



•NOVA•
UCSAL

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

LARISSA GABRIELLE PENEDA GONÇALVES SANTOS

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

Salvador - BA

2018

LARISSA GABRIELLE PENEDA GONÇALVES SANTOS

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC II do curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde da mulher

Orientador (a): Prof^aMsC.Maísa Mônica Flores Martins

Salvador - BA

2018

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

Larissa Gabrielle Peneda Gonçalves Santos¹

Maísa Mônica Flores Martins²

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.

¹ Graduanda de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: laripeneda@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre em Saúde Comunitária. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: maisa.martins@pro.ucsal.br

MATERNAL MORTALITIES RELATED TO HYPERTENSIVE DISORDERS OF GESTATION, IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR, IN THE PERIOD FROM 2006 TO 2015

Larissa Gabrielle Peneda Gonçalves Santos¹

Maísa Mônica Flores Martins²

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is the death of the woman during the gestational period, labor and puerperium. Hypertension is one of the leading causes of maternal death in developing countries such as Brazil. **Objective:** To analyze the profile of maternal deaths related to hypertensive disorders of gestation, in the city of Salvador, Bahia, from 2006 to 2015. **Methodology:** All the deaths of women aged 15 to 49 years were recorded and recorded in SIM and SINASC as residents of the Municipality of Salvador, Bahia, Brazil. **Results:** The results of the study revealed that the majority of deaths occur in women between the ages of 30 and 39, most of whom are single and of low schooling, and are considered a public health problem. **Final Considerations:** The study confirms the need to investigate such deaths to improve the quality of information on maternal mortality.

Keywords: Maternal Mortality. Information systems. Eclampsia.

¹ Graduanda de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: laripeneda@hotmail.com

² Enfermeira, Mestre em Saúde Comunitária. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: maisa.martins@pro.ucsal.br

LISTA DE ABREVIATURAS

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DHEG- Doença Hipertensiva Específica da Gestação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SHEG - Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 METODOLOGIA.....	8
3 RESULTADOS.....	10
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXO I – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS.....	20
ANEXO II -DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....	21

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 reduzido 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 METODOLOGIA

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
FAIXA ETÁRIA											
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
RAÇA/COR											
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
ESCOLARIDADE											
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
ESTADO CIVIL											
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.

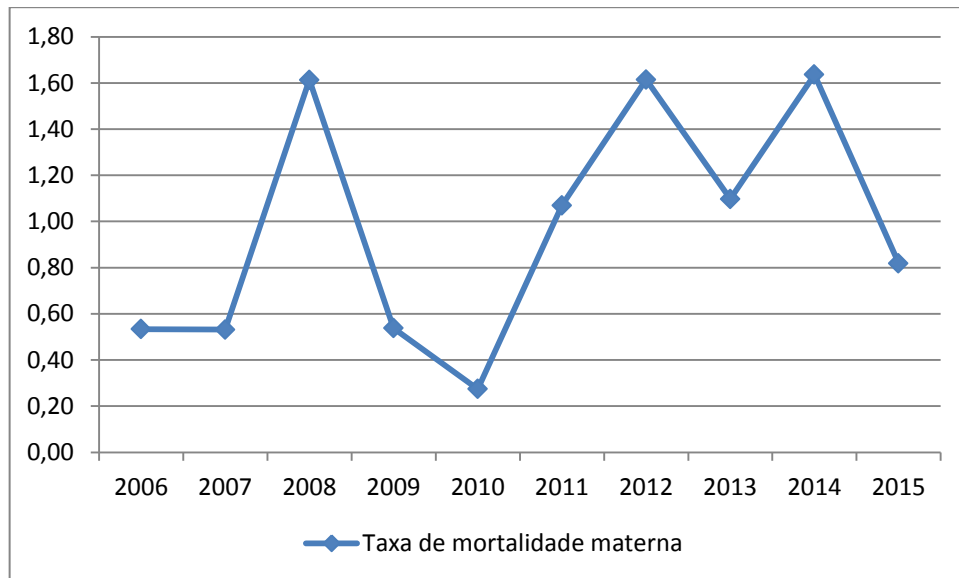
Tabela 2. Razão de Mortalidade Materna relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação segundo as causas dos óbitos e o tempo gestacional. Salvador, Bahia, 2006 – 2015.

