

Mortalidade materna no estado da Paraíba entre os anos de 2004 a 2014

RESUMO | Objetivo: analisar a mortalidade materna no estado da Paraíba entre os anos 2004 a 2014 e descrever as causas da mortalidade materna. Método: Estudo descritivo, documental, retrospectivo, quantitativo. Foi realizada uma pesquisa no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no ano de 2017, e os dados foram coletados anualmente e estudados. Resultados: Verificou-se maior número de óbitos em mulheres com idade entre 30 a 39 anos (40,3%), solteiras (43,7%), pardas (70,2%), com 4 – 7 anos de estudos (19%). Além disso, enfatizam-se como causas de mortalidade materna na Paraíba as Síndromes hipertensivas (32,9%), destacando-se a eclâmpsia (13,6%), em seguida as síndromes hemorrágicas (18%). Conclusão: Há necessidade de criar novas medidas para reduzir a taxa de mortalidade materna na Paraíba.

Descritores: Mortalidade Materna; Morte Materna; Causas de Morte.

ABSTRACT | Objective: to analyze maternal mortality in the state of Paraíba between 2004 and 2014 and describe the causes of maternal mortality. Method: Descriptive, documentary, retrospective, quantitative study. A search was carried out in the database of the Informatics Department of the Unified Health System, in 2017, and the data were collected annually and studied. Results: There was a higher number of deaths in women aged between 30 and 39 years (40.3%), single (43.7%), brown (70.2%), with 4 – 7 years of schooling (19%). In addition, hypertensive syndromes (32.9%) stand out as causes of maternal mortality in Paraíba, highlighting eclampsia (13.6%), followed by hemorrhagic syndromes (18%). Conclusion: There is a need to create new measures to reduce the maternal mortality rate in Paraíba

Keywords: Maternal Mortality; Maternal Death; Causes of Death

RESUMEN | Objetivo: analizar la mortalidad materna en el estado de Paraíba de 2004 a 2014 y describir las causas de la mortalidad materna. Método: Estudio descriptivo, documental, retrospectivo, cuantitativo. Se realizó una búsqueda en la base de datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud, en 2017, y los datos fueron recolectados y estudiados anualmente. Resultados: Hubo un mayor número de defunciones en mujeres de 30 a 39 años (40,3%), soltero (43,7%), moreno (70,2%), con 4 - 7 años de escolaridad (19%). Además, los síndromes hipertensivos (32,9%) se destacan como causas de mortalidad materna en Paraíba, destacando la eclâmpsia (13,6%), seguida de los síndromes hemorrágicos (18%). Conclusión: Es necesario crear nuevas medidas para reducir la tasa de mortalidad materna en Paraíba.

Palabras claves: Mortalidad Materna; Muerte materna; Causas de muerte.

Anna Claudia Silva de Araujo

Enfermeira. Mestre em Biotecnologia e inovação em Saúde.
ORCID: 0000-0002-7608-3979

Maria Auxiliadora Freire Siza

Enfermeira. Doutora em Biotecnologia em saúde pela Universidade Anhanguera de São Paulo.
ORCID: 0000-0003-4090-1228

Alane Barreto de Almeida Leôncio

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB). Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Multiprofissional do Estado da Paraíba. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.
ORCID: 0000-0003-4575-1900

Rozileide Martins Simões Candeia

Enfermeira. Mestra em Modelos de Decisão e Saúde – UFPB. Docente Assistente do curso de enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.
ORCID: 0000-0002-2641-1620

Wilma Ferreira Guedes Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.
ORCID: 0000-0002-9003-4807

Luanna Silva Braga

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB).
ORCID: 0000-0002-0093-0406

Recebido em: 06/08/2021

Aprovado em: 08/12/2021

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como morte materna a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da permanência ou da localização da gravidez, devido a algum motivo pertinente com a gravidez ou por medidas semelhantes a ela, no entanto não devidas as causas acidentais ou incidentais. Perante isto, a Razão de Mortalidade Materna avalia a possibilidade de uma mulher morrer por causa relacionada ao ciclo gravídico-puerperal (1).

