

MORTALIDADE MATERNA: DISTRIBUIÇÃO E CAUSAS NO ESTADO DO PARÁ ENTRE OS ANOS 2012 A 2016

MATERNAL MORTALITY: DISTRIBUTION AND CAUSES IN THE STATE OF PARÁ AMONG 2012 TO 2016

Bárbara Katharine Barbosa De Miranda¹, Priscilla Da Costa Botelho¹, Yuka Tsuchiyama¹, Marília Gabriela Queiroz Da Luz^{1, 2} e Adriana Pimentel Veras³

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico e as causas da mortalidade materna no Estado do Pará entre os anos 2012 a 2016. **Métodos:** Estudo descritivo, analítico, observacional e retrospectivo, realizado a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. Foi realizado o cálculo da Razão de mortalidade materna (RMM) bruta, por ano, município de residência e ocorrência. Além disso, foi calculada a razão de mortalidade específica relacionada às causas e relacionada às variáveis: faixa etária, escolaridade, cor/raça e estado civil. Os dados foram analisados pelo Qui-quadrado. **Resultados:** A amostra compreendeu 581 óbitos maternos notificados nesse período. A RMM foi de 88,77. As causas obstétricas predominaram com a hipertensão (n=135), hemorragia (n=78) e infecção (n=38). A RMM de residência foi maior no Nordeste paraense (22,50) e Região Metropolitana de Belém (20,51). A de ocorrência foi maior na Região Metropolitana de Belém (36,18). Os óbitos ocorreram com maior frequência em mulheres entre 20-24 anos (n=154), pardas (n=448), com 8 a 11 anos de estudo (n=217), união consensual (n=215) ou solteiras (n=211), durante o puerpério (até 42 dias) e com assistência médica (95%). **Conclusão:** Mulheres jovens, com ensino fundamental ou médio completo, solteiras ou em união consensual, pardas e que recebem assistência médica possuem maior risco de óbito materno no estado do Pará. Os transtornos hipertensivos são a principal causa de morte materna.

Palavras-Chave: Mortalidade Materna. Sistemas de Informação. Saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the epidemiological profile and causes of maternal mortality in the State of Pará between 2012 and 2016. **Methods:** A descriptive, analytical, observational and retrospective study, based on data from the Mortality Information System of the State Department of Public Health of Pará. The gross maternal mortality ratio (MMR) was calculated by year, municipality of residence and occurrence. In addition, the specific cause-related mortality ratio was calculated and related to the variables: age, schooling, color / race, and marital status. The data were analyzed by chi-square. **Results:** The sample comprised 581 maternal deaths reported in this period. The RMM was 88.77. Obstetric causes predominated with hypertension (n = 135), hemorrhage (n = 78) and infection (n = 38). The MMR of residence was higher in the Northeast of Paraense (22.50) and the Metropolitan Region of Belém (20.51). The occurrence was greater in the Metropolitan Region of Belém (36,18). Deaths occurred more frequently in women aged 20-24 years (n = 154), brown (n = 448), 8-11 years (n = 217), consensual union (n = 215), or single = 211), during the puerperium (up to 42 days) and with medical care (95%). **Conclusion:** Young women, with elementary or middle school education, single or consensual union, and who receive medical care have a higher risk of maternal death in the state of Pará. Hypertensive disorders are the main cause of maternal death.

Keywords: Maternal Mortality. Information Systems. Public Health.

Data de recebimento: 10/03/2019.

Aceito para publicação: 03/05/2019.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (SOUZA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), como a morte de uma

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. yuka425ts@gmail.com

² Santa Casa Misericórdia do Pará, Belém, Pará, Brasil.

³ Comitê de mortalidade do Estado do Pará.

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 (OMS, 2012).

No Brasil houve uma redução de aproximadamente 56% na razão de mortalidade materna, entre 1990 e 2015. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, o que representou uma queda de 16% em relação ao ano anterior, porém ainda se mantém elevada quando comparada a países desenvolvidos (BRASIL, 2018).

Em análise das principais causas de morte materna em todo mundo entre os anos de 2003 e 2012, a OMS constatou que, entre as causas direta, a hemorragia foi à causa mais importante, identificada em cerca de 27%, seguida de doenças hipertensivas e infecção. Além disso, destacou-se também condições médicas preexistentes, como diabetes, aids, malária e obesidade sendo responsáveis por 28% das mortes maternas no mundo.

