

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLENILDA APARECIDA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE
MATERNA NO ESTADO DE RONDÔNIA, COM BASE NOS DADOS DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CLENILDA APARECIDA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE
MATERNA NO ESTADO DE RONDÔNIA, COM BASE NOS DADOS DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Alecssandra F. S. Viduedo

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Proposta de implantação do comitê estadual de mortalidade materna no estado de Rondônia, com base nos dados do sistema de informação sobre mortalidade de autoria do aluno **Clenilda Aparecida dos Santos** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Enfermagem em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Alecssandra F. S. Viduedo
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida e por sempre estar ao meu lado, principalmente quando achava que seria impossível a caminhada.

Aos meus pais Almerinda Luiza e Luiz Joaquim pela minha existência. Sem vocês eu não estaria aqui. Agradeço todos os dias a Deus por vocês existirem na minha vida.

Aos meus irmãos Clésia, Carlos, Cleidilene e Renato, por sempre acreditarem em mim, e na minha capacidade.

Ao meu namorado Ademilton Dresch, por ser o meu companheiro de todas as horas.

A minha orientadora Alecssandra Viduedo pela confiança em mim depositada.

Aos amigos que torceram por mim durante essa jornada.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. O meu muito

Obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
2.1 MORTALIDADE MATERNA	3
2.2 COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA	5
3 MÉTODO	8
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	9
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
6. REFERÊNCIAS	15

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –Distribuição dos Óbitos Maternos, Nascidos Vivos e Razão de Mortalidade Materna. Rondônia, 2009-2013.	9
TABELA 2 - Distribuição dos Óbitos Maternos por idade e raça/cor, em números absolutos (N) e porcentagem (%) no estado de Rondônia, 2009-2013.	11
TABELA 3 – Local de Ocorrência dos óbitos maternos, em números absolutos (N) e porcentagem (%) n estado de Rondônia no período de 2009 a 2013.....	11
TABELA 4 - Distribuição de óbitos maternos por causas obstétricas de mulheres residentes segundo causas. Rondônia, Brasil, 2009-2013	12

RESUMO

A mortalidade materna é um indicador que vem se destacando muito, devido ao grande impacto social e de sua relevância na saúde pública. O **objetivo** desse estudo é mostrar a evolução dos óbitos maternos notificados nos últimos cinco anos, no estado de Rondônia, fazendo uma reflexão sobre a necessidade de implantação de um Comitê Estadual de Mortalidade Materno no estado de Rondônia. **Método:** estudo transversal, descritivo, documental, baseado na tecnologia de administração, os dados foram coletados do Sistema de Informação de Mortalidade, no mês de Janeiro de 2014, e os anos estudados foram de 2009 a 2013. **Resultados:** a Razão de Mortalidade Materna no estado foi de 61,6 óbitos/100.000 nascidos vivos, no período estudo, e as causas dos óbitos foram: infecção puerperal com 14 óbitos (16,3%), seguida da eclampsia 10 óbitos (11,6%) e Hipertensão gestacional com proteinúria significativa com sete mortes (8,1%). **Conclusão:** diante desses resultados propõe-se então, a implantação de um Comitê Estadual de Mortalidade Materna, pois esse comitê tem o objetivo de identificar as causas relacionadas aos óbitos maternos, especialmente aquelas que poderiam ser evitadas e propor medidas efetivas no intuito de reduzir de forma significativa a mortalidade materna em nosso estado.

Palavras chaves: Mortalidade materna; Saúde da Mulher; Enfermagem

1. INTRODUÇÃO

Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento ainda permanecem bastante elevados: a cada ano, mais de 500 mil mulheres morrem em consequência da gravidez ou do parto, em sua maioria por falta ou inadequação de atendimento (MOTA, 2008).

A morte materna é um evento de notificação compulsória, definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS, 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 localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais (OMS / CID – 10, 2007).

A mortalidade materna se constitui em indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população. Além disso, aponta para a determinação política de uma nação em realizar ações de saúde coletiva. No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna: sub-informações e sub-registros das declarações de óbito, daí a importância dos comitês regionais para obtenção do real registro desses óbitos (MORAES *et al.*, 2008).

