ARTIGO ORIGINAL

MORTE MATERNA NO ESTADO DO PARÁ: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS[1]

MATERNAL DEATH IN PARÁ, BRAZYL: EPIDEMIOLOGY

Nara Macedo BOTELHO[2], Italo Fernando Mendonça Mota SILVA[3], Jessica Ramos TAVARES[3] e Lorena Oliveira LIMA[3]

RESUMO

Objetivo: estudar os aspectos epidemiológicos relacionados à morte materna no Estado do Pará. **Método:** estudo transversal, realizado por meio de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. A amostra compreendeu 383 casos de morte materna que ocorreram de 2006 a 2010. Os dados foram analisados pelo Qui-quadrado. **Resultados:** a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 51,91 e não diminuiu significativamente no período. Os óbitos ocorreram em mulheres entre 20-29 anos (46,21%), pardas (78,59%), com 4 a 7 anos de estudo (34,46%), solteiras (66,06%), donas de casa (52,48%), em ambiente hospitalar (91,66%). A RMM de residência foi maior no Marajó (63,71) e Sudeste paraense (61,41). A de ocorrência foi maior na região metropolitana de Belém (62,61). **Conclusão:** a morte materna no Pará caracteriza-se por ocorrer em mulheres jovens, de baixa escolaridade, pardas, solteiras, donas de casa, em ambiente hospitalar. A RMM não diminuiu de forma significativa nos anos estudados, apresentando disparidades regionais quanto às regiões de residência materna e ocorrência do óbito, reforçando a necessidade de melhorias na saúde pública do estado.

DESCRITORES: mortalidade materna, epidemiologia, avaliação

INTRODUÇÃO

A cada ano, mais de 500 mil mulheres morrem no mundo em consequência da gravidez ou do parto, em sua maioria por falta ou inadequação de atendimento[1]. A mortalidade materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999)[2], como a morte de uma mulher durante ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais[2].

É uma questão que tem sido discutida em diversas esferas da sociedade, diante do grande impacto social e de sua relevância na saúde pública[3,4].

O valor máximo aceito pela Organização Mundial da Saúde para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (NV)[5]. Enquanto os índices de países como o Canadá e os Estados Unidos são inferiores a nove óbitos maternos para 100.000 NV, os da Bolívia, Peru e Haiti somam mais de 200 óbitos por 100.000 NV. Destes casos, 98% poderiam ser evitados, com medidas preventivas na área da saúde[6].

No que se refere ao Brasil, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (2002)[6], a razão de mortalidade materna (RMM) não corrigida foi de 52,7/100.000 NV; 53,7/100.000 NV e 100,0/100.000 NV para o Brasil, o Estado do Pará e sua capital, a cidade de Belém, respectivamente. Em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 NV, e a razão de mortalidade materna corrigida foi de 72,4 por 100.000 NV, correspondendo a 1.572 óbitos maternos[7].

Assim, a mortalidade materna corresponde a um indicador extremamente sensível das condições de vida da população, refletindo, principalmente, a desarticulação, desorganização e baixa qualidade da assistência prestada à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. De maneira que a assistência pronta, oportuna e adequada poderia evitar a maioria dessas mortes[8].

É, portanto, um relevante indicador para a avaliação do desenvolvimento humano de uma população e sua redução em três

[1] Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade do Estado do Pará (UEPA).
[2] Prof. Associada do Departamento de Saúde Especializada da Universidade do Estado do Pará, Doutora em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
[3]Graduandos do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará.

quartos entre 1990 até 2015 constitui-se no quinto objetivo estabelecido na Declaração para o Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas[9] da qual o Brasil é signatário.

No Pará, 95% dos óbitos maternos poderiam ser evitados por fatores ligados ao adequado atendimento e à qualidade dos serviços de saúde prestados à mulher durante a gestação, parto e puerpério, segundo o Ministério da Saúde (2007)[4].

