

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL ENTRE 2009 E 2013

MATERNAL MORTALITY IN BRAZIL BETWEEN 2009 AND 2013

Thaise Almeida Guimarães¹, Andréa de Jesus Sá Costa Rocha², Wanderson Barros Rodrigues³, Amanda Namibia Pereira Pasklan⁴

Resumo

Introdução: Por carência de medidas para avaliar o bem-estar feminino, a mortalidade materna vem sendo o melhor indicador de assistência à saúde das mulheres. Desta forma, as estatísticas acerca da mortalidade materna têm sido consideradas a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para essa população. **Objetivo:** Descrever a mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2013. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, realizado por levantamento de dados no DATASUS, em março de 2016. **Resultados:** Verificou-se que entre 2009 e 2012 o país apresentou redução no número de óbitos maternos, no entanto, em 2013 houve um aumento nesse número. Constatou-se que o Brasil obteve RMM média de 58,55 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, se enquadrando no Estágio III da transição obstétrica. A região Nordeste apresentou os maiores índices nos cinco anos e obteve RMM média de 70,74, ficando acima da média nacional. Verificou-se que no Brasil a maior ocorrência de óbitos maternos foi entre mulheres de 20 a 29 anos, solteiras, pardas, com 4 a 7 anos de estudo e a maioria dos óbitos ocorreram devido causas obstétricas diretas. Identificou-se que as principais causas de óbito foram outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério; eclampsia; e hipertensão gestacional com proteinúria significativa. **Conclusão:** Comparando primeiro e último ano percebe-se redução no número de óbitos maternos. Essa redução pode ser resultante dos esforços em alcançar a meta de melhorar a saúde materna no país.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Indicadores Básicos de Saúde. Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction: For lack of measures to assess well-being female, the maternal mortality has been the best indicator of assistance to women's health. Thus, statistics on maternal mortality have been considered the best public policy management tool aimed at this population. **Objective:** To describe maternal mortality in Brazil between 2009 and 2013. **Methods:** This is a descriptive, retrospective and quantitative study, conducted by data collection in the DATASUS, in March 2016. **Results:** It was checked that between 2009 and 2012 the country had a reduction in the number of maternal deaths, however, in 2013 there was an increase in this number. It was found that Brazil had average MMR of 58,55 deaths per 100.000 live births and it fits in Stage III of obstetric transition. The Northeast region had the highest rates in the five years and obtained MMR average of 70,74, above the national average. It was found that in Brazil the highest occurrence of maternal deaths were among women 20 to 29 years old, single, brown, 4 to 7 years of study and most of the deaths occurred due to direct obstetric causes. It was identified that the main causes of death were other mother's diseases classified elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and the postpartum period; eclampsia; and gestational hypertension with significant proteinuria. **Conclusion:** Comparing first and last year we can see a reduction in the number of maternal deaths. This reduction may be the result of efforts to achieve the goal of improving maternal health in the country.

Keywords: Maternal Mortality. Health Status Indicators. Women's Health.

Introdução

Morte materna ou óbito materno é a morte de uma mulher durante a gestação, independentemente de sua duração ou localização, ou até 42 dias após seu término. É ocasionada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas adotadas em relação a ela, não sendo considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais¹.

Independente das causas clínicas, diversos são os fatores relacionados com a morte de uma mulher no período gestacional. Determinantes sociais, como o início precoce da atividade sexual, a pobreza que leva a desnutrição e anemia, a violência, a gravidez indesejada, a falta de acesso a serviços de assistência de qualidade desde o pré-natal até o nascimento e puerpério,

contribuem de maneira expressiva para os altos índices do fenômeno em nosso país e no mundo².

Os números acerca da mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Banco Mundial, estimou que, em 2005, aproximadamente 536.000 mulheres em todo o mundo morreram devido complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal³.

Nos países das Américas, a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é evidente. Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, enquanto países como Bolívia e Peru chegam a

¹ Residência em Atenção à Saúde da Mulher. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.

² Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.

³ Residência em Atenção à Saúde Renal - HUUFMA.

⁴ Docente. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Thaise Almeida Guimarães. E-mail: thaisalmeidaguimaraes@hotmail.com

mais de 200 óbitos. Na América Latina, cerca de 15.000 mulheres morrem por ano devido complicações na gravidez, parto ou puerpério³.