No ano de 2000, a Organização das Nações Unidas designou as Metas de Desenvolvimento do Milênio cujo objetivo era atenuar a Razão de Mortalidade materna (RMM) em três quartos até 2015. Para que a redução da mor-

talidade materna sucedesse, o primeiro passo seria distinguir as causas de morte e compreender as necessidades e deficiências que levam aos maus resultados obstétricos(2,3,4).

De acordo com a OMS as mulheres no ciclo gravídico-puerperal morrem por diversos motivos como: excesso de intervenções desnecessárias, falta de treinamento da equipe especializada, a proibição do aborto, dentre outros fatores(4). No Brasil, somente no ano de 2012, foram registrados 1.583 óbitos maternos com uma Razão de Mortalidade Materna de 54,5 por cem mil nascidos vivos(5).

Ao comparar o ano 2000 com o de 2009, o Brasil apresentou um aumento de 11,92% no número absoluto de mortes maternas. Ferraz e Bordignon (2012) discorreram que o nordeste teve um aumento nas mortes de 18,53%, e apenas a região Sul conseguiu uma redução correspondente a 15,76%. Por fim, na Paraíba entre os anos 2000 e 2004 foram levantadas 116 declarações de óbitos maternos de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e para a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES) foram 109 mortes(6,7).

É adequado destacar que o pré-natal é extremamente importante, pois ele serve para reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal(8). Percebe-se também a necessidade da criação de novas políticas por parte do estado Brasileiro, a fim de melhorar e humanizar o cuidado durante o ciclo gravídico puerperal(9). Estes entusiasmas positivamente na individualidade do cuidado a mulher, ponderando não somente o orgânico, mas também o psicossocial(10).

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as causas de mortalidade materna no Estado da Paraíba? Dessa maneira, os objetivos da pesquisa foram: analisar a mortalidade materna no estado da Paraíba entre os anos de 2004 a 2014 e descrever as

causas da mortalidade materna. Justifica-se, que o período de realização do estudo referiu-se aos dados coletados, não tendo dados atuais na época de



Ao comparar o ano 2000 com o de 2009, o Brasil apresentou um aumento de 11,92% no número absoluto de mortes maternas. Ferraz e Bordignon (2012) discorreram que o nordeste teve um aumento nas mortes de 18,53%, e apenas a região Sul conseguiu uma redução correspondente a 15,76%



realização da pesquisa. Porém, alguns resultados mais recentes foram encontrados e inseridos no tópico pertinente.

MÉTODO

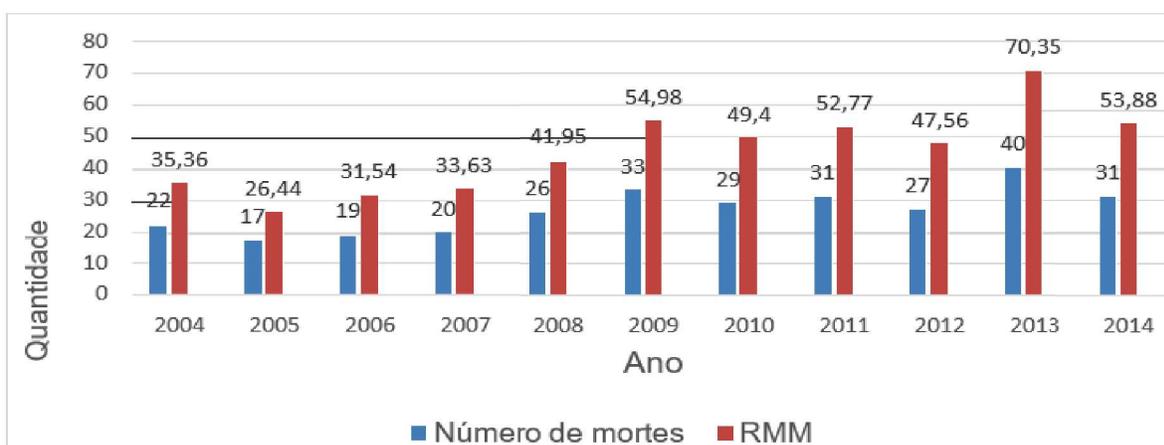
Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo de abordagem quantitativa compreendendo o período de 2004 a 2014 de acordo com as informações em saúde disponíveis na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O período de coleta de dados escolhido, teve a intenção de averiguar em maior tempo a mortalidade materna na Paraíba, como a pesquisa foi realizada em 2014, obteve-se os dados dos últimos 10 anos referentes a este período, permitindo uma análise temporal satisfatório. Atualmente, nos encontramos no ano de 2021, mas infelizmente a realidade não foi tão modificada. Nos resultados abaixo, foram explanados alguns dados comparativos neste período, visando atualizar a pesquisa.

