

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**LORENA DE ALMEIDA RIBEIRO PRUDENTE**

**INDICADORES DE MORTALIDADE MATERNA EM GOIÁS  
NO PERÍODO DE 1999 A 2005: IMPLICAÇÕES PARA A  
ENFERMAGEM**

**GOIÂNIA, 2008**



Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**      Dissertação      Tese

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

|                                 |  |              |  |         |  |
|---------------------------------|--|--------------|--|---------|--|
| Autor(a):                       | LORENA DE ALMEIDA RIBEIRO PRUDENTE   |              |  |         |  |
| RG:                             |  | CPF:         |  | E-mail: |  |
| Afiliação:                      |  |              |  |         |  |
| Título:                         | Indicadores de mortalidade materna em Goiás no período de 1999 a 2005: implicações para a enfermagem         |              |  |         |  |
| Palavras-chave:                 | Enfermagem Obstétrica, Mortalidade materna, Política de Saúde da Mulher, Qualidade da assistência Obstétrica |              |  |         |  |
| Título em outra língua:         | Indicators of maternal mortality in Goiás from 1999 to 2005: Implications for nursing Obstetric              |              |  |         |  |
| Palavras-chave em outra língua: | Nurses, Maternal Mortality, Women's Health Policy, Obstetric Quality Assistance                              |              |  |         |  |
| Área de concentração:           | Cuidado em Enfermagem  |              |  |         |  |
| Número de páginas:              |  | Data defesa: |  |         |  |
| Programa de Pós-Graduação:      | Em Enfermagem  |              |  |         |  |
| Orientador(a):                  | Profa. Dra. Cleusa Alves Martins   |              |  |         |  |
| CPF:                            |  | E-mail:      |  |         |  |
| Co-orientador(a):               |  |              |  |         |  |
| CPF:                            |  | E-mail:      |  |         |  |
| Agência de fomento:             |  |              |  | Sigla:  |  |
| País:                           |  | UF:          |  | CNPJ:   |  |

**3. Informações de acesso ao documento:**

Liberação para publicação?<sup>1</sup>                              total              parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: \_\_\_\_\_

Outras restrições: \_\_\_\_\_

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) autor(a)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<sup>1</sup> Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

**LORENA DE ALMEIDA RIBEIRO PRUDENTE**

**INDICADORES DE MORTALIDADE MATERNA EM GOIÁS NO PERÍODO DE 1999  
A 2005: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

**Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Processo de cuidar em saúde e enfermagem

**Orientadora:** Profa. Dra. Cleusa Alves Martins

**GOIÂNIA, 2008**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(GPT/BC/UFG)

**Prudente, Lorena de Almeida Ribeiro.**

**P971i Indicadores de mortalidade materna em Goiás no período de 1999 a 2005 [manuscrito]: implicações para enfermagem / Lorena de Almeida Ribeiro Prudente. – 2008.**

**112 f.: il., figs., tabs.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cleusa Alves Martins.**

**Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2008.**

**Bibliografia: f. 111-126.**

**Inclui lista de figuras, tabelas e de siglas.**

**Anexos.**

**1. Mortalidade materna 2. Saúde da mulher 3. Enfermagem obstétrica I. Martins, Cleusa Alves. II. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem. III. Título.**

**CDU:**

**314.424:314.32**

# FOLHA DE APROVAÇÃO

**LORENA DE ALMEIDA RIBEIRO PRUDENTE**

**INDICADORES DE MORTALIDADE MATERNA EM GOIÁS NO PERÍODO DE 1999  
A 2005: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Cleusa Alves Martins – Presidente  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

---

Profa. Maria Antonieta Rubio Tyrrell – Membro Externo  
Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Sandra Maria Brunini de Souza – Membro Interno  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

---

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva – Membro Suplente  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Membro Suplente  
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

## **DEDICATÓRIA**

*Primeiramente a Deus, por dar - me forças para concluir mais essa etapa em minha vida. Agradeço todos os dias.*

*Ao esposo Rogério Prudente Barbosa (in memoriam), agradeço todos os dias pelos dezessete anos inesquecíveis que esteve presente em minha vida. Por ter acreditado na minha competência, estimulado e efetivado minha inscrição na seleção do mestrado para realização desse sonho, por ele idealizado. É uma grande conquista!*

*Aos meus pais, Olemardem e Dalva, pela presença, força e amor em toda a minha vida. Vocês cumprem o papel de pais maravilhosamente, são os melhores pais do mundo.*

*Às minhas filhas Camila, Nikelly e Letícia, por suportarem as mudanças de comportamento e minha ausência em momentos tão especiais de suas vidas.*

*Aos meus irmãos Sérgio e Carlos, cunhadas e sobrinhos, por não estar presente em momentos especiais.*

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Cleusa Alves Martins por acreditar e auxiliar nessa trajetória, por estar presente com paciência e com esse seu jeito maravilhoso de ver o mundo e as pessoas.

À Prof. Dra. Sandra Brunini pela disponibilidade e seriedade e pelas contribuições fundamentais para a concretização desta pesquisa.

À Profa. Mestre Laryssa Silva de Andrade Bezerra por contribuir na elaboração dos gráficos. Agradeço pela calma e carinho dos últimos momentos.

À Profa. Dra. Sheila Teles que com seu jeito objetivo de ser, fez sugestões no projeto. Agradeço pela oportunidade de ter convivido contigo.

À Profa. Dra. Denize Bouttelet Munari pelas aulas que naquele momento foram terapia em minha vida. Agradeço por ter me acalentado nas horas difíceis.

À Profa. Mestre Maria Eliane Liégio Matão, amiga e companheira do departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás, agradeço por fazer parte de minha trajetória, por sua amizade e companheirismo.

À amiga e irmã Karen Leverger Vasconcelos, pela presença, cumplicidade e carinho de todos os momentos.

Ao amigo Carlos Cristiano de Oliveira, “Toizim”, por mostrar-me uma continuação da vida na qual eu não acreditava mais.

Às enfermeiras Thaís Alarcon, Pollyana Braga, Solange Nogueira e em especial a Robertta Francycle por suportarem as mudanças de comportamento e ajudarem dando o suporte em nosso local de trabalho.

Ao funcionário Alberto Batista da Silva (FEN), pela ajuda no início do projeto com suporte técnico e emocional. Sem você, a inscrição no mestrado não teria sido possível.

Ao Dr. Clidenor Gomes Filho, Presidente do Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Materna do Estado de Goiás, com contribuições bibliográficas valiosas sobre o tema.

Aos colegas do Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Materna Luzia Pardim, Geni e Silvana, por facilitar o acesso aos dados para realização desta pesquisa.

Ao Diretor Administrativo do Hospital Urológico Puigvert, Sr. Adilson Usier

Leite, por permitir flexibilidade no cumprimento da jornada de trabalho.

Aos funcionários e colegas do Hospital Urológico Puigvert, por incentivarem o desenvolvimento desse projeto.

*“Não é a morte o que realmente importa,  
mas sim o seu processo, a certeza de que  
a vida se enveredou por um caminho sem  
volta”. (SIQUEIRA, 2004)*

## **SUMÁRIO**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....</b>                                     | <b>9</b>  |
| <b>LISTA DE TABELAS .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>LISTA DE SIGLAS.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>ABSTRACT.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>RESUMEN .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>16</b> |
| 1.1. Justificativa e relevância .....                                 | 23        |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>  | <b>25</b> |
| 2.1. Objetivo geral .....   | 26        |
| 2.2. Objetivos específicos .....                                      | 26        |
| <b>3. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>                                 | <b>27</b> |
| 3.1 Mortalidade materna .....   | 28        |
| 3.2. Indicadores de saúde.....  | 32        |
| 3.3. Política de saúde da mulher no período gravídico-puerperal ..... | 36        |
| 3.4. A Saúde em Goiás .....   | 44        |
| 3.5. O Novo Plano Diretor .....                                       | 46        |
| <b>4. METODOLOGIA .....</b>   | <b>54</b> |
| 4.1. Delineamento do estudo .....                                     | 55        |
| 4.2. População, período e local de estudo .....                       | 55        |
| 4.3. Fonte de dados .....   | 56        |
| 4.4. Critério de inclusão .....                                       | 58        |
| 4.5. Critério de exclusão .....                                       | 58        |
| 4.6. Variáveis do estudo.....   | 58        |
| 4.7. Análise dos dados.....   | 59        |
| 4.8 Procedimentos éticos.....   | 59        |
| <b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>               | <b>60</b> |
| 5.1. Mortalidade Materna em Goiás .....                               | 61        |
| 5.2. Mortalidade Materna segundo macrorregiões.....                   | 62        |
| 5.3. Mortalidade Materna segundo faixa etária .....                   | 63        |
| 5.4. Mortalidade Materna segundo anos de escolaridade.....            | 65        |
| 5.5. Mortalidade Materna segundo estado civil.....                    | 67        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.6. Mortalidade Materna segundo raça/cor.....   | 68         |
| 5.7. Mortalidade materna segundo período gravídico-puerperal.....  | 71         |
| 5.8. Mortalidade Materna segundo causa obstétrica.....   | 72         |
| 5.9. Mortalidade Materna por causa obstétrica direta .....   | 73         |
| 5.10. Mortalidade Materna por causa obstétrica indireta .....  | 74         |
| 5.11. Mortalidade Materna por causa obstétrica não especificada .....  | 75         |
| 5.12. Mortalidade Materna por causa obstétrica direta agrupados segundo o Grupo CID-10.....  | 76         |
| 5.13. Mortalidade Materna por causa obstétrica indireta agrupados segundo o Grupo CID-10.....  | 78         |
| 5.14. Mortalidade Materna por causa obstétrica não especificada agrupados segundo o Grupo CID-10 .....   | 79         |
| 5.15. Mortalidade Materna de acordo os diagnósticos (causa obstétrica direta e indireta e não especificada) agrupados segundo o Grupo CID-10 e macrorregionais ..... | 80         |
| 5.16. Razão de Mortalidade Materna em Goiás e Brasil.....  | 83         |
| <b>6. CONCLUSÃO .....</b>  | <b>88</b>  |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>107</b> |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> Mapa do Estado de Goiás – Subdividido em regiões – PDR .....                           | 50 |
| <b>Figura 2.</b> Distribuição espacial da população do estado de Goiás por regiões de saúde – 2000..... | 52 |
| <b>Figura 3.</b> Razão de mortalidade em Goiás e Brasil durante o período de 2000 a 2005 .....          | 84 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1.</b> Classificação da Razão de Mortalidade Materna (RMM).....   | 35 |
| <b>Tabela 2.</b> Regionalização do Estado de Goiás, segundo pactuação do Plano Diretor de Regionalização ano 2002 .....   | 51 |
| <b>Tabela 3.</b> Distribuição espacial da população do estado de Goiás, por regiões de saúde – 2000.....  | 52 |
| <b>Tabela 4.</b> Registros de morte materna declarada no Estado de Goiás, 1999 – 2005 .....   | 61 |
| <b>Tabela 5.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo macrorregiões, 1999 – 2005 .....                                | 63 |
| <b>Tabela 6.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo faixa etária, 1999 – 2005 .....                                 | 64 |
| <b>Tabela 7.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo anos de escolaridade, 1999 – 2005 .....                         | 65 |
| <b>Tabela 8.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo estado civil, 1999 – 2005.....                                  | 68 |
| <b>Tabela 9.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo raça/cor, 1999 – 2005 .....                                     | 69 |
| <b>Tabela 10.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo período gravídico-puerperal, 1999 – 2005 .....                 | 71 |
| <b>Tabela 11.</b> Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo causa obstétrica, 1999 – 2005 .....                            | 73 |
| <b>Tabela 12.</b> Mortalidade materna por causa obstétrica direta segundo a macrorregião de residência e o ano do óbito. Goiás, 1999 – 2005 .....                 | 74 |
| <b>Tabela 13.</b> Mortalidade materna por causa obstétrica indireta segundo a macrorregião de residência e o ano do óbito. Goiás, 1999 – 2005 .....               | 75 |
| <b>Tabela 14.</b> Mortalidade materna por causa obstétrica não especificada segundo a macrorregião de residência e o ano do óbito. Goiás, 1999 – 2005 .....       | 75 |
| <b>Tabela 15.</b> Diagnósticos de mortalidade materna por causa obstétrica direta agrupados segundo o Grupo CID-10 e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005.....   | 76 |
| <b>Tabela 16.</b> Diagnósticos de mortalidade materna por causa obstétrica indireta agrupados segundo o Grupo CID-10 e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005..... | 78 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 17.</b> Diagnósticos de mortalidade materna por causa obstétrica não especificada agrupados segundo o Grupo CID-10 e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005 .....  | 79 |
| <b>Tabela 18.</b> Número de óbitos maternos por causa obstétrica direta (OD), indireta (OI) e não especificada (ONE) agrupados segundo Grupo CID-10, macrorregionais e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005..... | 81 |
| <b>Tabela 19.</b> Frequência de nascidos vivos, morte materna e razão de mortalidade materna no período de 1999-2005, no estado de Goiás e Brasil .....   | 84 |

## LISTA DE SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| ABENFO   | Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras |
| AIDS     | Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida               |
| APAE     | Associação dos pais e amigos dos excepcionais de Goiânia    |
| CID-9    | 9ª Classificação Internacional de Doenças                   |
| CID-10   | 10ª Classificação Internacional de Doenças                  |
| CLAP     | Centro Latino Americano de Perinatologia                    |
| CMM      | Coeficiente de Mortalidade Materna                          |
| CMM -    | Coeficiente de Mortalidade Materna                          |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde                                  |
| COFEN    | Conselho Federal de Enfermagem                              |
| COREN-GO | Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás          |
| FEBRASGO | Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia           |
| FNUAP    | Fundo das Nações Unidas para Populações                     |
| HIV      | Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida                  |
| IHAC     | Iniciativa Hospital Amigo da Criança                        |
| MS       | Ministério da Saúde   |
| LOS      | Leis Orgânicas de Saúde                                     |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde                                |
| OPAS     | Organização Pan Americana de Saúde                          |
| PAISC    | Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança         |
| PAISM    | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher          |
| PHPN     | Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento           |
| REHUNA   | Rede pela Humanização do Parto e Nascimento                 |
| SIM      | Sistema e Informação de Mortalidade                         |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                      |
| UNICEF   | Fundo das Nações Unidas para Infância                       |
| UNFPA    | United Nations Population Fund                              |
| WHO      | World Health Organization                                   |
| SAE      | Sistematização da Assistência de Enfermagem                 |

## RESUMO

Prudente LA R. Indicadores de mortalidade materna em Goiás no período de 1999 a 2005: implicações para a enfermagem [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2008. 112 p.

A gravidez, o parto e puerpério apresentam alterações no organismo da mulher e ocorre uma redefinição da sua identidade. No Brasil a mortalidade materna é considerada um grave problema de saúde pública, uma vez que ocorre na plenitude da vida da mulher e provoca orfandade e a dissolução familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). **Objetivos:** Investigar a mortalidade materna em Goiás no período de 1999 a 2005; descrever as características epidemiológicas das mulheres que obituaram em decorrência dos agravos relacionados ao período gravídico-puerperal; identificar a distribuição de frequência dos índices de mortalidade materna por macrorregional de saúde em Goiás e apresentar a razão da mortalidade materna no estado de Goiás. **Metodologia:** estudo epidemiológico retrospectivo e descritivo, do tipo ecológico, dos óbitos maternos ocorridos no período de 1999 a 2005. Para identificar as causas relacionadas com o fenômeno se utilizou como variáveis o local de ocorrência, o ano, a faixa etária, a escolaridade, a raça, o estado civil, a causa da morte e o período gravídico-puerperal no qual ocorreu o óbito. A população do estudo foram os registros das mortes maternas cadastrados no DATASUS, e o número de nascidos vivos a partir da base de dados do SINASC. **Resultados:** No estudo constatou-se que Goiás nos anos de 1999 a 2005 ocorreram 348 óbitos maternos. Morreram mulheres de cor parda e branca, com escolaridade entre quatro e sete anos de estudo, em plena idade reprodutiva (20-29 anos), residente na macrorregional Centro-Oeste, principalmente, óbitos por causas obstétricas diretas, que são preveníveis. Propicia aos gestores e profissionais de saúde o conhecimento das características epidemiológicas das mulheres que obtuaram em decorrência da gravidez, parto e puerpério, identifica a distribuição de frequência dos óbitos conforme a macrorregional de ocorrência e apresenta a razão da mortalidade materna no Estado de Goiás, o que nos permite refletir acerca das práticas obstétricas e condutas terapêuticas adotadas na assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

**Descritores:** Enfermagem Obstétrica, Mortalidade materna, Política de Saúde da Mulher, Qualidade da assistência Obstétrica.

## ABSTRACT

Prudente LA R. Indicators of maternal mortality in Goiás from 1999 to 2005: Implications for nursing [dissertation]. Goiânia: Nursing College /UFG; 2008. 112 p.

Pregnancy, birth, and postpartum bring alterations to women's body. In such periods, there is a redefinition of their identity, with altered relationship between the couple, within the family as well as with other members in the social context (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). The reproductive process was not idealized to end up in maternal death, since this is such a tragic episode which should never occur to women. **Aims:** to investigate maternal mortality in Goiás from 1999 to 2005; to describe epidemiological characteristics of women who died due to before and after birth complications; to identify the frequency distribution of maternal mortality rates by macroregional of health in Goiás and present the reason for maternal mortality in Goiás State. **Method:** this is an ecological descriptive epidemiologic study. For the description of maternal death occurring from 1999 to 2005, we identified the epidemiologic characteristics and causes related to this phenomenon, having as variables the place of occurrence, the year, the age, the educational status, race, marital status, *causa mortis*, and pregnancy-puerperal period in which death has occurred. The born alive rate of was obtained from the SINASC database. Data about the reason for maternal mortality in Goiás and in Brazil was obtained from DATASUS. **Outcomes:** 348 deaths were found in the sum of respective years. In Goiás, this study made clear the reality concerning maternal deaths. Dark-skinned and white women with 4 and 7 years of school completion, in reproductive age (20-29 years), and living in the Midwestern macroregion mainly due to direct obstetric causes, which are preventable. Conclusion: in sum, evidences shown in this study make it visible the importance to implement the birth humanization care program, provides to care managers and to healthcare workers both the knowledge and reflection upon obstetric practices and therapeutic management adopted in the assistance to pregnant women during and after birth.

**Descriptors:** Obstetric Nurses, Maternal Mortality, Women's Health Policy, Obstetric Quality Assistance.

## RESUMEN

Prudente LA R. Indicadores de mortandad materna en Goiás en el periodo de 1999 a 2005: implicaciones para la enfermería [dissertation]. Goiânia: Facultad de Enfermería/UFG; 2008. 112 p.

El embarazo, el parto y el puerperio presentan alteraciones en el organismo de la mujer. Durante ese periodo ocurre una redefinición de su identidad, se alteran las relaciones entre la pareja, con la familia y los demás miembros del plano social. (MINISTERIO DA SAUDE, 2002). El proceso reproductivo no fue idealizado para culminar en la muerte materna, puesto que ese episodio es una tragedia que niquiera debería pasarle a la mujer. **Objetivos:** Investigar la mortandad materna en Goiás en el periodo de 1999 a 2005; describir las características epidemiológicas de las mujeres que fallecieron en decorrenza de gravedad, relacionados al periodo embarazo-puerperio; identificar la distribución de frecuencia de los índices de mortandad materna por macro región de salud en Goiás y presentar la razón de la mortandad materna en el estado de Goiás. **Metodología:** estudio epidemiológico retrospectivo e descriptivo, de tipo ecológico. Para la descripción de los óbitos maternos ocurridos en el periodo de 1999 a 2005, se identificaron las características epidemiológicas y las causas relacionadas con este fenómeno, teniendo en cuenta el local que ocurrió, el año, edad, escolaridad, raza, estado civil, causa de la muerte y tiempo embarazo-puerperio en el cual ocurrió el óbito. El número de nacidos vivos fue obtenido a partir de la base de datos del SINASC. Los datos que indicaron la razón de la mortandad materna en el estado de Goiás y en el Brasil fueron obtenidos a través de DATASUS. **Resultados:** fueron constatados 348 óbitos en la suma total de los respectivos años. En Goiás, este estudio aclaró la realidad de los óbitos maternos. En las mujeres de color parda y blanca, con escolaridad entre cuatro y siete años de estudio, en plena edad reproductiva (20 – 29 años) y domiciliadas en la macro región centro-oeste, las causas fueron principalmente obstétricas directas, las cuales son prevenibles. **Conclusión:** sintetizando, las evidencias contenidas en este estudio dejan visible la importancia de efectivizar el programa de asistencia humanizada al parto y nacimiento, propicia a los directores de los servicios y a los profesionales de la salud el conocimiento y la reflexión al respecto de las prácticas obstétricas y conductas terapéuticas adoptadas en la asistencia a la mujer en el periodo embarazo-puerperio.

**Descriptor:** Enfermería Obstétrica, Mortandad materna. Política de Salud de la Mujer, Calidad de Asistencia Obstétrica.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Na história da humanidade, desde que o mundo é mundo, as mulheres engravidam e as crianças nascem e, assim à mulher se inscreve na história da parturição segundo Prado (2004). A gestação e o parto são eventos fisiológicos no organismo da mulher, como outros que ocorrem no organismo humano - a alimentação, as excreções corpóreas, as relações sexuais, a maturidade e a morte. Culturalmente definidos, refletem valores sociais de uma determinada época, e são fenômenos rodeados de rituais, mitos, preconceitos, medos e tabus (OSAVA; MAMEDE, 1995).

Na perpetuação da espécie humana, naturalmente, em algum momento de vida da população, a maioria das mulheres opta por seu papel reprodutivo. Essa opção é projetada na realização de seu ideal materno, seja por satisfação pessoal, em resposta à cobrança familiar ou do contexto social no qual a mulher se encontra inserida, ou ainda por imposições da política populacional, instituídas em alguns países que determinam o tamanho da prole – limite do número de filhos na sociedade.

Nas diferentes culturas e sociedades o aspecto reprodutivo sempre teve destaque, cabendo à mulher participação efetiva na garantia de continuidade da linhagem familiar, a célula-máter da sociedade. Ademais, a perpetuação da espécie encerra o sentido biológico de luta da raça humana pela sobrevivência, desde a possibilidade de sua existência (MARTINS *et al.*, 2005).

