



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE**

ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA QUALIDADE DOS REGISTROS
DE ÓBITOS MATERNS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE

2022

ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA QUALIDADE DOS REGISTROS
DE ÓBITOS MATERNOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito ao título de Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde.

Área de concentração: Tecnologia em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo

CAMPINA GRANDE

2022

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48a Oliveira, Ana Emília Araújo de.
Análise do perfil epidemiológico e da qualidade dos registros de óbitos maternos no município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Ana Emília Araújo de Oliveira. - 2022.
76 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.
"Orientação : Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo, Coordenação do Curso de Computação - CCT."
1. Morte materna. 2. Epidemiologia. 3. Base de Dados. I.
Título

21. ed. CDD 618.79

ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA QUALIDADE DOS REGISTROS
DE ÓBITOS MATERNOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito ao título de Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde.

Área de concentração: Tecnologia em Saúde

Dissertação aprovada em: 01/09/2022

BANCA EXAMINADORA:

Wellington C. Araújo

Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo
Wellington Candeia de Araújo (UEPB)

Kátia Galdino

Profa. Dra. Kátia Elizabete Galdino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ana Elisa Pereira Chaves

Profa. Dra. Ana Elisa Pereira Chaves
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

*Dedico este trabalho aos meus pais:
José João e Janete, que contribuíram para a
realização desse sonho.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me proporcionar essa oportunidade e por ser a minha força nos dias mais difíceis enfrentados durante essa jornada, por me abençoar sempre em minhas escolhas, pois sem *Ele* nada disso seria possível;

Aos meus pais, José João e Janete, por serem o meu apoio a cada passo dado em minha vida e por tudo o que fazem para que eu possa seguir firme;

Aos meus filhos Virgínia e Danilo, por serem o meu incentivo diário. Tudo, por vocês!

Ao meu esposo Carlisson Rocha, pela compreensão e paciência nos momentos de ausência;

Aos meus irmãos; cunhada e sobrinha: Janine Araújo, José João Filho (Joãozinho), Caroline Azevedo (Carol), Laura (minha sobrinha querida), obrigada pelo apoio de vocês;

À minha família, por serem o meu alicerce e em especial, a minha tia Maria de Fátima Calzavara - Tia Fatica (*in memoriam*), que sempre me motivou a estudar e a ir em busca de alcançar os meus objetivos. Ela ficou muito feliz com a minha aprovação no mestrado e tenho certeza que de onde estiver, está feliz pela conclusão deste. Saudades, tia!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wellington Candeia de Araújo pela orientação, motivação e dedicação. Obrigada por tudo, professor!

As professoras Dr^a. Kátia Elizabete Galdino e Dr^a. Ana Elisa Pereira Chaves, pela atenção, disponibilidade e importantes contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Dr. Paulo Eduardo Barbosa e Silva, pela paciência e incentivo.

À Miguel Rodrigues Albuquerque Dantas, por me permitir atuar na Vigilância Epidemiológica /Vigilância do Óbito e me apoiar no estudo e na pesquisa. Obrigada, Dantas!

À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB, pela autorização e apoio na condução da pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância do Óbito: Fabiana, Andréa, Emília, Júnior, Socorro Costa e Fátima Guedes, pelas importantes contribuições.

Aos professores da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – CCBS- Campus I, do curso de Enfermagem: Gisetti Corina Brandão, Francisco de Assis Clementino

Sales, Luzibênia Leal, Jank Landy Almeida e Priscilla Castro, vocês fizeram toda a diferença na minha qualificação profissional. Muito Obrigada!

À professora do curso de enfermagem da UEPB, Dra Ardigleusa Alves Coelho, pela ajuda e incentivo na conclusão do mestrado.

As minhas amigas docentes que são exemplos de força e determinação; Francicleide Sousa (Cleide), Suzanne Nóbrega e Cleoneide Moura (Cléo).

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), instituição que me acolheu como docente e discente. Como tenho orgulho de ser UEPB!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde – NUTES/UEPB, em especial ao Coordenador Daniel Scherer.

A Fabiana, secretária do mestrado pela atenção e paciência.

Aos meus colegas do Mestrado: Paulo César Oliveira Brito, João Paulo Clemente da Silva e Winnie Isabelle Cordeiro Caldas, por me ajudar e fortalecer nos momentos difíceis.

À todos que contribuíram para a realização dessa etapa, meus sinceros agradecimentos.

