



## DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE MORTE MATERNA

### *Diagnosis of the situation of maternal death*

### *Diagnóstico de la situación de muerte materna*

**Samara Campos Mendes Silva** 

Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil

**Edilene Araújo Monteiro** 

Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil

**Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas** 

Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil

**Adriana Gonçalves de Barros** 

Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW-UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil

**Clarissa Maria Cardoso Guimarães** 

Universidade Federal da Paraíba - UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil

**Solange de Almeida Melo** 

Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ - João Pessoa (PB) - Brasil

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a situação do diagnóstico de morte materna na Paraíba, Brasil, segundo variáveis sociodemográficas e causas de óbito materno. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo realizado por meio do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB). Os dados foram coletados pela ferramenta TabNet e a amostra compreendeu os óbitos de mulheres em idade fértil, residentes no estado, no período de 2006 a 2016. Na análise estatística foi utilizado o *Software R* e testes estatísticos. **Resultados:** Constatou-se que a razão de morte materna apresentou índice de 49,15/100.000 nv (nascidos vivos) alcançando 88,77/100.000 nv. Dos 355 óbitos maternos de residentes, 341 ocorreram na Paraíba, concentrando-se em Campina Grande (132; 38,7%) e João Pessoa (123; 36%). Além disso, 329 (93%) óbitos ocorreram no ambiente hospitalar. As mortes predominantes foram por causas obstétricas diretas, com 277 casos (81,9%) associados à cor das mulheres. Em relação às causas de morte do capítulo XV do CID-10, 87 (24%) ocorreram por transtornos hipertensivos na gravidez. **Conclusão:** O estudo identificou um alto índice de mortalidade materna por causas obstétricas diretas na Paraíba, concentrando os maiores percentuais na população de cor preta/parda e nas causas relacionadas aos transtornos hipertensivos.

**Descritores:** Morte Materna; Enfermagem Obstétrica; Epidemiologia.

#### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the situation of the diagnosis of maternal death in Paraíba, Brazil, according to sociodemographic variables and causes of maternal death. **Methods:** This is a retrospective study conducted through the Mortality Information System (SIM) of the Paraíba State Department of Health (SES / PB). We used the TabNet tool to collect data, and the sample comprised the deaths of women of childbearing age, residing in the state, from 2006 to 2016. In the statistical analysis, *Software R* and statistical tests were used. **Results:** It was found that the maternal death rate had an index of 49.15 / 100,000 lb (live births), reaching 88.77 / 100,000 lb. Of the 355 maternal deaths of residents, 341 occurred in Paraíba, concentrating in Campina Grande (132; 38.7%) and João Pessoa (123; 36%). Besides, 329 (93%) deaths occurred in the hospital environment. The predominant deaths were due to direct obstetric causes, with 277 cases (81.9%) associated with the color of women. Regarding the causes of death in Chapter XV of ICD-10, 87 (24%) occurred due to hypertensive disorders during pregnancy. **Conclusion:** The study identified a high rate of maternal mortality from direct obstetric causes in Paraíba, concentrating the highest percentages in the black/brown population and the causes related to hypertensive disorders.

**Descriptors:** Maternal Death; Obstetric Nursing; Epidemiology.



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 04/04/2019

Aceito em: 01/11/2019

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la situación del diagnóstico de muerte materna en Paraíba, Brasil, según las variables sociodemográficas y las causas de óbito materno. **Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo realizado a través del Sistema de Informaciones de Mortalidad (SIM) de la Secretaría de Estado de Salud de Paraíba (SES/PB). Se recogieron los datos con la herramienta TabNet y la muestra incluyó los óbitos de mujeres fértiles, que vivían en el estado, en el período entre 2006 y 2016. Para el análisis estadístico se utilizó el Software R y pruebas estadísticas. **Resultados:** Se constató que la razón de la muerte materna presentó el índice de 49,15/100.000 nv (nacidos vivos) alcanzando 88,77/100.000 nv. De los 355 óbitos maternos de residentes, 341 se dieron en Paraíba, concentrándose en Campina Grande (132; 38,7%) y João Pessoa (123; 36%). Además de eso, 329 (93%) óbitos se dieron en el ambiente hospitalario. Las muertes predominantes fueron de causas obstétricas directas con 277 casos (81,9%) asociados al color de las mujeres. Respecto las causas de muerte del capítulo XV del CID-10, 87 (24%) se dieron por trastornos hipertensivos en el embarazo. **Conclusión:** El estudio ha identificado un alto índice de mortalidad de causas obstétricas directas en Paraíba con los mayores porcentajes en la población de color negro/pardo y las causas relacionadas con los trastornos hipertensivos.

**Descriptor:** Muerte Materna; Enfermería Obstétrica; Epidemiología.

---

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera morte materna a morte de uma mulher durante o período da gestação, parto ou puerpério, até 42 dias após o fim da gestação, tendo como causas as complicações relacionadas ou decorrentes desse período, excluindo as do tipo acidentais ou incidentais. No Brasil, são consideradas mulheres em idade fértil aquelas entre a faixa etária de 10 a 49 anos<sup>(1)</sup>.

A mortalidade materna é um problema de saúde pública que evidencia a qualidade na atenção à saúde, o desenvolvimento e a realidade social de uma população, ocorrendo, principalmente, em países em desenvolvimento. É considerada um atentado ao direito humano, tendo em vista que mais de 92% dos casos são evitáveis<sup>(2)</sup>.

