

## **MORTALIDADES MATERNAS RELACIONADAS A DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GESTAÇÃO, NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, NO PERÍODO DE 2006 A 2015**

Ana Vida Motta da Costa<sup>1</sup>

Cássia Nascimento de Oliveira Santos<sup>2</sup>

Larissa Gabrielle Peneda Gonçalves Santos<sup>3</sup>

Maísa Mônica Martins Flores

### **RESUMO**

**Introdução:** A mortalidade materna é a morte da mulher durante o período gestacional, o trabalho de parto e o puerpério. A hipertensão é uma das principais causas de morte materna em países em desenvolvimento como o Brasil. **Objetivo:** Analisar o perfil das mortes maternas relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação, no município de Salvador, Bahia, no período de 2006 a 2015. **Metodologia:** Foram analisados todos os óbitos de mulheres de 15 a 49 anos de idade ocorridos e registrados no SIM e no SINASC como residentes do Município de Salvador, Capital da Bahia, Brasil. **Resultados:** O resultado do estudo revelou que a maioria dos óbitos ocorre em mulheres de 30 a 39 anos, a maioria solteira e de baixa escolaridade, sendo considerado um problema de saúde pública. **Considerações Finais:** O estudo confirma a necessidade da investigação de tais óbitos para melhorar a qualidade das informações sobre a mortalidade materna.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna. Sistemas de Informação. Eclâmpsia.

---

<sup>1</sup> Discente de Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, anav.costa@ucsal.edu.br

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem, Universidade Católica do Salvador, cassia.santos@ucsal.edu.br

## 1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida como toda e qualquer morte durante o período gestacional, trabalho de parto e puerpério, salvo as causas acidentais que não se incluem (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011). As causas mais comuns de mortalidade materna são eclampsia, hemorragias, infecção, aborto inseguro, parto obstruído, hipertensão e causas indiretas (BRASIL, 2009).

Pesquisas realizadas subsidiaram a apresentação de relatórios pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que apontam uma diminuição da mortalidade materna em 3,3% ao ano desde 2000, além disso, o número de óbitos maternos decorrente de complicações na gestação e parto teve uma redução bastante significativa de 546 mil para 358 mil de 1990 para 2008, respectivamente (ONU, 2011).

A nível de Brasil, o Ministério da Saúde destaca a implantação de algumas metas com objetivo de reduzir a mortalidade materna, sendo registrados resultados com redução dos casos. Dados do período entre 1990 e 2010 observaram reduções de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil nascidos vivos, em termos de porcentagem, seria cerca de 52% na queda dos óbitos maternos (BRASIL, 2012).

No Brasil a redução da mortalidade materna é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Esse objetivo tem como meta a redução anual de novos casos de óbito materno para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012).

Em um estudo realizado com dados do estado da Bahia entre 2000 e 2012 apresentou uma tendência média anual de 159 óbitos maternos. O que significa cerca de 1,5 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (BITTENCOURT; BASTOS; WAKIMOTO, 2013).

Em 2001, Salvador teve uma taxa de 42 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, sendo considerado o índice de mortalidade como um dos mais altos do Brasil (UNFPA BRASIL, 2017).

Quando observado as proporções por faixa etária, a maioria dos óbitos maternos está na faixa dos 30 a 39 anos com 46,2% e de 20 a 29 anos com 43,6%,

que é exatamente a idade materna em que ocorre a maioria dos nascimentos (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

As síndromes hipertensivas são patologias nas quais as mulheres apresentam quadros hipertensivos acompanhados de proteinúria e/ou edema, sendo classificadas em duas formas básicas as quais compõem a tríade da DHEG: a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de hellp (ANGONESI; POLATO, 2007).

A literatura indica que estas complicações têm elevada relação com o nível de adesão das mulheres às consultas de pré-natal oferecidas nos serviços de atenção primária à saúde, impedindo a identificação precoce do aparecimento de patologias (SOARES et al., 2009).

Dados epidemiológicos demonstram que o índice de mortalidade materna por doenças hipertensivas da gestação já apresentou maiores proporções no Brasil, apesar dessas estatísticas terem reduzindo no decorrer dos anos, os números ainda continuam acima do ideal pelo que determina a Razão de Morte Materna (RMM) (BRASIL, 2012).

A mortalidade materna trata-se de um indicador de desenvolvimento humano e socioeconômico de um país. Quando observado os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento e desenvolvidos verifica-se resultados muito destoantes, uma vez que os países em desenvolvimento ainda estão longe de alcançarem os parâmetros desejáveis (RIQUINHO; CORREIA, 2006). Este estudo tem como objetivo analisar o perfil das mortes maternas relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação, no município de Salvador, Bahia.