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles”.

Augusto Cury

RESUMO

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde que reflete as condições socioeconômicas e a qualidade de vida de um determinado local. A morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. O estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a qualidade dos registros de óbitos maternos no município de Campina Grande – PB. Trata-se de um estudo documental, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. O universo da pesquisa foi composto por todos os óbitos maternos registrados no sistema de informação sobre mortalidade, sendo a amostra constituída por 44 registros de óbitos em mulheres residentes no município de Campina Grande - PB no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2021 e investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna Municipal. A pesquisa foi realizada a partir do quantitativo de óbitos maternos por meio das informações extraídas em base de dados secundários, analisando o perfil sociodemográfico da mortalidade materna e os dados da declaração de óbito materno através dos registros em bancos de dados com relação as dimensões de completude e de consistência. O estudo aponta que a prevalência dos óbitos maternos foi em mulheres na faixa etária dos 30 a 39 anos, em situação conjugal solteira e casada, da cor/raça parda, com ensino médio e de ocupação “do lar. A causa obstétrica direta foi a que apresentou maior percentual e como causa do óbito, complicações por/ ou em decorrência da SRAG/COVID - 19 e Síndrome Hellp. As Informações sobre mortalidade materna são importantes para o planejamento das ações, a fim de se ter através dos dados e estudos epidemiológicos informações fidedignas sobre a situação de saúde de uma população. Espera-se que esse trabalho possa sensibilizar os gestores e profissionais de saúde quanto a importância da atuação da vigilância epidemiológica e da vigilância do óbito.

Palavras-chave: morte materna; epidemiologia; base de dados.

ABSTRACT

Maternal mortality is an important health indicator that reflects the socioeconomic conditions and quality of life in a given location. Maternal death is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration or location of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or measures taken in relation to the pregnancy, but not due to accidental or incidental causes. The study aimed to analyze the epidemiological profile and the quality of maternal death records in the city of Campina Grande - PB. This is a documentary, exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The research universe consisted of all maternal deaths recorded in the mortality information system, and the sample consisted of 44 records of deaths in women residing in the city of Campina Grande - PB from January 2011 to December 2021 and investigated by the Municipal Maternal Mortality Committee. The research was carried out from the number of maternal deaths through information extracted from secondary data, analyzing the sociodemographic profile of maternal mortality and data from the maternal death certificate through records in databases in relation to the dimensions of completeness and consistency. The study shows that the prevalence of maternal deaths was in women aged between 30 and 39 years old, single and married, of mixed race/race, with high school education and "household occupation. The direct obstetric cause was the one with the highest percentage and as the cause of death, complications due to/or resulting from SARS/COVID-19 and Hellp Syndrome. Information on maternal mortality is important for planning actions, in order to obtain reliable information on the health situation of a population through data and epidemiological studies. It is hoped that this work can sensitize managers and health professionals about the importance of epidemiological surveillance and death surveillance