No Pará, 95% dos óbitos maternos poderiam ter sido evitados por fatores ligados ao atendimento adequado e à qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher, durante a gestação, parto e puerpério, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico e as causas da mortalidade materna no Estado do Pará entre os anos 2012 a 2016.

2 MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, observacional e retrospectivo, realizado a partir de dados coletados junto à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) abrangendo uma série histórica de 5 anos, de 2012 até 2016. Estes dados foram acrescidos de informações disponíveis no site DATASUS do Ministério da Saúde relativos ao número de nascidos vivos (NV) com vistas ao cálculo RMM (número de óbitos materno : 100.000 NV).

Foram incluídas no estudo, mulheres com idade entre 10 e 49 anos, que evoluíram para óbito no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, sendo estes ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias pós parto que foram classificadas como causa materna de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS. Foram excluídas mulheres em que o óbito não foi definido como materno, ou seja, provocado por fatores acidentais e incidentais, ou os óbitos classificados como mortes maternas tardias.

Os dados avaliados foram: idade em anos, cor, escolaridade, estado civil e procedência com o nome do município de residência, causa da morte materna; distribuição no ano e nos municípios de ocorrência do óbito agrupados por mesorregiões paraenses, se houve ou não assistência médica durante a doença que ocasionou a morte e no momento do óbito e o período gestacional do óbito (gestação, parto ou aborto; puerpério até 42 dias após o desfecho gestacional).

A partir de então, foi realizado o cálculo da RMM bruta, por ano, município de residência e ocorrência. Além disso, foi calculada a razão de mortalidade específica (RMME) relacionada às causas de morte materna no Pará e relacionada às variáveis: faixa etária, escolaridade, cor/raça e estado civil.

Para melhor visualização dos dados, optou-se por ressaltar os 18 municípios paraenses de residência da paciente e os 14 municípios de ocorrência de óbitos mais prevalentes na amostra, além de agrupar os municípios segundo a sua mesorregião estabelecida.

Os dados obtidos foram analisados por meio dos testes estatísticos não-paramétricos *Qui-quadrado*, para expressar associação entre as variáveis. Foi utilizado o programa *BioStat 5.0*, observando o p-valor < 0,05.

Projeto aprovado no CEP parecer número 2.517.775.

3 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, constatou-se que entre 2012 e 2016 foram notificados 581 óbitos maternos no Estado do Pará. A maior frequência de óbitos maternos na população do estado foi observada no ano de 2015, com 29,7% (n = 173) correspondendo a RMM de 120,4 por 100.000 NV. Em contrapartida, a menor frequência foi observada em 2012, com 88 óbitos maternos, correspondendo a 15,1%, com RMM de 63,8 por 100.000 NV. É importante ressaltar que houve uma redução expressiva na RMM do ano de 2015 para o ano de 2016 (Tabela 1).

Tabela 1 - Razão de Mortalidade Materna, no Estado do Pará de 2012 a 2016.

Ano	N*	%	NV**	RMM***
2012	88	15.146	137837	63.843
2013	114	19.621	139416	81.769
2014	114	19.621	143503	79.440
2015	173	29.776	143657	120.425
2016	92	15.834	137514	66.902
Total	581	100	701927	88.77
p-valor				0.0002

NOTA: p-valor = 0.0002, teste χ^2 de aderência para os valores RMM. N* = número de óbitos maternos. NV**= número de nascidos vivos. RMM***= Razão de Mortalidade Materna

FONTE: Dados de mortalidade materna obtidos da SESPA (Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Pará) e DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil).

Ao aplicar o teste estatístico qui-quadrado para os valores da RMM específica relacionados a causas de morte materna, demonstrou que, no período do estudo, a associação entre essas variáveis tem significância. Foi constatado que prevaleceram os transtornos hipertensivos na gravidez, com 135 casos (RMM = 19,23 por 100.000 NV), seguida de complicações por hemorragia com 78 casos (RMM = 11,11 por 100.000 NV) e as infecções com 38 casos (RMM = 5,41 por 100.000 NV). Foram também contabilizadas outras afecções obstétricas e *garbage code*, porém não foram contabilizados no teste estatístico (Tabela 2).