Em 2016, a OMS implementou a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, que propõe metas para alcance em 15 anos (2016-2030), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Com base nos ODS, uma das metas propostas é a redução da Razão de mortalidade materna (RMM) global para índices menores que 70 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (nv), tendo como alvo acabar com as mortes maternas evitáveis, considerando os países subdesenvolvidos, nos quais a RMM ultrapassa 500 óbitos maternos<sup>(3)</sup>.

Na conjuntura mundial, 10,7 milhões de mulheres vieram a óbito por causas maternas no período de 1990 a 2015, com redução de 43,9% da RMM nesse período. Valores extremos são apontados nos índices de RMM, que vão de 12/100.000 nv em países desenvolvidos até 546/100.000 nv nos países subdesenvolvidos, como a África subsaariana. A OMS estima que, no mundo, morram diariamente 830 mulheres de causas maternas e considera aceitável uma RMM de 20 óbitos maternos por 100.000 nv<sup>(4)</sup>.

É notório que, em países desenvolvidos, as mortes maternas representam uma parcela menor no contexto de saúde pública, o que aponta a funcionalidade de políticas de qualidade de vida e desenvolvimento social<sup>(5,6)</sup>.

Desse modo, o quantitativo da mortalidade materna indica as características sociodemográficas de determinada região e, portanto, reflete as divergências sociais de um país, as condições e a realidade de saúde da população, o que torna esse indicador um relevante instrumento de caráter científico, passível de modificações<sup>(6)</sup>.

O Brasil sustenta um número de 1.655 óbitos maternos declarados no ano de 2015 e uma RMM de 58,4 óbitos maternos por 100.000 nv em 2014<sup>(7)</sup>. Apesar dos esforços, o país não alcançou a meta proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de redução da mortalidade materna em 75%, com razão para 35 óbitos por 100.000 nv até 2015<sup>(8)</sup>.

Entretanto houve redução em 43% da RMM de 1990 a 2013, que correspondente a uma queda de 120/100.000 nv para 69/100.000nv<sup>(8)</sup>. No estado da Paraíba, a RMM foi de 64,26/100.000 nv para 2015 e, em 2016, atingiu o valor de 85,76/100.000 nv<sup>(9)</sup>.

Outro ponto relevante na discussão dos óbitos maternos se refere à subnotificação, que diz respeito à omissão da informação na declaração de óbito e, à subinformação, que diz respeito ao erro no preenchimento do atestado de óbito por desconhecimento, omitindo a causa da morte, o que dificulta o cálculo dos indicadores e limita a qualidade da informação em saúde<sup>(2)</sup>.

É imprescindível que ocorra a notificação, a investigação, o conhecimento e a divulgação das mortes, configurando uma análise do óbito materno a partir da investigação por parte dos comitês de prevenção à mortalidade materna, permitindo a criação e solidificação de estratégias para qualificação desse indicador, a melhoria do acesso e a resolutividade da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Conseqüentemente, a redução e enfrentamento dessa problemática.

Nessa circunstância, o retrato da mortalidade materna na Paraíba surge como uma necessidade de conhecimento da realidade referente aos diversos contextos que entrelaçam e dificultam a assistência em saúde desse público, como a falta de prioridade na aplicação dos recursos públicos destinados à saúde; a dissonância da atenção ao parto com boas práticas obstétricas e condições de emergência obstétrica; a dificuldade de acesso ao pré-natal de qualidade, com exames e consultas de referência em tempo oportuno.

Assim, é relevante obter informações que demonstrem o diagnóstico da situação de morte materna, na perspectiva de contribuir para o planejamento de estratégias que visem à melhoria da atenção à saúde das mulheres, redução dos óbitos e iniquidades sociais, bem como manutenção do direito à vida. O objetivo do estudo é, portanto, analisar a situação de morte materna na Paraíba considerando as variáveis sociodemográficas e as causas dos óbitos maternos.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, com delineamento observacional e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizada através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB). Instituído pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o SIM tem a finalidade de obter periodicamente os dados sobre mortalidade que abrangem todo o Brasil, subsidiando gestores e pesquisadores a estudarem as estatísticas e planejarem ações e políticas voltadas para a melhoria em saúde<sup>(7)</sup>.

Utilizaram-se dados secundários, coletados por meio do TabNet do SIM, disponíveis no site da SES-PB, referente aos óbitos maternos de residentes do estado da Paraíba entre os anos de 2006 e 2016. Excluíram-se as mortes maternas tardias, caracterizadas por ocorrerem no período acima de 42 dias e abaixo de um ano após o fim da gestação.

Utilizou-se a ferramenta TabNet para o processamento dos dados, e foram analisadas as variáveis sociodemográficas e causa morte: isto é, idade, estado civil, cor, causa básica do óbito (obstétrica direta, obstétrica indireta, aborto), causa do óbito segundo Capítulo XV da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), local de ocorrência do óbito, município de residência, município de ocorrência, estabelecimento de saúde<sup>(8)</sup>.

O TabNet-SIM é uma ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DATASUS, de domínio do Ministério da Saúde, que contém dados dos sistemas de informações do SUS, de livre acesso. A SES/PB os mantém e atualiza periodicamente, possibilitando visualizar, selecionar e mapear dados de mortalidade de forma rápida e objetiva<sup>(9)</sup>.