Keywords: maternal death; epidemiology; data base.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo das Declarações de Óbitos	29
Figura 2 - Mapa da localização Geográfica do Município de Campina Grande – PB	33
Figura 3 - Processos de acessibilidade dos Distritos Sanitários	34
Figura 4 - População de estudo	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Quantitativos de óbitos maternos por ano de ocorrência no Brasil, 2011 =	
	2021	23
Gráfico 2 -	Quantitativos de óbitos maternos por ano de ocorrência no estado da Paraíba -	
	Brasil,2011 – 2021	24
Gráfico 3 -	Quantitativo de mulheres por tipo de ocupação	43
Gráfico 4 -	Causa básica do óbito materno no município de Campina Grande – PB, 2011	
	–2021.....	45
Gráfico 5 -	Escores de completude da Declaração de Óbito (DO)	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das dimensões e variáveis de estudo	27
Quadro 2 - Descrição da classificação do grau de completude	37
Quadro 3 - Local de ocorrência do óbito materno em Campina Grande – PB	44
Quadro 4 - Tipo por causa obstétrica do óbito materno em Campina Grande – PB	46
Quadro 5 - Período gravídico-puerperal do óbito materno em Campina Grande – PB	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos óbitos maternos segundo ano de ocorrência, frequência absoluta e relativa. Campina Grande – PB, no período de 2011 – 2021	38
Tabela 2 -	Distribuição dos óbitos maternos no município de Campina Grande – PB no período de 2011-2021.....	39
Tabela 3 -	Quantitativo dos óbitos maternos com relação ao bairro de residência. Campina Grande – PB, no período de 2011 – 2021	42
Tabela 4 -	Completude da declaração de óbito materno. Campina Grande – PB, no período de 2011 – 2021.....	49
Tabela 5 -	Consistência, com a proporção das inconsistências da Declaração de Óbito, número absoluto, o percentual e a descrição	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CEO	Centros Especializados em Odontologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
DO	Declaração de Óbito
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
eESF	Equipes da Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISEA	Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida
MIF	Mulher em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SIM	Sistema de Informações em Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SS	Sistema de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo Geral	20
2.2	Objetivo Específico	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	Mortalidade Materna e Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno ...	22
3.2	Sistemas de Informações em Saúde (SIS).....	25
3.3	Declaração de Óbito.....	28
3.4	Investigação do Óbito Materno.....	30
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo de Pesquisa	33
4.2	Local e Período da Realização do Estudo	33
4.3	Universo e Amostra	35
4.4	Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados	36
4.5	Análise dos Dados	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
5.1	Óbitos maternos de 2011 a 2021 em Campina Grande/PB	38
5.2	Mortalidade materna segundo perfil sociocultural	39
5.3	Completude da declaração de óbito (DO)	48
5.4	Consistência da declaração de óbito (DO)	53
6	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados quanto ao número de óbitos maternos de 2011 A 2021.....	63
	APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados quanto ao perfil epidemiológico mulheres que foram a óbito no que concerne o ciclo gravídico-puerperal.	64
	APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados quanto a completude no preenchimento dos campos da DO.....	67
	APÊNDICE D: Instrumento de coleta de dados quanto a consistência no preenchimento dos campos da DO.....	70
	ANEXO A – Declaração de Óbito	71
	ANEXO B - Termo de Autorização Institucional	72

ANEXO C – Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	73
ANEXO D - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UEPB	74

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define a morte materna como o óbito de mulheres durante a gestação, puerpério ou período que se estende até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez (podendo ser devido à qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2020).

No cenário mundial, cerca de 830 mulheres vão a óbito diariamente devido situações evitáveis relativas à gestação e ao parto. Destes óbitos, 99% de sua totalidade advém de países em desenvolvimento, sendo maior entre as mulheres que vivem na área rural e em comunidades com baixas condições socioeconômicas (OPAS, 2018).

No Brasil, entre 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos pelo Sistema de Informação de Mortalidade, sendo que cerca de 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante o período gravídico-puerperal devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. O país continua acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2020).

Em 2015, as Nações Unidas estabeleceram os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de 2016-2030, sendo uma das metas a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos. O Brasil propôs como meta nacional a redução para no máximo 20 mortes por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030 (OMS, 2019).

É importante destacar que a maior parte das mortes maternas ocorridas no Brasil são por circunstâncias que poderiam ser evitadas em caso de acompanhamento gestacional adequado. Além disso, os fatores sociais dificultam o acesso ao sistema de saúde no período gestacional e no parto, refletindo em falta de informação, deslocamento extenso e a falta de acolhimento (BRASIL, 2021).

Estudo realizado por Soares *et al.*, (2017), revela que apesar das mortes materna terem causas variadas, tais óbitos se dão por causas evitáveis, como as doenças hipertensivas e hemorrágicas da gestação, o que não justifica as altas taxas de mortalidade.

Outro estudo realizado por Scartin *et al.*, (2019), mostra que o perfil epidemiológico dos óbitos maternos é influenciado por fatores sociais, os quais refletem as desigualdades que

assolam o mundo, a disparidade nas formas de acesso aos serviços de saúde, a educação e demais fatores que repercutem num grupo vulnerável para índices alarmante.

Verifica-se que mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública no mundo e constitui-se como sendo um importante indicador de saúde para população em geral. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda existem muitas dificuldades no processo de identificação dos casos de morte materna, devido ao preenchimento inadequado das declarações de óbito e ao grande número de sub-registros desses óbitos (VIANA et al., 2021).

