

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E NOS MUNICÍPIOS DE BELO HORIZONTE E UBERABA, 1996 A 2012

MATERNAL MORTALITY IN BRAZIL AND IN THE CITIES OF BELO HORIZONTE AND UBERABA, 1996-2012

MORTALIDAD MATERNA EN BRASIL Y EN LAS CIUDADES DE BELO HORIZONTE Y UBERABA, 1996-2012

Roberta Kiara Costa Bianco¹, Patrícia Cristine Barbosa de Souza¹, Maria Beatriz Guimarães Ferreira², Sueli Riul da Silva³, Mariana Torreglosa Ruiz⁴

ABSTRACT

Objectives: to understand the maternal mortality profile in the city of Uberaba from 1996 to 2012, and compare it with national data and data from the city of Belo Horizonte. **Method:** a study with a quantitative approach, carried out based on secondary data from the Information Department of the Brazilian Unified Health System. The data were submitted to univariate analysis. **Results:** most women were single and had a low education level. In Brazil, 28,713 deaths were reported, 26 in the city of Uberaba, with a prevalence of direct obstetric deaths caused by worsening of preexisting diseases, hypertensive syndromes, and hemorrhages, a profile found in the cities of Uberaba and Belo Horizonte, whereas, in Brazil, the deaths were caused by hypertensive syndromes. **Conclusion:** the study reflected a poor standard of care and the need for public educational policies for the adoption of an evidence-based practice, enabling professionals to make early diagnoses and interventions to ensure safe care with quality. **Descriptors:** Obstetrics; Maternal mortality; Pregnancy complications.

RESUMO

Objetivos: conhecer o perfil de mortalidade materna no município de Uberaba entre 1996 e 2012 e comparar com dados nacionais e de Belo Horizonte. **Método:** estudo de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os dados foram submetidos à análise univariada. **Resultados:** a maioria das mulheres era solteira e possuía baixa escolaridade. No Brasil, foram registrados 28.713 óbitos, 26 em Uberaba, com predomínio de mortes obstétricas diretas, tendo como causa agravamento de doenças preexistentes, síndromes hipertensivas e hemorragias, perfil encontrado em Uberaba e Belo Horizonte, enquanto no Brasil os óbitos foram decorrentes das síndromes hipertensivas. **Conclusão:** o estudo refletiu um padrão insuficiente de assistência e necessidade de políticas públicas educacionais para adoção de uma prática baseada em evidências, capacitando os profissionais a realizar diagnóstico e intervenções precoces que garantam uma assistência segura e de qualidade. **Descritores:** Obstetrícia; Mortalidade materna; Complicações na gravidez.

RESUMEN

Objetivos: conocer el perfil de mortalidad materna en Uberaba de 1996 hasta 2012 y comparar con datos nacionales y de Belo Horizonte. **Método:** estudio de enfoque cuantitativo, basado en datos secundarios del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud y se sometieron a análisis univariada. **Resultados:** la mayoría de las mujeres era solteras y tenía poca educación. En Brasil, se registraron 28.713 muertes, 26 en Uberaba, con predominio de muertes obstétricas directas, causadas por condiciones preexistentes agravadas por el embarazo, trastornos hipertensivos y hemorragias, perfil encontrado en Uberaba y Belo Horizonte, mientras que en Brasil, las muertes se debieron a trastornos hipertensivos. **Conclusión:** el estudio refleja nivel insuficiente de atención y necesidad de políticas educativas para la adopción de una práctica basada en evidencias, permitiendo a los profesionales realizar el diagnóstico e intervención tempranos para garantizar una atención segura y de calidad. **Descriptor:** Obstetrícia; Mortalidad materna; Complicaciones del embarazo.

¹Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. ²Graduada em Enfermagem. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. ³Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. ⁴Graduada em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Como citar este artigo

Biano RKC, Souza PCB, Ferreira MBG, et al. Mortalidade Materna no Brasil e nos Municípios de Belo Horizonte e Uberaba, 1996 a 2012. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1464. [Access _____]; Available in: _____.Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1464>

INTRODUÇÃO

Os Objetivos do Milênio foram estabelecidos através de pactuações mediadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, com o intuito de resolver grandes problemas da humanidade em todo o mundo⁽¹⁾. Para resolvê-los, foram estabelecidas oito metas, intituladas Metas de Desenvolvimento do Milênio ou Metas do Milênio, das quais a quinta diz respeito a “melhorar a saúde das gestantes, tendo como objetivo reduzir a taxa de mortalidade materna”⁽¹⁾.

