

# MORTALIDADE MATERNA POR SÍNDROMES HIPERTENSIVAS EHEMORRÁGICAS EM UMA MATERNIDADE-ESCOLA REFERÊNCIA DE ALAGOAS

Flávia Buarque Tenório Lopes<sup>1</sup>

Maíza Santana de Moraes<sup>2</sup>

Ana Paula Ferreira Bezerra<sup>3</sup>

Ana Paula Rebelo Aquino Rodrigues<sup>4</sup>

Nadja Romeiro dos Santos<sup>5</sup>

Jaim Simões de Oliveira<sup>6</sup>

Enfermagem



**cadernos de  
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

No Brasil, as síndromes hipertensivas específicas gestacionais (SHEG) e as síndromes hemorrágicas (SH) são as principais causas de mortes maternas por causas obstétricas diretas. Tratou-se de um estudo descritivo, com objetivo de identificar e descrever o perfil dos óbitos por SHEG e SH em uma maternidade-escola pública de referência para alto risco em Maceió-AL, no período de 2010 a 2015, a partir de dados secundários de declarações de óbitos e prontuários. Nos resultados encontrados, estas mulheres possuíam entre 20 a 29 (50%) e 30 a 39 anos (50%), eram pardas (50%), solteiras (75%), do lar (50%), puérperas (75%), com paridade entre um e três (50%), histórico de SHEG (50%), submetidas à cesárea (75%), com pré-natal desconhecido (75%) e diagnóstico de hemorragia pós-parto (40%). Concluiu-se que não foi possível um conhecimento fidedigno do contexto social destas mulheres, pelo pequeno quantitativo de mortes encontrado por estas causas e pela alta subnotificação de dados, sendo recomendados novos estudos em maternidades de Alagoas que abranjam esta temática. Além disto, é preciso instigar e sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância da notificação nos documentos relativos à mortalidade materna.

## PALAVRAS-CHAVE

Mortalidade materna. Saúde da mulher. Enfermagem. Causas de morte.

## ABSTRACT

In Brazil, specific gestational hypertensive syndromes (SGHS) and hemorrhagic syndromes (HS) are the main causes of maternal deaths due to direct obstetric causes. It was a descriptive study, with the objective of identifying and describing the profile of SGHS and HS deaths in a high-risk public maternity-school reference in Maceió-AL, from 2010 to 2015, from secondary data of death and medical records. In the results found, these women had between 20 to 29 (50%) and 30 to 39 years (50%), were brown (50%), single (75%), home (50%), (75%), with an unknown prenatal (75%) and a diagnosis of postpartum hemorrhage (40%), with a parity between one and three (50%), a history of SGHS (50%) and cesarean section. It was concluded that it was not possible to have a reliable knowledge of the social context of these women, the small number of deaths found by these causes and the high underreporting of data, and new studies in Alagoas maternity hospitals are recommended. In addition, health professionals need to be encouraged and made aware of the importance of reporting in maternal mortality documents.

## KEYWORDS

Maternal mortality. Women's health. Nursing. Causes of death.

## 1 INTRODUÇÃO

Morte materna é o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término. São classificadas como mortes maternas por causas as diretas decorrentes de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal, causadas por omissões, tratamentos ou intervenções incorretos e por causas indiretas as que são consequências de doenças preexistentes, ou que surgiram durante a gestação, agravadas pelas alterações fisiológicas do período (BRASIL, 2012a; REZENDE, 2008).

No país, predominam as mortes maternas por causas obstétricas diretas. Dentre elas, as síndromes hipertensivas específicas gestacionais (SHEG) e as síndromes hemorrágicas (SH) são as principais causas. As SHEG, juntamente com as SH e a infecção formam a "triade mortal" e contribuem para o aumento das taxas de mortalidade (SOUSA et al., 2014; ZUGAIB, 2015; CUNNINGHAM et al., 2016).