Assim, tais dados são disponibilizados on-line pelo Ministério da Saúde (MS) no site <http://www.datasus.gov.br>. Os dados do estudo foram coletados anualmente e estudados, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) que realizam registro sistemático de dados de mortalidade e sobrevivência por meio da Declaração de Óbitos. O instrumento de coleta de dados utilizado foi construído pela pesquisadora e os dados foram tratados estatisticamente. Logo, foram devidamente codificados e digitados no programa Microsoft Word, Excel e, posteriormente, foi criado gráfico e tabelas para facilitar na descrição e análise dos dados.

RESULTADOS

No presente tópico foram analisados os dados obtidos no DATASUS. Logo, foram distribuídos em tabelas e gráficos para um melhor entendimento do tema. Abaixo, na gráfico 1, serão demonstrados os óbitos maternos e a

GRÁFICO 1: Óbitos Maternos e RMM entre os anos de 2004 a 2014



Fonte: DATASUS, 2017

RMM no período de 2004 a 2014 segundo a Região Metropolitana – RIDE.

A partir dos dados acima, percebe-se que os anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 foram os que tiveram mais óbitos maternos na Paraíba, sendo o ano de 2013 com maior taxa (40 mortes). Em relação a Paraíba pode-se perceber que houve um aumento da taxa de mortalidade materna nos últimos anos. Abaixo, na tabela 1, está descrito os dados sócios demográficos dos casos de MM no estado da Paraíba.

Com relação a idade materna destacou-se a faixa etária entre 30 a 39 anos (40,3%). Quanto ao estado civil, a maior parte das mortes foi proveniente de mulheres solteiras (43,7%). É preciso destacar que 24,7% dos casos de morte materna tiveram o estado civil ignorado. Trata-se de uma importante variável na qual seria interessante repensar o estado civil ignorado. Quanto à escolaridade materna do estudo, é preciso destacar que o maior índice foi o ignorado (47,5 %).

A seguir, na tabela 2 será discutido acerca dos dados de mortalidade materna na Paraíba em relação ao tipo de morte, local, período e se houve inves-

TABELA 1: Caracterização sócio demográfico dos casos de MM, no período de 2004 a 2014. [Idade, raça, estado civil e escolaridade] João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017 [n =295].

Idade materna	Nº	%
10 a 14 anos	5	1,7
15 a 19 anos	40	13,6
20 a 29 anos	109	36,9
30 a 39 anos	119	40,3
40 a 49 anos	22	7,5
Total	295	100,0
Estado Civil		
Solteira	129	43,7
Casada	90	30,5
Separada judicialmente	1	0,3
Viúva	2	0,7
Ignorado	73	24,7
Total	295	100,0
Raça		
Branca	53	18,0
Preta	19	6,4
Parda	207	70,2
Ignorado	16	5,4
Total	295	100,0
Escolaridade		

tigação do óbito.

