

Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década

Maternal mortality from hypertensive and hemorrhagic causes: epidemiologic analysis over one decade

Mortalidad materna por motivos de hipertension y hemorragias: análisis epidemiológica de una década

Deise Maria do Nascimento Sousa^I; Igor Cordeiro Mendes^{II}; Erison Tavares de Oliveira^{III};
Ana Carolina Maria de Araújo Chagas^{IV}; Hellen Livia Oliveira Catunda^V; Mônica Oliveira Batista Oriá^{VI}

RESUMO: Identificar o perfil sociodemográfico e analisar a razão da mortalidade materna (RMM) por causas hipertensivas e hemorrágicas no Estado do Ceará. Estudo epidemiológico e documental. Realizado na Secretária de Saúde do Ceará, no banco de dados do Sistema de Informação da Mortalidade Materna, referente ao período de 2001 a 2010, constituindo-se de 356 registros de óbitos maternos. As mulheres em sua maioria, que foram a óbito por causas hipertensivas e hemorrágicas apresentaram idade entre 20-34 anos, possuíam de 1 a 7 anos de estudo, de etnia parda, solteiras e residiam no interior do Estado. O momento do óbito deu-se predominantemente no período gestacional. A RMM manteve-se ascendente entre 2001 - 2010. A mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas é um grave problema de saúde pública, sendo necessário reduzi-la para melhorar os indicadores de saúde.

Palavras-Chave: Mortalidade materna; hipertensão induzida pela gravidez; hemorragia; epidemiologia.

ABSTRACT: This study identifies social and demographic profiles and analyzes Maternal Mortality Ratio (MMR) from hypertensive and hemorrhagic causes in Ceará, Brazil. Epidemiologic and documentary study. It was conducted on the Information System of Maternal Mortality database at the Secretary of Health of the state of Ceará, Brazil, and encompassed the years 2001 to 2010, with 356 records of maternal deaths. Most women who died from hypertensive and hemorrhagic causes aged between 20-34 years, had 1-7 years of formal education, were mulatto, single, and resided in the backlands of the state. Death occurred predominantly during pregnancy. MMR moved up from 2001 to 2010. Maternal mortality from hypertensive and hemorrhagic causes is a serious public health problem and the decrease of existing levels is required to improve health indicators.

Keywords: Maternal mortality; pregnancy-induced hypertension; hemorrhage; epidemiology.

RESUMEN: Describir el perfil sociodemográfico y analizar la tasa de mortalidad materna (TMM) provocados por hipertensión y hemorragia en el Estado de Ceará-Brasil. Estudio epidemiológico y documental. Realizado en la Secretaría de Salud de Ceará, en la base de datos del Sistema de Información de la Mortalidad Materna para el período de 2001 a 2010, convirtiéndose en 356 registros de muertes maternas. Las mujeres en su mayoría, que murieron tenían entre 20 a 34 años, tenían de 1-7 años de estudio, mulatas, solteras y residentes en el interior del Estado. El momento de la muerte se produjo principalmente durante el embarazo. La TMM se mantuvo alta desde 2001 hasta 2010. La mortalidad materna por causa de hipertensión y hemorragias es un problema grave de salud pública, siendo necesario reducirla para mejorar los indicadores de salud.

Palabras Clave: Mortalidad materna; hipertensión inducida por el embarazo; hemorragia; epidemiología.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um agravo que pode ser evitado na maioria dos casos através de serviços de saúde de qualidade, sendo considerada um bom indicador de saúde para verificar a qualidade e as condições de vida da população feminina, do acesso

à atenção obstétrica adequada e das políticas públicas responsáveis por essas ações¹.

Em 2006, no Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM), determinada pela expressão que estima o risco de morte por gestação devida a compli-

^IEnfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: deisemnascimento@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: igormendesufc@yahoo.com.br.

^{III}Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: erison_8@hotmail.com.

^{IV}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: aninhaaraujoc@hotmail.com.

^VEnfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: hellen_enfermagem@yahoo.com.br.

^{VI}Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade de Virgínia, Estados Unidos. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: oriaremon@hotmail.com.

cações da gravidez, do parto e do puerpério dividida pelo número de nascidos vivos (NV) no período, foi de 53 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a RMM corrigida foi de 74 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos. Vale ressaltar que as Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores RMM².