A maternidade constitui uma das experiências humanas mais significativas, integra a vida sexual e reprodutiva da mulher. Entretanto, muitas vezes, a vivência da gravidez implica numa variedade de dúvidas, insegurança, medo, ansiedade e temores nas gestantes, que pode repercutir no companheiro, na família e na sociedade como um todo.

A gravidez, o parto e puerpério apresentam alterações no organismo da mulher. Nesse período, ocorre uma redefinição da sua identidade, alteram - se as relações entre o casal, com a família e os outros membros do contexto social. O processo gravídico-puerperal constitui em si uma complexidade de adaptações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sócio-culturais que representam, potencialmente, fatores de risco materno e fetal e, por isso demandam atenção à saúde com intervenção adequada (OSAVA; MAMEDE, 1995).

De modo geral, o processo de desenvolvimento dos seres humanos passa por períodos distintos e envolvem aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais. Algumas dessas fases são conhecidas como crises vitais por determinarem mudanças profundas nas pessoas pelo fato de o indivíduo, depois de passar por determinado período ou situação, não conseguir retornar à condição anterior de vida. Assim, ocorre o “*deixar de ser*” para o “*passar a ser*” (TEDESCO, 1999).

Para o autor anteriormente citado, o processo de crescimento e desenvolvimento em cada indivíduo ocorre de forma distinta. Na mulher, destaca-se a adolescência, a gravidez e o climatério. Esses períodos causam impacto físico e emocional, com certa desorganização temporária ou definitiva, ora modificando as futuras experiências ora, reorganizando as experiências anteriores com suas diferenças e peculiaridades, ganhos e perdas.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2001:

A reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua vida e seus sonhos. A condição reprodutiva da mulher é muito menos o resultado de uma condição ideológica que é antes de tudo determinada por uma organização sócio e cultural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

O ciclo vital apresenta diversas fases, com suas próprias mudanças, necessidades de adaptação e, muitas vezes, redefinição nos propósitos de vida. No caso da mulher, o processo relacionado à reprodução - período que envolve a gestação - promove alterações sistêmicas e psicológicas constituindo, assim, em um momento ímpar na vida da mulher.

Entretanto, a gravidez pode representar risco de vida para algumas mulheres segundo afirmam as organizações internacionais e não governamentais. Na população feminina, o processo de adoecer e morrer se revela por situações causadas pelas desigualdades sociais, por novas tendências de mortalidade em mulheres em idade reprodutiva durante o período gravídico-puerperal, pelo crescimento da Síndrome da Deficiência Imunológica HIV/AIDS e por violência contra a mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Cardoso e Faundes (2006) também afirmam que as mulheres não acreditam normalmente, que durante o processo de gestar e parir que estas experimentam

como um momento de transformações físicas e emocionais vividas e caracterizadas como fenômenos naturais na vida, possa representar risco à sua saúde, ou mesmo culminar com sérias conseqüências, sobretudo a morte. Mesmo porque o processo reprodutivo não foi idealizado para culminar na morte materna, pois, esse episódio é uma tragédia que nem deveria acontecer à mulher.

É inaceitável imaginar que, em conseqüência da gravidez, do parto e do puerpério a mulher possa adoecer e ou morrer. É difícil conceber que estejamos lidando com experiências que vai contra a ordem natural do ciclo da vida e contra a própria natureza. Na maioria das vezes, ocorre quando a mulher se encontra sadia, vivenciando o período gravídico-puerperal, um evento natural, mas, o processo culminando com sua morte, isso, sem dúvida, provoca um impacto para os órgãos governamentais, para equipe de saúde e familiares.

Entretanto, no Brasil, entre os perfis de mortalidade da mulher se encontra a problemática da morte materna, considerada um grave problema de saúde pública, uma vez que ocorre na plenitude da vida e provoca a dissolução familiar e orfandade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

O falecimento de uma mãe ocasiona a desintegração familiar. Em um processo rápido, esse desaparecimento dificulta manter a família reunida e estruturada e recaem, sobremaneira, dificuldades nas pessoas que cercam aquela mulher (COOK; DICKENS; ANDREW, 2001; GALVIS *et al.*, 2005; CARDOSO; FAUNDES, 2006; GOMES *et al.*, 2006). Com a morte da mãe, desencadeia a distribuição dos filhos entre os parentes e amigos, o pai vai embora em busca de trabalho ou de reconstruir sua vida, aumenta a probabilidade de morte do bebê, ocorre o comprometimento do desenvolvimento dos outros filhos, em especial, os menores de cinco anos, e, por vezes, a irmã mais velha, ainda criança, assume o cuidado dos irmãos.

Isto porque, dentre os papéis que a mulher desempenha, se destaca como articuladora na família, e com a morte materna, a célula familiar perde sua integridade. A falta da mãe no lar tem sido causa preponderante para a desestruturação familiar, dado o papel exercido pela mãe na socialização das crianças. Dessa maneira, não se torna surpreendente encontrar como problemas derivados da morte precoce dessas mulheres o abandono escolar ou mesmo desajustamento social das crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; GALVIS *et al.*,

2005; GOMES *et al.*, 2006; REDE FEMINISTA, 2010).

Há várias décadas, os estudos revelam o apoio emocional e a participação econômica e efetiva da mulher no sustento do lar. A ausência da mãe na família se faz sentir também aos recursos econômicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que uma morte materna afeta diretamente grande número de membros da família e da comunidade que dela depende. As mortes maternas, quando muitas, podem produzir graves conseqüências para as comunidades, às nações e a população (OPAS, 1990).

Segundo a OMS e o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), a morte materna representa um indicador do status da mulher ao seu acesso e adequação ao sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É necessário, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que estima sobre os riscos durante a gestação e parto, mas também pelo que significa sobre a saúde em geral da mulher (COSTA *et al.*, 2002; MEDRADO, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Nas Declarações de Óbitos (DO) as causas de morte materna ainda são mal registradas. Muitas vezes, os profissionais apresentam dificuldades para registrar todas as informações de modo completo, adequado e correto e, isso pode determinar uma falha ou mascarar resultados.

Nesse ponto de vista, vários autores afirmam que os dados sobre a morte materna ainda se representam sub-notificados. Isso ocorre porque muitos atestados de óbito são preenchidos de forma incorreta dificultando estatisticamente retratar a realidade da mortalidade numa determinada população, ou seja, é informada a causa da morte, como uma septicemia (infecção generalizada), mas omite-se a gravidez da mulher. No país, há dois grandes erros: a sub-notificação dos casos e as mortes maternas declaradas de forma incorreta que dificultam a identificação da causa básica e dos fatores de risco (STEWART *et al.*, 1996; CECATTI; FAUNDES; SURITA, 1999; VICTORA, 2001; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004; SOUZA *et al.* 2006; ALMEIDA; BELTRÃO; LEITE, 2006; SOUSA *et al.*, 2007; ROMERO; CUNHA, 2007; GESSESSEW, 2007).

O conhecimento dos índices e tendências da mortalidade materna é fundamental para obter um retrato da situação da saúde e da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, pois representa o início de uma caminhada que permitirá a

reflexão e a discussão acerca do problema e das novas possibilidades de intervenção na assistência obstétrica que incluem também a formação de profissionais para atuar com competência.

Nesta perspectiva, fica evidente para gestores e organizações do setor de saúde que, engravidar e parir tem representado risco para mulheres brasileiras de forma diferenciada, em alguns grupos de etnias/raças e na população de baixa renda, ou seja, com o baixo poder aquisitivo, há restrição ao acesso escola, alimentação adequada, higiene, planejamento familiar e assistência obstétrica. Dessa maneira, as mulheres estão expostas aos agravos e riscos à sua saúde e, assim, maiores probabilidades de morte materna por causas evitáveis (ABOUZHR; WARDLAW, 2001; REIS; GIFFIN; SILVEIRA, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; MARTINS, 2006).

A assistência à maternidade carece de ações de saúde que leve em consideração o acompanhamento familiar e o universo pluralizado da mulher, rompendo a visão reducionista do papel social e da discriminação feminina, fruto da construção histórica, cultural e política. Assim, percebe-se a urgência da luta por mudança nos indicadores de saúde relacionados à mulher.

Vale ressaltar que, o reconhecimento dos direitos humanos em geral e os da mulher são acordos internacionais existentes anteriores às conferências e constitui marcos importantes para estabelecer princípios fundamentais relativos à proteção a maternidade e aos direitos reprodutivos. Aponta como eixo central, o reconhecimento de direitos que a reprodução é uma função social que deve ser protegida pela sociedade.

Segundo Fathalla (2006), a maternidade é uma função social e não uma doença. Embora a gravidez, parto, puerpério e aleitamento, por razões biológicas sejam de domínio da mulher, a proteção à maternidade diz respeito à sobrevivência e a qualidade de vida da própria espécie humana. Neste princípio, a mulher não pode ser discriminada em função da maternidade, devendo ser legalmente protegida por leis, políticas públicas adequadas e pela sociedade civil.

Na assistência obstétrica, o parto constitui um fenômeno crítico do período gravídico-puerperal. De acordo com Martins (2001), *apud* Ministério da Saúde (1984), 60% dos óbitos maternos notificados no país ocorrem por ocasião da internação para o parto. A falta de assistência se caracteriza como fator

determinante pela busca itinerante de vaga hospitalar e retarda o atendimento a parturiente, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), que provoca um aumento da morbimortalidade materna e neonatal por falta de diagnóstico e tratamento precoce de complicações.

O óbito materno suscita muitos questionamentos do processo saúde-doença. Embora se evidenciem avanços na política de saúde do país com ampliação ao acesso e ações de assistência, existe eficiência e resolutividade para assegurar a integralidade e qualidade da atenção à saúde? O desconhecimento da gravidade clínica pela mulher e família é uma barreira que influencia negativamente os resultados, as condutas e o acompanhamento da paciente, dentre outras questões.

No Estado de Goiás, com a adesão à assistência humanizada ao parto e nascimento, o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal apresenta significativa mudança na qualidade em alguns serviços de saúde. No entanto, observa-se ainda, que por vezes, esse atendimento se apresenta de forma fragmentada, pautada em ações de saúde e desarticulada entre Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, o que dificulta a assistência à população.

Na atenção básica de saúde, é notória a grande demanda reprimida em alguns serviços essenciais. Isso é ocasionado por deficiência de infra-estrutura dos serviços e por falta de capacitação e formação do profissional, dificultando a adesão da mulher aos programas de saúde, dentre eles, o pré - natal.

Neste entendimento, cabe refletir acerca das questões inerentes à morte materna, uma vez que, existem poucos estudos voltados para a realidade local, a família e sociedade, bem como as contradições relacionadas ao processo assistencial da usuária, que incluem ações e qualidade dos serviços de saúde prestados no pré-natal, parto e puerpério e as atitudes da mulher e dos familiares diante das complicações e agravamento do processo. Dessa maneira, torna-se relevante, dentre outras reflexões, retratar o perfil das mulheres que obturam e da ocorrência de mortes maternas para uma caracterização dos indicadores de saúde e, conseqüente avaliação da qualidade de vida da população.

## 1.1. Justificativa e relevância

O meu interesse por esta investigação decorre da minha afinidade pela assistência à saúde da mulher desde a minha formação profissional quando realizei a Habilitação em Obstetrícia em uma maternidade no interior do estado, instituição que apresenta uma abordagem voltada à assistência humanizada ao parto e nascimento, o que fez diferencial em minha prática cotidiana.

Na minha trajetória profissional, o tema gravidez e parto faz parte do meu repertório de interesses, como docente em sala de aula e enfermeira assistencial. Minha vivência sempre esteve centrada na assistência à saúde da mulher. Experiência esta, que me motivou a realizar a qualificação no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, em particular, despertou o aprofundamento do conhecimento nesta área.

No cotidiano da assistência à mulher no período gravídico-puerperal em maternidades e unidade de terapia intensiva materna, sempre me deparava com situações graves decorrentes de complicações do processo de gravidez, parto ou puerpério, que por vezes levaram a ocorrência de mortes maternas. Um fenômeno social que certamente representou grande inquietude e me impulsionou para busca do conhecimento abrangente dessa problemática, não apenas para contribuir na formação do profissional de saúde, mas também subsidiar a formulação de políticas públicas em saúde promovendo o aprimoramento da qualidade da assistência na saúde da mulher.

Nesta linha de pensamento, temos como objeto de estudo a investigação da problemática da mulher no âmbito de gestar-parir, particularmente o fenômeno morte materna em Goiás no período de 1999 a 2005.

Defende-se nesta investigação que a hospitalização da cliente em situações de alto risco - no pré-natal, parto e puerpério, não restringe a ocorrência de mortes maternas, considerando que existem diferenças significativas na atenção básica de saúde. Em particular, a usuária traz em si realidades socialmente diferenciadas que interferem no processo assistencial. Porém, a qualidade da assistência e do cuidar, fazem diferença na razão da mortalidade materna.

Neste sentido, pesquisas acerca do tema são importantes para a construção

do conhecimento. Acreditamos que os resultados aqui registrados representem aporte teórico e metodológico que contribuirá com outros estudos e pesquisas desta natureza, bem como estabelecer elementos para contribuir na elaboração de estratégias, planejamento, organização e implantação de protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e outras instituições de saúde, visando reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

## **2. OBJETIVOS**

---

**2.1. Objetivo geral:**

- Investigar a mortalidade materna em Goiás no período de 1999 a 2005.

**2.2. Objetivos específicos:**

- Descrever as características epidemiológicas das mulheres que obituaram em decorrência dos agravos relacionados ao período gravídico-puerperal;
- Identificar a distribuição de freqüência dos índices de mortalidade materna por macrorregional de saúde em Goiás;
- Apresentar a razão da mortalidade materna no estado de Goiás, apontando as implicações para a qualidade da assistência da enfermagem obstétrica.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

---

### 3.1. Mortalidade materna

No ano de 2004, no Brasil, as mulheres representavam 51,2% da população, constituindo aproximadamente 89 milhões de habitantes. Embora seja maioria, sua condição feminina acarreta diferenças de desigualdade no campo social, como a violência, baixa remuneração e dupla jornada acarretando sobrecarga no trabalho entre outras. Essas situações desencadeiam prejuízos à saúde da mulher contribuindo com a maior demanda das ações de saúde no país. A população feminina é a principal usuária do SUS. Todavia, existe cerca de 30% de mulheres sem assistência pré-natal no país, onde a maior consequência dessa situação é o índice de mortes maternas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, segundo expresso na 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças - CID-10, 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 ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medida em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OPAS, 1990). E, “Morte Materna tardia como a morte de uma mulher após os 42 dias e até um ano após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer caso relacionado com ou agravada pela gravidez ou por medida em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

As mortes maternas segundo o MS (2002a) se classificam em:

1. Morte materna obstétrica direta: aquela resultante de complicações durante a gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas acima mencionadas, a exemplo: eclâmpsia, infecção puerperal, hemorragia puerperal, abortamento, dentre outras.
2. Morte obstétrica indireta: aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devida a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, porém não devidas às causas acidentais

ou incidentais, a exemplo: estenose mitral, pneumonia, tromboembolia venosa, dentre algumas.

3. Morte materna declarada: as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) - permitem classificar o óbito como materno.
4. Morte materna não declarada: as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com a investigação dos dados obtidos se descobre tratar-se de morte materna.
5. Morte materna mascarada ou presumível: a causa básica relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento do documento.

Particularmente, o registro correto da morte materna apresenta peculiaridade e relevância nos dados. Entretanto, a relação ao nascer e ao morrer são dois momentos que têm sido tratados como exclusivos e merecem atenção diferenciada por profissionais da saúde e autoridades civis.

Para caracterizar e identificar corretamente a morte materna, no período de 1993 a 1996, o MS investiu na implementação de Comitês Estaduais de Morte Materna, com inclusão na DO de uma variável que permite identificar as mulheres grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto. A partir de janeiro de 1998 houve também, a gratuidade dos registros e a introdução de mais uma via na DO com sugestão de busca ativa nas unidades notificadoras. O Ministério da Saúde fez recomendação para utilizar dados de nascimentos e mortes informados pelo Programa de Saúde da Família, dentre outras ações, que foram medidas válidas para se obter um aumento na captação desses eventos vitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Ainda, visando à qualidade da informação, a OMS propõe na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, e a partir de outubro de 1997, por resolução nº256, a introdução na declaração de óbito brasileira - que passou a ser de notificação compulsória a variável para óbito de mulher em idade fértil dos casos de gravidez ou se a mulher esteve grávida nos últimos doze meses que procederam ao evento fatal. Foi eleita uma primeira avaliação no preenchimento dessa variável, mostrando ausência de informação em cerca de 90% para ambas as perguntas, inclusive casos em que a morte já era declarada como materna (DIAS; PERILLO, 2002; GOMES FILHO, 2005).

À época, procedeu-se nova investigação para avaliação da variável, e foi constatado que a mesma estava em branco em cerca de 50% dos casos de óbitos de mulheres que se encontravam no ciclo gravídico-puerperal. Tal achado certamente contribuiu com a melhoria da informação, pois identificou - se aumento no número de mortes maternas, principalmente por causas obstétricas indiretas e óbitos de difícil registro, o que sugere melhoria na qualidade de investigação. Todavia, na última década, a Razão Morte Materna (RMM) vem apresentado uma tendência de queda, provavelmente relacionada à expansão da rede pública de saúde e ao aumento da cobertura das ações obstétricas e de planejamento familiar (COELHO, 2003; REDE FEMINISTA, 2006).

Também, no propósito de melhorar ou obter informações sobre mortalidade materna, o MINISTÉRIO DA SAÚDE, a UNICEF e United Nations Population Fund - UNFPA - desenvolveram métodos de estimar a mortalidade materna visando obter estimativas em países sem registro de dados, bem como para corrigir os dados disponíveis quando existe sub-registro e má declaração de causa (WHO, 2003).

No Brasil, o MS disponibiliza dados em diversos sistemas informatizados em saúde, entre eles o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, que estão disponíveis em meio digital desde o ano de 1979; sobre nascidos vivos - SINASC desde 1991; e sobre Informações Hospitalares - SIH e as do SIH compiladas mensalmente, a partir de 1992 e 1994 respectivamente (CECATTI, FAUNDES; SURITA, 1999).

Anualmente, é estimada a morte de 600.000 mulheres em decorrência de complicações ligadas ao período gravídico-puerperal, porém 98% destes óbitos ocorrem em países em desenvolvimento. Estima-se que, dos óbitos maternos ocorridos, 98% são evitáveis e 68% ocorrem no momento do parto (FAUNDES; CECATTI, 1991; GALLI, 2005; MARTINS, 2006; DIAS; PERILLO, 2002; SOUZA *et al.*, 2006; RIQUINHO; CORREIA, 2006). Um cenário que revela a fragilidade das políticas voltadas à promoção e proteção à saúde da mulher.

No Brasil, em 2001, houve cerca de 3.106,525 nascidos vivos, em aproximadamente 5.390 hospitais com 1.600 óbitos maternos notificados. Esses números indicam que, se a distribuição fosse igual, ocorreriam 0,03 óbitos maternos por hospital, apresentando razão de mortalidade materna de 59,1 mortes de mulheres por 100.000 nascidos vivos. Esse número está longe de refletir a real

magnitude do problema em função da enorme sub-notificação dessas mortes. (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000a; DATASUS, 2007).

O SIM progressivamente se aprimora quanto à cobertura do registro, alcançando 85%. Nas regiões Sul e Sudeste do país onde se concentra a maior parte da população, a cobertura é praticamente 100%. De acordo, com os dados oficiais do SIM, não corrigidos, a mortalidade materna veio decrescendo desde 1980 até 1996, de 68,9 para 45,0 por 100.000 nascidos vivos. Entretanto, é preciso salientar que nesse período a cobertura do registro aumentou e, mesmo assim, a mortalidade materna diminuiu. A partir de 1997, a mortalidade materna se eleva e mantém-se acima de 60 até 1999 e em 2000, cai novamente. A elevação de 1996 a 1999 é atribuída à atuação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, existentes em muitos municípios, fazendo correção dos dados de mortalidade materna para inserir no SIM (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000a; GOMES FILHO, 2005). Os dados do SIM, sem as devidas correções, revelam um declínio distorcido da mortalidade materna em vários estados do país.

No estado de Goiás, os números são obtidos pelo Comitê Estadual de Estudos de Morte Materna e consolidados no SIM, onde são mostrados que os indicadores de mortalidade materna nos anos entre 1994 a 2001, ainda são muito altos. O coeficiente oscilou de 50 a 60 mortes anuais por 100.000 nascidos vivos, sem tendência consistente de declínio. Todavia, mesmo nas regiões com boa ou excelente cobertura do registro sabe-se que a declaração da causa de morte como causa não materna é totalmente exata (BARBALHO, 2002; GOMES FILHO, 2005).

Ressalta - se que, para cada morte originada por problemas de má qualidade na assistência à saúde há, no mínimo, outra não declarada. Assim, para dimensionar a real magnitude da mortalidade materna, devem-se multiplicar as taxas encontradas por dois (TANAKA; MITSUIKI, 1999).

A magnitude da mortalidade materna ainda não é completamente conhecida e representa um desafio para o Ministério da Saúde. Estima-se que em mulheres em idade reprodutiva, ocorram anualmente entre três a cinco mil mortes em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério, variando os coeficientes entre estados e regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; 2006). Sabe-se que no país a cobertura de serviços é variável e a integração de informações hospitalares é incipiente, porém, o enfoque de interesse atual e debate continuam

sendo temas que discutem aspectos biológicos e epidemiológicos que sempre nortearam os assuntos associados à saúde dos diferentes grupos populacionais.

A morte materna é vista como "a ponta de um *iceberg*", como referido por Braga *et al.* (1992) e Geller *et al.* (2006). Todo o volume do *iceberg* submerso é representado pela elevada morbidade materna e perinatal e por más condições de vida e de acesso aos serviços de saúde com qualidade, especialmente mulheres na fase reprodutiva. A mortalidade materna trata-se, então, de um indicador da eficácia dos programas e de assistência obstétrica evidenciando assim, de forma contundente, as diferenças de atenção à saúde da mulher entre as diversas regiões.