São consideradas mortes maternas aquelas ocorridas no período compreendido entre a gestação e até um ano após seu desfecho, desde que possua relação direta ou indireta com a gravidez, não sendo classificadas como tal mortes incidentais ou acidentais (risco que qualquer indivíduo, independente da condição de gestante, poderia estar exposto)⁽²⁾.

No Brasil, os óbitos maternos apresentam tendência decrescente, com queda de 47% no total de óbitos (de 543 mil em 1990 para 287 mil óbitos em 2010). Entretanto, embora o progresso seja notável, a taxa de declínio anual ainda está aquém de ser considerada ideal, atingindo menos que a metade do que seria necessário para alcançar o quinto Objetivo do Desenvolvimento do Milênio. Para atingir esse objetivo seria necessário o declínio da taxa de 5,5% ao ano, porém o decréscimo anual alcançado, até então, foi de 3,1%⁽³⁾.

O estado de Minas Gerais, assim como o Brasil, não alcançou a meta estabelecida, atingindo 54,3%. Em Belo Horizonte, capital do estado, a redução da taxa foi de 16,7% e no município de Uberaba foi ainda menos expressiva, com apenas 2,7%. Dados de 2013 apontam que a taxa de mortalidade materna foi de, aproximadamente, 41,8 em Minas Gerais, 38,2 em Belo Horizonte e 48,0 em Uberaba, óbitos maternos/100.000 nascidos vivos⁽⁴⁾.

Importante salientar que segundo o último relatório divulgado pela ONU, no ano de 2013, nenhum país atingiu as metas estabelecidas para esse objetivo. Mundialmente, há predomínio de mortes obstétricas diretas e mesmo com o declínio dos índices de todas as causas de óbitos, as doenças preexistentes agravadas pela gestação ainda são um desafio para a assistência. De acordo com esse documento, destacam-se como

causas de óbitos as síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais, prática de aborto inseguro e as complicações de doenças prévias⁽¹⁾.

No Brasil, as causas de morte de mulheres em idade fértil (10 aos 49 anos de idade) e as mortes maternas estão relacionadas com a falta de informação e a qualidade da assistência⁽⁵⁾. A investigação sobre as causas dos óbitos maternos possibilita o planejamento de ações que visam à redução da taxa de mortalidade materna, além da elaboração e desenvolvimento de estratégias que melhorem a qualidade da assistência desde o pré-natal até o puerpério⁽⁶⁾.

Desde 2009, houve redução na taxa de fecundidade das mulheres brasileiras, refletindo, conseqüentemente, na redução da taxa de natalidade. Entretanto, a taxa de mortalidade não acompanhou essa tendência, mantendo-se estável, o que indica a necessidade de identificar as variáveis envolvidas e sua influência no óbito materno⁽⁵⁾, justificando a realização deste estudo.

Contextualizando, Uberaba é um município do estado de Minas Gerais, pertencente à região do Triângulo Mineiro, referência em saúde para 27 municípios da região, sendo nessa cidade que se situa a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT) e o Hospital de Clínicas dessa mesma universidade, que presta assistência terciária de saúde a todos os municípios pertencentes à regional de saúde de Uberaba. Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e por esse fato foi escolhida a fim de comparar dados municipais (Uberaba) e brasileiros, como também observar tendências de mortalidade materna nessas localidades.

Diante da magnitude da temática, este estudo teve por objetivo conhecer o perfil de mortalidade materna no município de Uberaba, no período entre 1996 e 2012, e comparar com dados nacionais e de Belo Horizonte.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, baseado em dados secundários, extraídos por meio de acesso às estatísticas divulgadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram incluídos todos os registros de óbitos maternos do Brasil e dos municípios de Belo Horizonte e Uberaba, no período entre 1996

e 2012. Esse período foi utilizado como corte para o estudo, uma vez que foi analisado todo o período com informações disponibilizadas para consulta pública.

Segundo dados do IBGE de 2013, Uberaba tem população aproximada de 319 mil habitantes⁽⁷⁾. Atualmente, possui 27 unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde/UBS e Unidades de Saúde da Família/USF), 13 unidades de atenção especializada e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Possui, também, 10 hospitais, sendo que destes, dois são hospitais de ensino; um hospital especializado em tratamento oncológico conveniado ao SUS; um hospital especializado em atendimento infantil e conveniado ao SUS; e seis hospitais de atendimento por convênio ou particular.

