



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**LÍVIA MARIA COSTA AZEVEDO**

**MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2007 A  
2016**

**CAJAZEIRAS  
2018**

**LÍVIA MARIA COSTA AZEVEDO**

**MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2007 A  
2016**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado na Universidade Federal de Campina  
Grande - campus Cajazeiras como requisito básico  
para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientadora: Prof. Ms. Kévia Katiúcia Santos  
Bezerra (UACV/CFP/UFCG)

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Souza  
(UFPB)

**CAJAZEIRAS**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

A994m Azevedo, Lívia Maria Costa.  
Mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016 /  
Lívia Maria Costa Azevedo. - Cajazeiras, 2018.  
41f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Kévia Katiúcia Santos Bezerra.  
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Souza.  
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2018.

1. Mortalidade materna. 2. Perfil epidemiológico. 3. Sistema de  
informação em saúde. 4. Gravidez. I. Bezerra, Kévia Katiúcia Santos. II.  
Souza, Eduardo Sérgio. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV.  
Centro de Formação de Professores. V. Título.

UFCG/CFP

CDU - 618.7-036.88

**LÍVIA MARIA COSTA AZEVEDO**

**MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2007 A  
2016**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da  
Universidade Federal de Campina Grande,  
como requisito parcial obrigatório à obtenção  
de título de Médico.

Aprovada em 05/12/2018

BANCA EXAMINADORA

*Kévia Katiúcia Santos Bezerra*

---

Profª. Ms. Kévia Katiúcia Santos Bezerra  
(Orientadora - UACV/CFP/UFCG)

*Eliane de Sousa Leite*

---

Profª. Dra. Eliane de Sousa Leite  
(Membro examinador - UACV/CFP/UFCG)

*Rosimery Cruz de Oliveira Dantas*

---

Profª. Dra. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas  
(Membro examinador - UACV/CFP/UFCG)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho aos meus pais, que tão dedicadamente cuidaram de mim e me conduziram nesse caminho de conhecimento e conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por toda Sua sabedoria e presença nesse processo.

Aos meus pais e às minhas irmãs, por todo apoio nessa caminhada.

Ao meu namorado, por me ouvir e ajudar em tantos momentos.

À minha orientadora Kévia, coorientador Eduardo Sérgio e colaboradora Cláudia que auxiliaram de forma essencial para que esse trabalho fosse possível.

Aos meus familiares e amigos, por me motivarem nesse processo.

A todos os meus professores, por compartilharem dos seus conhecimentos.

À banca examinadora, por contribuir para melhoria desse trabalho.

AZEVEDO, L. M. C. **Mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016.** Projeto de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Campina Grande - campus Cajazeiras, 2018.

## RESUMO

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou incidentais. É uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92,0% dos casos. O presente estudo buscou avaliar a mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016. Trata-se de uma pesquisa do tipo documental descritiva, com abordagem quantitativa, realizada com dados secundários obtidos a partir do banco de dados online e de acesso livre do Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. A população foi composta por mulheres em idade fértil residentes no estado da Paraíba, que foram a óbito por morte materna no período entre 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016. Os dados foram analisados por estatística descritiva e confrontados com a literatura pertinente ao tema estudado. Os resultados obtidos evidenciaram um total de 324 óbitos no período pesquisado, havendo um maior predomínio de mortes durante a gravidez, o parto ou o aborto até 42 dias de puerpério (74,3%), com realização de investigação (92%), em mulheres na faixa etária entre 30 e 39 anos (41%), de cor/raça parda (74,4%), com escolaridade ignorada (48,8%) e de estado civil solteira (36,4%). Em relação ao tipo de causas obstétricas, observou-se maior número de óbitos por causas diretas (78,7%). Notou-se um predomínio de mortes por síndromes hipertensivas específicas da gravidez (27,5%), infecções na gravidez e no puerpério (17,3%), e por outras doenças da mãe que complicam a gravidez, o parto e o puerpério (13,0%). As microrregiões paraibanas que apresentaram os maiores índices de mortalidade materna foram João Pessoa (24,4%) e Campina Grande (14,8%). Conclui-se que o perfil de mortalidade materna vem merecendo atenção especial no Estado da Paraíba, devido a presença dos altos valores de Razão da Mortalidade Materna (RMM), acompanhados de causas evitáveis na maioria dos casos. Desta forma, faz-se necessário que os profissionais de saúde adotem medidas que identifiquem precocemente riscos à saúde materna e permitam a conduta adequada, intervindo assim, de maneira mais eficiente.

**Palavras-chave:** Mortalidade materna. Perfil epidemiológico. Sistema de informação em saúde.

AZEVEDO, L. M. C. **Mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016.** Projeto de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Campina Grande - campus Cajazeiras, 2018.

## ABSTRACT

Maternal mortality is defined as the death of a woman during or up to 42 days after termination of pregnancy, irrespective of the duration and place of the pregnancy, for any cause related or aggravated by the pregnancy or its management, but not due to accidental causes or incidental. It is one of the most serious violations of women's human rights, as it is avoidable in 92,0 % of cases. The present study sought to evaluate maternal mortality in the state of Paraíba from 2007 to 2016. This is a descriptive, documentary, quantitative based survey conducted with secondary data obtained from the online database and from free access of the Mortality Information System, provided by the Department of Informatics of the Unified Health System and the Information System on Live Births. The population was composed of women of childbearing age living in the state of Paraíba, who died of maternal death in the period between January 1, 2007 and December 31, 2016. The data were analysed by descriptive statistics and compared to the relevant literature of the studied subject. The results obtained evidenced a total of 324 deaths in the period studied, with a higher prevalence of deaths during pregnancy, childbirth or abortion up to 42 days postpartum (74,3%), with research (92%), in women in the age group between 30 and 39 years old (41%), of color/race brown (74,4%), with schooling ingored (48,8%), and single marital status (36,4%). Regarding the type of obstetric causes, a higher number of deaths from direct causes (78,7%) were observed. There was a predominance of deaths due to pregnancy specif hypertensive syndromes (27,5%), infections in pregnancy and puerperium (17,3%), and other maternal diseases that complicate pregnancy, chuldbirth and the puerperium (13,0%). The microregions of Paraíba that presented the highest rates of maternal mortality were João Pessoa (24,4%) and Campina Grande (14,8%). At the end of this study it is concluded that the maternal mortality profile has been deserving special attention in the state of Paraíba, due to the presence of high values of the Maternal Mortality Ratio (MMR), accompanied by avoidable causes in most cases. Thus, it is necessary that health professionals adopt measures that early identify risks to maternal health and allow appropriate behavior, thus intervening more efficiently.

**Key words:** Maternal mortality. Epidemiological profile. Health information system.



## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil sociodemográfico dos óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016.....	23
<b>Gráfico 1</b> – Frequência de óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016.....	24
<b>Gráfico 2</b> – Razão de mortalidade materna na Paraíba no período de 2007 a 2016.....	24
<b>Tabela 2</b> – Características dos óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016.....	25
<b>Tabela 3</b> – Tipos de causas obstétricas na Paraíba no período de 2007 a 2016.....	25
<b>Tabela 4</b> – Causas de mortalidade materna na Paraíba no período de 2007 a 2016.....	26
<b>Tabela 5</b> – Óbitos maternos nas microrregiões da Paraíba no período de 2007 a 2016.....	26

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
HELLP	<i>Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento
RAMOS	<i>Reproductive Age Mortality Survey</i>
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	12
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
3.1 MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL .....	13
3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL .....	16
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SAÚDE MATERNA NO BRASIL.....	18
<b>4 MÉTODO</b> .....	21
4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO .....	21
4.2 LOCAL DE PESQUISA .....	21
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	21
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	22
4.5 COLETA DE DADOS.....	22
4.6 ANÁLISE DE DADOS .....	22
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
<b>5 RESULTADOS</b> .....	23
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33
<b>APÊNDICE</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gravidez ou em até 42 dias após o parto, independentemente da duração e do local da gestação, por qualquer causa relacionada ao período gestacional, sendo agravada por este ou pela sua gestão, excluindo-se os motivos acidentais ou incidentais (SILVA et al., 2016).

