



Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento

Maternal deaths: the need to rethink coping strategies

Muertes maternas: necesidad de repensar estrategias de afrontamiento

Aline Cruz Esmeraldo Áfio¹, Maria Alix Leite Araújo², Ana Fátima Braga Rocha², Roumayne Fernandes Vieira Andrade³, Simone Paes de Melo²

O estudo teve como objetivo analisar os óbitos maternos e apresentar a Razão de Mortalidade Materna no município de Fortaleza, Nordeste do Brasil, nos anos de 2008 a 2010. Estudo descritivo. Os dados foram colhidos do Sistema de Informação de Mortalidade e das fichas de investigação de óbito materno da Secretaria de Saúde do município. Foram analisados 56 óbitos maternos, com uma Razão de Mortalidade de 39,75/100.000 nascidos vivos. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos de idade (50,0%). Dentre os óbitos maternos obstétricos diretos, os transtornos hipertensivos foram as causas mais prevalentes (50,0%). Nos obstétricos indiretos, foram as doenças infecciosas e parasitárias (28,1%). Quase a totalidade dos óbitos eram evitáveis ou provavelmente evitáveis (91,1%). Pode-se inferir que a maioria dos óbitos poderia ter sido evitada por meio da garantia da qualidade da atenção pré-natal.

Descritores: Mortalidade Materna; Saúde da Mulher; Vigilância Epidemiológica.

This study aimed to analyze maternal deaths and present the Maternal Mortality Ratio in the city of Fortaleza, in the Northeast region of Brazil, from 2008-2010. This is a descriptive study. Data collection occurred in the Mortality Information System and in the maternal death investigation files of the Local Health Department. Fifty-six maternal deaths were investigated with a Maternal Mortality Ratio of 39.75/100,000 live births. The prevalent age group was 20-29 years (50.0%). Hypertensive disorders (50.0%) were the most prevalent causes of direct obstetric deaths. As for indirect obstetric deaths, infectious and parasitic diseases (28.1%) prevailed. Nearly all deaths were considered preventable or possibly preventable (91.1%). Thus, it can be assumed that most deaths could have been avoided by ensuring the quality of prenatal care.

Descriptors: Maternal Mortality; Women's Health; Epidemiological Surveillance.

El objetivo del estudio fue analizar las muertes maternas y presentar la Razón de Mortalidad Materna en Fortaleza, noreste del Brasil, en los años 2008-2010. Estudio descriptivo. Los datos fueron recogidos del Sistema de Información sobre Mortalidad y de las fichas de investigación de muerte materna de la Secretaria de Salud del municipio. Se analizaron 56 muertes maternas, con Razón de Mortalidad de 39,75/100.000 nacidos vivos. El grupo de edad predominante fue de 20 a 29 años (50,0%). Entre las muertes maternas obstétricas directas, los trastornos hipertensivos fueron las causas más frecuente (50,0%). En los obstétricos indirectos, fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (28,1%). Casi totalidad de las muertes se consideraron prevenibles o probablemente evitables (91,1%). Se puede inferir que la mayoría de las muertes se podrían haber evitado, a través de la seguridad de la calidad de la atención prenatal.

Descriptores: Mortalidad Materna; Salud de la Mujer; Vigilancia Epidemiológica.

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

²Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

³Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

Autor Correspondente: Maria Alix Leite Araújo
Rua São Gabriel, 300. Apt 1101, Cocó. CEP: 60135-450. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: mleite@unifor.br

Introdução

Morte materna é todo óbito que tem como causa a gravidez ou medidas tomadas em relação a esta, podendo ocorrer durante a gestação ou quarenta e dois dias após, independente da duração ou localização. Diante disto, a Razão de Mortalidade Materna mede a probabilidade de uma mulher morrer por causa relacionada ao ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁾.

A mortalidade materna representa um excelente indicador de saúde e de iniquidades, uma vez que sua ocorrência é mais elevada em áreas subdesenvolvidas e em desenvolvimento⁽²⁾. É um grave problema de saúde pública, considerado uma violação aos direitos humanos, haja vista que os casos podem ser evitados se as mulheres tiverem acesso a uma assistência pré-natal de qualidade⁽³⁾.

Os óbitos maternos podem ser classificados em obstétricos direto e indireto. Entende-se por óbito direto, todo aquele resultante de complicações decorrentes da gravidez, parto ou puerpério; e óbito obstétrico indireto, quando houve a coexistência de doença anterior à gestação ou que se desenvolveu durante a gravidez e se agravou pelos efeitos intrínsecos desta⁽¹⁾.