Quando levantamos a problemática da morte materna, é importante lembrar o papel histórico de movimentos sociais feministas nas lutas por espaços nas políticas públicas de saúde e na conquista dos direitos constitucionais da usuária. No sentido da melhoria da assistência obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde em 2001 normatizou programas fundamentados na assistência humanizada ao parto e nascimento, considerando o risco para ocorrência de morbimortalidade: tipo de parto, idade, paridade, raça/etnia, assistência pré-natal, acentuada associação entre o procedimento cirúrgico e o aumento da mortalidade materna, dentre outros (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001b; MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

Assim, a saúde da mulher, apesar da adoção em recomendações da OMS pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, apresenta focos de preocupação para alguns governos e sociedade.

### **3.2. Indicadores de saúde**

É imprescindível o conhecimento de vários índices e coeficientes acerca dos eventos vitais para a fundamentação do planejamento de ações no âmbito da saúde da mulher. Na área materno-infantil, as informações são fornecidas por indicadores como número de nascidos vivos – NV - em determinada área e período de tempo, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade materna, razão de mortalidade materna (RMM), coeficiente de mortalidade perinatal, taxa de fecundidade, entre outros (BARBALHO, 2002; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB,

2000a; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000b, LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

A definição de indicadores de saúde consiste em informações de natureza epidemiológica que representam insumos essenciais ao planejamento, à execução e avaliação das ações de saúde. Por meio desses dados, conhece-se a magnitude e a importância dos problemas, sem levar em conta os avanços da ciência que apontam para as associações entre fatores de risco e danos à saúde, a vulnerabilidade destes às medidas preventivas e as estratégias mais eficazes para lidar com os problemas (PEREIRA, 2000; PEREIRA, 2005).

Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, além de fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades apresentadas na mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, ALMEIDA FILHO, 2003).

Entretanto, dificilmente um indicador de forma isolada será capaz de dar conta da realidade; é provável que, agrupados espelhe uma determinada situação. Sua contextualização adequada no tempo e no espaço deve ser feita para evitar conclusões ou até mesmo ações inadequadas. Assim sendo, ao olharmos a taxa de cesáreas de um determinado município, não basta apenas verificar se ela é "alta" ou "baixa", mas é preciso saber ainda em que condições os partos normais se dão e qual a taxa de mortalidade perinatal, para se ter idéia do acerto das indicações (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000b).

A RMM é indicador da qualidade de saúde, influenciada diretamente pelo grau de desenvolvimento econômico-cultural-tecnológico de um país ou sociedade. Usualmente, a RMM é chamada de "Taxa" ou "Coeficiente". Todavia, somente assim poderia ser designada se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obter esses dados, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, que justifica o uso da expressão "razão". Esta é relacionada com as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas e não especificadas com os números de nascidos vivos (BARBALHO, 2002; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para garantir o acesso ao conjunto de indicadores, sobretudo no que diz

respeito ao apoio e a decisão, é fundamental a existência de sistemas de informações capazes de propiciar elementos para a construção de indicadores. Os dados simples não correspondem à informação necessária, devendo ser trabalhados para extrair as informações completas dos registros. Os dados incompletos ou não confiáveis, a falta de interesse por parte dos envolvidos na coleta e na análise, bem como o reconhecimento da importância de seu uso são fatores determinantes para o uso inadequado dos indicadores.

Hoje, o emprego de indicadores como uma boa ferramenta de gestão implica, necessariamente, em acesso aos dados e a facilidade no seu manuseio.

É importante lembrar que existem dois tipos de indicadores: os que medem o nível de saúde e a qualidade de vida da população e aqueles que aferem a oferta de serviços de saúde. É preciso também conhecer e utilizar indicadores demográficos, econômicos, epidemiológicos, político-sociais entre outros, a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000b; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Nesse sentido, alguns indicadores são construídos por estatísticas relativas a eventos vitais. Os esforços na implantação das coletas dos dados com qualidade visam à análise crítica das informações para finalmente, difundir resultados que realmente promovam o conhecimento da realidade investigada.

Para compreender essa tendência, cumpre refletir igualmente sobre a influência de interesses empresariais no contexto do capitalismo moderno que enfatizam igualmente a medicina privada e a medicalização da assistência à população. No que se refere à qualidade da assistência à parturiente, observa-se uma prioridade para realização de partos cirúrgicos. Segundo a Rede de Humanização do Parto e Nascimento - Rehuna - cerca de 90% dos partos da rede privada nas regiões metropolitanas brasileiras são por cesárea, o que coloca o Brasil como segundo maior na realização de cirurgias cesarianas do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Em 2004, dados do SINASC do MS apontam que dos 2,9 milhões de partos ocorridos anualmente no País, 42,72% são cesáreas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Torna-se premente a queda nos indicadores de saúde da mulher, uma vez que, mais de 90% das mortes maternas seriam evitadas por meio de tratamento digno, pois por vezes, cuidados elementares são negligenciados às parturientes e as

puérperas, infringindo o direito de cidadania da mulher (BARBALHO, 2002; DIAS; PERILLO, 2002; GALLI, 2005).

Em 10 de janeiro de 2007, através da Portaria GM nº91, o MS regulamentou a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabeleceu os indicadores do Pacto pela Saúde a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Essa portaria, teoricamente, promove o fortalecimento da atenção básica pelos municípios, além de exigir dos mesmos, maior concentração de recursos para a área de medicamentos e insumos para tratamento das síndromes hipertensivas, qualificação nos pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto - quando necessário e, elaborar propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes. Assim, o objetivo é reduzir em 5% o resultado do período anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os indicadores de relevância para estudos são principalmente a RMM, a consulta de pré-natal, a proporções dos partos cesáreas e de nascidos vivos. O principal modo de mensurar a probabilidade de uma mulher morrer por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério é realizando o cálculo da RMM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a). A OMS classifica os países, de acordo com a RMM, em quatro grupos: baixo, médio, alto e muito alto (Tabela 1).

**Tabela 1.** Classificação da Razão de Mortalidade Materna (RMM)

| RMM               | Valores    |
|-------------------|------------|
| < 20/100.000 NV   | Baixo      |
| 20- 49/100.000 NV | Médio      |
| 50-149/100.000 NV | Alto       |
| >= 150/100.000 NV | Muito Alto |

Fonte: OPAS/OMS

No Brasil, embora ocorram disparidades entre as regiões brasileiras nas taxas de mortalidade materna, a RMM, no ano de 2005, foi de 53,4. Um resultado considerado alto quando comparado a outros países da Europa Ocidental, da América do Norte e do sudeste da Ásia, onde o valor é baixo, menor que 10 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, podendo não alcançar nem quatro como ocorreu no Canadá. Por outro lado, na África a razão é muito alta, alcançando

em alguns países, 400 mortes para cada grupo de 100.000 nascidos vivos. Em países da América Latina, podem ser encontrados países com razão baixa, entre 20 e 50, como no Chile, Costa Rica, Cuba e Uruguai; outros com números altos como a Argentina e o México e; outros que atingem taxas muito alta (230/100.000 NV) na Bolívia e (523/100.000NV) no Haiti. Isso revela que as Américas apresentam uma das maiores iniquidades em mortalidade materna do mundo. Trata-se de morte anunciada para as mulheres excluídas, na medida em que ocorre mais em países pobres e em desenvolvimento (REZENDE, MORELLI; REZENDE, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a; OPAS, 2002; COCHET; PATTINSON; MACDONALD, 2003; OPAS, 2005; SOUSA *et al.*, 2006; SOUZA *et al.*, 2006).

No Estado de Goiás, no período de 1996 a 2004, ocorreram 390 óbitos maternos segundo as bases de dados dos SIM e SINASC. As razões variaram de 17,09 a 69,14 óbitos por 100.000 nascimentos vivos, definindo valor “baixo para alto”, segundo padronização internacional (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2005).

O conhecimento da RMM é indispensável para o planejamento e gerência das ações de saúde, porém, ressalta-se que não deve ser considerado o dado específico, pois a assistência apresenta outros indicadores importantes que mostram a qualidade da atenção no pré-natal, parto e puerpério de relevância, como a gravidez indesejada, aborto e outros. Atrash, Alexander, Berg (1995) referem que em um levantamento de mortalidade materna em 14 países, devem ser usadas múltiplas fontes de informação (comportamento individual e acesso aos serviços) para entender a contribuição de fatores de risco e, a partir de então, propor estratégias de intervenções que devem ser avaliadas continuamente para assegurar a efetividade e a qualidade da saúde.

### **3.3. Política de saúde da mulher no período gravídico-puerperal**

No final do século XX, com o desenvolvimento da ciência na saúde, ocorreram mudanças significativas na abordagem assistencial à saúde da mulher no período gravídico-puerperal. O paradigma medicalizante, hospitalocêntrico e

tecnocrático imprimiu uma assistência cada vez mais intervencionista, com redução da autonomia da mulher e a atuação no parto, centrada nos profissionais que culminou com a fragmentação do processo de parir no qual, configura ainda hoje, especialmente, em países em desenvolvimento. Esse modelo favorecia os altos índices de morbimortalidade materna e fetal e representava um desafio para a assistência na área obstétrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984; OSAVA; MAMEDE, 1995; TYRRELL, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2005).

Embora ainda em algumas regiões do país persista como senso comum a mistificação do parto – o parto é sinônimo de sofrimento físico e emocional, dor, medo, risco de morte associada à falta de atendimento adequado compromete a assistência obstétrica (JONES, 2004; MATEI *et al.*, 2003). A assistência centrada nesse enfoque hospitalocêntrico e intervencionista desencadeia a cultura das altas taxas de cesáreas eletivas comprometendo a homeostase fetal e materna, o que corresponde ao aumento de morbimortalidade materna e perinatal.

Na década de 1980, no Brasil, os movimentos sociais, feministas e outros tiveram papel histórico importante relacionado a lutas e reivindicações de políticas públicas de saúde na área da mulher e melhoria na qualidade de vida da população feminina. A preocupação com os direitos da mulher e com os direitos reprodutivos nasceu a partir dessas reivindicações e do processo constitucional garantindo o reconhecimento dos direitos humanos e reprodutivos.

Nesta perspectiva, o movimento da reforma sanitária provocou nova abordagem no sistema de saúde, tendo em vista a superação do modelo hegemônico com concepções e práticas centradas na assistência clínica, requerendo mudança radical na condução das políticas públicas. Segundo vários autores, dentre eles Tyrrell e Carvalho (1995) e Martins (2001), esse movimento deu ênfase ao vínculo entre o setor saúde e a sociedade, aliando-se a correntes políticas e organizações sociais insatisfeitas com a sociedade instituída.

Visando a atenção à saúde da mulher, vários organismos internacionais de atenção à saúde – o MINISTÉRIO DA SAÚDE, a UNICEF, OPAS, entre outros – elaboraram conferências para discutir a problemática e viabilizar estratégias factíveis para a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Segundo dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), as mortes maternas estão diretamente relacionadas à deficiência da

qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres. Qualificar e humanizar a atenção ao parto, nascimento e ao aborto legal deve ser o direito assegurado à mulher. De acordo com a OPAS, o país apresenta taxas elevadas de mortalidade materna que estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a clientela (RIPSA, 2007).

No país, os indicadores retratam o status de saúde da população feminina, expressam de forma marcante as desigualdades sociais e regionais que afetam a esperança de vida ao nascer, taxas de morbimortalidade, fecundidade e natalidade. A mortalidade materna está relacionada com as condições subjacentes em que as mulheres vivenciam na contracepção, gravidez, parto e puerpério. Os casos mórbidos estão associados às intercorrências obstétricas, que certamente poderiam ser contornadas precocemente pela assistência pré-natal de qualidade (ALBUQUERQUE *et al.* 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 b; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002a; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Os óbitos não são apenas problemas de saúde pública, mas também refletem a injustiça social e uma violação aos direitos humanos e a dignidade das mulheres.

Desde 1984, o governo brasileiro vem assumindo – por meio de convenções, pactos ou planos de ação – compromissos para garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens. Os acordos internacionais existentes sobre a temática morte materna são anteriores às conferências que apontam como eixo central o reconhecimento de direitos sexuais e reprodutivos como uma função social e constitui um marco importante para estabelecer princípios fundamentais relativos à proteção a maternidade (ONG, REDE MULHER DE EDUCAÇÃO, 2004).

Considerado como a primeira política que reflete os anseios da sociedade feminina, assim como uma estratégia para diminuição dos altos índices de mortalidade materna e infantil, a criação em 1984 do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, apresentou um salto na qualidade da assistência à mulher e à criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

A criação do PAISM e PAISC, de acordo com Tyrrell e Carvalho (1995) *apud* Martins (2001), representou um marco na política de saúde do país. A mudança no modelo tradicional dos Programas Materno-Infantil revela uma tentativa de

transformação no paradigma da atenção médica individual para uma abordagem integral e social de saúde da mulher e da criança.

Para Martins, Pereira (2002), a assistência à saúde da mulher na perspectiva histórica representa em sua essência a quebra de antigos modelos do atendimento obstétrico e perinatal. A abordagem sistematizada da assistência humanizada ao parto e nascimento constitui rica fonte para orientação para profissionais de saúde nesta área.

Vale ressaltar ainda que, no início dos anos 80, iniciou-se uma nova abordagem assistencial à mulher no período gravídico-puerperal com implantação do Sistema de Alojamento Conjunto nas maternidades, fundamental para a permanência da mãe e bebê juntos.

A partir de 1987, iniciou-se um movimento para criação de comitês de prevenção à morte materna sob coordenação e apoio do MS em razão do acordo internacional firmado. Dificuldades na implementação e funcionamento de comitês em diferentes unidades da federação e a evidente relevância da atividade dos mesmos mobilizaram outros segmentos sociais organizados - a sociedade científica, organizações não governamentais, movimentos feministas - no sentido de congregar junto aos comitês, envidando esforços para estruturar, solidificar e/ou ampliar os mesmos (BRASIL, 2002a; DIAS; PERILLO, 2002).

No IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, ocorrido em 1984 na Holanda, o dia 28 de maio foi instituído como “Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher”. No Brasil, em 28 de maio 1988, com expressivo envolvimento da Rede Feminista de Saúde iniciou-se a Campanha de Prevenção da Mortalidade Materna, coordenada pela Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos e pela Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e Caribenhas (ONG, REDE MULHER DE EDUCAÇÃO, 2004).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, foi à ocasião em que o Brasil, juntamente com mais 178 países, assinou a Plataforma de Ação da Conferência do Cairo. Nesse documento, os países signatários reconheceram que a morte materna atinge países desenvolvidos e de forma desigual os em desenvolvimento e, estes se comprometeram a reduzir de maneira significativa a mortalidade materna até 2015 segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento e a ONG, Rede Mulher de Educação (2004).

Com essa formatação legal, na expectativa de reduzir a mortalidade materna, o MS por intermédio da Coordenação Materno-Infantil (COMIN), constituída pela Comissão Nacional de Saúde formada por representantes de instituições governamentais e não-governamentais, apresentou o Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna. Esse se constituiu como um dos investimentos para oferecer subsídios à elaboração de planos estaduais e municipais que, por estarem adequados às realidades locais, poderiam tornar-se valorosos instrumentos para políticos, profissionais de saúde e cidadãos comprometidos com promoção da saúde da mulher em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Em decorrência desse processo, as iniciativas de atenção à saúde da população em geral foram respaldadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que aprovou a saúde como um direito do cidadão em todo território assegurado pelo Estado e pelo SUS, fundamentado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e nas diretrizes de descentralização, hierarquização e participação social da população (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988).

Na tentativa de cumprimento constitucional, na década de 90, o MS consolida as prerrogativas que contempla o SUS, como o acolher a grande demanda, promover o aumento de cobertura à clientela e melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de atenção básica de saúde, bem como a garantia do acesso às ações de maior complexidade visando à redução da morbimortalidade materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Assim sendo, as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reiteraram e deram sustentação aos princípios e diretrizes do SUS, já dispostos no código supremo brasileiro, reafirmando que a efetivação das políticas públicas de saúde dar-se-á pelo SUS e, por conseguinte, a formulação das Normas Operacionais Básicas (NOB) consolidou o processo de municipalização, constituindo um momento de reorganização das ações e serviços de saúde em todo o país (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990 a; PRESIDENCIA DA REPUBLICA, 1990b; COELHO, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Assim, no sentido de atender a demanda de saúde da mulher, o MINISTÉRIO DA SAÚDE, juntamente com Organizações não Governamentais-

ONGs, estabeleceu diversas ações entre elas, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento-PHPN, Prêmio Galba de Araújo, Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança, como uma maneira de promover a qualidade da assistência e diminuir os índices de mortalidade materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Dentre outras ações, elaboraram-se manuais de normas técnicas como indicadores de qualidade e para a avaliação da operatividade e adequabilidade no atendimento obstétrico e perinatal, com enfoque na assistência humanizada ao parto e nascimento.

Nesta perspectiva, foi apresentado o projeto Hospital Amigo da Criança (IHAC) salientando *Os dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* juntamente com um instrumento de auto-avaliação. A COMIN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995) publicou o Manual de Assistência ao Recém-Nascido com o objetivo de instrumentalizar com normas técnicas para os serviços de atenção à mulher e à criança em nível nacional. Ainda, em caráter de incentivo ao parto normal, a OMS elaborou *os oito passos para Maternidade Segura: um Guia Prático da Assistência ao Parto Normal* como um instrumento de auto-avaliação dirigido aos hospitais que aderirem a Maternidade Segura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A partir de 2000, o MINISTÉRIO DA SAÚDE, como uma forma de promover a qualidade da assistência, elaborou vários manuais de procedimentos para assistência à mulher e recém-nascido, destacando-se: Manual de Assistência Pré-Natal; Manual Técnico da Gestaçã de Alto Risco; Guia de Urgências e Emergências Maternas - um Guia para diagnósticos e condutas em situações de risco de morte materna uma ação conjunta do Ministério da Saúde e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

E, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e ampliar os esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, elaborou-se a Portaria GM nº 569<sup>2</sup>, de 1º de junho de 2000, para a garantia de realização de, no mínimo seis consultas de pré-natal, uma consulta no puerpério - até 42 dias após o parto,

---

<sup>2</sup> Portaria 569 (BRASIL, 2000a): <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>  
Portaria 1.067/GM (2005a) <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>.

direitos de realização de exames laboratoriais e seu devido acompanhamento. Cabe ressaltar que, a Portaria 1.067/GM (2005) e as Portarias 569 e 1.067, apesar de tratarem de um mesmo assunto, não são excludentes entre si e se complementam, apresentando diretrizes comuns e complementares importantes ao desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Em 2001, em parceria com a Associação Brasileira de Obstetrias (ABENFO), enfermeiros obstetras e FEBRASGO foi elaborado o Manual Parto, Aborto, e Puerpério – determinando procedimentos técnicos na assistência humanizada à mulher (BRASIL, 2000 b; e). Foi divulgada também, uma síntese importante sobre o Programa Brasileiro de Incentivo ao Aleitamento Materno. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído através da Portaria GM n° 570<sup>3</sup> de 1° de junho de 2000, cujo objetivo era assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

Durante esse ano, foram criadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que estabelecem aos municípios garantir as ações básicas de saúde. A conformação dos sistemas funcionais e resolutivos da assistência, por meio da organização dos territórios estaduais, garantiu o acesso dos usuários aos serviços de maior complexidade também.

A organização da estrutura e funcionamento dos sistemas estadual-regionais possibilitou, ainda que em tese, ações voltadas para a atenção básica-ambulatorial, hospitalar e especializada, explicitando as unidades de referência e contra-referência para o diagnóstico e assistência em todas as áreas da saúde, inclusive na área obstétrica - a gestação, parto e puerpério de baixo e alto risco.

Mediante tal organização, as ações de saúde devem assegurar a maternidade segura. Para isso, faz-se necessário incluir assistência às mulheres grávidas portadoras de doenças desencadeadas pela própria gravidez, parto e puerpério, ou doenças que se agravam com a gravidez, constituindo gestantes de alto risco que, na maioria dos atendimentos, pode necessitar de internação em unidade especializada de alta complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995; 2004a).

---

Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004b): <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/pactotripartide.pdf>

Contudo, alguns gestores públicos não conseguem avançar de maneira efetiva nos programas preconizados na área da saúde da mulher - humanização da assistência ao parto e nascimento, adoção de práticas acolhedoras e menos agressivas de tratamento, atenção à mulher vítima de violência sexual e interrupção legal da gestação. Como um agravante, muitos profissionais enfrentam o conservadorismo social e mais, uma parcela significativa negligencia os direitos sexuais e reprodutivos da população feminina. Somando-se a isso, verifica-se ainda que, a qualidade da assistência à saúde da mulher grávida encontra-se atrelada a tendência de supervalorização de recursos tecnológicos avançados para diagnósticos e tratamentos obstétricos.

É importante dizer que, a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido provêm de um conjunto de fatores: política de financiamento público da saúde insuficiente, infra-estrutura precária das instituições de saúde, pequeno investimento em recursos humanos e em capacitação profissional, bem como a observância dos novos protocolos normativos do MS para a assistência humanizada ao parto e nascimento, ou seja, evitando a continuidade da prática obstétrica intervencionista marcada pela prática excessiva de cesáreas e pelo alto índice de morbimortalidade materna e infantil (FERREIRA, 2001; MARTINS, 2001; MARTINS; PEREIRA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Vale ressaltar ainda que, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar existe como uma forma de avaliação da qualidade da assistência nas maternidades e instituições de saúde do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

Outra iniciativa mundial acerca da temática foi a “Declaração do Milênio das Nações Unidas” assinada por representantes de 191 países, na Cúpula do Milênio, realizada em setembro de 2000 em Nova York. Esse documento define oito metas visando o desenvolvimento, melhorar a qualidade de vida e atender às necessidades da população mundial. Dentre estas, destaca-se a quinta meta “Melhorar a saúde materna” – que tem por objetivo reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna até 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Para enfrentar esse desafio, o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, lançou no dia 8 de março 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. A meta do Pacto é reduzir em 15% os atuais índices de mortalidade materna e neonatal até o fim de 2006, e em 75%, até o ano de 2015

(ONG, REDE MULHER DE EDUCAÇÃO, 2004). Neste sentido, o Ministério da Saúde reformulou programas que envolvem as secretarias municipais e estaduais de saúde, entre outras instituições, para o desenvolvimento das diversas ações.

