decorrência da utilização de dados secundários com uma quantidade significativa de informações ignoradas ou não informadas no momento do preenchimento da Declaração de Óbito, ocasionando uma subnotificação e a abrangência dos óbitos maternos ocorridos no estado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, pôde-se identificar o perfil do óbito materno no Estado, ocorrendo principalmente em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, da raça parda, com baixo grau de escolaridade, solteiras e provenientes do interior do estado. Ademais, o ambiente hospitalar foi o principal local de ocorrência dos óbitos e as causas obstétricas

diretas obtiveram maior prevalência dentro da população estudada, tendo como principais causas identificáveis a hipertensão gestacional c/proteinúria significativa, eclampsia, anormalidades da contração uterina, hemorragia pós-parto e a infecção puerperal. Altas taxas foram identificadas no Estado, sendo a maior se comparada à outros estados do país.

Com isso, permite-se inferir que o panorama no estado com relação à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda necessita de melhorias, sobretudo em condições de infraestrutura, facilitação de acesso e qualificação dos profissionais envolvidos nos serviços de saúde, com fortalecimento e incentivo dos programas já instituídos pelo Ministério da Saúde, bem como, ações de monitoramento, avaliação contínua do bem-estar materno/fetal, detecção precoce das complicações obstétricas e intervenções imediatas, uma vez que tais óbitos poderiam ter sido evitados com tais ações.

Conduas relacionadas à melhorias na qualidade de vidas de gestantes, parturientes e puérperas devem receber ênfase por parte do poder público, visando minimizar as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e sociodemográficas, com potencial para diminuição dos índices de morte materna. O presente estudo tem potencial para contribuir para atualização epidemiológica dos casos de morte materna no Amazonas, proporcionando dados para a melhoria da assistência prestada no estado. Sugere-se que estudos voltados para avaliação dos fatores relacionados aos óbitos maternos sejam realizados para que possa subsidiar ações que possam mitigar os riscos identificados.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Maternal mortality: level and trends 2000 to 2017 [Internet]. **Sexual and Reproductive Health**. 2019. 12 p. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
2. Sombrio SN, Simões PW, Medeiros LR, Silva FR, Silva BR, Rosa MI da, et al. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. **AcM** [Internet]. 2011;40(3):56–62. Available at: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/880.pdf>
3. Dias JMG, Oliveira APS de, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira R de O. Maternal mortality. **Rev Médica Minas Gerais** [Internet]. 2015; 25(2): 173–9. Available at: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2a ed. Brasília; 2007
5. Silva, BG, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [Internet]. 2016; 19(3): 484-493. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>
6. De Lima, THB, Amorim, MM, Buainain Kassar, S. *et al.* Determinantes do near miss materno em uma maternidade para gestação de alto risco no nordeste do Brasil: um estudo prospectivo. **BMC Pregnancy Childbirth** 19 [Internet]. 2019, 271. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2381-9#citeas>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento Nacer no Brasil. Sumário Executivo Temático Nacer no Brasil, 2014.
8. Leal MC, Gama SGN. Nacer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014 ; 30(Suppl 1): S5-S5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en.
9. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2016 Jan [citado 2020 Nov 01] ; 21(1): 191-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100191&lng=pt.
10. Felipe ACC, Ansaloni LVS, Martins MV, Sousa MJ, Oliveira RA. Fatores Assistenciais Que Influenciam Nos Altos Índices De Mortalidade Materna Por Hemorragia Puerperal. **REVISA**. 2020; 9(3): 551- 62. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p551a562>.
11. Pfitscher, LC, Cecatti, JG, Haddad, SM, Parpinelli, MA, Souza, JP, Quintana, SM, Surita, FG, Costa, ML e (2016), O papel da infecção e sepse na Rede Brasileira de

Vigilância de Graves Morbidade Materna. **Trop Med Int Health**, 21: 183-193. doi: 10.1111 / tmi.12633.

12. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG; High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. **BMJ**. 2016 Apr 19;353:i1753. doi: 10.1136/bmj.i1753.

13. Lima DR, Ribeiro CL, Garzon AMM, Henriques TRP, Souza KV de. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. **Enferm Obs** [Internet]. 2016;3:e25. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25>.

14. Freitas GL de. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 1º de junho de 2017 [citado 1º de novembro de 2020];11(2). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>

15. Maria H, Claudia M, Aparcida V, Magalhães R. Assistência Pré-Natal E Políticas Públicas De Saúde Da Mulher. **Rev Bras Promoção Saúde**. [Internet] 2014;28:140–8. Disponível em: < <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>>.

16. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 35(7): e00223018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000905002&lng=en.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] – Brasília, 2017

18. BRASIL. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: **Diário Oficial da União**. 2011

19. Brasil. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, republicada por ter saído com incorreção do original, no DOU nº 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6. Brasília: **Diário Oficial da União** 2000; 8 jun.

20. MARTINS, ACS; SILVA LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev Bras Enf** [Internet], 2018; 71(Suppl 1):677-83. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0624.

21. MOURA, BLA et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(1):e00188016. Doi: 10.1590/0102-311x00188016.

22. Brasil, TA; D'Angeles, ACR. Perfil da mortalidade materna no município do Rio de Janeiro em 2010. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde**, 2015; 6(1), p.66-78. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5556110>.

23. GOMES, JO et al. Perfil Sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. **Rev Enferm UFPE On Line**, 2018; 12(12):3165-71. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a237316p3165-3164-2018
24. Batista, HML. Distribuição da mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016. **Rev Epidemiol Controle Infecç Santa Cruz do Sul**, 2019; 9(4): 330-337. Doi: 0.14295/online.v14i51.2614.
25. Soares, VMN et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev Bras Ginecol Obst**, 2012; 34(12):536-543. Doi: 10.1590/S0100-72032012001200002
26. Scarton, J et al. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 2020; 9(5): e67953081. Doi: 10.33448/rsd-v9i5.3081.
27. Folha informativa - Mortalidade materna OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820
28. Duarte, MAS et al. Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal. **Rev Bras Saúde Mater infant**, 2020; 20(2): 587-598. Doi: 10.1590/1806-93042020000200014.