	RMM/100 mil nascidos vivos
CAUSAS DO ÓBITO	
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
PERÍODO DO ÓBITO	
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).

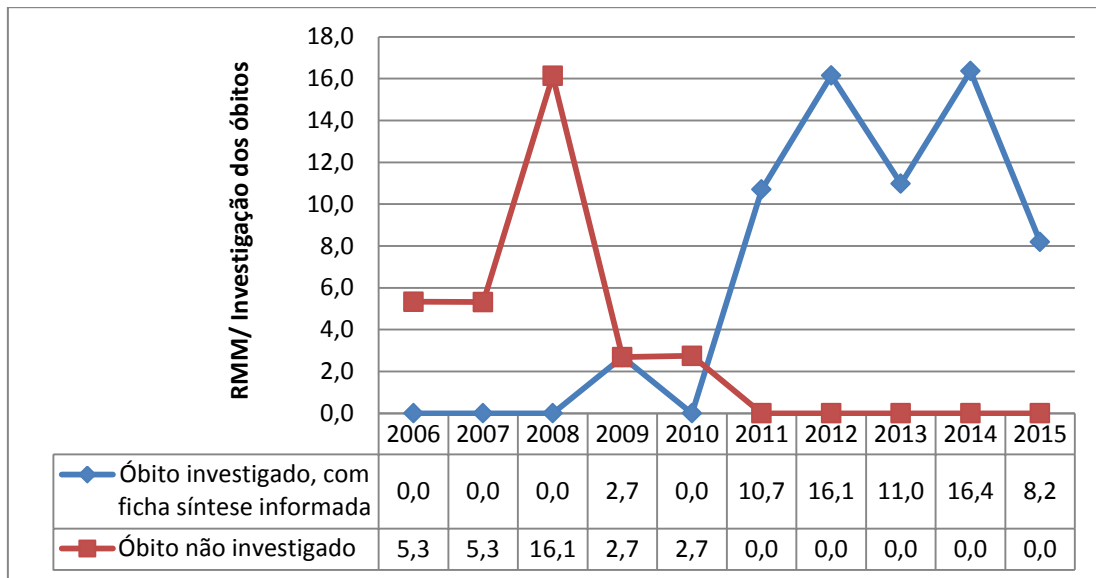
Gráfico 1. Taxa de mortalidade materna relacionadas a distúrbios hipertensivos da gestação. Salvador, Bahia, 2006 – 2015.



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

4 DISCUSSÃO

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Mortalidade, durante o período de 2006 a 2015, foram registrados 10.898 casos de óbitos em mulheres em idade fértil residentes do município de Salvador, Bahia. Desse 122 foram declarados com causas obstétricas diretas e 36 deles relacionados distúrbios hipertensivos da gestação (DATASUS, 2018).

Em um estudo realizado entre 2000 e 2015 mostra que mais de 1,5 milhão de mortes maternas foram evitadas, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que se encerrou em 2015 e agora passa a ser Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), apesar do progresso, a mortalidade materna ainda continua em alta com cerca de 280 mil mortes por ano, no mundo (SOUZA, 2015).

Os ODS têm como uma de suas metas, reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, visto que atualmente a média encontra-se em torno de 210 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Em nível de Brasil, a meta é reduzir para 20 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030 (SOUZA, 2015).

Quanto ao perfil sociodemográficos das mulheres, há predominância dos casos para a faixa etária de 30 a 39 anos. Contudo, alguns estudos apontam que na região Nordeste, o índice de mortalidade materna acomete mais mulheres em faixas etárias mais jovens entre 20 a 29 anos com 41% dos casos (AMORIM; NETA, 2016). No presente estudo esta mesma faixa etária apresentou frequência de mortalidade relacionada a distúrbios hipertensivos da gestação é cerca de 36,0%.

Na distribuição dos óbitos maternos analisados por raça/cor, o presente estudo aponta predominância nos casos de mulheres que se declaram parda com 44,4% dos casos, seguida da raça preta com 38,9%. Um estudo realizado em Minas Gerais subdividiu a etnia negra em “parda e preta” sendo a raça parda com 63,8% dos casos e 55,5% a raça preta, totalizando 62,9% óbitos de mulheres negras, seguidas das declaradas de raça branca com 67,7% (MARTINS, 2004).