Estima-se que em todo o mundo 500 mil mulheres morram anualmente por causas relacionadas à gravidez, cerca de sete milhões das que resistem ao parto desenvolvem problemas graves de saúde e mais de 50 milhões sofrem alguma complicação após o parto⁽⁴⁾.

Uma revisão integrativa que reuniu 50 estudos sobre mortalidade materna realizados em diferentes regiões do Brasil entre os anos de 1980 e 2010 encontrou como principal causa dessa fatalidade as doenças hipertensivas. Ao analisar a evitabilidade das mortes, encontraram falhas na assistência ao pré-natal e ao parto⁽⁵⁾.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, no Brasil, de 1990 a 2008, houve uma redução de 52% na Razão de Mortalidade Materna, sendo 120 e 58 por cem mil nascidos vivos em 1990 e 2008,

respectivamente, com redução média anual de 4%; no entanto, o ideal seria 5,5%⁽⁶⁾.

No Brasil, somente no ano de 2012, foram registrados 1.583 óbitos maternos, Razão de Mortalidade Materna de 54,5 por cem mil nascidos vivos⁽⁷⁾; números elevados quando comparados ao que é considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde que é de 20 por cem mil nascidos vivos⁽⁶⁾.

Estudo realizado nas 26 capitais do país incluindo o Distrito Federal, encontrou variações nas Razões de Mortalidade Materna, deixando evidente a heterogeneidade do problema nas diferentes regiões⁽⁸⁾.

No entanto, observa-se certa dificuldade em mensurar as taxas de óbitos maternos, devido à subinformação e sub-registro dos casos. Para alcançar os objetivos do milênio de reduzir esses óbitos, faz-se necessário conhecer as Razões de Mortalidade Materna, a tendência e identificar as causas.

Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar os óbitos maternos e apresentar a Razão de Mortalidade Materna no município de Fortaleza, Nordeste do Brasil, nos anos de 2008 a 2010.

Método

Estudo descritivo, realizado na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizada no Nordeste do Brasil que possui uma população de 2.447.409 habitantes, dos quais 888.966 (35,5%) são mulheres em idade reprodutiva⁽⁹⁾.

Na área da saúde, os serviços são ofertados por um Sistema Nacional de Saúde, chamado Sistema Único de Saúde, criado por uma lei federal e incluída na Constituição Federal de 1988. Esse sistema é composto por uma rede hierarquizada de 1712 unidades de saúde, incluindo serviços públicos, privados e bancos de sangue. A atenção obstétrica é disponibilizada por uma rede de 92 unidades primárias e sete maternidades secundárias, responsáveis pela assistência pré-natal, partos e

emergências obstétricas.

Inicialmente foi realizado um levantamento dos óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2008 a 2010 no Sistema de Informação de Mortalidade. Foi realizada uma comparação dos registros desse sistema com os óbitos maternos investigados pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica. Para o estudo foram analisados somente os casos de morte materna investigados pela célula de vigilância epidemiológica e analisados pelo Comitê de Mortalidade Materna de Fortaleza.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio de 2012 nos seguintes documentos: Serviço de Saúde Ambulatorial, Serviço de Saúde hospitalar, Entrevista domiciliar, Síntese, Conclusões e Recomendações e as fichas de Coleta de Dados de Laudo de Necropsia. Foram incluídos todos os óbitos advindos de complicações da gravidez (Classificação Internacional de Doenças-10, Códigos 000-99), inclusive as mortes maternas tardias. Considerando a existência de falhas no preenchimento e no envio das fichas, todos os casos que apresentavam pelo menos as fichas de Serviço de Saúde Ambulatorial ou Serviço de Saúde hospitalar foram analisados, considerando que essas fichas dispõem de maior detalhamento das informações.

As variáveis analisadas foram: Sociodemográficas (idade, escolaridade, raça/cor, se tinha companheiro e convênio de saúde); História obstétrica (número de gestações, abortos e natimortos); Assistência pré-natal (realização de pré-natal, considerada gestante de alto risco, encaminhada ao pré-natal de alto risco, problemas de saúde na última gestação); Assistência Obstétrica (tipo de parto, problemas de saúde após parto ou aborto); Óbito (momento, local e tipo de estabelecimento, classificação do óbito, evitabilidade e causas básicas).