Contudo, as políticas da saúde teoricamente apresentam programas e iniciativas consistentes que salvaguardam a gestante, porém, percebe-se que na prática, o desenvolvimento das ações se mostra ainda incipiente na reversão da morbidade materna e neonatal.

### **3.4. A Saúde em Goiás**

O Estado de Goiás, situado no Centro-Oeste brasileiro, abrange uma área de 341.289,5 quilômetros quadrados e possui 246 municípios agrupados em 14 microrregiões concentrados em cinco macrorregiões. Em seu espaço físico, as áreas indígenas representam 39.781 hectares, localizadas nos municípios de Aruanã, Minaçu, Cavalcante, Colinas do Sul, Nova América e Rubiataba (GOIÁS, 2007).

A população estimada no ano de 2005 foi de 5.619.917 habitantes, com densidade demográfica de 14,28 habitantes por quilômetro quadrado. Deste total, 3.956.330 (81,18%) residem na zona urbana e 916.851 (14,28%) na zona rural (GOIÁS, 2007).

A qualidade de vida dos goianos vem melhorando consideravelmente nos últimos anos. A taxa de fecundidade, em 1991 foi de 2,5 filhos/mulher, caiu para 2,2 em 1996, 2,0 em 2000 e 1,97 filhos/mulher em 2004 (GOIÁS, 2007).

As variáveis mais importantes que levam à consolidação de um novo perfil demográfico são a redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida dos goianos. A taxa de mortalidade infantil decaiu entre os 2000 e 2004, registrando os índices de 21,50 e 18,86 crianças mortas por mil nascidas, respectivamente. Já a esperança de vida, subiu de 71,11 anos em 1999 para 72,82 anos de vida em 2005 (DATASUS, 2007).

A rede de atendimento ambulatorial e hospitalar de saúde dispõe de mais de 446 hospitais (8 públicos estaduais, 27 filantrópicos, 104 públicos municipais, 303 privados e um universitário), mais de 300 centros de saúde, mais de 370 postos de

saúde, 13 Cais, 4 Ciams e ambulatórios 24 horas em 34 municípios (GOIÁS, 2007).

Na assistência às gestantes e/ou puérperas consideradas de alto risco, as usuárias são direcionadas para unidades de maior complexidade, No entanto, as instituições nem sempre são maternidades com unidade de terapia intensiva e tratamento especializado, o que compromete o atendimento e o acompanhamento adequado dessa clientela.

Em abril de 2001, no intuito de diminuir a taxa de morbimortalidade materna e melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás – SES/GO implantou o Programa de Humanização do Pré - natal e Nascimento (PHPN). A assinatura dos termos de adesão por gestores municipais de saúde objetivaram implementar a abordagem de assistência humanizada ao pré-natal e parto.

Em 2002, a Secretaria da Saúde do Estado de Goiás adotou como estratégia prioritária reordenar o atendimento da clientela visando à cobertura de qualidade, e, inaugurou em Goiânia a primeira Unidade de Terapia Intensiva Materna, localizada em centro especializado e de referência para a região centro-oeste na área materno-infantil. A referida unidade é, dessa maneira, a única no Estado de Goiás que realiza atendimento das mulheres encaminhadas dos diversos serviços de saúde, tanto da capital como do interior. No entanto, o encaminhamento e o acesso ao serviço apresentam, às vezes, dificuldade decorrente da distância a ser percorrida, conforme a localidade do município.

Em setembro de 2003, em parceria com a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de Goiânia foi implantado o Programa de Proteção à Gestante, conhecido como “Teste da Mamãe”, visando complementar e universalizar o acesso a todas as gestantes cadastradas no PHPN. A APAE ainda acrescentou dez exames ao de triagem neonatal – toxoplasmose congênita, citomegalovírus, rubéola, doença de chagas, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis congênita, hepatite B, hepatite C, HTLV-1 e HTLV-2, cuja finalidade é detectar precocemente a patologia evitando a morbimortalidade materna, perinatal e infantil.

Esses exames foram acrescentados aos de rotina pré-natal, como doenças de notificação compulsória (DNC) do MS. Essa detecção propicia o acompanhamento especializado durante o pré-natal e puerpério (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2003).

Outra contribuição para a área obstétrica e neonatal na macrorregional Centro–Oeste foi à inauguração de uma maternidade municipal em novembro de 2000, cujo atendimento era voltado para a humanização da assistência. Os profissionais de saúde que foram admitidos nessa instituição, recebiam treinamento adequado de acordo com portarias do MS. A região foi escolhida e planejada para receber esta instituição por possuir uma população de baixo poder aquisitivo, com altos índices de partos domiciliares e de gestação em adolescentes. Dessa forma, a clientela local teria uma assistência de qualidade. Esta maternidade foi fruto de reivindicações populares que exigiam dos governantes ações pontuais na atenção ao parto e nascimento.

Apesar de o PHPN ter sido implantado, realizado o primeiro curso de especialização em enfermagem obstétrica no ano de 2001 (convênio entre Ministério da Saúde e Universidade Federal de Goiás - UFG), percebe-se que, em Goiás, a RMM não registrou quedas significativas. Ressalta-se também que, o número de profissionais enfermeiros especialistas continua sendo insuficiente para atender a grande demanda no pré-natal e parto.

### **3.5. O Novo Plano Diretor**

Com o objetivo de atender às diretrizes e princípios da universalização, hierarquização e equidade estabelecida na NOAS/01, que preconiza a descentralização e municipalização dos serviços de saúde, a SES/GO elaborou o Plano Diretor de Regionalização (PDR), para o ordenamento e regionalização do atendimento. Para isso, buscou-se a definição de redes de serviços hierarquizados, estabelecendo mecanismos, fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, que possibilitasse garantir a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços de saúde, de modo a atender suas necessidades com eficiência e racionalidade o mais próximo possível do local de residência do cidadão (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2002). O PDR não é uma classificação só para a atenção materna e perinatal, mas determina o atendimento do sistema de saúde no estado de Goiás.

Assim, na lógica político-administrativa de delimitação do sistema de saúde e no planejamento da rede de saúde, buscou-se a individualidade dos territórios municipal e estadual, além de assegurar a autonomia da gestão dos governantes. Também, foi fundamental considerar o papel da SES/GO e de cada Secretaria Municipal de Saúde no sistema funcional e na definição de noções de territorialidade, identificação das prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, levando em conta as capacidades técnico-operacionais necessárias aos exercícios das funções, alocação de recursos e programação físico-financeira (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2002).

O novo PDR, em substituição as 22 Regionais de Saúde em funcionamento na época, realizou a implantação de 14 Subsecretarias de Saúde com Centros Regionais de Referência, com a inserção de todos os municípios e abrangendo todo o território estadual. Para definição desta proposta, foi observado o perfil sócio-econômico, demográfico e epidemiológico da população com a identificação dos problemas de saúde prioritários. No entanto, não foi considerado relevante o número de municípios, variando bastante a quantidade entre as regiões.

Ainda, segundo os critérios adotados pela SES/GO na construção da nova Regionalização Administrativa no Estado, cada macrorregião deveria contar com aproximadamente, 300.000 habitantes, ser interligado por eixos rodoviários, contar com serviços de saúde de diferentes níveis de atenção e complexidade, e ter definidos os fluxos já existentes e identificados para a assistência obstétrica e perinatal (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2002).

De acordo com as noções de territorialidade, prioridades e conformação de sistemas funcionais de saúde (NOAS-SUS, 2002), foram definidas 14 macrorregiões de saúde, 36 microrregiões, 59 módulos assistenciais e 187 municípios satélites. Os 14 municípios pólos-regionais definidos como municípios sede administrativas das macrorregiões, e os 36 municípios pólos microrregionais como serviços pactuados. O PDR foi apresentado à Comissão Bipartite e pactuado, conforme resoluções CIB nºs 040 de 30 de julho de 2001 e 067 de 27 de dezembro de 2001 (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2002).

Neste enfoque, a SES-GO estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, buscando maior equidade na definição dos conceitos-chaves para a assistência no âmbito estadual, conforme

registrados no plano: Níveis de Planejamento do Território Estadual: Regiões de Saúde, Microrregiões de Saúde, Módulo Assistencial, Municípios Satélites, Municípios Pólos, como segue:

- **REGIÃO DE SAÚDE:**

- Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade, urgência, parto operatório (cesariana)
- Ser referência em Alta Complexidade hospitalar e ambulatorial
- Espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas.
- **Obrigatório:**
  - Realizar cesárea e possuir Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
  - Ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e/ou referência em Saúde Mental

- **MICRORREGIÃO DE SAÚDE**

- É a base territorial para fins de qualificação
- Espaço territorial com nível de complexidade resolutiva imediatamente superior ao módulo assistencial
- Agrega maior complexidade e resolutividade, serviços especializados como consulta de pré-natal de alto risco;
- **Obrigatório:**
  - Realizar pré-natal de alto risco
  - Realizar assistência em urgência (ambulatório 24 horas) e/ou outros serviços de média complexidade (com prioridade para os serviços vinculados aos programas estratégicos do estado)
  - Contigüidade de módulo assistencial
  - Situação geográfica - facilidade de vias de acesso, meios de locomoção, distância e tempo entre os municípios satélite e a sede; Inexistência de barreiras geográficas; Fluxo adequado de usuários.

- **MÓDULO ASSISTENCIAL**

- Primeiro nível de referência conforme a NOAS, constituído por um ou mais municípios.
- Contigüidade de municípios
- Situação geográfica - facilidade de vias de acesso, meios de locomoção, distancia e tempo entre os municípios satélites e sede; Inexistência de barreiras geográficas dos municípios para as sedes de módulo; fluxo adequado de usuários.

- **SEDE DE MÓDULO ASSISTENCIAL**

- Resolutividade no 1º nível de referência;
- Garantia de resolutividade mínima da Atenção Básica (conforme anexo I da NOAS);
- Interesse do gestor em assumir a condição de gestão plena do sistema;
- Existência ou possibilidade de ter recursos Assistenciais compatíveis com a execução do EPM1;
- Poder de atração sobre a população usuária de localidades circunvizinhas;
- Disponibilidade de assumir a assistência da população adscrita, segundo estabelecido no termo de compromisso para garantia do acesso;
- Gestão dos serviços existentes no seu município;
- Situação geográfica - facilidade de vias de acesso, meios de locomoção, distancia e tempo entre os municípios satélite e a sede; Inexistência de barreiras geográficas dos municípios para a sede do módulo.

- **MUNICÍPIO SATÉLITE**

- Município adstrito ao módulo assistencial com habilitação em plena da Atenção Básica Ampliada.

- **MUNICÍPIO PÓLO**

- Município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de

Procedimentos da Média Complexidade (EPM1), podendo ser regional ou estadual.

- Recomendável que seja habilitado em Plena do Sistema Municipal (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2002).

No sentido de dar visibilidade ao novo Plano Diretor a SES-GO elaborou novo mapa das regionais, gráficos e tabelas apresentando a distribuição da população por regiões, como pode ser identificado na Figura 1.



Fonte: SES/GO

**Figura 1.** Mapa do Estado de Goiás – Subdividido em regiões – PDR.

Conforme demonstra a Tabela 2, no Plano Diretor de Regionalização de Goiás distribuíram-se novas estruturas governamentais e regionalizaram por região de saúde.

**Tabela 2.** Regionalização do Estado de Goiás, segundo pactuação do Plano Diretor de Regionalização ano 2002.

| <b>ESTRUTURAS GOVERNAMENTAIS</b>                         | <b>UNIDADES</b> |
|--|-----------------|
| Municípios do Estado                                     | 246             |
| Macrorregiões  | 14              |
| Microrregiões  | 36              |
| Municípios Satélites                                     | 187             |
| Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde | 15              |
| Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica             | 231             |
| Módulos Assistenciais                                    | 59              |
| Pólos Regionais  | 14              |
| Pólos Microrregionais                                    | 36              |

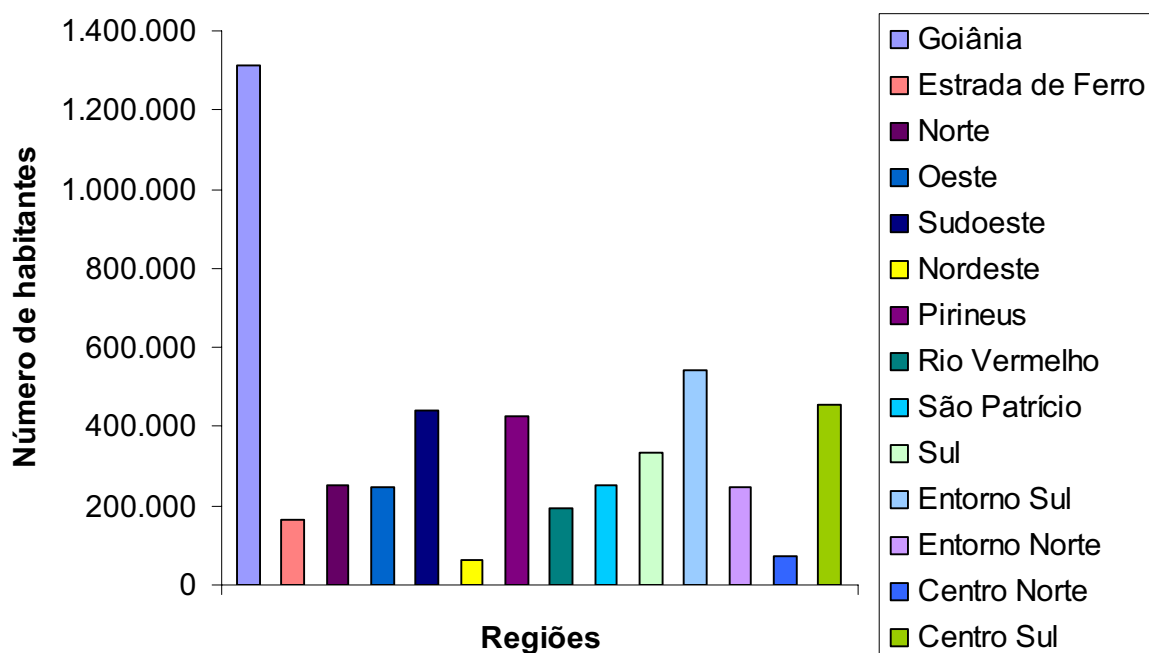
**Fonte:** SES/GO

Assim, a distribuição espacial da população do Estado de Goiás, em 2000, pode ser visualizada na Tabela 3 de acordo com as regiões, sua população e o número de municípios.

**Tabela 3.** Distribuição espacial da população do estado de Goiás, por regiões de saúde – 2000.

| REGIÕES          | POPULAÇÃO        |              | Nº DE MUNICÍPIOS POR REGIÃO |
|------------------|------------------|--------------|-----------------------------|
|                  | Nº de habitantes | %            |                             |
| Goiânia          | 1.313.505        | 26,3         | 18                          |
| Estrada de Ferro | 162.711          | 3,3          | 16                          |
| Norte            | 253.111          | 5,1          | 23                          |
| Oeste            | 244.757          | 4,9          | 32                          |
| Sudoeste         | 441.726          | 8,8          | 27                          |
| Nordeste         | 63.400           | 1,3          | 08                          |
| Pirineus         | 428.093          | 8,6          | 15                          |
| Rio Vermelho     | 195.633          | 3,9          | 19                          |
| São Patrício     | 249.908          | 5,0          | 24                          |
| Sul              | 335.072          | 6,7          | 24                          |
| Entorno Sul      | 542.454          | 10,8         | 07                          |
| Entorno Norte    | 247.767          | 5,0          | 16                          |
| Centro Norte     | 70.339           | 1,4          | 07                          |
| Centro Sul       | 454.752          | 9,1          | 10                          |
| <b>Total</b>     | <b>5.003.228</b> | <b>100,0</b> | <b>246</b>                  |

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

**Figura 2.** Distribuição espacial da população do estado de Goiás por regiões de saúde – 2000.

Na Tabela 3, a distribuição espacial da população do Estado de Goiás, no ano de 2000, pode ser visualizada de acordo com as regiões, sua população e o número de municípios. Observa-se que a organização das regiões de saúde não se deu de forma equitativa pelo número de habitantes existente nas respectivas áreas de abrangência de cada uma delas.

A regional de Goiânia abrange 26,3% do total da população; na região Estrada de Ferro, 3,3%; na Norte, 5,1%; na Oeste, 4,9%; na Sudoeste, 8,8%; na Nordeste, 1,3%; na de Pirineus, 8,6%; na do Rio Vermelho, 3,9%; na do São Patrício, 5,0%; na Sul, 6,7%; Entorno Sul, 10,8%; Entorno Norte, 5,0%; na Centro-Oeste, 1,4%; e na Centro Sul, 9,1%. Houve variação de 26,3% da população na Divisão Regional de Saúde de Goiânia, na Nordeste a 1,3% e na Centro-Norte 1,4%.

Vale ressaltar que, segundo o novo PDR, foi considerada a distribuição da população, especialmente, para avaliar o nível de cobertura de ações e serviços de saúde por território definido, incluindo os recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis e necessários, para ser avaliada a organização do Sistema e futuros investimentos, comparando-se a distribuição da população, com a aplicação equânime dos recursos.

Neste propósito os 246 municípios goianos foram agrupados em cinco macrorregionais de saúde, conforme estão listados no anexo.

É importante ressaltar que a elaboração desse PDR apresenta implicações para a qualidade da assistência obstétrica em Goiás. Essa divisão regional, ainda que incipiente, representou um salto de qualidade para assistência obstétrica e neonatal, já representada na queda dos coeficientes de morte materna. A municipalização e hierarquização dos serviços trazem visibilidade ao gestor do compromisso social com a saúde da sua população. Pois, a ação de saúde atendendo os critérios de baixa, média e alta complexidade, possibilita o encaminhamento a outros serviços em regionais de maior complexidade, garantindo assim a qualidade da assistência às usuárias.

## **4. METODOLOGIA**

---

#### **4.1 Delineamento do estudo**

O estudo é epidemiológico, retrospectivo e descritivo, do tipo ecológico. Este tipo de estudo configura-se como aquele que emprega o grupo de indivíduos como unidade de observação. Este trabalho é também conhecido como a denominação de estudo de grupos, agregados, conglomerados, estatísticos ou comunitários (PEREIRA, 2005). No presente trabalho, utilizou-se a estatística descritiva com análise de distribuição de freqüências.

Para a descrição dos óbitos maternos ocorridos no período de 1999 a 2005, identificaram-se as características epidemiológicas e as causas relacionadas com o fenômeno, tendo como variáveis o local de ocorrência, ano, faixa etária, escolaridade, raça, estado civil, causa da morte e período gravídico-puerperal no qual ocorreu o óbito. O número de nascidos vivos foi obtido a partir da base de dados do SINASC. Os dados da razão de mortalidade materna no estado de Goiás e Brasil foram obtidos pelo DATASUS.

#### **4.2. População, período e local de estudo**

A população do estudo constituiu-se dos registros das mortes maternas de mulheres que obituaram no período de 1999 a 2005, no estado de Goiás, disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do MINISTÉRIO DA SAÚDE, os quais são efetuados a partir dos dados constantes nas declarações de óbito. Esses, antes de serem inseridos na base de dados do SIM são previamente analisados pelo Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Materna do Estado de Goiás.

### 4.3. Fonte de dados

Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) os quais são oriundos do SIM, sistema este gerado pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde Nacional (SVS) em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As Secretarias de Saúde coletam as declarações de óbitos dos cartórios e entram, no SIM, com as informações nelas contidas. Uma das informações primordiais é a causa básica de óbito, a qual é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela OMS.

De uma maneira geral, as Secretarias Estaduais de Saúde enviam para o MS quando consideram a coleta completa a sua Base de Dados. Este só pode considerar a Base Nacional completa quando todas as Unidades de Federação enviaram seus dados. A partir daí, é realizada a consolidação, inclusive com a redistribuição dos óbitos pelo local de residência, a qual é a forma tradicional de apresentar os dados de mortalidade. Eventualmente, são feitas algumas correções nas informações, principalmente quanto ao cruzamento de causa de óbito por sexo e idade. É emitido, então, o Anuário Estatístico de Mortalidade.

O SIM coleta aproximadamente 40 variáveis das declarações de óbito. Para os óbitos maternos, são selecionados os seguintes óbitos femininos causados por: afecções do Capítulo XV da CID-10 "Gravidez, Parto e Puerpério", códigos O00-O99, com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias (códigos O96 e O97); doença causada pelo HIV (B20-B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) ou necrose hipofisiária pós-parto (E23.0), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até um ano antes da morte. Para os óbitos de 1996 a 1999, em que não há detalhamento do tempo transcorrido desde o parto, só foram considerados os óbitos em que a mulher estava grávida no momento da morte; osteomalácia puerperal (M83.0), tétano obstétrico (A34) ou transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte.

O DATASUS e a SVS disponibilizam através da Internet as seguintes

informações, entre outras, para tabulação sobre as Bases de Dados do SIM:

- *Óbitos por residência*: número de óbitos ocorridos, contados segundo o local de residência da falecida.
- *Óbitos por ocorrência*: número de óbitos ocorridos, contados segundo o local de ocorrência do óbito.
- *Ano do Óbito*: ano de ocorrência do óbito
- *Faixa Etária*: de 10 a 14; 15-19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49.
- *Local*: macrorregional de saúde de residência da falecida (se estiver sendo tabulado óbitos por residência) ou de ocorrência do óbito (se estiver sendo tabulado óbitos por ocorrência).
- *Raça/cor*: conforme as seguintes categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorado.
- *Escolaridade/grau de instrução da falecida, nas seguintes categorias*: nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 anos e mais e ignorado.
- *Estado civil*: solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, outro e ignorado.
- *Momento de ocorrência do óbito subdividido nas seguintes categorias*: *durante a gravidez, parto ou aborto; durante o puerpério, até 42 dias durante o puerpério; de 43 dias a um ano durante o puerpério não discriminando, na gravidez ou puerpério e ignorado. Em situações em que estava assinalado que o óbito ocorreu durante a gravidez e durante o puerpério, simultaneamente, foi adotado que ocorreu durante a gravidez; nas situações em que estava assinalado que não foi na gravidez e nada assinalado em relação ao puerpério ou que não foi no puerpério e nada assinalado em relação à gravidez, foi adotado que não foi na gravidez nem no puerpério.*
- *Causa do óbito*, segundo a 10ª Revisão, detalhando os tipos de causas obstétricas nas categorias:
  - a) Morte materna obstétrica direta: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0;
  - b) Morte materna obstétrica indireta: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24;

c) Morte obstétrica não especificada: O95.