Apesar do conhecimento amplamente disseminado sobre o valor do registro correto da declaração de óbito, evidenciam-se registros insatisfatórios que causam inconsistência nos dados epidemiológicos coletados. Essa fragilidade de informações pode ser justificada por diversos fatores, principalmente relacionados à formação acadêmica dos profissionais e ao acesso aos documentos informativos sobre o preenchimento adequado (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

Estudo realizado por Saito *et al.*, (2020) em Catanduva, São Paulo sobre a análise do preenchimento de declarações de óbito, mostra que ainda há déficit no saber médico acerca do preenchimento adequado das declarações de óbito e/ou descuido do profissional com a ética médica.

No Brasil, a portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância dos Óbitos Maternos e estabelece que a investigação dos óbitos seja obrigatória nos serviços de saúde públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Cabe mencionar que o formulário da declaração de óbito no Brasil segue o padrão internacional recomendado pela Organização Mundial de Saúde. A causa básica de morte é a doença ou lesão que iniciou a sucessão de acontecimentos que conduziram à morte. Entre as múltiplas causas de óbitos, a causa básica de morte é identificada com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) e nas regras de codificação (WHO, 2010).

Sabe-se que a falta de informações confiáveis pode comprometer tanto a formulação de indicadores de saúde e estudos epidemiológicos, quanto a implementação de medidas para melhorar o nível de vida da população (MASCARENHAS; GOMES, 2011).

Ao analisar a dimensão de completude, estudo realizado por Medeiros (2006), refere que a ausência de informações nos campos de preenchimento da declaração de óbito pode revelar a pouca importância dada pelo profissional médico, quanto a utilização dessas informações para melhorar a situação de saúde da população. A autora ainda avalia a dimensão consistência, observando variáveis que apresentam preenchimento insatisfatório. Entre os

resultados observados, chama atenção o campo com informações com o nome do pai, onde se repete o da mãe e no campo sobre o número de filhos nascidos vivos o preenchimento consta um número que corresponde a idade materna. Em ambos os casos não há dúvida que houve preenchimento incoerente.

Ressalta-se que declaração de óbito é um documento de estatística vital, constituído na base da moderna epidemiologia. A partir das informações contidas na declaração de óbito, são desenvolvidas estatísticas relacionadas a diversas variáveis sobre mortalidade, que constituem uma ferramenta essencial para a programação e avaliação das ações e investigações epidemiológicas, de ensino e pesquisa, sendo, ainda hoje, os dados mais utilizados em estatísticas voltadas à saúde, representado pelo SIM (MENDONÇA; DRUMOND; CARDOSO, 2010).

Frente a problemática da mortalidade materna no Brasil e considerando a importância da fidedignidade das informações da declaração de óbito, surgiu o interesse pela escolha da temática em estudo, motivado pela experiência profissional vivenciada na Gerência de Vigilância Epidemiológica e investigação de óbitos maternos do município de Campina Grande/PB.

Com base no exposto, apresenta-se o objeto de estudo da presente investigação: qualidade dos registros das declarações de óbitos e epidemiologia dos óbitos maternos. Nesse sentido, com a intenção de nortear a construção do estudo, elencaram-se as seguintes questões norteadoras de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico dos óbitos maternos em Campina Grande/PB? Como encontra-se a qualidade dos registros de óbitos maternos no município de Campina Grande/PB?

Ressalta-se que a justificativa de estudos acerca da qualidade dos registros das DO e do conhecimento do perfil epidemiológico das mortes maternas, contribuirão de forma específica para fornecer informações críticas necessárias para guiar programas e estratégias de saúde pública sobre a prevenção da morte materna.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Conhecer o perfil epidemiológico e a qualidade das investigações em base de dados de óbitos maternos no município de Campina Grande – PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar o número de óbitos maternos no período de 2011 a 2021 no município de Campina Grande – PB;
- Identificar o perfil epidemiológico das mulheres que foram a óbito no que concerne o ciclo gravídico – puerperal;
- Verificar a completude do preenchimento dos campos na Declaração de Óbito (DO);
- Verificar a consistência das informações contidas na Declaração de Óbito (DO).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do movimento da reforma sanitária, da Constituição de 1988 e das posteriores leis orgânicas que determinaram a sua implantação, buscou-se a oferta de saúde para a população dentro de uma perspectiva universal, equânime e integralizada (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Em 1994, foi instituído o Programa Saúde da Família — atual Estratégia Saúde da Família (ESF) — objetivando reorganizar as práticas de assistência à saúde a partir da atenção básica e em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1998). Foram propostas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, principalmente de patologias e agravos de maior prevalência em populações vulneráveis, com resolubilidade de 85% dos problemas de saúde da população de abrangência. Ainda, a ESF contribuiu para evitar internações, melhorar a qualidade de vida e reduzir a prevalência de mortes preveníveis (SILVA; MASCARENHAS, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi implantada na última década do século XX com o objetivo de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres contribuindo para a redução da morbimortalidade; ampliando, qualificando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher em todos os âmbitos da saúde (MONTEIRO et al., 2018).