Sendo assim, o propósito do deste estudo é o conhecimento da realidade atual da mortalidade materna no Estado do Pará no intuito de propor medidas para a sua redução e concomitante melhoria da qualidade da assistência à mulher.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se como transversal, sendo realizado a partir de dados coletados na Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Foi identificado um total de 400 óbitos maternos no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Entretanto, foram excluídas as mortes maternas classificadas como tardias (aquelas que ocorreram num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1999)[2], as quais somaram 17. Dessa forma, a amostra foi composta por 383 mortes maternas.

Foram incluídas mulheres, de 10 a 49 anos, idade fértil de acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2007)[10], que evoluíram para o óbito no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Fizeram parte da pesquisa os óbitos ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da mesma, e causados por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, ou seja, aquelas que foram classificadas como morte materna de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS (1999)[2]. Foram excluídas mulheres que não se enquadraram nos critérios de inclusão mencionados acima, aquelas em que o óbito não foi definido como materno, provocado por fatores acidentais e incidentais, ou os óbitos classificados como mortes maternas tardias[2].

O SIM é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional[11]. As informações contidas no SIM foram obtidas através do programa TabWin 3.2 e anotadas no protocolo de pesquisa elaborado pelos pesquisadores.

Através do protocolo, diversas informações foram registradas e analisadas para compor os resultados da pesquisa, que englobaram dados epidemiológicos, como faixa etária, cor, escolaridade, estado conjugal, profissão/ocupação e município de residência das mulheres. Além de informações sobre o óbito, como local, ano e municípios de ocorrência do óbito agrupados por mesorregiões paraenses[12].

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expressa por 100.000 nascidos vivos. Para seu cálculo foram determinados o número de óbitos maternos (através do SIM) e de nascidos vivos (através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC) residentes no estado do Pará para cada ano (2006 a 2010), sendo calculado posteriormente tanto a razão de mortalidade materna bruta, bem como separada por ano, município de residência e ocorrência. Todos os cálculos foram realizados com base no que foi conceituado pelo MS (2007)[10].

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Já a morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez[10].

A avaliação dos resultados obtidos foi realizada por meio de testes estatísticos não-paramétricos Qui-Quadrado e Teste G. Foram utilizados os programas BIOESTAT 5.0® para a análise estatística e o Microsoft Excel 2007® para confecção de banco de dados, tabelas e gráficos.

RESULTADOS

TABELA I – Óbitos maternos em números absolutos (N) e porcentagem (%), número de nascidos vivos (NV) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), ocorridos no Estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

ANO	N	%	NV	RMM*
2006	79	20,63	150903	52,35
2007	81*	21,14	150718	53,74
2008	79	20,63	151987	51,98
2009	73	19,06	143394	50,91
2010	71	18,54	140758	50,44
TOTAL	**383**	**100**	**737760**	**51,91**

FONTE: SIM/SINASC, Brasil, 2012.
*p > 0,05 (Teste Qui-quadrado X^2 = 0,982; p = 0,9126).

TABELA II – Óbitos maternos por dados epidemiológicos, em números absolutos (N) e porcentagem (%), no Estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	N	%
Idade (anos)		
10-19	89	23,24
20-29	177*	46,21
30-39	96	25,06
40-49	21	5,48
Cor		
Branca	55	14,36
Negra	22	5,74
Amarela	0	0
Parda	301*	78,59
Indígena	5	1,31
Anos de estudo		
Nenhum	25	6,53
1 a 3 anos	71	18,54
4 a 7 anos	132*	34,46
8 a 11 anos	76	19,84
12 ou mais	25	6,53
Estado Conjugal		
Solteiro	253*	66,06
Casado	83	21,67
Viúvo	1	0,26
Divorciada	1	0,26
União Estável	21	5,48
Profissão/Ocupação		
Técnicas de nível médio	8	2,09
Serviços administrativos	9	2,35
Área de serviços, vendedoras do comércio em lojas e mercados	19	4,96
Trabalhadoras agropecuárias, florestais, da caça e da pesca	40	10,44
Dona de casa	201*	52,48
Estudante	42	10,97
TOTAL	**383**	**100**

FONTE: SIM, Brasil, 2012.
*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado).