No Brasil, em 2006 a Razão de Mortalidade Materna (RMM), obtida a partir de óbitos declarados, foi de 55 óbitos por 100.000 nascidos vivos e a Razão de Mortalidade Materna corrigida foi de 77 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos³.

A mortalidade materna é considerada um indicador da qualidade de vida de uma população, tendo em vista que esse indicador se refere a mortes, na maioria das vezes, precoces, evitáveis e que atingem as mulheres com menor acesso aos bens sociais, o que configura uma grave violação dos direitos humanos das mulheres⁴. Além das condições de vida dessa população, a morte materna reflete também o nível de organização e qualidade da assistência prestada⁵.

A redução da mortalidade materna faz parte das metas dos "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio" não apenas pelo elevado número de mulheres que morrem a cada ano, mas principalmente porque essas mortes são decorrentes, em sua maioria, da situação econômica, social e cultural de cada país. Na proporção em que são desenvolvidas políticas públicas capazes de atenuar ou modificar os determinantes da mortalidade materna, elas atuam sobre a mortalidade materna e promovem o desenvolvimento econômico e social^{6,7}.

O óbito de uma mulher em idade fértil ocasiona um impacto na família e na sociedade. Por carência de medidas para avaliar o bem-estar feminino, a mortalidade materna vem sendo o melhor indicador de assistência à saúde das mulheres. Desta forma, as estatísticas acerca da mortalidade materna têm sido consideradas como a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para redução dos índices atualmente apresentados⁸.

Os indicadores são primordiais no processo de monitoramento e avaliação, permitindo acompanhar o alcance de metas. Além disso, fundamentam a análise crítica dos resultados obtidos, auxiliam na tomada de decisão e contribuem para a melhoria dos processos organizacionais⁹.

O número de óbitos maternos está entre o rol de indicadores definidos pelo Ministério da Saúde para ser utilizado nos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹. Diante disso, surge a questão: quais as tendências da mortalidade materna no Brasil?

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida da população bastante sensível, que reflete, principalmente, a desorganização, a desarticulação e a baixa qualidade da assistência prestada à mulher brasileira durante o ciclo gravídico puerperal, sendo imprescindível a adoção de medidas que a minimizem¹⁰.

O presente estudo tem como objetivo descrever a mortalidade materna no Brasil no período de 2009 a 2013, período este referente aos últimos cinco anos cujos dados estão disponibilizados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O conhecimento alcançado por meio desta pesquisa poderá subsidiar o melhor direcionamento das políticas públicas de redução da mortalidade materna,

contribuindo para a tomada de decisões e planejamento das ações, uma vez que demonstrará a realidade vivenciada no país.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio de levantamento de dados secundários no SIM/DATASUS, em março de 2016.

Foram coletados dados de todos os óbitos maternos registrados no país no período de 2009 a 2013, sendo apresentados o número de óbitos maternos por Região, a descrição da mortalidade materna segundo faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil e tipo de causa obstétrica por Região e as principais causas de óbitos maternos por Região.

Foi realizado o cálculo da Razão de Mortalidade Materna, sendo expresso pelo número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Resultados

Ocorreram 8.470 óbitos maternos no Brasil no intervalo de cinco anos (2009 a 2013). Entre os anos de 2009 e 2012 o país apresentou uma redução no número absoluto de mortes maternas, entretanto, em 2013 houve um aumento nesse número. No período estudado, verificou-se que a região Nordeste apresentou maior número absoluto de óbitos, no entanto, a região Sudeste apresentou número bastante próximo (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de óbitos maternos por Região, Brasil, 2009 - 2013.

| Região | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Norte | 209 | 192 | 196 | 193 | 232 | 1.022 |
| Nordeste | 631 | 598 | 587 | 546 | 617 | 2.979 |
| Centro-oeste | 136 | 132 | 119 | 132 | 133 | 652 |
| Sudeste | 695 | 604 | 540 | 529 | 569 | 2.937 |
| Sul | 201 | 193 | 168 | 183 | 135 | 880 |
| Brasil | 1.872 | 1.719 | 1.610 | 1.583 | 1.686 | 8.470 |

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Nesse período, o país apresentou RMM de 58,55 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Comparando a RMM no primeiro e último ano do estudo, constatou-se redução nas regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul. Entretanto, verificou-se aumento nas regiões Norte e Nordeste. Observou-se que a região Nordeste foi a que apresentou maiores índices nos cinco anos. Entre 2009 e 2013 essa região obteve RMM média de 70,74, ficando acima da média nacional (Tabela 2).