E assim, seguindo os anos na criação de políticas públicas e diretrizes para a saúde das mulheres no Brasil e no mundo, em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um documento recomendando as boas práticas durante o parto e o nascimento para condução da melhor assistência de saúde às mulheres e bebês, destacando o que deveria e o que não deveria ser práticas de saúde pelos profissionais durante a assistência perinatal, baseados em evidências científicas, através de pesquisas realizadas em vários países do mundo (OMS, 1996).

Em março de 2011 foi lançada a Rede Cegonha, instituída pela portaria MS/GM nº1.459/2011 como uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

As diretrizes da Rede Cegonha portam os atributos desejados de um novo modelo de cuidado:

- vinculação territorial da gestante para atendimento em rede, evitando a peregrinação da mulher e da criança;
- mecanismos de acolhimento, com classificação de risco e vulnerabilidade;
- direito a acompanhante nos momentos de internação e procedimentos;
- adoção do conjunto de boas práticas a partir de evidências científicas;
- incorporação de enfermeiros obstétricos na atenção ao parto de risco habitual, fomentando o seu protagonismo no cuidado e na autonomia de agir em equipe;
- atenção humanizada às situações de abortamento e acesso ao aborto legal;
- oferta de ações de planejamento reprodutivo pós-abortamento;
- atenção às situações de violência sexual, com garantia de todos os critérios de privacidade e acolhida;
- adequação dos espaços físicos de trabalho, criando condições favoráveis aos vínculos sociais e subjetivos de cuidado (BRASIL, 2014).

O município de Campina Grande – PB, a partir da adesão e contratualização da Rede Cegonha no ano de 2013, destacou-se na região Nordeste (NE) por ter sido o único município a implementar todos os projetos cujas propostas haviam sido apresentadas e constavam no Plano de Ação da Rede Cegonha (2012), cumprindo e aplicando todos os recursos orçamentários no período de 2014 a 2016, principalmente, destinados à construção e/ou reforma e ampliação dos seguintes espaços na maternidade pública (ISEA): Ambiência, Casa da Gestante Bebê e Puérpera, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Centro de Parto Normal (CPN), Banco de Leite Humano (BLH) e implantado a Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica (UTI adulto tipo II) (SMS, 2022).

3.1 Mortalidade Materna e Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno

O conceito de morte materna está ligado às complicações da gravidez, parto e puerpério correspondendo aos óbitos codificados na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0, F53, M83.0 (OMS, 2003). Dessa forma, é possível ter a identificação das mortes maternas com base em suas causas, sejam elas diretas ou indiretas. As mortes maternas diretas são resultantes de complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, devidas a intervenções,

omissões ou tratamento incorreto. As mortes maternas indiretas são decorrentes de doenças preexistentes à gestação ou que são desenvolvidas nesse período, e que podem ser agravadas pelo efeito fisiológico da gestação. Ainda é possível considerar a mortalidade materna tardia como sendo aquela que ocorre no período superior a 42 dias e inferior a um ano, relacionadas às causas obstétricas diretas ou indiretas (WHO,2010).

Para a classificação de um óbito de mulher em idade fértil como morte materna tardia, os comitês procuram inicialmente estabelecer a relação causal entre a patologia que levou ao óbito com o processo gravídico-puerperal ocorrido em até um ano antes do óbito. Estabelecido o nexos, o caso é codificado como O96 (morte materna tardia) pela CID-10 e complementado na sequência com o CID da causa básica obstétrica direta ou indireta (por exemplo: O96/O90.3 ou O96/O99.4). Após a devida codificação, os municípios corrigem a causa básica no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (VEGA et al.,2017).

O indicador utilizado para avaliar a este fenômeno é a Razão de Mortalidade Materna (RMM), obtida pelo quociente entre o número de morte maternas e o número de nascidos vivos por determinado período, multiplicado por 100.000, por meio dele é mensurado o risco associado a gestação, parto e puerpério (WHO, 2012). Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004).