Em relação ao tipo de morte materna obstétrica direta e indireta deve-se ressaltar que a direta obteve maior índice (86,1%). O ano que se destaca é o de 2013 com 31 mortes. Enquanto que a morte obstétrica indireta é aquela resultante de alguma doença que já existia antes da gestação ou que se desenvolveu durante esse período, mas que não foi provocada por causas obstétricas diretas. Assim, o maior índice desse tipo de morte ocorreu no anos 2009 e 2013 com 7 mortes em cada ano. No ano de 2020 até 2021, continua sendo uma problemática de saúde pública, o Nordeste encontra-se no quinto lugar por mortes maternas, segundo o Plano Estadual da Paraíba publicado.

De acordo com os dados da tabela 2, pode-se perceber que a maior taxa de óbito foi no hospital (92,9%) e o ano que mais se destacou foi 2013 com 37 mortes. Enquanto que no domicílio houve (2,7%) das mortes sendo o ano de 2004 o que obteve mais óbitos, com 2 mortes. Percebe-se também que o maior índice relacionado ao período de morte foi durante o puerpério até 42 dias (34,6%). Destaca-se também o período durante a gravidez/parto/aborto (27,5%). Já em relação ao período inconsistente apresentou-se 13,9% do total de mortes com maior índice em 2007 e 2008 com 10 mortes em cada ano. Enquanto que ignorado com 18,3% do total de mortes e teve maior índice encontrado em 2004.

Observou-se, ainda, que a maioria dos óbitos foram investigados (55,3%) com ficha síntese informados e seu maior número foi em 2013. Em relação ao óbito não investigado destacam-se os anos de 2006 a 2012 e ao não se aplica enfatiza-se em 2003 a 2005, ambos permaneceram com 13,2%.

Abaixo, na tabela 3 será discutido os óbitos maternos na Paraíba em relação a Classificação Internacional de doença - CID 10.

Além disso, enfatizam-se como cau-

Nenhuma	15	5,1
1 - 3 anos	44	14,9
4 - 7 anos	56	19,0
8 a mais	40	13,6
Ignorado	140	47,5
Total	295	100,0

Fonte: DATASUS, 2017.

TABELA 2: Caracterização dos casos de MM [Tipo de morte, local, período, investigação]. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017 [n=295].

Tipo de óbito	Nº	%
Direta	254	86,1
Indireta	38	12,9
Não especificada	3	1,0
Total	295	100,0
Local		
Hospital	274	92,9
Domicílio	8	2,7
Outro estabelecimento de saúde	1	0,3
Via publica	5	1,7
Outros	7	2,4
Total	295	100,0
Período		
Durante gravidez/parto/ aborto	81	27,5
Durante Puerpério até 42 dias	102	34,6
Não gravidez ou puerpério	12	4,1
Durante puerpério, de 43 dias a menos 1ano	5	1,7
Período informado Inconsistente	41	13,9
Não informado	54	18,3
Total	295	100,0
Óbito investigado		
Óbito investigado, com ficha síntese informada	163	55,3
Óbito investigado, sem ficha síntese informada	54	18,3
Óbito não investigado	39	13,2
Não se aplica	39	13,2
Total	295	100,0

Fonte: DATASUS, 2017.

sas de mortalidade materna na Paraíba as Síndromes hipertensivas (32,9%), destacando-se a eclâmpsia (13,6%), em seguida as síndromes hemorrági-

cas (18%), destacando a hemorragia pós parto (6.1%) e infecção puerperal (10.5%).

As causas de morte de menor nú-

mero, onde menos mulheres morreram no decorrer desses dez anos não foram descritas na tabela, porém serão descritas a seguir: trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical, complicações da anestesia durante o parto, complicação venosa no puerpério, doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez/parto/puerpério, outros produtos anormais da concepção, complicação anestesia administrada durante gravidez, laceração do períneo durante o parto, cada um com 1 morte (0,3% cada).

Outras causas que tiveram 2 mortes cada (0,7%), são elas: doença por HIV não especificada, doença por HIV resultando em doença infecciosa e parasitárias, assistência prestada a mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados, transtornos mentais e comportamentos associado. E com 3 mortes cada (1,0%): morte obstétrica de causa NE, assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez.