TABELA III – Local de ocorrência dos óbitos maternos, em números absolutos (N) e porcentagem (%), no estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

LOCAL DE OCORRÊNCIA	N	%
Hospital	351*	91,66
Outro Estabelecimento de Saúde	2	0,52
Domicílio	13	3,39
Via Pública	4	1,04
Outros	12	3,13
Ignorado[1]	1	0,26
TOTAL	**383**	**100**

FONTE: SIM, Brasil, 2012.
*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado X^2 = 1234,937; p < 0,0001)
NOTA: [1]Ignorado: Houve o preenchimento da DO como ignorado.

TABELA IV – Óbitos maternos por mesorregião de residência, em números absolutos (N), porcentagem (%), número de nascidos vivos (NV) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), no estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

MESORREGIÃO	N	%	NV[4]	RMM[1]
Baixo Amazonas	39	10,18	81156	48,06
Região Metropolitana de Belém	79	20,63	219729	35,95
Marajó	44	11,49	69064	63,71
Nordeste Paraense	93	24,28	154719	60,11
Sudeste Paraense	101*	26,37	164459	61,41
Sudoeste Paraense	24	6,27	48622	49,36
Município de Outro Estado (Petrolina-PE)	1	0,26	-	-
Ignorado[2]	1	0,26	11	-
Não Informado[3]	1	0,26	-	-
TOTAL	**383**	**100**	**737760**	**51,91**

FONTE: SIM/SINASC, Brasil, 2012.
*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado X^2 = 79,853; p < 0,0001)
[1]p > 0,5 (Teste Qui-quadrado X^2 = 10,627; p= 0,0593)
NOTA:[2]Ignorado: Houve o preenchimento da DO como ignorado.
[3]Não informado: Não houve o preenchimento deste campo na DO.
[4]NV: Nascidos vivos de mães residentes nas mesorregiões.

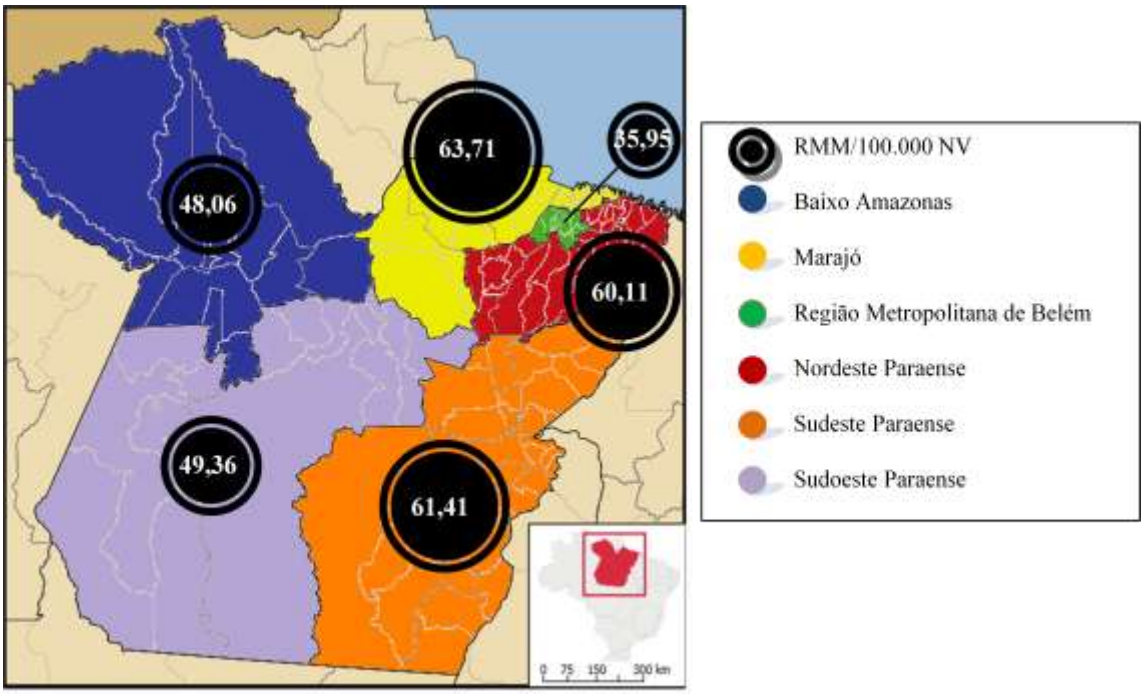

FIGURA 1 – Razão de Mortalidade Materna (RMM/100.000NV) por mesorregião de residência no estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.
FONTE: SIM/SINASC, Brasil, 2012.