#### **4.4. Critério de inclusão**

Foram considerados todos os dados confirmados como morte materna nos anos de 1999 a 2005 e registrados no SIM. Considerou-se como morte materna aquela ocorrida durante a gestação, parto ou puerpério dentro de 42 dias após o término da gestação, e também as mortes maternas tardias, ou seja, a morte da mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas depois do puerpério tardio até um ano após.

#### **4.5. Critério de exclusão**

Foram excluídos os registros de óbitos por outras causas não consideradas ou não relacionadas ao processo gravídico-puerperal e os registros de óbitos que ocorreram após um ano depois do parto.

#### **4.6. Variáveis do estudo**

*4.6.1 Dados sócio-demográficos:* local de residência (macrorregional de saúde), idade, estado civil, nível de escolaridade e raça/etnia.

*4.6.2 Dados relacionados a fatores obstétricos:* óbitos segundo o período gravídico-puerperal (durante a gravidez, parto ou aborto; durante o puerpério até 42 dias; durante o puerpério, de 43 dias a um ano; não na gravidez ou puerpério; ignorado) e óbitos segundo as causas obstétricas (direta, indireta e ignorada).

#### **4.7. Análise dos dados**

Os dados foram analisados de modo descritivo para caracterização da população segundo as variáveis sócio-demográficas e obstétricas. Utilizou-se a distribuição de freqüências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

#### **4.8 Procedimentos éticos**

Em atendimento a resolução n. 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos Resolução n.196/96, o projeto que originou este estudo foi avaliado e aprovado pelo Conselho de Ética do Hospital Materno Infantil de Goiânia/GO, sob o protocolo n. 007/07, em reunião do dia 3 de abril de 2007. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)

## **5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Foram analisados todos os óbitos maternos ocorridos no estado de Goiás do ano de 1999 a 2005. Na análise, foram considerados os dados que se encontram disponíveis no SIM/DATASUS, ou seja, até o ano de 2005. Isso demonstra a morosidade de inclusão e disponibilidade das informações no sistema. Foram constatados 348 óbitos na somatória dos respectivos anos.

A variável “ignorada” demonstra informações perdidas, e, portanto, não puderam ser consideradas nas análises posteriores, ocasionando a sub-notificação ou desconhecimento por parte do profissional que preencheu a Declaração de Óbito. Pensamos ser este um grande desafio para a epidemiologia e para a saúde da mulher em Goiás, uma vez que essa realidade não é diferente das demais regiões brasileiras.

### 5.1. Mortalidade Materna em Goiás

A frequência de mortes maternas em Goiás no período de 1999 a 2005 encontra-se descrita na Tabela 4.

**Tabela 4.** Registros de morte materna declarada no Estado de Goiás, 1999 – 2005.

| Ano          | Mortes Maternas |
|--------------|-----------------|
| 1999         | 65              |
| 2000         | 26              |
| 2001         | 55              |
| 2002         | 60              |
| 2003         | 56              |
| 2004         | 53              |
| 2005         | 33              |
| <b>Total</b> | <b>348</b>      |

O número total de óbitos registrados no estado de Goiás no período de 1999 a 2005 foi de 348 mortes. No ano de 1999, identificou-se o maior número de notificações com 65 casos, seguidos pelos anos de 2002, 2003, 2001, 2004, 2005 e 2000 com 60, 56, 55, 53, 33 e 26 óbitos, respectivamente.

O total de óbitos maternos revela que o estado de Goiás ocupa o primeiro

lugar da região Centro-Oeste com maior índice de morte materna. As demais Unidades de Federação e região, que inclui Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, apresentaram números equivalentes a 210, 200 e 117 óbitos, respectivamente.

São consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID-10, com exceção dos códigos 096 e 097 (Morte Materna Tardia e Morte por Seqüela de Causa Obstétrica Direta). Algumas doenças que não constam nesse capítulo deveriam ser consideradas, dentre elas: tétano obstétrico, doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana, necrose pós-parto da hipófise, osteomalácia puerperal, transtornos mentais, comportamentais associados ao puerpério, e mola hidatiforme maligna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

A gravidez e o parto são as duas experiências mais comuns vivenciadas por mulheres no mundo. A cada minuto, 150 mulheres dão à luz no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Os indicadores de mortalidade materna estão entre os que melhor se associam com as condições de vida e com a qualidade dos serviços de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000; BARBALHO, 2002; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). A RMM registra o índice de segurança para as mulheres (ALBUQUERQUE *et al.*, 1998; RIPSA, 2007).

## **5.2. Mortalidade Materna segundo macrorregiões**

Os números de mortes maternas obtidas de acordo com as macrorregiões do Estado de Goiás encontram-se na Tabela 5.

**Tabela 5.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo macrorregiões, 1999 – 2005.

| Macrorregional | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|----------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Centro Oeste   | 25        | 38,5       | 14        | 53,9       | 29        | 52,7       | 28        | 46,7       | 27        | 48,2       | 24        | 45,3       | 16        | 48,5       | 163        | 46,8       |
| Nordeste       | 13        | 20,0       | 1         | 3,8        | 7         | 12,7       | 9         | 15,0       | 14        | 25,0       | 12        | 22,6       | 9         | 27,3       | 65         | 18,7       |
| Centro Norte   | 13        | 20,0       | 8         | 30,8       | 11        | 20,0       | 13        | 21,7       | 8         | 14,3       | 12        | 22,6       | 5         | 15,1       | 70         | 20,1       |
| Sudoeste       | 5         | 7,7        | 1         | 3,8        | 2         | 3,7        | 8         | 13,3       | 2         | 3,6        | 3         | 5,7        | 2         | 6,1        | 23         | 6,6        |
| Sudeste        | 9         | 13,8       | 2         | 7,7        | 5         | 9,1        | 2         | 3,3        | 5         | 8,9        | 2         | 3,8        | 1         | 3,0        | 26         | 7,5        |
| Ignorado       | -         | -          | -         | -          | 1         | 1,8        | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01         | 0,3        |
| <b>Total</b>   | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

Os dados mostram que a maioria dos casos de morte materna em Goiás, durante o período de 1999 a 2005, ocorreu na macrorregião Centro-Oeste (46,8%), seguido da Centro-Norte (20,1%), Nordeste (18,7%), Sudeste (7,5%) e Sudoeste (6,6%). A parte ignorada correspondeu a 0,3%. De acordo com o DATASUS, a população feminina residente na macrorregional Centro-Oeste corresponde a 47,65% da população residente em Goiás no ano de 2005. Dessa maneira, a maior concentração populacional nesta macrorregional pode justificar o maior número de óbitos nesta área.

### 5.3. Mortalidade Materna segundo faixa etária

Os registros de morte materna segundo faixa etária em Goiás referente aos anos de 1999 a 2005 encontram-se na Tabela 6.

**Tabela 6.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo faixa etária, 1999 – 2005.

| Faixa etária | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|              | N         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n          | %          |
| 10-14        | 01        | 1,5        | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01         | 0,3        |
| 15-19        | 08        | 12,3       | 06        | 23,1       | 03        | 5,4        | 11        | 18,3       | 08        | 14,3       | 08        | 15,1       | 05        | 15,1       | 49         | 14,1       |
| 20-29        | 37        | 57,0       | 11        | 42,3       | 28        | 51,0       | 26        | 43,3       | 26        | 46,4       | 25        | 47,2       | 17        | 51,5       | 170        | 48,8       |
| 30-39        | 18        | 27,7       | 05        | 19,2       | 19        | 34,5       | 22        | 36,7       | 20        | 35,7       | 20        | 37,7       | 09        | 27,3       | 113        | 32,5       |
| 40-49        | 01        | 1,5        | 04        | 15,4       | 05        | 9,1        | 01        | 1,7        | 02        | 3,6        | -         | -          | 02        | 6,1        | 15         | 4,3        |
| <b>Total</b> | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

A distribuição por faixa etária no período evidenciou um percentual de 48,8% de casos de mortes em mulheres na faixa de 20-29 anos em relação aos 32,5% da faixa de 30-39, 14,1% dos 15-19 e 0,3% das menores de 14 anos.

Esses resultados estão em concordância com outros estudos realizados, em Goiânia-GO, por MANSO, MARTINS (2006), que revelam que o alto risco gestacional está presente nas clientes de baixo poder sócio-econômico, escolaridade e na faixa etária entre 16 e 38 anos, embora não sejam excludentes as demais classes sociais. VIGGIANO *et al.* (2004), demonstrou que 73,2% das mulheres que necessitavam de cuidados intensivos em maternidade pública terciária, pertenciam à faixa etária entre mulheres com 19 e 35 anos.

Corroborando com estes dados, ANDRADE *et al.* (2006), em um trabalho realizado em uma Maternidade Escola, em Juiz de Fora-MG, identificaram também os maiores índices de morte materna nessa faixa etária. Outros estudos, além deste, mostraram índices semelhantes (ALBUQUERQUE *et al.*, 1998; GESSESSEW, 2007; SOUSA *et al.*, 2007).

Vale assinalar que a predominância dos fatores de riscos, associados às condições de saúde da mulher como causas de mortalidade materna e perinatal, a exemplo, mulheres situadas nas faixas de idades mais jovens, ou na faixa etária de 45 a 49 anos, cresce o número de fetos de baixo peso e os casos de prematuridade. Pois, a medida que a idade da mulher avança, também ocorre maior incidência de patologias, dentre as quais merecem destaque as doenças degenerativas, metabólicas e o próprio desgaste físico, o que poderá acarretar complicações para a mulher e feto (MARTINS, 2001).

A idade materna tem sido apontada como importante fator na avaliação do

risco materno. A maternidade apresenta um risco menor quando ocorre nas faixas etárias mais jovens (menos de 30 anos) e o risco é máximo após os 35 anos – sendo que as mais velhas são mais suscetíveis à hipertensão específica da gestação. As hemorragias são mais freqüentes em mulheres multíparas e com mais de 35 anos (THEME-FILHA; SILVA; NORONHA, 1999, RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Embora, no presente trabalho, há uma alta incidência de mortes em mulheres entre 20 e 29 anos, esses resultados podem estar relacionados ao período de maior reprodutividade das mulheres, e que em Goiás ainda persiste o modelo medicalizado, intervencionista, com alto índice de cesárea - considerada como um fator de risco para a mãe e recém – nascido. Outro ponto a destacar são os recursos financeiros para o investimento na saúde que são insuficientes para manter assistência de qualidade.

#### 5.4. Mortalidade Materna segundo anos de escolaridade

O número de mortes maternas em Goiás entre os anos de 1999 a 2005 segundo a escolaridade encontra-se representado na Tabela 7.

**Tabela 7.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo anos de escolaridade, 1999 – 2005.

| Anos de Escolaridade | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|----------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                      | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Nenhuma              | 02        | 3,1        | -         | -          | 01        | 1,8        | 01        | 1,7        | 04        | 7,1        | 01        | 1,9        | -         | -          | 09         | 2,6        |
| 1-3                  | 06        | 9,2        | 03        | 11,5       | 09        | 16,4       | 05        | 8,3        | 04        | 7,1        | 06        | 11,3       | 06        | 18,2       | 39         | 11,2       |
| 4-7                  | 09        | 13,9       | 01        | 3,9        | 05        | 9,1        | 09        | 15,0       | 10        | 17,9       | 07        | 13,2       | 09        | 27,2       | 50         | 14,4       |
| 8- 11                | 05        | 7,7        | 02        | 7,7        | 05        | 9,1        | 07        | 11,7       | 09        | 16,1       | 07        | 13,2       | 02        | 6,1        | 37         | 10,6       |
| 12 ou >              | -         | -          | -         | -          | 03        | 5,4        | 04        | 6,7        | 01        | 1,8        | 02        | 3,8        | 02        | 6,1        | 12         | 3,5        |
| Ignorado             | 43        | 66,1       | 20        | 76,9       | 32        | 58,2       | 34        | 56,6       | 28        | 50,0       | 30        | 56,6       | 14        | 42,4       | 201        | 57,7       |
| <b>Total</b>         | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

\* Em 1999, a variável escolaridade foi agregada valores nos itens 04 -07 e 08 a 11 anos.

Na variável escolaridade, foi confirmado que mais da metade das declarações de óbito (57,7%) foi considerada “ignorada”, prejudicando a caracterização dessas mulheres. No entanto, 14,4% possuíam de quatro a sete anos

de estudo, 10,6% possuíam oito a onze anos; 11,2% tinham entre um a três anos; 3,5%, doze ou mais e nenhuma instrução, 2,6%.

Este fato levanta a questão da qualidade do preenchimento e do comprometimento dos profissionais, no sentido de respeitarem um documento que pode desvelar uma população mais vulnerável. Resultados semelhantes foram apontados pela CPI da Mortalidade Materna, demonstrando maior percentagem de analfabetismo, entre as vítimas de mortalidade materna, do que dentre a população em geral (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Contudo, os dados revelam que o grau de escolaridade, quando comparado com outros estudos se assemelham, dentre eles, Laurenti, Jorge, Gotlieb (2004), que descreveram a ocorrência de mortalidade materna, 53% das mulheres falecidas tinham até o primeiro grau incompleto; 25,6% haviam concluído essa etapa; 8,9% completaram segundo grau; 8,9% haviam freqüentado um curso superior e 3,6% eram analfabetas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a última contagem populacional em 1996, mostra que em Goiás, a taxa de escolaridade do sexo feminino, equivale à maioria das mulheres sem instrução (18,78%). As mulheres com 4, 5-7, 9-11 anos de estudo correspondem respectivamente a 13%, 16,90% e 13,95%. No presente trabalho, foi observado que somente 3,5% das mulheres que obituaram, possuíam mais de doze anos de estudo. O IBGE, em 2000, demonstrou que 3,75% das mulheres se enquadram nessa última classe de escolaridade. Dessa maneira, há certa concordância com a realidade dessas mulheres (IBGE, 2000).

Segundo DATASUS, os Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB, 2006), o grau de escolaridade do sexo feminino na região Centro-Oeste corresponde a 28,56% com quatro a sete anos de estudo e 48,58% com mais de oito anos de estudo durante os anos de 1999 a 2005.

A Tabela 7 mostra que da população registrada nas declarações de óbito (desconsiderando os dados ignorados - 57,7%), o mesmo percentual (cerca de 32%) corresponde a mulheres com 4-7 e com mais de 8 anos de estudo, diferenciando com os dados da região Centro-Oeste brasileira.

Neste estudo, embora a variável escolaridade ignorada seja superior a (57,7%) o que dificulta a análise dos dados para determinar uma

relação entre o grau de escolaridade e o risco de morte, este corrobora com outros autores. Andrada, Vitorello, Saab Neto (2003) identificaram no estado de Santa Catarina, que 38% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres com um a três anos de formação escolar; e apenas 7,1% entre mulheres com oito ou mais anos de estudo. Revelando que o risco de morte materna aumenta quanto menor for o nível de escolaridade da paciente.

Os estudos comprovam que acomete, especialmente, as mulheres de baixa renda e pouca escolaridade, principalmente na periferia dos centros urbanos (SOARES; MARTINS, 2006). Pois, quanto menor grau de estudo, menos acesso à informação e, conseqüentemente menor conhecimento sobre hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva, tornando o nível de escolaridade um dos fatores responsáveis pelos números ainda elevados de mortes maternas.

Para prevenir a morte materna, portanto, são necessárias medidas de melhoria da situação socioeconômica, especialmente renda e escolaridade, da formação dos profissionais que prestem assistência, garantia de parto seguro, organização do sistema de referência para atendimento às emergências obstétricas, dentre tantas outras. São imprescindíveis ações amplas e articuladas que visem uma mudança efetiva do atual modelo assistencial na área da obstetrícia, quem vem demonstrando deficiências inegáveis, evidenciada pelo elevado número de óbitos evitáveis por melhor assistência médica e hospitalar, como em Goiás, por exemplo (SOARES; MARTINS, 2006).

## **5.5. Mortalidade Materna segundo estado civil**

A freqüência de morte materna, segundo estado civil no estado de Goiás, referente aos anos de 1999 a 2005 encontra-se na Tabela 8.

**Tabela 8.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo estado civil, 1999 – 2005.

| Estado Civil | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|              | n         | %          | n         | %          | n         | %          | N         | %          | n         | %          | N         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Solteira     | 25        | 38,5       | 11        | 42,3       | 24        | 43,6       | 28        | 46,7       | 23        | 41,1       | 20        | 37,7       | 09        | 27,3       | 140        | 40,2       |
| Casada       | 30        | 46,1       | 09        | 34,6       | 24        | 43,6       | 17        | 28,3       | 24        | 42,9       | 21        | 39,6       | 15        | 45,4       | 140        | 40,2       |
| Viúva        | -         | -          | 01        | 3,9        | -         | -          | -         | -          | 01        | 1,8        | 02        | 3,8        | -         | -          | 04         | 1,2        |
| Separada     | 01        | 1,5        | -         | -          | 01        | 1,8        | -         | -          | 01        | 1,8        | 01        | 1,9        | 02        | 6,1        | 06         | 1,7        |
| Outro        | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 05        | 8,3        | 03        | 5,3        | -         | -          | 01        | 3,0        | 09         | 2,6        |
| Ignorado     | 09        | 13,9       | 05        | 19,2       | 06        | 11,0       | 10        | 16,7       | 04        | 7,1        | 09        | 17,0       | 06        | 18,2       | 49         | 14,1       |
| <b>Total</b> | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

Em relação ao estado civil, quando se considerou todos os sete anos em estudo, houve uma equivalência percentual de mortes, (40,2%) nos dois grupos das mulheres casadas e solteiras. Todavia, houve um grande contraste entre esses grupos nos anos de 1999, 2000, 2002 e 2005. Certamente, a variável “ignorado” foi presente em 14,1% das declarações de óbito, o que interfere significativamente no percentual de óbitos maternos para demonstrar o risco por estado civil.

No último censo demográfico, o percentual de mulheres solteiras na região Centro-Oeste correspondem a 52,57%, enquanto as casadas representam 36,85% do total (IBGE, 2000). Isso sugere que a distribuição de mortes segundo estado civil, em Goiás, pode estar relacionada à frequência de mulheres solteiras e casadas. No entanto, de acordo com a CPI da Mortalidade Materna, as mulheres solteiras apresentam maior probabilidade para o óbito, considerando o abandono como fator contribuinte para este fim (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Estudo realizado por Vega, Kahhale e Zugaib em 2007, em São Paulo, identificaram mortes maternas em mulheres solteiras (52,1%), mulheres casadas (40,1%), viúvas (2,8%) e um caso (0,7%) cujo estado civil era desconhecido.

## 5.6. Mortalidade Materna segundo raça/cor

O número de registros de morte materna em Goiás de 1999 a 2005 de

acordo com raça/cor encontra-se na Tabela 9.

**Tabela 9.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo raça/cor, 1999 – 2005.

| Raça/cor     | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|              | n         | %          | n         | %          | n         | %          | N         | %          | n         | %          | N         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Branca       | 20        | 30,8       | 10        | 38,5       | 17        | 31,0       | 15        | 25,0       | 24        | 42,9       | 19        | 35,8       | 10        | 30,3       | 115        | 33,0       |
| Preta        | 01        | 1,5        | 03        | 11,5       | 07        | 12,7       | 10        | 16,6       | 08        | 14,3       | 09        | 17,0       | 04        | 12,1       | 42         | 12,1       |
| Parda        | 10        | 15,4       | 08        | 30,8       | 24        | 43,6       | 28        | 46,7       | 19        | 33,9       | 17        | 32,1       | 17        | 51,5       | 123        | 35,3       |
| Amarela      | 02        | 3,1        | -         | -          | -         | -          | 01        | 1,7        | 01        | 1,8        | -         | -          | -         | -          | 04         | 1,2        |
| Indígena     | -         | -          | -         | -          | 02        | 3,6        | -         | -          | -         | -          | 01        | 1,9        | -         | -          | 03         | 0,9        |
| Ignorado     | 32        | 49,2       | 05        | 19,2       | 05        | 9,1        | 06        | 10,0       | 04        | 7,1        | 07        | 13,2       | 02        | 6,1        | 61         | 17,5       |
| <b>Total</b> | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

Na variável raça/cor, no período total considerado, observou-se que as raças branca e parda ficaram com valores próximos (33% e 35,3% respectivamente). A raça negra apontou para um quantitativo de 12,1% dos casos, enquanto a amarelo, representou 1,2%, a indígena, 0,9%, e ignorado, 17,5%. No ano de 2005, é interessante observar que a raça parda foi responsável por mais de 50% dos óbitos. A incidência da cor parda demonstra que há miscigenação das raça/cor branca e preta na população goiana. Todavia, em Goiás, por ocasião do registro de nascimento da criança, os pais sem seguir critérios que determinam a raça, informam a cor parda para a maioria das mulheres.

A variável raça/ cor é um bom exemplo da associação entre baixa cobertura e fidedignidade desconhecida, decorrentes da dificuldade de se lidar com as classificações de cor e raça e dos efeitos subliminares do racismo presentes no momento da população brasileira se autotransclassificar (VALONGUEIRO; LUDERMIR; GOMINHO, 2003).

Segundo o Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA, o estado de Goiás mostra percentagem de 23,20; 2,23; 0,13; 25,85; 0,10 e 0,01 para mulheres brancas, pretas, amarelas, pardas, indígenas e ignoradas respectivamente. Esses resultados estão em concordância com os índices de mortes maternas registradas em Goiás, que também revelaram a maior concentração (de forma eqüitativa) de mulheres brancas e pardas, o que pode sugerir a raça como um não indicador para avaliação de risco no presente estudo.

Contrariamente, percebe-se que, na realidade, a raça negra é considerada

um fator de risco para a morte materna, seja por questões sociais até as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, escolaridade e informação (MARTINS, 2006).

