



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

LUAN PHILIPPE MOREIRA NUNES

**Qualidade do Preenchimento da Declaração de Óbito e Descrição da Mortalidade Materna
no Distrito Federal**

Brasília, DF

2014

LUAN PHILIFE MOREIRA NUNES

**Qualidade do Preenchimento da Declaração de Óbito e Descrição da Mortalidade Materna
no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como exigência para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda.

Patrícia Maria Fonseca Escalda
Profa. Dra. da Universidade de Brasília

Marcos Takashi Obara
Prof. Dr. da Universidade de Brasília

Rony José da Silva
Docente e
Coordenador do Comitê de Prevenção de Óbitos Infantis e Fetais do Hospital Regional da Ceilândia - SESDF

Brasília, DF

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, saúde e sabedoria que me permitiu chegar até aqui e que assim seja daqui pra frente.

Aos meus pais, Lúcia Cláudia Moreira Nunes e Marcos Sena Nunes, que me incentivaram em todos os momentos e que, para mim, são exemplos de vida a serem seguidos, pois possuo imenso orgulho.

A todos meus familiares, irmã, avós, tios e primos que, com carinho e compreensão, estão sempre dispostos a me acolher e a me auxiliar em qualquer situação.

Ao meu afilhado, Iago Menezes Mousinho, que apesar da inocência de criança me deu ânimo e força para continuar seguindo meu caminho.

Aos antigos e novos amigos e colegas que, de alguma forma, torceram por mim e ao longo desses anos dividimos nossas angústias e alegrias.

A minha estimada Professora da Universidade de Brasília, Patrícia Maria Fonseca Escalda, que esteve presente em vários momentos da minha vida acadêmica e, com paciência e dedicação, esteve sempre disposta a compartilhar conhecimento e a me orientar.

Aos avaliadores da banca - Rony José da Silva, Coordenador do Comitê de Prevenção de Óbitos Infantis e Fetais do Hospital Regional da Ceilândia e Marcos Takashi Obara, Professor Doutor da Universidade de Brasília - que dedicaram tempo e disponibilidade para avaliação e qualificação deste trabalho.

E, enfim, a todos que contribuíram para minha formação.

EPÍGRAFE

*“Devo estar convencido de que meu próximo é sempre melhor
do que eu, e por isso, digno do maior respeito”.*
(Papa João XXIII, Diário da Alma)

RESUMO

A mortalidade materna (MM) tem relação com a organização dos serviços oferecidos e das condições de vida da mulher, por isso, é considerada um indicador importante, pois reflete as condições socioeconômicas do país e a qualidade de vida de sua população, assim como das políticas públicas que promovem as ações de saúde coletiva. Segundo MORSE (2011) 99% dos óbitos maternos mundiais ocorrem nos países em desenvolvimento e 92% são considerados casos evitáveis (BRASIL, 2009b). O real conhecimento da magnitude da mortalidade materna é considerado um desafio para a redução da MM. O problema pode ter explicação na falta de inserção dos óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo mau preenchimento da Declaração de Óbito (DO) que alimenta o SIM. O objetivo do trabalho foi analisar a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito de mortalidade materna disponibilizadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, no Distrito Federal (DF). O estudo foi do tipo descritivo nos anos entre 2007 a 2011. Os óbitos maternos do DF, considerando sua maioria, possuem o seguinte perfil: acometem mulheres entre a faixa etária de 20 a 29 anos (48/ 45,28%), solteiras (71/ 66,98%), de cor/raça branca (51/48,11%) e escolaridade de 8 a 11 anos de estudo (35/33,01%). O óbito ocorre em estabelecimento hospitalar (99/ 93,39%), durante o puerpério até 42 dias do parto (56/ 52,83%). Tem maior prevalência o tipo de causa obstétrica direta (55/ 51,88%), e a causa básica de morte por grupo da CID-10 é por outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte (49/ 46,23%). Os óbitos maternos investigados do DF com ficha síntese informada são (47/ 44,33%) e óbitos não investigados são (22/ 20,75%). O DF apresenta pouco percentual de informações ignoradas, sendo escolaridade a variável mais negligenciada com 5,66%. O DF investigou nos anos analisados 79,23% dos óbitos maternos. Esse resultado reflete bom preenchimento das Declarações de Óbitos e qualidade das informações disponíveis pelo SIM. A vigilância dos óbitos é importante para a redução da MM, porém é preciso readequar os serviços oferecidos no SUS para que evite novos casos.

Palavras-chave: Mortalidade Materna, Declaração de Óbito, Vigilância do Óbito Materno.

ABSTRACT

The maternal mortality is related with the organization of the services offered and the woman's quality of life, so, it's considered an important indicator, as reflects the socioeconomic conditions of the country and the quality of life of its population as well as the public politics that promotes public health actions. 99% of maternal deaths worldwide happen in developing countries (MORSE, 2011) and 92% are considered to be avoided (BRASIL, 2009b). The real knowledge of maternal mortality magnitude is considered a challenge to reduce them. This problem might be explained by the lack of insertion of these deaths in the Information System of Mortality. This work aims to analyze the quality of the death's certificate fill of maternal mortality that are available in the Information System of Mortality of Health's Ministry, Distrito Federal (DF). The study was descriptive in the years between 2007 and 2011. The maternal deaths in DF, considering most, have the following profile: affect women aged 20 to 29 years, (48/ 45,28%), single (71/ 66,98%), color/race white (51/ 48,11%) and education of 8 to 11 years of schooling (35/ 33,01%). The death occurs in hospital (99/ 93,39%), during the postpartum period up to 42 days of delivery (56/ 52,83%). Is most prevalent type of direct obstetric causes (55/ 51.88%), and the underlying cause of death by ICD-10 group is for other obstetric conditions not elsewhere classified (49/ 46.23%). Maternal deaths investigated the Distrito Federal with informed record synthesis are (47/ 44.33%) and deaths not investigated are (22/ 20.75%). DF has little percentage of unknown information, being education the most neglected variable, with 5.66%. DF investigated in the analyzed years 79.23% of maternal deaths. This result reflects good filling of death certificates and quality of information available in the Information System of Mortality. The surveillance of deaths is important to discuss the reduction of maternal mortality, but we must readjust the services offered to avoid new cases.

Keywords: Maternal Mortality, Death's Certificate, Maternal Death Surveillance

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10- Classificação Internacional de Doenças décima revisão

CLT- Consolidação das Leis do Trabalho

DATA SUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF- Distrito Federal

DO- Declaração de Óbito

DO Epidemiológica – Declaração de Óbito Epidemiológica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MIF- Mulheres em Idade Fértil

MM- Mortalidade/Morte Materna

NV- Nascidos Vivos

OMS- Organização Mundial da Saúde

PN- Pré-natal

RIPSA- Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RMM- Razão de Mortalidade Materna

SES DF- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

WHO- World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Total de óbitos maternos por ano, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011	25
Tabela 2: Óbitos maternos por faixa etária, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.....	26
Tabela 3: Óbitos maternos por estado civil, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011	26
Tabela 4: Óbitos maternos por cor/raça, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.....	27
Tabela 5: Óbitos maternos por escolaridade, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.....	28
Tabela 6: Óbitos maternos por local de ocorrência, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011 ...	28
Tabela 7: Óbitos maternos por morte durante a gravidez ou puerpério, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011	29
Tabela 8: Óbitos maternos por grupo da CID-10, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011	30
Tabela 9: Óbitos maternos por tipo de causa obstétrica, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011	31
Tabela 10: Óbitos maternos segundo óbito investigado, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011	31
Tabela 11: Total de óbitos maternos por ano, segundo regiões brasileiras, 2007-2011	32
Tabela 12: Óbitos maternos por faixa etária, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	33
Tabela 13: Óbitos maternos por estado civil, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	34
Tabela 14: Óbitos maternos por cor/raça, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	35
Tabela 15: Óbitos maternos por escolaridade, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.....	36
Tabela 16: Óbitos maternos por local de ocorrência, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	37
Tabela 17: Óbitos maternos por mortes durante a gravidez ou puerpério, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	38
Tabela 18: Óbitos maternos por grupo da CID – 10, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	39
Tabela 19: Óbitos maternos por tipo de causa obstétrica, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	40
Tabela 20: Óbitos maternos por óbito investigado, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011	41

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Justificativa	13
3. Objetivo.....	14
3.1 Geral.....	14
3.2 Específico.....	14
4. Referencial Teórico.....	15
4.1. Sistema de Informação sobre Mortalidade – Declaração de Óbito.....	17
4.2. Vigilância da Mortalidade Materna	19
4.3. Comitê de Mortalidade Materna	21
5. Metodologia	22
5.1. Tipo de Estudo	22
5.2. Local de Estudo.....	22
5.3. Fonte de Dados.....	23
5.4. Variáveis de Estudo	23
5.5. Período de Estudo	24
5.6. Aspectos Éticos	24
6. Resultados	25
7. Discussão	42
8. Considerações Finais.....	49
9. Referências Bibliográficas	50
10. Anexos	57

INTRODUÇÃO

As informações sobre mortalidade de um país servem como base para estudos epidemiológicos e demográficos que orientam o planejamento, a gestão de políticas e ações em saúde, por isso, essas informações precisam ser acessíveis e fidedignas. Desse modo, objetiva-se prevenir mortes futuras (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010; JORGE; LAURENTI; DI NUBIA, 2010).

No Brasil, os dados sobre a mortalidade da população são produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

O SIM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1975. O sistema é responsável pela principal fonte de informação sobre mortalidade e padronizou os diversos modelos de instrumentos de coleta de dados sobre mortalidade que existia em um único sistema. O SIM reúne dados sobre as mortes que ocorrem no Brasil e por isso é considerado importante instrumento de gestão em saúde (BRASIL, 2001; MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

A Declaração de Óbito (DO) é o documento que alimenta o SIM, portanto é o documento-base que possui função legal e também produz as estatísticas de mortalidade que refletem a situação de saúde. A DO é constituída por nove blocos, destes apenas o bloco referente ao cartório é preenchido pelo Cartório de Registro Civil, os demais são de responsabilidade ética e jurídica do médico que atesta o óbito (BRASIL, 2009a). A DO, portanto, é um documento que serve para atestar todos os tipos de óbitos, incluindo também as mortes de mulheres relacionadas à gravidez.

Morte materna é a morte de uma mulher ocorrida durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto, independente da duração ou da localização da gravidez, atribuídas a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011a).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (2009), a mortalidade materna (MM) e seus fatores relacionados têm importância quando são analisados na perspectiva de violação dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2009b). A morte materna viola os direitos humanos das mulheres, pois ainda são encontradas altas taxas de MM que atingem desigualmente as regiões brasileiras e a maior prevalência é entre mulheres de classes sociais com menos acesso aos bens sociais como, moradia, saneamento básico, emprego, educação, entre outros. (BRASIL, 2009b).

A MM se configura como um indicador sensível das condições de vida das mulheres em idade fértil e também da qualidade da atenção obstétrica de que essas mulheres têm acesso, e que

pode registrar se existem grandes disparidades comparando esse indicador entre regiões e países (LEITE *et al*, 2011).