Os dados foram analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Na análise exploratória, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis nominais. No caso de variáveis

quantitativas, foram apresentados média e desvio padrão. Para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna foram excluídos os onze óbitos ocorridos depois do 42º dia após o término da gestação⁽¹⁾.

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla sobre avaliação da assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério e suas implicações na ocorrência de óbitos maternos no município de Fortaleza, Ceará que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, com protocolo de número 117.150. Vale ressaltar que atendeu às normas da resolução 466/12⁽¹⁰⁾ e que foi assinado o Termo de Fiel Depositário pelo gerente da Área de Saúde da Mulher e Gênero da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza.

Resultados

No período estudado foram encontrados 65 fichas de investigação de óbitos maternos no serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município e no Comitê de Mortalidade Materna de Fortaleza. De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade ocorreram no município de Fortaleza 52 óbitos maternos, havendo sub-registro em 13 (20,0%) casos.

Por outro lado, 15 óbitos analisados pelos pesquisadores não constavam na declaração de óbito, sendo estes denominados pela Organização Mundial da Saúde como morte materna não declarada. Estes foram confirmados após a investigação da vigilância epidemiológica do município, correspondendo a uma taxa de subnotificação em 26,8%. É válido ressaltar que para o presente estudo foram excluídos nove casos, pois constava somente a declaração de óbito, prejudicando a análise das demais variáveis, totalizando 56 óbitos investigados.

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas das participantes. A maioria dos óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, 28 (50,0%) (média: 27,7; DP: 6,6 anos) e a maior proporção em relação à escolaridade encontrava-

se em mulheres com o primeiro grau completo ou incompleto, 24 (42,9%). A maior parte dos óbitos ocorreu em mulheres pardas 35 (62,5%), que viviam com o companheiro 30 (53,6%) e que não possuíam convênio de saúde 33 (58,9%).

Encontrou-se que três (7,9%) mulheres não tinham nenhuma renda, 11 (28,9%) possuíam até dois salários mínimos e apenas quatro (10,5%) ganhavam de dois a seis salários. Em 2008 e 2009 identificou-se que em 20 (52,6%) fichas não constavam essa informação e no ano de 2010 a variável renda foi excluída da ficha de investigação o que inviabilizou a análise dessa variável.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de mulheres que vieram a óbitos maternos

Variáveis	n (%)
Faixa etária (anos) (Média = 27,79; DP = 6,68)	
≤19	8 (14,3)
20-29	28 (50,0)
≥30	20 (35,7)
Escolaridade	
Nenhuma	2 (3,6)
Ensino fundamental completo e incompleto	24 (42,9)
Ensino médio completo e incompleto	12 (21,4)
Ensino superior completo e incompleto	2 (3,6)
Ignorado	16 (28,5)
Raça/Cor	
Branca	7 (12,5)
Preta	3 (5,4)
Parda	35 (62,5)
Ignorado	11 (19,6)
Vivia com companheiro	
Sim	30 (53,6)
Não	11 (19,6)
Ignorado	15 (26,8)
Convênio de saúde	
Sim	3 (5,4)
Não	33 (58,9)
Ignorado	20 (35,7)
Total	56 (100,0)

A Tabela 2 discorre sobre os antecedentes obstétricos e do pré-natal das mulheres que vieram a óbito materno. Verificou-se que 33 (58,9%) eram multigestas (média de 2,94 gestações), 11 (26,2%) tinham história de abortamento e cinco (11,9%) de natimortalidade. Receberam pelo menos uma

consulta de pré-natal 33 (58,9%), 11 (33,3%) foram classificadas com algum fator de risco e destas, oito (72,7%) foram atendidas no pré-natal de alto risco.

Foi possível identificar que 34 (60,7%) mulheres apresentaram algum problema de saúde durante a gestação e destes destacam-se: hipertensão arterial (14,7%), cardiopatias (11,8%) e HIV/Aids (11,8%). Em 50% das fichas não havia o registro de problema de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Óbitos maternos segundo antecedentes obstétricos e assistência ao pré-natal