TABELA V – Óbitos maternos por mesorregião de ocorrência, em números absolutos (N), porcentagem (%), número de nascidos vivos (NV) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), no estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

MESORREGIÃO	N	%	NV[2]	RMM[1]
Baixo Amazonas	37	9,66	81578	45,36
Região Metropolitana de Belém	153*	39,95	244362	62,61
Marajó	30	7,83	56087	53,49
Nordeste Paraense	44	11,49	139149	31,62
Sudeste Paraense	74	19,32	162680	45,49
Sudoeste Paraense	26	6,79	48141	54,01
Municípios de Outros Estados	19	4,96	-	-
TOTAL	**383**	**100**	**731997**	**52,32**

FONTE: SIM/SINASC, Brasil, 2012.
*$p < 0,05$ (Teste Qui-quadrado $X^2 = 240,731$; $p < 0,0001$).
[1]$p > 0,05$ (Teste Qui-quadrado $X^2 = 10,953$; $p = 0,0899$).
NOTA: [2]NV: Nascidos vivos de ocorrência nas mesorregiões.

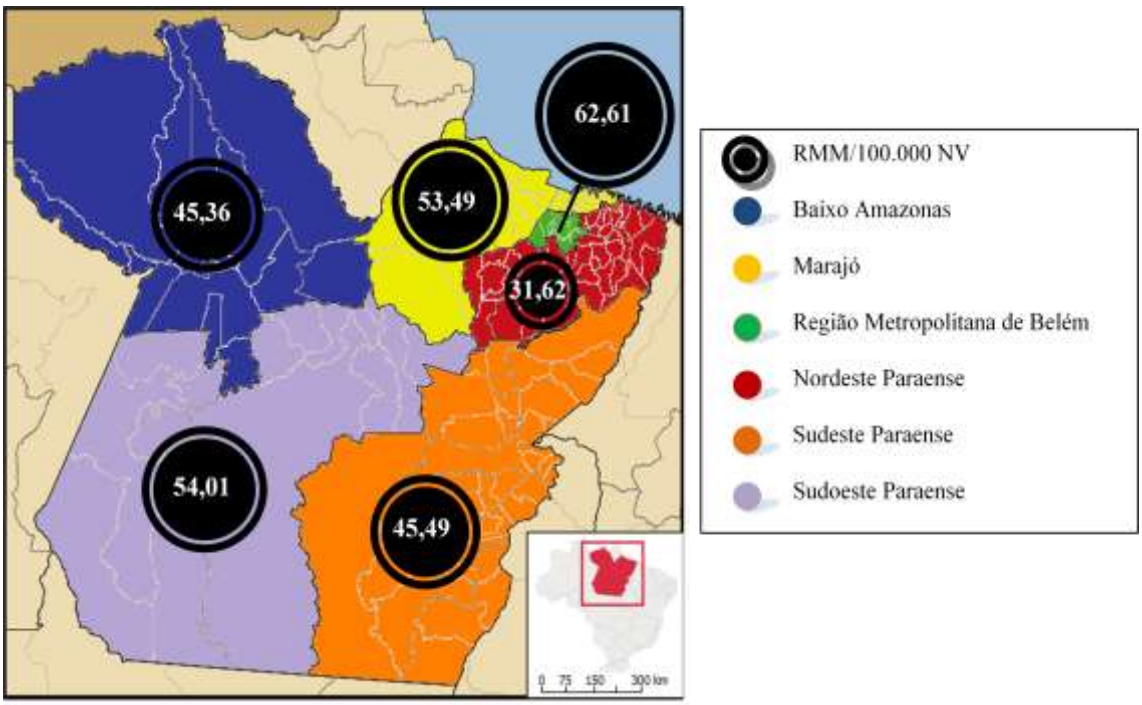

FIGURA 2 – Razão de Mortalidade Materna (RMM/100.000NV) por mesorregião de ocorrência no Estado do Pará de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.
FONTE: SIM/SINASC, Brasil, 2012.