Políticas públicas para melhorar a saúde das mulheres foram implementadas no Brasil desde a década de 1980, mas, a despeito da ampliação do pré-natal e de outras conquistas, a RMM teve redução lenta na primeira década de 2000, inferior a 2% ao ano, passando de 73,3 para 59,7 por 100 mil nascidos vivos em 2015. A estimativa mais recente da RMM é do ano de 2018 - 59,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL,2020).

No Gráfico 1, tem-se o quantitativo de óbitos maternos no Brasil por ano de ocorrência no período de 2011 – 2021.

Gráfico 1 - Quantitativo de óbitos maternos por ano de ocorrência no Brasil. 2011 - 2021



Fonte: DATASUS, 2022.

No estado da Paraíba, o total foi de 447 óbitos maternos registrados no período de 2011-2021.

O Gráfico 2, mostra o quantitativo de óbitos maternos por ano de ocorrência no estado da Paraíba, observando um aumento das mortes a partir de 2020.

Gráfico 2 - Quantitativo de óbitos maternos por ano de ocorrência no estado da Paraíba, Brasil. 2011 - 2021



Fonte: DATASUS, 2022.

Em geral o perfil epidemiológico da Mortalidade Materna no Brasil, segue uma tendência negativa de atingir mais as mulheres na faixa etária adulto-jovem, com baixo nível de escolaridade, solteiras e de cor parda (RODRIGUES et al., 2019).

No Brasil, observa-se uma predominância em óbitos maternos de causa direta, notando os distúrbios hipertensivos da gestação, os sangramentos na gestação e as infecções como os seus principais fatores causadores (LOPES et al., 2017).

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito (BRASIL, 2009a). A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009b).

Em 1975, foi promulgada a Lei Nº 6.229 de 30/10, que criava o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, para o qual era essencial haver um subsistema de informações em mortalidade (LAURENTI; MELO; GOTLIEB, 2006). A Vigilância Epidemiológica é parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde no seu Art. 6º, Parágrafo 2º, que diz:

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990, p.76).

A Portaria GM nº 1172 de 15 de junho de 2004, preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar à atuação dos municípios” (BRASIL, 2004, p.24).

A vigilância de óbitos se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2009a). É fundamental: aumentar a quantidade de notificações de nascimentos e óbitos que são captados nos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde em até pelo menos 90% dos nascimentos e óbitos estimados; vigiar todos os óbitos segundo os critérios definidos e melhorar a qualidade das informações prestadas (inclusive sobre a causa da morte) (BRASIL, 2006).

3.2 Sistemas de Informações em Saúde (SIS)

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é definido como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004). Os SIS integram as estruturas organizacionais do SUS e contribuem para produção de conhecimento na área da saúde. Eles são constituídos por vários subsistemas e têm como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde subsidiando o processo de tomada de decisões (PINHEIRO et al., 2016).

De maneira geral, segundo Moraes (1994), os SIS devem fornecer indicadores em três grandes áreas principais:

- 1 - Determinantes de saúde, que incluem desde fatores socioeconômicos aos genéticos.
- 2 - Indicadores sobre sistema e serviços de saúde (SS), que devem abranger desde os relativos à infraestrutura e recursos financeiros, como também a cobertura e utilização dos SS, a disponibilidade e a qualidade da informação.
- 3 - Indicadores de situação de saúde, que incluem os relacionados à mortalidade, à morbidade/incapacidade e ao estado de saúde/qualidade de vida. Todos esses indicadores são essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.

Existe um conjunto de SIS nacionais de interesse à saúde, gerenciados pelo Ministério da Saúde (MS) e disponibilizados por meio da base de dados do Datasus, com destaque para os que produzem dados relacionados ao registro de estatísticas vitais: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) (MOTA; CARVALHO, 2003).

Esses sistemas, que oferecem dados sobre eventos essenciais para a análise das condições de saúde no Brasil, são importantes ferramentas para a produção do conhecimento sobre os serviços e situação de saúde na área materno-infantil, que continua como prioritária no país, pois apesar das reduções na mortalidade materna, infantil e também entre as crianças menores de cinco anos de idade, alguns desafios persistem. Dentre eles: as desigualdades regionais na distribuição populacional desses óbitos, o aumento de nascimentos pré-termo e as elevadas proporções de óbitos e internações hospitalares por causas evitáveis (VICTORIA et al., 2011).