## **2. DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Foi realizado um estudo do tipo ecológico, de caráter descritivo, a partir de dados secundários com os casos de mortes maternas relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação, no estado da Bahia, no período de 2006 a 2015.

O campo pesquisado foi no município de Salvador, com população estimada em 2017 de 2.953.986 habitantes, e média de 16 óbitos por 100 mil nascidos vivos na taxa de mortalidade infantil (IBGE, 2017). Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis no sistema de informações do DATASUS.

A população do estudo foi composta de casos registrados de óbitos maternos relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação, em mulheres residentes no município de Salvador.

Foi utilizado como norteador de coleta de dados um questionário com características sociodemográficas, perfil reprodutivo e informações de assistência ao pré-natal, além do número de nascidos vivos no local de ocorrência no período em estudo para o município. Foram utilizados na pesquisa variáveis como faixa etária, raça/cor, estado civil e escolaridade, causas do óbitos e investigações dos óbitos.

Para construção do estudo foram adotadas variáveis e indicadores específicos: Faixa etária: (15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos); raça/cor: (branca, preta, parda, ignorado); escolaridade: (nenhuma, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais e ignorado) e estado civil: (solteiro, casado, outro e ignorado).

Com a finalidade de analisar e relacionar os dados do SINAN e as características sociodemográficas, foram realizadas análises de frequências absoluta e relativa, bem como o cálculo da taxa de mortalidade materna utilizou-se como dados (total de casos de morte materna segundo o ano/Número de nascidos vivos residentes de Salvador para cada ano x 100.000 nascidos vivos), e para o cálculo da razão de mortalidade materna (RMM) (total de óbitos por determinada categoria da variável dividido pelo total de nascidos vivos no período x 100000 nascidos vivos).

Os resultados foram analisados através do Stata 12 e construído tabelas e gráficos no Excel for Windows 2013 para a demonstração dos resultados. Por se tratar de um estudo a partir de dados secundários foi dispensado a submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa.

### **3. RESULTADOS**

No período de 2006 a 2015 foram registrados 36 óbitos maternas relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação, no município de Salvador, Bahia. Com relação às características sociodemográficas das mulheres que vieram a óbito durante o período de gestação ao longo dos anos contemplados pelo estudo, verifica-se um maior acometimento de mulheres na faixa etária de 30 a 39 (47,2%) seguidos das 20 a 29 anos (36,1%), que se declaram da cor parda (44,4%) e da cor

preta (38,9%), quanto a escolaridade 27,8% tinham 8 a 11 anos de estudo, e com estado civil solteira (44,4%). Vale destacar que o não preenchimento do campo referente ao grau de escolaridade dos indivíduos representou mais de 38% de todos os casos registrados no período do estudo (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência dos casos de mortes maternas relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação segundo características sociodemográficas. Salvador, Bahia, 2006 – 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
<b>FAIXA ETÁRIA</b>											
15 a 19 anos	0,0	0,0	33,3	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3
20 a 29 anos	0,0	50,0	33,3	50,0	100,0	25,0	50,0	25,0	33,3	33,3	36,1
30 a 39 anos	50,0	50,0	33,3	0,0	0,0	75,0	33,3	50,0	66,7	66,7	47,2
40 a 49 anos	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	25,0	0,0	0,0	8,3
<b>RAÇA/COR</b>											
Branca	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	11,1
Preta	0,0	0,0	50,0	0,0	100,0	25,0	66,7	50,0	50,0	0,0	38,9
Parda	100,0	50,0	50,0	50,0	0,0	50,0	33,3	50,0	0,0	100,0	44,4
Ignorado	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6
<b>ESCOLARIDADE</b>											
Nenhuma	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
4 a 7 anos	50,0	0,0	0,0	50,0	100,0	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	13,9
8 a 11 anos	50,0	0,0	33,3	50,0	0,0	25,0	33,3	25,0	16,7	33,3	27,8
12 anos e mais	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	25,0	16,7	33,3	16,7
Ignorado	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	75,0	16,7	50,0	50,0	33,3	38,9
<b>ESTADO CIVIL</b>											
Solteiro	100,0	50,0	66,7	100,0	100,0	0,0	50,0	25,0	33,3	0,0	44,4
Casado	0,0	50,0	16,7	0,0	0,0	25,0	50,0	25,0	33,3	66,7	30,6
Outro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	2,8
Ignorado	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	75,0	0,0	50,0	16,7	33,3	22,2

Fonte: SIM/SINASC/Datasus

Observa-se que durante o período analisado, a razão de mortalidade materna (RMM) segundo as causas dos óbitos concentra-se na hipertensão gestacional com proteinúria significativa e eclampsia, ambas com RMM de 3,51 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, seguida da hipertensão gestacional sem proteinúria significativa com 1,35/100.000 nascidos vivos (Tabela 2). Ainda na tabela 2, verifica-se que a maior RMM com base no tempo gestacional concentra-se durante a gravidez, parto ou aborto com 5,67 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. Vale

destacar que cerca de 9,7 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos não foram preenchidos a variável do período do óbito.