Já Belo Horizonte, a capital do estado de Minas Gerais, possui população estimada de dois milhões e 800 mil habitantes⁽⁷⁾. O município dispõe de um total de 36 hospitais, sendo um municipal, dois federais, sete estaduais e o restante presta atendimentos filantrópicos e privados. A rede primária é composta por 141 unidades básicas de saúde, 150 ambulatórios especializados e 507 equipes da Estratégia Saúde da Família.

A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2015, por meio da análise das seguintes variáveis: idade materna, raça/cor materna,

situação conjugal, escolaridade e causa de óbito materno. Essas variáveis foram armazenadas em banco de dados do programa *Microsoft Excel*[®], validadas por dupla digitação e exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0, para processamento e análise através de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, a sociedade – mundial e brasileira – vive um período denominado de ‘transição obstétrica’, caracterizado por menores taxas de fertilidade, maior envelhecimento da população obstétrica, predomínio de doenças crônico-degenerativas associado a uma crescente institucionalização do parto⁽⁸⁾. Assim, ao refletir sobre a atenção obstétrica, deve-se considerar esta transição e todos os fatores de risco envolvidos que sejam passíveis de intervenções para a redução da morbimortalidade materna.

Segundo dados do DATASUS, no período compreendido entre 1996 e 2012, ocorreram 28.713 óbitos maternos no Brasil, 252 em Belo Horizonte e 26 em Uberaba. Através da análise temporal dos dados da Tabela 1, nota-se que a frequência de óbitos maternos nos três locais tem apresentado tendência à estabilização, sem grandes aumentos, porém sem quedas substanciais nos índices.

Tabela 1 - Óbitos maternos, segundo dados brasileiros e dos municípios de Belo Horizonte e Uberaba, 1996-2012.

Ano	Brasil	Belo Horizonte	Uberaba
1996	1520	18	2
1997	1851	23	-
1998	2042	39	3
1999	1868	14	4
2000	1677	15	1
2001	1577	11	1
2002	1655	13	-
2003	1584	14	-
2004	1641	4	-
2005	1620	12	1
2006	1623	9	1
2007	1590	10	1
2008	1681	13	4
2009	1872	12	1

2010	1719	21	2
2011	1610	11	3
2012	1583	13	2
Total	28713	252	26

Fonte: Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde, 2015.

O ano de 1998 foi o que apresentou os maiores índices de óbitos no Brasil e na capital, enquanto o município de Uberaba teve seu maior quantitativo nos anos de 1999 e 2008. Os menores índices foram evidenciados no Brasil em 1996 e em Belo Horizonte em 2004, enquanto nenhum caso foi registrado em Uberaba nos anos de 1997 e de 2002 a 2004.

Em relação às variáveis socioeconômicas, observa-se na Tabela 2 maior incidência de óbitos maternos na faixa etária dos 20 aos 29 anos, tanto no Brasil quanto na cidade de Uberaba, diferentemente de Belo Horizonte em que a faixa etária predominante foi dos 30 aos 39 anos.

Tabela 2 - Mortalidade materna segundo idade, escolaridade, situação conjugal, cor/raça - Brasil, Belo Horizonte e Uberaba, 1996-2012.

	Brasil	Belo Horizonte	Uberaba
Faixa etária			
10 – 14 anos	278	-	1
15 – 19 anos	3990	23	-
20 – 29 anos	11905	92	13
30 – 39 anos	9918	114	11
40 – 49 anos	2482	23	1
> 50 anos	76	-	-
Ignorada	64	-	-
Escolaridade			
Nenhuma	1845	9	1
1 – 3 anos	3139	23	5
4 – 7 anos	5503	50	5
8 – 11 anos	4352	64	4
12 anos e +	1476	19	3
Ignorada	12389	87	8
Situação conjugal			
Solteira	14753	148	11
Casada	9823	86	9
Viúva	334	6	1
Separada judicialmente	439	7	1
Outro	1103	2	3
Ignorado	2261	3	1
Cor/raça			
Branca	9314	74	8
Preta	2608	26	9
Amarela	162	3	-

Parda	10822	109	3
Indígena	259	-	-
Ignorada	5548	40	6
Total	28713	252	26

Fonte: Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde, 2015.