Tabela 2 - Razão de Mortalidade Materna por Região, Brasil, 2009 - 2013.

| Região | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Norte | 67,26 | 62,66 | 62,47 | 62,59 | 74,06 |
| Nordeste | 72,94 | 71,09 | 68,98 | 65,58 | 75,11 |
| Centro-oeste | 61,77 | 59,79 | 52,52 | 57,32 | 56,67 |
| Sudeste | 62,10 | 53,76 | 47,21 | 45,89 | 49,58 |
| Sul | 54,86 | 52,18 | 44,43 | 47,95 | 34,89 |
| Brasil | 64,96 | 60,07 | 55,27 | 54,48 | 58,06 |

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Constatou-se que no Brasil a maior ocorrência de óbitos maternos foi entre mulheres de 20 a 29 anos, pardas, solteiras e com 4 a 7 anos de estudo. Identificou-se ainda que a maioria dos óbitos ocorreu devido causas obstétricas diretas (Tabela 3).

As principais causas de óbito materno observadas no país foram outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério; eclampsia; e hipertensão gestacional com proteinúria significativa (Tabela 4).

Tabela 3 - Mortalidade materna segundo faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil e tipo de causa obstétrica por Região, Brasil, 2009 - 2013.

| Variáveis | Norte | | Nordeste | | Centro-oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
|----------------------|-------|------|----------|------|--------------|------|---------|------|-----|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | | |
| 10 a 14 anos | 019 | 01,9 | 043 | 01,4 | 005 | 00,8 | 023 | 00,8 | 006 | 00,7 | 096 | 01,1 |
| 15 a 19 anos | 200 | 19,6 | 429 | 14,4 | 081 | 12,4 | 333 | 11,3 | 109 | 12,4 | 1.152 | 13,6 |
| 20 a 29 anos | 458 | 44,8 | 1.233 | 41,4 | 309 | 47,4 | 1.188 | 40,4 | 308 | 35,0 | 3.496 | 41,3 |
| 30 a 39 anos | 282 | 27,6 | 1.018 | 34,2 | 227 | 34,8 | 1.131 | 38,5 | 375 | 42,6 | 3.033 | 35,8 |
| 40 a 49 anos | 061 | 06,0 | 247 | 08,3 | 030 | 04,6 | 255 | 08,7 | 081 | 09,2 | 674 | 08,0 |
| 50 a 59 anos | 002 | 00,2 | 008 | 00,3 | - | - | 005 | 00,2 | 001 | 00,1 | 016 | 00,2 |
| Ignorado | - | - | 001 | 00,0 | - | - | 002 | 00,1 | - | - | 003 | - |
| Cor/raça | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 151 | 14,8 | 537 | 18,0 | 198 | 30,4 | 1.257 | 42,8 | 673 | 76,5 | 2.816 | 33,2 |
| Preta | 060 | 05,9 | 300 | 10,1 | 049 | 07,5 | 410 | 14,0 | 074 | 08,4 | 893 | 10,5 |
| Amarela | - | - | 005 | 00,2 | - | - | 009 | 00,3 | 001 | 00,1 | 015 | 00,2 |
| Parda | 717 | 70,2 | 1.880 | 63,1 | 357 | 54,8 | 1.111 | 37,8 | 103 | 11,7 | 4.168 | 49,2 |
| Indígena | 063 | 06,2 | 022 | 00,7 | 027 | 04,1 | 005 | 00,2 | 007 | 00,8 | 124 | 01,5 |
| Ignorado | 031 | 03,0 | 235 | 07,9 | 021 | 03,2 | 145 | 04,9 | 022 | 02,5 | 454 | 05,4 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 055 | 05,4 | 179 | 06,0 | 013 | 02,0 | 032 | 01,1 | 019 | 02,2 | 298 | 03,5 |
| 1 a 3 anos | 150 | 14,7 | 440 | 14,8 | 063 | 09,7 | 302 | 10,3 | 081 | 09,2 | 1.036 | 12,2 |
| 4 a 7 anos | 319 | 31,2 | 742 | 24,9 | 181 | 27,8 | 816 | 27,8 | 258 | 29,3 | 2.316 | 27,3 |
| 8 a 11 anos | 277 | 27,1 | 652 | 21,9 | 213 | 32,7 | 883 | 30,1 | 262 | 29,8 | 2.287 | 27,0 |
| 12 anos e mais | 075 | 07,3 | 183 | 06,1 | 082 | 12,6 | 272 | 09,3 | 088 | 10,0 | 700 | 08,3 |
| Ignorado | 146 | 14,3 | 783 | 26,3 | 100 | 15,3 | 632 | 21,5 | 172 | 19,5 | 1.833 | 21,6 |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | | |
| Solteira | 556 | 54,4 | 1.510 | 50,7 | 335 | 51,4 | 1.672 | 56,9 | 455 | 51,7 | 4.528 | 53,5 |
| Casada | 208 | 20,4 | 756 | 25,4 | 189 | 29,0 | 904 | 30,8 | 301 | 34,2 | 2.358 | 27,8 |
| Viúva | 004 | 00,4 | 021 | 00,7 | 004 | 00,6 | 027 | 00,9 | 007 | 00,8 | 063 | 00,7 |
| Divorciada | 003 | 00,3 | 023 | 00,8 | 008 | 01,2 | 082 | 02,8 | 020 | 02,3 | 136 | 01,6 |
| Outro | 160 | 15,7 | 244 | 08,2 | 059 | 09,0 | 105 | 03,6 | 057 | 06,5 | 625 | 07,4 |
| Ignorado | 091 | 08,9 | 425 | 14,3 | 057 | 08,7 | 147 | 05,0 | 040 | 04,5 | 760 | 09,0 |
| Tipo de Causa | | | | | | | | | | | | |
| Obstétrica direta | 756 | 74,0 | 2.052 | 68,9 | 440 | 67,5 | 1.824 | 62,1 | 515 | 58,5 | 5.587 | 66,0 |
| Obstétrica indireta | 241 | 23,6 | 857 | 28,8 | 203 | 31,1 | 1.013 | 34,5 | 318 | 36,1 | 2.632 | 31,1 |
| Não especificada | 025 | 02,4 | 070 | 02,3 | 009 | 01,4 | 100 | 03,4 | 047 | 05,3 | 251 | 03,0 |