No cálculo da Razão de mortalidade materna, utilizou-se, para a região Nordeste, o fator de correção de 1,76 no período de 2006 a 2007<sup>(10)</sup> e de 1,17 para o período de 2008 a 2012<sup>(10)</sup>. Além disso, nos anos de 2013 a 2016, foram utilizados os valores preconizados pela SES/PB.

Para a realização das análises estatísticas, utilizou-se o *software* R (R Development Core Team)<sup>(11)</sup> e ainda os testes qui-quadrado de independência, de *Spearman* e de *Kruskal Wallis*.

Houve a confrontação das variáveis, sendo: mortes por causas obstétricas e faixa etária; mortes por causas obstétricas e cor; mortes por causas obstétricas e local de ocorrência; causa da morte segundo CID-10 e faixa etária; e causa da morte segundo CID-10 e cor.

## RESULTADOS

Analisando-se a série histórica da morte materna na Paraíba nos últimos dez anos, constataram-se índices da Razão de morte materna de 49/100.000 nv, em 2006, alcançando 85,76/100.000 nv, em 2016.

No Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde há registrados, no período de 2006 a 2016, o total de 355 mortes maternas de residentes no estado da Paraíba, havendo um aumento de 17 (5%) para 53 (15%) óbitos maternos, segundo o capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID-10, que diz respeito aos óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério.

Para o cálculo da RMM, excluíram-se os casos considerados como morte materna tardia (O96 da CID-10) e seqüela de causa materna (O97 da CID-10), perfazendo um total de 338 óbitos maternos registrados no SIM (Figura 1).

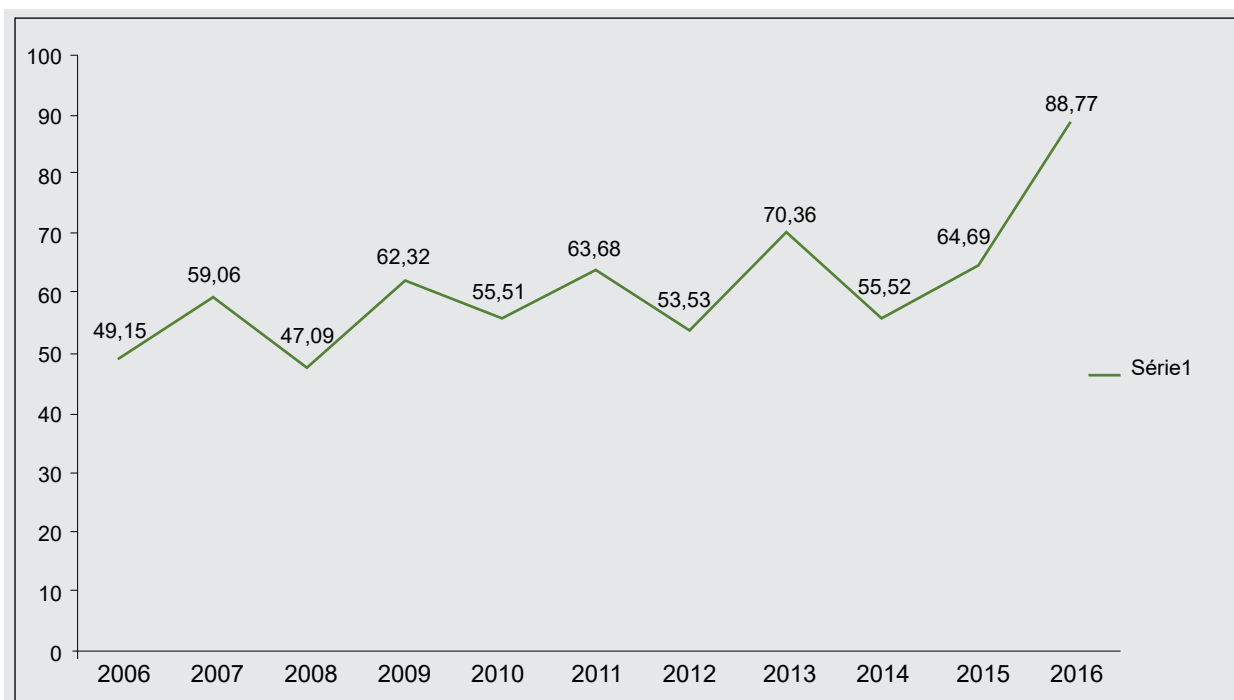


Figura 1 - Curva de crescimento da Razão de Mortalidade Materna. Paraíba, Brasil, 2006 a 2016.

Fonte: Sinan/ Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde da Paraíba

Dos 355 óbitos maternos de residentes registrados no SIM, 341 ocorreram na Paraíba, entretanto 12 mulheres residentes na Paraíba faleceram em Pernambuco, uma no Rio Grande do Norte e outra em São Paulo nesse período de 10 anos. Quando analisados os óbitos segundo o município de ocorrência, verifica-se que a maior incidência ocorreu em Campina Grande (132; 38,7%) e João Pessoa (123; 36%).

Em relação ao município de residência, observa-se que, nesse período, sete mulheres residentes no município de Bayeux vieram a óbito e apenas uma delas morreu na cidade, ou seja, as outras seis faleceram em outros municípios.