Segundo Brasil (2004), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras.

Razão de mortalidade materna (RMM) é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna, calculado pela relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (LAURENTI, 2000).

Em países/regiões desenvolvidos as taxas (ou coeficientes) podem variar entre 4 e 15 por 100 mil nascidos vivos e em países/regiões subdesenvolvidos podem ter um mínimo de 80 por 100 mil nascidos vivos, podendo chegar a 500 mortes por 100 mil nascidos vivos, como no caso de alguns países africanos em 1996 (LAURENTI, 2000).

A morte materna é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete, principalmente, a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes (TANAKA, 2000).

Justifica-se a realização do estudo sobre a mortalidade materna, pois é um indicador de grande magnitude, além de que poderá trazer resultados positivos para a gestão e assim, repercutirem em diminuição das mortes maternas principalmente as de causas evitáveis. E após a realização desta análise situacional a proposta é que seja criado como fator de contribuição para a redução das mortes o Comitê de Mortalidade Materna no Estado, pois este é considerado um excelente instrumento para a identificação da morte materna, os fatores determinantes e principalmente propor medidas que venham a reduzir a ocorrência de novos óbitos.

Assim, os comitês de mortalidade materna fazem parte do sistema de vigilância epidemiológica e constituem um instrumento governamental e de controle social, que deve mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o seu principal objetivo que é a redução da mortalidade materna na sua região de abrangência. Podem também ser descritos como uma medida para superar a insuficiência e a dificuldade na obtenção de dados relacionados à ocorrência e as circunstâncias dos óbitos maternos (MOTA; GAMA; THEME FILHA, 2008; SOARES; MARTINS, 2006).

Embora os comitês de mortalidade materna sejam aceitos como uma estratégia por todos os estados do Brasil, a implantação dos mesmos oscila entre avanços e regressos o que evidencia uma necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade (BRASIL, 2007).

Em virtude dos fatos mencionados, este trabalho tem como objetivo geral mostrar a evolução dos óbitos maternos notificados, nos últimos cinco anos, no estado de Rondônia, fazendo uma reflexão sobre a necessidade de implantação de um Comitê Estadual de Mortalidade Materna no estado de Rondônia, os objetivos específicos do estudo são descrever sobre a mortalidade materna no estado de Rondônia; identificar quais os óbitos de causas evitáveis e Propor a criação do comitê de mortalidade materna;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Mortalidade Materna

A organização mundial da saúde (OMS) considera como morte materna o óbito de uma mulher ocorrido no período de tempo que abrange desde a gestação até o 42º dia após o término da mesma, independente da duração ou da localização da gravidez. A morte materna está relacionada a quadros onde a gravidez causou ou agravou a causa do óbito, ou até mesmo por medidas tomadas em relação à gravidez em questão, porém não se relaciona a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2004).

A mortalidade materna trata-se de um indicador da realidade socioeconômica de um país que reflete a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (SILVA, 1992; GALLOTTI *et al* 2006; MOTA; GAMA;THEME FILHA, 2008). Além de ser uma das mais graves ofensas aos direitos humanos das mulheres, por ser algo que pode ser evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2003). Os dados oficiais de mortalidade materna no Brasil, não refletem a real magnitude do problema, devido à subinformação e o sub-registro dos óbitos notificados (BRASIL, 2004).

De acordo com a portaria nº. 723 de 10/05/2001 do Ministério da Saúde, uma razão de mortalidade materna (RMM) acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos é considerada elevada, uma vez que, a organização mundial da saúde (OMS) preconiza como aceitável o índice de 10 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2005).

Em 2003, de acordo com os dados tabulados pelo Sistema de Informação de Mortalidade/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SIM/SINASC), no mês de julho de 2005, a razão de mortalidade materna no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2007).