Já no ano de 2008, a RMM foi de 58 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, o que representa 1.800 óbitos e possibilidade de morte materna a cada 860 gestações. Porém, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), no mesmo ano ocorreram 1.691 óbitos maternos¹.

Diante dessas considerações, torna-se relevante verificar a incidência das taxas de mortalidade materna por causas obstétricas diretas no Ceará, mais especificamente as hipertensivas e hemorrágicas, as quais são as mais prevalentes no Brasil.

Os objetivos foram descrever o perfil sociodemográfico do óbito materno, bem como analisar epidemiologicamente a taxa da mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas no Estado do Ceará.

REVISÃO DE LITERATURA

No Estado do Ceará, a RMM variou de 93,3/100.000 NV em 1998 a 85,9 em 2002. Verificou-se também subinformação de variáveis como renda, pré-natal e escolaridade em percentual elevado dos óbitos³.

Entre as principais causas desencadeantes do óbito materno pode-se classificá-las como obstétricas diretas, que são resultantes de complicações exclusivas à gestação, obstétricas indiretas, que resultam de condições pré-existentes, porém agravadas pela gestação, e não obstétricas ou não relacionadas, que provenham de outras causas acidentais ou incidentais que aconteceram durante a gravidez, mas sem relação com ela³.

No país, predominam as mortes maternas por causas obstétricas diretas, sobressaindo-se as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, e entre as causas diretas, a doença hipertensiva específica da gestação, a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia, representou a primeira causa de óbito materno no ano de 2003⁴.

Há duas formas de hipertensão, as quais podem complicar a gestação: hipertensão preexistente (crônica) e hipertensão induzida pela gestação (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada. A pré-eclâmpsia/eclâmpsia determina o maior número de óbitos perinatais no Brasil, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral³.

Vale ressaltar também que entre 10 a 15% das gestações apresentam hemorragias, e que as mais importantes situações hemorrágicas gestacionais na primeira metade da gestação são o abortamento, a

gravidez ectópica, a neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme) e o descolamento corioamniótico. Já na Segunda metade da gestação, as mais comuns são a placenta previa, o descolamento prematuro da placenta, a rotura uterina e a vasa prévia^{1,3}.

A idade materna mais elevada, menor nível de escolaridade, tipo de ocupação, número reduzido de consultas de pré-natal, ausência de companheiro e condições prévias de saúde são considerados fatores de risco para a mortalidade materna. Contudo, a morte materna por causas diretas se apresenta, na atualidade, como mais uma expressão da questão social, relacionando-se a condições socioeconômicas da mulher, bem como acesso à educação e aos serviços de saúde de qualidade, os quais necessitam serem resolvidos no âmbito das políticas sociais, de saúde e de educação do país⁵.

METODOLOGIA

O presente estudo apresenta delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), mais especificamente no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA), local responsável por processar e armazenar os dados relativos ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Este banco de dados é alimentado através do preenchimento da declaração de óbito (DO). Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando à sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico⁵. A população se constituiu pelos casos de óbito materno por causas hipertensivas e hemorrágicas notificados no SIM no período entre 2001 e 2010 e disponíveis no NUIAS, constituindo-se de 244 casos de óbitos maternos por causa hipertensiva e 112 por causas hemorrágicas. Tais causas foram assim categorizadas de acordo com a determinação do Comitê da Mortalidade Materna para óbitos maternos diretos e indiretos, segundo a designação que recebem no CID-10³.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2012 através do banco estadual disponível na SESA. A partir disso, os pesquisadores selecionaram os dados necessários para atingir os objetivos desta pesquisa, sendo utilizados os registros inerentes à DO, referente ao óbito materno por causa hipertensiva e hemorrágica. Na análise dos dados foram realizados cálculos de estatística simples, com frequências absolutas e relativas, bem como cálculo da razão de mortalidade materna específica para as causas em questão. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob protocolo nº 66/12.

RESULTADOS

Observou-se o perfil sociodemográfico das mulheres que apresentaram desfechos de mortalidade durante a gravidez, parto ou puerpério no período em estudo. Todas as mulheres que foram a óbito devido a causas hipertensivas ou hemorrágicas tinham idade entre 13 e 49 anos, sendo os maiores índices com faixa etária entre 20-34 anos, correspondendo a 142 (58,20%) devido a doenças hipertensivas e 58,93% (n=66) por causas hemorrágicas.