DISCUSSÃO

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[10]. Portanto, detectar com maior precisão fornece subsídios para uma intervenção nesse importante problema de saúde pública[13].

Nesse sentido, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um potente indicador internacional e nacional, preconizada pela OMS e pelo MS, para avaliar a morte materna. Ela reflete a assistência de saúde oferecida á mulher, principalmente no seu período reprodutivo[14, 15].

No Pará, a RMM, calculada a partir dos óbitos maternos ocorridos de janeiro de 2006 a dezembro de 2010, foi de 51,91 óbitos/100.000 nascidos vivos (NV). De acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (1999)[2], essa RMM é considerada alta e além do preconizado pela mesma, que admite entre 10 e 20 mortes por 100.000 NV[15].

Ao analisar o cenário internacional, observa-se a disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Enquanto na Austrália, Reino Unido e Estados Unidos a RMM varia entre 4 e 15 mortes maternas por 100.000 NV[16, 17], países como a Bolívia, o Peru e o Haiti chegam a mais de 200 óbitos[10]. Na África a estimativa da RMM chega a 870/100.000 NV[17].

No Brasil, um estudo sobre a mortalidade materna nas capitais brasileiras revelou uma RMM de 54,3 por 100 mil nascidos vivos, sendo que na região Norte foi de 52,9[7]. Esses dados são semelhantes ao observado no Pará pela presente pesquisa e refletem a necessidade de medidas eficazes para melhorar a saúde da mulher**.**

Esses resultados confirmam que a RMM também é considerada um importante indicador da realidade social. Regiões mais desenvolvidas, com assistência à saúde de qualidade e políticas públicas eficazes se destacam com as menores razões. Dessa forma, é correto afirmar que as condições pelas quais as mulheres morrem espelham o nível do desenvolvimento humano da população, assim um alto grau de mortalidade materna, como foi identificado no Pará, é indicativo de precárias condições socioeconômicas, que culminam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde[18]**.**

Além disso, é necessário enfatizar que não foi observada redução estatisticamente significativa da RMM no Estado do Pará nos últimos cinco anos. O que implica no questionamento sobre a eficácia das medidas que estão sendo realizadas para diminuir a mortalidade materna. Esse resultado vem ainda confirmar a permanência de importantes entraves que impossibilitam a redução da RMM no estado. Entre os quais estão a

carência do planejamento familiar, a assistência pré-natal inadequada, a falta de vaga no serviço hospitalar e a deficiência de estrutura dos hospitais, que acarretam precariedade no atendimento às gestantes[19].

Sob o ponto de vista epidemiológico, óbitos maternos no estado do Pará predominaram na faixa etária de 20-29 anos, assim como foi observado por outros estudos[20, 21]. Este resultado é explicado por ser esta a idade reprodutiva em que as mulheres mais engravidam, devido à maior fertilidade[22].

Em relação à variável cor, a presente pesquisa identificou que a maioria das mulheres que evoluíram para o óbito era parda, diferente dos dados obtidos por Riquinho e Correia (2006)[23], que encontraram um maior percentual de gestantes brancas na cidade de Porto Alegre. Entretanto, outras pesquisas também evidenciaram o predomínio de mulheres pardas[18,20,21].

Todavia, esta variável merece uma análise mais cuidadosa dos dados, considerando que no setor saúde a formulação do conceito de etnia é frequentemente traduzido através de um indicador considerado precário e subjetivo, a cor da pele[24]. Este fato, aliado à intensa miscigenação étnica na região, principalmente de origem ameríndia[25], pode ser um dos motivos do elevado número de gestantes declaradas como parda.

Outros aspectos nesta mesma análise merecem destaque, como a escolaridade. Foi identificado que a maioria dos óbitos maternos ocorreram em mulheres com apenas 4 a 7 anos de estudo. Este baixo nível de escolaridade é corroborado por outros estudos realizados no Nordeste[18,20], no estado do Paraná[26] e em todas as capitais brasileiras[21].