Variáveis	n (%)
Gestações anteriores (Média = 2,94; DP = 2,39)	
Nenhuma	6 (10,7)
1	9 (16,1)
> 1	33 (58,9)
Ignorado	8 (14,3)
Número de abortos (n=42)*	
Nenhum	30 (71,4)
≥ 1	11 (26,2)
Ignorado	1 (2,4)
Natimortos (n=42)*	
Nenhum	32 (76,2)
1-3	5 (11,9)
Ignorado	5 (11,9)
Frequentou o pré-natal (Pelo menos uma consulta)	
Sim	33 (58,9)
Não	7 (12,5)
Ignorado	16 (28,6)
Teve problema de saúde na última gestação	
Sim	34 (60,7)
Não	6 (10,7)
Ignorado	16 (28,6)
Classificada de risco (n=33)**	
Sim	11 (33,3)
Não	16 (48,5)
Ignorado	6 (18,2)
Atendida no pré-natal de alto risco (n=11)***	
Sim	8 (72,7)
Ignorado	3 (27,3)
Total	56 (100,0)

*Incluso apenas mulheres que tiveram alguma gestação anterior; **Incluso apenas mulheres que realizaram o pré-natal; ***Incluso apenas mulheres consideradas de alto risco gestacional

As gestações evoluíram para o parto em 39 (69,6%) mulheres, destes 28 (50,0%) crianças nasceram vivas. O parto cesáreo ocorreu em 25 (44,6%) das mulheres. O óbito ocorreu durante o puerpério precoce (≤ 42 dias) em 23 (41,1%) mulheres e para 12 (21,4%) no período gestacional. Com relação ao local de ocorrência, quase a totalidade

51 (91,1%) ocorreu no ambiente hospitalar e destes, 48 (94,1%) foram em hospitais do Sistema Único de Saúde (Tabela 3).

As mortes maternas foram classificadas como obstétricas diretas em 42,9% e indiretas em 57,1% dos casos. Após a avaliação do Comitê de Mortalidade Materna de Fortaleza foram considerados evitáveis 36 (64,3%), provavelmente evitáveis 15 (26,8%) e inevitáveis quatro (7,1%) (Tabela 4). Em 2008, a Razão de Morte Materna encontrada foi de 41,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 2009, 34,5 e em 2010, 43,5 (Tabela 3).

Tabela 3 - Óbitos maternos segundo momento do óbito, classificação e evitabilidade

Variáveis	n (%)
Momento do Óbito	
Gestação	12 (21,4)
Aborto/pós-aborto	03 (5,4)
Parto	05 (8,9)
Puerpério precoce (≤ 42 dias)	23 (41,1)
Puerpério tardio (≥ 43 dias)	12 (21,4)
Ignorado	01 (1,8)
Local do Óbito	
Domicílio	04 (7,1)
Hospital	51 (91,1)
Outro	01 (1,8)
Tipo de estabelecimento (n=51)*	
Sistema Único de Saúde	48 (94,1)
Convênio/Particular	01 (2,0)
Ignorado	02 (3,9)
Classificação do Óbito	
Obstétrico direto	24 (42,9)
Obstétrico indireto	32 (57,1)
Evitabilidade	
Evitável	36 (64,3)
Provavelmente evitável	15 (26,8)
Inevitável	04 (7,1)
Ignorado	01 (1,8)

*Incluso apenas os óbitos que ocorreram em ambiente hospitalar

Foi possível corrigir a causa básica do óbito em 19 (33,9%) das declarações de óbito. Dentre os óbitos classificados como obstétricos diretos, as principais causas foram Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia/Doença Hipertensiva Específica da Gestação (50,0%) e o aborto (16,7%).

Nos óbitos obstétricos indiretos prevaleceram

as doenças infecciosas e parasitárias (28,1%), doenças do aparelho respiratório (21,9%) e do aparelho circulatório (12,5%).

Para o cálculo da Razão de Morte Materna, não são inclusos os casos de morte materna tardia⁽¹⁾, por esse motivo, foram excluídos os 11 casos de óbito ocorridos entre o 43º dia a um ano, totalizando 45 óbitos maternos. Neste mesmo período, ocorreram 113.198 nascimentos, determinando uma Razão de Morte Materna de 39,75 por 100 mil nascidos vivos (Tabela 4).

Tabela 4 - Óbitos maternos, nascidos vivos e razão de morte materna

Ano	Óbitos maternos	Nascidos vivos	Razão de morte materna
2008	16	38.798	41,2
2009	13	37.645	34,5
2010	16	36.755	43,5
Total	45	113.198	39,7

Discussão

Os aspectos sociodemográficos têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade materna⁽¹¹⁻¹²⁾. Verificou-se uma maior ocorrência de mortes em mulheres jovens e com história de gestações anteriores. Diante disto, faz-se imperativo pensar em estratégias de enfrentamento dessa problemática, uma vez que a grande maioria dessas mortes poderiam ter sido evitadas. Vale ressaltar que a multiparidade é considerada fator de risco gestacional⁽¹³⁾. As múltiparas não realizam ou não frequentam todas as consultas do pré-natal, pois se sentem seguras devido as experiências anteriores⁽¹⁴⁾.