As mortes maternas podem ser classificadas em causa direta, as quais decorrem de complicações ocorridas durante a gravidez, o parto ou o puerpério por assistência inadequada à mulher; e em causa indireta, que se caracterizam pelo agravamento de doenças presentes na paciente, com início anterior a gravidez ou durante o seu curso, devido às alterações fisiológicas que esse período impõe no organismo materno (LOPES et al., 2017).

No Brasil, observa-se uma predominância em óbitos maternos de causa direta, notando os distúrbios hipertensivos da gestação, os sangramentos na gestação e as infecções como os seus principais fatores causadores (LOPES et al., 2017).

A mortalidade materna é considerada como o reflexo da inadequada assistência à saúde da mulher e do desrespeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, demonstrando que a sua ocorrência no país é um evento alarmante e que necessita da adoção de medidas públicas para sua diminuição, já que a morte materna pode ser evitada em 92% dos casos. Além disso, os países emergentes possuem as maiores taxas de mortalidade materna no mundo, que atinge principalmente mulheres de baixa renda e de baixa escolaridade, evidenciando, assim, as disparidades existentes na sociedade e se tornando uma preocupação na saúde pública (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2014).

Dada a importância e as dificuldades de redução nas taxas de mortalidade materna, principalmente nos países de renda média e baixa, a Organização das Nações Unidas (ONU), aprovou os “objetivos de desenvolvimento do milênio” (ODM) em 2000, na Declaração do Milênio, apresentando o quinto objetivo que versa sobre a “melhoria da saúde da mulher” e traz como um de seus componentes, a redução da razão da mortalidade materna (RMM) em três quartos até 2015. Os ODM foram estabelecidos com a finalidade de garantir o desenvolvimento sustentável da sociedade e a especial atenção aos graves problemas que afetam a humanidade (SILVA et al., 2016).

A RMM é definida como o número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (NV), sendo utilizada como indicador de saúde para avaliar a mortalidade materna, bem como

para verificar as características de seus dados, relacionando-os com o período e com o local em que os óbitos aconteceram (SZWARCOWALD et al., 2014).

A diminuição da RMM está intimamente relacionada com a acessibilidade precoce da mulher, seja na gravidez ou no puerpério, aos serviços de saúde que ofertem auxílio e suporte de qualidade, com atendimento completo e encaminhamento, quando necessário, a níveis complexos de atenção à saúde de acordo com o risco que seu quadro clínico impõe (LOPES et al., 2017).

No Brasil, os óbitos maternos caíram de 120 mortes por 100.000 NV em 1990 para 69 mortes por 100.000 NV em 2013, observando, assim, uma diminuição de 43% na RMM. Entretanto, mesmo com essa redução, o país não atingiu a meta estabelecida pelo ODM, a qual seria de uma RMM igual ou inferior a 35 mortes por 100.000 NV em 2015 (RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015).

A região Nordeste apresentou, no intervalo entre 2001 a 2012, uma diminuição de três óbitos maternos por 100.000 NV a cada ano. Entretanto, suas taxas continuaram elevadas. No período de 2001 a 2007, apresentou entre 100 e 120 mortes por 100.000 NV. Este valor, agregado ao apresentado pela região Sul, que foi de 80 a 100 mortes por 100.000 NV, configuraram-se como os maiores valores apresentados. Esta realidade nordestina se manteve no período de 2008 a 2012, cuja RMM se apresentou elevada com valores entre 60 e 80 mortes por 100.000 NV, sendo seguida pela região Centro-Oeste cujos valores são de 80 a 100 mortes por 100.000 NV. (SILVA et al., 2016).

Em posse do conhecimento que a região Nordeste apresenta altas taxas de mortalidade materna, justifica-se a relevância desta pesquisa pela necessidade de caracterizar o perfil de óbitos maternos no estado da Paraíba nos últimos 10 anos, de identificar as suas causas e de descrever as características relacionadas a condições sociodemográficas e gineco-obstétricas, a fim de possibilitar o desenvolvimento de ações e estratégias direcionadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde nesse público.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Avaliar a mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Analisar os índices de mortalidade materna no estado da Paraíba;
- Identificar as principais causas de mortalidade materna no estado da Paraíba;
- Descrever o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e as características gineco-obstétricas das mulheres que foram a óbito no estado da Paraíba;
- Identificar as microrregiões paraibanas que apresentaram o maior número de óbitos maternos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde e reflete a qualidade de atenção à saúde materna, evidenciando a forma com que são prestados os serviços de saúde desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a manutenção da gravidez, do parto e do puerpério. A avaliação e o monitoramento desse indicador são essenciais, pois elevados valores da RMM estão associados a uma violação dos direitos humanos, sendo preconizado como uma prioridade de saúde pública a sua redução, como já estabelecido nos ODM com a meta de diminuição de três quartos até 2015 (VERSIANI; FONSECA; CALDEIRA, 2017).

Para atingir essa meta, o Brasil deveria apresentar uma RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, porém essa meta não foi alcançada, levantando, assim, questionamentos sobre os motivos do seu não cumprimento (BRASIL, 2012a).

A morte materna pode ser classificada em morte materna não obstétrica, consequente a incidentes ou acidentes sem ligação com a gestação e sua condução, e em morte materna obstétrica, a qual é subdividida em causas obstétricas diretas, decorrente de complicações obstétricas no ciclo gravídico-puerperal, e em causas obstétricas indiretas, considerada um agravo a uma situação de doença anterior a gravidez que complicou pelas modificações fisiológicas do organismo materno (BRASIL, 2009).

Além dessas classificações, o Manual dos Comitês de Mortes Maternas define morte materna tardia, a qual se caracteriza pelo óbito de uma paciente, devido a causas obstétricas no período de 42 dias a um ano após a resolução da gestação; e categoriza a notificação de mortalidade materna através do preenchimento da Declaração de Óbito (DO), diferenciando morte materna declarada, não declarada e mascarada. A primeira se caracteriza por dados que classificam o óbito como materno, a segunda não permite essa classificação e a terceira não relaciona a causa básica com a gravidez, o parto ou puerpério, configurando um preenchimento incorreto da DO (BRASIL, 2009).

No Brasil, há um predomínio de morte materna por causa direta, sendo as síndromes hipertensivas específicas gestacionais, as síndromes hemorrágicas e as infecções as mais prevalentes (LOPES et al.,2017). Com relação às causas das mortes maternas, identificou-se a predominância dos óbitos por pré-eclampsia/eclampsia, infecções urinária e puerperal dentre as causas obstétricas diretas nos hospitais de referência para gestação de alto risco. Enquanto nas gestações de baixo risco, há a predominância dos óbitos por hemorragia, embolia e

complicações anestésicas. Reitera-se, portanto, a capacidade limitada de prevenção da mortalidade pelo sistema de saúde (SOARES et al., 2012).

O parto por cesárea apresenta maior risco de morte materna em relação ao parto por via vaginal. Este fato foi relacionado a maiores chances de eventos após o parto, como tromboembolismo, infecção no puerpério e complicações relacionadas à anestesia. Além disso, existem outras características que contribuem com um aumento do risco de óbito materno, como período inferior a dois anos entre os partos da mesma gestante, e problemas nutricionais maternos, como desnutrição e obesidade (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

A falta de leitos nos hospitais, a dificuldade de acessibilidade à assistência a saúde, a falta de qualidade no atendimento profissional, a demora na identificação de fatores de risco, no estabelecimento do diagnóstico, e o atraso na adoção de condutas adequadas pelos profissionais de saúde, contribuem para os elevados índices de mortalidade materna no país (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

Esse fato demonstra que a realização inadequada da prestação de serviços no sistema público de saúde provoca o crescente número de mortes maternas evitáveis no país. Além disso, a dificuldade de acesso a esses serviços pode ser vista nos variados níveis de atenção, o que pode provocar nas pacientes uma sensação de descaso, com conseqüente abandono do seguimento desde as consultas de pré-natal (ARAÚJO et al., 2017).

Em relação à assistência do pré-natal, esta era vista, quando realizada inadequadamente, como uma das principais causas da presença de altos índices da mortalidade materna no país. Entretanto, de acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), observou-se que a RMM permaneceu crescente mesmo com o aumento da cobertura da atenção pré-natal, sendo demonstrado que 91% das mães no país realizaram mais de quatro consultas de pré-natal, confrontando, assim, a justificativa a cerca da ineficácia dessa cobertura (SZWARCOWALD et al., 2014).