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Tabela 4 - Principais causas de óbito materno por Região, Brasil, 2009 - 2013.

| Categoria CID-10 | Norte | | Nordeste | | Centro-oeste | | Sudeste | | Sul | | Brasil | |
|--|------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|--------------|-------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério | 172 | 16,8 | 670 | 22,5 | 173 | 26,5 | 748 | 25,5 | 232 | 26,4 | 1.995 | 23,6 |
| Eclampsia | 148 | 14,5 | 344 | 11,5 | 064 | 09,8 | 208 | 07,1 | 055 | 06,3 | 819 | 09,7 |
| Hipertensão gestacional com proteinúria significativa | 061 | 06,0 | 208 | 07,0 | 058 | 08,9 | 193 | 06,6 | 058 | 06,6 | 578 | 06,8 |
| Hemorragia pós-parto | 051 | 05,0 | 142 | 04,8 | 035 | 05,4 | 143 | 04,9 | 065 | 07,4 | 436 | 05,1 |
| Infecção puerperal | 089 | 08,7 | 137 | 04,6 | 027 | 04,1 | 125 | 04,3 | 038 | 04,3 | 416 | 04,9 |
| Anormalidades da contração uterina | 050 | 04,9 | 147 | 04,9 | 027 | 04,1 | 122 | 04,2 | 020 | 02,3 | 366 | 04,3 |
| Total | 571 | 55,9 | 1.648 | 55,3 | 384 | 58,8 | 1.539 | 52,6 | 468 | 53,3 | 4.610 | 54,4 |

Fonte: SIM/DATASUS, 2016.

Discussão

Embora tenha sido observada uma redução entre os anos de 2009 e 2012, houve um aumento do número de óbitos em 2013, o que pode ter ocorrido devido uma maior investigação do óbito materno nesse ano.