A taxa de mortalidade materna entre mulheres pretas, em 2001, foi cerca de sete vezes maior (275 por 100 mil nascidos vivos) do que entre mulheres brancas (43 por 100 mil nascidos vivos), ou pardas (46 por 100 mil nascidos vivos) (CHOR; LIMA, 2005).

Segundo Krieger (2003), na origem grande parte das desigualdades étnico/raciais, encontra-se a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde. De acordo com essa preposição, a desvantagem econômica e social seria um dos mecanismos através do qual a discriminação contribui para as desigualdades raciais de saúde. A maior exposição a substâncias tóxicas em ambientes menos saudáveis, a assistência à saúde inadequada ou degradante e as experiências diretas de atos ou atitudes de discriminação seriam outros meios pelo qual a discriminação racial exerceria seu impacto nessas desigualdades.

É consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são de menor renda e escolaridade. Apesar dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde. Vários autores afirmam que as mulheres negras têm os piores níveis de renda e escolaridade no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; SANT'ANNA, 2003).

Tanaka, Mitsuiki (1999) realizaram um estudo da mortalidade materna no Brasil e a variável raça/cor identificada com maior índice foi a branca (28,5%), porém uma fusão das variáveis morenas, negras e pardas totalizou 51,5% dos óbitos. Também, Veja e colaboradores, no ano de 2007, demonstraram que 63,1% das mulheres eram da raça branca, 26,2% raça parda, 9,7%, negras e 1,0 % pertence à raça amarela.

No entanto, há diferenças regionais da população no país, ou seja, a população da Região Sudeste ainda é da raça branca que sofreu influência dos europeus, enquanto o estado de Goiás destaca a miscigenação da raça negra dos escravos que migraram para esta região habitada principalmente por índios.

### 5.7. Mortalidade materna segundo período gravídico-puerperal

Os registros de mortes maternas de acordo com o período gravídico-puerperal em Goiás de 1999 a 2005 encontram-se na Tabela 10.

**Tabela 10.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo período gravídico-puerperal, 1999 – 2005.

| Período gravídico-puerperal           | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|---------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                                       | n         | %          | n         | %          | n         | %          | N         | %          | n         | %          | N         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Durante a gravidez, parto ou aborto   | 20        | 30,8       | 09        | 34,6       | 23        | 41,8       | 26        | 43,3       | 18        | 32,1       | 12        | 22,6       | 10        | 30,3       | 118        | 33,9       |
| Durante o puerpério até 42 dias       | 05        | 7,7        | 11        | 42,3       | 20        | 36,4       | 24        | 40,0       | 31        | 55,4       | 33        | 62,3       | 18        | 54,5       | 142        | 40,8       |
| Durante o puerpério > 42 dias < 1 ano | 02        | 3,1        | -         | -          | -         | -          | 01        | 1,7        | 04        | 7,1        | 02        | 3,8        | 02        | 6,1        | 11         | 3,2        |
| Não na gravidez ou puerpério          | 01        | 1,5        | -         | -          | -         | -          | 02        | 3,3        | -         | -          | 01        | 1,9        | 02        | 6,1        | 06         | 1,7        |
| Ignorado                              | 37        | 56,9       | 06        | 23,1       | 12        | 21,8       | 07        | 11,7       | 03        | 5,4        | 05        | 9,4        | 01        | 3,0        | 71         | 20,4       |
| <b>Total</b>                          | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

No presente estudo, o percentual de ignorado foi de 20,4% revelando que as declarações de óbito ainda apresentam falhas comprometendo a análise dos dados. Vale ressaltar que a variável que inclui qual período ocorreu à morte foi incluída no modelo de DO brasileiro em 1995, sob recomendação da OMS (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2000), no entanto ainda exibe um elevado nível de subinformação.

Os dados revelam que, durante os anos de 1999 a 2005, a maioria (40,8%) dos óbitos ocorreu durante o puerpério até 42 dias, seguido de óbitos ocorridos durante a gravidez, partos ou aborto (33,9%), durante o puerpério entre 43 dias e um ano (3,2%), e por último os não ocorridos na gravidez ou puerpério (1,7%).

Ressalta-se que nos anos de 1999, 2001 e 2002 os índices de mortes durante a gravidez, partos ou aborto foram maiores. Em 1999, enquanto a morte no puerpério até 42 dias representou 7,7%, na gravidez, parto ou aborto foi de 30,8%. Em 2001, o percentual foi de 36,4% de mortes no puerpério até 42 dias contra

41,8% na gravidez, parto ou aborto. Porém, vale ressaltar que, a partir do ano de 2003, os óbitos maternos no período puerperal superaram aos apresentados na gravidez, parto e aborto. Em 2003, 2004 e 2005 enquanto os óbitos na gravidez, parto ou aborto registrou 32,1%; 22,6% e 30,3%, os casos de óbito no puerpério foram 55,4%; 62,3% e 54,5%, respectivamente.

Segundo informação do Comitê Estadual de Redução da Mortalidade Materna, isso pode ser justificado pelo número de paridade. Segundo Neme, Parpinelli (2000), o óbito neste período pode ser justificado pelo número de paridade, porque quanto maior o número de gestações maior a possibilidade de apresentar quadros hemorrágicos devido à hipotonia uterina, dentre outras causas.

É importante observar que, em Goiás, no período de 2000, houve uma queda vertiginosa de mortes maternas durante a gravidez, parto ou aborto. Nesse caso, alerta-se para observar, talvez a deficiência nos registros. Por um lado, na capital goiana houve a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento que representou um novo olhar na atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal. Por outro lado, vale dizer que, ainda não se observou resultado satisfatório com queda na mortalidade materna. Na prática, as ações de saúde continuam apresentando as mesmas dificuldades na sua implementação, à exemplo, na adoção de medidas de atenção à gestantes, por diversos fatores que não são objeto deste estudo.

## **5.8. Mortalidade Materna segundo causa obstétrica**

Os números de morte materna segundo causa obstétrica em Goiás nos anos de 1999 a 2005 encontram-se na Tabela 11.

**Tabela 11.** Distribuição dos registros de morte materna declarada no Estado de Goiás segundo causa obstétrica, 1999 – 2005.

| Causa obstétrica            | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|-----------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                             | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Obstétrica direta           | 52        | 80,0       | 21        | 80,8       | 45        | 81,8       | 39        | 65,0       | 39        | 69,6       | 37        | 69,8       | 27        | 81,8       | 260        | 74,7       |
| Obstétrica indireta         | 13        | 20,0       | 05        | 19,2       | 08        | 14,6       | 20        | 33,3       | 14        | 25,0       | 15        | 28,3       | 04        | 12,1       | 79         | 22,7       |
| Obstétrica não especificada | -         | -          | -         | -          | 02        | 3,6        | 01        | 1,7        | 03        | 5,4        | 01        | 1,9        | 02        | 6,1        | 09         | 2,6        |
| <b>Total</b>                | <b>65</b> | <b>100</b> | <b>26</b> | <b>100</b> | <b>55</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> | <b>56</b> | <b>100</b> | <b>53</b> | <b>100</b> | <b>33</b> | <b>100</b> | <b>348</b> | <b>100</b> |

Em relação às causas obstétricas, verifica-se prevalência das causas diretas em relação às indiretas. As diretas contribuíram com 74,7% dos óbitos, seguido por causa obstétrica indireta 22,7%. A causa obstétrica não especificada representou 2,6% dos casos. Em concordância com esses resultados, outro estudo realizado por Costa *et al.*(2002) na cidade de Recife, verificou-se predomínio de morte materna por causa obstétrica direta (70%) e 12,5% por causa obstétricas indiretas.

O predomínio das causas diretas reflete o padrão inadequado da assistência dispensada às gestantes e a necessidade da adoção de medidas urgentes que visem a melhoria na assistência e, por conseguinte, a prevenção da mortalidade materna (VALADARES NETO; *et al.*, 1995).

Entretanto, o dado por causa obstétrica direta nem sempre ocorre como demonstra um estudo realizado por Gadelha, Gadelha-Costa e Maud Filho (2006), demonstrou que, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, as mortes por causas diretas, indiretas e não especificadas foram, respectivamente, 45,4%, 47,8% e 6,8%. Dentre os óbitos obstétricos diretos, a causa mais freqüente foi hipertensão (40%) seguida por infecção (35%) e hemorragia (25%).

### 5.9. Mortalidade Materna por causa obstétrica direta

Os números de mortes maternas por causa obstétrica direta em Goiás segundo macrorregional nos anos de 1999 a 2005 encontram-se na Tabela 12.

**Tabela 12.** Mortalidade materna por causa obstétrica direta segundo a macrorregião de residência e o ano do óbito. Goiás, 1999 – 2005.

| Macrorregional | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|----------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Centro Oeste   | 23        | 44,2       | 12        | 57,1       | 25        | 55,6       | 18        | 46,1       | 17        | 43,6       | 18        | 48,6       | 14        | 51,9       | 127        | 48,9       |
| Nordeste       | 07        | 13,5       | 01        | 4,8        | 06        | 13,3       | 06        | 15,4       | 08        | 20,5       | 07        | 18,9       | 08        | 29,6       | 43         | 16,5       |
| Centro Norte   | 10        | 19,2       | 05        | 23,8       | 09        | 20,0       | 06        | 15,4       | 08        | 20,5       | 08        | 21,6       | 03        | 11,1       | 49         | 18,8       |
| Sudoeste       | 05        | 9,6        | 01        | 4,8        | 01        | 2,2        | 07        | 17,9       | 02        | 5,2        | 03        | 8,1        | 01        | 3,7        | 20         | 7,7        |
| Sudeste        | 07        | 13,5       | 02        | 9,5        | 04        | 8,9        | 02        | 5,2        | 04        | 10,2       | 01        | 2,7        | 01        | 3,7        | 21         | 8,1        |
| <b>Total</b>   | <b>52</b> | <b>100</b> | <b>21</b> | <b>100</b> | <b>45</b> | <b>100</b> | <b>39</b> | <b>100</b> | <b>39</b> | <b>100</b> | <b>37</b> | <b>100</b> | <b>27</b> | <b>100</b> | <b>260</b> | <b>100</b> |

Fonte: DATASUS

A Tabela 12 demonstra que houve mais mortes por causa direta na macrorregional Centro Oeste (48,9%) em contraste com as macrorregionais Centro-Norte (18,8), Nordeste (16,5%), Sudeste (8,1%) e Sudoeste (7,7).

A predominância dos casos na região Centro Oeste ocorreu em todos os anos considerados (1999-2005). Esses resultados estão em concordância com a maior quantidade de mortes maternas na região Centro-Oeste no período de 1999 a 2005 em Goiás.

### 5.10. Mortalidade Materna por causa obstétrica indireta

A frequência de mortes maternas por causa obstétrica indireta em Goiás segundo macrorregional nos anos de 1999 a 2005 encontra-se na Tabela 13.

**Tabela 13.** Mortalidade materna por causa obstétrica indireta segundo a macrorregião de residência e o ano do óbito. Goiás, 1999 – 2005.

| Macrorregional | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total     |            |
|----------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          |
| Centro Oeste   | 02        | 15,4       | 02        | 40,0       | 04        | 50,0       | 09        | 45,0       | 08        | 57,1       | 05        | 33,3       | 02        | 50,0       | 32        | 40,5       |
| Nordeste       | 06        | 46,1       | -         | -          | 01        | 12,5       | 03        | 15,0       | 05        | 37,7       | 05        | 33,3       | 01        | 25,0       | 21        | 26,6       |
| Centro Norte   | 03        | 2,1        | 03        | 60,0       | 01        | 12,5       | 07        | 35,0       | -         | -          | 04        | 26,7       | -         | -          | 18        | 22,8       |
| Sudoeste       | -         | -          | -         | -          | 01        | 12,5       | 01        | 5,0        | -         | -          | -         | -          | 1         | 25,0       | 03        | 3,8        |
| Sudeste        | 02        | 15,4       | -         | -          | 01        | 12,5       | -         | -          | 01        | 7,2        | 01        | 6,7        | -         | -          | 05        | 6,3        |
| <b>Total</b>   | <b>13</b> | <b>100</b> | <b>05</b> | <b>100</b> | <b>08</b> | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>14</b> | <b>100</b> | <b>15</b> | <b>100</b> | <b>04</b> | <b>100</b> | <b>79</b> | <b>100</b> |

Fonte: DATASUS

Na Tabela 13, a causa obstétrica indireta também foi prevalente na macrorregional Centro-Oeste (40,5%), em relação a Nordeste (26,6%), Centro-Norte (22,8), Sudeste (6,3%) Sudoeste (3,8%). Esses resultados podem ser explicados pela maior quantidade de mortes maternas na região Centro-Oeste que representa 46,8% de todos os registros no período de 1999 a 2005 em Goiás.

### 5.11. Mortalidade Materna por causa obstétrica não especificada

Os registros de mortes maternas por causa obstétrica não especificada em Goiás segundo macrorregional nos anos de 1999 a 2005 encontram-se na Tabela 14.

**Tabela 14.** Mortalidade materna por causa obstétrica não especificada segundo a macrorregião de residência e o ano do óbito. Goiás, 1999 – 2005.

| Macrorregional | 1999 |   | 2000 |   | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total     |            |
|----------------|------|---|------|---|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                | n    | % | n    | % | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          |
| Centro Oeste   | -    | - | -    | - | -         | -          | 01        | 100        | 02        | 67,7       | 01        | 100,0      | -         | -          | 04        | 44,5       |
| Nordeste       | -    | - | -    | - | -         | -          | -         | -          | 01        | 33,3       | -         | -          | -         | -          | 01        | 11,1       |
| Centro Norte   | -    | - | -    | - | 01        | 50,0       | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 02        | 100        | 03        | 33,3       |
| Sudoeste       | -    | - | -    | - | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          |
| Sudeste        | -    | - | -    | - | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          |
| Centro Oeste   | -    | - | -    | - | 01        | 50,0       | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01        | 11,1       |
| Ignorada       | -    | - | -    | - | 01        | 50,0       | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01        | 11,1       |
| <b>Total</b>   | -    | - | -    | - | <b>02</b> | <b>100</b> | <b>01</b> | <b>100</b> | <b>03</b> | <b>100</b> | <b>01</b> | <b>100</b> | <b>02</b> | <b>100</b> | <b>09</b> | <b>100</b> |

Fonte: DATASUS

De acordo com a causa obstétrica não especificada, a região Centro-Oeste apresentou o maior número de casos, sendo responsável por 44,5% e as demais, Centro-Norte e Nordeste por 33,3% e 11,1%, respectivamente. A parte ignorada, nesse caso, foi de 11,1%, prejudicando a interpretação neste estudo. As macrorregionais Sudoeste e Sudeste não foram registrados óbitos no período considerado

## 5.12. Mortalidade Materna por causa obstétrica direta agrupados segundo o Grupo CID-10

A frequência de mortes maternas por causa obstétrica direta de acordo com o diagnóstico encontra-se na Tabela 15.

**Tabela 15.** Diagnósticos de mortalidade materna por causa obstétrica direta agrupados segundo o Grupo CID-10 e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005.

| GRUPO CID-10                                 | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total      |            |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|  | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n          | %          |
| Síndrome comportamental <sup>a</sup>         | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01        | 2,5        | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01         | 0,4        |
| Gravidez que termina em aborto <sup>b</sup>  | 04        | 7,7        | -         | -          | 05        | 11,1       | 04        | 10,3       | 04        | 10,2       | 02        | 5,4        | 04        | 14,9       | 23         | 8,8        |
| Edema hipertensivo <sup>c</sup>              | 18        | 34,6       | 08        | 38,0       | 14        | 31,1       | 06        | 15,4       | 12        | 30,8       | 17        | 46,0       | 09        | 33,3       | 84         | 32,3       |
| Outros transtornos maternos <sup>d</sup>     | 02        | 3,8        | -         | -          | 02        | 4,4        | 03        | 7,6        | 03        | 7,7        | 02        | 5,4        | 01        | 3,7        | 13         | 5,0        |
| Assistência prestada a mãe <sup>e</sup>      | 04        | 7,7        | 04        | 19,1       | 02        | 4,4        | 01        | 2,5        | 03        | 7,7        | -         | -          | 03        | 11,1       | 17         | 6,5        |
| Complicações intraparto e parto <sup>f</sup> | 16        | 30,8       | 04        | 19,1       | 13        | 29,0       | 13        | 33,3       | 12        | 30,8       | 11        | 29,7       | 05        | 18,5       | 74         | 28,5       |
| Complicações do puerpério                    | 08        | 15,4       | 05        | 23,8       | 09        | 20,0       | 11        | 28,2       | 05        | 12,8       | 05        | 13,5       | 05        | 18,5       | 48         | 18,5       |
| <b>Total</b>                                 | <b>52</b> | <b>100</b> | <b>21</b> | <b>100</b> | <b>45</b> | <b>100</b> | <b>39</b> | <b>100</b> | <b>39</b> | <b>100</b> | <b>37</b> | <b>100</b> | <b>27</b> | <b>100</b> | <b>260</b> | <b>100</b> |

<sup>a</sup> Síndrome comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos não especificados; <sup>b</sup> Gravidez que termina em aborto; <sup>c</sup> Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; <sup>d</sup> Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez; <sup>e</sup> Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; <sup>f</sup> Complicações do trabalho de parto e do parto.

Fonte: DATASUS

De acordo com a Tabela 15, a maioria das mulheres morreu por causa obstétrica direta (260 óbitos), principalmente devido a edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez (32,3%). Em segundo lugar, encontram-se complicações do trabalho de parto e parto com 28,5% dos óbitos. As complicações relacionadas predominantemente com o puerpério representaram 18,5% dos casos. Estes dados equivalem a inferir que se caracteriza como risco de morte materna por causa obstétrica direta, a hipertensão durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Os dados deste estudo corroboram com Ferreira *et al.* (1994), realizaram um estudo em Goiás e identificaram a toxemia gravídica em 26,5%, infecção em 24,5% e hemorragia com 20,6% dos óbitos maternos ocorridos nos anos de 1989 a 1991.

No estudo em capitais brasileiras, 67,1% das mortes maternas foram

decorrentes de causas obstétricas diretas. Quanto aos diagnósticos específicos, predominaram os transtornos hipertensivos, presentes em 25% dos casos. A doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia) totalizou 37% de todas as mortes obstétricas diretas. As complicações hemorrágicas, particularmente devidas à placenta prévia e ao descolamento prematuro da placenta, foram responsáveis por 9% do total e 13,3% das mortes obstétricas diretas (MINISTERIO DA SAUDE, 2006). Esses dados indicam que a melhoria da assistência é fundamental.

As síndromes hipertensivas da gravidez se mantêm, há mais de duas décadas, como as principais causas de mortalidade materna no mundo assim como determinam significativo incremento da morbidade e mortalidade perinatal. (CAMANO, 1985; FRIEDMAN *et al.*, 1995; NEME; PARPINELLI, 2000; MOODLEY, 2004; BEZERRA *et al.*, 2005; PERAÇOLI; PARPINELLI, 2005; MOODLEY, 2007).

Um estudo realizado por Moodley (2007), na África do Sul, identificou que 20% dos óbitos maternos naquele país eram em decorrência das desordens hipertensivas. No Brasil, Peraçoli, Parpinelli (2005), afirmaram que esse diagnóstico é freqüente entre as gestantes e puérperas e o que mais compromete, ocasionando a morte materna. Bezerra *et al.* (2005), realizaram um estudo na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará e constatou que no período de 1981 a 2003, morreram 122 (41,2%) mulheres por distúrbios hipertensivos e a RMM correspondente a essa patologia foi de 60,10 /100.000 NV.

A morte materna, nos países em desenvolvimento, é como uma epidemia silenciosa. É um problema de Saúde Pública não só pela sua magnitude, mas porque 90% das causas de mortes, durante o ciclo gravídico-puerperal, são evitáveis, sendo as principais: hemorragias, hipertensão, aborto, infecções e puerpério (BEREZOWSKI *et al.*, 1995; OBA; TAVARES, 2001).

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto na grande maioria das mulheres destinadas a esta experiência – hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto. Mas certas intervenções durante a gravidez poderão, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno (GELBAND *et al.*, 2001). As estratégias mais importantes constituem um tripé com intervenções específicas relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional durante a gestação (CALDERON; CECATTI; VEJA, 2006).

### 5.13. Mortalidade Materna por causa obstétrica indireta agrupados segundo o Grupo CID-10

A frequência de mortalidade materna por causa obstétrica indireta segundo diagnósticos estão apresentados na Tabela 16.

**Tabela 16.** Diagnósticos de mortalidade materna por causa obstétrica indireta agrupados segundo o Grupo CID-10 e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005.

| GRUPO CID-10                             | 1999      |            | 2000      |            | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total     |            |
|--|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|  | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          |
| Doença pelo HIV                          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 02        | 14,3       | 01        | 6,7        | -         | -          | 03        | 3,8        |
| Edema hipertensivo <sup>c</sup>          | -         | -          | 01        | 20,0       | 01        | 12,5       | 01        | 5,0        | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 03        | 3,8        |
| Outros transtornos maternos <sup>d</sup> | -         | -          | -         | -          | -         | -          | 01        | 5,0        | 01        | 7,1        | -         | -          | 01        | 25,0       | 03        | 3,8        |
| Outras afecções obstétricas <sup>h</sup> | 13        | 100        | 04        | 80,0       | 07        | 87,5       | 18        | 90,0       | 11        | 78,6       | 14        | 93,3       | 03        | 75,0       | 70        | 88,6       |
| <b>Total</b>                             | <b>13</b> | <b>100</b> | <b>05</b> | <b>100</b> | <b>08</b> | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>14</b> | <b>100</b> | <b>15</b> | <b>100</b> | <b>04</b> | <b>100</b> | <b>79</b> | <b>100</b> |

<sup>c</sup> Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; <sup>d</sup> Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez; <sup>h</sup> outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Fonte: DATASUS

Por causa obstétrica indireta foram registradas 79 mortes, dentre as quais 88,6% em decorrência de outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte. A morte materna por AIDS/HIV representa 3,8% do número de óbitos. O mesmo percentual foi encontrado para edema hipertensivo e outro transtornos maternos relacionados principalmente com a gravidez (3,8%).