Dos 355 óbitos maternos identificados, 284 (80%) estavam na faixa etária de 20 a 39 anos, 132 (37%) eram solteiras e 267 (75%) tinham cor parda. No que se refere ao local de ocorrência do óbito, 329 (93%) ocorreram no ambiente hospitalar, dos quais a maior parte em hospitais da rede pública nos municípios de João Pessoa e Campina Grande.

Analisaram-se os óbitos maternos conforme as causas obstétricas (direta, indireta e aborto) e causas do Capítulo XV do CID-10: gravidez, parto e puerpério. No SIM, houve o registro total de 338 óbitos de causas obstétricas (causa obstétrica direta e causa obstétrica indireta), com maior frequência de mortes por causas obstétricas diretas (277; 81,9%) e em menor frequência por aborto (Tabela I). Em relação às causas do Capítulo XV do CID-10: gravidez, parto e puerpério, registrou-se um total de 355 óbitos maternos de residentes na Paraíba entre 2006 e 2016.

Tabela I - Distribuição dos óbitos maternos das residentes da Paraíba conforme causas obstétricas. Paraíba, Brasil, 2006 a 2016.

Causa da morte	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	p-valor*
<b>Direta</b>	15	19	24	27	25	26	26	32	27	29	27	277	<0,001
<b>Indireta</b>	2	1	1	5	3	6	0	8	5	9	21	61	
<b>Aborto</b>	0	0	1	4	1	1	4	2	3	1	1	18	
<b>Total</b>	17	20	26	36	29	33	30	42	35	39	49	356	

Fonte: Sinan/ Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde da Paraíba;\* Teste de Kruskal-Wallis

É evidente a diferença entre as distribuições das frequências de óbito ao longo dos anos quando comparados os tipos de morte. Quando confrontadas as mortes por causas obstétricas, causas obstétricas diretas e indiretas, e morte por aborto e obstétrica indireta ( $p= 0,2488$  e  $p= 0,2773$ , respectivamente), não houve correlação significativa.

Quando analisados os óbitos por causas obstétricas em relação à faixa etária, as maiores porcentagens de óbito foram para o grupo de causas obstétricas diretas, com valor total de 74,16%, sendo a faixa etária “maiores que 30 anos” a mais representativa.

Os óbitos por aborto apresentaram as menores porcentagens, com um valor total de 5,29%, sendo “menores que 19 anos” a faixa etária menos representativa (Tabela II).

Diante disso, não há associação estatística entre a faixa etária e as mortes por causas obstétricas, ou seja, são categorias independentes.

Quando comparados os mesmos óbitos com a variável “cor”, tem-se que as maiores porcentagens de óbito foram para o grupo de cor preta/parda, com um total de 79,41%, havendo associação entre essa variável e as mortes por causas obstétricas (Tabela III).

Tabela II - Distribuição dos óbitos maternos classificados conforme causas obstétricas e faixa etária. Paraíba, Brasil, 2006 a 2016.

Faixa Etária	Obstétricas diretas		Abortos		Obstétricas indiretas		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Menor que 19 anos	41	12,05	1	0,29	10	2,94	52	15,3	0,6129
20 a 29 anos	99	29,11	10	2,94	24	7,05	133	39,12	
Maior que 30 anos	119	35,0	7	2,05	29	8,52	155	45,58	
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>74,16</b>	<b>18</b>	<b>5,29</b>	<b>63</b>	<b>18,52</b>	<b>340</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: Sinan/ Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde da Paraíba; \*Teste qui-quadrado de independência

Tabela III - Distribuição dos óbitos maternos classificados conforme causas obstétricas e cor. Paraíba, Brasil, 2006 a 2016.

Cor	Obstétricas diretas		Abortos		Obstétricas indiretas		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Branca/amarela	49	14,41	4	1,17	5	1,47	58	17,06	0,0758
Preta/parda	201	59,11	12	3,52	57	16,76	270	79,41	
Não Informado	9	2,64	2	0,59	1	0,29	12	3,53	
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>76,16</b>	<b>18</b>	<b>5,29</b>	<b>63</b>	<b>18,52</b>	<b>340</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: Sinan/ Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde da Paraíba; \*Teste qui-quadrado de independência

Quanto à distribuição dos óbitos maternos por causas obstétricas de acordo com o local de ocorrência, sendo subdividido em ambiente hospitalar e ambiente extra-hospitalar, aproximadamente 96% dos óbitos registrados ocorreram em hospitais e, das 346 mulheres, 270 faleceram de morte obstétrica direta ou aborto, correspondendo a 78,03% do total. Desse modo, não se rejeita a hipótese de independência entre a causa obstétrica de óbito e o local de ocorrência. Logo, não há relação entre essas variáveis a qualquer nível de significância adotado.

Quanto aos estabelecimentos de saúde onde ocorreram os óbitos, verificou-se que o maior número é em hospitais públicos, mas isto não isenta a atenção ao percentual considerável de mortes nos hospitais privados. Nos municípios de ocorrência, João Pessoa e Campina Grande, 69,2% dos óbitos ocorreram em hospitais públicos e 30,3% em hospitais privados.

Em relação à distribuição das causas de morte materna de acordo com o Capítulo XV do CID-10: gravidez, parto e puerpério, 87 (24%) óbitos de residentes da Paraíba foram referentes aos transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério, especificamente O13 (hipertensão gestacional sem proteinúria significativa), O14 (hipertensão gestacional com proteinúria significativa), O15 (eclampsia) e O16 (hipertensão materna NE). Também houve 57 (16%) óbitos referentes a O85-O86 (infecção puerperal - outras infecções puerperais) e O88 (embolia de origem obstétrica); e 44 (12,4%) óbitos correspondentes a O99 (outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério).