Tabela 2 - Razão de mortalidade materna específica segundo as causas básicas CID-10, no estado do Pará entre os anos de 2012 e 2016.

Causas	N	RMM
Hipertensão	135	19.2327
Hemorragia	78	11.1122
Infecção	38	5.4136
p-valor	< 0.0001*	0.0175**
Outras afecções e <i>garbage code</i>	329	46.8709

*p-valor < 0.0001; *p-valor < 0.0175; teste χ^2 de aderência.

Nota: Os valores de outras afecções ou *garbage code* não foram considerados para a realização do teste estatístico, mas são apresentados na última linha da tabela.

Fonte: SESPA, Pará, 2016.

Para investigar a atenção obstétrica e as condições de vida das mulheres que evoluíram para óbito foi necessário buscar o seu município de residência. Comparando as razões de mortalidade materna no estado no Pará, é possível identificar 18 municípios com maiores prevalências de mortes maternas. Belém apresentou 99 casos (RMM = 14,10 por 100.000 NV) e Ananindeua 30 casos (RMM = 4,27 por 100.000 NV) (TABELA 3).

Tabela 3 – Óbitos maternos por Município de residência e a Razão de Mortalidade Materna, no estado do Pará de 2012 a 2016.

Município	N*	RMM**	Município	N	RMM
Abaetetuba	5	0.7123	Concórdia do Pará	7	0.9972
Acara	6	0.8547	Itaituba	12	1.7095
Altamira	6	0.8547	Marabá	19	2.7068
Ananindeua	30	4.2739	Melgaço	12	1.7095
Augusto Corrêa	5	0.7123	Mocajuba	6	0.8547
Baião	5	0.7123	Moju	7	0.9972
Belém	99	14.1040	Parauapebas	19	2.7068
Bragança	13	1.8520	Redenção	5	0.7123
Cametá	11	1.5671	Santarém	27	3.8465

Nota: N*: número absoluto de óbitos; RMM**: Razão De Mortalidade Materna

Fonte: SESPA, Pará, 2016.

A Tabela 4 distribui as mortes maternas pelas mesorregiões do Estado do Pará e verifica que os óbitos se concentraram, principalmente, na Região Metropolitana (n=254), seguido pelo Sudeste Paraense (n=93), correspondendo a valores de RMM 36,18/100.000 e 13,24/100.000, respectivamente. E no sudoeste paraense (n=36) é percebido a menor RMM, de 5,12/100.000.

Tabela 4 - Óbitos maternos por mesorregião, no estado do Pará, de 2012 a 2016.

Ano	N	RMM
Baixo Amazonas	41	5.8410
Marajó	40	5.6985
Região Metropolitana	254	36.1860
Nordeste Paraense	74	10.5424
Sudeste Paraense	93	13.2492
Sudoeste Paraense	36	5.1287
p-valor	< 0.0001*	< 0.0001**

* p-valor < 0.0001; **p-valor < 0.0001; teste χ^2 de aderência.

FONTE: SESPA, Pará, 2016.

No período do estudo, a faixa etária que houve predomínio de óbitos maternos foi de 20 a 24 anos, o que representou uma RMME de 21,9/100.000, principalmente no ano de 2015.

Em relação à escolaridade, houve maior expressividade de óbitos nos grupos de mulheres com 8 a 11 anos de estudo, com RMME de 30,9/100.000. Quanto à cor/raça podemos observar que o maior índice de morte materna ocorre em mulheres de cor/raça parda (RMME = 63,8/100.000), seguindo da cor/raça branca (RMME = 10,3/100.000), preta (RMME = 7,8/100.000) e indígena (RMME = 1,2/100.000).

Com referência ao estado civil, a RMME foi mais elevada entre as mulheres classificadas em união consensual e solteiras, quando comparadas às casadas. Em todos os anos as mulheres casadas alcançaram os menores valores.

Em relação às variáveis obstétricas, observou-se o predomínio dos óbitos no período do puerpério, até 42 dias, com 71,59% dos casos notificados, em 2016. Quanto à assistência médica no momento do óbito, quase totalidade ocorreram na presença do médico, no ano de 2016 a assistência foi de 95%. (TABELA 5)

TABELA 5: Variável sobre o período de ocorrência do óbito materno e a assistência médica prestada no Estado do Pará, entre os anos de 2012 a 2016.