Atualmente, a morbimortalidade materna no Brasil continua elevada e incompatível com o gradual desenvolvimento econômico e social do País. Os altos índices são usados para avaliar a qualidade da assistência à saúde da mulher e refletem violações ao direito humano, pois a maioria destas mortes poderia ser evitada (BRASIL, 2012b; ZUGAIB, 2015).

A redução destes índices está diretamente relacionada com o acesso da gestante e puérpera ao atendimento de qualidade e em tempo ideal nos níveis de complexidade. Sendo os municípios os responsáveis por estabelecer seu próprio fluxo,

incluindo a remoção, encaminhamento, acesso continuado e transporte adequado. Bem como cada unidade de saúde e maternidade ser responsável por sua especificidade e competência quanto ao grau de risco de atendimento (BRASIL, 2012b).

Diante dessas considerações, torna-se de extrema relevância verificar as taxas de mortalidade materna nas maternidades de Alagoas, mais especificamente as síndromes hipertensivas e hemorrágicas, que são as mais prevalentes no Brasil. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi identificar e descrever o perfil de óbitos maternos, por SHEG e SH, ocorridos em uma maternidade pública de referência de alto risco da cidade de Maceió-AL, durante o período de 2010 a 2015.

## 2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de caráter descrito e retrospectivo, na qual foram colhidos dados secundários, a partir das declarações de óbitos e prontuários, no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) da Maternidade-Escola Santa Mônica (MESM), dos óbitos maternos, por SHEG e SH, estas últimas da segunda metade gestacional, de mulheres em idade fértil (10-49 anos) no período de 2010 a 2015.

A MESM é parte integrante da estrutura básica da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), especializada em assistência de média e alta complexidade, com 60 (sessenta) leitos obstétricos, sendo referência estadual no atendimento à gestante de alto risco proveniente de 28 bairros de Maceió e 30 municípios de Alagoas. O atendimento nesta ocorre apenas após pré-triagem em maternidades de risco habitual e encaminhamento realizado por meio da Central de Regulação (CORA) (ALAGOAS, 2014; ALAGOAS, 2015; ALAGOAS, 2017).

Para coleta de dados foi criado um formulário composto por quatro partes. A primeira parte, contendo dados de identificação, com as variáveis: Idade materna, cor/etnia, estado civil e profissão/ocupação. Na segunda parte, a história obstétrica com as variáveis: Idade gestacional (IG), paridade, tipo de parto e complicações de gestações anteriores. A terceira parte contendo as informações sobre a realização do pré-natal e quantidade de consultas. E a quarta e última parte, o diagnóstico médico da declaração de óbito.

Foram definidos como critérios para seleção deste estudo: declaração de óbito e prontuários com diagnóstico de síndromes hipertensivas e/ou hemorrágicas, residentes e provenientes do estado de Alagoas, com idade entre 10 e 49 anos. Dentre as SHEG: gestantes com diagnóstico de hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, eclâmpsia e síndrome HELLP. E dentre as SH, gestantes a partir da segunda metade gestacional com diagnósticos: de placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e hemorragia pós-parto.

Ao final da coleta de dados, apesar da pequena quantidade de óbitos encontrada na MESM por SHEG e SH, no referido período, que ao total foram quatro, foi decidido dar continuidade à pesquisa para construção deste artigo com apresentação dos resultados, por motivo de relevância do assunto, esta já apresentada, pela ausência de pesquisas sobre mortes por SHEG e SH em maternidades de Alagoas, ainda a vasta literatura em meio eletrônico e bibliografias sobre a temática.

Ressaltamos ainda, que não foi permitido aos autores o acesso aos locais físicos, de propriedade da MESM, nos quais estão localizados os arquivos de óbitos maternos, com exceção do SAME. Este último não continha tais documentos. Sendo assim, a manipulação destes foi dada por meio do repasse de terceiros, funcionários deste setor. Entretanto, foi confirmado que todos os arquivos referentes às mortes maternas dos anos de 2010 a 2015 foram repassados para utilização dos autores nesta pesquisa.