Já em relação ao planejamento familiar, foi demonstrado que sua realização plena contribui na diminuição da mortalidade materna, já que ao reduzir a probabilidade de engravidar, decresce, por conseguinte, a exposição materna. Foi observado, no Brasil, um acréscimo na utilização de métodos contraceptivos segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 2006, a qual mostrou que 65% das mulheres em idade fértil faziam uso de contracepção. Notou-se, também, de acordo com os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), uma diminuição na taxa total de



fecundidade no país, com a redução de 2,7 filhos em 1991 para 1,8 em 2010. (SZWARCWALD et al., 2014).

Com isso, nota-se que para melhorar o panorama de mortalidade materna no país, precisa-se investir não somente na atenção básica, como o planejamento familiar e a assistência pré-natal, mas também nos demais níveis de complexidade, já que a maioria das mortes maternas ocorre devido a complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, refletindo um atendimento inadequado, através de intervenções desnecessárias, omissões, ou conduções inapropriadas dos casos das pacientes (GUIMARÃES et al., 2017).

Observa-se, assim, que um atendimento de qualidade que vise o acolhimento humanizado, a triagem, a identificação de pacientes de risco, a realização de diagnóstico precoce de doenças que comprometem a saúde materna, bem como a prática de medidas resolutivas e eficazes diante de situações obstétricas de prognóstico reservado, está relacionado com o atendimento de qualidade (BARBOSA et al., 2017).

Para melhor identificação dessas situações que colocam em risco a saúde materna e para promover dados mais fidedignos de dados de mortalidade materna, foi realizada a criação dos Comitês de Mortalidade Materna em diversas esferas de governo (SZWARCWALD, 2014).

A criação desses comitês proporcionou uma melhoria na qualidade das informações, sendo observado, através do processo de investigação de mortes de mulheres em idade fértil, um aumento da taxa de mortalidade materna em 11% no período de 2009 a 2012, em oposição à redução preliminar de 10% de 2001 a 2004, a qual tinha sido associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar (RODRIGUES et al., 2016).

Os resultados por região mostram um aumento nas taxas de mortalidade de 2009-2012 em comparação com 1997-2000, exceto nas regiões Sudeste e Sul (RODRIGUES et al., 2016). Quanto às questões sociodemográficas, é importante reconhecer as características maternas como faixa etária, escolaridade, raça, estado civil, emprego, idade gestacional e tipo de parto, pois esses fatores influenciam na situação de saúde em que as pacientes se encontram, permitindo identificar particularidades da região de saúde, formular planejamento de atenção à saúde de forma específica, contribuir na tomada de decisão precoce e, assim, ajudar a reduzir a mortalidade materna (BARBOSA et al., 2017).

Nesse sentido, o profissional médico tem extrema importância para a redução das taxas de mortalidade materna, já que este possui papel fundamental na admissão das pacientes, na triagem, no diagnóstico e na formulação das condutas. É necessário, assim, que o médico esteja preparado para ofertar assistência de qualidade às mulheres na condução da

gravidez, do parto e do puerpério, identificando os riscos e promovendo condutas adequadas no tempo correto e no lugar qualificado (SZWARCWALD et al., 2014).

Além disso, é atribuição do profissional médico a emissão da DO, sendo de sua responsabilidade preencher corretamente os dados em todos os campos do documento, evitando, conseqüentemente, máscaras, e demonstrando reais fatores que provocaram a morte materna. Com isso, haverá a possibilidade de constatar o óbito materno, traçar o perfil da mortalidade materna, e promover políticas públicas sobre a saúde materna no Brasil com maior eficácia (BRASIL, 2007).

### 3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

O Brasil possui uma diversa rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de panorama nacional, com parte de seus dados disponíveis no DATASUS. A utilização de suas informações é de extrema importância para a avaliação da situação de saúde do país, para a realização de condutas baseadas em evidências e para o planejamento de ações necessárias para a melhoria de saúde (LIMA et al., 2009).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) faz parte dessa rede de SIS e foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975, com a finalidade de coletar, processar e divulgar as informações sobre os óbitos registrados no país, para, a partir desses resultados, fazer planejamentos e análises da realidade de saúde no país. O sistema é alimentado através da primeira via da DO (ANEXO A) coletada nos serviços de saúde, devendo ser preenchida pelo médico que atestou a morte e constar de dados fidedignos sobre as causas de morte e as condições sociodemográficas (CAMPOS et al., 2013).

Entretanto, para ser realizada a melhoria no panorama da mortalidade materna no país, é preciso reconhecer que a sua investigação e, por conseguinte, a sua monitorização apresentam dificuldades, devido à presença de subinformação e sub-registro no preenchimento da DO. A subinformação consiste na omissão da causa de base, não estabelecendo a devida relação com a gravidez, o parto ou o puerpério. Esse fato acontece pelo despreparo dos médicos no preenchimento correto da DO, bem como da falta de reconhecimento da sua importância como fonte de informações da situação de saúde no país (BRASIL, 2009).

O sub-registro resulta da falha de registro em cartório, que pode acontecer pela inacessibilidade aos cartórios ou pela desinformação dos indivíduos sobre a importância dos dados da DO como meio de garantia de seus direitos como cidadão (BRASIL, 2009).

No ano de 2002, foi realizado um inquérito através do método *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS), em todas as capitais do Brasil, que verificou a RMM em 54,3 mortes por 100 mil NV, a partir da utilização de um fator de ajuste ou correção para os dados oficiais em uma investigação de mortes de mulheres de 10 a 49 anos, e evidenciou que as mortes maternas se apresentavam subnotificadas e subregistradas. Entretanto, de acordo com o autor, mesmo com essas limitações, as estimativas são úteis para a identificação da mortalidade materna e suas causas no país (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Após a realização do método RAMOS, nos anos subsequentes, medidas governamentais foram adotadas com a intenção de melhorar a qualidade dos dados referentes à mortalidade materna, como a procura ativa por informações ocultas ao Ministério da Saúde; a investigação além dos sistemas como o SIM e o SINASC já utilizados, contou também com outros sistemas como o Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (SZWARCWALD, 2014).

O SINASC foi implantado em 1990 pelo Ministério da Saúde, com a função de fornecer e processar dados sobre o recém-nascido, a mãe, o pré-natal e o parto, sendo alimentado pela Declaração de Nascido Vivo (ANEXO B) e promovendo informações sobre a situação de saúde (BRASIL, 2011b). Enquanto o SIH foi criado em 1991, com a finalidade de fornecer dados diagnósticos, demográficos e geográficos para cada internação hospitalar através da utilização e do preenchimento das Autorizações de Internação Hospitalar, as quais são destinadas para o embolso dessas internações de hospitais da rede pública e privada (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006). Já o SIAB foi implementado em 1998, com a finalidade de vigilância epidemiológica, através da descrição das características socioeconômicas, do processo de adoecimento e morte da população coberta, bem como da avaliação dos serviços de saúde e monitoramento da assistência em locais geográficos definidos (BITTAR et al., 2009).

Mediante a investigação de dados desses SIS, pode-se encontrar uma melhoria na qualidade de informações de estatísticas vitais, como a taxa de mortalidade materna, através da realização de busca ativa nesses sistemas, da promoção de estratégias para diminuir a mal definição de óbitos e da formulação de políticas de saúde para estabelecer metas relacionadas a uma maior cobertura das informações de mortalidade (SZWARCWALD, 2014).

### 3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SAÚDE MATERNA NO BRASIL

Nos últimos anos, houve, no Brasil, a formulação de diversas Políticas de Saúde Pública destinadas à assistência materna e infantil, com a finalidade de combater a mortalidade deste grupo no país, já que foi observado que a maioria dos óbitos poderiam ser evitados se realizado um aprimoramento à saúde às mães e às crianças (PACHECO, 2018).