Quanto à escolaridade, verificou-se que a maior proporção de mulheres que morreram por causas hipertensivas, tinha de 4 a 7 anos de estudo (13,93%) e as que faleceram por causas hemorrágicas tinham apenas de 1 a 3 anos de estudo.

Acerca da raça, notou-se maior prevalência da parda nos grupos de patologias hipertensivas e hemorrágicas, correspondendo a 160 (65,57%) e 70 (62,50%), respectivamente. Em relação ao estado civil, a maior predominância foi de solteiras, em ambos os grupos.

Foi observado divergências relevantes entre o local de residência da mulher e o local de ocorrência do óbito em ambos os grupos de patologias estudadas nessa pesquisa. Nota-se que, nos dois grupos de patologias, mais de 80% das mulheres residiam na região interiorana do Estado do Ceará. Entretanto, verifica-se que muitas dessas mulheres que moravam no interior foram a óbito na capital do estado.

Isso pode ser constatado através da comparação entre as variáveis local de ocorrência e local de residência, pois nota-se uma ascensão do número de mulheres que foram a óbito na capital em relação as que realmente residiam nesse município.

No grupo de doenças hipertensivas, 111 (45,49%) mulheres foram a óbito na capital, enquanto que 48 (19,67%) residiam em Fortaleza. Já nas pato-

logias hemorrágicas, 31 (27,68%) mulheres foram a óbito na capital, mas apenas 12 (10,71%) moravam verdadeiramente nesse município.

Em relação ao momento de ocorrência do óbito materno pelas causas citadas, os dados foram categorizados através da avaliação de dois quesitos existentes na DO que remetemo período de acontecimento da morte materna, dividindo-se em: ocorrência do óbito na gravidez/parto/aborto ou no puerpério. Entretanto, verificou-se que, em muitos casos, esses dados foram preenchidos inadequadamente, afirmando que o óbito teria ocorrido tanto na gravidez quanto no puerpério, sendo considerada, dessa forma, uma informação incongruente. Além disso, por diversas vezes, o registro desse item foi ignorado, caracterizando o subregistro. Esses dados não notificados, seja por incongruência ou por dados ignorados foi de aproximadamente 48% para ambas as causas.

Entre os casos devidamente registrados, prevaleceu a morte materna durante o puerpério (55% para as causas hipertensivas e 51,72% para as hemorrágicas). Ao longo da série histórica, o ano de 2009 foi o que mais apresentou óbitos durante o puerpério. Já o óbito ocorrido durante a gravidez, foi mais prevalente entre 2005 e 2009. Os casos que foram classificados como incongruentes mostraram-se presentes em todos os anos e obtiveram números significativos, tendo como ápice os casos registrados em 2009. No que diz respeito aos óbitos por causas hemorrágicas, percebemos que o número de casos ditos como ignorados foram os que obtiveram maior expressão na série histórica dentre os quesitos apresentados. As mortes que ocorreram no período gestacional foram as mais frequentes, seguidas por aquelas ocorridas no puerpério. Os dados que apresentaram incongruência na informação fornecida foram responsáveis por parte considerável dos casos, com valor muito próximo dos que ocorreram no puerpério, relativo à Figura 1.

HIPERTENSIVAS

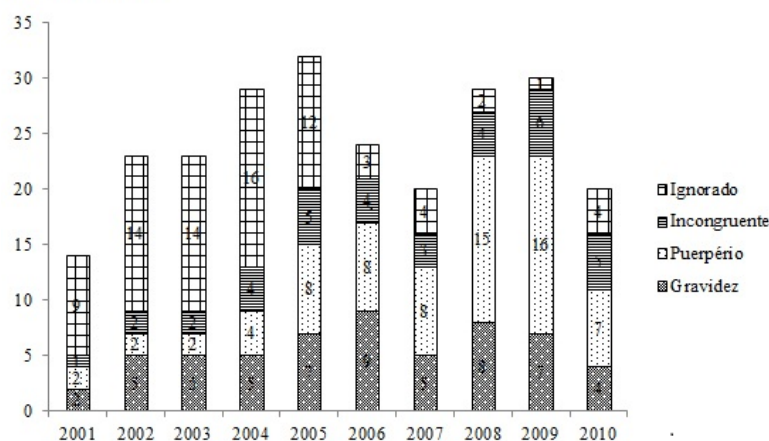


FIGURA 1: Distribuição de óbitos maternos por causas hipertensivas. Brasil, 2001-