Por esta razão, não foi necessário o tratamento dos dados por softwares, sendo, portanto utilizado os programas Word e Excel para criação dos quadros e gráficos presentes neste artigo. Os dados sobre a mortalidade por SHEG e SH em Alagoas foram coletados no Sistema de Informação de Mortalidade Materna (SIM) da base de dados do departamento de informática do SUS (DATASUS)

Este estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 e 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas (CEP/UNIT), pela Comissão de Ética da MESM, com termo de autorização de pesquisa para CEP nº 03/2017, bem como pela Plataforma Brasil com parecer nº 1.989.208.

### 3 RESULTADOS

Na MESM, durante os anos de 2010 a 2015, ocorreram quatro óbitos maternos por SHEG e SH da segunda metade gestacional em mulheres na idade fértil (10 a 49 anos). Sendo três por SH e dois por SHEG. Uma destas mortes teve o diagnóstico de SHEG e SH. No ano de 2010, ocorreram três óbitos e em 2013, um óbito por SHEG e SH. Não há registros de mortes por tais causa nos anos de 2011, 2012, 2014 e 2015.

Quadro 1 – Óbitos maternos por SHEG e/ou SH segundo dados socioeconômicos. Maceió, AL, Brasil 2010-2015

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10-19	0	0
20-29	02	50
30-39	02	50
40-49	0	0
<b>Cor/Etnia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	0	0
Parda	02	50
Preta	0	0
Amarela	0	0
Indígena	0	0
Desconhecida/Não informado	02	50

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteira	03	75
Noiva	0	0
Casada	0	0
Separada	0	0
Viúva	0	0
Desconhecido/Não informado	01	25
<b>Profissão/ocupação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Do lar/Dona de casa	02	50
Diarista	0	0
Estudante	0	0
Desempregada	0	0
Outras	0	0
Desconhecida/Não informado	02	50

Fonte: Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico da Maternidade-escola Santa Mônica (SAME/MESM, 2017).

Segundo o Quadro 1, a maioria das mortes por SHEG e SH acometeu mulheres entre 20 e 29 (50%), bem como 30 a 39 anos (50%), de cor/etnia parda (50%), solteira (75%) e do lar (50%). Em relação às variáveis obstétricas, no Quadro 2 estão distribuídos os óbitos maternos segundo idade gestacional (IG), paridade, tipo de parto, complicações das gestações anteriores e consultas de pré-natal.

Quadro 2 – Distribuição de óbitos maternos por SHEG e/ou SH segundo história obstétrica. Maceió-AL, Brasil, 2010 a 2015

<b>Idade Gestacional (IG)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1º trimestre (0-13 semanas)	0	0
2º trimestre (14 a 26 semanas)	0	0
3º trimestre (27 a 40/41 semanas)	01	25
Puerpério	03	75
<b>Paridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1-3	02	50
4-6	01	25
7-10	0	0
Desconhecido/ Não informado	01	25
<b>Tipo de parto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	01	25
Cesárea	03	75

<b>Complicações das gestações anteriores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
SHEG	02	50
SH	0	0
Outras	0	0
Desconhecido/Não informado	02	50
<b>Consultas (pré-natal)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1-3	01	25
4-6	0	0
>6	0	0
Desconhecido/Não informado	03	75

Fonte: Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico da Maternidade-escola Santa Mônica (SAME/MESM, 2017).

De acordo com o Quadro 2, acerca da história obstétrica, a maioria destas mulheres veio a óbito por SHEG e/ou SH durante o puerpério (75%), tiveram entre um a três partos (50%), o último parto foi cesáreo (75%), tiveram as SHEG (50%) como principal complicação nas gestações anteriores e pré-natal desconhecido (75%).