Como a mortalidade materna tem relação com a organização dos serviços oferecidos e das condições de vida da mulher, a MM será analisada como um indicador que reflete a qualidade de vida de uma população e também reflete a efetividade das políticas públicas de saúde. As doenças ou agravos que levam à morte materna podem ter explicação na assistência inadequada à gestante (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012).

A título de comparação entre dois países com índices de desenvolvimento diferentes, a razão de mortalidade materna (RMM), segundo a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2008, na Irlanda variou de três mortes a cada 100.000 nascidos vivos (NV) e no Afeganistão variou de 1.200 mortes a cada 100.000 NV (MORSE *et al*, 2011).

Na estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil, em 2008, apresentou uma RMM de 58 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, que representa 1800 óbitos e que nessa realidade existe a possibilidade de uma morte materna a cada 860 gestações (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2012).

O real conhecimento da magnitude da MM é considerado um desafio dos serviços de saúde para se alcançar a redução dos óbitos maternos. No Brasil, a dificuldade da mensuração da MM se deve por dois fatores. O primeiro se caracteriza pela falha de inserção dos óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade e o segundo pela atribuição equivocada da causa básica de morte nas declarações de óbito (mau preenchimento da DO). Contudo, essa realidade se agrava nos países em desenvolvimento, pois são neles que ocorrem cerca de três quartos dos nascimentos mundiais (MATIAS *et al*, 2009; LUIZAGA *et al*, 2010).

Outro fator, que colabora para imprecisão do conhecimento da magnitude da morte materna, é quando a DO apresenta falha no preenchimento da variável de período gravídico-puerperal de ocorrência do óbito, esse fato pode levar a contabilização de mortes ocorridas 42 dias após o parto ou aborto e também é caracterizado como mau preenchimento da DO (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008).

Como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), todas as mortes devem ter certificação médica indicando suas causas de óbito, fato que auxilia na mensuração da mortalidade materna. Ainda assim, para alguns países, é indicada a vigilância de óbitos para que ocorra a correta classificação das causas de morte, melhoria da qualidade das informações e também diminua a subnotificação dos óbitos maternos (MATIAS *et al*, 2009).

Citando a OMS (2003), uma das estratégias apontadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da informação é a implementação do Comitê de Prevenção da Morte Materna que tem a função de vigilância dos óbitos maternos. A atividade de

vigilância será realizada por meio da investigação dos óbitos para o conhecimento da real magnitude desses óbitos e propor medidas que evitem novos casos (BRASIL, 2007; SOARES; MARTINS, 2008).

Como já citado, o menor status social e as condições socioeconômicas das mulheres influenciam no acesso à educação, bens e serviços, incluindo serviços de saúde de qualidade (CECATTI *et al*, 1998; LEITE *et al*, 2011). Porém, outros estudos apontam como fatores de risco que também contribuem para a mortalidade materna a idade da mãe mais elevada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas pré-natal, a ausência de companheiro e as condições de saúde (MORSE *et al*, 2011).

O acesso e a qualidade da atenção obstétrica que são de responsabilidade dos serviços de saúde, principalmente no momento do parto e puerpério, são considerados os meios mais eficazes para se garantir o controle das mortes maternas (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005).

A gestação além de ser considerada uma etapa natural da vida da mulher e por ser também um processo fisiológico, pode acarretar interferências e gerar mudanças nos aspectos físicos, psíquicos e sociais da gestante. Por isso, é necessário o acompanhamento desde o início da gestação para que possam ser identificadas e prevenidas possíveis complicações e esse acompanhamento ocorre na perspectiva do pré-natal (PN) (PEIXOTO *et al*, 2011).

A qualidade de um pré-natal não se restringe à quantidade de consultas realizadas pela mulher grávida, mas depende também dos profissionais e serviços qualificados e preparados para receber as gestantes e, dessa forma, ofertar uma assistência pré-natal de qualidade (PEIXOTO *et al*, 2011).

O acompanhamento da gestante nos serviços de saúde acontece pela prática do pré-natal que por meio de consultas e exames, esses de acordo com a necessidade de cada mulher, asseguram uma gestação segura para a mãe e para o filho. A assistência pré-natal, então, tem como objetivo identificar, prevenir, acompanhar e tratar possíveis problemas de saúde que podem ocorrer na gestação, parto e ao recém-nascido (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009). Citando Ministério da Saúde (2005), em algumas regiões brasileiras, a cobertura do pré-natal atinge 95%, porém a redução dos riscos de morte e morbidade materna ainda não é considerada satisfatória (GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009).

Citando Lovett (2002), um dos aspectos considerados no planejamento do setor saúde é a distribuição de serviços segundo a população usuária, configurando assim uma relação de oferta e demanda (MELO *et al*, 2007). Ocorre que nem sempre a distribuição dos serviços é equânime e em algumas regiões o acesso a serviços de saúde fica limitado (MELO *et al*, 2007).

A elevada razão de mortalidade materna, que a maioria dos óbitos é evitável, pode ter explicação no acesso das gestantes aos serviços de saúde, na deficiência da assistência ao pré-natal

de qualidade, na assistência ao parto, nos problemas institucionais, que podem ser caracterizados pela peregrinação da mulher nos serviços e na demora da assistência (GOLDMAN; BARROS, 2003). A peregrinação é resultado de uma assistência não integral da mulher grávida, onde a prestação do pré-natal foi realizada sem a retaguarda de um hospital referenciado para o parto ou qualquer outra complicação na gravidez. Essa quebra do cuidado em saúde obriga a mulher a procurar, sem ajuda da rede de saúde, o local para seu parto, gerando angústia e ansiedade (GOLDMAN; BARROS, 2003).

JUSTIFICATIVA

A mortalidade materna é um indicador usado para avaliar as condições de vida da população, pois pode refletir o grau de desenvolvimento de uma região, indicando condições socioeconômicas, grau de escolaridade e acesso a serviços de saúde de qualidade.

Citando WHO (2010), a mortalidade materna é mais evidente nos países considerados em desenvolvimento, pois são locais onde ocorrem 99% dos óbitos maternos e se configura como um grave problema de saúde pública (MORSE *et al*, 2011).

Os casos de óbitos maternos são considerados evitáveis em 92% das mortes maternas e a redução das taxas de mortalidade materna no Brasil ainda é um desafio para os serviços e a sociedade como um todo (BRASIL, 2009b).

Os estados-membros das Nações Unidas, incluindo o Brasil, assinaram a Declaração do Milênio, que dentre as oito metas estabelecidas, estava a de melhorar a saúde materna com o objetivo de reduzir a mortalidade materna em três quartos de 1990 até 2015. No Brasil, a redução anual da razão de mortalidade materna deve ser de 5,5%, esse valor corresponderia a 35 óbitos maternos por 100.000 NV (BRASIL, 2013).

A principal estratégia para avaliação desse objetivo de diminuição da MM é a vigilância epidemiológica dos óbitos buscando a real magnitude e o perfil da mortalidade materna no Brasil. Para se alcançar esse objetivo, foram instituídos os Comitês de Mortalidade Materna que analisam e discutem os casos de óbitos maternos a fim de identificar problemas, propor soluções e, conseqüentemente, reduzir as taxas de mortalidade materna.

OBJETIVO GERAL

- Analisar a qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito de óbitos maternos encontradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – DATASUS – do Ministério da Saúde, no Distrito Federal, entre 2007 e 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os óbitos maternos segundo variáveis demográfica, social e epidemiológica.
- Analisar a qualidade das informações disponíveis no SIM referente à mortalidade materna.
- Comparar a qualidade do preenchimento das variáveis disponíveis encontradas do Distrito Federal com os dados das regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste).

REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo da mortalidade materna é importante porque além de refletir a saúde da mulher, reflete indiretamente o nível de saúde da população. A mensuração da MM se dá pela razão de mortalidade materna (RMM) e sua análise auxilia na avaliação das políticas e serviços de saúde (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008). Para o estudo da mortalidade materna são considerados dois conceitos principais, um de morte materna e outro de morte por causas maternas como define a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010):

“**Morte materna** é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração e local da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestação, mas não devido a causas acidentais ou incidentais”.

“**Morte por causa materna** é a morte que ocorre pelas causas que constam no Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério – da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10)”.

Com base no conceito preconizado de morte materna e com o intuito de estabelecer critério para sua mensuração alguns aspectos devem ser seguidos, como explica LAURENTI (2008) em seu artigo:

“Está claro que todas as causas agrupadas e relacionadas no Capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério – constituem-se em causas maternas e que nem todas as mortes por causas maternas (Capítulo XV) podem ser englobadas no cálculo da razão de mortalidade materna, havendo a exclusão de todos os casos considerados como mortes maternas tardias (O96 da CID-10) e sequelas de causa materna (O97 da CID-10), haja vista que, nesses códigos, incluem-se aqueles óbitos que ocorreram fora do ciclo gravídico- puerperal (GPP), portanto, além dos 42 dias após o parto. As causas referidas como 'Exclusão', no início do Capítulo XV da CID-10 – a saber: doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV –; consequências de causas externas; necrose pós-parto da hipófise; osteomalácia puerperal; tétano obstétrico; e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério – devem ser incorporadas ao numerador da RMM desde que acontecidas no ciclo gravídico-puerperal e comprovada a interação entre essas causas e o estado gravídico-puerperal”.

Para análises mais específicas em mortalidade materna, a Organização Mundial da Saúde também estabelece outras definições (WHO, 2010):

“**Mortes obstétricas diretas** são resultantes de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas mencionadas”.

“**Mortes obstétricas indiretas** são resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”.

“**Mortes maternas tardias** são mortes de mulheres por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas mais de 42 dias, porém menos de um ano após o término da gravidez”.

A diferença do conceito entre morte materna e morte por causa materna é significativo quando se pretende determinar, do ponto de vista estatístico, a razão de mortalidade materna (RMM) usada para quantificar esse tipo de mortalidade.

Segundo a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) (2008), a RMM é o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado e o conceito aqui empregado é o de morte materna (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; RIPSA, 2008).

Utiliza-se a RMM para analisar as possíveis variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna podendo ser comparada com a RMM internacional e nacional que utilizam o mesmo conceito preconizado pela OMS. A RMM embasa estudos de avaliação dos serviços oferecidos e orienta ações de planejamento, gestão e organização dos programas e serviços em saúde (RIPSA, 2008).

Como já mencionado, exige-se o conhecimento do conceito de morte materna com o objetivo de classificar corretamente os óbitos maternos que irá compor o cálculo da RMM, e assim, dimensionar a MM (RIPSA, 2008). A subnotificação dos casos de óbitos maternos gera a aplicação de um fator de correção no total de mortes maternas oficiais para que os valores se aproximem da realidade (RIPSA, 2008; LUIZAGA *et al*, 2010).

Citando WHO (1996), o valor do fator de correção é calculado pela razão entre a soma das mortes maternas resgatadas após as investigações e as mortes maternas oficiais declaradas, eliminando-se as que não foram consideradas como morte materna, dividindo-se por este último valor. Esse fator de correção não é fixo, pois pode sofrer variações a depender da região (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; LUIZAGA *et al*, 2010).