Variável	2012	2013	2014	2015	2016
Período de ocorrência do óbito					
Durante a gravidez, parto ou aborto	45,58%	48,91%	34,95%	32,24%	28,40%
Durante o puerpério (até 42 dias)	54,41%	51,08%	65,04%	67,75%	71,59%
Recebeu assistência médica					
Sim	91,02%	94,28%	85,12%	76,41%	95,0%
Não	8,97%	5,71%	14,87%	23,58%	5,0%

Fonte: SESPA, Pará, 2016.

4 DISCUSSÃO

Ao analisar os dados deste trabalho, constatou-se que entre os anos de 2012 a 2016 foram notificados 581 óbitos maternos no Estado do Pará. O ano de 2015 foi o que apresentou maior frequência de óbitos maternos na população do estado, com 29,7% (n = 173) correspondendo a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 120,4 por 100 mil Nascidos Vivos (NV). Esse valor é considerado alto, tendo em vista que a média aceitável é entre 10 e 20 mortes por 100 mil NV (OMS). Tal fato pode ser causado não necessariamente pelo aumento dos óbitos maternos nesta região, mas sim, pela melhora da notificação desses óbitos, tendo em vista que o denominador, NV, não sofreu modificações importantes nos últimos anos deste estudo.

Em estudos prévios sobre a Mortalidade Materna no Pará, foi observado que houve aumento significativo da RMM. No Pará, a RMM, no período de 2006 a 2010, foi de 51,91 óbitos/100 mil NV⁶. E na nossa análise no período de 2012 a 2016 a RMM foi de 88,77 óbitos por 100 mil NV. Isso pode ter ocorrido pela atuação desde 2012 do Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CMM) no Estado do Pará. O qual forneceu esforços para garantir melhorias na vigilância epidemiológica desses óbitos, como também no aprimoramento do processo de trabalho previsto pelo SIM, para aperfeiçoar o conhecimento sobre o problema. E, dessa forma, permitir a proposição de atividades que tenham por meta o êxito da prevenção da mortalidade associada à gravidez. Com este melhor monitoramento do CMM, a identificação de fatores desencadeantes e agravantes dessa elevada mortalidade tornou-se mais passível de identificação, corroborando para a execução de medidas efetivas e organizacionais que possam ser propostas para uma redução cada vez maior da MM⁶.

O benefício dessa estratégia foi condizente com esta pesquisa ao comprovar a redução no número de óbitos maternos no Pará do ano de 2015 a 2016. Em 2016 a RMM foi de 66,90. É preciso, no entanto, acelerar a velocidade dessa redução para que o Estado reduza ainda mais a mortalidade materna.

Porém, a notificação de óbitos maternos ainda precisa avançar para garantir coerência em seus dados. Segundo Santos et al (2017) foi encontrado alto percentual de dados ignorados no SIM em diversas variáveis, o que evidencia limitação do Sistema de Informação. Dessa forma, o registro dos dados nestas bases de notificação no Brasil, sobretudo no estado do Pará, é questionável, devido ao déficit de treinamento dos profissionais, fato que causa um preenchimento incorreto da declaração de óbitos (DOs), gerando má qualidade de informações.

O registro da causa de morte representa um sistema vital cuja função é fornecer informações críticas necessárias para guiar programas de saúde pública⁸. Por isso devem seguir um padrão mundial de regras no preenchimento, representado, atualmente, pelo código internacional de doenças. Ao avaliar as DOs, foi encontrado no banco de dados da SESPÁ no preenchimento do campo da causa básica de morte vários *garbage code* (Gravidez que termina em aborto; Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez; Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; Complicações do trabalho de parto e do parto)⁹. Isso condiz com a nossa pesquisa, pois de 581 óbitos, 329 são considerados *garbage code*.

Das causas de morte materna direta prevaleceram os transtornos hipertensivos na gravidez com 135 casos (RMM 19,23 por 100 mil NV), seguida de complicações por hemorragias com 78 casos (RMM 11,11) e as infecções com 38 casos (RMM 5,41).