Quadro 3 – Distribuição dos diagnósticos de óbitos maternos por SHEG e/ou SH segundo classificação destas síndromes. Maceió-AL, Brasil, 2010 a 2015

<b>SHEG</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hipertensão crônica	0	0
Pré-eclâmpsia	0	0
Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica	01	20
Eclâmpsia	01	20
Síndrome HELLP	0	0
Total	02	40
<b>SH da segunda metade gestacional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Placenta prévia	01	20
Descolamento prematuro da placenta	0	0
Rotura uterina	0	0
Hemorragia pós-parto	02	40
Total	03	60
TOTAL	05	100

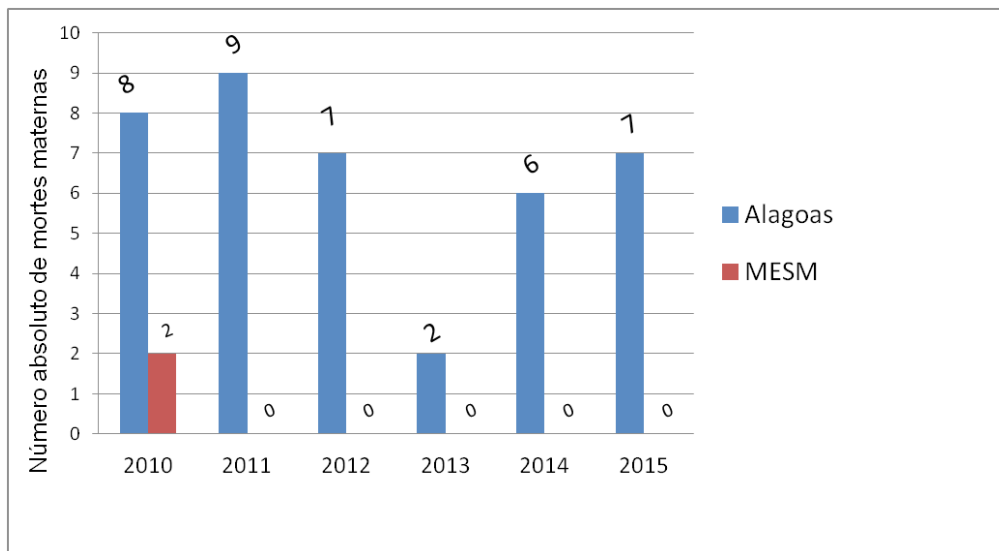
Fonte: Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico da Maternidade-escola Santa Mônica (SAME/MESM, 2017).

De acordo com o Quadro 3, as principais causas de óbitos foram as SH da segunda metade gestacional com 60%. Sendo a hemorragia pós-parto responsável por

40% das mortes totais, seguida da placenta prévia com 20%. Quanto às SHEG, estas foram causas de 40% das mortes, sendo a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica responsável por 20% e a eclâmpsia por 20%. Uma destas mortes teve diagnóstico de SHEG e SH.

Não foi constatada nenhuma morte por hipertensão crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP, descolamento prematuro da placenta ou rotura uterina neste período (QUADRO 3). Contudo, o Sistema de Informação de Mortalidade Materna (SIM/DATASUS) revela que ocorreram 55 mortes por SHEG e SH, no total, entre 2010 e 2015 em Alagoas (BRASIL, 2017). Aproximadamente 9,09% destas mortes foram na MESM durante o referido período.

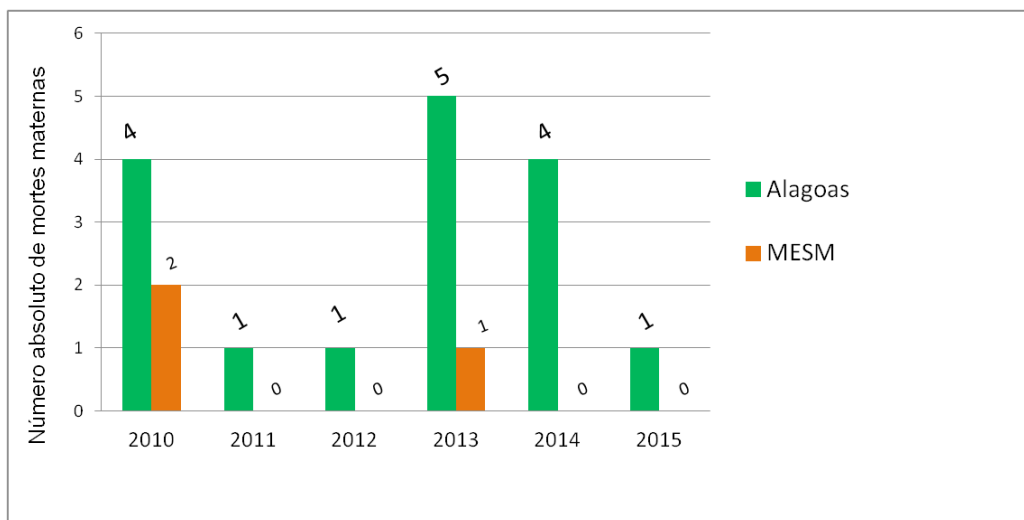
Gráfico 1 – Mortes maternas por Síndromes Hipertensivas Específicas Gestacionais (SHEG). Maceió-AL, Brasil, 2010 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS, 2017) e Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico da Maternidade-escola Santa Mônica (SAME/MESM, 2017).