Em relação a razão de mortalidade materna (RMM) por causas hemorrágicas e hipertensivas, pôde-se observar que aquela relacionada a doenças hipertensivas apresentou números mais elevados do que as hemorrágicas, ao longo da década estudada. A RMM por hipertensão apresentou crescimento de 2001 a 2005, com considerável declínio nos anos subsequentes, sendo o maior e mais significativo deles, reportado ao ano de 2007. Nesse ano a mortalidade materna diminuiu de 22,89 para 14,95 mortes por NV, menor taxa da série histórica analisada. Em 2008 e 2009, a razão mostrou-se novamente crescente e, em 2010, sofreu um considerável decréscimo, com o número da razão semelhante ao apresentado em 2007, onde se registrou a menor taxa.

A RMM por causas hemorrágicas, de 2001 a 2003 demonstrou um aumento constante, porém com valores similares em cada um desses anos. Em 2004 e 2005, as taxas em cada ano oscilaram entre acréscimos e decréscimos, até que em 2007, mostrou um maior incremento em relação às demais. Nos anos seguintes a RMM, seguiu oscilando, porém em 2008, apresentou queda de cerca 75% em relação ao ano anterior. Em 2009 e 2010, seguiram-se um pequeno aumento e a razão manteve-se estável, como mostrado na Figura 2.

DISCUSSÃO

No que diz respeito à idade, encontrou-se que entre 20 e 34 anos ocorre o maior número de mortes maternas por doenças hipertensivas e hemorrágicas, corroborando um estudo realizado no Estado da Paraíba em que foram analisadas 116 declarações de óbitos maternos de mulheres residentes no período de 2000 a 2004. Nesse estudo, 84,4% das mortes maternas foram por causas obstétricas diretas e que 59,7% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, ou seja, na idade reprodutiva⁶. Já em outro estudo, no período de 2000 a 2009, constatou-se que a maior prevalência de

óbitos maternos no Brasil foi na faixa etária de 20 a 29 anos (41,85%), seguida pela faixa entre 30 a 39 anos⁷.

Percebe-se que a principal faixa etária relacionada às mortes maternas ocorre na idade correspondente ao período de maior fecundidade, onde preconiza-se não haver risco à mulher. Entretanto, esse fato pode se reportar a uma assistência pré-natal, parto e puerpério de má qualidade, onde não há diagnóstico precoce dessas doenças, tratamento eficiente e cuidados necessários, principalmente em gestações de alto risco.

Com relação a escolaridade, destaca-se que esta variável foi pouco valorizada ao constatar altos níveis de subnotificação. É fato que a sub-informação dificulta a avaliação da tendência da problemática da mortalidade materna e, conseqüentemente, a elaboração de medidas preventivas e corretivas da situação. Embora seja difícil avaliar as informações com fidedignidade devida a subnotificação, foi possível verificar que os óbitos maternos por causas hipertensivas e hemorrágicas foram mais prevalentes em mulheres com menos anos de estudos, o que foi observado⁸.

Dessa forma, pode-se notar uma estreita relação entre a mortalidade materna e as condições socioeconômicas, em que a baixa escolaridade das mulheres pode interferir negativamente na obtenção de informações sobre métodos contraceptivos e na adesão às orientações fornecidas no pré-natal. Então, a garantia de mais escolaridade para a população feminina poderia ser uma maneira importante de contribuir na redução das gestações indesejadas e dos riscos de morte materna.

Reportando-se a variável cor/raça, nesse estudo predominou a parda quando comparada às outras, o que já era esperado devido a maior concentração desta cor/raça no estado. No Brasil, de 2000 a 2009, observou-se que 7.064 casos foram registrados em mulheres da cor/raça parda, representando 42,74% dos óbitos maternos brasileiros⁷.