Em congruência com os nossos dados, Amadei et al (2009) relata que a maioria dos óbitos relacionados diretamente com a função reprodutora ocorrem devido a hipertensão na gravidez, à hemorragia e à infecção puerperal, situações evitáveis por meio de uma

adequada assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Comparando as razões de mortalidade materna no estado no Pará, foi possível identificar 18 municípios mais prevalentes na procedência das mortes materna, sendo que Belém apresentou 99 casos (RMM 14,10) e Ananindeua 30 casos (RMM 4,27). Esta informação revela que a maioria dessas mulheres residia na região metropolitana de Belém. Os outros municípios de residência foram Santarém com 27 casos, seguido de Parauapebas e Marabá com 19 casos, ambos.

A mesorregião do nordeste paraense (N=158) sobrepõe à região metropolitana (N=144) em número de casos. Dos 18 municípios mais prevalentes em relação à procedência dessa grávida, metade se localiza no nordeste paraense. Porém a diferença não é estatisticamente significativa. Em contrapartida, o menor número de casos foi do sudoeste paraense (N=38). Em 2012, Ferraz e Bordignon apontou que a existência das disparidades regionais é verídica, entretanto, pode-se conjecturar a ocorrência de subnotificações, refletindo uma melhor vigilância do óbito materno em algumas regiões, enquanto outras carecem de um melhor monitoramento. Desta forma, enfatiza-se que as subnotificações e sub-registros configuram um obstáculo no estudo da mortalidade materna e apontam a necessidade de capacitação profissional para adequada notificação dos óbitos.

Em relação à ocorrência dos óbitos, foi ressaltada a prevalência de 14 municípios com maior ocorrência de óbito no ano de 2012 a 2016. Os quais são: Belém, Santarém, Marabá, Breves, Bragança, Castanhal, Itaituba, Altamira, Redenção, Cametá, Paragominas, Capanema, Ananindeua e Marituba.

Destes, Belém apresentou maior amostra com 228 óbitos e a menor ocorrência de óbitos foi encontrada em Ananindeua e Marituba com 8 óbitos, cada. O que sugere que Ananindeua, Marituba e até outros municípios paraenses, transferem a gestante após complicações para o centro de referência de parto de alto risco, na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) em Belém.

A carência de profissionais de saúde e a inadequada estrutura de hospitais no interior do Estado do Pará faz com que uma grande demanda de pacientes procurem por serviços na região Metropolitana, colaborando com a superlotação nos hospitais e em unidades de terapia intensiva, influenciando na qualidade da assistência prestada e no aumento de riscos para o óbito materno⁶.

Quanto à distribuição das mortes maternas pelas mesorregiões do Estado do Pará verificou-se que elas se concentraram principalmente na Região Metropolitana, seguido pelo Sudeste Paraense, correspondendo a RMM 36,18 e 13,24, respectivamente. E no sudoeste paraense é percebido a menor RMM 5,12.

Um possível fator importante de óbito materno é a peregrinação da paciente, pois em outras mesorregiões parece não haver garantia de cobertura e qualificação de leitos de alto risco e terapia intensiva materna. Por consequência, essa gestante peregrina por horas em busca de assistência resolutiva e acaba evoluindo ao óbito na FSCMPA, em Belém, devido ao atendimento tardio. Laurent *et al* (2004) revelou que a mortalidade materna nas capitais brasileiras e regiões metropolitanas, apresentam maiores taxas de razão de mortalidade devido terem mais profissionais capacitados e tecnologia para evitar maiores agravos e que a peregrinação em busca de assistência resolutiva pode acabar contribuindo com o aumento dos riscos para a gestante.

Ainda com a análise dos óbitos maternos por município de ocorrência é revelado que além de Belém, Santarém apresenta 32 óbitos, Marabá 27 óbitos e Breves 19 óbitos. O que confirma a permanência de mortes maternas em cidades que são centros urbanos de sua mesorregião. A realidade dessas localidades é mais precária, comparada à assistência obstétrica da capital do Estado do Pará. No interior da mesorregião do Baixo Amazonas, Sudeste Paraense e Marajó existem municípios onde a população feminina apresenta muita

dificuldade de acesso aos serviços de saúde, devido às características geográficas e condições sociais, o que provoca carência no auxílio do planejamento familiar e uma assistência pré-natal inadequada.

