

**Causes of maternal death
in the Espírito Santo state,
Brazil: trend, spaciality and
incompatibilities**

**| Causas de morte materna no
estado do Espírito Santo: tendência,
espacialidade e incompatibilidades**

ABSTRACT | Introduction: *Since the 1970s, several laws and programs have been developed with the aim of strengthening the maternal and child health policy, however maternal death, mainly from preventable causes, remains an important public health problem. Objective: To describe the temporal trend of maternal mortality in Espírito Santo (ES) in the spatial and main causes, from 2006 to 2015. Methods: The maternal deaths identified in the Mortality Information System were categorized by cause. After the identification of causes, of deaths were classified as direct and indirect. Results: The average age at which maternal death occurred was 27.9 ± 7.5 standard deviation and median age of 28. The majority of the deaths were brown women (57,8%), single women (57,4%), housewives (43,7%), and four to 11 years of study (78,1%), with predominance of deaths in the puerperal period (63,1%). The biggest reasons for maternal death were in small municipalities (<14 thousand inhabitants). The most common causes of death were related to hypertensive (21,2%) and hemorrhagic syndromes in the first half of pregnancy (14,9%) and complications in the puerperium (8,6%). The incompatibilities after the investigation of deaths by the Maternal Death Committee were 27% (90 deaths). Conclusion: The most vulnerable women were the ones who died the most, so the analysis of maternal deaths is essential for qualifying health care and reducing preventable deaths.*

Keywords | Child and maternal health; Maternal mortality; Causes of death; Prenatal care; Information systems.

RESUMO | Introdução: Desde a década de 1970, várias leis e programas foram desenvolvidos com o objetivo de fortalecer a política de saúde materno-infantil, entretanto a morte materna, principalmente por causas evitáveis, continua sendo um importante problema de saúde pública. **Objetivo:** Descrever a tendência temporal da mortalidade materna no Espírito Santo (ES) nos aspectos espacial e principais causas, no período de 2006 a 2015. **Métodos:** Os óbitos maternos identificados no Sistema de Informação de Mortalidade foram categorizados por causa. Após a identificação das causas, os óbitos foram classificados em diretos e indiretos. **Resultados:** A média etária foi de $27,9 + 7,5$. Mortes de mulheres pardas (57,8%), solteiras (57,4%), donas de casa (43,7%) e com 4 a 11 anos de estudo (78,1%), no período puerperal (63,1%) foram mais frequentes. As maiores das razões de morte materna foram nos municípios de pequeno porte (<14 mil habitantes). As causas de morte mais comuns foram relacionadas às síndromes hipertensivas (21,2%), hemorrágicas (14,9%) e complicações no puerpério (8,6%). As incompatibilidades após a investigação dos óbitos pelo Comitê de Morte Materna foram de 27% (90 óbitos). **Conclusão:** As mulheres mais vulneráveis foram as que mais morreram, por isso a análise das mortes maternas é essencial para qualificação da atenção à saúde e redução das mortes evitáveis.

Palavras-chave | Saúde materno-infantil; Mortalidade materna; Causas de morte; Cuidado pré-natal; Sistemas de informação.

¹Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória/ES, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna, como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração (ao longo da gestação, incluindo o aborto) ou da localização da gravidez (uterina ou tubária), devido a qualquer causa relacionada ou agravada com gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido às causas acidentais ou incidentais¹.

No Brasil, desde a década de 1970, o movimento da reforma sanitária passou a defender o direito à saúde como um direito de cidadania de toda a população, o que levou ao fortalecimento das políticas de saúde materno-infantil². Essas políticas culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materna e tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde de modo a refletir na melhoria dos indicadores de mortalidade materna³.

No período de 1996 a 2000, foram lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), leis e portarias voltadas para o planejamento familiar, humanização do pré-natal e nascimento⁴. Dentre elas podem ser citados o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 2000, a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna em 2004, e a Rede Cegonha, lançada em 2011, direcionada à população materno-infantil⁵.