Ao analisarmos os resultados na literatura sobre a influência da variável idade nos casos de óbitos maternos, um estudo em um hospital terciário da região Sudeste encontrou a mesma proporção de óbitos na faixa etária dos 20 aos 29 anos (40%) e dos 30 aos 39 anos (40%)⁽⁹⁾. Por sua vez, quando analisados os dados de óbitos maternos de Recife (Pernambuco), verificou-se maior incidência na faixa entre os 20 e 29 anos⁽⁶⁾. Já um estudo realizado na região Sul identificou maior frequência de óbitos entre mulheres com idade superior a 40 anos⁽¹⁰⁾. Um estudo realizado na China apontou aumento da incidência de óbitos entre gestantes com idade inferior a 19 e superior a 35 anos⁽¹¹⁾.

Quando analisada a variável escolaridade, houve divergência nos resultados. No Brasil, houve maior frequência de óbitos entre mulheres com ensino fundamental incompleto (4 a 7 anos de estudo). Belo Horizonte teve o maior índice de mortalidade entre mulheres com ensino fundamental ou médio completo (8 a 11 anos) e, em Uberaba, houve predomínio de óbitos entre mulheres com ensino fundamental incompleto, assim como no Brasil, porém, verificou-se que as mesmas apresentavam escolaridade mais baixa em relação ao país e à capital (1 a 7 anos de estudos). Contudo, nota-se que essa informação foi ignorada na grande maioria das declarações de óbito.

Em relação à variável escolaridade, semelhantemente aos dados encontrados no presente estudo, um estudo na região Sul demonstrou que a baixa escolaridade foi fator de risco para morte materna⁽¹⁰⁾, bem como em estudos de base populacional nacional^(8,12-13). Coincidente aos resultados apresentados, os óbitos investigados em Recife foram mais frequentes em mulheres com 4 a 7 anos de estudo⁽⁶⁾. Destaca-se, também, um estudo chinês que encontrou associação entre baixa escolaridade e óbitos maternos⁽¹¹⁾.

Observa-se, dessa forma, que mulheres com baixa escolaridade predominam entre as vítimas da mortalidade materna. Os profissionais de saúde devem estar atentos e dar maior ênfase e atenção a esse público para que as

informações/orientações necessárias ao bom desenvolvimento da gestação possam ser claras e adequadas e de forma efetiva alcançar a promoção de saúde e prevenção de doenças⁽⁶⁾.

Contudo, alerta-se que um estudo em hospital terciário de ensino apontou que 56% das declarações de óbito materno tiveram a informação da escolaridade materna ignorada⁽⁹⁾, tal como se apresentam as informações extraídas do Sistema de Informações de Mortalidade, apresentadas neste estudo.

Quanto à situação conjugal, encontrou-se maiores taxas de mortalidade entre as mulheres solteiras nos três locais analisados. Em semelhança ao atual estudo, na região Sul houve predomínio de mulheres solteiras ou que não possuíam parceiro fixo⁽¹⁰⁾; já em um estudo pernambucano foi mais prevalente o óbito em mulheres que possuíam união consensual⁽⁶⁾; e em 62% dos óbitos investigados em um hospital de ensino terciário da região Sudeste não constavam informações sobre o estado civil da mulher⁽⁹⁾. Estudo realizado com mulheres chinesas apontou que os óbitos maternos, também, foram mais frequentes entre mulheres sem companheiros⁽¹¹⁾.

De acordo com a literatura, mulheres sem companheiros (parceiro fixo) apresentam menor adesão às consultas pré-natais (frequências e condutas)⁽¹³⁾. Destaca-se que a situação conjugal é uma variável extremamente relevante, uma vez que demonstra que o apoio do parceiro, tanto afetivo como financeiro, é essencial nessa fase da vida da mulher, sendo considerado fator de proteção para a morbimortalidade materna⁽⁶⁾.

Quanto à variável cor/raça declarada, houve predominância de óbitos entre mulheres pardas, com exceção do município de Uberaba, que registrou maior número de óbitos entre mulheres da raça negra. Observou-se predomínio de mulheres que se declararam negras em um estudo na região Sul e outro com dados nacionais⁽⁸⁻⁹⁾. Um estudo populacional americano não encontrou associação estatística entre raça/cor e óbitos maternos, embora tenha sido verificado o predomínio de mortes entre afrodescendentes⁽¹⁴⁾. Estudos realizados em Recife e em hospital da região Sudeste tiveram o

predomínio da cor branca^(6,9). Por sua vez, um estudo realizado no Reino Unido verificou que a etnia indiana comportou-se como fator de risco para óbitos maternos⁽¹⁵⁾. Assim, foi possível identificar controvérsias quanto aos resultados referentes à raça/cor e ocorrência de mortes maternas.

