

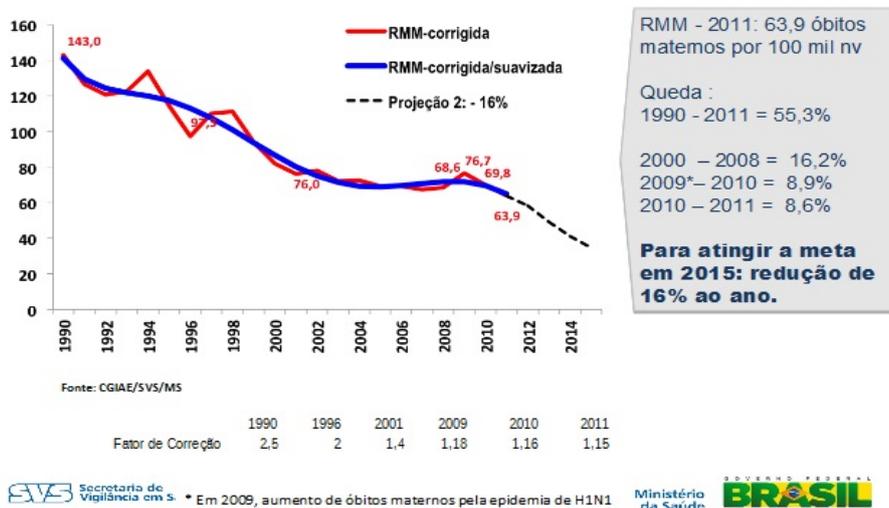


A redução da mortalidade materna é uma preocupação mundial e consta como a 5ª meta a ser alcançada na “Declaração do Milênio das Nações Unidas”, cujo lançamento se deu em setembro de 2000, em Nova York e foi assinado por 191 países. O Brasil é signatário dessa declaração, quando na ocasião todos os países presentes se comprometeram em reduzir em 75% a razão da mortalidade materna no período compreendido entre 1990 e 2015 (ONU).

Uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) para o alcance da meta foi o lançamento em 2011 da Rede Cegonha, que tem como objetivo garantir às mulheres e as crianças o direito ao parto e ao nascimento seguro.

No Brasil, um estudo realizado pelo MS/SVS aponta que a Razão da Mortalidade Materna (RMM) corrigida passou de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), em 1990, para 70 óbitos por 100 mil NV em 2010 (Figura 1). Percebe-se uma redução de 51% no período estudado. No entanto, a morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerperio é, em sua quase totalidade, evitável. A mobilização da sociedade civil e o fortalecimento de espaços como os dos "Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna" são essenciais para estudar cenários e propor estratégias para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

Figura 1. Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil NV), estimativa do Ministério da Saúde. Brasil, 1990 a 2010.



A Portaria Nº 1.119 do MS de 2008, enfatiza que os óbitos maternos e os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória com o objetivo de identificar fatores determinantes e possíveis causas, subsidiando a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência e ainda estabelece prazo e fluxo. A partir daí, houve uma melhora na notificação e nas investigações dos óbitos, contudo há uma mantém-se a recomendação de investigar 100% dos óbitos de MIF para identificar óbitos maternos não declarados, carência decorrente da deficiência do preenchimento da Declaração de Óbito (DO). Em 2010, o MS fortalece a vigilância do óbito materno a partir da instituição da ficha de investigação e sistema que permite monitorar as investigações das MIF e dos óbitos maternos.



No Ceará, de 1998 a 2014, foram notificados 38.120 óbitos de MIF e destes foram confirmadas 2.039 mortes maternas (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias), sendo 1.802 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da Razão da Mortalidade Materna (RMM), no período supracitado de 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da OMS (Tabela 1, Figura 2).

Tabela 1. Número de Óbitos Maternos Confirmados e Razão de Mortalidade Materna Ceará – 1998 a 2014\*

Anos	Total Óbito Materno (Nº)	Óbito Materno Obstétrico (Nº)	Nascidos Vivos (Nº)	R.M.M (p/100.000 N.V)	Notas:
1998	136	131	139.743	93,7	1998 - 05 mortes não obstétricas.
1999	129	118	143.101	82,4	1999 - 11 mortes não obstétricas.
2000	112	107	143.393	74,6	2000 - 05 mortes não obstétricas.
2001	115	110	149.067	73,7	2001 - 05 mortes não obstétricas.
2002	129	125	143.242	87,2	2002 - 04 mortes não obstétricas.
2003	109	105	140.083	74,9	2003 - 04 mortes não obstétricas.
2004	125	119	137.335	86,6	2004 - 06 mortes não obstétricas.
2005	134	124	140.035	88,5	2005 - 10 mortes não obstétricas.
2006	102	90	135.020	66,7	2006 - 06 mortes maternas tardia, 06 não obstétricas.
2007	105	96	133.839	71,7	2007 - 09 mortes maternas não obstétricas.
2008	111	95	133.917	70,9	2008 - 05 mortes maternas tardia 11 não obstétricas.
2009	109	98	131.393	74,6	2009 - 06 mortes maternas tardia 05 não obstétricas.
2010	114	102	128.831	79,2	2010 - 04 mortes maternas tardia 08 não obstétricas.
2011	110	87	128.592	67,6	2011 - 10 mortes maternas tardia 13 não obstétricas.
2012	135	115	126.868	90,6	2012 - 03 mortes maternas tardia 17 não obstétricas.
2013*	140	103	124.876	82,5	2013 - 29 mortes maternas tardias. 08 não obstétricas
2014*	124	78	127.421	61,2	2014 - 34 mortes maternas tardias. 12 não obstétricas
<b>Total</b>	<b>2039</b>	<b>1803</b>	<b>2.306.756</b>	<b>78,1</b>	

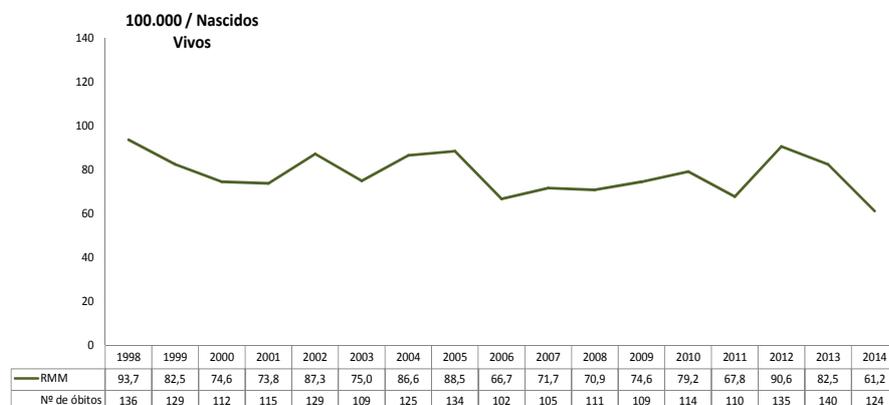
Fontes: Sesa-Ce/COPROM/NUVEP/NUIAS

Nota: Dados atualizados em 26/05/2015

Excluído da Razão da Mortalidade Materna os óbitos maternos não obstétricos e tardios. \*Dados sujeito a revisão



Figura 2. Número de Óbitos Maternos Confirmados e Razão de Mortalidade Materna Ceará – 1998 a 2014\*.



Fontes: Sesa-Ce/COPROM/NUVEP/NUIAS

Nota: Dados atualizados em 26/05/2015

Excluído da Razão da Mortalidade Materna os óbitos maternos não obstétricos e tardios. \* Dados sujeito a revisão

Nos 17 anos analisados, observa-se uma média anual de 107 óbitos no ciclo gravídico-puerperal por causas obstétricas em nosso estado, com uma média de 09 mortes por mês. As maiores RMM na foram registradas nos anos de 1998 (93,7) e 2012 (90,6), e os menores em 2006 (66,7) e 2014 (61,2) por 100.000 nascidos vivos (NV).

## 1. Mortalidade Materna do Ceará

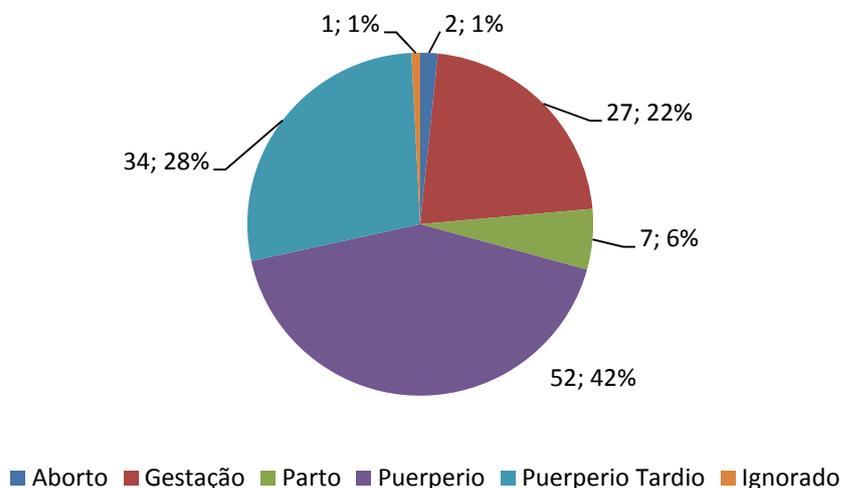
Em 2013, do total de óbitos em MIF notificados, 89% (2.430/2.729) foram investigados. Já em 2014, o Estado investigou 77,1% (1.953/2.534) do total de óbitos em MIF notificados. Portanto, ainda existe a possibilidade da ocorrência de Óbitos Maternos não declarados entre os óbitos não investigados.

Em 2014, dentre os óbitos de MIF e maternos notificados, foram confirmadas 124 mortes maternas, sendo 54% (67/124) entre óbitos maternos declarados e 46% (57/124) entre MIF (confirmadas após investigação como mortes maternas). Dos 67 óbitos maternos declarados, ainda não foram investigados 13 óbitos e 09 foram óbitos maternos tardios (após 42 dias e menos de 01 ano após o fim da gravidez). Ressalta-se que esses óbitos não são incluídos no cálculo da RMM. Quanto a distribuição da ocorrência de óbitos maternos, há registros em 95% (21/22) das regiões de saúde e em 29% (54/184) dos municípios do Estado.

O momento da ocorrência do óbito é significativo para que sejam desencadeadas ações voltadas para assistência. No Ceará, 42% (52/124) dos óbitos maternos ocorreram no puerpério e 22% (27/124) ocorreram na gestação (Figura 3). Os focos das ações ainda devem acontecer na assistência primária para garantir uma gestação saudável e um acompanhamento do puerpério, considerando a visita domiciliar na primeira semana pós-parto.



Figura 3. Número e Percentual de Óbito Materno, segundo o momento da ocorrência do óbito. Ceará, 2014



Fontes: Sesa-Ce/COPROM/NUVEP/SIM Federal

Entre as causas dos óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal, as causas diretas se destacam como principal causa de morte nos anos de 2011 a 2014. Ressalta-se que as causas diretas são decorrentes de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenção, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos. Já as causas indiretas são aquelas resultantes de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, sendo essa a segunda causa de morte materna.

Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez (CID O96), seja por causa obstétrica direta ou indireta, é classificada com "Causas tardias". Esses óbitos não são incluídos no cálculo da RMM, mas revela-se com um problema pois apresentou um crescimento nos últimos dois anos (Tabela 2).

Tabela 2. Proporção das mortes maternas, segundo causas, Ceará, 2011-2014\*.

Anos	2011		2012		2013		2014		Total 2011 à 2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obstétricas Diretas	55	51,9	67	50,8	76	54,3	47	37,9	245	48,8
Obstétricas Indiretas	28	26,4	45	34,1	23	16,4	28	22,6	124	24,7
Obstétricas Não Especificada	0	0,0	0	0,0	4	2,9	3	2,4	7	1,4
Não Obstétricas	13	12,3	17	12,9	8	5,7	12	9,7	50	10,0
Tardias	10	9,4	3	2,3	29	20,7	34	27,4	76	15,1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>502</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SESA-CE/COPROM/NUVEP/SIM\_DOM

Nota: \* Dados atualizados em 26/05/2015, sujeitos à revisão

No ano de 2014, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) representou 30% (14/47) dos óbitos maternos por causa direta, sendo esta evitada pela captação precoce da gestante e acompanhamento pré-natal



adequado e de qualidade, ou seja, através do fortalecimento da assistência primária. As complicações do trabalho de parto, hemorragias e as infecções puerperais foram responsáveis por 37% (17/47) dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, o que enfatiza as ações da assistência secundária essenciais no processo de redução do óbito (Tabela 3).

Tabela 3. Proporção de mortes maternas segundo causas obstétricas diretas. Ceará, 2014

Causas obstétricas diretas	2014	
	Nº	%
Hipertensão	14	30
Outras (causa direta)	09	19
Complicações trab. de parto	07	15
Hemorragias	05	11
Infecções puerperal	05	11
Aborto	04	8
Embolia	03	6
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SESA-CE/COPROM/NUVEP/SIM\_DOM

Nota:\* Dados atualizados em 26/05/2015, sujeitos à revisão

Dentre as causas obstétricas indiretas, as "Doenças do Aparelho Circulatório" foram a causa de 29% (8/28) dos óbitos, sendo as "Doenças do Aparelho Respiratório", as "Doenças do Aparelho Digestivo" e as "Doenças Infecciosas" e "Diabetes", responsáveis por 14% (4/28), 7% (2/28), 3,5% (1/28) e 3,5% (1/28), respectivamente. "Outras Causas Indiretas", 43% do total de óbitos por causa obstétricas indiretas, mostram deficiência na investigação realizada. Nos dados apresentados observa-se a necessidade de uma assistência mais qualificada ao pré-natal possibilitando a classificação de risco da gestante e doenças preexistente que podem ser acompanhadas com ações efetivas (Tabela 4).

Tabela 4. Proporção de mortes maternas segundo causas obstétricas indiretas. Ceará, 2014

Causas obstétricas indiretas	2014	
	Nº	%
Doença do Aparelho Circulatório	08	29
Doença do Aparelho Respiratório	04	14
Doença do Aparelho Digestivo	02	7
Doenças Infecciosas	01	3,5
Diabetes	01	3,5
Outras Indiretas	12	43
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

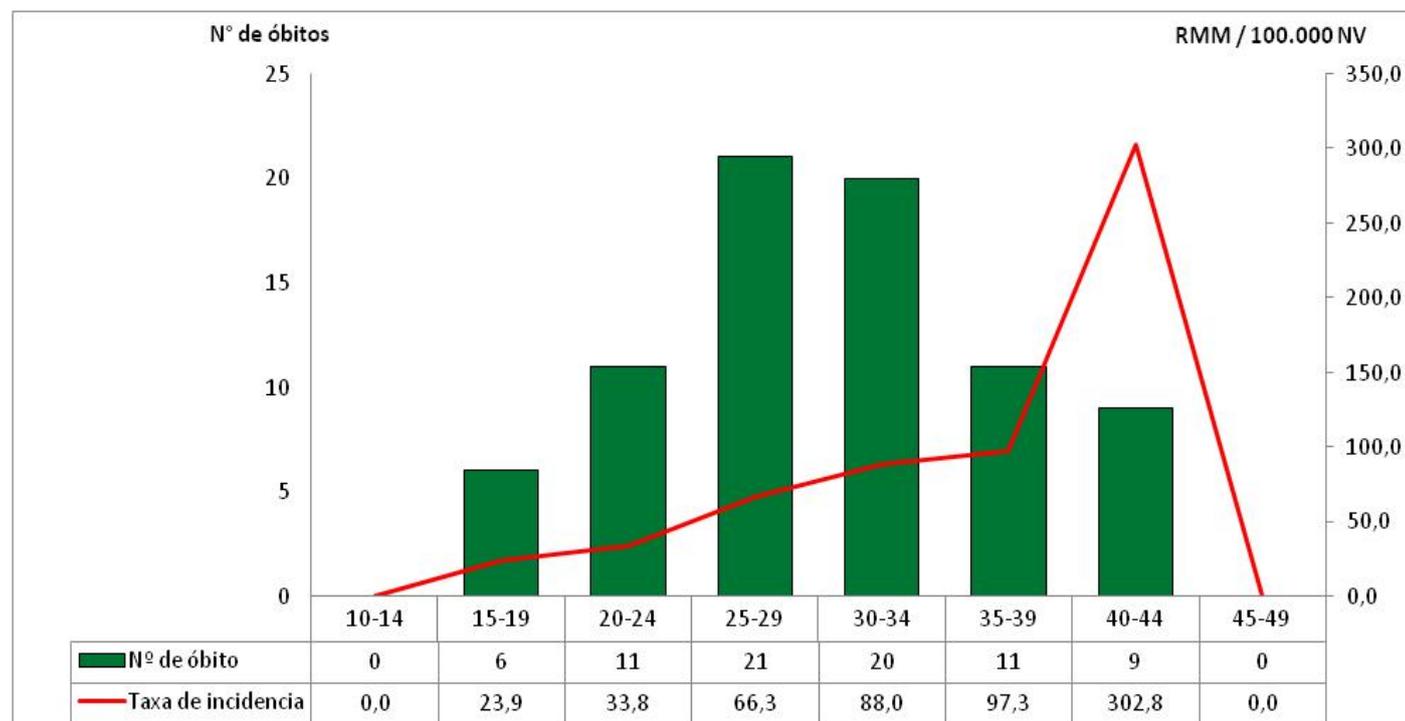
Fonte: SESA-CE/COPROM/NUVEP/SIM\_DOM

Nota:\* Dados atualizados em 26/05/2015, sujeitos à revisão



A idade materna tem sido apontada como importante fator de avaliação do risco materno. A RMM na faixa etária de 40 a 44 anos foi de 302,8 óbitos por 100.000 NV, no entanto o maior número de óbito concentra-se na faixa etária de 25 a 29 anos, com 21 óbitos maternos obstétricos (Figura 4).

Figura 4. Razão de Mortalidade Materna, segundo a faixa etária de 10 a 49 anos. Ceará, 2014



Fonte: SESA-CE/COPROM/NUVEP/SIM\_DOM

Nota:\* Dados atualizados em 26/05/2015, sujeitos à revisão

No Ceará, os óbitos maternos obstétricos estão distribuídos em 48 municípios do Estado, sendo pertencentes à Macrorregião de Fortaleza com 45% (35/78) dos óbitos, merecendo destaque para os municípios de Fortaleza com 60% (21/35), Caucaia 11% (4/35) e Itapipoca 5,7% (2/35) dos óbitos maternos. A Macrorregião de Sobral concentrou 23% (18/78) dos óbitos, sendo destacados os municípios de Sobral, Granja e Novo Oriente, ambos com 11% (2/18) dos óbitos da região. A Macrorregião de Cariri teve 18% (14/78) dos óbitos maternos do Estado, distribuídos em 14 diferentes municípios. A Macrorregião Quixadá e Litoral Leste/Jaguaribe notificaram 8% (6/78) e 6% (5/78) óbitos respectivamente (Tabela 5).



Tabela 5. Número e percentual de óbitos maternas segundo a Macrorregião e município de residência. Ceará, 2014

Município/Macrorregião	N*	%
Aquiraz	1	2,9
Caucaia	4	11,4
Fortaleza	21	60,0
Itapipoca	2	5,7
Maracanaú	1	2,9
Maranguape	1	2,9
Pacajus	1	2,9
Pacatuba	1	2,9
Pentecoste	1	2,9
Trairi	1	2,9
Uruburetama	1	2,9
<b>2301 Fortaleza</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
Bela Cruz	1	5,8
Camocim	1	5,8
Crateús	1	5,8
Granja	2	11,1
Groaíras	1	5,8
Guaraciaba do Norte	1	5,8
Hidrolândia	1	5,8
Ibiapina	1	5,8
Mucambo	1	5,8
Novo Oriente	2	11,1
Pires Ferreira	1	5,8
Santa Quitéria	1	5,8
Sobral	2	11,1
Tamboril	1	5,8
Viçosa do Ceará	1	5,8
<b>2302 Sobral</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>
Barro	1	7,1
Brejo Santo	1	7,1
Coreaú	1	7,1
Crato	1	7,1
Deputado Irapuan Pinheiro	1	7,1
Granjeiro	1	7,1
Iguatu	1	7,1
Jati	1	7,1
Juazeiro do Norte	1	7,1
Jucas	1	7,1
Lavras da Mangabeira	1	7,1
Mombaça	1	7,1
Saboeiro	1	7,1
Várzea Alegre	1	7,1
<b>2303 Cariri</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
Boa Viagem	1	16,7
Madalena	2	33,3
Parambu	2	33,3
Senador Pompeu	1	16,7
<b>2304 Quixadá</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
Icapuí	1	20,0
Jaguaretama	1	20,0
Quixeré	1	20,0
Russas	2	40,0
<b>2305 Litoral Leste/Jaquaribe</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
<b>Ceará</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SESA-CE/COPROM/NUVEP/SIM\_DOM

Nota:\* Dados atualizados em 26/05/2015, sujeitos à revisão

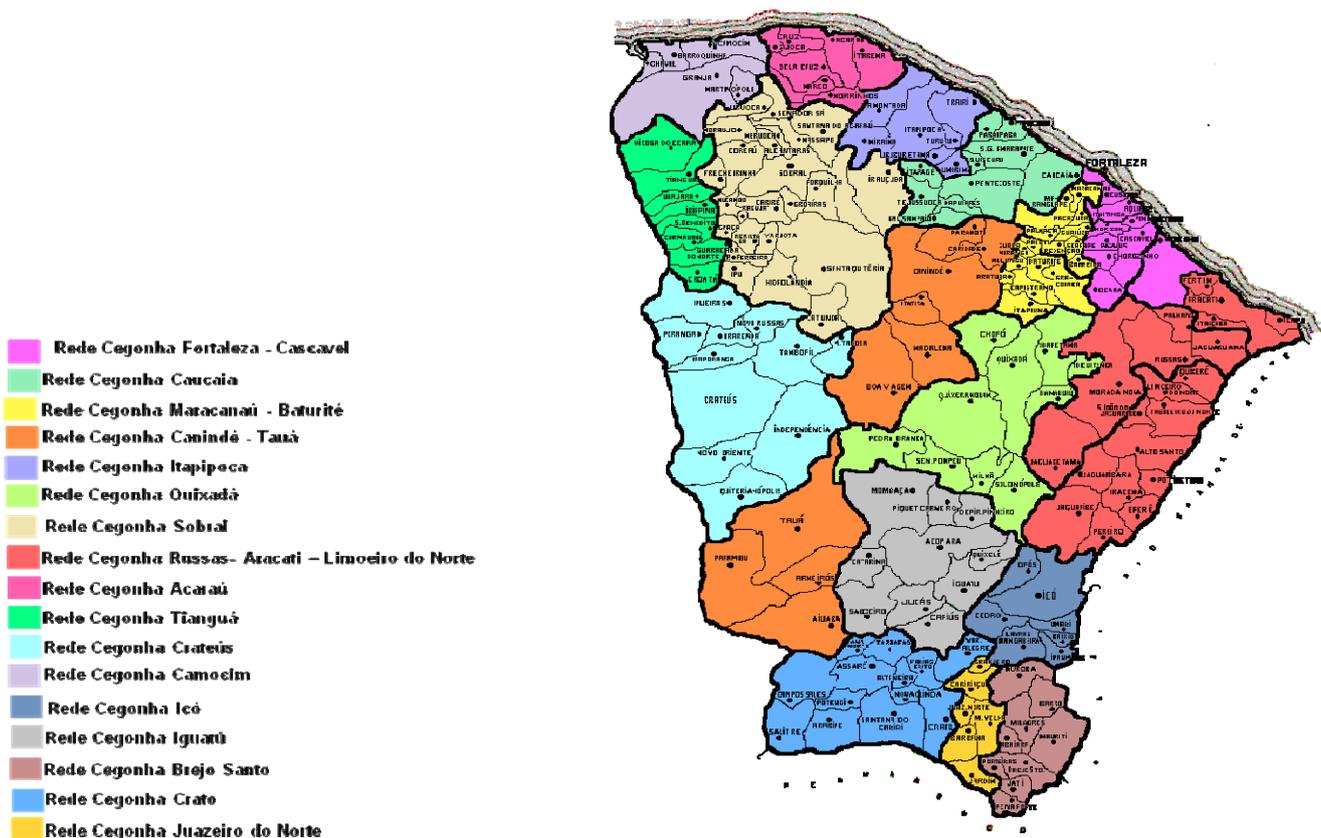


## 2. Rede Cegonha - "Um compromisso com saúde da mulher e da criança".

O estado do Ceará assumiu o compromisso junto ao Ministério da Saúde/SVS de implantar a Rede Cegonha que visa garantir às mulheres a possibilidade de acesso ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudável.

O Plano Estadual da Rede Cegonha do Ceará se consolidou em 2012, por um processo de construção coletiva pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), CRES, apoio técnico das equipes: do Núcleo de Atenção Especializada e da Vigilância Epidemiológica, do Controle e Avaliação, sendo apoiados pelo Ministério da Saúde, consolidando-se em dezessete (17) Redes compostas pelas vinte e duas (22) Regiões do Estado e deliberado pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Ceará (Figura 5).

Figura 5. Mapa da Rede Cegonha no Ceará



A Rede Cegonha no Estado assumiu o compromisso do 1º componente: garantir o pré-natal nos 184 municípios, entre estes, 33 municípios seriam referência para o pré-natal de alto risco. No entanto, em 2014, 68,6% (24/33) destes municípios ofertaram o serviço. O segundo componente trata das ações relacionadas ao parto e nascimento. Dos municípios do Estado, 88,6% (163/184) se responsabilizaram em realizar partos, contudo somente 74,2% (121/163) conseguiram implementar as atividades e somente 3,3% (4/121) ofertaram também partos para gravidez de alto risco (Fortaleza, Barbalha, Quixadá e Sobral).



### 3. Estratégias realizadas para reduzir a Mortalidade Materna no Ceará

Foram realizadas atividades para fortalecer as ações de vigilância do óbito materno nos Municípios e Regiões de Saúde, sendo elas: Fóruns Estaduais da Rede Cegonha no período de 2011 a 2014, Fóruns Regionais, Oficinas de capacitação para profissionais de enfermagem no planejamento reprodutivo envolvendo 204 profissionais, realização de Seminários de Capacitação para os membros dos Comitês Regionais de Prevenção ao Óbito Materno e Fetal e elaboração dos Protocolos Clínicos de Obstetrícia.

### 4. Propostas para o enfrentamento da Mortalidade Materna no Ceará

- Implantar protocolo de pré-natal, com garantia da oferta dos exames de rotina do pré-natal nas UBSF;
- Organizar fluxo de referência para pré-natal da GAR;
- Vincular a gestante à maternidade de referência;
- Garantir transporte para o deslocamento das gestantes;
- Implantar o protocolo de acolhimento com classificação de risco obstétrico nos hospitais;
- Incorporar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades;
- Ampliar as vagas para formação em Enfermagem Obstétrica;
- Implantar e fortalecer os Comitês de Prevenção à Mortalidade Materno e Infantil, promovendo estudos de casos clínicos com os membros dos Comitês Regionais de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil.
- Monitorar as notificações e investigações dos óbitos, favorecendo o cumprimento dos fluxos e prazos estabelecidos na Portaria Nº 1.119 do MS de 2008;
- Estimular as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) e municípios, para elaboração de Planos de Ação para Redução da Mortalidade Materna e Infantil baseada em análise epidemiológicas.
- Qualificar o preenchimento da Declaração de Óbito quanto às causas de óbitos;
- Compatibilizar as causas de morte materna, informadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com a ficha síntese de conclusão da análise do óbito (SIM-WEB).
- Conhecer o perfil da mortalidade materna para implementação das estratégias voltadas para sua redução.