Cerca de um quarto das mortes registradas nas capitais brasileiras foram por causa obstétricas diretas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esses dados indicam que a qualificação da assistência nas instituições brasileiras deve focar tanto as causas de morte diretamente relacionadas à gestação quanto às condições clínicas prévias à gestação (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007).

Neste sentido, as altas taxas de gravidez na adolescência, o aborto realizado em condições de risco, a epidemia de AIDS e a desigualdade de gênero, efetivamente representam maior vulnerabilidade entre as mulheres não somente no

aspecto biológico, mas fundamentalmente decorrem da baixa qualidade da atenção à saúde da mulher, do difícil acesso aos serviços públicos de qualidade, à falta de informação das mulheres, fatores que contribuem para elevar os indicadores de mortalidade materna (LAURENTI *et al.*, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Em um estudo realizado sobre mortalidade materna nas capitais brasileiras, com referência às doenças pré-existentes, aproximadamente a metade das famílias das falecidas informou sua presença. Sobressaíram-se, em frequência, doenças do aparelho circulatório (60%), sendo que a hipertensão, sozinha, esteve presente em 32, 5% dos agravos citados. Seguiram-se as doenças infecciosas, em 10,5% das citações. É importante salientar que, segundo as famílias, 17,4% das falecidas eram hipertensas. Essas informações são extremamente relevantes e mostram o papel que um bom serviço de pré-natal pode desempenhar, prevenindo, tratando desses agravos e, quem sabe, até evitando essas mortes (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

#### 5.14. Mortalidade Materna por causa obstétrica não especificada agrupados segundo o Grupo CID-10

Os dados obtidos sobre a frequência de mortes maternas por causa obstétrica não especificada segundo diagnósticos pelo Grupo CID-10 estão apresentados na Tabela 17.

**Tabela 17.** Diagnósticos de mortalidade materna por causa obstétrica não especificada agrupados segundo o Grupo CID-10 e ano de ocorrência. Goiás, 1999 – 2005.

| GRUPO<br>CID-10                          | 1999 |   | 2000 |   | 2001      |            | 2002      |            | 2003      |            | 2004      |            | 2005      |            | Total     |            |
|--|------|---|------|---|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|  | n    | % | n    | % | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          | n         | %          |
| Outras afecções obstétricas <sup>h</sup> | -    | - | -    | - | 02        | 100        | 01        | 100        | 03        | 100        | 01        | 100        | 02        | 100        | 09        | 100        |
| <b>Total</b>                             | -    | - | -    | - | <b>02</b> | <b>100</b> | <b>01</b> | <b>100</b> | <b>03</b> | <b>100</b> | <b>01</b> | <b>100</b> | <b>02</b> | <b>100</b> | <b>09</b> | <b>100</b> |

<sup>h</sup>outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Fonte: DATASUS

A causa obstétrica não especificada, segundo CID-10, registrou nove casos nos anos em estudos, por outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

#### **5.15. Mortalidade Materna de acordo os diagnósticos (causa obstétrica direta e indireta e não especificada) agrupados segundo o Grupo CID-10 e macrorregionais**

Os óbitos maternos segundo os diagnósticos por causa obstétrica direta e indireta e não especificada agrupados segundo o Grupo CID-10, macrorregionais e ano de ocorrência em Goiás estão representados na Tabela 18.



A Tabela 18 apresenta os óbitos conforme grupo CID-10, as macrorregionais e as causas obstétricas diretas, indiretas e não especificadas durante o período de 1999 a 2005 em Goiás.

De acordo com a causa obstétrica direta, na macrorregional Centro Oeste, no ano de 1999, o percentual de 43,5% foi em decorrência de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos. Essa patologia ficou em evidenciada nos anos 2000 (50%) e 2005 (35,7%) dos casos. Em 2001 e 2002, nessa macrorregional, a maior causa de óbito foi por complicações relacionadas predominantemente com o puerpério (32% e 38,8% respectivamente). As complicações do trabalho de parto e parto responderam por 29,4% e 38,8% em 2003 e 2004, respectivamente.

Os índices de mortalidade materna goiano, registrados pelo Sistema de Informações da Mortalidade (SIM) revelam claramente a importância de medidas para melhorar a assistência às gestantes, uma vez que, as principais causas de morbimortalidade materna são: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, Hemorragias, Infecção e Aborto, na maioria das vezes preveníveis através de medidas simples como pré-natal de qualidade e bons serviços de parto e puerpério (SECRETARIA DO ESTADO DE GOIÁS, 2005).

Nas mortes por causa obstétrica indiretas evidenciou-se que 84,3% ocorreram por afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Na macrorregional Centro-Norte, o edema, proteinúria e transtornos hipertensivos foram responsáveis pelo total dos óbitos nos anos de 2001 (55,5%) e 2005 (66,6%). Nos anos de 1999 e 2002 a principal causa direta responsável pelos óbitos foi às complicações do trabalho de parto e parto com 30% e 50% dos casos.

Em 2000, as mortes por complicações do trabalho de parto e parto e complicações relacionadas predominantemente com o puerpério obtiveram índices equivalentes hipertensivos na gravidez e complicações do trabalho de parto e parto, ambos corresponderam a 37,5% dos casos. Por causa obstétrica indireta foi registrado um total de 22,8%, sendo que 88,8% ocorreram por outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte.

Na macrorregional Nordeste, a causa obstétrica direta por edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério, foi responsável pelas mortes no ano de 2004, o equivalente a 85,7%. Em relação à causa obstétrica indireta houve um total de 26,6% dos óbitos sendo que 95,2%

foram relacionadas ao grupo CID-10 - afecções obstétricas não classificadas em outra parte. Na macrorregional Sudoeste, o maior número de óbitos devido à causa obstétrica direta foi no ano de 2002, por complicações do trabalho de parto e parto, correspondendo a 42,8% dos óbitos. As causas obstétricas indiretas foram responsáveis por 3,8% dos óbitos no total dos anos, e novamente as afecções obstétricas não classificadas em outra parte com 100% dos casos.

Na macrorregional Sudeste, mais uma vez, ficou constatado que o edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez foram responsáveis pelo maior número (47,6%) de mortes por causa direta em todos os anos de estudo assim como as causas obstétricas indiretas foram responsáveis por 6,3% dos casos.

Segundo Coelho *et al.* (2004), os transtornos hipertensivos são os que mais acometem a mulher no processo reprodutivo e que ocasionam danos graves a à saúde da gestante e do concepto. Porém, é importante ressaltar que as formas graves podem ser diagnosticadas diante de um pré – natal de qualidade e assim, evitadas complicações.

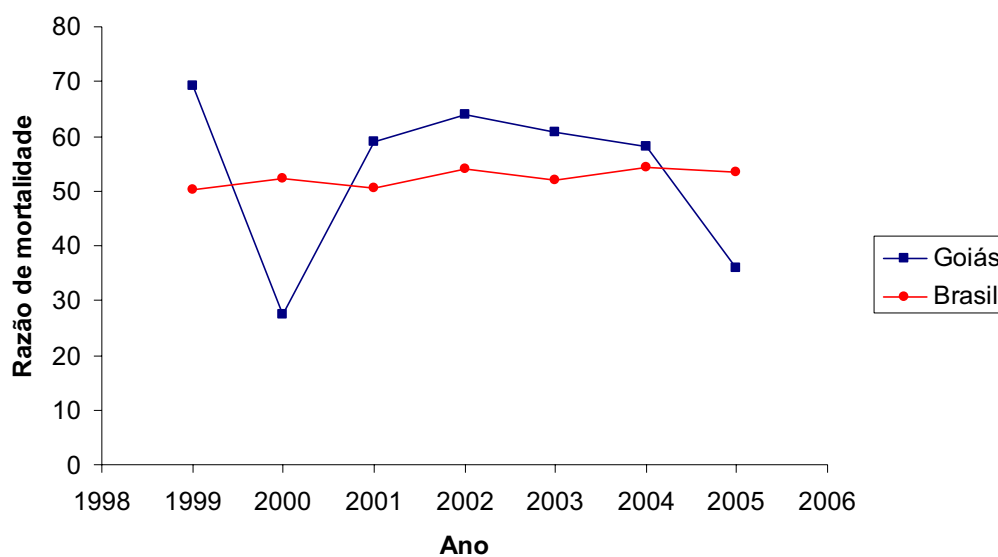
#### **5.16. Razão de Mortalidade Materna em Goiás e Brasil**

As razões de mortalidade materna em Goiás e Brasil nos anos de 1999 a 2005 estão representadas na Tabela 19.

**Tabela 19.** Frequência de nascidos vivos, morte materna e razão de mortalidade materna no período de 1999-2005, no estado de Goiás e Brasil.

| Variáveis                            | 1999        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        | 2005        | Total       | Média        |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>Goiás</b>                         |             |             |             |             |             |             |             |             |              |
| N. de nascidos vivos                 | 94.017      | 94.746      | 92.979      | 93.897      | 92.081      | 91.231      | 91.556      | 650.507     | 92.929,6     |
| N. de mortes maternas                | 65          | 26          | 55          | 60          | 56          | 53          | 33          | 348         | 49,7         |
| <b>Razão de mortalidade materna</b>  | <b>69,1</b> | <b>27,4</b> | <b>59,1</b> | <b>63,9</b> | <b>60,8</b> | <b>58,1</b> | <b>36,0</b> | <b>53,5</b> | <b>53,5</b>  |
| <b>Brasil</b>                        |             |             |             |             |             |             |             |             |              |
| N. de nascidos vivos                 | 3.256.433   | 3.206.761   | 3.115.474   | 3.059.402   | 3.038.251   | 3.026.548   | 3.035.096   | 18.933.965  | 2.704.852,1  |
| N. de mortes maternas                | 1.868       | 1.677       | 1.577       | 1.655       | 1.584       | 1.641       | 1.620       | 11.622      | 1.660,3      |
| <b>Razão de mortalidade materna</b>  | <b>50,3</b> | <b>52,3</b> | <b>50,6</b> | <b>54,1</b> | <b>52,1</b> | <b>54,2</b> | <b>53,4</b> | <b>61,4</b> | <b>52,4</b>  |
| <b>% de mortes maternas em Goiás</b> | <b>3,5%</b> | <b>1,5%</b> | <b>3,5%</b> | <b>3,6%</b> | <b>3,5%</b> | <b>3,2%</b> | <b>2,0%</b> | <b>3,0%</b> | <b>2,97%</b> |

FONTE: DATASUS

**Figura 3.** Razão de mortalidade em Goiás e Brasil durante o período de 2000 a 2005.

O número de casos de morte materna no estado de Goiás no período de 1999 a 2005 foi de 348, com uma média de 49,7 por ano. Enquanto no Brasil, no mesmo período considerado, o total obtido foi de 11.622, com uma média de 1.660,3 por ano. O percentual de casos de morte do estado de Goiás representa cerca de

3,0% do total brasileiro no período considerado (1999 a 2005), o que representa uma média de 2,7% por ano. Segundo o DATASUS, cerca de 3,01% de toda a população feminina do Brasil reside em Goiás, o que sugere que a frequência de mortes maternas está diretamente relacionada ao número total de mulheres residentes no estado.

A razão de mortalidade materna em Goiás representou em média 53,5% no período, enquanto a razão de mortalidade brasileira foi em média 52,4%. Isso mostra uma diferença mínima entre as razões estadual e nacional, concluindo que, a razão de mortalidade materna em Goiás durante o período de 1999 a 2005 reflete o que acontece em nível de Brasil. Embora, a razão de mortalidade materna goiana, nos anos de 2000 e 2005, tenha sido menor que a razão nacional, todavia, na somatória do período de 1999 a 2005 os dados comprovam que a razão foi superior do que a nacional.

Este resultado coloca o estado de Goiás e Brasil entre os altos índices de RMM, pois morre entre 50 – 149 mulheres por 100.000 nascidos vivos. A mortalidade materna, conjuntamente com a mortalidade perinatal, traduz a eficácia dos serviços de saúde, avaliando o acesso ao sistema, à frequência ao pré-natal e a assistência ao parto e puerpério. Esperar-se-ia que, quanto melhor equipado e estruturado o serviço de saúde de um determinado local, menor seriam seus índices de mortalidade materna (SASS; MATAR; CAMANO, 1995).

Há um grande diferencial socioeconômico da mortalidade materna, claramente percebido no Brasil quando comparados a outros países. Acredita-se que este diferencial seja, em grande parte, decorrente de cuidados no ciclo gravídico- puerperal subótimos ou inadequados, até em países desenvolvidos (GELLER *et al.*, 2004).

No Brasil, é importante dizer que mais de 90% dos partos ocorrem em hospitais (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Assim, não podemos afirmar que as mortes estão ocorrendo por falta de assistência, mas podemos questionar a qualidade dessa assistência às mulheres em período gravídico- puerperal.

Relacionando os dados mais gerais encontrados neste estudo com alguns referenciais constantes da revisão da literatura evidenciamos:

1. O registro correto da morte materna apresenta peculiaridade e relevância nos dados, pois as informações da DO permitem a classificação em:

morte obstétrica direta, indireta, declarada, não declarada, mascarada ou presumível, a identificação facilitou a caracterização dos dados.

Considerando a importância desse registro para caracterizar e identificar corretamente a morte materna, em 1996, o Ministério da Saúde investiu na implementação de Comitês Estaduais de Morte Materna, com inclusão na DO de uma variável que permite identificar as mulheres grávidas por ocasião do óbito e até um ano após o parto. Em 1998, a gratuidade dos registros e a introdução de mais uma via na DO com sugestão de busca ativa nas unidades notificadoras.

Em Goiás, no contexto político, no desenvolvimento social e econômico as mulheres influenciam e determinam os indicadores de morbimortalidade, uma vez que a maioria da população é do gênero feminino, essa condição acarreta desigualdades no campo social como violência, baixa remuneração e dupla jornada de trabalho, desencadeando prejuízo à saúde da mulher e contribuindo com maior demanda das ações de saúde, como usuária do SUS.

É fundamental compreender que uma mulher não deve morrer por complicações devidas ou pioradas pela gravidez ou parto. A mortalidade materna é um problema de saúde pública que deve ser enfrentado com medidas de caráter geral, como a organização de pré-natal efetivo, o estabelecimento de sistema de referência hospitalar e amplas discussões sobre planejamento familiar (OBA; SILVA, 1997).

Compete às autoridades governamentais da área da saúde viabilizarem reestruturações dos serviços do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de dar resolutividade a este desafio, demonstrando uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais frequentes na gestação, ou seja, proporcionando melhor qualidade na assistência à gravidez, ao parto e puerpério (OBA; TAVARES, 2001).

Portanto, os desafios seguem sendo enormes para se alcançar os objetivos do milênio com os quais Goiás, juntamente com o Brasil, se comprometeu em relação à mortalidade materna. Persiste a necessidade de: (a) alcançar a completude da cobertura de atenção ao pré-natal e ao parto; (b) melhorar a qualidade da atenção prestada durante a gestação e o momento do nascimento; (c) diminuir as complicações decorrentes da gravidez indesejada, por meio de uma política adequada de reprodução; (d) conceder poder institucional e político aos comitês de morte materna de forma que possam cumprir melhor suas funções; (e)

por último, mas não menos importante, apoiar a realização de um novo estudo, de âmbito nacional, para avaliar a atualidade do indicador de correção oriundo do estudo de 2002 (LEAL, 2008).

## **6. CONCLUSÃO**

---

A Secretaria de Saúde do Estado de Goiás elaborou o novo Plano Diretor de Regionalização, no qual, teoricamente, a normatização e a busca de ferramentas impõem uma redefinição para alcançar a demanda populacional. Sem essa propositura, não parece ser possível atingir os objetivos no campo da saúde que apresenta um desafio vivo para solução das questões administrativas e políticas na área de saúde da mulher que influenciam na determinação de altos índices de mortalidade materna.

A assistência à saúde da mulher é preocupante, pois tem sido efetivada por meio de metas isoladas, pautada na desarticulação das ações e na deficiência do acesso em algumas ações preconizadas no pré-natal, na rede básica de saúde. Nos centros terciários, de maior complexidade, existe a deficiência de vagas não conseguindo atender a clientela. Assim, as mesmas, são encaminhadas para unidades conveniadas, que nem sempre prestam atendimento especializado, ocasionando fenômenos de peregrinação e superlotação com sérios riscos de adoecer e morrer.

Essa desarticulação das ações no ciclo gravídico-puerperal é um dos fatores que influencia a fragmentação do cuidar e gera ansiedade com repercussões negativas para o processo de nascimento, além de ter sido causa de desconforto, violência e inúmeras mortes maternas em nosso país desrespeitando os direitos de cidadania.

Os dados disponíveis no sistema são até 2005, o que mostra uma morosidade na divulgação dos resultados, o que poderá interferir no planejamento de ações voltadas para as necessidades reais da população.

Enfatizamos que a variável “ignorada” apresentada nos resultados demonstra informações perdidas talvez por “sub-notificação”; e, portanto, considerada de muita utilidade posterior, se submetida, a rigor, a uma investigação específica para esclarecer quais informações estão mascaradas ou evadidas.

Ressalta-se que dados “ignorados” demonstram preenchimento inadequado nas declarações de óbitos. Vários fatores podem influenciar no preenchimento incorreto: tipo de assistência no momento do óbito, tipo de serviço - emergência, UTI, obstetria, clínica médica, qual profissional que prestou assistência e quem preencheu a declaração de óbito.

Na verdade, a rigor, o Comitê de Investigação de Morte Materna após estudo minucioso corrige a declaração de óbito a fim de registrar informações claras, precisas e úteis.

A atenção profissional à mulher gestante e/ou parturiente representa um elemento chave para a obtenção de bons resultados, tanto maternos quanto perinatais, partindo-se do pressuposto de que atenção ao parto de maneira adequada tem a capacidade de diminuir a ocorrência de complicações associadas à morbidade e mortalidade materna e perinatal.

O risco de ocorrer à morte materna não incide igualmente sobre todas as mulheres, a vulnerabilidade apresenta de modos diferenciados por fatores sociais, econômicos e culturais das mulheres, os quais não foram objetos de estudo nesta pesquisa.

Em Goiás, este estudo possibilitou conhecer a realidade das pacientes mais acometidas pela morte materna: as mulheres pardas e de cor branca, com escolaridade entre quatro e sete anos de estudo, em plena idade reprodutiva (20 -29 anos) e residente na macrorregional centro-oeste, devido principalmente a causas obstétricas diretas – hipertensão, hemorragias e infecção - consideradas preveníveis.

Nos países em desenvolvimento, há evidências de que as mulheres apresentam risco maior de adoecerem e morrerem durante o ciclo grávido-puerperal. Neste estudo, a taxa de mortalidade materna retrata uma situação crítica e preocupante apresentando indicadores superiores ao valor máximo admitido pela OMS.

Vale esclarecer que, em Goiás, no ano 2000, houve significativa queda na RMM, provavelmente, pela sub-notificação dos dados ou, ainda, melhoria na assistência como a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a inauguração da Maternidade Nascer Cidadão, curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica representando um novo olhar na atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal.

Contudo, a partir de 2001, 2002, 2003, 2004 estes índices voltam ao patamar: 59,1; 63,9; 60,8; 58,1 respectivamente. Vale ressaltar que, em 2005, cai bruscamente para 33 mortes como mostram os dados consolidados no DATASUS. Segundo Martins (2008), foi constatado junto ao Comitê de Morte Materna de Goiás

o número de óbitos no ano de 2005, teve um acréscimo de 10 mortes, o que implicaria em aumento na RMM, e um o erro no registro junto, ao Ministério da Saúde, sendo solicitado reparação dos dados.

Diante do exposto, consideramos que é necessário investir na melhoria da qualidade dos sistemas de informações, principalmente o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, a fim de permitir um diagnóstico fidedigno do problema, para que possa subsidiar o desenvolvimento, a execução e a avaliação de um plano de ação para reduzir a mortalidade materna.

Entendemos que, na luta contra a morte materna, a aplicação de tecnologia avançada e a capacitação profissional ajudam no diagnóstico precoce de doenças e contribuem para a prevenção do óbito materno. Entretanto, a assistência de qualidade do pré-natal, do parto e do puerpério depende de políticas institucionais, de mudanças sociais e culturais que não acontecem por si mesmas, nem de uma hora para outra, mas dependem de ação política coordenada e solidária dos sujeitos implicados no processo, como os movimentos de mulheres, familiares e amigos de mulheres vítimas de morte materna, bem como de agentes sociais e autoridades públicas comprometidas com os princípios da equidade e justiça social que compreende o direito à saúde como direito de cidadania e constitucional.

Em relação às metas da “Declaração do Milênio das Nações Unidas” assinada por representantes de 191 países, em setembro de 2000, em Nova York. Destaca-se a quinta meta “Melhorar a saúde materna” – que tem por objetivo reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna até 2015. O Brasil para enfrentar esse desafio, lançou a campanha sobre o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Na verdade, em Goiás os atuais índices de mortalidade materna e neonatal ainda não atingiram as metas proposta até o ano 2006.

Contudo, as políticas da saúde teoricamente apresentam programas e iniciativas consistentes que salvaguardam a gestante, porém, percebe-se que na prática, o desenvolvimento das ações se mostra incipiente na reversão da morbidade materna e neonatal.

Em síntese, as evidências contidas neste estudo tornam visível a importância de efetivar o programa de assistência humanizada ao parto e nascimento. Propicia, ainda, aos gestores dos serviços e aos profissionais de saúde

o conhecimento das características epidemiológicas das mulheres que obtuaram em decorrência da gravidez, parto e puerpério, identificam a distribuição de frequência dos óbitos conforme a macrorregional de ocorrência e apresenta a razão da mortalidade materna no Estado de Goiás, o que nos permite refletir acerca das práticas obstétricas e condutas terapêuticas adotadas na assistência à mulher no período gravídico-puerperal.

Na área de formação dos recursos humanos em saúde poderá servir de fundamento para formulação de outros diagnósticos críticos e adequação de políticas públicas e sociais e inclusive para orientar programas de experiências, conteúdos e atividades curriculares que atendam às reais necessidades de promoção e prevenção do risco de adoecer e morrer da população feminina.