No mundo, o número total de mortes maternas caiu de 543.000 para 287.000, entre 1990 e 2010. Da mesma forma, a RMM mundial, em 1990, era de 400 mortes maternas por 100.000 NV e caiu para 210/ 100.000 NV em 2010. Esta última representou um declínio médio anual de 3,1% no número de óbitos maternos (WHO, 2012).

O Brasil, a título de comparação, apresentou RMM de 120/ 100.000 NV em 1990, e 56/ 100.000 NV em 2010. A diferença média anual da RMM entre os dois anos foi de 3,5%, significando que o Brasil vem conseguindo avançar na diminuição nos óbitos maternos (WHO, 2012).

As condições de vida interferem na saúde da gestante e a vulnerabilidade está na situação socioeconômica desfavorável, baixo nível de escolaridade, acesso restrito a bens e serviços, entre outros. Mulheres negras, indígenas e imigrantes, geralmente, possuem condições de vida inadequadas e também menos acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2014). Por isso, a ocorrência de MM acomete mais mulheres negras, que é a soma das raças parda e preta (BRASIL, 2009b).

Para avaliação do acesso a serviços de saúde é utilizado o número de consultas pré-natal da gestante. A quantidade de mulheres que realizam sete ou mais consultas pré-natal aumentou entre os anos 2000 e 2009, porém as regiões Norte e Nordeste apresentaram menor aumento (BRASIL, 2014). A escolaridade materna está associada à adesão do pré-natal. Gestantes com até três anos de escolaridade realizam sete ou mais consultas em 36,9% dos casos e gestantes com doze anos ou mais de escolaridade aderem ao pré-natal 80% dos casos (BRASIL, 2014).

Considerando os esforços para reduzir a mortalidade materno-infantil e organizar a atenção obstétrica no Brasil, foram instituídos, entre outros, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e a Rede Cegonha.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal é de responsabilidade dos três entes federados e tem como objetivo o acesso ampliado às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido e à garantia de direitos pela gestante como: conhecimento da maternidade para o parto, assistência pré-natal adequado e acompanhante no momento do parto (BRASIL, 2005a).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde para organizar e oferecer uma rede de cuidados para garantir planejamento reprodutivo, atenção à gravidez, parto e puerpério, nascimento e crescimento seguro da criança. A Rede Cegonha se encaixa na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde para promover ações e serviços de saúde integrais e de qualidade (BRASIL, 2011b).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

No Brasil, as informações relacionadas à morte são registradas em um documento padronizado e distribuído pelo Ministério da Saúde denominado de Declaração de Óbito (DO) (BRASIL, 2001; FIORIO *et al*, 2008). A Declaração de Óbito é um documento que além de atestar o óbito se configura como importante instrumento para notificação dos casos de óbitos maternos

(GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013). A DO, portanto, deve ser bem preenchida de modo que registre as informações reais sobre o caso de óbito, essa atividade cabe ao profissional médico que emite a DO (SILVA *et al*, 2013).

Os dados da Declaração de Óbito são processados descentralizadamente e o Ministério da Saúde é o responsável por compilá-los e disponibilizá-los em rede por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2001; FIORIO *et al*, 2008). A DO possui três vias e segue um fluxo de distribuição após seu preenchimento: a primeira via é encaminhada para registro do óbito, a segunda é entregue à família e a terceira permanece na unidade notificadora para ser anexada aos documentos médicos (BRASIL, 2001).

As unidades notificadoras são responsáveis por receber as Declarações de Óbito em branco e serão preenchidas pelos médicos em caso de óbito. Estabelecimentos de saúde, instituto médico legal, serviços de verificação de óbitos, cartório de registro civil e médicos são considerados exemplos de unidades notificadoras (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde recomenda ao médico o preenchimento da DO com letra legível, sem rasura, devendo revisar os campos da Declaração, não assinar DO em branco, preencher somente após examinar o corpo pessoalmente e anotar termos precisos quanto à causa de morte (BRASIL, 2009a).

A codificação da causa básica de óbito segundo a CID-10 é realizada por uma equipe de técnicos capacitados (BRASIL, 2001). Caso haja preenchimento equivocado de qualquer parte, a DO será anulada e enviada à Secretaria de Saúde para cancelamento no SIM e deverá ser utilizada uma nova para o correto preenchimento do documento (BRASIL, 2009a).

Além da DO, foi instituída pela Portaria SVS 116 de 2009 a Declaração de Óbito Epidemiológica (anexo 2) que tem o objetivo de ampliar a cobertura de óbitos e melhorar a qualidade do preenchimento dos dados sobre mortalidade (BRASIL, 2011a). Esse documento é preenchido quando não há possibilidade de emissão da DO normal, por exemplo, quando já houve sepultamento, mas que o sistema de saúde devido à vigilância teve conhecimento desse óbito sem registro (BRASIL, 2011a).

As principais características da DO epidemiológica são: emissão em única via, não é distribuída para as unidades notificadoras (disponibilizadas nas Secretarias de Saúde), não gera certidão de óbito por meio do Cartório de Registro Civil, o atestante pode ser qualquer profissional de saúde capacitado e para preenchimento da causa básica o responsável será um gestor do SIM das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2011a).

O SIM é uma ferramenta que permite traçar o perfil de mortalidade de uma população e, por isso, a importância de que os dados informados sejam confiáveis e verídicos, pois a partir deles que

serão realizadas análises epidemiológicas que irão embasar planejamentos e estratégias de ações (FELIX *et al*, 2012).

Os principais problemas encontrados referentes às informações contidas no SIM são as possíveis falhas relacionadas ao sub-registro do evento vital, erros no preenchimento da DO ou perdas de dados na transmissão para o SIM (FELIX *et al*, 2012). A subinformação refere-se ao preenchimento incorreto da DO e o sub-registro à ausência de registro do óbito. O sub-registro é mais evidente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste e pode ser explicado devido à existência de cemitérios irregulares que não exigem registro (BRASIL, 2009b).

No Brasil, a subenumeração dos óbitos ainda é um problema, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, pois alguns dados ainda não são captados e registrados pelos sistemas de informações de mortalidade. Porém, a cobertura do registro de óbitos vem aumentando no país e o Ministério da Saúde estabeleceu no ano de 2002 a cobertura de 85% dos óbitos ocorridos (LEITE; PAES, 2009).

Os países desenvolvidos, que mantêm bons sistemas de registros, também apresentam falhas no preenchimento das Declarações de Óbito, por exemplo, erros na atribuição da causa de morte, que dificulta a mensuração da mortalidade materna (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000; SOARES; AZEVEDO; WATANABE, 2008). Com base na publicação de WHO (2007), na França, no ano 2000, a taxa de mortalidade materna oficial era de 8/100.000 nascidos vivos, porém um estudo verificou a existência de um fator de ajuste de 2 e a taxa passou para 17/100.000 nascidos vivos. Já no Canadá, no mesmo ano, a taxa era de 4/100.000 nascidos vivos, com o fator de ajuste de 1,5 a taxa passou para 6/100.000 nascidos vivos (SOARES; AZEVEDO; WATANABE, 2008).

Desde 1995 que a Declaração de Óbito apresenta campo específico de preenchimento para MM quando esta ocorre durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013). O preenchimento dessa variável na DO indica, apenas, possibilidade de morte materna e a investigação confirmará o óbito materno (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Em 2010, a DO sofreu algumas alterações e as principais diferenças estavam no campo escolaridade por níveis e última séria concluída; e no único campo para atestar o período do óbito na morte materna (BRASIL, 2013).

VIGILÂNCIA DA MORTALIDADE MATERNA

A Lei Orgânica de Saúde no 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, define a vigilância epidemiológica no âmbito do SUS em seu Art. 6, Parágrafo 2º, como (BRASIL, 1990):

“Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

A Portaria no 653, de 28 de maio de 2003, estabelece que o óbito materno é de notificação compulsória para investigação, pois a redução da mortalidade materna é prioridade do Ministério da Saúde e o real dimensionamento no Brasil possibilita a definição de estratégias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A vigilância do óbito materno é definida pela Portaria GM no 1.119, de 05 de junho de 2008, que estabelece ações e prazos de investigação com o objetivo de melhorar a informação referente à mortalidade materna e possibilitar a definição de estratégias para prevenção de novos casos (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009b).

É considerada nessa Portaria (GM no 1.119) a investigação obrigatória de óbitos maternos, ocorridos durante a gravidez ou até um ano após o término e de óbitos de mulheres em idade fértil (BRASIL, 2008a). Óbitos de mulheres em idade fértil são aqueles ocorridos entre 10 e 49 anos de idade. A Declaração de Óbito é o documento utilizado para desencadear o processo de investigação (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2009b).

O prazo para iniciar a investigação deve ser, no máximo, de 30 dias contando a partir data do óbito. As informações novas geradas na investigação deverão ser incorporadas ao banco de dados do SIM e será de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; BRASIL, 2007).

No Brasil, 83% da totalidade dos óbitos maternos foram investigados em 2011, no ano seguinte (2012) foram investigados 73% e em 2013 foram investigados 25% dos óbitos maternos. Lembrando que os dois últimos anos (2012 e 2013) ainda estão sendo notificados e investigados casos de óbitos (BRASIL, 2013). Portanto, no ano de 2011, 22 unidades da Federação, incluindo o DF, conseguiram investigar acima de 65% dos óbitos maternos (BRASIL, 2013).

A investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, que tem o objetivo de buscar óbitos maternos não notificados, alcançou 83% de óbitos investigados na média nacional em 2011. Apesar de ainda estarem em processo de notificação e investigação, os anos de 2012 e 2013 apresentaram média de investigação de 75% e 30% respectivamente (BRASIL, 2013). O Distrito Federal apresentou, aproximadamente, 68% de óbitos de MIF investigados em 2011, 83% em 2012 e 21% em 2013 (BRASIL, 2013).

COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA

A implementação dos Comitês de Mortalidade Materna para as localidades que ainda não possuem e o fortalecimento para aquelas que já são instituídos são indicados como estratégia do Ministério da Saúde para prevenção do óbito materno (BRASIL, 2007). Os Comitês terão o papel de dimensionar a magnitude da MM, analisar as causas de morte, identificar os fatores determinantes e propor aos serviços de saúde medidas de prevenção desses casos e consequentemente evitar futuras mortes evitáveis (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b).

Os comitês são de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial. Possuem atuação sigilosa, não punitiva, com função educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas (BRASIL, 2007).

Uma das principais atividades dos Comitês é a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil para identificação de mortes maternas que não foram expressamente declaradas na DO e melhorar as informações dos óbitos (MOTA; GAMA; FILHA, 2009). Também promovem seminários relacionados ao tema, capacitam os membros e discutem os casos de óbito (BRASIL, 2007).

Para exemplificação, o Paraná possui boa cobertura de registro de óbito em geral (95,6%) e investiga em média 90% dos casos de óbitos de mulheres em idade fértil por ano, porém há ainda a sub-notificação da causa materna que é identificada pelo Comitê de Mortalidade Materna. Os Comitês do Paraná têm função não só de investigação dos óbitos, mas de educação/informação que se dá pela divulgação de textos e artigos, realização de seminários relacionados ao tema e capacitação das equipes (SOARES; MARTINS, 2006; SOARES; AZEVEDO; WATANABE, 2008).