Ferraz e Bordignon¹¹ apontam que a existência das disparidades regionais é verdadeira, entretanto, pode-se conjecturar a ocorrência de subnotificações, refletindo uma melhor vigilância do óbito materno em algumas regiões, enquanto outras carecem de um melhor monitoramento. Desta forma, enfatiza-se que as subnotificações e sub-registros configuram um obstáculo no estudo da mortalidade materna e apontam-se a necessidade de capacitação profissional para adequada notificação dos óbitos.

Kongnyuy e Broeks¹² destacam fatores que podem influenciar a ocorrência das subnotificações e sub-registros, como a inexistência de dados no prontuário e o desconhecimento e inabilidade dos revisores. O adequado preenchimento das declarações de óbito seria um fator essencial para contornar esse problema.

Segundo Souza *et al.*,¹³ a RMM média observada para o país denota que este se encontra no Estágio III da transição obstétrica. Nesse estágio o país apresenta fertilidade variável, o acesso e a qualidade dos serviços ainda são um problema e predominam causas obstétricas diretas de mortalidade. Para melhorar os resultados de saúde materna nesse estágio, além da prevenção primária, é fundamental a prevenção secundária e terciária. Em outras palavras, para redução da mortalidade materna, além da qualidade do cuidado, é essencial o atendimento especializado quando necessário e o manejo adequado de complicações.

Estudo realizado com o objetivo de apresentar a evolução da mortalidade materna no Brasil entre os anos de 2000 e 2009 demonstrou que a RMM nesse período foi de 54,83 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos¹¹. Diante disso, percebe-se um aumento na RMM, o que evidencia a necessidade de adoção de medidas no intuito de melhorar a saúde das mulheres e reduzir o número atualmente apresentado.

Ferraz e Bordignon¹¹ encontraram resultados semelhantes a este estudo, onde a região Nordeste apresentou os maiores índices. Desta forma, a mortalidade materna pode ser considerada, além de um indicador de saúde, um indicador de iniquidades, na medida em que apresenta distinções entre as regiões do país¹⁴.

Com relação à faixa etária, os resultados encontrados podem ser explicados por esta ser a idade reprodutiva em que as mulheres mais engravidam¹⁵. Além disso, a identificação de importante número de óbitos entre adolescentes demonstra a necessidade de medidas direcionadas a essa população, especialmente ações de prevenção de gravidez na adolescência.

Semelhante ao encontrado neste estudo, pesquisa realizada por Botelho *et al.*¹⁶ acerca dos aspectos epidemiológicos da morte materna em um estado da região Norte, evidenciou que a maioria das mulheres que evoluíram para óbito eram pardas. Enquanto estudo realizado por Riquinho e Correia¹⁷ em um município da região Sul do país, demonstrou que a maioria dos óbitos ocorreu entre mulheres brancas. Ferraz e Bor-

dignon¹¹ demonstraram que apesar da raça/cor parda não ser a predominante entre as mulheres em idade fértil no país, é a que apresenta maior número de óbitos entre 2000 e 2009.

Contudo, é importante referir que a variável cor/raça apresenta controvérsias, tendo em vista que no setor saúde o conceito de etnia frequentemente é associado à cor da pele¹⁸. Além disso, o país apresenta uma ampla diversidade étnica, o que pode mostrar distorções na verdadeira realidade social, dificultando uma análise da população e seu perfil de morbimortalidade¹¹.

No que se refere à variável escolaridade, resultado semelhante foi encontrado em outros estudos^{11,16,19,20}. Segundo o Ministério da Saúde²¹, baixo grau de escolaridade e informação, bem como condições socioeconômicas precárias, podem estar relacionados a RMM elevadas.

Sousa *et al.*,¹⁹ e Melo e Knupp²² mostraram resultados equivalentes para a variável estado civil. Desta forma, observa-se que mulheres solteiras constituem um grupo vulnerável, que muitas vezes carecem de apoio emocional, afetivo, social e financeiro¹¹.

O principal tipo de causa obstétrica neste estudo foi a morte materna obstétrica direta, que ocorre devido complicações obstétricas durante a gestação, parto ou puerpério, por intervenções, omissões ou tratamento incorreto ou uma sucessão de eventos que resultem de qualquer dessas causas³.