Segundo dados do SIM/DATASUS, o Estado de Alagoas teve um total de 39 mortes maternas por SHEG. O Gráfico 1 revela uma média anual de 7,8 mortes. O ano com maior (09) número de mortes por estas causas foi de 2011. Enquanto no ano de 2013, com o menor (02) número (BRASIL, 2017). Apenas duas (02) mulheres morreram por SHEG na MESM, constatadas no ano de 2010. Isto representa 5,12% do total de mortes no referido período e 25% das mortes no ano de 2010.

Gráfico 2 – Mortes maternas por Síndromes Hemorrágicas. Maceió-AL, Brasil, 2010 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS, 2017) e Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico da Maternidade-escola Santa Mônica (SAME/MESM, 2017).

O Estado de Alagoas teve um total de 16 mortes maternas por SH. O Gráfico 2 revela uma média anual de 3,2 mortes por estas causas no Estado. O ano com maior (05) número foi de 2013. Enquanto os anos de 2011, 2012 e 2015, com o menor (01) número de mortes (BRASIL, 2017). Na MESM, três mulheres morreram por SH da segunda metade gestacional, em 2010 e 2013. Isto representa 18,75% do total de mortes neste referido período, 50% das mortes no ano de 2010 e 20% das mortes no ano de 2013.

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Neste estudo, a ocorrência de óbitos em mulheres foi predominante nas faixas etárias de 20 a 29 anos (50%) e 30 a 39 anos (50%) (QUADRO 1). Ferraz e Bordignon (2012) concluíram que a maior prevalência de óbitos maternos no Brasil foi à faixa etária de 20 a 29 anos (41,85%), seguida da faixa entre 30 a 39 anos. Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2012b), idade menor que 15 ou maior que 35 anos, juntamente às outras condições sociais, econômicas e demográficas, podem oferecer risco a uma gestação.

Em relação à variável cor/etnia, a cor parda (50%) obteve frequência igual à cor/etnia desconhecida (50%) nos prontuários analisados (QUADRO 1). Esta informação ressalta os efeitos negativos das subnotificações de dados nos documentos relativos aos óbitos maternos, impedindo de traçar corretamente o perfil das mulheres que vieram a óbito nesta maternidade.



Entretanto, em um estudo realizado em Maceió, os autores concluíram que mulheres com história pregressa de pré-eclâmpsia (PE) e de pele negra estiveram associadas à ocorrência de PE (OLIVEIRA et al., 2016). Teixeira e outros autores (2012) concluíram que no Mato Grosso as mortes maternas por SHEG também prevaleceram em mulheres pretas, além de indígenas. Contudo, estes índices podem diferir de acordo com as características sociodemográficas locais (GUERREIRO et al., 2014).

Quanto ao estado civil, as mulheres solteiras representam 75%, contra 25% com estado civil desconhecido (QUADRO 1). Zugaib (2015) afirma que mulheres em união estável apresentam evolução da gestação mais seguras. Em contrapartida, as mulheres solteiras, que em sua maioria não possuem suporte emocional e financeiro necessários para bons prognósticos durante e ao término da gestação. Entende-se, portanto, que a equipe multidisciplinar deve estar a estas mulheres, que constituem um grupo vulnerável.