No Paraná, o CMM realiza duas câmaras técnicas por ano, que tem função de discussão dos casos, elaboração de relatórios, correção dos dados inseridos no SIM, definição da causa básica de óbito e classificação de óbitos obstétricos diretos ou indiretos (SOARES; MARTINS, 2006). A equipe que participa da câmara técnica (médicos, estudantes de medicina e outros profissionais do CMM) define medidas de prevenção da MM e propõe protocolos específicos para o cuidado da gestante na assistência (SOARES; MARTINS, 2006). São analisados também as condições socioeconômicas e a qualidade das informações nos registros investigados (BRASIL, 2009b). O CMM do Paraná subsidia a tomada de decisão do gestor quando solicitado (SOARES; MARTINS, 2006).

METODOLOGIA

1. Tipo do Estudo

Estudo do tipo descritivo que busca determinar a distribuição da mortalidade materna, segundo tempo, lugar e características do indivíduo, por meio de dados secundários (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

2. Local do Estudo

O Distrito Federal (DF) está localizado na Região Centro-Oeste, ocupando o centro do Brasil e o centro-leste do Estado de Goiás. Sua área é de 5.789,16 km², equivalente a 0,06% da superfície do País, apresentando como limites naturais o rio Descoberto a oeste e o rio Preto a leste (CODEPLAN, 2012).

O Distrito Federal subdivide-se em 31 Regiões Administrativas, sendo elas: Brasília (RA-I), Gama (RA-II), Taguatinga (RA-III), Brazlândia (RA-IV), Sobradinho (RA-V), Planaltina (RA-VI), Paranoá (RA-VII), Núcleo Bandeirante (RA-VIII), Ceilândia (RA-IX), Guará (RA-X), Cruzeiro (RA-XI), Samambaia (RA-XII), Santa Maria (RA-XIII), São Sebastião (RA-XIV), Recanto das Emas (RA-XV), Lago Sul (RA-XVI), Riacho Fundo (RA-XVII), Lago Norte (XVIII), Candangolândia (RA-XIX), Águas Claras (RA-XX), Riacho Fundo II (RA-XXI), Sudoeste/Octogonal (RA-XXII), Varjão (RA-XXIII), Park Way (XXIV), SCIA (RA-XXV), Sobradinho II (RA-XXVI), Jardim Botânico (RA-XXVII), Itapoã (RA-XXVIII), SIA (RA-XXIX), Vicente Pires (RA-XXX), Fercal (RAI-XXXI) (CODEPLAN, 2012).

O DF em 2010 apresentou uma população de 2.570.160 de habitantes, sendo 1.228.880 homens e 1.341.280 mulheres, com densidade demográfica de 444,66 hab/km² (IBGE, 2010). Em 2010, da população feminina, 916.911 estavam em idade fértil (10-49 anos). No ano de 2011, a população estimada pelo IBGE era de 2.609.998 pessoas. No mesmo ano, houve 43.821 nascidos no DF destes, 43.407 nascidos vivos (CODEPLAN, 2012).

Os estabelecimentos do Sistema de Saúde que compõem a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES DF- estão distribuídos em 111 estabelecimentos de saúde, sendo 14 unidades hospitalares e 97 centros de saúde. O Sistema de Saúde do DF conta ainda com 4.692 leitos em prontos-socorros, enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (SECRETARIA DE SAÚDE, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano do Distrito Federal, que mede a qualidade de vida da população residente, é 0,844 em uma escala de 0 a 1, sendo maior do que a média nacional. A

expectativa de vida nacional em média é de 72,8 anos e do DF de 75,6 anos. A porcentagem de analfabetismo da população é de 3,4%, mais da metade da população (51,35%) dedicou em média dez anos de vida estudando (SEPLAN, 2012; CODEPLAN, 2012).

3. Fonte de Dados

Os dados de mortalidade materna foram procedentes do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), que tem como instrumento de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO) (anexo 1).

4. Variáveis do Estudo

- Demográficas

Faixa etária: 10-14 anos; 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; ignorado.

Estado civil: solteira; casada; viúva; separada judicialmente; outro e ignorado.

- Sociais

Raça/cor: branca; preta; amarela; parda; indígena e ignorado.

Escolaridade: nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 ou mais anos; ignorado.

Local de ocorrência do óbito: hospital; outro estabelecimento de saúde; domicílio; via pública; outro e ignorado.

- Epidemiológicas

Morte na gravidez ou puerpério: durante a gravidez, parto ou aborto; durante o puerpério até 42 dias; durante o puerpério de 43 dias a um ano; durante o puerpério até um ano, período não discricionário; não na gravidez ou no puerpério.

Grupo CID 10 que indica a causa básica de morte (A causa básica de morte é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte que produziram a lesão fatal – CID 10).

Tipo de causa obstétrica: morte materna obstétrica direta; morte materna obstétrica indireta; morte materna obstétrica não especificada.

Óbito investigado: óbito investigado com ficha síntese informada; óbito investigado sem ficha síntese informada; óbito não investigado; não se aplica.

5. Período do Estudo

O período do estudo compreende as informações encontradas referentes aos anos de 2007 a 2011, pois são os mais recentes disponíveis no SIM – DATASUS.

6. Aspectos Éticos

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM-DATASUS, de domínio público, portanto não se exige submissão do trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade, entre os anos 2007 e 2011, o Centro Oeste e o Distrito Federal registraram um total de 629 e 106 óbitos maternos (Tabela 1), respectivamente.

Tabela 1: Total de óbitos maternos por ano, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Óbitos maternos por ano	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
2007	97	15,42%	17	8,02%
2008	145	23,05%	26	12,26%
2009	136	21,62%	24	11,32%
2010	132	20,99%	20	9,43%
2011	119	18,92%	19	8,96%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Considerando as variáveis demográficas, os óbitos maternos por faixa etária (Tabela 2) de 20 a 29 anos apresentou maior número tanto no Centro Oeste (306/ 48,65%) quanto no Distrito Federal (48/ 45,28%). No Centro Oeste houve registro de óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos (2/ 0,32%). Um caso de óbito materno (0,16%) teve a idade ignorada na região estudada e no DF não houve registro.

Tabela 2: Óbitos maternos por faixa etária, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Faixa etária (em anos)	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
10 a 14	6	0,95%	0	0%
15 a 19	76	12,08%	6	5,66%
20 a 29	306	48,65%	48	45,28%
30 a 39	206	32,75%	46	43,39%
40 a 49	32	5,09%	6	5,66%
50 a 59	2	0,32%	0	0,00%
Idade Ignorada	1	0,16%	0	0,00%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Os óbitos segundo estado civil (Tabela 3) se distribuíram dessa forma, no Centro Oeste, a maioria (363/ 57,71%) das mulheres eram solteiras o que também foi percebido no DF (71/ 66,98%). Estado civil ignorado na região teve registro de (50/ 7,95%) e no DF (2/ 1,88%).

Tabela 3: Óbitos maternos por estado civil, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Estado civil	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Solteira	363	57,71%	71	66,98%
Casada	180	28,62%	29	27,35%
Viúva	5	0,79%	0	0,00%
Separada judicialmente	13	2,07%	2	1,88%
Outro	18	2,86%	2	1,88%
Ignorado	50	7,95%	2	1,88%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Na distribuição dos óbitos maternos de acordo com cor/raça (Tabela 4), a parda foi que apresentou maior proporção no Centro Oeste (319/ 50,72%), e no DF a branca houve maior proporção (51/ 48,11%). Considerando a informação ignorada, a região Centro Oeste apresentou registro de (17/ 2,70%), e o DF de (2/ 1,9%).

Tabela 4: Óbitos maternos por cor/raça, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Cor/raça	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Branca	222	35,29%	51	48,11%
Preta	46	7,31%	6	5,66%
Amarela	2	0,32%	0	0,00%
Parda	319	50,72%	47	44,33
Indígena	23	3,66%	0	0,00%
Ignorado	17	2,70%	2	1,9%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em relação ao nível de escolaridade (Tabela 5) entre os óbitos maternos, a maior parte das mães tinha entre 8 e 11 anos de estudo, registrando (182/ 28,93%) no Centro Oeste e (35/ 33,01%) no DF. Foi percebida (107/ 17,01%) de escolaridade ignorada no Centro Oeste e no DF (6/ 5,66%).

Tabela 5: Óbitos maternos por escolaridade, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Escolaridade (em anos)	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Nenhuma	18	2,86%	1	0,94%
1 a 3 anos	75	11,92%	14	13,20%
4 a 7 anos	176	27,98%	29	27,35%
8 a 11 anos	182	28,93%	35	33,01%
12 anos e mais	71	11,29%	21	19,81%
Ignorado	107	17,01%	6	5,66%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Considerando o local de ocorrência dos óbitos (Tabela 6), observa-se que a maioria ocorreu em ambiente hospitalar, (581/ 92,37%) no Centro Oeste e (99/ 93,39%) no Distrito Federal. Na região Centro Oeste, um caso de óbito teve informação ignorada (1/ 0,16%) e no DF não houve informação ignorada.

Tabela 6: Óbitos maternos por local de ocorrência, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Local de ocorrência	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Hospital	581	92,37%	99	93,39%
Outro estabelecimento de saúde	3	0,48%	0	0,00%
Domicílio	30	4,77%	5	4,71%
Via pública	8	1,27%	0	0,00%
Outros	6	0,95%	2	1,88%
Ignorado	1	0,16%	0	0,00%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Segundo morte durante a gravidez ou puerpério (Tabela 7), a maioria dos óbitos do Centro Oeste ocorreu durante o puerpério até 42 dias (310/ 49,28%) e no DF ocorreu no mesmo período registrando (56/ 52,83%).

Tabela 7: Óbitos maternos por morte durante a gravidez ou puerpério, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Morte gravidez/puerpério	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Durante a gravidez, parto ou aborto	210	33,39%	36	33,96%
Durante o puerpério, até 42 dias	310	49,28%	56	52,83%
Durante o puerpério, de 43 a <1 ano	27	4,29%	7	6,60%
Durante o puerpério, até 1 ano, período não discriminado	0	0,00%	0	0,00%
Não na gravidez ou no puerpério	8	1,27%	2	1,88%
Período informado inconsistente	38	6,04%	0	0,00%
Não informado ou ignorado	36	5,72%	5	4,71%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A causa básica de óbito por grupo da CID-10 (Tabela 8), por proporção, foi de outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte, sendo o mesmo grupo para o Centro Oeste (189/ 30,05%) e DF (49/ 46,23%).