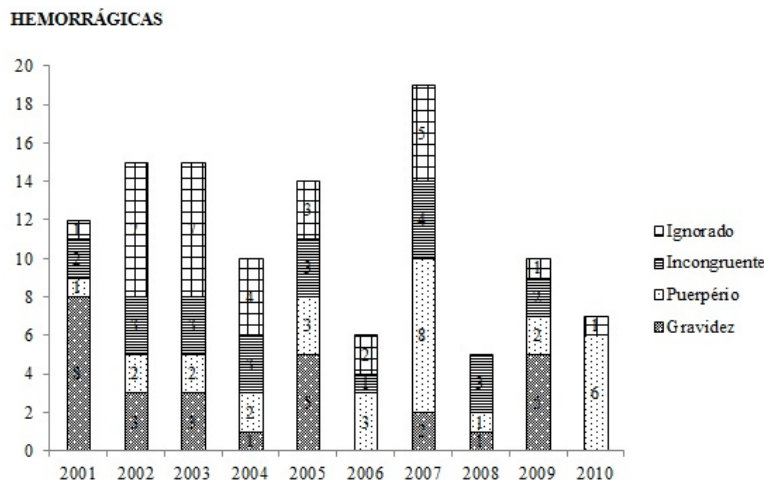


FIGURA 2: Distribuição de óbitos maternos por causas hemorrágicas. Brasil, 2001-

No ano de 2005, no Rio Grande do Sul, as maiores razões de mortalidade foram verificadas também nas mulheres classificadas com cor parda, 129,7 em 100 mil nascidos vivos, correspondendo aos dados do presente estudo⁸.

Segundo o Ministério da Saúde, as causas de morte materna em negras estão relacionadas à predisposição biológica delas para doenças como a hipertensão arterial, além de fatores sociais e de dificuldade de acesso aos serviços de saúde³.

Portanto, deve-se chamar a atenção dos profissionais de saúde para as desigualdades sociais, sensibilizando-os e treinando-os acerca da importância da atenção à saúde de qualidade, a qual deve ser plenamente assegurada para todos, incluindo as mulheres negras.

Quanto ao estado civil, concluiu-se, que houve predomínio da morte de mulheres solteiras, principalmente por causas hipertensivas, entrando em consenso com o estudo realizado em São Luís do Maranhão entre os anos de 1999 e 2005, onde foi observado um maior percentual (66,3%) em solteiras⁹.

O maior percentual de mortalidade materna entre as mulheres solteiras pode ser reflexo do início precoce da atividade sexual dissociada ao casamento, da falta de planejamento familiar ou ainda da desestruturação da família, pois é comum a consequente quebra de vínculos entre a mãe e o pai do bebê e/ou a tomada de decisões inconvenientes na descoberta de uma gravidez, contribuindo para o aumento de óbitos maternos em mães solteiras⁹.

Em vista disso, vale refletir sobre as relações conjugais, o aporte afetivo, emocional, social e financeiro da mulher e o estímulo ao autocuidado à mãe por parte do pai do bebê e da família a fim de reduzir a morbimortalidade materna. Vale ressaltar que a presença de um companheiro e da família no período gravídico-puerperal torna-se um fator de proteção relevante nesse processo.

De acordo com os dados acima, verifica-se o padrão espacial da Mortalidade Materna no Estado do Ceará, indicando o local de residência da mulher e o local de ocorrência do óbito. Essa questão merece destaque, principalmente no âmbito do planejamento do setor saúde, pois permite uma análise da distribuição, no espaço geográfico, dos serviços e de sua clientela. A falta de informação e análise sobre origem da clientela dos serviços dificulta: a investigação dos fluxos de pessoas que demandam tais serviços, conectando residência e local de atendimento; a identificação das redes estabelecidas por tais fluxos; e a delimitação de áreas de abrangência das unidades públicas, com base em sua efetiva utilização¹⁰.

Estes dados evidenciam que a maioria das mulheres residiam no interior do Estado do Ceará, porém, muitas dessas mulheres foram a óbito na capital do estado. Este fato nos leva a inferir que as gestantes

buscaram atendimento especializado na capital e não obtiveram o sucesso desejado. Fato semelhante foi observado em estudo realizado no estado do Paraná, onde verificou-se que 40% das mulheres residiam em Curitiba e 60% em cidades do interior deste estado, que foram encaminhadas para o serviço de um hospital de referência na referida capital. Essa variável é considerada relevante devido a forte relação entre o local de residência e as características sociais e culturais dos indivíduos¹¹.

Em relação ao momento do óbito por causas hipertensivas e hemorrágicas, notou-se que grande parte ocorreu durante o período puerperal. Tal dado corrobora com estudo realizado em Santa Catarina, que demonstrou que a maioria das mulheres que obituou por causa hipertensiva, estava no puerpério¹². Porém, na Região Sul, pesquisa aponta que a mortalidade materna geral, incluindo ambas as causas apresentadas, mostrou que 43,4% dos óbitos aconteceram na gravidez e no momento do parto².