Em relação à assistência médica, quase a totalidade dos óbitos maternos ocorreram na presença do médico, revelando que no ano de 2016 a assistência chegou a 95%. Este resultado demonstra que as causas de óbito materno necessitam de atendimentos especializados devido à gravidade da situação que confere um grande agravo à vida da gestante e do feto. Percebe-se ainda, que as gestantes receberam atendimento hospitalar, contudo deve-se avaliar a qualidade deste serviço. A presença de um profissional habilitado na assistência ao parto é essencial, no entanto, com os resultados obtidos, demonstra não estar sendo suficiente¹³. Portanto, imprescindível avaliar a qualidade da assistência prestada para uma melhor análise dos dados.

No que tange as variáveis obstétricas, observou-se o predomínio dos óbitos no período denominado "durante o puerpério, até 42 dias" de 2012 a 2016. No ano de 2015, prevaleceu em 71,59% dos casos notificados. Esse achado justifica-se em virtude do período de parto e pós-parto corresponder ao momento mais vulnerável do ciclo gravídico-puerperal, pois envolve questões administrativas e técnicas. Além disso, o retorno à normalidade clínica e laboratorial pode demorar em torno de seis semanas ou mais, deixando a puérpera exposta a complicações que podem levá-la ao óbito¹⁴. Assim, o adequado acompanhamento no pós-parto, bem como a realização de consultas puerperais e orientação das gestantes quando às condições de risco se fazem necessários no intuito de reduzir a razão de mortalidade materna.

Sob o ponto de vista epidemiológico, óbitos maternos no estado do Pará predominaram na faixa etária de 20-24 anos, o que representou uma RMME de 21,9, principalmente no ano de 2015. Este achado pode ser explicado devido esta ser a idade reprodutiva em que as mulheres mais engravidam, por apresentarem maior fertilidade, e com isso, aumentando a prevalência de óbito materno nesta faixa etária considerada jovem¹⁵. Outro fator importante que corrobora com a mortalidade nessa faixa etária pode ser devido à gravidez, neste intervalo etário, apresentar uma maior frequência de rejeição familiar, restrições sociais e econômicas, baixa escolaridade e ausência de consultas ginecológicas prévias, quando comparadas a faixas etárias maiores, os quais podem elevar a morbimortalidade materna¹⁶.

Em relação à escolaridade, houve maior expressividade de óbitos nos grupos de mulheres com 8 a 11 anos de estudo, RMME de 30,9. Uma boa escolaridade e atividade produtiva pode não representar uma situação econômica mais favorável, pois, faz-se necessário conciliar o trabalho remunerado com a realização de atividades domésticas e o cuidado dos filhos. Fato que contribui para a procura tardia de assistência médico-hospitalar ou ainda para certa tendência a negligenciar a própria saúde, visto que a luta pela sobrevivência muitas vezes leva à negação ou à naturalização das necessidades do corpo¹⁷.

Com referência ao estado civil, a RMME revelou-se mais elevada entre as mulheres classificadas em união consensual e solteiras, quando comparadas às casadas. Em todos os anos as mulheres casadas alcançaram os menores valores. Este resultado pode ser justificado devido à presença de o companheiro remeter à segurança, rapidez e acesso aos serviços de saúde mais eficazes e eficientes, evitando complicações graves que possam levar ao óbito. Com isso, a presença de um companheiro no período gravídico-puerperal apresenta-se como um fator de proteção na redução da morbimortalidade materna^{18,19}.

Quanto à cor/raça podemos observar que o maior índice de morte materna ocorre em mulheres de raça/cor parda RMME 63,8, seguindo da raça/cor branca RMME 10,3, preta RMME 7,8 e indígena RMME 1,2. Constata-se que na raça/cor amarela não há nenhum óbito registrado no período analisado. As mulheres pardas, assim como as negras,

são consideradas mais vulneráveis ao óbito materno, pois podem estar relacionadas à predisposição biológicas para doenças como a hipertensão/pré-eclâmpsia¹⁹. Além do fator genético, as raças pardas e negras são as mais prevalentes no Brasil, especialmente no estado do Pará, devido grande influência indígena e africana, estando muitas vezes relacionadas às desigualdades sociais que influenciam na dificuldade dessas mulheres em terem acesso à saúde de qualidade¹⁹. Assim, a etnia não é por si só fator de risco, mas a inserção social adversa do grupo racial constitui-se em maior vulnerabilidade.