Tabela 8: Óbitos maternos por grupo da CID-10, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Grupo CID-10	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	16	2,54%	2	1,89%
Gravidez que termina em aborto	45	7,15%	8	7,55%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e no puerpério	146	23,21%	20	18,87%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	26	4,13%	4	3,77%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	32	5,09%	3	2,83%
Complicações do trabalho de parto e do parto	106	16,85%	10	9,43%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	69	10,97%	10	9,43%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	189	30,05%	49	46,23%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Por tipo de causa obstétrica (Tabela 9), as mortes maternas obstétricas diretas apresentaram maior proporção tanto no Centro Oeste (414/ 65,82%) quanto no Distrito Federal (55/ 51,88%). A morte materna obstétrica não especificada no Centro Oeste foi de (12/ 1,91%) e no DF de (1/ 0,94%).

Tabela 9: Óbitos maternos por tipo de causa obstétrica, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Tipo causa obstétrica	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Morte materna obstétrica direta	414	65,82%	55	51,88%
Morte materna indireta	203	32,27%	50	47,16%
Morte materna obstétrica não especificada	12	1,91%	1	0,94%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Levando em consideração os óbitos investigados (Tabela 10), no Centro Oeste, os óbitos com ficha síntese informados registraram (293/ 46,58%); óbitos investigados, mas sem ficha síntese informada (178/ 28,30%); e os óbitos não investigados (158/ 25,12%). No Distrito Federal, os óbitos com ficha síntese informados registraram (47/ 44,33%); óbitos investigados, mas sem ficha síntese informada (37/ 34,90%); e os óbitos não investigados (22/ 20,75%).

Tabela 10: Óbitos maternos segundo óbito investigado, Centro Oeste e Distrito Federal, 2007-2011.

Óbito investigado	Óbitos maternos			
	Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%
Óbito investigado, com ficha síntese informada	293	46,58%	47	44,33%
Óbito investigado, sem ficha síntese informada	178	28,30%	37	34,90%
Óbito não investigado	158	25,12%	22	20,75%
Não se aplica	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade, nos anos de 2007 a 2011, ocorreram ao todo, por maior número de óbitos maternos, 2.993 mortes maternas no Nordeste, 2.907 no Sudeste, 987 no Norte, 956 no Sul e 629 no Centro Oeste (Tabela 11).

Tabela 11: Total de óbitos maternos por ano, segundo regiões brasileiras, 2007-2011.

Óbitos maternos por ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		Distrito Federal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2007	202	20,47%	559	18,68%	540	18,58%	192	20,08%	97	15,42%	17	8,02%
2008	188	19,05%	618	20,65%	528	18,16%	202	21,13%	145	23,05%	26	12,26%
2009	209	21,18%	631	21,08%	695	23,91%	201	21,03%	136	21,62%	24	11,32%
2010	192	19,45%	598	19,98%	604	20,78%	193	20,19%	132	20,99%	20	9,43%
2011	196	19,86%	587	19,61%	540	18,58%	168	17,57%	119	18,92%	19	8,96%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%	106	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Nas cinco regiões brasileiras, observa-se que a maior proporção dos óbitos maternos por faixa etária (Tabela 12) ocorreu no intervalo entre 20 e 29 anos, sendo maior no Centro Oeste (306/ 48,65%) seguido pelo Norte (441/ 44,68%), Sudeste (1.200/ 41,28%), Nordeste (1.233/ 41,20%) e por último no Sul (358/ 37,45%). Proporcionalmente, o Norte (2/ 0,20%) apresentou maior porcentagem de idade ignorada, seguido do Centro Oeste (1/ 0,16%), Sudeste (4/ 0,14%), Nordeste (1/ 0,03%). O Sul não teve registro de idade ignorada.

Tabela 12: Óbitos maternos por faixa etária, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Faixa etária (em anos)	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 a 14	14	1,42%	34	1,14%	21	0,72%	6	0,63%	6	0,95%
15 a 19	184	18,64%	461	15,40%	327	11,25%	120	12,55%	76	12,08%
20 a 29	441	44,68%	1.233	41,20%	1.200	41,28%	358	37,45%	306	48,65%
30 a 39	287	29,08%	988	33,01%	1.081	37,19%	375	39,23%	206	32,75%
40 a 49	56	5,67%	261	8,72%	261	8,98%	94	9,83%	32	5,09%
50 a 59	3	0,30%	15	0,50%	13	0,45%	3	0,31%	2	0,32%
Idade Ignorada	2	0,20%	1	0,03%	4	0,14%	0	0,00%	1	0,16%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Os óbitos maternos segundo estado civil (Tabela 13) acometeu, em todas as regiões brasileiras, em sua maioria, mulheres solteiras, registrando no Norte (597/ 60,49%), Sudeste (1.706/ 58,69%), Centro Oeste (363/ 57,71%), Nordeste (1.666/ 55,66%) e Sul (510/ 53,35%). A informação ignorada de estado civil tem maior proporção na região Nordeste (392/ 13,10%), seguida pelas regiões Norte (84/ 8,51%), Centro Oeste (50/ 7,95%), Sudeste (127/ 4,37%) e Sul (41/ 4,29%).

Tabela 13: Óbitos maternos por estado civil, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Estado Civil	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro	597	60,49%	1.666	55,66%	1.706	58,69%	510	53,35%	363	57,71%
Casado	226	22,90%	817	27,30%	928	31,92%	349	36,51%	180	28,62%
Viúvo	3	0,30%	25	0,84%	29	1,00%	13	1,36%	5	0,79%
Separado judicialmente	3	0,30%	22	0,74%	83	2,86%	25	2,62%	13	2,07%
Outro	74	7,50%	71	2,37%	34	1,17%	18	1,88%	18	2,86%
Ignorado	84	8,51%	392	13,10%	127	4,37%	41	4,29%	50	7,95%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A distribuição dos óbitos maternos por cor/raça (Tabela 14) teve maior proporção de mulheres com cor/raça parda nas seguintes regiões: Norte (694/ 70,31%), Nordeste (1.883/ 62,91%) e Centro Oeste (319/ 50,72%). Mulheres de cor/raça branca houve maior proporção nas regiões Sul (735/ 76,88%) e Sudeste (1.241/ 42,69%). Quanto ao item ignorado, o Nordeste (282/ 9,42%) apresentou maior porcentagem, seguido pelo Sudeste (161/ 5,54%), Norte (33/ 3,34%), Centro Oeste (17/ 2,70%) e Sul (25/ 2,62%).

Tabela 14: Óbitos maternos por cor/raça, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Cor/raça	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	160	16,21%	503	16,81%	1.241	42,69%	735	76,88%	222	35,29%
Preta	48	4,86%	302	10,09%	413	14,21%	76	7,95%	46	7,31%
Amarela	0	0,00%	5	0,17%	8	0,28%	3	0,31%	2	0,32%
Parda	694	70,31%	1.883	62,91%	1.080	37,15%	105	10,98%	319	50,72%
Indígena	52	5,27%	18	0,60%	4	0,14%	12	1,26%	23	3,66%
Ignorado	33	3,34%	282	9,42%	161	5,54%	25	2,62%	17	2,70%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A maior proporção de óbitos maternos por escolaridade (Tabela 15), nas regiões Norte (324/ 32,83%), Sul (300/ 31,38%) e Sudeste (787/ 27,07%) ocorreu entre 4 e 7 anos de estudo da mulher. No Centro Oeste (182/ 28,93%) o maior registro foi entre 8 e 11 anos de estudo. No Nordeste (885/ 29,57%) a maior proporção se concentrou em escolaridade ignorada; enquanto nas outras regiões a informação ignorada foi de (776/ 26,69%) no Sudeste; (195/ 20,40%) no Sul; (182/ 18,44%) no Norte; (107/ 17,01%) no Centro Oeste.

Tabela 15: Óbitos maternos por escolaridade, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Escolaridade (em anos)	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	59	5,98%	217	7,25%	37	1,27%	16	1,67%	18	2,86%
1 a 3 anos	139	14,08%	444	14,83%	277	9,53%	104	10,88%	75	11,92%
4 a 7 anos	324	32,83%	722	24,12%	787	27,07%	300	31,38%	176	27,98%
8 a 11 anos	211	21,38%	552	18,44%	769	26,45%	248	25,94%	182	28,93%
12 anos e mais	72	7,29%	173	5,78%	261	8,98%	93	9,73%	71	11,29%
Ignorado	182	18,44%	885	29,57%	776	26,69%	195	20,40%	107	17,01%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Considerando o local de ocorrência do óbito materno (Tabela 16), proporcionalmente, a maioria ocorreu no hospital, sendo (2.750/ 94,60%) no Sudeste; (581/ 92,37%) no Centro Oeste; (883/ 92,36%) no Sul; (893/ 90,48%) no Norte e (2.657/ 88,77%) no Nordeste.

Tabela 16: Óbitos maternos por local de ocorrência, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Local de ocorrência	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital	893	90,48%	2.657	88,77%	2.750	94,60%	883	92,36%	581	92,37%
Outro estabelecimento de saúde	8	0,81%	20	0,67%	53	1,82	13	1,36%	3	0,48%
Domicílio	43	4,36%	142	4,74%	66	2,27%	42	4,39%	30	4,77%
Via pública	18	1,82%	82	2,74%	14	0,48%	7	0,73%	8	1,27%
Outros	22	2,23%	87	2,91%	23	0,79%	11	1,15%	6	0,95%
Ignorado	3	0,30%	5	0,17%	1	0,03%	0	0,00%	1	0,16%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Considerando o período (Tabela 17), a morte materna ocorreu, em sua maioria, durante o puerpério, até 42 dias em todas as regiões. Portanto, registrando (1.476/ 50,77%) no Sudeste; (483/ 50,52%) no Sul; (310/ 49,28%) no Centro Oeste; (407/ 41,24%) no Norte e (1.170/ 39,09%) no Nordeste. O período não informado ou ignorado teve a seguinte distribuição: Nordeste (311/ 10,39%), Norte (86/ 8,71%), Sudeste (194/ 6,67%), Centro Oeste (36/ 5,72%) e Sul (18/ 1,88%).

Tabela 17: Óbitos maternos por mortes durante a gravidez ou puerpério, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Morte grav/puerp	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Durante a gravidez, parto ou aborto	293	29,69%	1.057	35,32%	832	28,62%	384	40,17%	210	33,39%
Durante o puerpério, até 42 dias	407	41,24%	1.170	39,09%	1.476	50,77%	483	50,52%	310	49,28%
Durante o puerpério, de 43 a <1 ano	46	4,66%	149	4,98%	145	4,99%	14	1,46%	27	4,29%
Durante o puerpério, até 1 ano, período não discr	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Não na gravidez ou no puerpério	38	3,85%	84	2,81%	42	1,44%	8	0,84%	8	1,27%
Período informado inconsistente	117	11,85%	222	7,42%	218	7,50%	49	5,13%	38	6,04%
Não informado ou ignorado	86	8,71%	311	10,39%	194	6,67%	18	1,88%	36	5,72%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A causa básica de óbito por grupo da CID-10 (Tabela 18), por proporção, é por outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte, nas seguintes regiões: Sul (307/ 32,11%); Centro Oeste (189/ 30,05%); Sudeste (759/ 26,11%) e Nordeste (711/ 25,76%). Na região Norte (242/ 24,52%), o maior registro foi por edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e no puerpério.