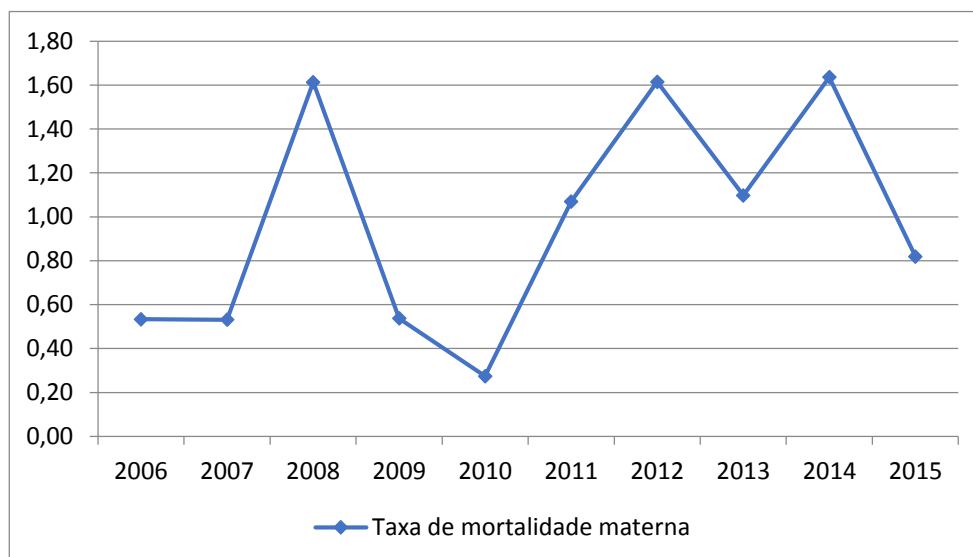
**Tabela 2.** Razão de Mortalidade Materna relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação segundo as causas dos óbitos e o tempo gestacional. Salvador, Bahia, 2006 – 2015.

	<b>RMM/100 mil nascidos vivos</b>
<b>CAUSAS DO ÓBITO</b>	
Hipertensão pré-existente - complicação gravidez, parto, puerpério	0,54
Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa	1,35
Hipertensão gestacional com proteinúria significativa	3,51
Eclampsia	3,51
Hipertensão materna não especificada	0,81
<b>PERÍODO DO ÓBITO</b>	
Morte gravidez/puerpério	3,51
Durante a gravidez, parto ou aborto	5,67
Durante o puerpério, até 42 dias	0,27
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	0,27
Não informado ou ignorado	9,72

Fonte: SIM/ SINASC/ Datasus

No período estudado é possível verificar uma oscilação dos óbitos segundo a taxa de mortalidade materna, em que no ano de 2006 foi registrado 0,53 óbitos maternos a cada 10.000 nascidos vivos, passando no ano seguinte para 1,61 óbitos a cada 10.000 nascidos vivos. Esse coeficiente apresentou uma brusca redução no ano de 2010 e posterior crescimento nos anos subsequentes. Destaca-se que o ano de 2014 foi o ano com maior taxa de mortalidade materna registrada no período 1,64/10.00 nascidos vivos (Gráfico 1).