Considerando que, embora a morte faça parte do ciclo natural da vida esta é uma problemática social, por vezes, evitada por cidadãos. No entanto, quando a morte decorre da gestação, parto ou puerpério a sociedade depara com uma situação alheia a normalidade, principalmente por fugir do ciclo vital natural e, normalmente causar a desintegração familiar.

O profissional de enfermagem no seu cotidiano visa o bem estar, à saúde e à vida, mas também depara com sentimentos de tristezas, medo, receios, dentre outras situações de perda e morte. No entanto, a enfermeira obstetra deve assistir sua clientela visando uma interação de confiança com a mulher a partir do pré-natal até o puerpério, orientando o planejamento familiar e retorno as atividades sociais.

Finalizando, como contribuições, dentre os pontos que precisam ser enfrentados, assinalam:

- Capacitação da equipe de saúde para preenchimento da Declaração Óbito, com forma minimizar registro com dados ignorados;
- Ampliar estudos sobre causas não específicas;
- Atentar para dados importantes que prejudicam análise e que não oferecem segurança de diagnóstico;
- Aprofundar estudos e analisar a rigor a categoria “Ignorado” como registra as agências nacionais do SIM.

No planejamento das ações de saúde valorizar as avaliações das notificações.

Adoção dos novos protocolos normativos do Ministério da Saúde para a assistência humanizada ao parto e nascimento, evitando o continuísmo da prática obstétrica intervencionista, marcada pela prática excessiva de cesáreas e pelo alto índice de morbimortalidade materna e infantil.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

Abouzahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bul. World Health Organ.* 2001;79(6):561-73.

Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy E, Faundes A. Fatores sócio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998;20(4):181-5.

Almeida MTCG, Beltrão KI, Leite IC. Vigilância da mortalidade materna: a identificação de mortes durante o ciclo gravídico puerperal ampliado. *Cien Saude Colet.* 2006;14(2):265-82.

Almeida NAM, Martins CA, Rios CHA, Lucas EA, Machado EA, Medeiros AV. A humanização no cuidado à parturição. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2005 [cited 2007 jun 17];7(3):355-9. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/revisao\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_02.htm).

Amaral E, Luz AG, Souza JPD. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(9):484-9.

Andrada AAC, Vitorello DA, Saab Neto JA. Mortalidade Materna no Estado de Santa Catarina durante o ano de 2001. *ACM arq. catarin. med. [Internet].* 2003 [cited 2007 jun 17];32(4):56-64. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/152.pdf>.

Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araujo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(7):380-7.

Atrash HK, Alexander AS, Berg CJ. Maternal Mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstet Gynecol.* 1995;86(4 Pt 2):700-5.

Barbalho E. Incidência de Mortalidade Materna no Brasil. Requerimento de CPI Nº 22, de 1996 [Internet]. Brasília: Portal Médico; 2002 set 17 [cited 2006 jan 05]. Available from: [http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/cpi/CPIMortalidade\\_Matern.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Matern.htm).

Berezowski AT, Suetake H, Missiato M, Rudge MVC. Mortalidade materna análise dos últimos dez anos do Centro Médico-Universitário de Botucatu-UNESP. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995;17(10):1001-7.

Bezerra EHM, Alencar Júnior CA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(9):548-53.

Braga LFCO, Soares VMN, Ribeiro C, Nazareno ER. Relatório do Comitê de Mortalidade Materna do Paraná, 1991. Inf. Epidemiol. Sus. 1992;1(7):29-49.

Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(5):310-5.

Camano L. Mortalidade Materna: prevenção. Femina 1985;13(2):1100-7.

Câmara dos Deputados. Relatório da CPI da Mortalidade Materna. Brasília (BR): Câmara dos Deputados; 2000.

Cardoso MP, Faundes A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná. Cad Saude Publica. 2006;22(10):2241-8.

Cecatti JG, Faundes A, Surita FGC. Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidanc. Sao Paulo Med J. 1999;117(1):5-12.

Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1586-94.

Cochet L, Pattinson RC, Macdonald AP. Severe acute maternal morbidity and maternal death audit-a rapid diagnostic tool for evaluating maternal care. S Afr Med J. 2003;93(9):700-2.

Coelho MR. Atenção básica da saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal [dissertation]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2003.

Coelho TM, Martins MG, Viana E, Mesquita MRS, Camano L, Sass N. Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: proteinúria hipertensivas gestação prognóstico materno e perinatal. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):207-13.

Cook RJ, Dickens BM, Andrew O. Advancing safe motherhood through human rights. Geneva: World Health Organization; 2001.

Costa AAR, Ribas MSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na cidade de Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002;24(7):455-62.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2007 oct 20]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

Dias MAS, Perillo RD. Mortalidade materna - importância e estratégias de intervenção. *Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PHH [Internet].* 2002 [cited 2007 jun 17];(5). Available from: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/maio2002/mortalidadematerna.html>.

Fathalla MF. Human rights aspects of the safe motherhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(3):409-9.

Faundes A, Cecatti JG. A complexidade do problema da mortalidade materna. In: *Morte Materna: uma tragédia evitável.* Campinas: Unicamp; 1991. p. 19-29.

Ferreira RG, Lima EL, Viggiano MGC, Moreira SFM, Amaral WN. Mortalidade materna no Estado de Goiás - 1989-1991. *J Bras Ginecol.* 1994;104(8):291-3.

Ferreira RG. Morte Materna em Goiás, situação no ano de 2000. *Go Atual.* 2001;10:7-12.

Friedman AS, Schiff E, Kao L, Sibai BM. Neonatal outcome after preterm delivery for preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(6):1785-8.

Gadelha PS, Gadelha-Costa A, Maud Filho F. Mortalidade materna no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. *Rev. da AMRIGS,* 2006;50(2):135-8.

Galli MB. Mortalidade materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livres da morte materna evitável. Rio de Janeiro: Advocaci; 2005.

Galvis YT, Montoya V, Liliana P, Gomez O, Julián J, Tamayo C *et al.* Factores asociados a mortalidad materna-estudio de casos y controles. *CES med.* 2005;19(2):19-45.

Gelband H, Liljestrand J, Nemer N, Islam M, Zupan J, Jhan P. The evidence base for interventions to reduce maternal and neonatal mortality in low and middle-income countries. Geneva: WHO; 2001.

Geller SE, Cox SM, Callaghan WM, Berg CJ. Morbidity and mortality in pregnancy: laying the groundwork for safe motherhood. *Womens Health Issues*. 2006;16(4):176-88.

Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):939-44.

Gessesew A. Maternal complications – in a zonal hospital. *Ethiop Med J*. 2007;45(1):47-54.

GOIAS, Dados sobre o Estado, acessados pela internet disponível em <http://goiasnet.globo.com/dossie/>. Acesso em 12 de novembro de 2007.

Gomes FA, Nakano MAS, Almeida AM, Matuo YK. Mortalidade materna na perspectiva dos familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):50-5.

Gomes Filho C. Desigualdades sociais associadas à mortalidade materna [dissertation]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Nupcialidade e fecundidade. Resultados da amostra. Tabelas de resultados [Internet]. Brasília (BR): IBGE; 2003 [cited 2008 jun 02]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade\\_fecundidade/tabnupqr2512.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/tabnupqr2512.pdf).

Jones RH. As metamorfoses do parto: como o parto passou a ser um assunto médico [Internet]. São Paulo: Amigas do Parto; 2004 dez 13 [cited 2007 fev 22]. Available from: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac002.html>.

Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health*. 2003; 93(2): 194–199.

Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, Santos AH, Jorge MHPJ. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. I - Metodologia e resultados gerais. Rev. Saúde Pública. 1990;24(2):128-33.

Laurenti R, Jorge MHPJ, Gotlieb SL. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. bras. Epidemiol. 2004;7(4):449-60.

Laurenti R, Jorge MHPJ, Gotlieb SL. Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento de variável da declaração de óbito. Inf. Epidemiol. Sus. 2000a;9(1):43-50.

Laurenti R, Jorge MHPJ, Gotlieb SL. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Rev Saude Publica. 2000b;16(1):23-30.

Leal MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. Cad Saude Publica. 2008;24(8):1724-5.

Manso LB, Martins CA. Gravidez de alto risco: o impacto emocional para a gestante e para o familiar. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. 2006;10(2):59-65.

Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(11):2473-9.

Martins CA, Almeida NAM, Souza MA, Candé T, Siqueira KM, Barbosa MA. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005 [cited 2007 aug 17]; 7(3):360-5. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/revisao\\_03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_03.htm).

Martins CA, Pereira SVM. Qualidade da assistência obstétrica e perinatal em hospital amigo da criança: experiência de uma maternidade - Anápolis/GO. Esc. Anna Nery. 2002;6(3):451-63.

Martins CA. Reunião do Comitê de Morte Materna de Goiás. Fev., 2008.

Martins CL. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal [thesis]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

Matei EM, Carvalho GM, Silva MBH, Merighi MAB. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. Cadernos Centro Universitário São Camilo. 2003;9(2):16-26.

Medrado R. A saúde é responsabilidade de todos [Internet]. Brasília: OPAS; 2005 nov 04 [cited 2007 aug 23]. Available form: <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=249>.

Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 1984.

Ministério da Saúde. Plano de ação para redução da mortalidade materna. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 1995.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GMS em de 1 de junho de 2000. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/assistenciaprenatal.pdf>.

Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2001a.

Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2001b.

Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2002a.

Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2002b.

Ministério da Saúde. Textos Elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. (Mimeo.)

Ministério da Saúde. Ano da Mulher. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004a.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004b.

Ministério da Saúde. Urgências e Emergências Maternas: Guia para Diagnóstico e Conduta em Situações de Risco de Morte Materna. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde. Manual técnico: pré-natal e Puerpério, atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2005b.

Ministério da Saúde. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2005c.

Ministério da Saúde. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 18/03/04) [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004 [2007 ago 01] Available from:  
[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf).

Moodley J. Maternal deaths associated with hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study. *Hypertens Pregnancy*. 2004;23(3):247-56.

Moodley J. Maternal deaths due to hypertensive disorders in pregnancy: Saving Mothers report 2002-2004. *Cardiovasc J Afr*. 2007;18(6):358-61.

Neme B, Parpinelli MA. Síndromes Hipertensivas na Gravidez. In: Neme B. Obstetrícia Básica. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 282-317.

Oba MDV, Silva MG. Mortalidade materna uma epidemia silenciosa no município de Ribeirão Preto-SP. In: Anais do 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem [CD-ROM]; 1997; Belo Horizonte, Brasil.

Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto-SP - no período de 1991 a 1995. Rev Lat Am Enfermagem. 2001;9(3):70-6.

ONG Rede Mulher de Educação. Morte materna uma tragédia que pode e deve ser evitada. Cunhary Informa. 2004 [cited 2007 oct 01];(56). Available from: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CD-ROM]. São Paulo: OMS; 1995.

Organizacion Panamericana de la Salud (OPAS). Estrategia regional para la reduccion de la mortalidad y la morbilidad materna. Washington (US): OPAS; 2002.

Organizacion Panamericana de la Salud (OPAS). Género, salud y desarrollo en las Américas: indicadores básicos 2005. Washington (US): OPAS; 2005.

Organizacion Panamericana de la Salud (OPAS). Plan de acción regional para la reduccion de la mortalidad materna en las Américas. Washington (US): OPAS; 1990.

Osava RH, Mamede MV. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. J Bras Ginecol. 1995;105(1):3-9.

Peraçoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(10):627-34.

Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Brasília: Guanabara Koogan. 2005.

Pereira MG. Indicadores de Saúde. In: Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 49-75.

Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [update 2005 dez 05, cited 2007 ago 01]. Sistema de informações sobre mortalidade. Available from: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>

Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [update 2008 jul 03, cited 2007 jun 02]. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006 (IDB-2006). Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm#demog>.

Prado A. O Parto em outras épocas e localidades [Internet]. São Paulo: Amigas do Parto; 2004 dez 13 [cited 2010 jun 21]. Available from: <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras.html>.

Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília (BR): Presidência da República; 1988 [cited 2008 Mar 01]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao\\_Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao_Compilado.htm).

Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (BR): Presidência da República; 1990 [cited 2008 Mar 01]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm).

Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências. Brasília (BR): Presidência da República; 1990 [cited 2008 Mar 01]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).

Rede Feminista [Internet]. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BR) [cited 2006 Mar 28]. Available from: <http://www.redesaude.org.br/portal/comunica/>.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. São Paulo: BIREME/OPS/OMS (BR) [cited 2007 nov 20]. Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações Available from: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>.

Reis AC, Giffin K, Silveira K. Mortalidade feminina no período reprodutivo no Brasil e nas regiões metropolitanas, 1987 e 1997. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Rezende CHA, Morelli D, Rezende IMAA. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil (1997). Rev Saude Publica. 2000;34(4):548-53.

Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):303-7.

Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad Saude Publica. 2007;23(3):701-14.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Sant'anna W. Dossiê assimetrias raciais no Brasil. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde; 2003.

Sass N, Matar R, Camano L. Coeficiente de mortalidade materna geral e decorrentes de hipertensão arterial na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo no período de 1983 a 1993. Rev Bras Ginecol Obstet. 1995;17(10):989-94.

Secretaria do Estado de Goiás. Doenças de Notificação Compulsória Detectadas pelo "Teste da Mamãe". Goiânia (BR): Secretaria do Estado de Goiás; 2003.

Secretaria do Estado de Goiás. Plano diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde. Goiânia (BR): Secretaria do Estado de Goiás; 2002.

Secretaria do Estado de Goiás. Redução da mortalidade materna: um desafio para a Saúde pública em Goiás. Goiânia (BR): Secretaria do Estado de Goiás; 2005.

Soares VMN, Martins AL. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2006;6(4):453-60.

Sousa MH, Cecatti JG, Hardy E, Amaral E, Souza JPD, Serruya SJ. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2006;6(2):161-8.

Sousa MH, Cecatti JG, Hardy E, Serruya SJ. Declared maternal death and the linkage between health information systems. *Rev Saude Publica.* 2007;41(2):181-9.

Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Seruya SJ. Revisão Sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):255-64.

Stewart MK, Stanton CK, Festin M, Jacobson N. Issues in measuring maternal morbidity: lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. *Stud Fam Plann.* 1996;27(1):29-35.

Tanaka AC, Mitsuiki L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras: relatório de pesquisa. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

Tedesco JJ. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu; 1999.

Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no município de Rio de Janeiro, 1993 a 1996. *Cad Saude Publica.* 1999;15(2):397-403.

Tyrrel MAT, Carvalho V. Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político, social e inserção da Enfermagem [thesis]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 1995.

Tyrrel MTR. (Re) pensando a formação da Enfermeira Obstetra para a Assistência à Saúde da Mulher. Conferência inaugural. In: ABENFO/GO. Seminário sobre perfil da enfermeira obstetra. Goiânia: ABENFO/GO; 2000.

Valadares Neto JD, Martins MPSS, Valadares SM, Costa Filho NF. Mortalidade Materna na Maternidade Dona "Evangênica Rosa". *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995;17(10):977-81.

Valongueiro S, Ludermir AB, Gominho LA. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. *Cad Saude Publica*. 2003;19(2):S293-S301.

Vega CEP, Kahhale S, Zugaib M. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). *Clinics*. 2007;62(6):679-84.

Victoria CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev. bras. Epidemiol*. 2001;4(1):3-69.

Viggiano MB, Viggiano MGC, Souza E, Camano L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(4):317-23.

World Health Organization (WHO). Maternal mortality in 2000: estimatives developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: WHO; 2003.



## ANEXO I. CARTA DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL/ GO



### CARTA DE APROVAÇÃO

Goiania, 03 de abril de 2017.

Protocolo CEP-HMI Nº 001/17

Título do Projeto: A morte materna: na perspectiva dos familiares e profissionais de saúde (Versão 2).

Seu(a) Investigador(a) Responsável: Luciana de Almeida Ribeiro Prudente

Comunicamos-lhe que o Comitê de Ética de Pesquisa Humana do Hospital Materno Infantil CEP-HMI, analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa acima referido, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Versão III) e estes considerados conformes com os princípios éticos vigentes.

Lembramos, ainda, ao investigador responsável, a necessidade de encaminhar ao CEP-HMI relatórios trimestrais de andamento, atualizações, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Marco Aurélio Albernaz  
Coordenador do CEP-HMI

## ANEXO II. MUNICÍPIOS DE GOIÁS

|                      |                            |                             |                      |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| <b>Centro Oeste</b>  | Inhumas                    | Senador Canedo              | Alto Horizonte       |
| Abadia de Goiás      | Iporá                      | Silvânia                    | Amaralina            |
| Adelândia            | Israelândia                | Taquaral de Goiás           | Anápolis             |
| Americano do Brasil  | Itaberaí                   | Trindade                    | Barro Alto           |
| Amorinópolis         | Itaguari                   | Turvânia                    | Bonópolis            |
| Anicuns              | Itapirapuã                 | Varjão                      | Campinaçu            |
| Aparecida de Goiânia | Itapuranga                 | Vianópolis                  | Campinorte           |
| Araçu                | Itauçu                     | Vicentinópolis              | Campo Limpo de Goiás |
| Aragarças            | Ivolândia                  |                             | Campos Verdes        |
| Aragoiânia           | Jandaia                    | <b>Nordeste</b>             | Carmo do Rio Verde   |
| Araguapaz            | Jaupaci                    | Água Fria de Goiás          | Ceres                |
| Arenópolis           | Jesúpolis                  | Águas Lindas de Goiás       | Cocalzinho de Goiás  |
| Aruanã               | Jussara                    | Alto Paraíso de Goiás       | Colinas do Sul       |
| Aurilândia           | Leopoldo de Bulhões        | Alvorada do Norte           | Corumbá de Goiás     |
| Avelinópolis         | Mairipotaba                | Buritinópolis               | Crixás               |
| Baliza               | Matrinchã                  | Cabeceiras                  | Estrela do Norte     |
| Bela Vista de Goiás  | Moiporá                    | Campos Belos                | Formoso              |
| Bom Jardim de Goiás  | Montes Claros de Goiás     | Cavalcante                  | Gameleira de Goiás   |
| Bonfinópolis         | Mossâmedes                 | Cidade Ocidental            | Goianápolis          |
| Brazabrantes         | Mozarlândia                | Cristalina                  | Goianésia            |
| Britânia             | Nazário                    | Damianópolis                | Guarinos             |
| Buriti de Goiás      | Nerópolis                  | Divinópolis de Goiás        | Hidrolina            |
| Cachoeira de Goiás   | Nova Crixás                | Flores de Goiás             | Ipiranga de Goiás    |
| Caldazinha           | Nova Veneza                | Formosa                     | Itaguaru             |
| Campestre de Goiás   | Novo Brasil                | Guarani de Goiás            | Itapaci              |
| Caturaí              | Orizona                    | Iaciara                     | Jaraguá              |
| Cezarina             | Ouro Verde de Goiás        | Luziânia                    | Mara Rosa            |
| Córrego do Ouro      | Palestina de Goiás         | Mambaí                      | Mimoso de Goiás      |
| Cristianópolis       | Palmeiras de Goiás         | Monte Alegre de Goiás       | Minaçu               |
| Cromínia             | Palminópolis               | Nova Roma                   | Montividiu do Norte  |
| Damolândia           | Paraúna                    | Novo Gama                   | Morro Agudo de Goiás |
| Diorama              | Petrolina de Goiás         | Planaltina                  | Mundo Novo           |
| Edealina             | Piracanjuba                | Posse                       | Mutunópolis          |
| Edéia                | Piranhas                   | Santo Antônio do Descoberto | Niquelândia          |
| Faina                | Pontalina                  | São Domingos                | Nova América         |
| Fazenda Nova         | Professor Jamil            | São João d'Aliança          | Nova Glória          |
| Firminópolis         | Sanclerlândia              | Simolândia                  | Nova Iguaçu de Goiás |
| Goiânia              | Santa Bárbara de Goiás     | Sítio d'Abadia              | Novo Planalto        |
| Goianira             | Santa Fé de Goiás          | Teresina de Goiás           | Padre Bernardo       |
| Goiás                | Santa Rosa de Goiás        | Valparaíso de Goiás         | Pilar de Goiás       |
| Guapó                | Santo Antônio de Goiás     | Vila Boa                    | Pirenópolis          |
| Guaraíta             | São Francisco de Goiás     |                             | Porangatu            |
| Heitorai             | São João da Paraúna        | <b>Centro Norte</b>         | Rialma               |
| Hidrolândia          | São Luís de Montes Belos   | Abadiânia                   | Rianápolis           |
| Indiara              | São Miguel do Passa Quatro | Alexânia                    | Rubiataba            |

---

|                            |                        |                        |                     |
|----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| Santa Isabel               | Caçu                   | Santo Antônio da Barra | Goiatuba            |
| Santa Rita do Novo Destino | Caiapônia              | São Simão              | Gouvelândia         |
| Santa Tereza de Goiás      | Castelândia            | Serranópolis           | Inaciolândia        |
| Santa Terezinha de Goiás   | Chapadão do Céu        | Turvelândia            | Ipameri             |
| São Luíz do Norte          | Doverlândia            |                        | Itumbiara           |
| São Miguel do Araguaia     | Itajá                  | <b>Sudeste</b>         | Joviânia            |
| São Patrício               | Itarumã                | Água Limpa             | Marzagão            |
| Terezópolis de Goiás       | Jataí                  | Aloândia               | Morrinhos           |
| Trombas                    | Lagoa Santa            | Ananguera              | Nova Aurora         |
| Uirapuru                   | Maurilândia            | Bom Jesus de Goiás     | Ouvidor             |
| Uruaçu                     | Mineiros               | Buriti Alegre          | Palmelo             |
| Uruana                     | Montividiu             | Cachoeira Dourada      | Panamá              |
| Vila Propício              | Paranaiguara           | Caldas Novas           | Pires do Rio        |
|                            | Perolândia             | Campo Alegre de Goiás  | Porteirão           |
| <b>Sudoeste</b>            | Portelândia            | Catalão                | Rio Quente          |
| Acreúna                    | Quirinópolis           | Corumbaíba             | Santa Cruz de Goiás |
| Aparecida do Rio Doce      | Rio Verde              | Cumari                 | Três Ranchos        |
| Aporé                      | Santa Helena de Goiás  | Davinópolis            | Urutaí              |
| Cachoeira Alta             | Santa Rita do Araguaia | Goiandira              |                     |