Um estudo realizado no Mato Grosso, que objetivou avaliar a raça/cor e a ocorrência de mortalidade materna, identificou que mulheres da raça negra possuíam 5,13 vezes mais chance de morrerem, e entre as indígenas essa chance aumentava para 5,71. Os transtornos hipertensivos foram a causa mais frequente de óbitos entre mulheres afrodescendentes, enquanto as complicações do trabalho de parto e parto prevaleceram entre indígenas⁽¹⁶⁾.

Há que se destacar que a informação sobre raça/cor nos formulários de saúde e registros em prontuários é obrigatório, e o profissional não deve usar o seu senso para julgamento da cor, mas, sim, considerar a raça declarada pelo paciente⁽¹⁷⁾.

A Tabela 3 apresenta a caracterização do tipo de óbito e o momento em que o mesmo ocorreu. Houve predomínio de mortes obstétricas diretas, porém o período em que o óbito ocorreu não foi relatado em grande parte das Declarações de Óbito, sendo considerado ignorado. Contudo, quando declarados, foram mais frequentes os óbitos imediatamente após o parto ou em até 42 dias pós-parto, ou seja, durante o período puerperal.

Tabela 3 - Mortalidade materna segundo tipo de óbito e período em que o mesmo ocorreu - Brasil, Belo Horizonte e Uberaba, 1996-2012.

	Brasil	Belo Horizonte	Uberaba
Tipo de óbito			
Morte obstétrica direta	20197	178	17
Morte obstétrica indireta	7633	68	6
Não especificado	883	6	-
Período em que ocorreu o óbito			
Durante a gravidez, parto ou aborto	7488	55	8
Imediatamente após o parto até 42 dias	7888	56	8
De 43 dias até 1 ano após o parto	695	7	1
1 ano após o parto	1068	18	4
Período inconsistente	3070	9	1
Ignorado	8504	107	4
Total	28713	252	26

Fonte: Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde, 2015.

Corroborando com os resultados da presente pesquisa, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, há predomínio de óbitos maternos classificados como obstétricos diretos no mundo todo (73%). Dentre as causas, as hemorragias ocupam o primeiro lugar (27%), seguidas pelas síndromes hipertensivas (14%) e infecções (10%), e segundo o mesmo relatório as três causas somam juntas mais da

metade das causas de óbito materno do mundo todo⁽¹⁸⁾.

Quando analisadas as causas, evidencia-se que no período de 1996 a 2012, no Brasil, foram mais frequentes as mortes em decorrência das síndromes hipertensivas, seguidas pelas doenças preexistentes agravadas pela gestação, parto e/ou puerpério e as hemorragias. Em Belo Horizonte, os óbitos mais frequentes foram

ocasionados pelo agravamento das doenças preexistentes, seguidas das síndromes hipertensivas e hemorragias. Já no município de Uberaba, encontrou-se com mais frequência

mortes ocasionadas por piora de doenças prévias e as causadas por síndromes hipertensivas e hemorragias, como pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4 - Mortalidade materna segundo causa de morte - Brasil, Belo Horizonte e Uberaba, 1996-2012.

Causa de morte	Brasil	Belo Horizonte	Uberaba
Doenças maternas preexistentes complicadas pela gestação, parto e/ou puerpério	5472	48	5
Síndromes hipertensivas	6714	45	3
Hemorragias	5013	40	3
Complicações do aborto	2392	38	3
Infecções puerperais	2057	16	3
Doenças infecto-parasitárias que foram complicadas pela gestação, parto e/ou puerpério	593	7	1
Complicações tromboembólicas	1211	11	-
Complicações relacionadas à assistência à gestação	301	2	1
Complicações anestésicas	112	-	1
Complicações relacionadas à assistência prestada durante o trabalho de parto e parto	880	9	2
Complicações relacionadas à assistência prestada durante o puerpério	912	12	1
Outras	3056	24	3
Total	28713	252	26

Fonte: Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde, 2015.