Dessa maneira, podemos inferir que a gestação por ser um período de mudanças fisiológicas no organismo materno para que haja manutenção da viabilidade do conceito, é o momento que inspira mais cuidados para essas mulheres. Assim, deve-se focar em estratégias de educação em saúde que tenham por objetivo orientar quanto à prevenção de doenças e incentivem a hábitos de vida saudáveis a fim de evitar comorbidades que agravem sua saúde. O momento ideal para realizar essas atividades é durante a consulta pré-natal, por permitir uma abordagem grupal e individual acerca dos hábitos de vida das usuárias. Vale ressaltar, ainda, que a investigação do momento do óbito demonstrou que um número considerável de casos foi tido como ignorado ou incongruente, configurando um problema de subnotificação e subregistro. Isso é um problema que afeta diretamente a análise epidemiológica da situação da mortalidade por causas específicas no panorama do estado do Ceará, pois impossibilita que haja a demonstração exata desses números.

Em estudo semelhante, realizado no Paraná, avaliando a mortalidade materna entre os anos de 2003-2005, notou-se que, em 30,7% das declarações, esses campos, referentes ao período em que o óbito ocorreu, foram preenchidos de forma incorreta. Em alguns casos, o responsável pelo registro descartava o óbito materno, ao assinalar não nos dois campos existentes na DO para classificar o momento de ocorrência do óbito materno (gravidez/parto/aborto ou puerpério), quando na verdade tratava-se de óbito materno¹³.

A principal causa de morte materna se dá por conta de complicações ocasionadas pela hipertensão durante a gestação e no momento do parto, bem como de distúrbios provenientes de transtornos hemorrágicos que acometem as gestantes entre a segunda e terceira semana de gestação e durante o período puerperal, que caracteriza o quadro de morbidade

materna grave¹⁴. Estudo realizado em São Paulo, que se propôs a avaliar as mortes maternas devido a hipertensão arterial, obteve RMM de 13,2/100.000 nascidos vivos¹⁵. Tal dado é consonante com os resultados aqui revelados que, a cada ano, apresentou números mais elevados de doenças hipertensivas do que os relacionados à hemorragia, fato que consolidou-a como principal motivo de morte entre mulheres grávidas. Em pesquisa realizada no município de Quixadá, ao avaliar as principais patologias referentes às gestantes atendidas em consultas pré-natal, demonstrou que 86,6% das pacientes apresentavam hipertensão¹⁶. Esta informação nos permite inferir que devem ser tomadas medidas de prevenção e tratamento eficazes desta doença a fim de se evitar o óbito materno. Já em relação as hemorragias, elas figuram como segunda causa mais frequente do óbito ligado à maternidade, destacando o aborto como o maior desencadeador desse problema de saúde^{15,17}. Tendo em vista a sua influência na razão de mortalidade materna por causas hemorrágicas, vale destacar que a RMM por aborto, na região oeste de Santa Catarina, foi de 5,148.

Ambas as patologias apresentam variâncias que tendem ao aumento ao longo dos anos, porém em 2007, elas demonstraram um comportamento diferenciado, quando a RMM por causas hipertensivas apresentou considerável declínio e a RMM por causas hemorrágicas sofreu forte ascendência. Tal fenômeno se deve ao fato de ter sido implantado no estado do Ceará, o formulário de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, utiliza dados das fichas de investigação referente a Unidade de Atenção Básica do Programa Saúde da Família, Cartório, Sistemas de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e dados provenientes da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). Ao consultar todos esses bancos de dados referentes aos óbitos, foi possível verificar que houve melhora das informações sobre a mortalidade no SIM, o que permitiu maior fidedignidade em registrar e quantificar a causa da morte¹⁸.