Diante dessas iniciativas o Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43% entre 1990 e 2013⁶. Já no Espírito Santo (ES) na década de 1996 a 2006, ocorreram 279 óbitos maternos, número considerado alto de acordo com o porte geográfico e populacional do estado⁷. Sendo assim, mesmo com os reconhecidos avanços vivenciados no Brasil em várias áreas da oferta de serviços públicos e nos indicadores de saúde, há ainda um longo e difícil caminho a percorrer⁸. Por isso, são necessárias iniciativas que procurem intensificar as intervenções visando à redução dos óbitos maternos globais⁹.

Para essa redução, é necessário intervir nas causas de mortes evitáveis, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época e que devem ser revisadas à luz da evolução do conhecimento e tecnologias para as práticas da atenção à saúde¹⁰, já que a

morte materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos⁵.

Nesse sentido, a comunidade mundial deve-se esforçar para eliminar os óbitos claramente evitáveis¹¹ e atingir a meta da OMS para 2030: reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil NV¹². Para alcançar essa meta se faz necessária a implantação de programas de combate à mortalidade materna como humanização do parto, educação continuada, uso de partogramas e protocolos para tratamento das emergências obstétricas além da qualificação de maternidades e hospitais¹² para o cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2008 que regulamenta os serviços de atenção obstétrica e neonatal¹³.

Assim, faz-se necessário repensar a trajetória percorrida quanto à implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, levando-se em consideração a caracterização da distribuição temporal e espacial que são essenciais diante de um quadro de disparidades e diversidades regionais. O objetivo desse estudo, portanto, é descrever a tendência temporal da mortalidade materna no ES nos aspectos espacial e principais causas, no período de 2006 a 2015.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo dos óbitos maternos identificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ocorridos entre os anos de 2006 e 2015, no Estado do ES, Brasil.

As variáveis utilizadas no estudo seguiram a categorização do SIM: escolaridade, raça/cor, ocupação, estado civil, faixa etária, município de residência, local da ocorrência do óbito, causa básica do óbito, assistência médica, solicitação de exames, cirurgia, encaminhamento para necropsia e fonte de investigação.

Em seguida, foi realizado o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) referente a cada código das doenças descritos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10)¹⁴ do Estado do ES: dividiu-se o número de óbitos maternos ocorridos pelo total de NV descritos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), multiplicado por 100 mil no mesmo período, utilizando o

programa *Microsoft Office Excel*. Esses dados foram utilizados para definição de espacialidade da RMM.

No Quadro 1 as causas dos óbitos maternos ocorridos no ES no período de 2006 a 2015 foram detalhadas quanto à causa básica pela CID-10 correspondente. A partir disso os códigos foram agrupados conforme especificações do MS, baseados em características comuns aos grupos.

As mortes maternas foram classificadas em morte materna direta e indireta. A morte materna obstétrica por causa direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Elas correspondem aos óbitos codificados na CID-10 com os códigos: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0¹⁵.

A morte materna obstétrica por causa indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas

por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Elas correspondem aos óbitos codificados na CID-10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24¹⁵.

Além disso, foi realizada uma comparação do óbito materno na declaração de óbito antes e depois da investigação do Comitê de Morte Materna. Dos óbitos originalmente não classificados como tal na declaração, analisou-se se a causa era relacionada à gestação (causa materna) ou não (causa não materna). As causas maternas são as causas ligadas à gravidez, ao parto e até 42 dias do puerpério, englobadas principalmente no capítulo XV da CID-10. As causas não-maternas são os óbitos não relacionados ao período gravidez, parto e puerpério.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo dispensado de apreciação em 26/03/2017, sob o parecer de número 1.983.082 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 62695716.0.0000.5060.