As mulheres com profissão/ocupação "do lar" apresentaram número igual à profissão/ocupação desconhecida (50%). Estes dados assemelham-se ao resultado encontrado no estudo do Piauí, onde a principal causa de morte materna foram as SHEG, e 47,8% delas eram donas de casa. É provável que a maioria das mulheres donas de casa possua menor grau de instrução e escolaridade e, portanto, menor conhecimento acerca das condições e de acesso à saúde (ELIAS et al., 2016).

## 4.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Nesta pesquisa, 75% das mulheres vieram a óbito durante o puerpério (QUADRO 2). Sousa e outros autores (2014) concluíram que no Ceará as mortes por SHEG e SH se deram principalmente durante o puerpério (55% para as causas hipertensivas e 51,72% para as hemorrágicas). Conclui-se, portanto, que este fato pode remeter uma assistência de má qualidade, com diagnósticos tardios das complicações, tratamento e cuidados ineficientes deste período, principalmente em gestações de alto risco.

Quanto à paridade, a maioria teve entre 1 a 3 partos (50%), apenas uma com 4 a 6 (25%) e uma com paridade desconhecida (25%) (QUADRO 2). Em Itajaí-SC, 28% das pacientes eram primigestas, 24% tiveram 5 gestações. As que tiveram 2, 3 e 4 gestações totalizaram 8%, 16% e 12% respectivamente (LAVADO et al., 2012). Em Manaus-AM, identificou-se que a maioria (41%) das mulheres era primípara (CASTRO; RAMOS, 2016).

Apesar do maior número de partos cesáreos encontrados (75%) (QUADRO 2), o Ministério da Saúde (2012b) aconselha o parto vaginal para mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia, devendo-se recorrer à cesariana como última escolha. Entre as SH da 2ª metade gestacional, a cicatriz uterina causada pela cesariana anterior é o principal fator de risco para placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP) e rotura uterina (RU) (BRASIL, 2012b).

As SHEG foram as principais complicações nas gestações anteriores, acometendo 50% das mulheres que vieram a óbito (QUADRO 2). Entretanto, 50% das complicações anteriores foram subnotificadas, impedindo a correlação exata dos dados. De acordo com o MS (2012b), o risco de recorrência da síndrome HELPP pode chegar a 27%, e de pré-eclâmpsia/eclâmpsia pode ser até 61%.

Quanto à realização e número de consultas do pré-natal, 75% dos prontuários não possuíam informações. Apenas uma delas participou de 1 a 3 consultas (Quadro 2). Herculano e outros autores (2012) verificaram que 38,5% das mulheres que vieram a óbito receberam assistência pré-natal e a falta de informação quanto à realização e consultas foi de 60%. Dias et al. (2015) afirmam que gestantes de alto risco são 5,3 vezes mais propensas a vir a óbito se não acompanhadas corretamente com assistência pré-natal de qualidade.

Quanto às causas do óbito materno, três tiveram como causas as SH da segunda metade gestacional, e dois as SHEG, tendo uma destas mortes o diagnóstico duplo de SHEG e SH. As SH foram responsáveis por 60% dos óbitos totais, sendo a hemorragia pós-parto a de maior prevalência com 40%, seguida da placenta prévia com 20%. Quanto as SHEG, estas foram causas de 40% das mortes totais, com a eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e eclâmpsia responsáveis por 20% destas mortes, cada uma delas (Quadro 3).

Em Fortaleza-CE, a principal causa de óbito foram as SHEG, e as hemorragias em 3º lugar (HERCULANO et al., 2012). Em Teresina-PI, a principal causa de morte foram as SHEG (ELIAS et al., (2016). No Brasil, a eclâmpsia, hipertensão gestacional com proteinúria significativa, hemorragia pós-parto, descolamento prematuro de placenta, estão entre as principais causas de óbitos maternos (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

A partir da análise dos dados apresentados e comparação dos achados, é possível observar que as SHEG e as SH apresentam altas taxas de mortalidade materna no País, no Nordeste e em Alagoas. Cada óbito materno por tais causas representam uma realidade que poderia ser evitada, por meio da assistência adequada e de qualidade, por meio da interação dos níveis e complexidade de atenção à saúde da mulher.