Tabela 18: Óbitos maternos por grupo da CID – 10, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Grupo CID-10	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	37	3,75%	56	1,87%	125	4,30%	61	6,38%	16	2,54%
Gravidez que termina em aborto	84	8,51%	221	7,38%	304	10,46%	55	5,75%	45	7,15%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e no puerpério	242	24,52%	749	25,03%	595	20,47%	144	15,06%	146	23,21%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	24	2,43%	82	2,74%	123	4,23%	57	5,96%	26	4,13%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	71	7,19%	196	6,55%	193	6,64%	58	6,07%	32	5,09%
Complicações do trabalho de parto e do parto	178	18,03%	472	15,77%	435	14,96%	167	17,47%	106	16,85%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	175	17,73%	441	14,73%	372	12,80%	106	11,09%	69	10,97%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	173	17,53%	771	25,76%	759	26,11%	307	32,11%	189	30,05%
Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	1	0,10%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,10%	0	0,00%
Outras doenças bacterianas	1	0,10%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos	1	0,10	5	0,17%	1	0,03%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Por tipo de causa obstétrica (Tabela 19), as mortes maternas obstétricas diretas apresentaram maior proporção em todas as regiões. O Norte com (762/ 77,20%), seguido pelo Nordeste (2.099/ 70,13%), Sudeste (1.934/ 66,53%), Centro Oeste (414/ 65,82%) e Sul (566/ 59,21%). Por morte materna obstétrica não especificada, o Sul (50/ 5,23%) teve maior registro, seguido pelo Sudeste (84/ 2,89%), Nordeste (74/ 2,47%), Norte (23/ 2,33%) e Centro Oeste (12/ 1,91)

Tabela 19: Óbitos maternos por tipo de causa obstétrica, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Tipo causa obstétrica	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Morte materna obstétrica direta	762	77,20%	2.099	70,13%	1.934	66,53%	566	59,21%	414	65,82%
Morte materna indireta	202	20,47%	820	27,40%	889	30,58%	340	35,56%	203	32,27%
Morte materna obstétrica não especificada	23	2,33%	74	2,47%	84	2,89%	50	5,23%	12	1,91%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Os óbitos maternos investigados (Tabela 20), proporcionalmente, apresentaram porcentagens de (437/ 49,48%) no Sul, (293/ 46,58%) no Centro Oeste, (1.331/ 45,79%) no Sudeste e (1.131/ 37,79%) no Nordeste. Os óbitos não investigados no Norte, proporcionalmente, são os mais prevalentes com (462/ 46,81%) e os investigados com (351/ 35,56%). Os óbitos não investigados nas outras regiões são Nordeste (1.036/ 34,61%), Centro Oeste (158/ 25,12%), Sul (199/ 20,82%) e Sudeste (536/ 18,44%).

Tabela 20: Óbitos maternos por óbito investigado, segundo regiões brasileiras, 2007 a 2011.

Óbito investigado	Óbitos maternos									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Óbito investigado, com ficha síntese informada	351	35,56%	1.131	37,79%	1.331	45,79%	473	49,48%	293	46,58%
Óbito investigado, sem ficha síntese informada	174	17,63%	826	27,60%	1.040	35,78%	284	29,71%	178	28,30%
Óbito não investigado	462	46,81%	1.036	34,61%	536	18,44%	199	20,82%	158	25,12%
Não se aplica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	987	100%	2.993	100%	2.907	100%	956	100%	629	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

DISCUSSÃO

Observa-se que os óbitos maternos ocorridos no Centro Oeste e no Distrito Federal por faixa etária (Tabela 2) se concentraram no intervalo entre 20 e 29 anos, 48,65% e 45,28% respectivamente. Essa realidade também ocorre nas outras regiões (Tabela 12), exceto pela região Sul onde a concentração foi na faixa etária entre 30 e 39 anos com 39,23%. Pode ser explicado pela maior ocorrência de gravidez nesse intervalo de idade (20 a 29 anos). Porém o risco de morte eleva-se com a idade, sendo mais acentuado a partir dos 35 anos (LEITE *et al*, 2011).

Óbitos maternos por faixa etária ignorada (Tabelas 2 e 12) se apresentaram dessa forma, Norte (0,20%), Centro Oeste (0,16%), Sudeste (0,14%), Nordeste (0,03%), Sul e DF nenhum registro. O cartão da gestante é considerado fonte de informação que deverá estar sempre com a gestante para registro do acompanhamento da gravidez até o momento do parto, e também pode ser consultado como complemento das informações contidas no prontuário (BRASIL, 2010a). O cartão, portanto, traz informações sobre os dados pessoais e antecedentes clínicos da gestante e alguns modelos ainda indicam nome e contato de um acompanhante, em caso de emergência, poderá ser comunicado.

As mortes que ocorreram na faixa etária entre 15 e 19 anos (Tabelas 2 e 12) apresentaram porcentagens entre 5,66% no DF, sendo a menor, e de 18,64% na região Norte, representando a maior porcentagem. As mães adolescentes enfrentam fatores de risco mais específicos do que quando comparadas à gravidez de mulheres de outras faixas etárias. As gestantes jovens apresentam, normalmente, condições socioeconômicas inferiores, menor nível de escolaridade, falta de apoio do companheiro, realização de menor número de atendimentos pré-natais, início das consultas tardiamente e, geralmente, possuem parto complicado com uso de fórceps e episiotomia. (CESAR *et al*, 2011).

Em relação aos óbitos por estado civil (Tabelas 3 e 13) foi observado que, para todas as regiões e para o Distrito Federal, a maior proporção ocorreu entre mulheres solteiras, variando de 53,35% na região Sul a 66,98% no DF. Para variável ignorada, o Nordeste apresentou (392/ 13,10%), o Norte (84/ 8,51%), o Centro Oeste (50/ 7,95%), Sudeste (127/ 4,37%), Sul (41/ 4,29%) e o DF (2/ 1,88%). O preenchimento dessa variável na DO é feito de acordo com informação disponibilizada pela família da falecida (BRASIL, 2011a). Para esse campo é possível registro de informação ignorada.

Uma explicação para a maior ocorrência de óbito em mulheres solteiras do que em mulheres casadas seria que as casadas teriam melhores condições socioeconômicas, renda familiar e ajuda do parceiro para apoio emocional. A falta de apoio do parceiro durante e após a gravidez sobrecarrega as atividades da mãe solteira causando carência econômica e afetiva (MARIN *et al*, 2011). Portanto,

os profissionais de saúde devem se atentar a essa realidade e oferecer orientação para essas mulheres como os serviços de assistência social.

Alguns direitos também contribuem para que a mulher consiga, financeiramente, ter apoio. A Lei 11.804 de 2008 estabelece que a mulher grávida tenha contribuição financeira do pai biológico desde a gravidez (BRASIL, 2008b), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no seu artigo 392, também dispõe da possibilidade da empresa em que a mulher trabalha oferecer auxílio creche, licença maternidade de 120 dias com remuneração, entre outros (BRASIL, 1943). Esse fenômeno é explicado pela intersectorialidade, que é a inter-relação das políticas públicas com o objetivo de suprir as demandas sociais, pois tem sentido da integralidade e de considerar o cidadão na sua complexidade (CAVALCANTI *et al*, 2013).

O estado civil colabora também para a ocorrência de aborto provocado, que é fator de risco para que ocorra a morte materna, podendo chegar a 10 vezes mais em mulheres solteiras do que em mulheres casadas. As solteiras além da maior exposição à gravidez indesejada, não possuem amparo dos companheiros para continuidade da gestação devido ao relacionamento instável (SILVA; ANDREONI, 2012).

No aspecto raça e cor da mortalidade materna do estudo (Tabelas 4 e 14), o perfil foi predominantemente parda no Norte (694/ 70,31%), Nordeste (1.883/ 62,91%) e Centro Oeste (319/ 50,72%); e branca no Sudeste (1.241/ 42,69%), Sul (735/ 76,88%) e DF (51/ 48,11%). A etnia não pode ser considerada por si só fator de risco, mas o aspecto social de diferentes raças pode influenciar o modo de viver e também o acesso aos bens sociais (TEIXEIRA *et al*, 2012).

Segundo IBGE (2010), as regiões Norte (66,89%), Nordeste (59,44%), Centro Oeste (49,09%) e Distrito Federal (51,2%) apresentam maior população parda comparada às outras raças e as regiões Sudeste (55,16%) e Sul (78,47%) por sua vez possuem a raça branca predominante.

No item ignorado dos óbitos maternos por raça/cor (Tabelas 4 e 14), o Nordeste apresentou (9,42%), Sudeste (5,54%), Norte (3,34%), Centro Oeste (2,7%), Sul (2,62%) e o DF (1,9%). Destaca-se que na Declaração de Óbito essa variável não possui opção para “ignorado”. Portanto, os profissionais médicos que atestam a DO deixam o campo da variável em branco. A cor do falecido não é decidida pelo médico, este deve preencher de acordo com a resposta do responsável pelo falecido (BRASIL, 2011a). O não preenchimento desta variável esconde análises relativas à vulnerabilidade que as populações negra e indígena podem estar expostas (BRASIL, 2011a).

No Brasil, as mulheres negras ainda possuem baixos níveis de saúde e condições de vida comparadas às mulheres de outras raças e também possuem baixa escolaridade e renda. Isso colabora para que o desfecho da gestação seja a morte materna (TEIXEIRA *et al*, 2012). A discriminação racial é vista também como colaborador das taxas de MM, as mulheres negras recebem menos anestesia (11,1%) do que as mulheres brancas (5,1%) no momento do parto e as

mulheres brancas puderam ter acompanhante em 46,2% dos casos e as mulheres negras 27,0%. Por outro lado, 82% das mulheres brancas não tiveram a informação sobre a importância do pré-natal contra 76,6% das mulheres negras (BRASIL, 2011c).

Nessa perspectiva de cuidado à parturiente, pode-se mencionar o papel das doulas no auxílio à mulher durante o parto. As doulas normalmente não são profissionais de saúde, mas recebem treinamento para oferecer suporte físico e emocional, além de proporcionar esclarecimentos dos processos de parto e nascimento (SANTOS; NUNES, 2009). As parturientes que recebem esse tipo de cuidado apresentam menores problemas perinatais, pouca utilização de ocitocina, menor tempo de trabalho de parto e menor exposição à anestesia para parto normal. Esse serviço também pode refletir em baixas taxas de cesarianas realizadas (SANTOS; NUNES, 2009).

Em relação à escolaridade (Tabelas 5 e 15), nas regiões Norte (32,83%), Nordeste (24,12%), Sudeste (27,07%) e Sul (31,38%) a maior proporção foi de 4 a 7 anos de estudo. No Centro Oeste (28,93%) e no DF (33,01%) foi entre 8 e 11 anos. Observa-se também que essa variável apresentou a maior proporção de informação ignorada, sendo a maior no Nordeste (885/ 29,57%) e menor no DF (6/ 5,66%), as outras regiões variaram entre 26,69% no Sudeste; 20,40% no Sul; 18,44% no Norte; e 17,01% no Centro Oeste.