Quadro 1 – Descrição dos grupos conforme CID-10

Grupo	Descrição	CID-10
1	Síndromes hipertensivas da gravidez	O (10.0, 10.1, 10.4, 10.9, 11.0, 13.0, 14.0, 14.1, 14.9, 15.0, 15.1, 15.2 15.9, 16.0)
2	Síndromes hemorrágicas (1ª metade da gravidez)	O (00.1, 01.1, 01.9, 02.1, 03.0, 03.5, 03.6, 03.8, 03.9, 05.0, 05.8, 06.1, 07.5, 07.6, 07.8, 46.0, 62.2, 67.0, 67.9)
3	Síndromes hemorrágicas (2ª metade da gravidez)	O (44.1, 45.0, 45.9, 71.1, 72.0, 72.1, 72.2, 72.3, 73.0, 73.1, 75.1)
4	Infecção urinária	O (23.0, 23.4, 23.5, 23.9, 86.2)
5	Infecção Sexualmente Transmissível	B (B20.1, 20.6, 20.7, 22.7, 24.0)
6	Cardiopatas	I 11.0, O90.3
7	Gravidez dupla	O30.0
8	Transtornos psiquiátricos e uso de álcool/drogas	F19.9, O99.3
9	Trombofilia e gravidez/doença tromboembólica na gestação	O (87.8, 87.9, 88.1, 88.2)
10	Anemias na gestação	O99.0
11	Alterações do sistema respiratório	I26.9, J (81.0, 88.4), O (99.5, 98.0)
12	Complicações no puerpério	O (24.9, 85.0, 86.0, 86.4, 86.8, 90.4)
13	Problemas no sistema circulatório	O (99.1, 99.4)
14	Problemas no sistema digestório	O (26.6, 99.6)
15	Outras doenças (CID-10)	O (36.4, 71.5, 75.3, 75.4, 98.5, 98.7, 98.8, 99.8)
16	Causas não especificadas (CID-10)	O (75.9, 95.0, 98.9)

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS |

No período de 2006 a 2015, foram notificados 334 óbitos maternos no ES, Brasil. Verificou-se incompletude dos dados na declaração de óbito no que se refere principalmente à escolaridade (34,4%), ocupação (17,7%), raça/cor (17,1%) e estado civil (13,5%). A ocorrência de cirurgia (58,1%), de realização de exames (57,5%) e a fonte de investigação (40,4%) também são variáveis que estão com falta de preenchimento.

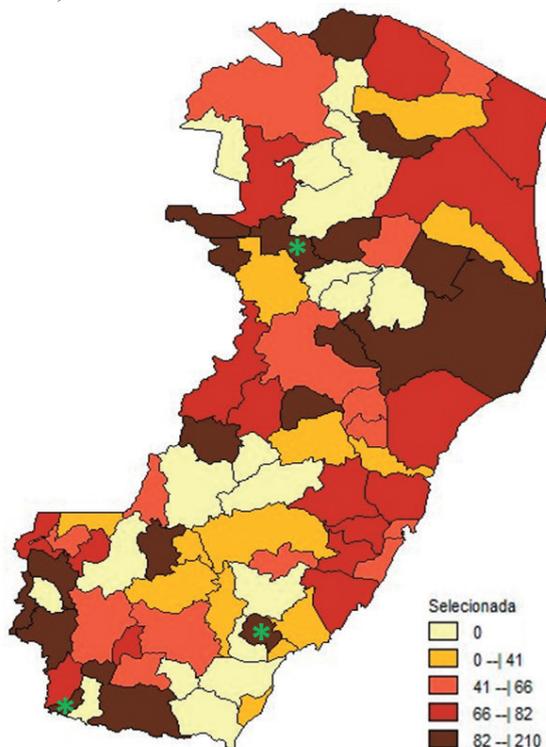
Em relação à análise temporal (Figura 1), variações importantes no que tange a razão de mortalidade materna no período de 2006 a 2015 foram evidenciadas. Nos anos de 2009 e 2014 ocorreram as maiores RMM (83,0 e 87,9 óbitos para cada 100 mil NV, respectivamente), enquanto em 2007 a menor (37,0 óbitos por 100 mil NV). Entretanto, a tendência para o período foi estável.

Quando se discute sobre a espacialidade dos casos (Figura 2), as maiores RMM (nº óbitos /nº NV x 100 mil) para o período ocorreram em Bom Jesus do Norte (209,9), Águia Branca (175,7) e Iconha (146,3) – identificados com asterisco verde no mapa.