### 4.3 ATENDIMENTO OBSTÉTRICO EM ALAGOAS

Para melhor entendimento dos resultados e discussões anteriormente apresentados neste estudo, torna-se relevante discutir, de forma breve, algumas características sobre o atendimento obstétrico e o número de maternidades no estado. Desta forma, é possível entender a distribuição do número de mortes maternas por SHEG e SH em de Alagoas.

O estado de Alagoas é composto por 102 municípios, constituído de duas macrorregiões, e 10 regiões de saúde, conforme plano diretor de regionalização, que consideram os limites territoriais, as identidades culturais, econômicas e sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes (ALAGOAS, 2015; BRASIL, 2016).

No município de Maceió estão localizadas as maternidades: Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Hospital Santo Antônio, Maternidade Nossa Senhora da Guia, Maternidade do Hospital do Açúcar e Casa Maternal Denilma Bulhões, estas para atendimento de risco habitual, além da Maternidade do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes e Maternidade-Escola Santa Mônica (MESM), estas duas últimas referência do Estado para atendimento obstétrico de alto risco (ALAGOAS, 2014).

Nos demais municípios estão localizados o Hospital Municipal de Porto Calvo, Hospital São Vicente de Paula, Hospital Santa Rita, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Clodolfo Rodrigues e Hospital Antenor Serpa, para atendimento de risco habitual e para atendimento de alto risco, o Hospital Regional de Arapiraca (ALAGOAS, 2015).

Diante destas informações, é possível compreender que as mortes maternas por SHEG e SH, em Alagoas, não se concentram apenas na MESM, já que há mais dois hospitais, que igualmente, são referência para atendimento de alto risco. Além disto, são 11 maternidades e hospitais, localizados nos interiores e capital do Estado, para atendimento de risco habitual, nos quais estas mulheres podem ser atendidas e virem a óbito, antes de serem transferidas para aqueles que são de média e alta complexidade.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo aponta que o perfil das mortes maternas por SHEG e SH da segunda metade gestacional, na maternidade-escola pública de referência em Alagoas desta pesquisa, durante os anos de 2010 a 2015, foram de mulheres com idade materna entre 20 a 39 anos, pardas, solteiras e do lar, puérperas, com paridade entre 1 a 3, histórico de SHEG nas gestações anteriores, submetidas à cesárea na última gestação, com pré-natal desconhecido e diagnóstico de hemorragia pós-parto.

Estes dados socioeconômicos são indicativos de alta relevância para o desenvolvimento e agravamento das SHEG e SH da segunda metade gestacional e podem aumentar o risco de complicações e morte. Desta forma, é importante reconhecer precocemente esses fatores, e agir desde o nível primário, como no planejamento familiar e pré-natal, também nos níveis secundários e terciários.

Apesar da existência de políticas públicas que visam reduzir as taxas de mortes maternas, este estudo permite-nos afirmar que estas precisam ser implementadas pelas unidades e profissionais de saúde. Além disto, é necessária a realização de capacitação destes profissionais sobre o atendimento, cuidados e tratamentos para estas patologias.

Ademais, percebeu-se o baixo comprometimento do preenchimento das declarações de óbitos e dados de identificação dos prontuários, que são fonte de investigação e pesquisas para se traçar o perfil de óbitos maternos. Não foi possível obter um conhecimento fidedigno do contexto social destas mulheres, sendo recomendada a realização de novos estudos sobre a temática. É preciso instigar e sensibilizar os profissionais de saúde acerca da importância destes dados nos documentos relativos à mortalidade materna.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS (Estado). Inquérito Civil nº 1.11.000.000214/2015-16: Recomendação nº 04/2017. **Procuradoria da República em Alagoas**. Maceió-AL, 17 fev. 2017. Disponível em: <[http://www.mpf.mp.br/al/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-04-2017-ministerio-da-saude/at\\_download/file](http://www.mpf.mp.br/al/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-04-2017-ministerio-da-saude/at_download/file)>. Acesso em: 18 maio 2017.