Destaca-se que a qualidade da assistência prestada às gestantes com pré-eclampsia e eclampsia reduz em 50% o risco de mortalidade⁽¹⁹⁾. Além disso, o erro evitável mais comum no atendimento a pacientes com síndromes hipertensivas é a falta de atenção no controle da pressão arterial e nos sinais e sintomas de complicações, fazendo-se necessária a avaliação perspicaz da enfermagem e a intervenção imediata de toda a equipe obstétrica⁽¹⁹⁾.

Segundo estudo de base nacional⁽¹²⁾, um quarto das gestações no Brasil pode ser classificado como de alto risco. Dentre os fatores de risco que apresentaram significância, destacaram-se: idade materna inferior a 15 e superior a 35 anos; mais de três gestações; e ter tido desfecho negativo em gestação anterior,

que pode sinalizar doença prévia materna. Aponta-se que, quando detectada necessidade, há dificuldade na transferência para serviços de alto risco em 11,5% dos casos⁽¹²⁾. Ressalta-se que ter tido a gestação classificada em alto risco aumentou o risco para 4,5 vezes mais chance de desenvolver quadro de morbidade materna grave⁽¹¹⁾, elevando o risco de mortalidade.

Comparativamente, um estudo realizado no Reino Unido identificou como fatores de risco para mortes maternas: não ter realizado pré-natal ou realizado de forma inadequada e uso de drogas ilícitas na gestação. As síndromes hipertensivas e a presença de comorbidades prévias também aumentaram, consideravelmente, o risco de óbito (aumento de 3,5 vezes)⁽¹⁵⁾.

Apesar de não ter atingido a Meta do Milênio, a assistência obstétrica brasileira tem conseguido alguns avanços. Atualmente, cerca de 99% das mulheres passam por pelo menos uma consulta de pré-natal; 76% realizam a primeira consulta antes de 16 semanas; e 73% realizam seis ou mais consultas (conforme preconizado pelo Ministério da Saúde)⁽¹²⁾. Entretanto, mesmo com tais avanços, três quartos dos óbitos maternos são obstétricos diretos e causados pelas síndromes hipertensivas e/ou hemorragias, o que poderia ser evitado com assistência de qualidade durante o trabalho de parto e parto, principalmente⁽²⁰⁾. Embora haja maior adesão de mulheres ao pré-natal, ainda, notifica-se grande número de casos de sífilis congênita, o que demonstra deficiências qualitativas no atendimento durante a gestação⁽²⁰⁾.

Diante dos dados apresentados, o Brasil e suas diversas regiões necessitam de saltos qualitativos grandiosos na assistência ao ciclo gravídico-puerperal para alcançar a redução da mortalidade materna. Além disso, destaca-se a necessidade da vigilância ativa das morbidades maternas graves como ferramenta eficaz para detecção de casos graves, intervenção precoce e prevenção de óbitos⁽²⁰⁾.

A partir dos resultados, o estudo reflete um padrão insuficiente de assistência à gestante e a necessidade de políticas públicas, bem como de formação dos profissionais de saúde, para a adoção de uma prática baseada em evidências e capaz de realizar um diagnóstico precoce, além intervenções rápidas que evitem a mortalidade e garantam uma assistência segura e de qualidade.

Ressalta-se que o enfermeiro é essencial no cuidado à saúde materna, foco do quinto Objetivo do Milênio. Nessa perspectiva, conhecer e monitorar causas de óbitos maternos e suas características pode propiciar estratégias de intervenções de enfermagem eficazes e capazes de reduzir tais indicadores, conferir maior segurança ao paciente e garantir melhorias assistenciais.

CONCLUSÃO

O presente estudo descreve o perfil da mortalidade materna entre o período de 1996 e 2012. No Brasil, foram registrados 28.713 óbitos e 26 em Uberaba, com predomínio de mortes obstétricas diretas, tendo como causa agravamento de doenças preexistentes,

síndromes hipertensivas e hemorragias, perfil encontrado em Uberaba e Belo Horizonte, enquanto no Brasil os óbitos foram decorrentes das síndromes hipertensivas.

As causas de óbito materno correspondem à realidade brasileira, o que evidencia a deficiência da assistência materna. O estudo reflete um padrão insuficiente de assistência à gestante e a necessidade de políticas públicas, bem como de formação dos profissionais de saúde, para a adoção de uma prática baseada em evidências e capaz de realizar um diagnóstico precoce, além intervenções rápidas que evitem a mortalidade e garantam uma assistência segura e de qualidade.