Na análise do perfil, destaca-se que a média de idade em que ocorreu óbito materno é em torno de 27,97+7,52 desvio-padrão e mediana igual a 28 anos. A maioria das mulheres foram classificadas como raça/cor parda (57,8%), solteiras (57,4%) e com 4 a 11 anos de estudo (78,1%), conforme Tabela 1. A profissão mais comum foram as donas-de-casa (43,7%, n=146).

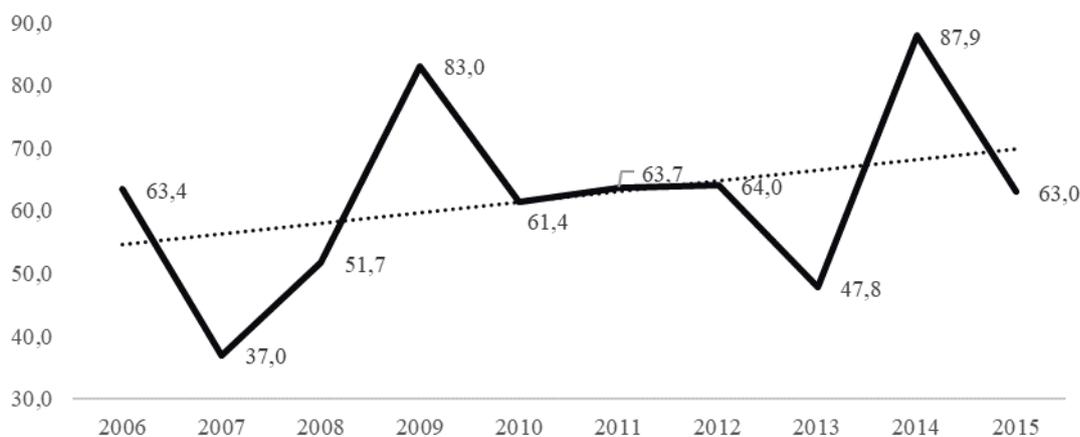
Na análise das variáveis obstétricas (Tabela 1), observou-se que o predomínio das mortes maternas ocorreu no puerpério (63,1%) e no ambiente hospitalar (91,3%). Em relação à assistência, quase que a sua totalidade recebeu atenção do profissional médico (95,9%), sendo que 65,5% dos casos realizou algum tipo de exame e 36,4%

Figura 2 – Distribuição espacial da razão de mortalidade materna no ES, 2006 – 2015



Fonte: Elaboração própria.

Figura 1 – Distribuição temporal da razão de morte materna no ES, 2006 – 2015



Fonte: Elaboração própria.

teve intervenção cirúrgica. A avaliação da causa de morte foi feita pelo Serviço de Verificação do Óbito em 33,5% dos óbitos. Do total de óbitos, foi realizada necropsia em apenas 41,9% e a principal forma de investigação do óbito materno foi realizada pelo Comitê de Morte Materna (51,3%).

Tabela 1 – Perfil e características dos óbitos maternos no ES, 2006 – 2015

VARIÁVEL		Óbitos	%
ANO DE ÓBITO	2006	33	9,9
	2007	19	5,7
	2008	27	8,1
	2009	43	12,9
	2010	32	9,6
	2011	34	10,2
	2012	34	10,2
	2013	26	7,8
	2014	50	15,0
	2015	36	10,8
RAÇA/COR	Branca	72	26,0
	Preta	44	15,9
	Amarela	1	0,4
	Parda	160	57,8
ESTADO CIVIL	Solteira	166	57,4
	casada/união estável	114	39,5
	viúva/separada	9	3,1
ESCOLARIDADE	nenhuma	6	2,7
	1 a 3 anos	18	8,2
	4 a 7 anos	76	34,7
	8 a 11 anos	95	43,4
	12 anos e mais	24	11,0
LOCAL DE OCORRÊNCIA	Hospital	305	91,3
	Outro estabelecimento de saúde	10	3,0
	Domicílio	9	2,7
	Via pública	5	1,5
	Outros	5	1,5
PERÍODO DO ÓBITO	Gravidez	118	36,9
	Puerpério	202	63,1
ASSISTÊNCIA MÉDICA	Sim	303	95,9
	Não	13	4,1
REALIZAÇÃO DE EXAMES	Sim	93	65,5
	Não	49	34,5
REALIZAÇÃO DE CIRURGIA	Sim	51	36,4
	Não	89	63,6
REALIZAÇÃO DE NECRÓPSIA	Sim	135	41,9
	Não	187	58,1

*continua.