O nível educacional da mãe pode ser compreendido como um fator relacionado ao perfil cultural e ao comportamento ligado aos cuidados de saúde, que têm um efeito importante na determinação da mortalidade[27]. Um exemplo claro pode ser evidenciado quando as informações repassadas pela classe médica no pré-natal e puerpério não são colocadas em prática, o que consiste em um agravo para a saúde reprodutiva[18].

Em sociedades com grandes iniquidades no acesso à educação formal, como no Brasil, o nível de escolaridade se constitui um indicador do nível socioeconômico. A conjunção de menor escolaridade e condição de vida desfavorável pode dificultar o acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável, além de restringir o reconhecimento de direitos de cidadania[7].

E no que concerne à cidadania e ao amparo social foi observado que mais da metade dos óbitos maternos no Pará ocorreram em mulheres solteiras. Esse resultado vai de encontro ao publicado no Recife[20], onde a maioria das gestantes eram casadas ou viviam em união estável. Contudo, apresenta semelhança com outros estudos que encontraram uma maior proporção de mulheres sem companheiro[21,27]. Acredita-se que as variações observadas possam ser explicadas, em parte, pela flutuação aleatória deste indicador devido a certa instabilidade desses relacionamentos.

Também convém enfatizar que a ausência de uma rede de apoio social, da qual o companheiro participe, representa um importante fator de risco relacionado a desfechos desfavoráveis, dentre eles o adoecimento e o óbito. Nos estratos mais pobres da população, essa rede composta por familiares, amigos e parceiros pode representar a única possibilidade de suporte da mulher em condições diversas de vulnerabilidade[20] .

Ao analisar a distribuição dos óbitos maternos em relação à profissão/ocupação, foi observado que mais da metade das gestantes eram donas de casa. Riquinho e Correia (2006)[23] também identificaram resultado semelhante em um estudo sobre mortalidade materna realizado na cidade de Porto Alegre. É importante salientar que a ocupação dona de casa, muitas vezes desvalorizada por não ser um trabalho remunerado, é responsável pelo desgaste e grande esforço físico, mesmo durante a gravidez. Desta forma, pode acarretar risco para o óbito.

E Quanto a isso, mais de 90% dos óbitos maternos no Pará ocorreram dentro do hospital, o que concorda com os estudos elaborados por Bonfim et al (2008)[28] e Sousa et al (2007)[21] no estado de Pernambuco e na cidade de Porto Alegre, respectivamente. Este resultado reflete que as causas de óbito materno requerem 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[29].

Assim, apesar desta pesquisa e de outras realizadas no Brasil[29] determinarem que a maioria das gestantes receberam assistência médica antes de evoluírem para o óbito, é

imprescindível avaliar a qualidade desta assistência. O estudo realizado por Soares et al (2009)[29] em relação às gestantes hipertensas que evoluíram para o óbito no Paraná determinou que todas receberam atendimento hospitalar, mas este ou foi tardio ou pouco resolutivo, além de que a maioria necessitou de transferências após complicações.

Portanto, uma equipe multiprofissional treinada e capacitada, disponibilidade de equipamentos, além de infraestrutura laboratorial adequada ao diagnóstico e tratamento das gestações de alto risco, em geral, são indispensáveis. Assim, é importante a realização de estudos que avaliem a oferta de atenção qualificada, a qual aparece como um componente essencial para a redução da mortalidade materna.

Essa é um indicador do acesso à atenção obstétrica de qualidade e das condições de vida das mulheres, registrando-se grandes disparidades entre regiões e países. No presente estudo, foram observadas variações entre as razões de mortalidade materna no que diz respeito às diferentes mesorregiões paraenses tanto as de residência quanto as de ocorrência do óbito, entretanto essas não foram estatisticamente significantes. Tal fato concorda com outros estudos[7] que apontam não haver diferenças significativas entre os valores da RMM relativos às capitais e às cidades do interior.