Devido aos grandes avanços tecnológicos e científicos nas áreas de saúde materna e perinatal nas últimas décadas do século XX, tornou-se inaceitável a ocorrência de algum dano no processo de reprodução da mulher que possa levá-la a morte. Neste contexto, o Ministério da Saúde vem adotando várias medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a atenção obstétrica, e como estratégia da política de assistência integral a saúde da mulher (PAISM), foram implantados no Brasil, em 1987, os comitês de mortalidade materna (BRASIL, 2007).

O Ministério da saúde, mobilizando instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país com a implantação dos comitês, conseguiu alcançar em 2005 a implantação de 27 comitês estaduais de morte materna, e neste mesmo ano foram registrados a existência de 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares (BRASIL, 2007).

Segundo Soares e Martins (2006) os comitês de mortalidade materna compreendem organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que tem por objetivos mobilizar parceiros para reduzir a mortalidade materna, analisar, identificar e contribuir para a melhoria da informação sobre óbitos maternos, além de representarem também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher.

Apesar dos comitês de mortalidade materna constituírem estratégias bem aceitas por todos os estados do Brasil, a implantação dos mesmos oscilam entre avanços e regressos e isso indica a necessidade de se fortalecer o controle social neste processo, de forma a garantir a sua continuidade (BRASIL, 2007).

Estudos realizados por Ferrari e Lima (2010) mostram que dos 62 profissionais obstétricos entrevistados em Porto Velho, 43,5% recomendariam o parto normal as suas filhas, sendo que 32,3% recomendariam à cesariana e ainda 56,5% consideram que a gestante atendida na rede pública deveria ter o direito de optar pela via de parto, enquanto que 38,7% acham que elas não deveriam ter direito a essa escolha.

O ministério da saúde vem promovendo políticas de incentivo à humanização do parto visando prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. Além de proporcionar cursos e treinamentos para conscientizar os profissionais sobre as necessidades de mudar práticas e humanizar o parto, apoiou e regulamentou a “Lei do parto” Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, para garantir às parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós- parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

2.2. Comitês de Mortalidade Materna

Historicamente, foram criados em 1931 na Filadélfia, Estados Unidos, os primeiros comitês, mas os comitês que tiveram resultado positivo internacional acabou sendo o Reino Unido. A primeira investigação confidencial de óbitos maternos teve início em 1952, tal investigação serviu para originar propostas eficazes para a prevenção dos óbitos. O resultado foi satisfatório e a pesquisa sobre os óbitos continuam sendo realizada até os dias atuais, com publicação periódica de relatórios (BRASIL, 2007).

Assim como em Cuba, na América Latina, a comissão nacional analisa as mortes maternas do país, após a análise, o prazo máximo de notificação é de até 24hs e a investigação é de 15 dias. Após avaliações de óbitos, retornam as instituições de saúde, onde de fato ocorreram as mortes, e os resultados que foram gerados sustentam o Sistema de Informação sobre Mortalidade Materna (SIMM). Em 1987 a redução dos óbitos maternos passou a ser responsabilidade de todos os países em desenvolvimento, isso ocorreu após a conferência de Nairobi (BRASIL, 2007).

Na América Latina, esse pacto pela saúde, se refletiu na implantação de novos comitês de mortes maternas no ano de 1990 com a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, além disso, foi estabelecido na reunião várias resoluções que definissem uma política que englobasse uma assistência integral a saúde da mulher e a implantação de um método de vigilância da mortalidade materna (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, atualmente na Nicarágua, Argentina, Colômbia, no México, Panamá, Peru, Equador, Paraguai, existem comitês nacionais, regionais e locais, exceto no Chile que tem apenas um comitê nacional (BRASIL, 2007).

No Brasil, como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), delineada pelo Ministério da Saúde em 1984, foram implantados os comitês estaduais de óbitos maternos. Mas, de fato, somente em 1987, se deu o surgimento dos comitês de óbitos maternos em todo o Brasil. Os primeiros comitês municipais foram formados no estado de São Paulo, com o apoio do Ministério da Saúde. Em seguida, expandiu, chegando aos estados do Rio de Janeiro, Paraná e Goiás (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde contou com uma equipe de consultores com os seguintes profissionais: gestores estaduais, representantes de sociedades científicas e professores universitários. Essa equipe de multiprofissionais futuramente ajudaria na estratégia dos comitês

garantindo a sintonia das reais necessidades da população e as políticas propostas (BRASIL, 2007).