*continuação.

ÓBITO INVESTIGADO	Não	121	36,2
	Sim	208	62,3
ATESTANTE	Declaração de óbito	94	28,4
	Substituto	76	23,0
	Instituto Médico Legal	15	4,5
	Serviço de verificação de óbito	111	33,5
	Outros	35	10,6
FONTE DE INVESTIGAÇÃO	Comitê de morte materna	102	51,3
	Visita domiciliar	9	4,5
	Estabelecimento saúde	24	12,1
	Outros bancos de dados	2	1,0
	Serviço de verificação de óbito	1	0,5
	Instituto Médico Legal	1	0,5
	Outra	2	1,0
	Múltiplas fontes	58	29,1

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Comparação das causas de morte materna antes e após a intervenção do Comitê e Morte Materna no ES, 2006 – 2015

Item/ Descrição	Classificação original / declaração de óbito			Classificação investigação		
	Correta/ Compatível	Materna/ Incompatível	Não-materna/ incompatível	Total direta/ indireta	Direta	Indireta
Síndromes hipertensivas da gravidez	55	8	8	71	52	19
Síndromes hemorrágicas (1ª metade)	40	5	5	50	50	0
Síndromes hemorrágicas (2ª metade)	20	1	4	25	25	0
Infecção urinária	10	1	4	15	15	0
Infecções Sexualmente Transmissíveis	7	0	3	10	0	10
Cardiopatias	1	1	2	4	0	4
Gravidez dupla	1	0	0	1	1	0
Transtornos psiquiátricos e uso de álcool/drogas	2	0	2	4	0	4
Trombofilia e doença tromboembólica na gestação	6	0	0	6	6	0
Anemias na gestação	2	1	0	3	3	0
Alterações do sistema respiratório	20	1	6	27	0	27
Complicações puerpério	23	2	4	29	29	0
Problemas no sistema circulatório	21	0	14	35	0	35
Problemas no sistema digestório	5	0	3	8	0	8
Outras doenças (CID)	27	1	12	40	5	35
Causas não especificadas (CID)	4	1	1	6	6	0
Total (%)	244 (73,0%)	22 (6,6%)	68 (20,4%)	334(100,0%)	192 (57,5%)	142 (42,5%)

Fonte: Elaboração própria.

O Quadro 2 evidencia que a maioria das mortes maternas foram por causas obstétricas diretas (57,5%), e o restante (42,5%) foram por doenças ou afecções pré-existentes, agravadas pela gravidez, parto e puerpério, classificando-as como indiretas. As causas básicas predominantes de óbito materno estão relacionadas em ordem de ocorrência:

síndromes hipertensivas da gravidez (21,2% das causas de morte materna); síndromes hemorrágicas da primeira metade da gravidez, incluindo o aborto (cerca de 15%); e doenças do aparelho circulatório (10,5%), seguida das complicações no puerpério (8,7%).

Em relação à comparação entre a causa básica original da declaração de óbito e a causa corrigida após intervenção do Comitê de Morte Materna, considerado como referência, observa-se que apenas 74% das mortes foram classificadas corretamente na declaração, visto que os outros 26% eram também mortes maternas e, se não fossem investigados não seriam classificados como tal. Outro fator a destacar é que desses 26% não identificados como óbito materno, 6,6% eram relacionados às causas maternas e 20,4% detalhadas como causas sem nenhuma ligação com o período materno.

Importante evidenciar também que as maiores incompatibilidades de classificação de óbito materno ocorreram nas causas ligadas ao sistema circulatório e respiratório, tendo uma incompatibilidade de 40% e 22% respectivamente. Foi nesses itens também que a maioria dos casos estavam descritos na declaração de óbito como problemas de saúde sem nenhuma ligação com a maternidade. A importância do Comitê de Morte Materna é dada quando se observa que em 27% das mortes conseguiu-se estabelecer novas causas básicas devidamente alteradas de acordo com a investigação do óbito.