Em relação à mortalidade materna, observou-se que a formulação de estratégias para a prevenção de complicações, promoção de saúde, identificação precoce de sinais de risco à gravidez, ao parto e ao puerpério e assistência, bem como para o encaminhamento a serviços de referência e o tratamento adequado, promovem o reconhecimento de gestações de alto risco e a adoção de condutas precoces e adequadas (ARAÚJO et al., 2017).

Devido a isso, diante de causas evitáveis da mortalidade materna, houve no Brasil, a implantação dos comitês estaduais de morte materna com a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a qual foi criada em 1984 pelo Ministério da Saúde. Mas o desenvolvimento desses comitês começou efetivamente em 1987 (BRASIL, 2007).

A PAISM configurou uma mudança na assistência à saúde da mulher, abandonando a sua centralidade no binômio mãe-filho e sendo dada a atenção adequada para a sua saúde em todas as suas fases da vida. Além disso, essa política teve como proposta uma integralidade entre os serviços de saúde, englobando a atenção à realização do pré-natal, do parto e do puerpério de forma adequada, bem como a prevenção de câncer, de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e apoio aos períodos de transição na vida de uma mulher, como a adolescência e a menopausa (CASSIANO et al., 2014).

Os comitês de morte materna consistem em entidades interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais que possuem a finalidade de analisar todas as mortes maternas e indicar formas de intervenção para a sua diminuição no local que abrangem. Além disso, representam um relevante meio de monitoramento e avaliação constante das políticas de atenção à saúde da mulher, e apresentam como finalidades: o estímulo à criação de comitês; a investigação de óbitos, através da natureza do óbito e das circunstâncias em que ocorreu; a análise do óbito, através da avaliação das características da prevenção da morte e da identificação dos fatores de evitabilidade; a informação; a educação; a definição de medidas preventivas; e a mobilização (BRASIL, 2009).

Além disso, os comitês de morte materna, de acordo com o Ministério da Saúde, visam conscientizar sobre a importância da notificação compulsória e da vigilância epidemiológica para um melhor controle da mortalidade materna no país, através do

preenchimento completo da DO, da identificação e investigação das mortes maternas, da correção dos dados notificados, da análise do óbito materno, da elaboração e divulgação do relatório, das propostas para intervenções, da avaliação sistemática dos indicadores de processo e de impacto da assistência à parturiente, da interlocução com gestores, e dos recursos para o funcionamento dos comitês de morte materna fornecidos pela direção do Sistema Único de Saúde em suas diferentes instâncias (BRASIL, 2009).

Após a criação e implementação do PAISM e dos Comitês de Mortalidade Materna, verificou-se que as taxas de mortalidade materno-infantil permaneciam altas, por isso foi criado no ano 2000 o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHPN), o qual propôs melhorias para a atenção materna e infantil, através da adoção de medidas para fornecer assistência de qualidade no pré-natal, no parto, no puerpério e no atendimento neonatal. Através do PNHPN se estabeleceu o número mínimo de seis consultas no pré-natal e uma no puerpério até 42 dias após o parto, bem como a ampliação de solicitação de exames laboratoriais e de vacinação contra o tétano (PACHECO, 2018).

Diante da criação do ODM, o Brasil formulou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, com o objetivo de alcançar as metas desenvolvidas e sugeridas pelos ODM, a partir da adoção de estratégias para garantir o acesso de qualidade à saúde materno-infantil (BRASIL, 2004).

Posteriormente, em 2010, o Ministério da Saúde implementou o Programa da Rede Cegonha como forma de combater os altos índices de mortalidade materno-infantil, desenvolvendo planejamentos de atenção para uma maior cobertura populacional, ações para garantir a acessibilidade ao pré-natal, a realização do planejamento familiar, a assistência humanizada ao parto e ao puerpério, bem como a longitudinalidade do cuidado às crianças até dois anos de idade (BRASIL, 2011a).

Esse Programa é considerado a medida pública mais completa que o Governo brasileiro já implementou, já que agrega medidas propostas anteriormente e se adequa às necessidades do momento, conseqüentemente, reduzindo significativamente os índices de mortalidade infantil e as taxas de mortalidade materna, mas, sem alcançar a meta esperada. Observa-se que há deficiência na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, e, devido a isso, a redução da RMM não foi tão significativa. Com isso, nota-se que, se o Programa for implementado com sucesso no país, a meta de diminuição da mortalidade materna pode ser alcançada desde que exista uma atenção de qualidade à mulher (PACHECO, 2018).

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO

O presente estudo é do tipo documental descritivo de série temporal, o qual se caracteriza por observar, registrar, analisar, descrever os fatos, estabelecer relações entre as variáveis, sem a presença de interferência por parte do pesquisador. A pesquisa documental possui uma importante abordagem em conteúdos que não obtiveram uma análise ou que podem ter uma reformulação com base na finalidade do estudo para detectar novas características de uma temática, adicionar informações as já preexistentes (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Aborda as seguintes fases em uma sequência natural e de forma articulada: escolha do tema, delimitação dos objetivos, formulação do projeto de trabalho, identificação e localização das fontes a serem utilizadas na pesquisa, coleta e leitura do material obtido, indicação deste por meio de fichas, análise, interpretação de dados e elaboração final do estudo (GIL, 2007).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada a partir de dados provenientes da base de dados do SIM do Estado da Paraíba, disponível no endereço eletrônico <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10PB.def>, e do SINASC, disponível no endereço eletrônico <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvPB.def>. O referido Estado está localizado no leste da Região Nordeste, compreendendo uma área de 56.468.435 km<sup>2</sup>, dividida entre 223 municípios. A população paraibana é estimada em 3.766.528 habitantes, dentre os quais 1.217.452 habitantes são mulheres distribuídas na faixa etária entre 10 e 49 anos de idade (IBGE 2010; IBGE 2017).

### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para realização do estudo foi considerada como população e amostra de mulheres em idade fértil residentes no Estado da Paraíba, que foram a óbito por morte materna no período entre 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016, compreendendo os indivíduos do sexo feminino com idade entre 10 e 49 anos.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A pesquisa foi realizada utilizando dados secundários obtidos a partir do banco de dados online e de acesso livre do SIM, disponibilizado pelo DATASUS, utilizando as variáveis: óbitos maternos, óbito na gravidez e no puerpério, óbito investigado, ano do óbito, faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil, microrregião, categoria CID-10 e tipo de causa obstétrica; e do SINASC, utilizando as variáveis: nascidos vivos segundo o local de residência da mãe e ano do nascimento, para o cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM).

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Foi elaborado um instrumento para conduzir a coleta de dados com as seguintes variáveis a partir de informações disponíveis no SIM: óbitos maternos, óbito na gravidez e no puerpério, óbito investigado, ano do óbito, faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil, microrregião, categoria CID-10 e tipo de causa obstétrica, bem como as seguintes variáveis disponíveis no SINASC para o cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM): nascidos vivos segundo o local de residência da mãe e ano do nascimento (APÊNDICE).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por estatística descritiva e distribuídos em gráficos e tabelas, através do programa *Microsoft Office Excel for Windows 2010* e foram confrontados com a literatura pertinente ao tema estudado.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados para a realização do estudo são de domínio público, disponíveis de forma livre e gratuita na rede mundial de computadores por meio do DATASUS, sendo, assim, dispensado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Contudo, todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados (BRASIL, 2012b).