Assim, acredita-se que durante o ano de 2007 os óbitos maternos foram melhor identificados, fato que justifica a mudança nos padrões das RMM's apresentadas. Porém, nos anos consecutivos de 2008 a 2010, observou-se que os números voltaram a oscilar com tendência ao aumento. Acredita-se que tal fato seja explicado pelos erros que ocorrem durante o preenchimento da DO. Estudo realizado no Paraná, sobre subnotificação e sub-registro do número de óbitos maternos, afirma que o preenchimento incorreto da DO implica resultado da análise para se obter e contabilizar a causa mortis, o que interfere diretamente na apresentação do panorama epidemiológico das mortes maternas, dificultando a aplicação de ações estratégicas de políticas públicas para erradicar a mortalidade materna geral e específica¹³. Essa subno-

tificação e sub-registro são comuns em outras doenças, sendo importante a realização de mais estudos que demonstram as razões dessa falhas^{19,20}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas figuram no cenário brasileiro e mundial como problemas de saúde pública que afetam milhares de pessoas. Apesar da existência de políticas públicas que visam reduzir a incidência dessas doenças, este estudo permite-nos afirmar que elas precisam ser o foco da atenção dos profissionais da saúde às clientes, bem como ser vigilante a fim de evitar sua incidência.

Por fim, percebe-se que a mortalidade materna no Ceará por tais causas ainda se caracteriza por coeficientes elevados. Diante disso, faz-se necessário um reforço nas políticas públicas de atendimento à mulher em todo o ciclo gestacional, bem como garantir tratamento adequado para aquelas que sejam portadoras de tais doenças que põem em risco suas vidas. Dessa forma, espera-se que seja possível haver uma diminuição significativa nos índices de morte obstétrica até que se atinjam os números recomendados pela OMS e a saúde pública no Brasil seja reconhecidamente eficaz e de qualidade para todos os brasileiros.

São limitações do estudo a subnotificação e algumas informações incompletas contidas no formulário de notificação de mortalidade materna que dificultaram construção de um perfil mais preciso dessa população. Assim, recomendamos que o profissional, atuando diretamente sobre a vigilância, dever ter cuidado ao completar cada item do questionário.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília (DF): Editora MS; 2009.
2. Sombrio SN, Simões PW, Medeiros LR, Silva FR, Silva BR, Rosa MI, Farias BF. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. *ACM Arq Catarin Med.* 2011; 40(3): 56-62.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília (DF): Editora MS; 2007.
4. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27: 1977-85.
5. Ministério da Saúde (Br). A declaração de óbito: documento necessário e importante. Brasília (DF): Editora MS; 2009.
6. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Rev esc enferm USP* 2010; 44: 732-8.

7. Bordignon LFM. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev baiana saúde pública*. 2012; 36: 527-38.
8. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Rev bras epidemiol*. 2012; 15: 396-406.
9. Trabulsi ALS, Mochel EG, Chein MBC, Brito LMO, Santos AM, Ribeiro IGS, Pinheiro GL. Mortalidade materna em São Luís, Maranhão, Brasil: 1999-2005. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*. 2009; 10(2): 62-8.
10. Melo ECP, Knupp VMAO. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. *Esc Anna Nery*. 2008; 12: 773-9.
11. Kefler K, Souza SRRK, Wall ML, Martins M, Moreira SD. Características sociodemográficas e mortalidade materna em um hospital de referência na cidade de Curitiba-Paraná. *Cogitare Enferm*. 2010; 15: 500-5.
12. Saviato B, Knobel R, Moraes CA, Tonon D. A Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. *ACM arq catarin med*. 2008. 37(4): 16-9.
13. Soares VMN, Azevedo EMM, Watanabe TL. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 2418-26.
14. Luz AG, Tiago DB, Silva JCG, Amaral E. Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30: 281-6.
15. Vega CEP, Kahhale S, Zugaib M. Maternal mortality dueto arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). *Clinics*. 2007; 62: 679-84.
16. Barros MEO, Lima LHO, Oliveira EKB. Prenatal care in the city of quixadá: a descriptive study. *Online braz j nurs*. 2012; 11: 319-30.
17. Souza ML, Ferreira LAP, Burgardt D, Monticelli M, Bub MBC. Mortalidade por aborto no Estado de Santa Catarina - 1996 a 2005. *Esc Anna Nery*. 2008; 12: 735-40.
18. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual para investigação do óbito com causa mal definida. Brasília (DF): Editora MS; 2009.
19. Abreu AMM, Jomar RT, Thomaz RGF, Guimarães RM, Lima JMB, Figueirò RFS. Impacto da Lei seca na mortalidade por acidentes de trânsito. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20: 21-6.
20. Alves H, Domingos LMG. Manejo de eventos adversos pós-vacinação pela equipe de enfermagem: desafios para o cuidado. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21: 502-7.