Ressalta-se que o enfermeiro é essencial no cuidado à saúde materna, foco do quinto Objetivo do Milênio. Nessa perspectiva, conhecer e monitorar causas de óbitos maternos e suas características pode propiciar estratégias de intervenções de enfermagem eficazes e capazes de reduzir tais indicadores, conferir maior segurança ao paciente e garantir melhorias assistenciais.

Reconhece-se que o uso de dados secundários consiste em uma limitação do estudo, já que não se pode garantir a fidedignidade dos dados, por possibilidade de erros de digitação, bem como no preenchimento das declarações de óbitos. Ainda, a presente pesquisa não é suficiente para discutir sobre temática tão ampla, uma vez que é necessário o aprofundamento através de estudos que identifiquem os fatores de risco para morbimortalidade materna e meios para alcançar as metas propostas pelo quinto Objetivo do Milênio.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. 2014. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>
2. Organização Mundial de Saúde. Décima Revisão CID—Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.
3. World Health Organization. Cause specific mortality: regional estimates for 2000–2012. 2012. Disponível em:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_of_disease/estimates/en/index1.html

4. Brasil. Portal Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Relatório dinâmico. Monitoramento de Indicadores. Perfil Municipal. Uberaba-MG. 2015. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/perfil/BRA003031824/uberaba---mg>
5. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev. baiana saúde pública. [Internet]. 2012; 36(2):527-38. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/474/pdf_150
6. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011;64(1):91-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a14.pdf>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros. 01.07.2013. 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_dou.shtm
8. Souza JP, Pillegi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cad. saúde pública. [Internet]. 2014;30(Supl):S51-3. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf
9. Troncon JK, Quadros Netto DL, Rehder PM, Cecatti JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. Rev. bras. ginecol. obstet. [Internet]. 2013;35(9):388-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n9/v35n9a02.pdf>
10. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004 – 2007. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2012;15(2):396-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/17.pdf>
11. Zhang J, Zhang X, Qiu L, Zhang R, Hipgrave DB, Wang Y, et al. Maternal deaths among rural-urban migrants in China: a case-control study. BMC public health. [Internet]. 2014;14:512-9. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/535/article%253A10.1186%252F1471-2458-14-512.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpublishing.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F>

[1471-2458-14-](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_of_disease/estimates/en/index1.html)

[512&token2=exp=1464624036~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F535%2Fart%25253A10.1186%25252F1471-2458-14-](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_of_disease/estimates/en/index1.html)

[512.pdf?~hmac=ab4fbdda5459b2f76d46afb342141d1eff95ed67b43a2c9cbf9465e48a097874](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_of_disease/estimates/en/index1.html)

12. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. Cad. saúde pública. [Internet]. 2014;30(Sup):S169-S81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>

13. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. saúde pública. [Internet]. 2014;30(Sup):S85-S100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>

14. Frolich MA, Banks C, Brooks A, Sellers A, Swain R, Cooper L. Why do pregnant women die? A review of maternal deaths from 1990 to 2010 at the University of Alabama at Birmingham. Anesth. analg. [Internet]. 2014;119(5):1135-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25329025>

15. Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complication: a UK national case-control study. BJOG. [Internet]. 2015;122(5):653-62. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25573167>

16. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev. bras. saúde matern. infant. [Internet]. 2012;12(1):27-35. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf>

17. Araújo CLF, Cruz LMF, Lopes MC, Fernandes ECS. O quesito cor/raça em formulários de saúde: a visão dos profissionais de saúde. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2010;18(2):241-6. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a13.pdf>

18. Say L, Chou D, Gemmil A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet. [Internet]. 2014;2:e323-33. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(14\)70227-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(14)70227-X.pdf)

19. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ, Chow D. Magnesium sulphate and other

anticonvulsivants for women with pre-eclampsia. Cochrane database syst. rev. [Internet]. 2010;11:CD000025. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21069663>

20. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev. bras. ginecol. obstet. [Internet]. 2011;33(10):273-9. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/01.pdf>

Nota: Trabalho final de graduação em enfermagem.

Recebido em: 20/06/2016

Versão final apresentada em: 23/05/2017

Aprovado em: 29/05/2017

Endereço de correspondência:

Mariana Torreglosa Ruiz

Praça Manoel Terra, 330

CEP: 38025-200 Uberaba/MG - Brasil

E- mail: marianatorreglosa@hotmail.com