ALAGOAS (Estado). **Mapa de vinculação da rede cegonha**. Secretaria Estadual de Saúde. Superintendência de Atenção a Saúde, Maceió-AL, 14 jul. 2015. 14p. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Mapa-de-Vincula%C3%A7%C3%A3o-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

ALAGOAS (Estado). Portaria SESAU nº 283 de 28/03/2014: Dispõe sobre a Regulação de Leitos Obstétricos no Estado de Alagoas, em especial no Município de Maceió. **Diário Oficial do Estado de Alagoas**. Maceió-AL, 31 mar. 2014. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=268516>>. Acesso em: 18 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2017

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1767-0. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Mapa cidades: Alagoas**. 2016. Acesso em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=27>>. Data de acesso: 19 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/SVS/MS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**, maio 2017. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 18 maio 2017.

CASTRO, B.M.Z. RAMOS, S.C.S. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. **Saúde (Santa Maria)**, v.42, n.1, p.103-112, jan-jun, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/20953>>. Acesso em: 20 maio 2017.

CUNNINGHAM, F.G. *et al.* **Obstetrícia de Williams**. 24.ed. Porto Alegre: AMGH, 2016. ISBN 978-85-8055-525-7.

DIAS, J.M.G. Mortalidade materna. **Rev. Med. Minas Gerais**, 201, v.25, n.2, p.173-179. Disponível em: <[www.mmg.org/artigo/detalhes/1771](http://www.mmg.org/artigo/detalhes/1771)>. Acesso em: 21 maio 2017.

ELIAS, C.M.V. *et al.* Perfil sociodemográfico da mortalidade materna em Teresina-PI. **R. Interd.** v.9, n.1, p.118-124, jan-fev-mar. 2016. ISSN 2317-5079. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/494>>. Acesso em: 20 maio 2017.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mort--alidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.527-538, Abr-jun. 2012. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/474/pdf\\_150](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/474/pdf_150)>. Acesso em: 20 maio 2017.

GUERREIRO, D.D. *et al.* Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. **Rev. Enferm. UFSM**, v.4, n.4, p.825-34, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/13159/pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

HERCULANO, M.M.S. *et al.* Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.2, p.295-301, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n2/a05v46n2.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

LAVADO, M.M. *et al.* Perfil epidemiológico das mortes maternas em Itajaí no período de 1997-2007. **Arq. Catarin. Med.**, v.41, n.1, p.28-33, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/download/20953/pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

OLIVEIRA, A.C.M. *et al.* Fatores Maternos e Resultados Perinatais Adversos em Portadoras de Pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.106, n.2, fev. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2016000200113&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2016000200113&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 20 maio 2017.

REZENDE, F.J. **Obstetrícia Fundamental**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 607p.

SOUSA D.M.N. *et al.* Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análiseepidemiológica de uma década. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.500-506, jul-ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a11.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2017.

TEIXEIRA, N.Z.F. *et al.* Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.12, n.1, p.27-35, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

ZUGAIB, M. (Ed.). **Obstetrícia básica**. Barueri-SP: Manole Ltda., 2015. ISBN 978-85-204-3905-0.

---

**Data do recebimento:** 25 de setembro de 2017

**Data da avaliação:** 30 de setembro de 2017

**Data de aceite:** 6 de outubro de 2017

---

---

1Discente em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: flavinha.buarque@gmail.com

2 Discente em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: maiza\_sm@hotmail.com

3 Discente em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: anapaulabfigueredo@hotmail.com

4 Enfermeira; Docente em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: apaularebelo@hotmail.com

5 Enfermeira; Docente em Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: nadjaromeiro@gmail.com

6 Farmacêutico; Docente do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: jaimsimoese@hotmail.com