Nesse mesmo período, quando analisadas as causas de óbito nos municípios de ocorrência, João Pessoa e Campina Grande, constatou-se que a maior concentração de óbitos maternos esteve relacionada às síndromes

hipertensivas, com 18%, associada com edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (O13-O16).

Em relação à distribuição dos óbitos maternos segundo causa (CID10 3D) e faixa etária, temos que as maiores proporções de óbito são para as idades de 30 a 49 anos, variando de 6,22% a 18,67% para as causas O85, O86 e O13, O14, O15, O16, respectivamente. As menores porcentagens de morte são observadas entre as idades de 10 a 19 anos, variando de 1,91% para causas O88 e O72 (Hemorragia pós-parto) a 7,17% para causas O13, O14, O15, O16 (Tabela IV). Têm-se, desse modo, evidências de que não existe associação entre as causas (CID10 3D) e a faixa etária.

As maiores frequências de óbito foram registradas na categoria de mulheres pretas/pardas, correspondendo a 82,18% do total de 202 autodeclarações de cor. Com relação às causas de morte, a maior porcentagem, 41,59%, referiu-se às mortes por hipertensão gestacional sem proteinúria significativa, hipertensão gestacional com proteinúria significativa, eclampsia ou hipertensão materna NE. Adicionalmente, não houve diferença significativa entre cor e as causas de óbito segundo CID 10 3D (Tabela V).

Tabela IV - Distribuição dos óbitos maternos classificados segundo causa (CID10 3D) e faixa etária. Paraíba, Brasil, 2006 a 2016.

Causa (CID10 3D)	Faixa Etária						Total		p-valor**
	10-19		20-29		30-49		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>O13, O14, O15, O16</b>	15	7,17	33	15,8	39	18,67	87	41,64	0,7346
<b>O99</b>	9	4,30	16	7,65	19	9,09	44	21,05	
<b>O85, O86</b>	6	2,87	16	7,65	13	6,22	35	16,74	
<b>O88, O72</b>	4	1,91	16	7,65	23	11,00	43	20,57	
<b>Total</b>	34	16,27	81	38,75	94	44,98	209	100,00	

CID10 3D: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde; O13: Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa; O14: Hipertensão gestacional com proteinúria significativa; O15: Eclampsia; O16: Hipertensão Materna NE; O85, O86: Infecção Puerperal, Outras Infecções Puerperais; O88, O72: Embolia de origem Obstétrica, Hemorragia pós-parto

Fonte: Sinan/ Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde da Paraíba; \*Teste qui-quadrado de independência

Tabela V - Distribuição dos Óbitos maternos classificados segundo causa (CID10 3D) e cor/raça. Paraíba, Brasil, 2006 a 2016.

Causa (CID10 3D)	Cor/Raça				Total		p-valor*
	Branca		Preta ou Parda		n	%	
	n	%	n	%			
<b>O13, O14, O15, O16</b>	15	7,43	69	34,16	84	41,59	0,3387
<b>O99</b>	4	1,98	39	19,31	43	21,29	
<b>O85, O86</b>	8	3,96	26	12,87	34	16,83	
<b>O88, O72</b>	9	4,45	32	15,84	41	20,29	
<b>Total</b>	36	17,82	166	82,18	202	100,00	

CID10 3D: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde; O13: Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa; O14: Hipertensão gestacional com proteinúria significativa; O15: Eclampsia; O16: Hipertensão Materna NE; O85, O86: Infecção Puerperal, Outras Infecções Puerperais; O88, O72: Embolia de origem Obstétrica, Hemorragia pós-parto

Fonte: Sinan/ Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde da Paraíba; \*Teste qui-quadrado de independência

## DISCUSSÃO

O estudo da morte materna está concomitantemente relacionado ao desenvolvimento da saúde de uma determinada localidade, e aguça questionamentos sobre a morte e as condições em que ocorreu, o que evidencia as necessidades quanto à assistência e à qualidade em saúde. Nesse ensejo, a mortalidade materna, percebida

como uma violação dos direitos humanos, é capaz de fazer transparecer uma realidade social que reflete o nível socioeconômico, a desigualdade de gênero, a qualidade da assistência e a política de promoção da saúde pública existente<sup>(12)</sup>.

Na Paraíba, a série histórica estudada teve uma RMM de 61,79/100.000 nv em média, com crescimento linear a partir do ano de 2014. Caracterizada a amostra do estudo, observou-se que a maioria (284; 80%) das mulheres foi a óbito em idade adulta jovem (20 a 39 anos) e 54 (15%) óbitos ocorreram na adolescência (10 a 19 anos). A maior ocorrência dos óbitos se deu nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, uma vez que são cidades que concentram a maior população do estado e, conseqüentemente, a maior natalidade.

Resultados de um estudo sobre a incidência do *near miss* materno (termo que designa as mulheres que “quase morreram na gestação, parto e até 42 dias após o parto) revelou, quanto à idade, que a maior incidência foi nas mulheres de 35 anos ou mais<sup>(13,14)</sup>. Com relação ao número de casos de *near miss*, evidenciou um índice de 10,2 casos por 1000 nascidos vivos e, para cada óbito materno, uma razão de mortalidade do *near miss* materno de 30,8 casos<sup>(13)</sup>.

A cor preta/parda foi a variável predominante nas mulheres que vieram a óbito e apresenta associação com as mortes por causas obstétricas no presente estudo, ou seja, as mulheres com pele não branca têm maior chance de morrer por causas obstétricas diretas, obstétricas indiretas e aborto do que as mulheres de pele branca, sendo o maior percentual de óbitos por causas obstétricas diretas nas mulheres de cor preta/parda.

A elevada mortalidade materna na população negra incide da fragilidade da assistência, a partir da vulnerabilidade e discriminação institucional vivenciadas, que comprometem a inserção desses sujeitos nos serviços públicos de saúde e implicam na disparidade entre o índice de morte em mulheres negras e brancas<sup>(14)</sup>.

Ressalta-se que a cor pode ser relacionada a uma maior prevalência das doenças hipertensivas na população negra, a questões de caráter discriminatório perante as mulheres não brancas, à baixa qualidade do atendimento em saúde e à dificuldade do acesso aos serviços, estando, assim, associada a uma maior ocorrência de morte materna<sup>(15)</sup>.

As mulheres solteiras apresentaram maior incidência no atual estudo. A literatura relata que a presença do companheiro durante o período do ciclo gravídico-puerperal representa para a mulher suporte emocional, segurança e apoio durante o processo, além de poder ser o ponto de equilíbrio na tomada de decisões e ações, tendo em vista que a mulher se encontra vulnerável<sup>(16)</sup>.

Observou-se que mais de 90% dos óbitos maternos na Paraíba ocorreram em hospitais, predominantemente na rede pública de saúde. É notória a existência de serviços que apresentam carência na estrutura física; escassez de recursos materiais; qualificação profissional deficiente; e, sobretudo, descaso e falhas nas políticas assistenciais de atenção à saúde da mulher. Corroborando isso, um estudo concluiu que a maior incidência de *near miss* materno se encontra entre mulheres que tiveram dificuldades de acesso na admissão hospitalar, o que evidencia demora no atendimento. Além disso, não é descartado que a incidência do *near miss* materno encontre-se relacionada à estrutura dos serviços, organização das redes de assistência em saúde e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento das intercorrências<sup>(17)</sup>.

Assim, o ambiente hospitalar, mesmo sendo um local com maior aporte tecnológico e medicamentoso, não é o local mais seguro ou isento de risco de morte para a mulher. As práticas hospitalares retratam, na sua grande maioria, uma cultura hegemônica, medicalizadora e tecnocrata, que se aproxima da praticidade e implica em desfechos obstétricos desnecessários na assistência ao parto na atualidade<sup>(18)</sup>.

Mediante os modelos de assistência que priorizam medicalização excessiva, uso abusivo de intervenções, ausência de boas práticas obstétricas e de evidências científicas, tem-se ampliado as visões e questionamentos sobre essa atenção ao parto e nascimento e suas possíveis conseqüências para resultados maternos saudáveis<sup>(13)</sup>. Assim, a qualidade na atenção obstétrica perpassa a valorização dos benefícios da tecnologia, que é uma ferramenta essencial nas intercorrências, quando indicada, e o uso abusivo das intervenções, na maior parte desnecessárias e confrontantes aos direitos da mulher.

Além do mais, 90% das gestantes brasileiras frequentam as consultas de pré-natal, o que mostra uma cobertura satisfatória na assistência, mas com pouca resolutividade, pois grande parte dos problemas poderia ser conhecido e/ou prevenido. No presente estudo, conforme a série histórica de 2006 a 2016, na Paraíba, ocorreu 646.933 nascimentos de residentes. Destes, 3,5% das gestantes não realizou pré-natal ou não foi informada na Declaração de Nascidos Vivos. Porém, 96,5% realizaram de três a mais de sete consultas no pré-natal.

Com relação aos resultados da atual pesquisa, a grande parcela dos óbitos teve como causa básica a morte obstétrica direta e, em menor número, as mortes por aborto. Dentre as causas, de acordo com o Capítulo XV:

gravidez, parto e puerpério - CID-10, a principal causa foram transtornos hipertensivos (O13-O16). Compartilhando dessa realidade está o cenário brasileiro que, entre as causas obstétricas diretas, os óbitos maternos associados a transtornos hipertensivos, mais especificamente classificados pelo CID-10 no grupo de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (O12-O16), estão entre as principais causas de morte materna<sup>(18)</sup>.

Em comparação com o restante do país, a Paraíba apresenta valores significativos de óbito por infecção puerperal (O85-86) e embolia de origem obstétrica (O88), que são a segunda causa de óbito materno no estado e expressam a negligência em saúde e deficiência na atenção ao pré-natal, parto e puerpério, uma vez que são causas evitáveis.

Essas causas vêm tendo destaque no contexto brasileiro de morte materna, ficando atrás apenas das causas hipertensivas. Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo também apontou como segunda principal causa básica de óbito materno, por causa obstétrica direta, a infecção puerperal e a embolia de origem obstétrica<sup>(19)</sup>.

Entende-se que a via de nascimento pode influenciar o desfecho materno e, portanto, expor a mulher a diversas complicações, como o risco para infecção e tromboembolismo e, conseqüentemente, morte materna. É importante destacar que a cirurgia cesariana, em condições ideais, deve ser reconhecida por sua efetividade em situações em que a vida da mulher e da criança estão em risco<sup>(20)</sup>.

Diante das causas de morte, é fundamental distinguir que a morte obstétrica direta é referente às complicações na gravidez, parto e puerpério devido a intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou de uma série de acontecimentos de quaisquer umas dessas intervenções, como hemorragias, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico. Já a morte obstétrica indireta provém de doenças preexistentes ou desenvolvidas durante o período da gravidez, que não provém de causas obstétricas diretas, mas que se agravam pelos efeitos fisiológicos da gestação<sup>(2)</sup>.

No Brasil, as causas obstétricas diretas são responsáveis por dois terços das mortes maternas, ressaltando a deficiente qualidade da atenção obstétrica ofertada no ciclo gravídico-puerperal<sup>(2)</sup>. Outros estudos também evidenciaram essa realidade<sup>(14,19,21)</sup> e caracterizaram fatores marcantes para isso, além de expressarem divergências quanto ao nível social e condições socioeconômicas, como a educação e a saúde.

Reconhecer os números elevados de morte materna é apontar dificuldades de funcionalidade do sistema de saúde e, com isso, faz-se necessário compreender as causas e os fatores relacionados às mortes para prover avanços na atenção em saúde da mulher e reduzir a morte materna<sup>(21)</sup>.

As mortes por causas hipertensivas, com destaque para eclampsia e pré-eclampsia, e por infecção puerperal e embolia estão vinculadas a causas passíveis de serem evitadas e demonstram a negligência em saúde, as falhas nas políticas assistenciais e as fragilidades em saúde, que vão desde a dificuldade de acesso aos serviços obstétricos especializados, ausência de vagas, descaso na conjuntura física e estrutural hospitalar, até a inadequada assistência e falta de cuidados no ciclo gravídico puerperal, deficiências na assistência do pré-natal e do planejamento familiar<sup>(18)</sup>.

No entanto, não se desconsidera os avanços nas políticas de saúde, como a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; a expansão da Estratégia de Saúde da Família; a implantação da Rede Cegonha; a melhoria da ambiência e do acesso às tecnologias nos serviços; a melhoria nos sistemas de regulação de consultas, exames e leitos hospitalares; a ampliação de qualificação profissional, com criação de capacitações, especializações e programas de residência; nem as pactuações internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, quando o Brasil alcançou o índice de 64 óbitos maternos por 100 mil nascimentos no indicador da Razão de Morte Materna em 2011. E, mais recentemente, a pactuação que o Brasil assinou referente à Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes, tendo como uma de suas metas reduzir a mortalidade materna e neonatal até 2030<sup>(22)</sup>.

Na contramão do problema, desde 2011, o Ministério da Saúde implantou um modelo de atenção e cuidados à saúde materno-infantil, a Rede Cegonha, e contou com a adesão por hospitais maternidades da Paraíba. Logo, ressalta-se a Portaria n.º 1.262 do Ministério da Saúde, publicada em 2014, a qual estabeleceu a designação de recursos financeiros do Ministério da Saúde para o estado da Paraíba com o intuito de prover a implementação, custeio e qualificação dos serviços obstétricos no estado, viabilizando o Plano de Ação da Rede Cegonha<sup>(23)</sup>.

Com a finalidade de reforçar a cadeia de direitos da mulher e garantir o atendimento de qualidade e humanizado em saúde, atuando sobre os componentes pré-natal, parto, nascimento, puerpério e sistema logístico (regulação), a rede Cegonha traz na sua política a possibilidade de reestruturar e melhorar a atenção em saúde, propondo também a qualificação profissional e a criação de Centros de Parto Normal<sup>(8,18)</sup>, ainda ausentes na Paraíba. Entretanto, mesmo com a implantação e as implicações positivas previstas pela Rede, o presente estudo não evidenciou resultados de



redução de morte materna. Todavia, o aumento do número de óbitos maternos é, em parte, decorrente do avanço e melhoria do sistema de informação de óbitos e da investigação realizada pelos comitês de morte materna do estado.

Outrossim, há necessidade de conhecer o contexto sobre o impacto da morte de uma mulher, mãe, na desestrutura da conjuntura do lar, por ser, na maioria das vezes, o pilar de sustentação econômica, social, afetiva e psicológica da família.

Um estudo realizado com familiares de crianças órfãs constata implicações futuras, entre elas a susceptibilidade aos impactos sociais e de saúde, como abandono escolar, desemprego, desnutrição e gravidez precoce, mais incidente nas crianças do sexo feminino devido a maior sobrecarga de responsabilidades domésticas. Quando somados com a precária concentração de renda, essa susceptibilidade aumenta as chances de morte materna e perpetua um ciclo para as crianças que engravidam na puberdade e têm maior vulnerabilidade<sup>(24)</sup>.

Assim, é fundamental a iniciativa de pesquisas que abranjam os sujeitos envolvidos nessa problemática, pois a ausência do papel da mãe na formação do indivíduo pode ocasionar desestruturação familiar e acarretar situações negativas e irreversíveis na vida do órfão. A interpretação da morte materna é, portanto, complexa e cautelosa, uma vez que os dados públicos são provenientes de sistemas de bancos de dados virtuais existentes, susceptíveis a erros ou equívocos na sua alimentação, o que limita o pesquisador quanto à confiabilidade e veracidade das informações<sup>(22,23)</sup>. Além disso, a escassez de publicações no cenário paraibano sobre morte materna também se insere como limitação do estudo.

Mesmo com avanços reconhecidos, há ainda que estudar tais problemas relacionados à mortalidade materna no intuito de planejar e/ou fortalecer estratégias voltadas para educação em saúde, planejamento familiar e pré-natal, pois essas mortes integram indicadores de uma realidade social que reflete a desigualdade de gênero, a baixa qualidade da assistência, a inexistência de políticas de promoção à saúde e a prática profissional, corroborando a violência obstétrica e o aumento do óbito materno.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou um alto índice de mortalidade materna por causas obstétricas diretas na Paraíba, concentrando os maiores percentuais na população de cor preta/parda e nas causas relacionadas aos transtornos hipertensivos.

Destacam-se João Pessoa e Campina Grande com maior ocorrência de morte materna, porém esses territórios são considerados polos por reunir uma maior cobertura de serviços obstétricos especializados, logo, recebem muitos casos de não residentes, contribuindo na distorção epidemiológica da morte de mulheres fora do seu local de residência.

## CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras afirmam que não houve conflitos de interesses na execução desta pesquisa.

## CONTRIBUIÇÕES

**Samara Campos Mendes Silva, Edilene Araújo Monteiro, Adriana Gonçalves de Barros, Clarissa Maria Cardoso Guimarães e Solange de Almeida Melo** contribuíram com a elaboração e delineamento do estudo; a aquisição, análise e interpretação dos dados; e a redação do manuscrito. **Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas** contribuiu com a aquisição, análise e interpretação dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Nov 28]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_comites\\_mortalidade\\_materna.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Nov 28]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)

3. World Health Organization, Every Woman Every Child. Indicator and monitoring framework for the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030) [Internet]. New York: United Nations; 2016 [cited 2018 Jan 29]. Available from: <http://who.int/life-course/publications/gS-Indicator-and-monitoring-framework.pdf?ua=1>
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 23];387(10017):462-74. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext)
5. Silva BGC, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo MMC, et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 25];19(3):484-93. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000300484&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300484&lng=en)
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR), Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento [Internet]. Brasília: Ipea; 2014 [cited 2018 Jan 18]. Available from: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523\\_relatorioidm.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioidm.pdf)
7. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos [Internet]. [2017] [cited 2018 Feb 9]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
8. Universidade Federal do Maranhão. Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha [Internet]. São Luís: UFMA; 2015 [cited 2018 Apr 27]. Available from: [http://repocursos.unasus.ufma.br/rede\\_atencao/modulo2/und1/media/pdf/livro.pdf](http://repocursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo2/und1/media/pdf/livro.pdf)
9. Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba. Óbitos: Paraíba [Internet]. [2019] [cited 2018 Feb 16]. Available from: [http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim\\_estado.def](http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def)
10. Luizaga CT, Gotlieb SL, Jorge MH, Laurenti R. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 10];19(1):7-14. Available from: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000100002](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100002)
11. Verzani J. Using R in Introductory Statistics Courses with the pmg Graphical User Interface. *J Stat Educ*. 2008;16(1):01-17.
12. Aguiar CA, Tanaka ACd'A. Memórias coletivas de mulheres que vivenciaram o near miss materno: necessidades de saúde e direitos humanos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 21];32(9):e00161215. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000905011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000905011&lng=en)
13. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Pereira MN, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 20];30(Suppl 1):S169-81. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022)
14. Silva TC, Varela PLR, Oliveira RR, Mathias TAF. Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 29];25(3):617-28. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000300617&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300617&lng=en)
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Mar 20]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)
16. Pereira LM. Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero. *Saúde Transform Soc* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 2];6(1):70-8. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3144>

17. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade Materna. Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 19];25(2):173-9. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>
18. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos: Paraíba [Internet]. [2019?] [cited 2018 Mar 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/mat10pb.def>
19. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2015 [cited 2018 May 17];36(spe):192-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500192&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500192&lng=en)
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Diretriz de Atenção à Gestante: a operação Cesariana [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2017 Nov 14]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)
21. Lima MRG, Coelho ASF, Salge AKM, Guimarães JV, Costa PS, Sousa TCC, et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. Cad Saude Colet [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 26];25(3):324-31. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000300324&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300324&lng=en)
22. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 24];37(12):549-51. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032015001200549](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549)
23. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.262 de 06 de junho de 2014. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado da Paraíba e aloca recursos financeiros para sua implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Apr 18]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1262\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1262_06_06_2014.html)
24. Bazile J, Rigodon J, Berman L, Boulanger VM, Maistrellis E, Kausiwa P, et al. Intergenerational impacts of maternal mortality: Qualitative findings from rural Malawi. Reprod Health [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 10];12(Suppl 1):S1. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-12-S1-S1>

**Endereço para correspondência:**

Samara Campos Mendes Silva  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB  
Campus I - Cidade Universitária  
CEP: 58051-900 - João Pessoa - PB - Brasil  
E-mail: [samaracamposm@gmail.com](mailto:samaracamposm@gmail.com)

---

**Como citar:** Silva SCM, Monteiro EA, Freitas WMF, Barros AG, Guimarães CMC, Melo SA. Diagnóstico da situação de morte materna. Rev Bras Promoç Saúde. 2019;32:9259.

---