Em 2012, visando atender melhor as gestantes brasileiras e combater a mortalidade materna e de neonatos, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a chamada Rede Cegonha, cuja estratégia visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar as crianças o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimentos saudáveis (BRASIL, 2009), esta estratégia tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país. No Pará, a rede atua na capital do estado, sendo necessário que seja gradativamente difundida em todo o território estadual, a fim de proporcionar melhores cuidados as gestantes e diminuir a razão de mortalidade materna no Pará.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível identificar que a mortalidade materna ainda é um grave problema de saúde pública no estado do Pará. A maioria das gestantes que evoluíram para o óbito tinha entre 20 e 24 anos, com escolaridade de ensino fundamental ou ensino médio completo, eram solteiras ou em união consensual, pardas e receberam assistência médica. A maior parte dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar durante o puerpério. A causa mais frequente foi os transtornos hipertensivos. A procedência foi mais frequente em 18 municípios paraenses como Belém, Ananindeua, Santarém, Parauapebas, Marabá, Bragança, Itaituba, Melgaço, Cametá, Moju, Concórdia do Pará, Acará, Altamira, Mocajuba, Abaetetuba, Augusto Corrêa, Baião e Redenção.

Em relação à ocorrência dos óbitos, a prevalência foi em 14 municípios. Os quais são: Belém, Santarém, Marabá, Breves, Bragança, Castanhal, Itaituba, Altamira, Redenção, Cametá, Paragominas, Capanema, Ananindeua e Marituba. A peregrinação da paciente em busca de um centro obstétrico de referência contribui tanto para o aumento dos registros da mortalidade materna em cidades com maior suporte, como Belém, assim como na sobrevida da paciente.

REFERÊNCIAS

1. SOUZA JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria.*; 35(12): 533-5. 2013.
2. OMS- Organização Mundial da Saúde/ WHO - World Health Organization. *Global Estimates of Maternal Mortality, Statistic, Politics and Policy: Vol. 3: ISS. 2, article 3.* 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017 : uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
4. 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. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. OMS- Organização Mundial da Saúde. Trends in Mternal Mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. World Heal Organ. 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1
 6. BOTELHO NM, SILVA IFMM, TAVARES JR, LIMA LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Rev Bras Ginecol e Obs. 2014, 36(7):290–5.
 7. SANTOS DR, NOGUEIRA LMV, PAIVA BL, RODRIGUES ILA, OLIVEIRA LF, CALDAS SP. Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil. Escola Anna Nery, 2017, 21(4).
 8. NAGHAVI M, MAKELA S, FOREMAN K, O'BRIEN J, POURMALEK F, LOZANO R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data Population Health Metrics; 8: 9. 2010
 9. ISHITANI LH, TEIXEIRA RA, ABREU DMX, PAIXÃO LMMM, FRANÇA EB. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos garbage declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. Rev. bras. epidemiol., São Paulo. 2017. Vol. 20, supl. 1, p. 34-45.
 10. AMADEI, J.L.; MERINO, C.G. Hipertensão arterial e fatores de risco em gestantes atendidas em unidade básica de saúde. Rev. Saúde e Pesquisa, Maringá. 2009. vol. 3, n. 1, p. 33-39.
 11. FERRAZ L, BORDIGNON M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev Baiana Saúde Pública. 2012;36(2):527-38.
 12. LAURENTI R, JORGE MH, GOTLIEB SL. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(4):449-60.
 13. SOARES, V.M.N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet., Rio de Janeiro. 2009. v. 31, n. 11, p. 566-573,.
 14. ROSENSTEIN, M.G.; ROMERO, M.; RAMOS, S. Maternal mortality in Argentina: a closer look at woman who die outside of the health system. Matern Child Health J, New York. 2008. vol. 12, n. 4, p. 519-524.
 15. BERQUÓ E.; GARCIA S.; LIMA L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2012, vol. 46, n. 4, p. 685-693.
 16. SILVA, HM et al. Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. Acta Pediatr Port, Portugal, 2012. vol. 43, n. 1, p. 8-15.
 17. CARDOSO LM; SOUZA MMCF; GUIMARÃES RUC. Morte materna: uma expressão da “questão social”. Serv. Soc. Soc., São Paulo, 2010. vol. 102, n. 1, p. 244-268.
 18. LEITE RMB, et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.vol. 27, n. 10, p. 1977-1985.
 19. CARRENO I; BONILHA ALL; COSTA JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, 2012. Vol. 15, n. 2, p. 396-406.
 20. 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, 2009. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf