ReBraM, v. 28, n. 2, Araraquara-SP. e-20252254, 102-113, 2025.

ISSN 2527-2675 https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2025.v28i2.2254

REBRAM
REVISTA BRASILEIRA MULTIDISCIPLINAR

O perfil da mortalidade materna do município de Niterói de 2006 a 2015: um estudo retrospectivo

Raíssa Rodrigues Organista*; Cristina Portela da Mota**; Jorge Luiz Lima da Silva**; Francisco Antônio da Cruz dos Santos***; Wallace Henrique Pinho da Paixão****.

*Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ, Brasil.
**Universidade Federal Fluminense-UFF, Brasil.
***Universidade Federal do Piauí-UFPI, Brasil.
**** Instituto Nacional de Câncer - Inca- RJ, Brasil.

Autor para correspondência e-mail: jorgeluizlima@gmail.com

Palavras-chave
Mortalidade materna
Epidemiologia
Saúde coletiva

Keywords
Maternal mortality
Epidemiology
Collective health

Resumo: A morte materna ainda se configura como um problema de saúde pública. A maioria das mortes maternas deve-se a causas preveníveis ou tratáveis. É de suma importância compreender os fatores que elevam os riscos desse acontecimento. Por isso, o presente estudo procurou descrever o perfil epidemiológico e as características relacionadas à mortalidade materna ocorrida no município de Niterói no período de 2006 a 2015. Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizado por meio de dados secundários das Declarações de Óbitos (DOs). Foram registrados 77 óbitos maternos, dos quais 42,85% eram munícipes de Niterói. 75,32% das ocorrências foram em serviços hospitalares públicos. As faixas etárias predominantes foram de 30 a 39 anos e de 20 a 29 anos (ambas com 40%). 56% das mulheres eram negras (pretas e pardas), 65% eram solteiras, 60,88% tinham grau de instrução menor ou igual ao ensino médio, 46,75% trabalhavam no próprio lar e 49,35% das causas foram outras afecções obstétricas não classificadas em outras partes (O94-O99). Conclui-se que o perfil epidemiológico da mortalidade materna ocorrida no município de Niterói no período de 2006 a 2015 foi maior entre mulheres em idade fértil e economicamente ativas, negras, sem companheiro, com baixo nível de escolaridade, sem profissão e que faleceram em ambientes hospitalares. Os dados observados são relevantes para o levantamento do perfil da mortalidade materna em Niterói, pois contribuirão para direcionar ações de saúde pública, especificamente na melhoria da assistência à saúde materna.

The profile of maternal mortality in the municipality of Niterói from 2006 to 2015: a retrospective study

Abstract: Maternal death is still a public health problem. The majority of maternal deaths are due to preventable or treatable causes. It is extremely important to understand the factors that increase the risks of this event, and because of this, the present study sought to describe the epidemiological profile and characteristics related to maternal mortality that occurred in the city of Niterói in the period from 2006 to 2015. This is an epidemiological study with a descriptive nature and a quantitative approach, carried out using secondary data from Death Certificates (DO`s). 77 maternal deaths were recorded, predominantly 42.85% were residents of Niterói, 75.32% of the occurrences were in public hospital services, the age group was 30 to 39 years old and 20 to 29 years old (both 40%), 56 % black people (black and brown), 65% were single, 60.88% had a level of education less than or equal to high school, 46.75% worked at home and 49.35% of the causes were other obstetric conditions not classified in other parts (O94-O99). It is concluded that the epidemiological profile of maternal mortality that occurred in the city of Niterói in the period from 2006 to 2015 was higher among women of childbearing age and economically active, black, who did not have a campaneiro, who had a low level of education, who did not have profession and place of occurrence was in hospital environments. The data observed are relevant for surveying the profile of maternal mortality in Niterói, as it will contribute to directing public health actions, specifically improving maternal health care.

Recebido em: 05/2024
Aprovação final em: 09/2024

Introdução

A morte materna é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quando ocorre durante a gestação ou em até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação. Contudo, não são consideradas aquelas que ocorrem por causas acidentais ou incidentais (WHO, 1995).

As estatísticas sobre a mortalidade materna têm sido apontadas como o melhor indicador da saúde da população feminina e, consequentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para a diminuição dos índices apresentados (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

No Brasil, a mortalidade materna ainda se apresenta como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, indicando desigualdade entre as classes sociais com menos acesso aos bens sociais, nas várias regiões brasileiras (MARTINS, 2006).

Conforme os indicadores de saúde, as populações expostas às precárias condições de vida são mais vulneráveis e vivem menos, onde o processo de saúde e doença é impactado diretamente por questões sociais, econômicos, culturais e históricos, permitindo dizer que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, segundo o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas, o número de mortes maternas vem apresentando uma redução nos países desenvolvidos, sendo consideradas, em alguns, taxas insignificantes. Porém, em países em desenvolvimento esses números ainda possuem um valor significativamente altos, o que representa um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

A redução das taxas de mortalidade materna vem sendo corroborada em estudos como o relatório "Tendências da mortalidade materna: 1990 a 2010", lançado em 2012 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial (BIRD), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no qual o número de mulheres que morrem em consequência de complicações durante a gravidez e o parto diminuiu 34%, saindo de 546 mil casos em 1990 para 358 mil em 2008. Além disso, foi possível constatar que o Brasil conquistou avanços significativos na redução de mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013, quando o índice de mortalidade materna ficou em 51% entre 1990 e 2010.

A maioria das mortes maternas devem-se a causas preveníveis ou passíveis de tratamento e, apesar de diferenças geográficas, populacionais e econômicas entre os diferentes países, as causas das mortes têm perfil semelhante aos países de baixa renda. Cerca de 73% de todas as mortes maternas no mundo entre 2003 e 2009 foram devidas a causas obstétricas diretas, enquanto 27,5% corresponderam a causas indiretas (Say *et al*., 2014). Tais taxas de mortes maternas são consideradas um reflexo das condições de vida de determinado país, sendo que as taxas elevadas de mortes maternas possuem relação com piores condições socioeconômicas, políticas de saúde coletiva ineficientes e deficiência de acesso aos serviços de saúde (COOK, DICKENS, FATHALLA, 2004).

Considerando a mulher em seus diversos papéis dentro da sociedade, a mortalidade materna torna-se ainda mais significativa por sua importância no núcleo familiar. A mortalidade materna perpassa tanto pelo nível emocional, considerando o processo de luto até a aceitação da perda, quanto pelo social, considerando a desestruturação familiar, além do aporte financeiro (MARINHO; PAES, 2010).

O estudo justifica-se por sua relevância e representatividade em relação aos problemas relacionados à saúde reprodutiva da mulher no Brasil, tais como: mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), além da importância representativa dos números de mortes ocorridas no município de Niterói para o Estado do Rio de Janeiro.

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico e características relacionadas à mortalidade materna ocorrida no município de Niterói, no período de 2006 a 2015.

Material e Método

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa. Essa abordagem foi escolhida para uma melhor compreensão do fenômeno a ser estudado, uma vez que o estudo transversal pode ser usado como estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre exposição e o evento identificado (ROUQUAYROL, 2013).

Os dados deste estudo foram retirados a partir das Declarações de Óbitos (DO) disponibilizadas em forma de banco de dados não tabulados no Microsoft Excel a partir da Coordenadoria do Observatório de Saúde (COOBS), local responsável por processar e armazenar os dados relativos ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), e as fichas de investigação do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna (CMPCMM). Adotou-se como recorte temporal o período compreendido entre 2006 e 2015, com vistas a acompanhar a evolução dos dados de mortalidade do município de Niterói.

O município de Niterói possui uma área de 133,916 km², com 487.562 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Acompanhando o crescimento populacional do Rio de Janeiro e do Brasil na última década, observa-se que as mulheres são maioria.

A rede de saúde do município apresenta 4 estabelecimentos federais, 5 estaduais, 61 municipais e 280 privados (IBGE, 2010). A população estudada foi composta por mulheres vítimas de óbito por causas maternas, com notificação ao SIM, no período de 2006 a 2015, cuja causa básica da morte tinha relação direta ou indireta com a gravidez, durante a gestação ou no período de até 42 dias após a gestação, desde que não tenham sido provocadas acidentalmente.

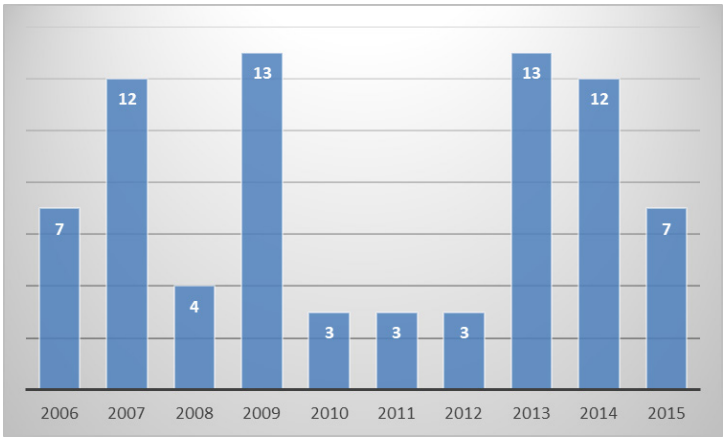
Com base na revisão da literatura sobre o tema e na disponibilidade de dados, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes: ano da ocorrência do óbito (2006-2015), escolaridade, situação conjugal, faixa etária, raça ou cor (branca, negra, parda, amarela e indígena), local de ocorrência do óbito (hospital, domicílio, via pública e outros) e ocupação. A variável dependente foi a causa básica do óbito, conforme a CID-10.

Para a realização dos cálculos, foram utilizadas as fórmulas de porcentagem de mortalidade materna proporcional às variáveis estabelecidas. Para a elaboração dos gráficos, foi usado o programa Microsoft Excel. Este estudo foi conduzido utilizando dados secundários de acesso público, anônimos para preservar a identidade dos sujeitos. Portanto, não foram identificados riscos de cunho ético para a população de análise. Por se tratar de dados disponíveis nos sistemas públicos, não houve necessidade de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e Discussão

Em Niterói, durante o período estudado (2006-2015), foram notificados 77 óbitos maternos no SIM (Figura 1).

Figura 1 – Número absoluto de mortes maternas ocorridas no município de Niterói de 2006 a 2015.



Fonte: Os autores (2023).

O número de mortes maternas sofreu oscilações ao longo dos anos, podendo ser influenciado por diversos fatores. Os números de notificações no primeiro ano da investigação foram iguais aos do último ano. Em 2013, houve um aumento brusco, após uma redução anterior, explicado pela melhor investigação dos casos de morte de Mulheres em Idade Fértil (MIF), que aumentou de 40,8% em 2008 para 72,5% em 2014.

Além disso, é crucial que os profissionais que registram as notificações sejam treinados para identificar e registrar corretamente os dados nos prontuários. Esses profissionais devem ser orientados sobre a relevância da coleta de dados, da situação obstétrica das mulheres e da importância desta atividade (RIBEIRO *et al*., 2011).

Dos 77 óbitos por causa materna, 33 (42,85%) residiam em Niterói, 28 (36,36%) em São Gonçalo, e 2 (2,59%) foram decorrentes de municípios de residência ignorados. Dos 57,44% de mulheres que faleceram no município de Niterói, 54,44% residiam em outros municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Os serviços de saúde do município distribuíram os óbitos de forma diversa, sendo a maioria no HEAL com 34 casos, seguido do HUAP com 17 casos. Dentre os óbitos notificados, 75,32% ocorreram nos serviços hospitalares públicos (n = 58), 23,37% (n = 18) nos serviços particulares localizados no município e 1,31% no domicílio. Setenta e seis casos (98,69%) ocorreram em um ambiente hospitalar.

Corroborando esse resultado, um estudo que analisou os óbitos de Fortaleza de 2008 a 2010 mostrou que, com relação ao local de ocorrência das mortes, mais de 90% ocorreram no ambiente hospitalar e desses, 94,1% foram em dependências ligadas ao SUS (ÁFIO *et al*., 2014).

Com relação à idade materna no momento do óbito, é possível observar que a faixa etária mais acometida foi a de mulheres com idade entre 30 a 39 anos, seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo ambas a 40% dos óbitos.

Estes resultados discordam do que é apresentado por Siqueira *et al*. (1984), que evidenciou que a faixa etária mais acometida pelo óbito materno é a compreendida entre 40 e 49 anos. Theme-Filha (1999) também aponta que, na cidade do Rio de Janeiro, os maiores valores de Razão de Morte Materna (RMM) se concentraram nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, destacando-se a faixa etária acima dos 40.

Porém, em 2007, Moura *et al*. corrobora a maior incidência de morte materna na faixa etária de 20 a 29 anos, e afirma que a ocorrência do óbito neste período da vida, que deveria apresentar menor risco, evidencia a necessidade de melhorar a assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério, e, sobretudo, reforçar a detecção precoce das gestações de risco.

De acordo com Tabnet/Datasus, observa-se na região metropolitana II uma concentração de mulheres em idade fértil (20 a 49 anos) em torno de 76%, sendo importante salientar que quase ⅓ (23,51%) desse total são adolescentes, de 10 a 19 anos. Esse dado leva à necessidade de intensificar as ações direcionadas a esse público, como, por exemplo, as parcerias intersetoriais, educação, saúde e assistência social, com orientações nas escolas de forma curricular, quanto à saúde sexual, prevenção de gravidez e das infecções sexualmente transmissíveis.

Os dados da última década permitem inferir que o município tem características que o diferenciam do restante do país. Dessa forma, é necessário questionar se a idade mais avançada (após os 40 anos) ou a mais precoce (antes dos 20 anos) são determinantes de risco de morte materna. Portanto, é importante que os profissionais da atenção primária demonstrem que o cuidado com a gestante ou puérpera não se limita à faixa etária. A maioria dos óbitos maternos ocorreu em mulheres pardas (40%) e brancas (40%). Contudo, ao somar negras e pardas (56%), observa-se uma maior proporção de óbitos maternos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil epidemiológico e demográficos dos casos de óbito materno.

Título	N	%
Número absoluto de mortes maternas por município de residência		
Niterói	33	43
São Gonçalo	28	36
Maricá	5	6
Itaboraí	3	4
Rio de Janeiro	2	3
Cabo Frio	2	3
Mesquita	1	1
Arraial do Cabo	1	1
Ignorado	2	3
Locais de ocorrência das mortes maternas ocorridas		
Hospital Estadual Azevedo Lima	34	44,2
Hospital Universitário Antônio Pedro	17	22,1
Complexo Hospitalar de Niterói	11	14,3
Maternidade Santa Martha	5	6,5
Maternidade Municipal Alzira Reis	3	3,9
Hospital Municipal Carlos Tortelly	2	2,6
Hospital Estadual Ary Parreiras	2	2,6
Procordis	1	1,3
Maternidade São Francisco	1	1,3
Domicílio	1	1,3
Faixa etária das mortes maternas ocorridas		
10-19 Anos	12	15
20-29 Anos	31	40
30-39 Anos	31	40
40-49 Anos	3	5
Raça/cor das mortes maternas		
Parda	32	41
Branca	30	39
Preta	12	16
Ignorado	3	4
Situação conjugal das mortes maternas		
Solteira	51	65
Casada	20	27
Divorciado	2	2
União estável	1	1
Ignorado	3	5
Escolaridade das mortes maternas		
Segundo grau completo	30	39
Superior incompleto	17	22
Superior completo	13	17

Tabela 1 – Perfil epidemiológico e demográficos dos casos de óbito materno (cont.)

Fundamental incompleto	8	10
Fundamental completo	6	8
Ignorado	3	5
Ocupação das mortes maternas		
Do lar	36	47
Estudantes	5	7
Vendedora	3	4
Empregada doméstica	3	4
Recepcionista	3	4
Costureira	2	3
Manicure	2	3
Administradora	1	1
Telefonista	1	1
Advogada	1	1
Operadora de caixa	1	1
Fisioterapeuta	1	1
Vigilante	1	1
Ignorado	17	22

Fonte: Os autores (2023).

A maioria dos óbitos maternos ocorreu em mulheres pardas (40%) e brancas (40%). Contudo, ao somar negras e pardas (56%), observa-se uma maior proporção de óbitos maternos. Esses dados são compatíveis com outros estudos da mesma temática, nos quais as raças preta e parda representavam a maior parte das mortes. Martins (2006) e Kale e Costa (2009) também abordaram a questão racial em seus estudos, nos quais foi notado um aumento significativo no número de óbitos entre mulheres pardas ou pretas. Chor e Lima (2005), em pesquisa de nível nacional sobre as desigualdades raciais, apontaram que, no ano de 2001, mulheres pretas tiveram uma Razão de Morte Materna (RMM) sete vezes maior do que as mulheres brancas ou pardas.

A questão racial apurada pelos estudos aponta a desigualdade racial que negros e pardos enfrentam no acesso aos serviços de saúde. Essa desvantagem do grupo populacional ainda reflete desigualdade socioeconômica e a influência negativa do racismo nas oportunidades de atendimento de saúde (LEAL *et al*., 2004).

Observa-se que o município novamente diverge da maior parte das análises do país, possuindo 40% de óbitos da raça branca. Isso pode ser justificado pelo fato de que Niterói, ao contrário do país, possui a maior parte da população negra ou parda, com 35,8% (LAESER, 2011).

Com relação à situação conjugal, a maioria das mulheres era solteira (65%), seguida pelas casadas (27%). Pesquisas realizadas no Piauí (Nascimento *et al*., 2007) e no Estado de São Paulo, município de Ribeirão Preto, identificaram maiores números de óbitos maternos entre as mulheres casadas (GOMES *et al*., 2006).

No Piauí, de 2002 a 2011, evidenciou-se pouca diferença no percentual de mortalidade materna em relação ao estado civil (CARVALHO *et al*., 2014). Já na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, observou-se que mais de 70% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres solteiras (RIQUINHO; CORREIA, 2006), assim como em São Luís–MA no ano de 2007, onde 69% dos óbitos maternos foram de mulheres solteiras (CARVALHO *et al*., 2016) e em Belo Horizonte, onde 80% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres solteiras (RESENDE, 2013).

O Ministério da Saúde aponta como um dos critérios de inclusão para a classificação como ges-

tação de alto risco a situação conjugal insegura, bem como a condição socioeconômica, caracterizada por: baixa escolaridade, trabalho que exige demasiado esforço, baixa renda, exposição a agentes físico-químicos nocivos, e situação de conflitos familiares (BRASIL, 2006b).

O perfil de escolaridade das mortes maternas é composto por: 38,9% de Segundo Grau Completo; 16,8% para Superior Completo e Superior Incompleto. Ao analisar o país de 2000 a 2009, Ferraz e Bordignon (2012) evidenciam que mulheres com menor escolaridade são as maiores vítimas da mortalidade materna; já no Rio Grande do Sul, ao longo de dez anos (1999-2008), observou-se que quanto maior a escolaridade, menor a taxa de RMM (CARRENO; BONILHA; COSTA, 2014).

No município de Niterói, entre 2000 e 2010, o percentual passou de 70,06% para 79,35%, e de 39,76% para 54,92% na Unidade Federativa (UF). Em 1991, os percentuais eram de 63,90% no município e 30,09% na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 2,59% eram analfabetos, 78,04% tinham o ensino fundamental completo, 65,86% possuíam o ensino médio completo e 33,68% tinham o superior completo. No Brasil, esses percentuais foram, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27% (IBGE, 2010).

Segundo a ocupação, das 77 mortes, 46,75% (n=36) das mulheres trabalhavam em sua própria residência, também rotuladas na DO como "do lar"; e 22,07% (n=17) tinham ocupação ignorada. Destas 60 mortes com ocupação identificada, 3 exerciam atividades que exigiam nível superior completo (Tabela2).

Tabela 2 - CID 10 que classificou as causas dos óbitos maternos ocorridos em Niterói de 2006 a 2015.

Título	N	%
CID das causas de morte identificadas atestados de óbitos		
Outras afecções obstétricas não classificadas em outras parte (O94-O99)	38	49
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (O10-O16)	12	16
Complicações do trabalho de parto e do parto (O60-O75)	9	12
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto (O30-O48	6	8
Doença pelo vírus da imunodeficiência (HIV) (B20-B24)	5	6
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério (O85-O92)	3	4
Gravidez que termina em aborto (O00-O08)	2	3
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez (O20-O29	2	3

Fonte: Os autores (2023).

No país, a classificação de ocupações, elaborada com vistas à identificação das ocupações existentes no mercado de trabalho, é denominada Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), realizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego. A ocupação é um dos itens de caráter socioeconômico que constam nos atestados de óbito e que é menos restrito do que a profissão (COSTA, 1985). Em relação à ocupação, os dados deste estudo podem ser comparados com os estudos de mortalidade materna realizados em Porto Alegre (RIQUE; CORREIA, 2006) e no Rio Grande do Norte, que revelaram uma taxa maior de óbitos maternos em mulheres que desempenhavam a função de donas de casa (LIMA *et al*., 2014). No primeiro estudo citado, os grupos que apresentaram a segunda e terceira maior frequência de óbitos maternos foram: domésticas e professoras; já no segundo estudo, observaram-se as donas de casa seguidas de profissionais da agricultura e estudantes.

Existem ainda ocupações que efetivamente não geram recursos materiais para quem as pratica. Um exemplo, de larga ocorrência social e de inquestionável validade e importância, é a realização das tarefas domésticas pela dona de casa e a própria situação ocupacional em que se encontra o estudante (COSTA, 1985). A ocupação da dona de casa é muitas vezes desvalorizada por não ser um trabalho remunerado; no entanto, trata-se de uma atividade constante, ininterrupta e desgastante, que demanda esforço físico e pode repercutir no estado de saúde das mulheres.

Dessa forma, na distribuição das 77 mortes identificadas pelo estudo, segundo a definição da CID-10, os óbitos podem ter causas obstétricas diretas e indiretas. Mortes obstétricas diretas são

"resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma das causas acima mencionadas" (OMS, 1994, p.12).

No país, segundo o Ministério da Saúde, as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, cujas causas são consideradas evitáveis (BRASIL, 2011b).

Neste estudo, onde 49,35% das mortes tiveram causas básicas descritas na Tabela 2, pode-se observar que há um alto índice de causas presumíveis determinadas nas DOs. Um estudo de 2016 apresenta que outras afecções obstétricas (O94-O99) foram a principal causa de morte materna na região Sul nos anos analisados de 2001, 2006 e 2011; além disso, observou-se em todas as regiões, exceto na região Centro-Oeste, um aumento nesses três anos nas mortes maternas devido a outras afecções obstétricas (24%, 32%, 38%) (SILVA *et al*., 2016).

Assim, quando o óbito materno ocorre por causas maternas presumíveis, é um sinal de má qualidade na certificação da causa básica do óbito materno, visto que são declaradas como causa básica causas terminais ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte (BRASIL, 2007).

As "causas inespecíficas" são outros determinantes da dificuldade na identificação dos casos de morte materna. Muitas vezes, os prontuários que poderiam ajudar a esclarecer esses casos não apresentam informações suficientes para o estabelecimento dos eventos que culminaram no óbito. Entre as causas relacionadas a esse problema, podem-se citar a incompletude ao descrever os dados nos registros médicos ou o desaparecimento dos registros médicos (MACKAY *et al*., 2005). Isto foi evidenciado em outro estudo, onde Belford Roxo teve um total de óbitos por causas mal definidas cerca de cinco vezes (23,3%) o encontrado em Niterói (4,9%) no mesmo período (RIBEIRO *et al*., 2012).

As causas mais frequentes do óbito materno, no período de 1999 a 2001, em Porto Alegre (RS), foram infecção pós-aborto (15%) e distúrbio hipertensivo da gestação (15%), seguidos de doença do aparelho circulatório/Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (13%) e septicemia (10%) (RIQUINHO; CORREIA, 2006). Em Belo Horizonte, o aborto está entre as quatro principais causas diretas específicas de morte materna (Resende, 2013).

Como quinto grupo de causas de morte mais frequente, a doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (B20-B24) representou 6,49%. Em Porto Alegre, de 1999 a 2001, 8% dos casos de mortes maternas foram relacionados a causas vinculadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Em São Paulo, foi pesquisada a inclusão ou exclusão da classificação da morte de mulheres em idade fértil, concluindo que, quando se trata de óbitos de mulheres com HIV/aids, há ainda outros fatores que influenciam, como a precedência, a situação soropositiva para o HIV e os aspectos morais e simbólicos da aids. Além disso, o aperfeiçoamento das estatísticas por meio da melhor compreensão da decisão de inclusão ou exclusão de casos é apenas um lado da questão, sendo necessário também melhorar a qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal para evitar a ocorrência dessas mortes (BONCIANI; SPINK, 2003).

Conclusão

Os resultados do perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no município de Niterói, de 2006 a 2015, mostraram que o número de mortes oscilou ao longo do período e o maior número de mortes era de residentes, seguidos pelos municípios da Região Metropolitana 2, da Região dos Lagos, da Baixada Fluminense e do município do Rio de Janeiro. Porém, é intrigante que a soma das mortes dos municípios da Região Metropolitana 2 represente maior quantitativo que a das próprias moradoras da cidade, sendo que a maioria desses óbitos ocorreu nos serviços públicos instalados na cidade.

Quanto à idade materna no momento do óbito, equipararam-se as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, com maior frequência no intervalo de 20 a 39 anos. A raça também foi igualada: 40% branca e 40% parda. Quanto à situação conjugal, a maioria expressiva das mulheres era solteira (65%).

Tratando-se da escolaridade das vítimas de morte materna, 38,9% possuíam segundo grau completo, seguidas de 16,8% com nível superior completo e superior incompleto. As mesmas se ocupavam em diversas atividades, sendo a maioria "do lar" (46,75%), seguidas das estudantes (6,49%).

Quanto às causas mais frequentes dos óbitos analisados, houve o predomínio das mortes nos agrupamentos: por outras afecções obstétricas não classificadas em outras partes (O94-O99) 49,35%; seguidas por edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (O10-O16) 15,58%; complicações do trabalho de parto e do parto (O60-O75) 11,68%, em sua maioria consideradas mortes evitáveis.

O Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna tem se empenhado em desenvolver ações de investimento na qualificação de recursos humanos, acompanhamento pré-natal de alta eficiência e condições seguras para o nascimento humanizado. A investigação dos óbitos deve ser enfatizada e o Comitê de Investigação em Apoio à Vigilância Epidemiológica deve ser valorizado e ter uma maior participação social para atuar. É necessário, no entanto, elaborar recomendações à rede para prevenir novos eventos. É notório que, na Região Metropolitana II, seis dos sete municípios possuem Comitês de Investigação de Óbitos Maternos e Infantis, o que os torna ainda mais necessários para a redução desses óbitos.

É preciso discutir e acordar com as maternidades e gestores das regiões a elaboração de planos de pactuação de vagas hospitalares, determinando ações, prazos e desdobramentos para acompanhar o processo de regulação dos leitos de forma mais adequada. Como uma estratégia para lidar com a questão da subnotificação de dados e melhorar o acompanhamento das mortes maternas, o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna e a Fundação Municipal de Saúde devem ser incentivados. É perceptível que o Comitê deve ser um instrumento que analise as necessidades do sistema de saúde e apoie as melhorias realizadas pela gestão, tendo em vista sempre a educação em saúde como a melhor opção.

Referências

ÁFIO, A.C.E.; ARAÚJO, M.A.L.; ROCHA, A.F.B.; ANDRADE, R.F.V.; MELO, S.P. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. **Revista Rene.;** v. 15, n. 4, p. 631-638, jul-ago, 2014.

BRASIL. Portaria GM/MS n°663 de 1994. **Institui o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, - DO 240-E, de 16 de dez. de 1999.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 653, de 28 de maio de 2003. **Regulamenta a vigilância de óbitos maternos, estabelecendo que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, - DO 103, de 30 de maio de 1999.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 1.119 de 05 de junho de 2008. **Regulamenta a vigilância de óbitos maternos.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, - DO 227, de 26 de jun. de 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.** Brasília: Ministério da Saúde, 2a ed., 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na**

mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3.ed. Normas e Manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, n.12, 13 jun. 2013.

BONCIANI, R.D.F.; SPINK, M.J.P. Morte por aids ou morte materna: a classificação da mortalidade como prática social. **Cad. Saúde Pública**; v. 19, n.2, mar./abr., 2003.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Relatório final da CPI da Mortalidade Materna**. 2001. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acessado em: 10 de outubro de 2016.

CARVALHO, M.V.P.; SILVA, T. M. P.; SOARES, N. S; CARVALHO, M. L.; FERREIRA, A.K.A.; SOUSA, A.F.L. Mortalidade materna na capital do Piauí. **R. Interd.**; v. 7, n. 3, p. 17-27, jul. ago. set. 2014.

CARVALHO, L.K.C.A.A.; CARVALHO, F.S.; SILVA, A.A.G.; SOUZA, I.B.J.; QUEIROZ, R.C.C.S.; QUEIROZ, L.L.C. Caracterização dos óbitos maternos num município nordestino brasileiro. **Rev Enferm UFPE on line**.; v.10 (Supl. 2), p.714-19, fev., 2016.

CEPERJ. **Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro 2012**. Disponível em: http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/Anuario2012/index.html. Acesso em: 10 de out. 2016.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução N° 1.779 de 05 de dezembro de 2005. **Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito**. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Brasília, 2005.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 21, p. 1586-94, 2005.

COOK, R.J.; DICKENS, B.M.; FATHALLA, M.F. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro; **Cepia/Oxford** 2004.

COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Estudo de casos de mortalidade materna do Município de São Paulo durante o decênio 1993-2002**. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/compilado_10anos.pdf . Acesso em: 20 de jul.2023.

COSTA, L. B. A questão da ocupação no registro civil. **Rev. bras. Est. Pop.**; v. 2, n. 2, p. 59-70, jul./dez. 1985.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 21, p. 1586-94, 2005.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade Materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**; v.36, n.2, p.527-538, abr./jun. 2012.

GRUPO CONDUTOR DA REDE CEGONHA DA REGIÃO METROPOLITANA II. **Plano de Ação do Programa Rede Cegonha no SUS – RJ: manual técnico de ação integrada a saúde da gestante, puérpera e recém-nascido.** Metropolitana II – Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016. 66p. : il.

GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S.; ALMEIDA, A.M.; MATUO, Y.K. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev Esc Enferm USP**; v. 40, n. 1, p.: 50-56, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: http:// http://censo2010.ibge.gov.br/. Acesso em: 20 de jul 2023.

KALE, P.; COSTA, A.J.L. Maternal deaths in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2003. **J Health Popul Nutr**; v. 27, p. 794-801, 2009.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cadernos de Saúde Pública;** v.16, n.1, p.23-30, 2000.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; RATTO, K.M.N.; CUNHA, C.B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**; v. 20, Suppl 1:S63-72, 2004.

LIMA, I. D.; FRANÇA, T. L. B.; SILVA, J. J.; SILVA, K. M. P. Fatores sociodemográficos associados com a mortalidade de mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte. **J. res.: fundam. care. Online;** v. 6, n. 4, p.1464-1474, out./dez. 2014.

MACKAY, A.; BERG, C.J.; DURAN, C.; CHANG, J.; ROSENBER, H. An assessment of pregnancy-related mortality in the United States. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**; v.19, p.206-214, 2005.

MANDÚ, E.N.T.; ANTIQUEIRA, V.M.A.; LANZA, R.A.C. Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**; v.17, n. 2, p.278-284, abr/jun 2009.

MARINHO, A.C.N.; PAES, N.A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev Esc Enferm USP;** v.44, n.3, p.732-738, 2010.

MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 22, p.2473-2479, 2006.

MOTA, S.M.M.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde;** v.18, n.1, mar. 2009.

MOURA, E.R.F.; PONTE, M.S.R.; SILVA, R.M.; LOPES, M.V.O. Mortalidade materna no Ceará-Brasil (1998 -2002): Estudo retrospectivo. **Cogitare Enferm**; v. 12, n.1, p. 44-51, 2007.

NASCIMENTO, F.M.; DANTAS, M.F.S.; BEZERRA, R.L.A.; NERY, I.S. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina - PI, no período de 1996 a 2000: uma contribuição da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; v.11, n.3, p. 472-478, 2007.

VANDERLEY, L.C.; ARRUDA, B.K.G; FRIAS, P.G; ARRUDA, S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de atenção à saúde materno-infantil. **Inf Epidemiol SUS;** v.11, p.7-14, 2002.

OMS. CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças em Português e Problemas Relacionados a Saúde**. Décima Revisão. Volume 2, Manual de Instrução. São Paulo: EDUSP, 1994.

RESENDE, L.V. **O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**. 2013. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

RIBEIRO, C. M.; COSTA, A. J. L.; CASCÃO, A. M.; CAVALCANTI, M. L. T.; KALE, P. L. Estratégia para seleção e investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. **Rev. bras. epidemiol.**; v.15, n.4, dez. 2012.

RIQUINHO, D.L.; CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sociodemográfico e causal. **Rev Bras Enferm**; v. 59, n. 3, p. 303-307, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SAY, L.; CHOU, D.; GEMMILL, A.; TUNÇALP, Ö.; MOLLER, A-B.; DANIELS, J. Causas globais da mortalidade materna: Uma análise sistemática da OMS. **Lancet Glob Heal [Internet]. Elsevier;** v. 2, n. 6, p.323–333, 2014. Disponível em: http://www.thelancet.com/article/S2214109X1470227X/fulltext. Acesso em: 20 de jul. 2023.

SILVA, B.G.C.; LIMA; N.P.; SILVA, S.G.; ANTÚNEZ, S.F.; SEERIGI, L.M.; RESTREPO-MÉNDEZI, M.C.; WEHRMEISTERI, F.C. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**; v. 19, n. 3, p. 484-493, jul-set, 2016.

SIQUEIRA, A.A.F.; TANAKA, A.C.A; SANTANA, R.M.; ALMEIDA, P.A.M. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Rev Saúde Pública**; v. 18, p. 448-465, 1984.

SOUSA, M. H.; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; SERRUYA, S. J. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Rev Saúde Pública**; v.41, n.2, p.181-189, 2007.

SOUZA, M.L.; FERREIRA, L.A.P.; BURGARDT, D.; MONTICELLI, M.; BUB, M.B.C. Mortalidade por aborto no Estado de Santa Catarina - 1996 a 2005. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; v. 12, p. 735-740, 2008.

SOARES, H.B.; SOARES, V.M.N.; CARZINO, E.; ARAUJO, C.R. Mortalidade materna no Paraná, do anonimato a ação: relatório trienal, 1994-1996. **Rev Ginecol Obstet**; v. 9, p. 70-81, 1998.

INFORMAÇÕES DE SAÚDE (TABNET). **Estatísticas Vitais**. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937. Acesso em: 10 de out. 2023.

THEME-FILHA, M.M.; SILVA, R.; NORONHA, C.P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cad Saúde Pública**; v. 15, p. 397-403,1999.

VIANA, R.C.; NOVAES, M.R.C.G.; CALDERON, I.M.P. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup. 1:S141-S152, 2011.

WHO. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. São Paulo: CBCD, 1995.

WHO; UNICEF; UNFPA; BIRD. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/. Acesso em: 10 de out. 2016.

WHO, *et. al*. **The Millennium Development Goals Report 2015.** Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf. Acessado em: 10 de out. 2023.