A análise do quantitativo de consultas de pré-natal ficou comprometida, pois nas fichas são consideradas como tendo feito pré-natal as gestantes que frequentaram pelo menos uma consulta. Outro estudo também realizado no município de Fortaleza encontrou dificuldade semelhante para obter este registro⁽¹⁵⁾. Vale salientar a importância do pré-natal

de qualidade e da melhoria do acesso⁽¹⁶⁾ das gestantes para que as mesmas iniciem esse acompanhamento precocemente e frequentem todas as consultas.

Sabe-se que no período pré-natal é possível prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas e fetais, favorecendo um bom prognóstico no parto e puerpério. Destaca-se que 48,5% das gestantes não foram classificadas com risco quando iniciaram o pré-natal. É possível que os fatores de risco tenham se desenvolvido no processo da gestação ou que tenha ocorrido alguma falha na classificação dos mesmos por parte dos profissionais.

Quanto ao término da gestação, a maioria evoluiu para o parto (69,6%), achado semelhante a outros estudos também realizados em Fortaleza⁽¹⁵⁾. O tipo de parto mais comum foi o cesáreo (44,6%), fato que condiz com a literatura, pois o parto cesáreo é indicado em situações de urgência na tentativa de preservar a vida dos envolvidos⁽¹³⁾.

Quanto ao momento do óbito, contata-se que a maioria (41,1%) ocorreu no puerpério precoce, situação similar a encontrada na cidade do Recife⁽¹⁴⁾. Nesse contexto, observa-se a importância da atenção durante o puerpério ainda na maternidade, na comunidade por meio de visitas domiciliares e o exame ginecológico após 45 dias do parto.

Quanto ao fator de evitabilidade, encontrou-se que a grande maioria foi classificada como evitável/provavelmente evitável e com maior proporção de mortes por causas obstétricas indiretas. Esses óbitos podem ser evitados com o início precoce e um pré-natal de qualidade, tendo em vista que permite ao profissional de saúde identificar o surgimento de complicações, detectar possíveis patologias e iniciar o tratamento em tempo hábil. Ressalta-se que os óbitos obstétricos diretos estão intrinsecamente relacionados à gestação e os indiretos a doenças pré-existentes na mãe⁽¹⁾.

Transtornos hipertensivos, como eclâmpsia, pré-eclâmpsia e doença hipertensiva específica da gestação, foram as causas de óbito mais frequentes no estudo. Pesquisa realizada em um município

do estado de São Paulo com 179 mulheres com eclâmpsia identificou que todas tiveram o seguimento inadequado no pré-natal resultando em uma mortalidade específica por eclâmpsia de 22,24 óbitos para 100.000 partos⁽³⁾. Nesse contexto, é necessário enfatizar a importância do atendimento a mulher neste período para prevenção do óbito materno.

Esse estudo possibilitou identificar falhas no registro dos óbitos maternos no Sistema de Informação de Mortalidade, encontrando sub-registro de 20% sobre o total de casos. Outro estudo realizado nas capitais brasileiras, encontrou erros semelhantes, com sub-registro de 16% dos casos⁽⁸⁾. Diante desta realidade, percebe-se a dificuldade, presente também em Fortaleza, para conhecer a magnitude do problema das mortes em mulheres grávidas, situação que compromete a elaboração de estratégias de enfrentamento.

É mundialmente notório o comprometimento dos registros, em relação à quantidade e à qualidade, sobre os casos de mortalidade materna. Inúmeras razões podem ser atribuídas a essa deficiência, desde uma possível falta de habilidade dos profissionais médicos para o preenchimento correto da declaração de óbito, ou até mesmo o desconhecimento da significância desses dados para a saúde pública⁽⁸⁾.

A declaração de óbito é o documento padrão utilizado para o preenchimento do Sistema de Informação de Mortalidade⁽¹⁷⁾. Porém, ao analisar as declarações, identificou-se subnotificação em 26,8% dos casos. Situação semelhante apresenta-se em uma pesquisa realizada em Jundiaí, no estado de São Paulo, em que essa taxa foi de 50% entre os anos de 1999 a 2006⁽¹⁸⁾.