Entretanto, quando comparadas as RMM referentes ao número de óbitos de mulheres residentes e o de ocorrência em uma mesma mesorregião foi identificada diferença estatística, o que denota uma disparidade entre a mesorregião de residência da mulher e o local de recebimento de assistência durante o período da gravidez, parto e puerpério. Tal fato evidencia a desigualdade no padrão de distribuição dos serviços de assistência médica, principalmente a mais especializada. Mota, Gama e Filha (2008)[8] apontam a situação que se confirma neste estudo: a capital do Estado do Pará, situada na região Metropolitana de Belém, como polo de referência para a assistência à saúde regional, acaba registrando óbitos de pacientes procedentes de outros municípios. Nesse sentido são necessários esforços para a melhoria da assistência a saúde nos municípios de residência das gestantes, voltados principalmente para a interiorização e melhoria do acesso á saúde com enfoque na qualidade de atendimento.

A partir disso, a visualização dessas relações no território vem contribuir para a formulação das ações intersetoriais capazes de consolidar políticas públicas mais integradas e efetivas voltadas para a diminuição das iniquidades regionais por medidas de prevenção, promoção e atenção à saúde da mulher, com melhor locação de recursos em áreas prioritárias visando também à melhoria da qualidade da assistência.

A análise destes números gera o questionamento sobre a vigilância do óbito materno no estado, uma vez que a aparente maior mortalidade nas regiões mais desenvolvidas pode refletir apenas que nestas regiões a morte materna é mais bem registrada e provavelmente mais estudada, e que nos locais onde o problema é mais grave, ele também é menos visível.[4]

Nesse sentido, é fundamental a participação dos Comitês de Mortalidade Materna do Pará (CMM) na estratégia de vigilância epidemiológica. Eles devem atuar não apenas na melhoria da certificação do óbito 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.[8]

É pouco provável que medidas técnicas, exclusivamente, levem à redução da mortalidade materna. Faz-se necessário o comprometimento das autoridades políticas com a questão, colocando-a à altura das prioridades da saúde. Devem, aliás, encarregar às secretarias estaduais e municipais a responsabilidade pelo estímulo à criação, promoção e garantia de condições para que os CMM sejam atuantes, capacitados mediante treinamentos periódicos e organizados para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.[8,14]

Desta forma, é sugerida a realização de novas pesquisas que possam observar fatores de correção para as diferentes regiões paraenses, tendo em vista que a maioria dos estudos o generaliza para a região Norte.[7] Outros estudos em nossa região para a captação dos dados obstétricos referentes aos óbitos também são necessários para que medidas efetivas possam ser tomadas no intuito de diminuir de forma significativa a mortalidade materna em nosso estado.

CONCLUSÃO

No Estado do Pará não houve redução estatisticamente significativa da RMM, que permanece alta (51,91 óbitos/100.000 NV) nos anos estudados. A maioria das gestantes que evoluíram para o óbito tinham entre 20 e 29 anos e baixa escolaridade, eram solteiras, pardas e donas de casa. A maior parte dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar. O Marajó e Sudeste paraense obtiveram as maiores RMM relativas à residência, enquanto que a região metropolitana de Belém obteve a maior RMM de ocorrência, sendo obsevada disparidade regional em relação à distribuição dos óbitos maternos no Estado.

SUMMARY

MATERNAL DEATH IN PARÁ, BRAZYL: EPIDEMIOLOGY

Nara Macedo BOTELHO, Italo Fernando Mendonça Mota SILVA, Jessica Ramos TAVARES e Lorena Oliveira LIMA

Objective: describe the epidemiology related to maternal death in Pará, Brazil. **Method:**The study was descriptive, observational and retrospective and used data from the Mortality Information System of Pará's State Department of Public Health. The sample comprised 383 cases of maternal deaths that occurred from 2006 to 2010. Data were analyzed by Chi-square test. **Results:** The Maternal Mortality Ratio (MMR) was 51.91 and did not decrease significantly during the period. The deaths occurred in women aged 20-29 years (46.21%), brown (78.59%), with 4-7 years of education (34.46%), unmarried (66.06%), housewives (52.48%), in hospitals (91.66%). The MMR among residents was higher in Marajó (63.71) and in Pará's Southeast (61.41). The MMR of occurrence was higher in metropolitan region of Belém (62.61).**Conclusion:** Therefore, maternal death in Pará is characterized by occur in young women with low education, brown, unmarried, housewives, in hospitals. The MMR did not decrease significantly in the years studied and there were regional differences between the maternal residence and maternal death regions what emphasizes the need for improvements in public health.