Houve mobilizações em todo o país nas instituições ligadas a saúde da mulher e isso facilitou para o Ministério da Saúde que conseguiu que fossem implantados em todos os estados da federação no período de 1993 a 1996 os comitês estaduais de morte materna. Estes comitês tiveram o apoio técnico da acessória do Ministério para determinar planos de ações, captarem recursos financeiros, além de sensibilizar autoridades sanitárias para adoção de propostas de prevenção aos óbitos maternos (BRASIL, 2007).

Em 2005, já estavam implantados 27 comitês estaduais de morte materna, nesse mesmo ano, foram registrados a existência de 172 comitês regionais, 206 hospitalares e 748 municipais (BRASIL, 2007).

Os comitês de mortalidade materna fazem parte da estrutura do sistema de vigilância epidemiológica, que permite a monitorização e implementação de políticas públicas para a prevenção e até mesmo a recuperação de casos de óbitos maternos (MARTINS, 2006).

Para Soares e Martins (2006), os comitês constituem um instrumento governamental e de controle social, que deve mobilizar parceiros e atuar em conjunto com outros setores públicos, visando o seu principal objetivo que é a redução da mortalidade materna na sua região de abrangência.

Podendo também ser descrito como uma estratégia para superar a insuficiência e a dificuldade na obtenção de dados relacionados à ocorrência e as circunstâncias dos óbitos maternos (GAMA, MOTA, THEME FILHA, 2008).

Tal estratégia pode ser composta por representantes da secretaria de saúde (área técnica de saúde da mulher, programa saúde da família, agentes comunitários e vigilância epidemiológica); conselho regional de medicina e enfermagem; sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, enfermagem obstétrica); movimento de mulheres, incluindo negras e índias; faculdade de enfermagem, medicina, saúde pública; conselhos de saúde; ministério público e secretarias, coordenadorias ou conselhos de defesa dos direitos da mulher (BRASIL, 2007).

A representação do ministério público nos comitês é de grande importância para garantir e por em prática as medidas de prevenção definidas pelos comitês. Vale lembrar que, se o município for de pequeno porte e não tiver todos os representantes acima citados, não será impedimento para a formação de um comitê, nesse caso, o comitê poderá ser constituído por

profissionais que possam ser capacitados para tal função (BRASIL, 2007).

Segundo Peixoto *et al* (2006), para se implantar algum programa que cujo objetivo é a redução da mortalidade materna é necessário a identificação das causas dos óbitos, levantamento das áreas de concentração, identificar possíveis fatores de risco e as intervenções que podem ser realizadas.

Em contrapartida, de acordo com o ministério da saúde, para se formar o comitê, é necessária a realização de um seminário para fazer com que os representantes das instituições escolhidas para compô-lo se sensibilizem, nesse momento pode-se colocar em debate informações relacionadas à assistência da mulher, o planejamento familiar, as classificações dos óbitos maternos e os dados disponíveis, além de expor as funções e finalidades do comitê (BRASIL, 2007).

Após a realização deste seminário, se as instituições confirmarem o interesse, é feito então, a convocação oficial. Para que a população fique sabendo da implantação são realizados seminários e cerimônias de posse. Depois da 1º reunião com os membros, é elaborado um plano de ação, geralmente os comitês estaduais incluem em seu plano de ação a formação de comitês municipais e regionais (BRASIL, 2007).

Em relação a investigação dos óbitos, o mesmo é realizado após obter a declaração dos óbitos maternos preenchidos, o comitê ou a seção de epidemiologia deverá realizar reunião para analisarem detalhadamente os casos, o que inclui a assistência prestada à gestante no pré-natal, parto, aborto e puerpério, o perfil socioeconômico, se os dados da declaração dos óbitos estão precisos, causas da morte, se foi declarado ou não, se era evitável a morte, os fatos que poderiam ser evitados, incluindo a prevenção (BRASIL, 2007).