Entre os anos 2000 e 2011, o registro sem informação sobre escolaridade caiu de 16% para 9% e a porcentagem para informação ignorada aumentou 15,5% para 18,8%. Para essa categoria existe a opção para informação ignorada (BRASIL, 2013). Pode ser um bom resultado visto que os profissionais estão preferindo anotar item ignorado a deixar a variável em branco. Infere-se que não estão negligenciando o preenchimento embora ainda não contribua na qualidade da informação.

O nível de escolaridade da mulher pode estar relacionado com o acesso aos bens sociais, acesso ao maior número de informação e melhor condição socioeconômica. A escolaridade é frequentemente considerada nas análises de saúde, pois orienta a abordagem escolhida para os serviços de saúde, no momento do acolhimento e durante a assistência a saúde.

Independente do nível de escolaridade, os profissionais de saúde devem informar a gestante sobre os direitos que decorrem da sua situação. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal estabelece alguns direitos, são eles: a gestante tem direito a atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério; acompanhamento do pré-natal; de conhecer e ter acesso à maternidade no momento do parto; ter acesso a atendimento adequado em situação de intercorrência obstétrica; ter acompanhante durante parto e pós-parto imediato (Lei no. 11.108/05) (BRASIL, 2005a).

O nível de escolaridade pode ser relacionado com a mortalidade materno-infantil, pois reflete no tipo de parto que a mulher pode realizar, adesão ao pré-natal, no tempo entre gestações que reduz os riscos à saúde e no número de filhos (HAUDAR, OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2001).

O local de ocorrência do óbito materno (Tabelas 6 e 16) se deu, em sua maioria, em ambiente hospitalar para todas as regiões e o Distrito Federal. A maior proporção foi apresentada no Sudeste (94,60%) e a menor no Nordeste (88,77%). A variável, local de ocorrência, apresentou pouco percentual de informação ignorada. O Norte apresentou a maior porcentagem, 0,3%, e no DF não houve registro de ignorado.

O hospital é considerado como unidade notificadora de óbito, pois recebe do município o manual de preenchimento da DO, as Declarações de Óbito e o controle das mesmas (BRASIL, 2001). O Serviço de Verificação de Óbito (SVO), assim como o hospital, se configura como unidade notificadora de óbito, pois é local onde também é emitida a Declaração de Óbito (BRASIL, 2001).

Se a gestante é de risco deve-se vinculá-la a um hospital especializado como preconiza a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005a). Essa medida indica que o hospital, local de maior ocorrência do óbito materno, é apropriado para sua condição de saúde por oferecer suporte adequado. O Serviço de Verificação de Óbito (SVO), para as localidades que ele é instituído, emite a DO para óbitos naturais sem assistência médica ou com diagnóstico de doença mal definida (BRASIL, 2009a), o serviço pode oferecer maior qualidade para o preenchimento da DO por meio de necropsia para óbitos sem assistência.

A ocorrência de óbito em ambiente hospitalar pode ter associação com a peregrinação da mulher no momento do parto a procura de hospital. Sem a indicação de uma maternidade pelo serviço de saúde, a gestante procura vaga em mais de um hospital podendo gerar ansiedade e problemas no parto (GOLDMAN; BARROS, 2003).

Como solução para a peregrinação, deve-se organizar a atenção obstétrica dentro das Redes de Atenção à Saúde para assegurar atendimento integral à gestante. Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde para as gestantes, segundo sua condição, estariam mais acessíveis e a regulação dos leitos obstétricos eficiente (BRASIL, 2005b). A Rede Cegonha também objetiva a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna para oferecer atendimento obstétrico integral e a vinculação da gestante ao local do parto (BRASIL, 2011b).

No período estudado, em sua maioria, os óbitos maternos ocorreram durante o puerpério, até 42 dias do parto (Tabelas 7 e 17), para todas as regiões e para o DF. Nessa variável, além da presença do item não informado ou ignorado, há também o período informado inconsistente. Se os dois itens não trazem a informação quanto à morte durante a gravidez ou puerpério, pode-se considerar a somatória dos itens para análise de informação ignorada. Assim sendo, o Norte apresentou 203 /20,56%; Nordeste 533/ 17,81%; Sudeste 412/ 14,17%; Centro Oeste 74/ 11,76%; Sul 67/ 7,01% e o DF 5/ 4,71%.

Na Declaração de Óbito há possibilidade de preenchimento “ignorado” e possui campo específico para registro do período de ocorrência do óbito e a falta do preenchimento dessa variável não descarta a possibilidade de morte materna (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Por isso, na discussão dos casos confirmados pelo CMM após a investigação, os óbitos maternos são classificados pelo período de ocorrência do óbito (SOARES; MARTINS, 2006).

O período do puerpério é o momento que sucede o parto e, por isso, ocorrem modificações fisiológicas para recuperação e adaptação do organismo da gestante devido ao estado gravídico anterior. Além dos aspectos psicológicos e sociais relacionados ao puerpério, questões biológicas (anemias, hemorragias e infecções) tornam esse período ainda mais delicado. A assistência pós-parto e o retorno da mulher para consulta puerperal ainda são considerados baixos, pois para a maioria dos profissionais de saúde o processo de gravidez é concluído no parto e não estimulam a volta da gestante para consulta pós-parto (DE SOUZA, *et al* 2012; CABRAL; OLIVEIRA, 2010). Para intensificar o cuidado com a puérpara e com recém-nascido na primeira semana pós-parto, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde (2004) recomenda a vinculação da gestante à Unidade Básica de Saúde.

A causa básica dos óbitos maternos registrados no período do estudo (Tabelas 8 e 18) foi, em sua maioria, por outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte, que representa um grupo da CID-10. A exceção fica para a região Norte que registrou maior proporção para o grupo da CID-10 de “edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e no puerpério”. O grupo por “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” foi interpretado, nesse trabalho, como indefinido por não apresentar especificação da causa básica de morte e também por agrupar categorias menos específicas e gerais.

É comum que na Declaração de Óbito sejam registrados os últimos sintomas ou a causa terminal que levou a morte, porém essa prática impede o real conhecimento da causa básica de morte e dificulta a análise do óbito materno. Por exemplo, no caso de óbito em UTI, é registrado na DO os sinais observados durante o período de tratamento em UTI, descartando a possibilidade de consulta à equipe que realizou o acompanhamento da gestante (BRASIL, 2009b).

Apesar do grupo, “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte”, apresentar aproximadamente 1/4 da causa básica de morte, essa informação faz refletir sobre a baixa qualidade da assistência pré-natal da gestante e das informações encontradas nos prontuários e demais registros, como a caderneta da gestante; e a falta de efetividade da investigação dos óbitos maternos em tempo oportuno, por exemplo.

Os óbitos registrados nas regiões estudadas e no Distrito Federal foram, considerando a maior proporção, do tipo de causa obstétrica direta (Tabelas 9 e 19), sendo maiores no Norte com 77,20% e menores no DF com 51,88%. Segundo publicação do Ministério da Saúde (2013), entre

os anos 1990 e 2011, as mortes por causas obstétricas diretas vêm diminuindo e as obstétricas indiretas vêm aumentando, porém, proporcionalmente as mortes por causas diretas ainda são a maioria (BRASIL, 2013).

No Brasil, em 2011, o tipo de causa direta apresentou porcentagem de 66,2% e indireta de 30,1% (BRASIL, 2013). Uma explicação é o aumento gradativo da qualidade da informação referente aos óbitos por meio dos registros e também pela investigação dos Comitês de Mortalidade Materna que melhora os dados já informados no Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Para os óbitos maternos, observou-se que a maioria são investigados comparados aos óbitos não investigados (Tabelas 10 e 20). O Sudeste apresentou a maior porcentagem de investigados (81,57%), porém 45,79% possuem a ficha síntese informada ao SIM. O Norte apresentou menor porcentagem de investigados (53,19%) e 35,56% com ficha síntese informada. O DF, por sua vez, apresentou 79,23% dos óbitos investigados e 44,33% com ficha síntese informada.

Para a totalidade dos óbitos maternos investigados, uma parte não apresentou a ficha síntese de conclusão da investigação informada no SIM, isso pode ocorrer por problemas na transmissão das informações; falta de informações nos prontuários que não permitem agregar informações novas e atrasos nas investigações. A Portaria 1.119 do Ministério da Saúde (2008) estipula até 120 dias entre a ocorrência do óbito e o desfecho da investigação, porém o gestor do sistema de informação ainda possui 30 dias para atualização no SIM com as informações provenientes da ficha síntese de conclusão da investigação do óbito com o objetivo de melhorar a qualidade das informações disponíveis (BRASIL, 2008a).

Paralelo a essa realidade, pode-se comentar também sobre a inclusão de novos casos de óbitos maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade identificados pela investigação. É preenchida uma Declaração de Óbito Epidemiológica para os casos de óbitos maternos identificados pela busca ativa que até então não eram registrados oficialmente (BRASIL, 2011a). Portanto, esses casos, raramente apresentarão ficha síntese de conclusão de investigação.

As regiões Norte e Nordeste, comparadas às outras regiões brasileiras e considerando as variáveis que apresentaram explicitamente informação ignorada, apresentaram maiores porcentagens de incompletude. O Norte por faixa etária (0,2%) e local de ocorrência (0,3%); o Nordeste por estado civil (13,10%), raça/cor (9,42%) e escolaridade (29,57%). Essas regiões são conhecidas pelas desigualdades sociais, como medida para amenizar tais problemas está, diminuir as taxas de mortalidade infantil e de analfabetismo, melhorar a infraestrutura nas áreas rurais e aumentar o número de registros civis (BRASIL, 2010b).

Outra proposta é melhorar a cobertura do SIM por meio da busca ativa de óbitos em locais como cartórios, cemitérios (registros de sepultamento), estabelecimentos de saúde (prontuários, registros de óbitos), estratégia saúde da família, entre outros. Em 2008, a cobertura em alguns

estados estava em 71% (Alagoas), 63% (Roraima) e 61% (Amapá e Maranhão) (BRASIL, 2010b; CUNHA; CAMPOS; FRANCA, 2011).

Uma possível explicação para as informações ignoradas nessas regiões é a realização de parto domiciliar, 16.432 partos no Norte e 10.536 partos no Nordeste em 2008 (Brasil, 2010b). Destaca-se a atuação das parteiras tradicionais e a importância da sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para que reconheçam essa atividade e busquem incorporar as parteiras na rotina dos serviços de saúde para que auxiliem, entre outras funções, na notificação dos casos de mortalidade (BRASIL, 2010b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comparação das porcentagens de variáveis ignoradas relacionadas aos óbitos maternos entre as cinco regiões do Brasil permite avaliar que o Distrito Federal possui boa qualidade no preenchimento da Declaração de Óbito que alimenta o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. A inserção no SIM de dados da ficha síntese proveniente da investigação e da discussão dos casos pelos Comitês de Mortalidade Materna e a inserção também da Declaração de Óbito Epidemiológica melhoram a qualidade da estatística e informação dos óbitos maternos.