KEY-WORDS: Maternal death, epidemiology, avaliation

REFERÊNCIAS

1. Sem, G. Meio milhão de grávidas morre sem atendimento. Radis-Comunicação e saúde. 2004; 24(5): 12-7
2. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 5ª ed. 10ª rev. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 1999; 2
3. Costa, AA et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. Rev. Bras. de Gin. e Obst. 2002; 24(7): 455-62
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de morte materna. Brasília, DF, 2007, 104 p
5. Theme-filha, MM; Silva, RI; Noronha, CP. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993-1996. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15(2): 397-403
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília, DF, 2002, 75 p.
7. Laurent, R; Jorge, MHPM; Gotlieb, SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. Bras. Epidemiol. 2004; 7(4): 449-60
8. Mota, SMM; Gama, SGJ Filha, MMT. Mortalidade materna e o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Epidemiol. Rev. Saúde. 2008; 17(1): 33-42
9. The World Bank Group. Millenium development goals [document on the Internet], 2009. Disponível em: <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/viewsharedreport?report_id=1336&request_type=viewadvanced> Acesso em 20 de junho de 2012.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de morte materna. Brasília, DF, 2007, 104 p.
11. Ministério da Saúde. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília, DF, 2001, 36 p.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Geociências, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#geociencias>. Acesso em 01 de setembro de 2012
13. Tognin, S et al. Perfil da mortalidade materna na região do grande ABC de 1997 a 2005. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57 (4): 409-14
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília, DF, 2009, 84 p.
15. World Health Organization (WHO) et al. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Switzerland: World Health Organization, 2010. 72 p
16. Hill, K et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet. 2007; 370 (9595): 1311-9
17. Xavier, SB. Mortalidade materna em Pernambuco: uma revisão de literatura.[Tese-Especialização]. Recife (PE): Fundção Oswaldo Cruz; 2010
18. Marinho, ACN; Paes, NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44 (3): 732-8
19. Vega, CE; Kahhale, S; Zugaib, M. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). Clinics. 2007; 62(6): 679-84
20. Leite, RMB et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(10): 1977-85
21. Sousa, MH et al. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Rev Saúde Pública. 2007; 41(2): 181-9
22. Berquó, E; Garcia, S; Lima, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. Rev Saúde Pública. 2012; 46(4): 685-93
23. Riquinho, DL; Correia, SG. Mortalidade Maternal: Perfil sócio-demográfico e causal. Rev. Bras. Enferm.2006; 59(3): 303-7
24. Laguardia, J. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. Rev saude coletiva. 2004; 14(2): 197-234.
25. Pena SDJ, Birchal TS. A inexistência biológica versus a existência social de raças humanas: pode a ciência instruir o etos social? Rev. USP. 2006; 1(68): 10-21
26. Souza, KV; Almeida, MRCB; Soares, VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(4): 741-9
27. Melo, ECP; Knupp, VMAO. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(4): 773-9
28. Bonfim, C et al. Sistemas de informação em saúde aplicados ao monitoramento da mortalidade materna no estado de Pernambuco, 2000 à 2005. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 16., 2008, Minas Gerais. [Anais eletrônicos]. Minas Gerais: 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1668.pdf>. Acesso em 10 de Outubro de 2012
29. Soares, VMN et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(11):566-73

Endereço para correspondência:
Nara Macedo Botelho
Trav. Padre Eutíquio 2264, Apto 1101. Batista Campos
Belém - PA.
CEP: 66.033-000
Telefone: (91) 88548896
E-mail:narambotelho@gmail.com

Recebido em 03.04.2013 – Aprovado em 18.04.2013