Quanto às condições de escolaridade, as mulheres que foram a óbito apresentavam baixo nível de instrução. Neste estudo destacaram-se os ignorados com 38,9% dos casos, em seguida o nível de escolaridade de 8 a 11 anos com 27,8% e nenhuma escolaridade trazendo o menor índice com 2,8%. Comparando com pesquisas realizadas no Maranhão, 29,6% tinham 8 a 11 anos de estudo, os ignorados com 13,9% e nenhuma escolaridade com 8,5% dos casos (GUARDA, 2017).

Chama atenção no presente estudo o percentual de mulheres solteiras quando tratamos de estado civil, que corresponde a 44,4%, seguida das casadas com 30,6%. No Maranhão essa variável também teve destaque para as solteiras com 48,4%, seguida das casadas com 19,0% dos casos (GUARDA, 2017).

Ao analisar o coeficiente de mortalidade materna observa-se uma oscilação nos índices de óbitos maternos. Em comparação com um estudo desenvolvido por Barreto et al. (2018) o qual observou que na cidade de Salvador no período de 2004 a 2014, o ano de 2008 houve o maior coeficiente de mortalidade materna com 36 óbitos, equivalente a 12,7% do total do município. Enquanto que no presente estudo que buscou analisar apenas os óbitos relacionados a distúrbios hipertensivos da gestação a maior ocorrência se deu no ano de 2014 com 1,64 óbitos maternos a cada 10.000 nascidos vivos.

Em relação aos diversos tipos de causas de óbitos maternos, destacamos a que apresentou predominância no período de estudo, a hipertensão gestacional sem proteinúria liderou as mortes maternas em 2014, para isso, faz-se necessário à inclusão de ações sociais que assegurem e/ou incentivem as mulheres a melhorar as condições de saúde, bem-estar, hábitos saudáveis e acompanhamento pré-natal.

Apesar das medidas implantadas pelo governo com intuito de redução da mortalidade materna na cidade de Salvador, como o programa de saúde da família, problemas encontrados nos postos de saúde da família, como baixa cobertura de acompanhamento do planejamento familiar e baixa cobertura e diminuição da assistência ao pré-natal, influenciaram na não identificação de comorbidades que possivelmente levaram as mulheres a complicações gestacionais que evoluíram para o óbito (BARRETO et al., 2018).

Estudos apontam que o maior índice de casos de morte materna foi relacionado a mortes obstétricas diretas, correspondendo a 33% dos casos no Nordeste. (AMORIM; NETA, 2016).

Ao tratar de período, nós tivemos o maior número de óbitos durante a gravidez, parto ou aborto no ano de 2014. Vale ressaltar que o campo “não informado/ignorado” lidera todas as causas em todos os períodos do estudo, isso faz com que tenhamos dados importantes não notificados, nos impedindo de ter uma visão mais clara das causas dos óbitos maternos.

Autores trazem que no Brasil temos dois fatores que dificultam o monitoramento da mortalidade materna, a subinformação que seria o preenchimento incorreto das declarações de óbito, não informando a real causa do óbito, e o sub-registro que trata da omissão do registro de óbito em cartório (BRASIL, 2003). Isso explica o motivo dos números elevados de “não informado” que temos no presente estudo.

A razão de mortalidade materna por investigação dos óbitos apresentou desde o período de início dos estudos, que os óbitos não eram investigados, só a partir de 2009 que houve um pequeno aparecimento de investigação no gráfico que permaneceu elevando os níveis de investigação, o que provavelmente estaria associado à melhoria na qualidade de atenção obstétrica e ao planejamento familiar.

A investigação do óbito irá permitir ao estabelecimento um panorama das situações de saúde, visto que a distribuição das causas de morte é fundamental para a compreensão da situação de saúde, suas causas e consequências, afim de orientar decisões visando à melhoria da saúde da população (JORGE; LAURENTI; NUBILA, 2010).

5 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, realizar o 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.

Visto que a mortalidade materna é um problema de saúde pública, para redução de novos casos de óbitos maternos é necessário não somente que a gestante compareça a todas as consultas do pré-natal, mas que elas sejam realizadas por profissionais competentes, de forma que avalie a gestante como um todo, sendo capaz de identificar possíveis comorbidades precocemente e assim, com o acompanhamento específico, evitar as mortes maternas também através das orientações sobre alimentação saudável, atividades físicas e hábitos saudáveis em geral durante a gravidez e puerpério.