DISCUSSÃO |

A persistência dos casos de óbito materno no ES retrata uma situação existente no estado e demanda estudos para avaliar a qualidade da assistência obstétrica ofertada nos serviços de saúde. A tendência estável da RMM no ES identificada neste estudo demonstra um quadro preocupante e que demanda atenção do SUS.

O ES possui IDH de 0,74, ocupando o sétimo lugar no ranking dos estados brasileiros, ficando atrás apenas dos estados do Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul. Está em 13º lugar quando se avalia o Produto Interno Bruto (PIB), com um valor de 120.363.000¹⁶. Mesmo estando entre os 10 melhores IDH do Brasil, nota-se, entretanto, que em relação à mortalidade materna, em 2015, o ES está com a 14º maior RMM no país, atrás de estados como Minas

Gerais, Acre, Alagoas que possuem IDH piores que o ES, ocupando respectivamente as posições 9º, 21º e 27º no Brasil, sendo que o estado de Alagoas possui o pior IDH do Brasil¹⁶.

Informações disponibilizadas pela OMS mostram que a RMM no ES, no geral, permaneceu acima da meta preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em torno de 35 óbitos para cada 100 mil NV e com tendência estável no período, apresentando em 2010 uma razão de 61,4. Enquanto, nesse mesmo ano, em países desenvolvidos, como a França, Finlândia, Noruega, Japão, Suécia e outros, a RMM era inferior a 10 (óbitos maternos/100 mil NV)¹⁷.

Outro fator que chama atenção está relacionado à incompletude dos dados nas fichas de notificação principalmente nos dados socioeconômicos e epidemiológicos do óbito, dificultando a análise e a descrição do perfil do óbito materno e, conseqüentemente, a elaboração de intervenções adequadas a fim de alterar o quadro atual.

As características sociodemográficas para morte materna foram de mulheres em torno de 28 anos de idade, classificadas em sua maioria como pardas e pretas, donas de casa e com baixa escolaridade. Nesse perfil se enquadram mais de 50% dos óbitos maternos, evidenciando sua ocorrência em mulheres jovens de pouca instrução.

A raça/cor branca, está associada a melhores condições de saúde e educação, percebido pelo maior tempo de escolaridade e acesso a assistência de saúde¹⁷. Ainda existe relação da raça/cor branca com maior poder aquisitivo, sendo que os baixos níveis de renda as predispõem a maiores fatores de risco para morte, comprovando o resultado apontado no estudo em que a maioria das mortes ocorreram em mulheres pardas ou pretas¹⁸. Deve considerar que mais de 50% da população do ES é de raça/cor parda¹⁹.

Em relação à situação conjugal a maioria dos óbitos ocorreu em mulheres solteiras (57,4%). Isso pode ser atribuído ao fato de que nestes tipos de relações conjugais existe a quebra de vínculos, a falta de apoio emocional, social, financeiro, afetivo, caracterizando-as como um grupo vulnerável e desamparado²⁰. Tal fato evidencia a necessidade de direcionamento de políticas mais eficazes

de atenção à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

Outro fator observado no presente estudo refere-se à assistência, visto que quase 100% dos casos de óbito ocorreram no ambiente hospitalar e com assistência médica. Isso leva a reflexão sobre a formação desses profissionais e sobre o compromisso para com o paciente, visto que a anamnese e exame clínico bem realizados são essenciais para o desenvolvimento de um método científico que permite descobrir as condições de saúde para o levantamento de hipóteses diagnósticas²¹.

Importante destacar que há de se ter uma cautela na análise da RMM em municípios com uma população pequena: o número de eventos é pequeno em algumas regiões e, portanto, uma pequena variação pode representar mudança substancial do indicador, o que torna um fator limitante para traçar a espacialidade. Sendo assim, os projetos desenvolvidos de apoio à saúde materna devem estar de acordo com o perfil da mulher, desenvolvendo políticas públicas de orientação com a finalidade de prevenção de doenças e promoção da saúde durante todo o período de gravidez, parto e puerpério, investigando melhor as condições mais comuns que precedem o óbito de uma mulher em idade reprodutiva.

O estímulo à intersetorialidade, a fim de que as ações e os serviços de saúde interajam mais na elaboração de políticas públicas saudáveis, é essencial para um atendimento integral à saúde da mulher, promovendo uma visão integral, respeitando seus direitos como mulher e cidadã²². É necessário maior atenção à população de risco por meio da busca ativa com captação precoce da mulher gestante e encaminhamento dessa ao serviço de acompanhamento pré-natal, além da conscientização da população da importância da participação da família durante o período gestacional e puerpério.

Entre as características obstétricas do óbito, atenção especial deve ser dada às mulheres no puerpério precoce tendo em vista que a maioria dos óbitos ocorreu nesse período (63,1%). Esse período é caracterizado por mudanças físicas, emocionais e psicológicas e deve receber atendimento qualificado por parte dos profissionais de saúde.

Nesse contexto as síndromes hipertensivas, hemorrágicas da primeira e segunda metade da gravidez, as complicações

puerperais e alterações respiratórias foram evidenciadas como as principais causas de morte. A predominância destas causas reflete a necessidade de um bom acompanhamento pré-natal, realização de consultas e exames adequados a fim de diminuir os riscos maternos e fetais associados, assim como uma atenção ao parto e pós-parto de qualidade, sendo necessária a formação profissional humanizada, a educação continuada e permanente dos profissionais que atendem a mulher durante o ciclo gravídico puerperal²⁰.

O método de classificação de evitabilidade pela análise da CID-10 permitiu, por meio da causa básica, classificar o óbito quanto à evitabilidade²³. A lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi proposta em 2007 e organiza os óbitos para faixas etárias de 5 a 75 anos de idade por meio de agrupamentos de causa básica utilizando a CID-10. Essa classificação agrupa os óbitos em três grandes grupos: causas evitáveis; causas mal-definidas; e demais causas (mortes não claramente evitáveis)²³.

Apesar de existirem vários programas do MS voltados para o combate ao HIV, essa doença também faz parte das causas básicas do óbito materno, correspondendo a 3% do total de óbitos deste estudo, refletindo a deficiência e a fragilidade na qualidade da assistência oferecida à população estudada. Quando se trata da vigilância da morte materna, os comitês são fundamentais para a qualificação e investigação do óbito, além de contribuir por mudanças nas ações, nos processos de gestão e de cuidado para que novos óbitos não aconteçam⁴.

O presente estudo demonstrou que, de fato, a classificação do óbito como sendo materno ainda é falha e duvidosa e, portanto, a ação dos comitês é de grande importância para o aprimoramento das medidas de prevenção e controle. Indo ao encontro de um dos objetivos da pesquisa, o ganho na informação das causas maternas após a investigação foi de 27% no número de casos.

A classificação da morte em direta e indireta mostrou que mais de 50% dos óbitos ocorreram por causas obstétricas diretas, estando ligadas diretamente à qualidade da assistência seja durante o pré-natal, o parto ou no puerpério. No entanto, a baixa qualidade das informações sobre o óbito materno, especificamente por causas mal definidas, dificulta a análise desse evento²⁴.

O Brasil possui uma cobertura de pré-natal universal, porém a qualidade da assistência é muito baixa com início tardio da primeira consulta de pré-natal, inadequação das solicitações de exames e nas orientações sobre parto e aleitamento²⁵, necessitando assim de uma reavaliação da assistência às gestantes.

Os profissionais devem ser alertados quanto à importância da prevenção da doença e promoção da saúde durante o período da gravidez, parto e puerpério. As mulheres não precisam morrer de parto ou em situações relacionadas à gestação ou puerpério. O que elas precisam é de uma equipe de saúde comprometida com a saúde e com situações de vida que possam traduzir risco para a morte²².

A mortalidade materna, no campo da saúde e dos direitos reprodutivos é de grande magnitude e transcendência, e deve se tornar um evento sentinela a fim de visualizar as dificuldades e as condições dos cuidados de saúde das mulheres, desencadeando ações rápidas e efetivas que qualificam os serviços de saúde e os cuidados de saúde da população⁵.

Convém destacar que o presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas refere-se à dificuldade de se trabalhar com dados secundários obtidos da declaração de óbito, uma vez que estes são provenientes de um sistema de banco de dados já existente, nas quais não se pode garantir a ausência de erros e equívocos no preenchimento das informações nas declarações de óbitos. Tal limitação pôde ser expressa na identificação de várias informações confusas e conflitantes, o que dificultou o andamento e a obtenção dos resultados da pesquisa.

CONCLUSÃO |

O ES apresentou altas taxas de óbitos materno durante o período da pesquisa. As principais causas de óbitos por causas maternas foram: síndromes hipertensivas e hemorrágicas com destaque ao aborto, problemas no aparelho circulatório e complicações puerperais com destaque às infecções. Os óbitos ocorreram, na sua maioria, em mulheres jovens, solteiras, cor parda e com baixa escolaridade.

Por mais que algumas questões sobre a evolução das razões de mortalidade materna permaneçam sem resposta, há de

se destacar que o aumento da cobertura de pré-natal e da equidade relacionados à atenção ao período materno são encorajadores. Apesar de todo progresso, a mortalidade materna no ES ainda possui tendência estável e ações específicas devem ser implantadas por diversos segmentos, como o governo, a sociedade civil, a comunidade acadêmica e as entidades profissionais, para que os desafios possam ser enfrentados.

REFERÊNCIAS |

1. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8. ed. São Paulo: EDUSP; 2000.
2. Fleury S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. *Saúde Debate*. 2009; 33(81):156-64.
3. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):107-19. doi: 10.1590/S0104-12902008000200011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
5. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4):662-70. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005220.
6. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO; 2014.
7. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos: Espírito Santo [acesso em 09 maio 2018]. Disponível em: URL: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10es.def>>.
8. Mamede FV, Prudêncio PS. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(nº esp.):262-6. Doi: 10.1590/1983-1447.2015.

9. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards millennium development goal. *The Lancet*. 2010; 375(9276):1609-23. doi: 10.1016 / S0140-6736 (10) 60518-1.
10. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(2):173-6. doi: 10.5123/S1679-49742010000200010.
11. Bustreo F, Say L, Koblinsky M, Pullum TW, Temmerman M, Pablos-Méndez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *Lancet Glob Health*. 2013; 1(4):176-7. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70059-7.
12. Organização Mundial da Saúde. Estratégias para acabar com a mortalidade materna evitável, 2015.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União* 4 jun 2008.
14. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. São Paulo: EDUSP; 2003.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasil em síntese: Espírito Santo [acesso em 09 maio 2018]. Disponível em: URL: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>>.
17. HDRO (Human Development Report Office) - United Nations Development Programme(ed.). Human Development Report 2015 – Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. Consultado em 22 de abril de 2018.
18. Silva JG, Moreira KFA, Botelho TCA, Castro TM. Perfil da evitabilidade de óbitos de mulheres em idade fértil, de 2009 a 2013, em residentes de Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2015; 17(3):49-59. doi: 10.5123/S1679-49742011000300016.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
20. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(nº. esp):192-9. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56792
21. Soares MOM, Higa EFR, Passos AHR, Ikuno MRM, Bonifácio LA, Mestieri CP, et al. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014; 38(3):314-22. doi: 10.1590/S0100-55022014000300005.
22. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):303-7. doi: 10.1590/S0034-71672006000300010
23. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Moraes Neto OL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16(4):233-44. doi: 10.5123/S1679-49742007000400002.
24. Melo CM, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(10):3457-65.
25. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(supl. 1):S85-S100. doi: 10.1590/0102-311X00126013.

Correspondência para/ Reprint request to:

Silmara Bruna Zambom Albert

Rua José Luiz Gabeira, 170, apto 1604, bloco D,

Barro Vermelho, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29057-570

E-mail: sbzambom@hotmail.com

Recebido em: 28/06/2021

Aceito em: 30/07/2021