## 5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016. Foi evidenciado um maior predomínio de mortes na faixa etária entre 30 e 39 anos, representando 41% do total de óbitos, na cor/raça parda com 74,4%, na escolaridade ignorada com 48,8% e no estado civil solteira com 36,4%.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
10 – 14 anos	3	0,9
15 – 19 anos	45	13,9
20 – 29 anos	124	38,3
30 – 39 anos	133	41,0
40 – 49 anos	19	5,9
<b>Cor/Raça</b>		
Parda	241	74,4
Branca	53	16,4
Preta	17	5,2
Amarela	1	0,3
Indígena	1	0,3
Não informado	11	3,4
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	11	3,4
1 – 3 anos	36	11,2
4 – 7 anos	62	19,1
8 – 11 anos	47	14,5
12 anos e mais	10	3,0
Ignorado	158	48,8
<b>Estado civil</b>		
Solteira	118	36,4
Casada	93	28,7
Separada judicialmente	3	0,9
Viúva	1	0,3
Outro	36	11,2
Ignorado	73	22,5
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

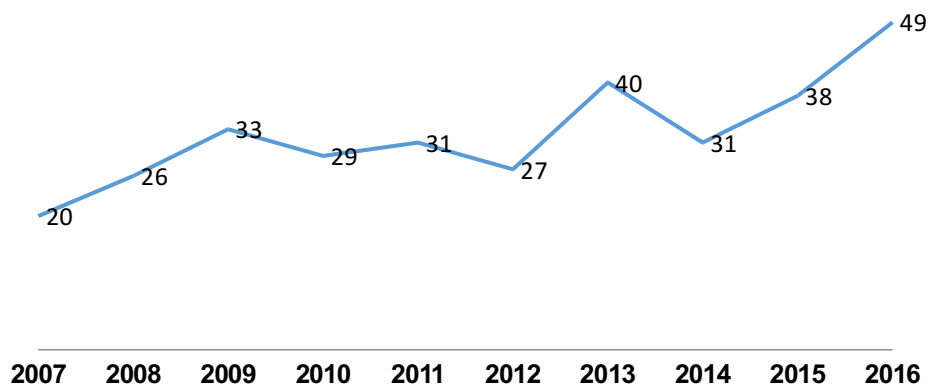
**Fonte:** DATASUS, 2017

O Gráfico 1 apresenta os dados relacionados à frequência de óbitos maternos no período de 2007 a 2016 no estado da Paraíba, correspondendo a 324 casos nos últimos 10 anos. Foram observados valores menores no período de 2007 a 2012, com um pico em 2009



de 33 mortes, e valores maiores no período de 2014 a 2016, com dois picos, um em 2013 de 40 mortes e outro em 2016 de 49 mortes.

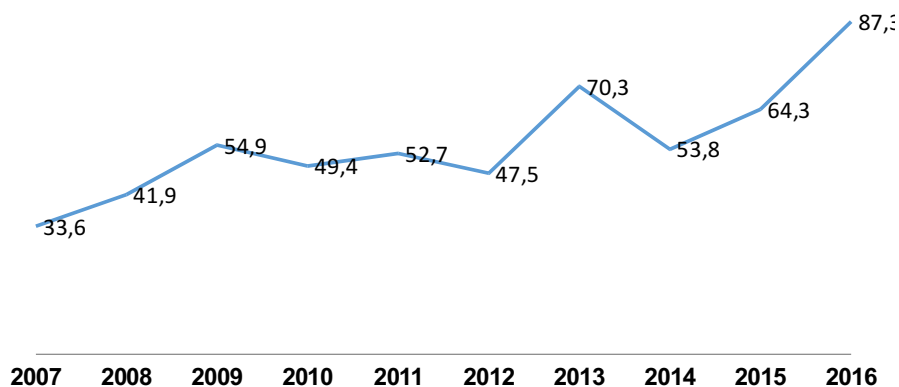
**Gráfico 1** – Frequência de óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2017.

O Gráfico 2 apresenta os valores de RMM no período de 2007 a 2016 no estado da Paraíba. A maior RMM foi demonstrada no ano de 2016 (87,3 mortes por 100.000 NV), e a menor no ano de 2007 (33,6 mortes por 100.000 NV), analisando todo o período estudado. Foi observada uma tendência de aumento da RMM, com incremento de 53,7 óbitos maternos por 100.000 NV no ano de 2016, quando comparado com o ano de 2007, correspondendo a um aumento de 61,5%, e, conseqüentemente não alcançando a redução de 75% estabelecida como meta pelo quinto ODM.

**Gráfico 2** – Razão de mortalidade materna na Paraíba no período de 2007 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2017.

Na Tabela 2 estão expostas as informações sobre as características dos óbitos maternos. Observou-se um maior número de óbitos por causas maternas com a porcentagem de 74,3%, que demonstrou a morte materna durante a gravidez, o parto ou o aborto e até 42 dias de puerpério. Além disso, é importante destacar que ainda é grande o número de casos não informados ou ignorados, o que evidenciou a fragilidade na coleta de dados. Em relação à investigação dos óbitos, observa-se que a maioria foi investigada com o total de 92%, sendo 77,2% com ficha síntese informada.

**Tabela 2 - Características dos óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Óbito na gravidez e no puerpério</b>		
Durante a gravidez, parto ou aborto	95	29,3
Durante o puerpério até 42 dias	146	45,0
Durante o puerpério de 43 dias a 1 ano	6	1,9
Não na gravidez ou no puerpério	12	3,7
Período informado inconsistente	32	9,9
Não informado ou ignorado	33	10,2
<b>Óbito investigado</b>		
Sim, com ficha síntese informada	250	77,2
Sim, sem ficha síntese informada	48	14,8
Não investigado	26	8,0
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** DATASUS, 2017.

A Tabela 3 apresenta os dados relacionados aos tipos de mortes maternas por causas obstétricas, com um maior predomínio de morte materna por causa obstétrica direta, a qual decorre de complicações ocorridas durante a gravidez, o parto ou o puerpério por assistência inadequada à saúde da mulher, representando 78,7% do total de óbitos.

**Tabela 3 – Tipos de mortes maternas por causas obstétricas na Paraíba no período de 2007 a 2016.**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipos de causas obstétricas</b>		
Morte materna obstétrica direta	255	78,7
Morte materna obstétrica indireta	55	17,0
Morte materna obstétrica não especificada	14	4,3
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** DATASUS, 2017

Em relação à distribuição das causas de mortalidade materna na Paraíba no período de 2007 a 2016, trabalhou-se com elas divididas em grupos de doenças, utilizando as categorias do CID-10. Observou-se maior prevalência de óbitos por síndromes hipertensivas específicas da gravidez (27,5%), as quais representam a hipertensão pré-existente à gravidez, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a hipertensão não especificada; por infecções na gravidez e no puerpério (17,3%), as quais incluem a infecção pelo HIV, a infecção do trato geniturinário na gravidez, as infecções puerperais e as doenças infecciosas e parasitárias maternas; e por outras doenças da mãe que complicam a gravidez, o parto e o puerpério (13,0%), conforme representado na Tabela 4.

**Tabela 4** – Causas de mortalidade materna na Paraíba no período de 2007 a 2016.

<b>Causa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Síndromes hipertensivas específicas da gravidez	89	27,5
Infecções na gravidez e no puerpério	56	17,3
Outras doenças da mãe que complicam a gravidez o parto e o puerpério	42	13,0
Complicações do trabalho de parto e do parto	33	10,2
Sangramento na gravidez, parto e pós parto	30	9,3
Gravidez que termina em aborto	15	4,6
Morte obstétrica por causa não especificada	14	4,3
Complicações do puerpério não classificadas em outras partes	13	4,0
Outros	10	3,0
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** DATASUS, 2017.

Mediante a análise da Tabela 5, percebe-se que as microrregiões paraibanas com os maiores índices de mortalidade materna entre os anos de 2007 e 2016 foram João Pessoa (24,4%) e Campina Grande (14,8%).

**Tabela 5** – Óbitos maternos nas microrregiões da Paraíba no período de 2007 e 2016.

<b>Microrregião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
João Pessoa	79	24,4
Campina Grande	48	14,8
Brejo	15	4,6
Cajazeiras	13	4,0
Curimataú Ocidental	13	4,0
Curimataú Oriental	12	3,7
Cariri Ocidental	12	3,7
Serra Teixeira	12	3,7
Sousa	12	3,7
Seridó Oriental	11	3,4
Itabaiana	11	3,4

*Continua*

**Tabela 5** – Óbitos maternos nas microrregiões da Paraíba no período de 2007 e 2016.*Continuação*

<b>Microrregião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sapé	11	3,4
Catolé do Rocha	10	3,0
Patos	10	3,0
Guarabira	10	3,0
Litoral Norte	8	2,5
Litoral Sul	8	2,5
Esperança	7	2,2
Piancó	6	1,9
Itaporanga	5	1,6
Seridó Ocidental	4	1,3
Cariri Oriental	4	1,3
Umbuzeiro	3	0,9
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** DATASUS, 2017.