DISCUSSÃO

Segundo CIA World Factbook(11), no ano de 2010, o Brasil teve uma taxa de mortalidade materna de 56 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Já a Estônia tem a melhor taxa de MM que é de dois óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Embora a taxa de mortalidade tenha se mantido em uma média de 50 por 100 mil nascidos vivos nos últimos anos no Brasil segundo os dados da OMS(12) houve uma diminuição na mortalidade materna no mundo. E no Brasil houve uma redução de 43% em comparação com a década de 90. Deste modo, a OMS discorre que houve uma queda significativa no Brasil e nos dez países latino-americanos desde a década de 90.

Do mesmo modo, a OMS(12) discorre que houve uma redução no Peru

TABELA 3: Óbitos maternos segundo Categoria CID-10 por ano. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017 [n=295].

CATEGORIAS DA CID-10	Nº	%
Síndromes hipertensivas		
Eclâmpsia	40	13,6
Pré-Eclâmpsia	33	11,2
Hipertensão gestacional	11	3,7
Hipertensão pré-existente	7	2,4
Hipertensão Materna Ne	6	2,0
Total	97	32,9
Síndromes hemorrágicas		
Hemorragia pós parto	18	6,1
Gravidez ectópica	12	4,1
Abortamento	7	2,4
Placenta prévia	6	2,0
Descolamento	5	1,7
Hemorragia anteparto e intraparto	5	1,7
Total	53	18,0
Outras causas significativas		
Infecção puerperal	31	10,5
Outras doenças maternas COP	26	8,8
Outras complicações do trabalho de parto/parto e puerpério NCOP	25	8,5
Embolia de origem obstétrica	18	6,1
Infecção do trato urinário	11	3,7
Outros traumas obstétricos	7	2,4
Anormalidades da contração uterina	6	2,0
Causas de menor número	21	7,1

Legenda: *NCOP: não classificáveis em outras partes *COP: Classificáveis em outras partes *NE: Não Especificadas

Fonte: DATASUS, 2017.

de 64%, Bolívia e Honduras com 61%, República Dominicana houve uma queda de 57%, Barbados com 56%, Guatemala com 49%, dentre outros países latinos. Apesar de ter existido uma redução da mortalidade materna, ainda é preciso melhorar com relação aos países desenvolvidos.

No que diz respeito ao estado civil solteira vale ressaltar que, algumas mães podem estar com o relacionamento conjugal não formalizado, com o relacionamento rompido, ou se de-

para com uma gravidez não planejada, passando a existir diversas situações que podem influenciar na opção. De tal modo, acredita-se que as solteiras, as viúvas e separadas judicialmente constituem um grupo vulnerável (13).

No estudo de Ferraz e Bordignon(13) pode-se perceber que nas regiões do Brasil, a região Norte teve maior número de óbitos maternos em mulheres solteiras (57,23%) e para as casadas a maior proporção foi a região Sul (39,22%). Segundo Botelho et al., (14)

no Estado do Pará a maioria das mulheres eram solteiras com 66,06%.

De acordo com o estudo percebese, de forma geral, que na Paraíba a cor parda deteve o maior número de mortes maternas (70,2%). Segundo Ferraz e Bordignon (2012) o maior índice de mortes foi a raça parda (67,7%) na região norte, seguida da região nordeste (55,99%). No estudo de Botelho et al.,(14) realizado no Pará 78,59% eram pardas corroborando com os resultados da pesquisa. Marinho(6) afirma que o risco de mortalidade materna no estado da Paraíba foi maior nas mulheres não brancas, configurando-se uma importante demonstração de desigualdade social.

Segundo os autores supracitados(6) os óbitos maternos brasileiros obteve maior registro na raça parda (42,2%). Vale ressaltar que há diferenças nas regiões brasileiras onde na região Sul, por exemplo, é predominantemente branca (76,54%), seguida da cor parda (10,38%). Ao comparar com dados de outras regiões do Brasil pode-se perceber que a região Nordeste foi a que teve a maior referência de escolaridade ignorada (39,14%) (13).