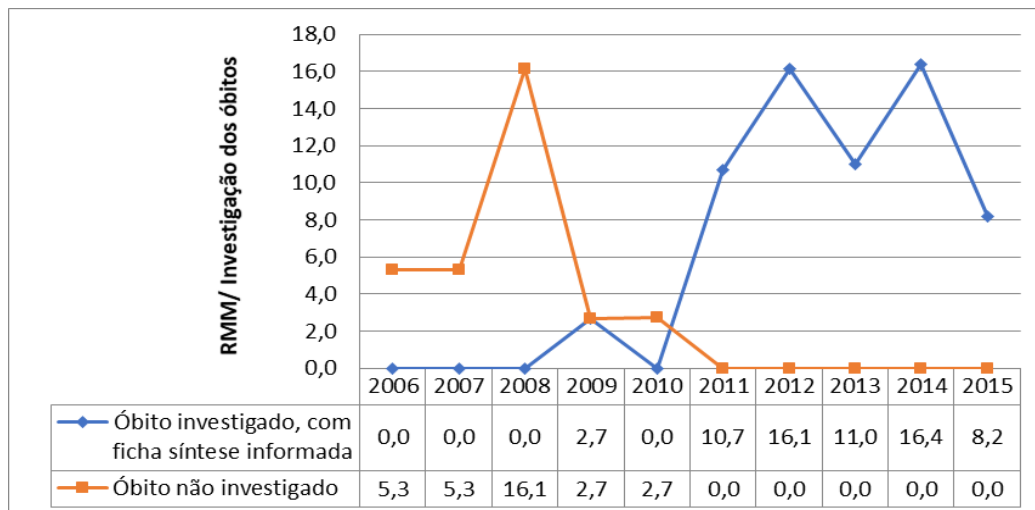
**Gráfico 1.** Taxa de mortalidade materna relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação. Salvador, Bahia, 2006 – 2015.



Fonte: SIM/ SINASC/ Datasus

A razão de mortalidade materna segundo a investigação dos óbitos demonstra condições totalmente opostas para às condições de óbitos investigados versus óbitos não investigados. Verifica-se que até 2008 não houve nenhum caso de óbito materno relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação investigados, enquanto que a RMM foi de 16,1 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos para os óbitos não investigados. Entretanto, a partir de 2011 houve uma inversão nesta condição em que a razão de mortalidade materna passou a ser 10,7 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. No período analisado a maior RMM se concentra no ano de 2016 com 16,4 óbito maternos investigados a cada 100.000 nascidos vivos (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Razão de mortalidade materna relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação, segundo investigação de óbitos. Salvador, Bahia, 2006 – 2015.



Fonte: SIM/SINASC/Datasus

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foram apresentadas algumas investigações que têm sido realizadas com o objetivo da redução da mortalidade materna. Pode-se perceber que a redução de novos casos depende de uma assistência prestada com eficiência, de subsídios governamentais que ofereçam suporte para uma assistência mais efetiva, da gestante realizar o planejamento familiar e comparecer em todas as consultas do pré-natal, e o mais importante, depende do preenchimento adequado das declarações de óbito por todos os profissionais envolvidos, para que tenhamos ciência da gravidade da situação e possamos trabalhar em cima da raiz do problema.

Agora, com base em informações confiáveis, sabemos que podem/devem implantar, de fato, programas abrangentes e efetivos na melhoria da qualidade da assistência à gravidez, parto e puerpério e, assim, caminhar no sentido da prevenção e redução da mortalidade materna.



## REFERÊNCIAS

AMORIM, L.S.; NETA, M. B. M. Mortalidade materna nas cinco regiões do Brasil: um estudo epidemiológico. Salvador, 2016.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. **Rev. bras. anal. clín.**; v. 39, n. 4, p. 243-245, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. Ed: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Materna no Brasil**. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 43, n. 1, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 653/G M, de 28 maio de 2003.

BITTENCOURT, S. D. de A.; BASTOS, M. A.; WAKIMOTO, M. D. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: EaD; Ensp, 2013.

BARRETO E.S.; OLIVEIRA J. S.; ARAÚJO A. J.S.; QUEIROZ P. E. S.; SCHULZ R. S. Redução da mortalidade materna e atuação do enfermeiro. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2018.

GUARDA, O. I. D. Mortalidade Materna no Estado do Maranhão. Salvador, 2017.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev Bras Epidemiol**. v.13 n.4, p.561-76, 2010.

MARTINS, A. L. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. Minas Gerais Set. 2004.

RIQUINHO, D. L.;CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Rev. bras. enferm**, v.59, n.3, p.303-307, 2006.

SOUZA, J.P.; A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas no Brasil. **Novo relatório da OMS traz informações sobre estatísticas de saúde em todo o mundo**. Brasil, 2011. Acesso em: 27 nov de 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-oms-traz-informacoes-sobre-estatisticas-de-saude-em-todo-o-mundo/>.

SOARES, V. M. N. et al, Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.31, n.11, Rio de Janeiro Nov. 2009.

UNFPA BRASIL. Fundo de população das Nações Unidas. **Causas da mortalidade materna e alto índice de óbitos são temas de Fórum em Salvador**. 2017. Acesso em: 20



nov de 2017. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/2012/27-causas-da-mortalidade-materna-e-alto-indice-de-obitos-sao-temas-de-forum-em-salvador>.

VIANA, R. da C.; NOVAES, M.R.C.G; CALDERON, I. MP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, v. 22 Sup 1, p. 141-152, 2011