## 6 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos óbitos maternos na Paraíba no período de 2007 a 2016 apresentou um maior predomínio de mortes na faixa etária entre 30 e 39 anos, na cor/raça parda, na escolaridade ignorada e no estado civil solteira, demonstrando o menor acesso à assistência desses grupos populacionais, e, conseqüentemente, as injustiças sociais que estes enfrentam (MASCARENHAS, 2017).

Sobre a faixa etária, dados semelhantes foram evidenciados por estudo (MASCARENHAS, 2017) realizado na Região de Saúde em Jequié – BA, o qual identificou a faixa etária entre 30 e 39 anos com o maior número de mortes, demonstrando que há predominância em mulheres mais maduras e mais predispostas à gravidez de risco, grupo que apresenta a necessidade de maior atenção à saúde.

Foi observado que a raça parda representa a maioria do número total de óbitos maternos, refletindo as dificuldades que as mulheres pardas apresentam ao acesso à assistência à saúde de qualidade, fato que denuncia a desigualdade racial existente no país (CORREIA et al., 2011).

Nesse presente estudo, foi encontrado um predomínio de resultado ignorado na variável escolaridade, demonstrando inadequado preenchimento da DO, e sendo motivo de preocupação na verdadeira identificação do grupo mais susceptível à mortalidade materna, pois o correto preenchimento dessa variável fornece informações importantes que influenciam na análise da mortalidade materna.

A escolaridade está relacionada com diversos fatores, tais como: idade materna na gravidez, adesão à assistência pré-natal e via de parto, e isso é comprovado, pois estudo demonstra que: há um menor número de anos de estudo entre as mães mais jovens, há um diminuído interesse de acesso aos serviços de saúde nas mulheres com baixa escolaridade e menos partos cesáreos entre essas mulheres (BRASIL, 2014).

O número elevado de mortes maternas entre as mães solteiras apresenta a necessidade de uma atenção individualizada a esse grupo de mulheres, já que a falta de apoio familiar, demonstrada pela falta de um companheiro na realização de uma paternidade responsável, está associada a conseqüências adversas na morbidade e mortalidade materna (MELO; KNUPP, 2008).

Em relação à avaliação da taxa de mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016, foi evidenciado que ao longo dos anos houve um aumento no número

de óbitos, sendo registradas 20 mortes em 2007, enquanto em 2016, foram 49 óbitos, o que corresponde a um aumento de 40,8% em apenas 10 anos.

Enquanto isso, no Brasil, a taxa de mortalidade materna se caracteriza por uma inclinação na queda no número total de óbitos, demonstrada através da diminuição de 543 mil óbitos em 1990 para 287 mil óbitos no ano de 2010, reduzindo, assim, 47% do total de óbitos. Entretanto, o Brasil não alcançou a meta do quinto ODM, já que este preconizou uma redução de 5,5% ao ano da taxa de mortalidade materna, e só alcançou uma diminuição anual de apenas 3,1% (BIANO et al., 2017).

A região Nordeste se caracterizou com taxas elevadas de RMM nos anos de 2000 a 2009, com o valor médio de 64,01 mortes maternas por 100.000 NV, apresentando-se maior que a nacional, a qual apresentou uma RMM de 54,83 por 100.000 NV no mesmo período. Além disso, foi demonstrado que, em 2009, a região Nordeste apresentou um valor de RMM superior às demais regiões do Brasil: Norte, 67,26; Centro-Oeste, 62,22; Sudeste, 62,09; e Sul 55,41 (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

No presente estudo, foram encontrados altos valores da RMM no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016, o que apresenta concordância com os elevados números encontrados na região Nordeste em estudo, demonstrando a semelhança da população paraibana com o restante da população nordestina, através da presença das desigualdades sociais e econômicas e do difícil acesso aos serviços de saúde e à assistência qualificada (SILVA et al., 2016).

Além disso, observou-se uma predominância de mortes maternas na gravidez, no parto e no puerpério até 42 dias, sendo caracterizada pelas complicações no intercurso do ciclo gravídico-puerperal, o que demonstra a necessidade de uma assistência à saúde de qualidade nesse período como importante fator de prevenção da mortalidade materna, através do reconhecimento precoce dessas complicações e da adoção de medidas intervencionistas no momento adequado (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

No tocante a investigação dos óbitos, nota-se que 92% dos óbitos foram investigados, o que demonstra uma melhoria na sua investigação com o compromisso efetivo da vigilância e monitorização da morte materna pelos Comitês de Mortalidade Materna, que tem a finalidade de identificar as suas causas e promover medidas de saúde para diminuir a mortalidade materna no país (BRASIL, 2009). Essa investigação possibilita a classificação da causa básica da morte materna e a realocação de mortes classificadas anteriormente à investigação como maternas para suas verdadeiras causas básicas (SZWARCOWALD, 2014).

Em relação às causas obstétricas de mortalidade materna no estado da Paraíba entre 2007 e 2016, há uma maior prevalência de causas diretas. Esse achado corrobora com a média

de mortalidade por causas diretas no Brasil, a qual é representada por 66,7% de mortes maternas no país, demonstrando que a assistência à saúde das mães no período da gravidez, do parto e do puerpério é inadequada, observada através da má condução terapêutica diante de complicações no ciclo gravídico-puerperal (BOTELHO et al., 2014).

No tocante ao estado da Paraíba no período de 2007 a 2016, as principais causas de mortalidade materna foram relacionadas a síndromes hipertensivas específicas da gestação, infecções na gravidez e no puerpério, e outras doenças da mãe que complicam a gravidez, o parto e o puerpério.

Dados semelhantes foram observados no estudo de VEGA (2018) realizado em São Paulo – SP, o qual identificou que a hipertensão arterial apresentou 22,5% dos óbitos maternos entre 1993 e 2016, compreendendo as mortes maternas causadas pela pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão arterial sistêmica, atribuindo essas mortes a uma falta de identificação precoce de fatores de risco para o estabelecimento dessas comorbidades; bem como a inadequada adoção de medidas de prevenção, como o uso de ácido acetilsalicílico e a reposição de cálcio, o insuficiente rastreamento de hipertensão prévia a gestação, e conseqüentemente, a falta de controle pressórico antes da ocorrência da gravidez.

Além disso, conforme estabelece Vega (2018), as complicações do descontrole da pressão arterial são determinantes no número de mortes maternas, como a presença de síndrome HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count*). Esta situação merece atenção cautelosa, já que após a sua instalação, há um aumento significativo da morbidade e da mortalidade materna; como, também, a presença de eclâmpsia, já que 50% das mortes maternas por acidente vascular encefálico acontecem após a sua instalação.

A segunda maior causa de mortes em mães paraibanas foram as infecções na gravidez e no puerpério, o que, conforme explicitam Lima et al. (2016), são consideradas como causas evitáveis de morte materna, perdendo em frequência apenas para as síndromes hipertensivas em estudos de 2008 e 2011.

Essas duas comorbidades estão relacionadas com um pior desfecho na saúde infantil, já que estão associadas com prematuridade e baixo peso ao nascer, os quais são fatores de risco para a mortalidade infantil. Precisa-se, assim, de um cuidado especial para melhorar o quadro de mortalidade materno-infantil no país, a fim de diminuir o número de mortes maternas evitáveis no país, e melhorar o prognóstico da saúde infantil, através da identificação e tratamento precoces dessas infecções (MOURA, et al., 2018).

Sobre a variável de outras doenças da mãe que complicam a gravidez, o parto e o puerpério, esta foi considerada a terceira maior causa de mortalidade materna no estado da

Paraíba no período de 2007 a 2016, contrapondo o que foi exposto no estudo de Ferraz e Bordignon (2012), o qual demonstrou que essa era principal causa de mortalidade materna no Brasil entre 2000 e 2009, representando 17,10% do total de óbitos maternos.

Em relação à distribuição da taxa de mortalidade no Estado no período de 2007 a 2016 segundo a microrregião, foi observada maior prevalência de óbitos nas microrregiões de João Pessoa e Campina Grande, respectivamente. Este achado pode ser explicado por estas serem as regiões com maior nível de complexidade de atenção à saúde na Paraíba, recebendo, possivelmente, os casos de maior morbidade à saúde materna; e por serem as mais populosas dentre as demais microrregiões paraibanas, as quais juntas concentram 29,4% da população (IBGE, 2010), sendo desta forma, responsáveis pelos maiores números de mortes.