É válido salientar que o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 653 que estabelece o óbito materno como um evento de notificação compulsória, tendo em vista que a declarações de óbito é o documento utilizado para este meio, torna-se obrigatório o preenchimento adequado para real enumeração dos casos⁽¹⁹⁾. Os comitês de mortalidade materna e o serviço de vigilância epidemiológica foram

medidas adotadas no Brasil para que seja realizada a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil na tentativa de minimizar estes graves problemas de sub-registros⁽¹⁹⁾.

Tendo em vista que a Razão de Mortalidade Materna é um indicador de qualidade da assistência pré-natal, uma taxa de 39,8 para cada cem mil nascidos vivos é considerada “média” segundo parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde⁽⁶⁾. No entanto, está abaixo da média encontrada em outras capitais brasileiras^(14,20).

Conclusão

A maioria dos óbitos ocorre em mulheres jovens, com baixa escolaridade e que estavam em união estável. Os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros da atenção primária, podem contribuir sobremaneira para a prevenção dos óbitos maternos por meio do acolhimento com classificação de risco, garantia da qualidade da assistência pré-natal e encaminhamento precoce dos casos que apresentem alguma complicação.

Pretende-se que esse estudo contribua para aprofundar o conhecimento sobre os riscos gestacionais, do parto e do puerpério, como também de certa forma conhecer a situação da assistência à saúde da mulher.

As limitações do estudo recaíram para a dificuldade em explorar os dados, pois variáveis consideradas importantes para estudar morte materna não estavam incluídas nas fichas ou não estavam preenchidas corretamente. Acrescenta-se a isto a ausência de testes estatísticos que verifiquem os possíveis fatores associados ao óbito materno.

Observa-se a necessidade de elaboração de estratégias a fim de elucidar aos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas de investigação do óbito materno sobre a importância destas informações para alcançarmos os objetivos do milênio de reduzir o número de óbitos maternos até 2020.

Sugere-se que sejam realizados estudos que visem aprimorar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a assistência a saúde da mulher no período gravídico puerperal.

Colaborações

Áfio ACE, Rocha AFB, Andrade RFV e Melo SP contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e elaboração da redação. Araújo MAL participou na análise, redação e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças e de Problemas relacionados à Saúde. Geneva: OMS; 2008.
2. Wilmoth J, Mathers C, Say L, Mills S. Maternal deaths drop by one-third from 1990 to 2008: a United Nations analysis. Bulletin of the World Health Organization [Internet] 2010 [cited 2014 jun 13]; 88:718. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/10-082446/en/>
3. Novo JLVG, Gianini RJ. Mortalidade materna por eclâmpsia. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2010; 10(2):209-17.
4. World Health Organization (WHO). Managing eclampsia. Educational Material for teachers of midwifery. Department of Making Pregnancy Safer. Family and Community Health. Geneva: WHO; 2006.
5. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica dos últimos 30 anos? Cad Saúde Pública. 2011; 27(4):623-38.
6. World Health Organization/United Nations Children's Fund/United Nations Population Fund/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank [Internet]. 2010 [citado 2013 out 8]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

7. Ministério da Saúde (BR). Informações de saúde. [citado 2014 ago 18]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10>
8. Luizaga CTM, Gotilieb SLD, Jorge PHPM, Laurenti R. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(1):7-14.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população, 2010 [citado 2013 out 8]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=23
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Keffler K, Souza SRRKS, Wall ML, Martins M, Moreira SDR. Características sociodemográficas e mortalidade materna em hospital de referência na cidade de Curitiba-Paraná. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(3):500-5.
12. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto Duarte PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(10):1977-85.
13. Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco. Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):91-7.
15. Herculano MMS, Veloso LM, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida OS, Damasceno AKC. Maternal deaths at a Public Maternity Hospital in Fortaleza: an epidemiological study. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):295-301.
16. Castro ME, Vasconcelos MA, Silva LMS. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. *Rev Rene*. 2010; 11(n. esp.):72-81.
17. Ministério da Saúde (BR). *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
18. Matias JP, Parpinelli MA, Nunes MKV, Surita FGC, Cecatti JG. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(11):559-65.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 653/GM, de 28 maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
20. Kale PL, Costa AJL. Maternal deaths in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2003. *J Health Popul Nutr*. 2009; 27(6):794-801.