Causas obstétricas diretas são responsáveis pela maioria dos óbitos nos países em desenvolvimento, mesmo com a redução ocorrida nas últimas décadas, devido principalmente ao aprimoramento da assistência pré-natal e à melhor condução do parto e puerpério. Dentre as causas obstétricas diretas mais prevalentes estão a hemorragia, a infecção, as complicações das doenças hipertensivas e o aborto²³. Segundo o Ministério da Saúde³, as causas obstétricas diretas vêm sendo responsáveis por cerca de dois terços dos óbitos maternos no país, o que demonstra uma baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar ofertada às mulheres brasileiras.

Ferraz e Bordignon¹¹ encontraram dados semelhantes no estudo realizado entre os anos de 2000 e 2009. Diante disto, constata-se que as causas obstétricas diretas de óbito materno ainda prevalecem no país, com destaque para as doenças hipertensivas.

Segundo lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil, a maioria dos óbitos maternos no presente estudo foram considerados evitáveis, ou seja, preveníveis, parcial ou totalmente, por atuação efetiva dos serviços de saúde que estejam disponíveis em um determinado local e época²⁴.

O estudo apresentou a limitação de se tratar de um levantamento de dados secundários, o qual é suscetível a erros e equívocos relacionados ao preenchimento das fichas de notificação e digitação dos dados. Portanto, não foi possível haver o controle dessa limitação por parte dos pesquisadores.

No entanto, é válido destacar que os resultados encontrados nesta pesquisa descrevem a mortalidade materna no país e fornecem subsídios para o direcionamento de ações voltadas para as necessidades da população feminina.

Comparando o primeiro e o último ano do estu-

do percebe-se uma redução no número de óbitos maternos. Essa redução pode ser resultante dos esforços em alcançar a meta de melhorar a saúde materna no país. No período estudado, o país obteve RMM de 58,55 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, se enquadrando no Estágio III da transição obstétrica. A região que apresentou maiores RMM no período foi o Nordeste, a maior ocorrência de óbitos maternos foi entre mulheres de 20 a 29 anos, solteiras, pardas, com 4 a 7 anos de estudo e a maioria dos óbitos ocorreu devido

causas obstétricas diretas.

Apesar da redução da mortalidade materna, este estudo corrobora as disparidades entre as regiões e demonstra, por meio das variáveis apresentadas, a vulnerabilidade de determinados estratos da população. Diante disso, nota-se que, embora muito já se tenha percorrido no caminho para a redução da mortalidade materna, as políticas voltadas para essa área ainda possuem grandes desafios a serem alcançados.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade*. Brasília (DF): ANVISA; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto nacional pela redução da morte materna*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Souza ML. *Mortalidade materna em Florianópolis, Santa Catarina, 1975 a 1979*. Obituário hospitalar [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1982. 138 p.
6. United Nations Population Fund. *Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability*. New York: UNFPA; 2012.
7. United Nations Development Programme. *A social determinants approach to maternal health*. New York: UNDP; 2011.
8. Viana RC, Novaes MRCC, Calderon IMP. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. *Com Ciências Saúde*, 2011; 22(Sup 1): 141-152.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Mota SMM, Gama SGJ, Filha MMT. Mortalidade materna e o Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Epidemiol. Rev Saúde*, 2008; 17(1): 33-42.
11. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2012; 36(2): 527-538.
12. Kongnyuy EJ, Broeks N. The difficulties of conducting maternal death reviews in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2008; 8: 42.
13. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric Transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*, 2014; 121 (Suppl 1): 1-4.
14. Laurent R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol*, 2004; 7(4): 449-460.
15. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saúde Pública*, 2012; 46(4): 685-693.
16. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Morte materna no estado do Pará: aspectos epidemiológicos. *Rev Para Med*, 2013; 27(1): 11-19.
17. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade Maternal: Perfil sócio-demográfico e causal. *Rev Bras Enferm*, 2006; 59(3): 303-307.
18. Laguardia J. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde. *Rev saude coletiva*, 2004; 14(2): 197-234.
19. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Rev Saúde Pública*, 2007; 41(2): 181-189.
20. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto PJD. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(10): 1977-1985.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
22. Melo ECP, Knupp VMAO. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2008; 12(4): 773-779.
23. Souza MS, Garção GS, Barreto SMSS, Menezes MO, Silva DP, Souza CS, Melo IA, Carvalho WMO. Mortalidade materna: perfil epidemiológico em Sergipe (2001-2010). *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, 2013; 1(17): 49-59.
24. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Swarcwald CL, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*, 2007; 16(4): 233-244.