No estudo supracitado, os autores encontraram que, no Brasil, a escolaridade dos casos de óbitos maternos registraram como escolaridade ignorada (33,9%), de 4 a 7 anos (23,87%) e 5,71% sem nenhum tipo de escolaridade. No estudo de Botelho(14), que foi realizado no Pará, eles discorreram que as mulheres com 4 a 7 anos de estudos (34,46%). A morte obstétrica direta é aquela que ocorre por causa das complicações no ciclo gravídico puerperal (14). O estudo(14) corrobora com os dados da pesquisa visto que constatou maior número de mortes no hospital (91,66%).

Apesar de o parto domiciliar ser pouco praticado na área urbana, hoje em dia está associada com as estatísticas oficiais de nascimento. Em 2009, as declarações de nascimento emiti-

das por enfermeiras obstétricas passou a ser reconhecido e colocado no SINASC(15).

É importante destacar que o parto deve acontecer em local onde a mulher se sinta segura, assistido e planejada,



Entre os anos de 2001 a 2010 a principal causa das mortes foi às hipertensivas com 244 óbitos maternos enquanto que 112 foram por causas hemorrágicas



pode ser em casa, em um centro ou na maternidade desde que seja uma decisão da mulher. Evidências Científicas afirmam que, para a gravidez de baixo risco, o parto domiciliar planejado pode ser uma alternativa e que ocorre de forma natural, humanizada, com qualidade, segurança para a mulher e

a criança, com enfermeiros obstétrico capacitado que usam de conhecimento científico, associado a práticas técnicas contribuindo na assistência para alívio da dor e ajuda no processo de evolução do trabalho de parto(16).

A presença de familiares dando apoio psicológico faz diminuir a tensão e ansiedade dando apoio psicológico. Dessa forma, esse tipo de parto é importante para as mulheres, embora ainda seja um grande desafio. O parto domiciliar assistido por enfermeiros consente a política de saúde, porém a prática dela ainda precisa de resoluções específicas que garantam acesso da mulher no parto e puerpério ao sistema de saúde(16).

Segundo Chavaria(17) as causas hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) conceberam a primeira causa de óbito entre as categorias que foram analisadas, e a raça/cor negra teve 35,3% de causas de óbitos, seguido da raça/cor parda com 26,7%. Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, menciona-se que em torno de 18% das mortes maternas procedem de complicações da hipertensão desvirtuada pela gestação(18).

Entre os anos de 2001 a 2010 a principal causa das mortes foi às hipertensivas com 244 óbitos maternos enquanto que 112 foram por causas hemorrágicas. Nesse estudo a faixa etária de maior incidência de óbitos por causa hipertensiva foi de 20 a 34 anos correspondendo a 142 (58,20%) e para as causas hemorrágicas foi de 58,93% (n=66) (19).

De acordo com Peixoto(20) a infecção puerperal é responsável por um terço dos óbitos nos países desenvolvidos. Segundo o mesmo autor, essa infecção acontece entre 1% e 4% do parto normal e de 3% a 15% de cirurgia cesárea.

No Brasil, segundo Dias et al., (21) as causas obstétricas diretas tem índice de 66,7% das mortes maternas e suas essenciais causas são: as doenças hipertensivas, as síndromes hemor-

rágicas, as complicações do aborto e as infecções puerperais, intensamente pautadas a fatores socioeconômicos. A pré-eclâmpsia e eclâmpsia permanecem entre as três principais causas de mortalidade e morbidade materna no mundo. A pré-eclâmpsia aumenta os riscos fetais e tem sido pertinente ao aumento de risco de morte neonatal, morte fetal, parto prematuro, entre outro.

Na Paraíba, a mortalidade materna continua sendo um importante problema de saúde pública. Em 2017, a RMM do estado foi superior ao índice médio apresentado pelo Brasil, mas inferior ao da Região Nordeste (Tabela 14), ocupando o quinto lugar entre os estados dessa Região(22).