É de fundamental importância a presença de especialistas em obstetrícia para avaliarem a assistência dispensada à mulher. Em alguns comitês regionais, há presença também dos profissionais de saúde que atenderam a mulher, pois é uma forma produtiva de se corrigir alguma irregularidade na assistência que podem ter levado a morte. Uma vez que, o propósito da investigação não é culpar o profissional, ou o serviço pela morte, e sim, prevenir que outros casos similares aconteçam futuramente (BRASIL, 2007).

Para a realização de propostas de intervenção o comitê deverá perceber em cada caso investigado, algo que poderá ser inovado para evitar mortes futuras e conduzir tais modificações a aqueles que poderão realizar estas mudanças, só assim, será possível contribuir para a redução

da mortalidade. No entanto, é dever dos comitês de indicar o problema e sugerir medidas para que as secretarias de saúde e os diretores dos serviços de saúde possam implementar as ações para solucionar os problemas (BRASIL, 2007).

3 MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como transversal, descritivo, documental, baseado na tecnologia da administração, sendo realizado a partir de dados coletados na Agência de Vigilância Sanitária (AGEVISA). Conforme a Lei Complementar Nº 333, 27 de Dezembro (2005) a Agência Estadual de Vigilância em Saúde (AGEVISA), é uma autarquia especial vinculada a Secretaria Estadual de Saúde- SESAU atua em todo o território estadual. Além de que foi regulamentada pelo decreto nº 16219, 26 de setembro de 2011, e dentre suas finalidades institucionais estão inseridos os programas destinados a vigilância e controle de doenças tais como: DST/AIDS; Núcleo de Vigilância Ambiental (NVA); Tuberculose e Hanseníase; Tracoma; Malária; Dengue, entre outros.

3.2. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), considerado um sistema de vigilância Epidemiológica Nacional, que possui como objetivo captar dados registrados de óbitos do país, assim, fornecendo informações sobre mortalidade para todas as instancias do Sistema de Saúde. As informações contidas no SIM foram obtidas no mês de Janeiro de 2014.

Vale salientar que este estudo foi realizado como forma de justificativa para a implantação do comitê estadual de mortalidade materna que será apresentado para o Gestor Estadual de Saúde.

3.3. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa mulheres de 10 a 49 anos, que evoluíram para óbitos no período de 2009 a 2013. Fizeram parte da pesquisa os óbitos ocorridos durante a gestação, partos ou até 42 dias após o termino da mesma, e causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Foram excluídas mulheres que não se enquadraram nos critérios de inclusão mencionados acima, aquelas em que o óbito não foi definido como materno provocado por fatores acidentais e incidentais, ou óbitos classificados como mortes maternas tardias.

3.4. Tratamento dos dados

Para seu cálculo, foi determinado o número de óbitos maternos (através do SIM) e de nascidos vivos (através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC) residentes no estado de Rondônia para cada ano (2009 a 2013).

Para análise dos dados, foi utilizado o programa de computação do Excel®, onde os mesmos serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos para melhor visualização e interpretação dos resultados.

3.5. Considerações éticas

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC são instrumentos com informações públicas, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, dispensando assim a aprovação do comitê de ética.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Para se conhecer o nível de morte materna, seja ela de modo direta ou indireta é verificado através da taxa ou coeficiente de mortalidade materna, esse indicador será apresentado na Tabela 1, através da razão de mortalidade materna no estado de Rondônia, obtido pelo cálculo (n° óbitos maternos diretos e indiretos/ n° nascidos vivos x 100.000).

TABELA 1 - Distribuição dos Óbitos Maternos, Nascidos Vivos e Razão de Mortalidade Materna. Rondônia, 2009-2013.