Com o resultado do trabalho, pode-se inferir que a vigilância dos óbitos maternos é mais efetiva no DF, mas também devemos levar em consideração a organização dos serviços, a estruturação das rotinas de trabalho, a presença de recursos humanos, as características geográficas e demográficas de cada município e região do Brasil que difere na atuação desse serviço.

As regiões Norte e Nordeste, comparadas com as demais regiões e DF, apresentaram as maiores porcentagens de informações ignoradas e menores porcentagens de óbitos maternos investigados, esse resultado pode ser atribuído ao difícil acesso geográfico a algumas cidades e conseqüentemente pouco acesso aos serviços de saúde. Outro fator que pode colaborar com essa realidade é a baixa cobertura do SIM em alguns estados que dificulta a análise dos óbitos, pois não retrata a realidade da situação e, por isso, não oferece informações fidedignas para embasar políticas e ações em saúde.

A divulgação das informações contidas no relatório após a investigação dos óbitos maternos é necessária para que sensibilize todos os envolvidos (gestores, sociedade civil organizada, escolas médicas, profissionais de saúde) para a importância do tema e assim promova ação educativa, sobretudo para os profissionais de saúde sobre a importância de se manter bons registros de saúde para subsidiar ações e serviços da saúde materna infantil.

Para redução da mortalidade materna é preciso considerar os contextos sociais de cada localidade para definição de políticas mais específicas, mas também humanizar a assistência à saúde com escuta qualificada, busca ativa da gestante pela Equipe Saúde da Família, acolhimento, classificação de risco para acesso à assistência integral, vinculação da gestante à Unidade Básica de Saúde, estrutura de referência e contrarreferência para que o sistema de saúde se responsabilize pela gestante e diminua a possibilidade de qualquer intercorrência durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis de Trabalho. 1943.

Brasil. Lei nº 11.804, de 5 de novembro de 2008. Disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma como ele será exercido e dá outras providências. 2008b.

Brasil. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará – Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 1.119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União, Brasília, 2008. [visto em 29 de novembro de 13]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.  rea Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3. Ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal : 2009–2010/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral   Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual da Instruções para o preenchimento da Declaração de  bito/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde.- Brasília: MS, 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Corrêa de. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, June 2010.

CARRENO, Ioná; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, June 2012.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto *et al* . A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 39, dez. 2013.

CECATTI, José Guilherme *et al*. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 1998.

CESAR, Juraci A. *et al* . Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, May 2011.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Anuário Estatístico 2012. Disponível em: <<http://www.seplan.df.gov.br/o-df-em-numeros/dados-geograficos.html>>. Acesso em: 17 de setembro de 2013.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, Oct. 2005.

CUNHA, Carolina Cândida da; CAMPOS, Deise; FRANCA, Elisabeth Barboza. Use of active mortality research of death in the evaluation of the Mortality Information System in the State of Minas Gerais, Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.20, no.3, p.275-286, Sept. 2011.

DE SOUZA, K *et al*. Puerperium consulting: needs of women from the nursing perspective – exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 11, n.1 , Apr 2012.

FELIX, Janaina Daumas *et al* . Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Apr. 2012.

FIORIO NM *et al*. Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade Vitória/ES de 1996 a 2005. **UFES Rev Odont**. Vitória, v. 10, n.1, p. 19-26, 2008.

GIL, Mariana Marcos; GOMES-SPONHOLZ, Flavia Azevedo. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, June, 2013.

GOLDMAN, Rosely Erlach; BARROS. O acesso às maternidades públicas no Município de São Paulo: procedimentos no Pronto-atendimento obstétrico e opinião das mulheres sobre essa assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n.4, p. 9-17, 2003.

GONCALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A.. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009.

Haidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, ago. 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. – IBGE. Censo Demográfico 2010.

JORGE, Maria Helena P. de Mello; LAURENTI, Ruy; DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 13, n. 4, Dec. 2010.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 7, n. 4, Dec. 2004.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2000.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P. de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, dez. 2008.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2009.

LEITE, Régia *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27(10): 1977-1995, out, 2011.

LIMA-COSTA, M.; BARRETO, S. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.

LUIZAGA, Carolina Terra de Moraes *et al.* Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, vol.19, no.1, p.8-15, jan-mar 2010.

MARIN, Angela Helena *et al.* A constituição da maternidade em gestantes solteiras. **Psico**. Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 246-254, abr.-jun. 2011.

MATIAS, Jacinta Pereira *et al.* Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, Nov. 2009.

MELO, Enirtes Caetano Prates *et al.* A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. sp, Dec. 2007.

MENDONÇA, Fabrício Martins; DRUMOND, Eliane; CARDOSO, Ana Maria Pereira. Problemas no preenchimento da Declaração de Óbito: estudo exploratório. **Ver. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v.27, n.2, Dec. 2010.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 653/GM, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 maio 2003b. v. 103, seção 1, p. 79.

MORSE, Marcia Lait *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Abr. 2011.

MOTA, Santana Maria Marinho; GAMA, Silvana Granado N. da; FILHA, Mariza Miranda Theme. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, mar. 2009.

PEIXOTO, Catharina Rocha *et al.* O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, abr/jun. 2011.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde: indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa- 2. Ed. – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2009.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais.html>>. Acesso em: 24 de junho de 2013.

SEDEPLAN. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento. O DF em números: origem de Brasília, dados geográficos e econômicos. Disponível em: <<http://www.seplan.df.gov.br/o-df-em-numeros/servidores/itemlist/category/81-o-df-em-n%C3%BAmeros.html>>. Acesso em: 22 de junho de 2014.

SILVA, José *et al.* Declaração de óbito, compromisso no preenchimento - Avaliação em Belém – Pará, em 2010. **Rev. Assoc. med. bras.** Belém, v. 59, n.4, p. 335–340, 2013.

SILVA, Rebeca de Souza e; ANDREONI, Solange. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; AZEVEDO, Elbens M. Minorelli de; WATANABE, Terezinha L.. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 10, Oct. 2008.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; MARTINS, Alaerte Leandro. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, 2006.


TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia *et al* . Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 12, n. 1, Mar.2012.

WHO. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010.

WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO, 2012. [visto em 22 de setembro de 2013]. Disponível em: [HTTP://whqlibdocwho.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf](http://whqlibdocwho.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf)

ANEXOS

Anexo 1




República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito Hora	3) Cartão SUS	4) Nacionalidade <small>(Incluir UF no endereço abaixo)</small>
	5) Nome do Falecido			
II	6) Nome do Pai		7) Nome da Mãe	
	8) Data de nascimento	9) Idade <small>Anos completos Meses de 1 ano Dias Horas Minutos</small>	10) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outra
III	12) Escolaridade (última série concluída) <small>Nível</small> <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		13) Ocupação habitual <small>(Informar anterior, se aposentado / desempregado)</small>	14) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorado
	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		Número	Complemento
IV	16) Bairro/Distrito		Código	17) Município de residência
	18) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outubo <input type="checkbox"/> Outubo estáb. saúde <input type="checkbox"/> Via pública		20) Estabelecimento <small>(Incluir nome)</small>	Código CMEB
V	19) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)		Número	Complemento
	21) Bairro/Distrito		Código	22) Município de ocorrência
VI	23) Localidade (última série concluída) <small>Nível</small> <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		24) Ocupação habitual <small>(Informar anterior, se aposentado / desempregado)</small>	Código CBO 2002
	25) Número de filhos vivos		26) Tipo de gravidez	27) Tipo de parto
VII	28) Nº de semanas de gestação		29) Aborto em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	30) Peso ao nascer
	31) Nº de abortos		32) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Duplo <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	33) Número da Declaração de Nascimento
VIII	34) A morte ocorreu: <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No puerpério		35) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	
	36) Causas da morte PARTE I <small>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.</small>		37) Assistência Médica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
IX	38) Causas antecedentes <small>Estado mórbido, de evolução, que produziu a causa acima registrada, mencionando-se em abreviatura que a causa mórbida.</small>		39) Diagnóstico confirmado por: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	40) Nome do Médico		41) CRM	
X	42) Endereço de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		43) Óbito atestado por Médico	
	44) Data do atestado		45) Assinatura	
XI	46) Nome do Médico		47) Município e UF do SVG ou BEL	
	48) UF		49) Assinatura	
XII	50) Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	51) Descrição sumária do evento, incluída a tipo de local de ocorrência			
XIII	52) Se a ocorrência for em via pública, ANOTAR O ENDEREÇO			
	53) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)			
XIV	54) Cartão		Código	55) Registro
	56) Município		57) Data	
XV	58) Declarante		59) Testemunhas	
	60) Assinatura		61) Assinatura	

Versão 07/18 - 2ª impressão 11/2018


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

DO Epidemiológica

I	Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não fetal	<input type="checkbox"/> Data do óbito Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade Município de residência (se diferente)			
	<input type="checkbox"/> Nome do Pai <input type="checkbox"/> Nome da Mãe	<input type="checkbox"/> Data de nascimento Anos completos Meses de 1 ano Dias Horas Minutos Ignorado	<input type="checkbox"/> Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Feme. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Preta 2 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Casado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 6 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 1 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 2 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 5 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 6 <input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
II	Residência	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida etc.) Número Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Estado do Brasil Código	<input type="checkbox"/> Município de residência Código	<input type="checkbox"/> UF		
		<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Domicílio 3 <input type="checkbox"/> Outros 4 <input type="checkbox"/> Outros - estab. saúde 5 <input type="checkbox"/> Via pública Ignorado	<input type="checkbox"/> Estabelecimento Código CBO	<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou de residência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Estado do Brasil Código	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência Código	<input type="checkbox"/> UF
III	Ocorrência	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 1 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 2 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 5 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto 6 <input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código-CBO 2002
		<input type="checkbox"/> Número de filhos vivos Mestras Menores Menores de 1 ano Ignorado	<input type="checkbox"/> Nº de semanas de gestação	<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 4 <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ocorrência em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 4 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Passo ao nascer	<input type="checkbox"/> Número de Declaração de Nascimento Vivo
IV	Fetal ou menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> No útero 2 <input type="checkbox"/> No parto 3 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após parto Ignorado	<input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado por: 1 <input type="checkbox"/> Neuropatia 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado			
		CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTERIORES Estado mórbido e, se existirem, que produziram a causa ou estado mórbido, mencionando em último lugar a causa direta. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Devido ou como consequência de: Devido ou como consequência de: Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID				
V	Condições e causas do óbito	<input type="checkbox"/> Nome do Médico Código	<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> Causa atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assessoria 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Suécio 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML UF			
		<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)	<input type="checkbox"/> Data do atestado	<input type="checkbox"/> Assinatura				
VI	Médico	PRINCIPAIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)				<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Autoridade de Saúde 2 <input type="checkbox"/> Família 3 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outros	
		<input type="checkbox"/> Descrição sucinta do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO <input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Código					
VII	Casos especiais	<input type="checkbox"/> Cartório Código	<input type="checkbox"/> Registro Código	<input type="checkbox"/> Data				
		<input type="checkbox"/> Município		<input type="checkbox"/> UF				
VIII	Cartório	<input type="checkbox"/> Testamento A						
		<input type="checkbox"/> Testamento B						
IX	Local do Médico	Observações						
		Observações						