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. clin**; 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

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo									
I	Cartório	1 Cartório		Código		2 Registro		3 Data			
		4 Município						5 UF			
II	Local da Ocorrência	6 Local da Ocorrência		7 Estabelecimento		Código					
		1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros Estab. Saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio									
		4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado									
		8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)		Número		Complemento		9 CEP			
		10 Bairro/Distrito		Código		13 Município de ocorrência		Código			
								12 UF			
III	Mãe	13 Nome da Mãe		14 Cartão SUS							
		15 Idade (anos)		16 Estado Civil		17 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)		18 Ocupação habitual e ramo de atividade		19 Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorados)	
		1 <input type="checkbox"/> Solteira 2 <input type="checkbox"/> Casada		3 <input type="checkbox"/> Viúva 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3		3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11		5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
		9 <input type="checkbox"/> Ignorado								Nascidos vivos Nascidos mortos	
		20 Residência da mãe		Número		Complemento		21 CEP			
		20 Logradouro									
		22 Bairro/Distrito		Código		23 Município		Código			
								24 UF			
IV	Gestação e Parto	25 Duração da gestação (em semanas)		26 Tipo de gravidez		27 Tipo de parto		28 Número de consultas de pré-natal			
		1 <input type="checkbox"/> Menos de 22 2 <input type="checkbox"/> De 22 a 27		3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36		5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6	
				1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla		1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo		4 <input type="checkbox"/> 7 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
				3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
V	Recém-Nascido	29 Nascimento		30 Sexo		31 Índice de Apgar					
		Data		Hora		<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino		1º minuto			
		<input type="checkbox"/> I - Ignorado						5º minuto			
		32 Raça/cor		33 Peso ao nascer							
		1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena		em gramas							
		34 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?		Código							
		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado									
VI	Identificação	35 Polegar direito da mãe		36 Pé direito da criança							
VII	Preench.	37 Responsável pelo preenchimento		38 Função		39 Identidade		40 Órgão Emissor			
		Nome						41 Data			

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito		
I Cartório	1 Cartório		Código	
	2 Registro		3 Data	
II Identificação	4 Município		5 UF	
	6 Cemitério		7 Tipo de Óbito	
III Residência	8 Obito Data		9 Cartão SUS	
	10 Naturalidade		11 Nome do falecido	
IV Ocorrência	12 Nome do pai		13 Nome da mãe	
	14 Data de Nascimento		15 Idade	
V Fetal ou menor que 1 ano	16 Sexo		17 Raça/cor	
	18 Estado civil		19 Escolaridade	
VI Condições e causas do óbito	20 Ocupação habitual e ramo de atividade		21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	
	22 CEP		23 Bairro/Distrito	
VII Médico	24 Município de residência		25 UF	
	26 Local de ocorrência do óbito		27 Estabelecimento	
VIII Causas externas	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência		29 CEP	
	30 Bairro/Distrito		31 Município de ocorrência	
IX Localid. do Médico	32 UF		33 UF	
	34 UF		35 UF	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
36 Idade		37 Escolaridade		38 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe
39 Duração da gestação		40 Tipo de Gravidez		41 Tipo de parto
42 Morte em relação ao parto		43 Peso ao nascer		44 Num. da Declar. de Nascidos Vivos
OBITOS EM MULHERES				
45 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?		46 A morte ocorreu durante o puerpério?		47 ASSISTÊNCIA MÉDICA
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:				
48 Exame complementar?		49 Cirurgia?		50 Necrópsia?
CAUSAS DA MORTE				
PARTE I				
CAUSAS ANTECEDENTES				
PARTE II				
Médico				
51 Nome do médico		52 CRM		53 O médico que assina atendeu ao falecido?
54 Meio de contato		55 Data do atestado		56 Assinatura
CAUSAS EXTERNAS				
57 Tipo		58 Acidente do trabalho		59 Fonte da informação
60 Descrição sumária do evento		61 BE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO		62 Testemunhas
63 Localid. do Médico		64 Localid. do Médico		65 Localid. do Médico