Mediante o exposto, faz-se necessário que os profissionais da área de saúde sejam capacitados para identificar as comorbidades e possíveis complicações que acometem as gestantes, e atuar adequadamente diante de tais situações, tomando condutas adequadas precocemente, já que a diminuição da mortalidade materna está intimamente associada com o acesso das grávidas e das puérperas à uma assistência de qualidade em tempo favorável nos diversos níveis de complexidade existentes no país (LOPES et al., 2017).



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos o perfil de mortalidade materna vem merecendo atenção especial no Brasil e no mundo, devido a presença dos altos valores de RMM, acompanhados de causas evitáveis na maioria dos casos. O Estado da Paraíba vem acompanhando esse processo, mas apresenta obstáculos, que estão presentes em todo o Brasil, como a exclusão social e econômica, o que dificulta o acesso à saúde e deixa a população menos favorecida de forma vulnerável e susceptível a agravos e doenças.

A importância deste estudo resulta da necessidade da efetivação de políticas voltadas para os principais motivos que levam aos óbitos maternos e que são passíveis de prevenção por meio da adoção de medidas, pelos profissionais de saúde, como a identificação precoce de riscos à saúde materna no atendimento e a adoção de condutas adequadas, intervindo assim, de maneira mais eficiente.

Além disso, o presente estudo ressalta a importância da notificação adequada das mortes maternas para a elaboração e adoção dessas políticas de saúde, o que pode ser realizado com a busca ativa das mortes ocorridas pelos gestores dos estabelecimentos de saúde, com a disponibilização de coleta de informação nos prontuários por estes para equipes de vigilância de óbitos, e com a conscientização dos profissionais que preenchem a DO, motivando-os a não assiná-la em branco ou deixá-la previamente assinada, e a verificar todos os seus campos se estão devidamente e corretamente preenchidos.

Ao final dessa pesquisa, constatou-se que os seus objetivos foram alcançados, com a identificação do perfil da mortalidade materna no estado da Paraíba no período de 2007 a 2016 e espera-se que os achados abordados possam colaborar com a adoção de estratégias de prevenção e promoção da saúde das mulheres, através do reconhecimento precoce de fatores de risco e complicações que afetam a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, e da realização precoce de condutas adequadas para uma assistência à saúde de qualidade às mães. Além disso, almeja-se auxiliar os profissionais e acadêmicos de saúde a terem uma visão mais abrangente da problemática.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. et al. A magnitude da mortalidade materna na Bahia nos últimos 10 anos. **Rev Enferm UFPI**. v. 6, n. 2, p. 10-15, 2017. Disponível em <[http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5793/pdf\\_1](http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5793/pdf_1)>. Acesso em: 15 set. 2018.
- BARBOSA, E. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 18, n. 2, 2017. Disponível em <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PhfBmigSwaoJ:www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/19254/29971+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 15 set. 2018.
- BIANO, R. et al. Mortalidade materna no Brasil e nos municípios de Belo Horizonte e Uberaba, 1996 a 2012. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7, p. 1-10, 2017. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1464/1575>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- BITTAR, T. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**. v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009. Disponível em <<http://www.seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/675/434>>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- BITTENCOURT, S; CAMACHO, L; LEAL, M. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2006.v22n1/19-30/pt>>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- BOTELHO, N. et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 36, n. 7, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000700290](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000700290)>. Acesso em: 22 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites\\_mortalidade\\_materna\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em <file:///C:/Users/hulw/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf>. Acesso em: 8 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em <[http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/88/2015/11/inst\\_dn.pdf](http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/88/2015/11/inst_dn.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2013\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2018.

CAMPOS, D. et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1473-1482, 2013. Disponível em <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v18n5/33.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n5/33.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CASSIANO, A. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 65, n.2, p. 227-244, 2014. Disponível em <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

CARRENO, I; BONILHA, A; COSTA, J. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n.4, p. 662-670, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0662.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0662.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2017.

CORREIA, R. et al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n.1, p. 91-97, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a14.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FERRAZ, L; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 527-38, 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.

GUIMARÃES, T. et al. Mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. **Rev Pesq Saúde**. v.18, n. 2, p. 81-85, 2017. Disponível em <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8381/5205>> . Acesso em: 18 set. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=26>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>> Acesso em: 16 jul. 2018.

LAURENTI, R; JORGE, M; GOTLIEB, S. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**. v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

LIMA, C. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n10/2095-2109/pt>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

LIMA, D. et al. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. **Enfermagem Obstétrica**. v.3, n. 25, p. 1-6, 2016. Disponível em <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25/31>>. Acesso em: 23 set. 2018.

LOPES, F. et al. Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma Maternidade-escola referência de Alagoas. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Alagoas, v. 4, n.2, p. 149-162, 2017. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4493/2611>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MASCARENHAS, P. et al. Análise da mortalidade materna. **Rev Enferm UFPE**. v. 11, n. 11, p. 4653-4662, 2017. Disponível em <file:///C:/Users/Guest/Downloads/231206-75297-1-PB.pdf>. Acesso em 20 set. 2018.

MELO, E; KNUPP, V. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 12, n. 4, p. 773-779, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/eau/v12n4/v12n4a23.pdf>>. Acesso em 20 set. 2018.

MOURA, B. 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**. v. 34, n.1, p. 1-13, 2018. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n1/e00188016/pt>>. Acesso em 22 set. 2018.

PACHECO, C. **Impacto das ações da rede cegonha na mortalidade materno infantil no estado de São Paulo**. 33f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, 2018. Disponível em <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/331447/1/Pacheco\\_CeciliaGuio\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/331447/1/Pacheco_CeciliaGuio_M.pdf)>. Acesso em 18 out. 2018.

PRODANOV, C; FREITAS, E. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Rio Grande do Sul: Feevale; 2013.

RESENDE, L; RODRIGUES, R; FONSECA, M. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Rev Panam Salud Publica**. v. 37, n.4, p. 218-224, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a05.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

RODRIGUES, N. et al. Evolução temporal e espacial das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil, 1997-2012. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 92, n.6, p. 567-573, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n6/pt\\_0021-7557-jped-92-06-0567.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n6/pt_0021-7557-jped-92-06-0567.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SILVA, B. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 3, p. 484-493, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00484.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

SOARES, V. et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 34, n. 12, p. 536-43, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/02.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SZWARCWALD, C. et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, p. 71-83, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>>. Acesso em: 20 de jul. 2018.

VEGA, C. Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. **Rev Med**. v. 97, n. 2, p. 235-243, 2018. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143244/140805>>. Acesso em: 28 de set. 2018.

VERSIANI, C; FONSECA, R; CALDEIRA, A. Perfil de óbitos maternos evitáveis em Montes Claros. **Revista Contexto e Saúde**. v. 17, n. 33, p.23-31, 2017. Disponível em <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5770/0>>. Acesso em: 20 de jul. 2018.