ANO	ÓBITOS MATERNOS	NASCIDOS VIVOS (NV)	RMM
2009	17	25330	67,1
2010	20	46220	43,2
2011	12	27479	43,7
2012	17	26246	64,8
2013	18	23953	75,1
TOTAL	84	147228	58,9

Fonte: NASS-GTVAE-AGEVISA/RO

A mortalidade materna é considerada um problema de saúde pública, então, conhecer a taxa de mortalidade da região de estudo, poderá ser possível fornecer subsídios para uma assistência mais eficaz, com o objetivo de reduzir o número de casos. Assim, analisando a tabela acima, o ano em que ocorreu maior número de morte materna entre 10 a 49 anos foi em 2013, com 75,1 óbitos/100.000 nascidos vivos, seguido do ano de 2009 com 67,1 óbitos/100.000 nascidos vivos. De acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde

(OMS), essa razão é considerada alta, pois de acordo com a mesma, ela admite que tenha entre 10 e 20 mortes por 100.000 nascidos vivos.

De acordo com Laurente, Jorge e Gotlieb (2004) foi realizado um estudo no Brasil, sobre a mortalidade materna nas capitais brasileiras revelou uma Razão de Mortalidade Materna de 54,3/100.000 nascidos vivos, destacando a região Norte do país com 52,9/100.000 (NV). Esses dados são semelhantes ao estudo observado em Rondônia pela presente pesquisa e refletem a necessidade de medidas eficazes para melhorar a saúde da mulher.

Além disso, é necessário enfatizar que não foi observada redução significativa da RMM no estado de Rondônia nos últimos cinco anos, E isso, faz com que haja questionamento sobre a eficácia das medidas que estão sendo realizadas para diminuir a mortalidade materna. Assim, esse resultado vem ainda confirmar a permanência de importantes entraves que impossibilitam a redução da mortalidade no estado.

Em relação a variável idade, Tabela 2, predominou a faixa etária entre 20-29 anos com 45 óbitos (53,6%), assim como observado em um estudo realizado por Leite et al. (2011), onde em seu estudo a idade que se destacou foi entre 20 a 34 anos, o que era esperado, pois nessa idade ocorre um maior número de gravidezes. Ainda sobre a idade de ocorrência dos óbitos nota-se que seguida destaca-se a de 30-39 anos, 25 óbitos (29,8%). Assim, é um número considerável, e a partir dessa informação dá-se a entender que algumas mulheres estão optando por engravidar tardiamente, ou isso se reflete a aquelas mulheres que tem acesso a técnicas de fertilização assistida. Porém, a gravidez nesta faixa etária tem o risco aumentado para complicações obstétricas tanto na mãe, quanto no feto ou no recém-nascido.

TABELA 2 - Distribuição dos Óbitos Maternos por idade e raça/cor, em números absolutos (N) e porcentagem (%) no estado de Rondônia, 2009-2013.

VARIÁVEL	N	%
IDADE		
10-19 anos	9	10,7
20-29 anos	45	53,6
30-39 anos	25	29,8
40-49 anos	5	6,0
RAÇA		
Branca	25	29,8
Preta	10	11,9
Parda	43	51,2
Indígena	1	1,2
Não	5	6,0
Informado		
TOTAL	84	100,0

Fonte: NASS-GTVAE-AGEVISA/RO

E no que se concerne a raça/cor, identificou que a maioria dos óbitos por causas maternas, ocorreu em sua maioria na raça parda (51,2%) dos óbitos. Outras pesquisas também identificaram essa variável como Leite et. al (2011).

TABELA 3 – Local de Ocorrência dos óbitos maternos, em números absolutos (N) e porcentagem (%) n estado de Rondônia no período de 2009 a 2013.

Ano do Óbito	Hospital	Domicílio	Outros	Total
2009	17	-	-	17
2010	20	-	-	20
2011	11	-	1	12
2012	16	1	-	17
2013	18	-	-	18
Total	82	1	1	84

Fonte: NASS-GTVAE-AGEVISA/RO

Ao analisar os óbitos maternos em relação ao local de ocorrência dos mesmos, Tabela 3, foi observado que 82 (97,6%) ocorreram em estabelecimento hospitalar, o que se destaca também

em outros estudo realizados como Bomfim et. al (2008), no estado de Pernambuco, onde ocorreram cerca de 89,9% dos óbitos neste local. Assim, torna-se imprescindível a avaliação da assistência prestada a essas mulheres na assistência. Outro fato importante de se ter o conhecimento é em relação a causa dos óbitos maternos, conforme Tabela 4 abaixo.

TABELA 4 - Distribuição de óbitos maternos por causas obstétricas de mulheres residentes segundo causas. Rondônia, Brasil, 2009-2013

Causa dos óbitos (CID 10)	N	%
O00 Gravidez ectópica	2	2,3
O01 Mola hidatiforme	1	1,2
O02 Outros produtos anormais da concepção	1	1,2
O03 Aborto espontâneo	1	1,2
O07 Falha de tentativa de aborto	2	2,4
O10 Hipertensão pré-existente complicações gravidez, parto e puerpério.	1	1,2
O14 Hipertensão gestacional c/ proteinúria significativa	7	8,1
O15 Eclampsia	10	11,6
O16 Hipertensão materna Não Especificada	1	1,2
O23 Infecção do trato geniturinário na gravidez	3	3,5
O26 Assistência materna e outras complicações ligadas predominante na gravidez	1	1,2
O36 Assistência prestada mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados	2	2,4
O42 Ruptura prematura de membranas	1	1,2
O44 Placenta previa	1	1,2
O45 Descolamento prematuro da placenta	1	1,2
O62 Anormalidades da contração uterina	1	1,2
O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto	3	3,5
Não Classificada em Outra Parte (NCOP)		
O72 Hemorragia pós-parto	1	1,2
O74 Complicações anestesia durante trabalho de parto e parto	1	1,2
O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto, Não Classificada em Outra Parte (NCOP)	3	3,5
O85 Infecção puerperal	14	16,3
O88 Embolia de origem obstétrica	3	3,5
O90 Complicações do puerpério Não Classificada em Outra Parte (NCOP)	3	3,5
O98 Doenças infecto parasitárias maternas Classificáveis em Outra Parte, mas que compliquem a gravidez, parto puerpério.	5	5,9
O99 Outras doenças maternas Classificáveis em Outra Parte, mas que compliquem a gravidez, parto e puerpério.	15	15,8
TOTAL	84	100,0

Fonte: NASS-GTVAE-AGEVISA/RO

Nota-se que das patologias descritas a que mais se destaca é a infecção puerperal, sendo responsável por 14 óbitos (16,3%), seguida da eclampsia 10 óbitos (11,6%) e Hipertensão gestacional com proteinúria significativa com sete (8,1%) de mulheres que evoluíram ao óbito. De acordo com Resende (2002) a mulher poderá apresentar uma infecção puerperal quando está com uma temperatura de 38,3°C ou mais em duas ocasiões distintas com um intervalo mínimo de seis horas depois das primeiras 24 horas após o parto e quando não existe outra causa evidente, e/ou outras causas de febre como por coágulos sanguíneos nos membros inferiores ou uma infecção mamária, podendo ocorrer quatro dias ou mais após o parto.

Convém ressaltar que é imprescindível avaliar a qualidade da assistência prestada a essas mulheres. Soares et al. (2009) destaca em sua pesquisa que as gestantes hipertensas que evoluíram para óbito no Paraná, receberam atendimento hospitalar, mas que este atendimento por sua vez poderia ser tardio ou pouco resolutivo, e destaca também que a maioria dessas mulheres necessitaram de transferências após complicações.

De acordo com Laurenti, Jorge, Gotlieb (2004), no Brasil, a hipertensão arterial na gravidez constitui a primeira causa de morte materna e que estudo recente apontou que, nas capitais brasileiras, os transtornos hipertensivos lideram as causas deste tipo de morte, representando em torno de 25% dos óbitos maternos investigados.

Entretanto a etiopatogenia da hipertensão arterial gestacional é desconhecida, bem como a patogênese de suas manifestações. Geralmente surge na segunda metade da gestação, normalmente após a 20ª semana. Pode ser precedida por edema visível ou oculto, revelado pelo aumento brusco do peso corporal e, ainda, por proteinúria e elevação da pressão arterial, além de 140/90 mmHg ou o aumento de 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a diastólica (BRASIL, 2000).

Portanto, uma equipe multiprofissional habilitada, além de disponibilidade de equipamentos, e de infraestrutura laboratorial adequada ao diagnóstico e tratamento das gestações de alto risco, em geral são indispensáveis para a assistência a essas mulheres.

Neste sentido é fundamental a participação dos comitês de mortalidade materna na estratégia de vigilância epidemiológica, atuando não apenas na melhoria da certificação do óbito como também no aprimoramento do processo de trabalho previsto pelo Sistema de Informação de Mortalidade para aprimorar o conhecimento sobre o problema e dessa forma permitir a

proposição de atividades que tenham por meta o êxito da prevenção da mortalidade associada à gravidez.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estado de Rondônia não houve redução estatisticamente significativa da RMM, que permanece alta (58,9 óbitos/100.000 NV) nos anos estudados. A maioria das gestantes que evoluíram para óbito tinha entre 20 e 29 anos.

Apesar dos avanços no país em relação à redução da mortalidade materna, muito ainda precisa ser feito para que as mulheres tenham o direito à saúde plenamente assegurada.

Melhorar a investigação e conhecimento da mortalidade materna é necessário para determinar a magnitude do problema e para avaliar a tendência e identificar grupos de risco, permitindo desenvolver apropriadas e efetivas estratégias para prevenir a morbidade e mortalidade associadas à gestação, parto e puerpério.

É importante ressaltar a necessidade de um sistema de saúde organizado com referências e contra-referências, ágil e eficaz em todas as etapas da assistência, desde a atenção pré-concepcional com planejamento da gravidez, a captação precoce da gestante, vinculação ao serviço básico de saúde, busca ativa das gestantes faltosas, às consultas de pré-natal, qualificação das referências para alto risco e parto e, detecção precoce de risco reprodutivo.

Em virtude dos fatos mencionados, propõe-se então, a implantação de um Comitê Estadual de Mortalidade Materna e posterior a isso, o municipal, pois esse comitê tem o objetivo de identificar as causas relacionadas aos óbitos maternos, especialmente aquelas que poderiam ser evitadas e propor medidas efetivas no intuito de reduzir de forma significativa a mortalidade materna em nosso estado.

6. REFERÊNCIAS

BOMFIM, C et al. Sistemas de informação em saúde aplicados ao monitoramento da mortalidade materna no estado de Pernambuco, 2000 à 2005. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2008. [Anais eletrônicos]. Minas Gerais: 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro_2008/docspdf/ABEP2008_1668.pdf>. Acesso em 20 de março de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3 ed. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0108_M.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014

_____.Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 4a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. p. 21-30

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P.M.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, vol.16, n.1, pp. 23-30. Jan 2000. ISSN 0102-311X.

LAURENTI, R; JORGE, M.H.P.M; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**. 2004;7(4):449-60.

LEITE, R.M.B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Publica**. 2011; 27(10):1977-85.

MORAES, A. Q.; LIMA, A. P. B.; BARROS, A. P.; FERREIRA, J. P.; CASTRO, M. C.; SANTORO, L. V. O.; CAVALCANTE, M. A. A. Morte materna – abordagem epidemiológica. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**. 2008; 26(1): 16-20.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Mar. 2008, vol.17, no.1, p.33-42. ISSN 1679-4974.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Ed. **Rev. São Paulo: Universidade de São Paulo**, 2007.

REZENDE, J. Obstetrícia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

SANTOS, R. A. B. **Gravidez na Adolescência: Aspectos Sociais e Psicológicos**. Trabalho de conclusão de Curso para especialista. Universidade Federal de Minas Gerais, Curvelo, MG 2010.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. **Gravidez na adolescência sob perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado**. Revista Latina Americana de Enfermagem. 2006, mar/abr, 14(2): 199-206.

SOARES, V.M.N et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; 31 (11):566-73.

TANAKA, A. C. d'A. **Dossiê Mortalidade Materna**. 1. ed. São Paulo: Rede Saúde, 2000.