A realidade na Paraíba, a partir do ano de 2014 veio se modificando, foram registrados 282 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o que nos faz refletir em percentual, de 3% total de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas definidas. Infelizmente, a realidade do ano de 2020, é que os óbitos mater-

nos, vem ocupando o quarto lugar no ranking de causas de morte em MIF na Paraíba (22).

Ainda no período a partir de 2019, foram vistos, que os tipos de causas obstétricas, aquelas que possuem ação direta a gravidez, parto e puerpério, continuam sendo responsáveis por aproximadamente 66% do total de mortes maternas. Quando relacionado as causas indiretas, também houve um aumento, direcionado a infecções maternas e doenças crônicas pré-existentes, complicando a saúde materna e levando ao óbito(22).

É preciso considerar, que as ações na atenção primária também são relevantes para prevenir os agravos em todo o ciclo gravídico-puerperal, pois, na maternidade, ocorre um atendimento mais direcionado ao momento do parto e puerpério, sendo a atenção primária responsável pelo rastreamento de doenças e ações de prevenção à saúde da mulher(23).

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra que houve um aumento de forma geral no número de mortes maternas nos últimos anos aqui estudados que foram entre 2004 a 2014. É necessário salientar que esses dados são referentes ao óbito materno na Paraíba.

Percebe-se que, é indispensável a melhoria da assistência para essas mulheres com profissionais mais qualificados e capacitados para tentar solucionar esta situação, planejamento familiar mais ativo impedindo a gravidez indesejada, assistência adequada ao pré-natal, equipe preparada para atendimento de emergência obstétrica, a declaração de óbito necessita de preenchimento correto, além de ser reformulada a fim de haver mais transparência nas informações e que seja possível verificar onde poderia aprimorar a assistência. Também é indispensável que exista uma maior vigilância por parte da equipe com as mulheres para saber se estão frequentemente participando das atividades do pré-natal além de buscar sempre um atendimento mais humanizado.

Referências

- 1- Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças e de Problemas relacionados à Saúde. Geneva: OMS; 2008.
- 2- Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. - 2. ed. - Brasília, Publicação da OPAS, 349 p, 2008.
- 3- Brasil. Brasil reduz mortalidade materna. 2015.
- 4- Carvalho ML. et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 2, p. 178-184, 2015.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2015.
- 6- Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Revista da Escola de Enfermagem USP. vol.44, n.3, pp.732-738.
- 7- Pereira ALF. et al. Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.
- 8- Santos AKO, Caveião C. A importância da assistência de enfermagem no puerpério para redução da morbi-mortalidade materna. Revista Saúde e Desenvolvimento, vol.6 n.3, jul./dez 2014.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011.
- 10- Brasil. Rede cegonha. 2011.
- 11- The World Factbook. Mortalidade materna, 2011.
- 12- Brasil. Saúde Materna. 2014.
- 13- Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública. v.36, n.2, p.527-538, 2012.
- 14- Botelho NM, Silva ÍFMM; Tavares JR, Lima LO. Morte Materna No Estado Do Pará: Aspectos Epidemiológicos. Belém-PA, 11 p., 2013.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de mortalidade materna. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3ª Ed-Brasília:

Editora do Ministério da Saúde, 104p., 11- (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2009.

16- Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. *Revista de Enfermagem UFPE, Recife*, 10(2): 568-75, 2016.

17- Chavaria C. Óbitos maternos por eclâmpsia no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre de 1998 a 2006. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 26 p, 2011.

18- Xavier SBX. Mortalidade materna em Pernambuco: uma revisão de literatura. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 31p., 2010.

19- Souza D. et al. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. *Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, jul./ago.*; 22(4):500-6, 2014.

20- Peixoto S. Prevenção da infecção puerperal e redução da mortalidade materna. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e obstetrícia - FEBRASGO, 2011.

21- Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro BKMS, Pereira R. de O. Mortalidade materna. *Revista Medica de Minas Gerais*, 25 (2):173-179, 2015.

22- Paraíba. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. 2021.

23- Tinoco, TF et al. Mortalidade Materna e a prática educativa na atenção primária à saúde. *Nursing*. 2018.