VIANA, R.; NOVAES, M; CALDERON, I. Mortalidade materna – uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**. v. 22, n. 1, p. 141-152, 2011. Disponível em <[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22\\_16mortalidade.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortalidade.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

**APÊNDICE - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS****Ano do óbito**

- 2007       2008       2009       2010       2011       2012  
 2013       2014       2015       2016

**Ano do nascimento**

- 2007       2008       2009       2010       2011       2012  
 2013       2014       2015       2016

**Cor/Raça**

- Branca       Preta       Amarela       Parda       Indígena       Ignorado

**Escolaridade**

- Nenhuma       1 - 3 anos       4 – 7 anos       8 – 11 anos       12 anos e mais       Ignorado

**Estado civil**

- Solteira       Casada       Divorciada       Viúva       Outro       Ignorado

**Causas de Mortalidade Materna**

- Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério  
 Infecção na gravidez e no puerpério  
 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério  
 Complicações do trabalho de parto e do parto  
 Sangramento na gravidez, parto e pós parto  
 Embolia de origem obstétrica  
 Gravidez que termina em aborto  
 Morte obstétrica por causa não especificada  
 Complicações do puerpério não classificadas em outras partes  
 Outros

**Óbito na gravidez e no puerpério**

- Durante a gravidez, parto ou aborto  
 Durante o puerpério até 42 dias  
 Durante o puerpério de 43 dias a 1 ano  
 Não na gravidez ou no puerpério  
 Período informado inconsistente  
 Não informado ou ignorado

**Óbito investigado**

- Sim, com ficha síntese informada  
 Sim, sem ficha síntese informada  
 Não investigado

**Tipo de causa obstétrica**


- Morte materna obstétrica direta
- Morte materna obstétrica indireta
- Morte materna obstétrica não especificada

**Microrregião**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catolé do Rocha  | <input type="checkbox"/> Seridó Oriental     | <input type="checkbox"/> Campina Grande |
| <input type="checkbox"/> Cajazeiras       | <input type="checkbox"/> Cariri Ocidental    | <input type="checkbox"/> Itabaiana      |
| <input type="checkbox"/> Sousa            | <input type="checkbox"/> Cariri Oriental     | <input type="checkbox"/> Umbuzeiro      |
| <input type="checkbox"/> Patos            | <input type="checkbox"/> Curimataú Ocidental | <input type="checkbox"/> Litoral Norte  |
| <input type="checkbox"/> Piancó           | <input type="checkbox"/> Curimataú Oriental  | <input type="checkbox"/> Sapé           |
| <input type="checkbox"/> Itaporanga       | <input type="checkbox"/> Esperança           | <input type="checkbox"/> João Pessoa    |
| <input type="checkbox"/> Serra Teixeira   | <input type="checkbox"/> Brejo               | <input type="checkbox"/> Litoral Sul    |
| <input type="checkbox"/> Seridó Ocidental | <input type="checkbox"/> Guarabira           | <input type="checkbox"/> Ignorado       |



## ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ÓBITO


**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**  
**1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE**


### Declaração de Óbito

<b>I</b>	<b>Cantão</b>	1) Cantão	Código	2) Registro	3) Data
	<b>Identificação</b>	4) Município	5) UF	6) Camébio	
<b>II</b>	<b>Identificação</b>	7) Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Nat. <input type="checkbox"/> 2 - Não Nat.	8) Causa da morte Código	9) Hora	10) IRC
	<b>Residência</b>	11) Nome do falecido	12) Nome da mãe	13) Nacionalidade	
	<b>Quadrada</b>	14) Data de nascimento	15) Idade Anos completos Meses Dias	16) Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masc. <input type="checkbox"/> 2 - Feme.	17) Raportor <input type="checkbox"/> 1 - Mãe <input type="checkbox"/> 2 - Pai <input type="checkbox"/> 3 - Filho <input type="checkbox"/> 4 - Outra
	<b>Perfil do menor que 1 ano</b>	18) Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado (de fato) <input type="checkbox"/> 5 - União Consorcial <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	19) Escolaridade: (Sem anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	20) Ocupação habitual e ramo de atividade do falecido (Se aposentado, indicar a ocupação habitual anterior)	Código
<b>III</b>	<b>Residência</b>	21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	Complemento
	<b>Quadrada</b>	22) Bairro/Distrito	Código	23) Município de residência	Código
<b>IV</b>	<b>Quadrada</b>	24) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Casa particular <input type="checkbox"/> 3 - Bonifício <input type="checkbox"/> 4 - Não existe <input type="checkbox"/> 5 - Outra <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	25) Estabelecimento	Código	
	<b>Perfil do menor que 1 ano</b>	26) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida etc.)	Número	Complemento	CEP
<b>V</b>	<b>Perfil do menor que 1 ano</b>	27) Bairro/Distrito	Código	28) Município de ocorrência	Código
	<b>Condições e causas do óbito</b>	<b>PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS DE MULHERES E DE MENORES DE 1 ANO</b> 29) Idade: Anos Meses Dias 30) Escolaridade: (Sem anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			
<b>VI</b>	<b>Condições e causas do óbito</b>	31) Duração da gravidez (Sem semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 20 <input type="checkbox"/> 2 - De 20 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 34 <input type="checkbox"/> 4 - De 35 a 41 <input type="checkbox"/> 5 - De 42 a 45 <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	32) Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Gêmeos <input type="checkbox"/> 3 - Triplêtes <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	33) Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Normal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	34) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado
	<b>Condições e causas do óbito</b>	35) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	36) A morte ocorreu antes e durante a gravidez? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b> 37) Escalas assist. médica durante a doença que conduziu à morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	
	<b>Condições e causas do óbito</b>	38) Diagnóstico confirmado por exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	39) Causa? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<b>CAUSAS DA MORTE - PARTE I</b> 40) Causa de morte imediata que conduziu diretamente à morte 41) Causa de morte intermediária que conduziu à morte imediata 42) Causa de morte subjacente que conduziu à morte intermediária e imediata 43) Causa de morte subsequente que conduziu à morte intermediária e imediata	
	<b>Condições e causas do óbito</b>	<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram diretamente na cadeia causal			
<b>VII</b>	<b>Médico</b>	44) Nome do médico	CRBM	45) O médico que assinou standeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 4 - Não <input type="checkbox"/> 5 - Outra	
	<b>Causas externas</b>	46) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	47) Data do atestado	Assinatura	
<b>VIII</b>	<b>Causas externas</b>	<b>PROMISSAS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estatisticamente epidemiológico)</b> 48) Tipo: <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outras <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado			
	<b>Causas externas</b>	49) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência 50) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código			
<b>IX</b>	<b>Localidade</b>	51) Declarante		52) Testemunhas	
	<b>Localidade</b>	53) Localidade (Rua, praça, avenida etc.) Código			

Versão 02/02/07



## ANEXO B - DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascido Vivo Nº \_\_\_\_\_

I

**Cidade**

1) Cidade Código 2) Regema 3) Dia

4) Município 5) UF

II

**Local de ocorrência**

1) Local de ocorrência  1 - Hospital  2 - Outros estabelecidos  3 - Turbado  4 - Outros  5 - Ignorado

2) Estabelecimento Código

3) Endereço da ocorrência - se fora do estado, cit. do resid. de mãe (Rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 4) CEP

4) Bairro/Distrito Código 5) Município de ocorrência Código 6) UF

III

**Mãe**

1) Nome da mãe 2) REC

3) Mãe (pai)  1 - Solteira  2 - Casada  3 - Viúva  4 - Sep. Indefinido  5 - Ignorado

4) Estado civil  1 - Solteira  2 - Casada  3 - Viúva  4 - Sep. Indefinido  5 - Ignorado

5) Exatidão da idade  1 - Exata  2 - De 1 a 7  3 - De 8 a 17  4 - De 18 a 29  5 - 30 ou mais  6 - Ignorado

6) Ocupação habitual e ramo de atividade Código

7) Número de filhos em gestações anteriores (de último ao primeiro) nascidos vivos nascidos mortos

8) Nascimento da mãe Número Complemento 9) CEP

9) Logradouro Número Complemento 10) CEP

10) Bairro/Distrito Código 11) Município Código 12) UF

IV

**Gestação e parto**

1) Duração da gestação em semanas 2) Tipo de gravidez

3) Tipo de parto 4) Número de consultas de pré-natal

5) Tipo de parto  1 - Vaginal  2 - Cesáreo  3 - Ignorado

6) Número de consultas de pré-natal  1 - Semanas  2 - Ignorado

V

**Recém-Nascido**

1) Nascimento: 2) Sexo

3) Data 4) Hora

5) Sexo  1 - Masculino  2 - Feminino  3 - Ignorado

6) Índice de Apgar 7º mês 8º mês

7) Regaço  1 - Sim  2 - Não  3 - Incerto  4 - Não  5 - Indefinido

8) Peso ao nascer 9) Peso 10) Unidade

11) Detecta alguma malformação congênita ou anormal cromossômica? Código

12) Qual?  1 - Sim  2 - Não  3 - Ignorado

VI

**Identificação**

1) Polegar direito da mãe 2) Pé direito da criança

VII

**Responsável pelo preenchimento**

1) Nome 2) Função 3) Identidade 4) Orgão Emissor 5) Data

**ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.