Um dos aspectos da avaliação do sistema de vigilância diz respeito à qualidade dos dados, para que o sistema produza informações válidas e capazes de subsidiar a tomada de decisão por parte da gestão (WALDMAN, 2009). De acordo com Mota, Almeida e Viacava (2011), quanto melhor a qualidade da informação, maior seu potencial de aplicação na formulação de políticas, ações e avaliação das intervenções. De acordo com Lima et al. (2009), são dimensões de qualidade da informação: acessibilidade; clareza metodológica; cobertura; completitude; confiabilidade; consistência (coerência); não duplicidade; oportunidade; e validade. A completitude refere-se ao grau em que os registros de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) possuem valores não nulos e a consistência: grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios.

O Quadro 1, mostra as dimensões que foram analisadas nesse trabalho: completude e consistência.

Quadro 1 - Descrição das dimensões e variáveis de estudo

DIMENSÕES:	DESCRIÇÃO:	VARIÁVEIS DE ESTUDO:
Completude	Proporção de campos preenchidos por campos não preenchidos (CEPAL, 2003).	Todas as variáveis aplicáveis ao óbito materno que compreendem a declaração de óbito.
Consistência	Grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios (LIMA et al. 2009).	Todas as variáveis aplicáveis ao óbito materno que compreendem a declaração de óbito.

Fonte: Adaptado de Pereira (2016).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade foi implantado no Brasil em 1975, sendo o primeiro sistema de informação epidemiológica do Ministério da Saúde com abrangência nacional (LAURENTI; MELO; GOTLIEB, 2006). O sistema foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública e com base em informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2011).

A criação do Sistema de Informação sobre Mortalidade, representou um avanço na concepção dos sistemas de informação, por implantar um instrumento individual, padronizado e, em parte, pré-codificado para a coleta de dados – a declaração de óbito, segundo normas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BALDIJÃO, 1992). O referido sistema é um produto da unificação de dados, que possui variáveis que permitem a partir da causa mortis, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Apresenta, ainda, a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil (RIOS et al., 2013).

Segundo Moraes; Costa (2017), o sistema também possui um módulo disponível pela web, que acessa a base de dados nacional para registros e consultas de investigação, como óbitos infantis e neonatais e de gestantes e mulheres em idade fértil. Os dados históricos armazenados

pelo sistema produzem indicadores que subsidiam os gestores, por meio de consultas gerenciais acessíveis por intermédio dos aplicativos de consultas e de painéis situacionais de saúde em bases de dados consolidadas. Portanto, para que o SIM possa fornecer elementos que levem à construção de indicadores com qualidade, temos de avançar na completude e coerência entre si dos dados coletados (RIPSA, 2008).

3.3 Declaração de Óbito

A declaração de óbito (DO) é um documento imprescindível à organização e planejamento de uma sociedade de acordo com suas próprias necessidades, estabelecendo assim políticas direcionadas, principalmente no que diz respeito à saúde pública (MACMAHON; PUGH, 1970). A causa básica de morte é a doença ou lesão que iniciou a sucessão de acontecimentos que conduziram à morte. Entre as múltiplas causas de óbitos, a causa básica de morte é identificada com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) e nas regras de codificação (WHO, 2010).

Quando chegam aos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade (em geral, as secretarias municipais de saúde), as Declaração de Óbito (DO) são submetidas a um processo de crítica, a fim de detectar possíveis erros de preenchimento e realizar a seleção da causa básica do óbito, a codificação e a digitação dos dados (BRASIL, 1998). As críticas do sistema visa a detecção de possíveis erros de preenchimento da declaração de óbito, seleção de causa básica, codificação ou digitação de dados. Sua validação é feita através de cruzamento de variáveis para a verificação de consistência, como, por exemplo, da causa básica com idade e sexo (BRASIL, 1998). A Declaração de Óbito é composta por nove blocos, com o total de sessenta e duas variáveis (BRASIL, 2001):

Bloco I – Cartório: com seis variáveis

Bloco II – Identificação: com 14 variáveis

Bloco III – Residência: com cinco variáveis

Bloco IV – Ocorrência: com sete variáveis

Bloco V – Óbito Fetal ou menor de um ano: com 10 variáveis

Bloco VI – Condições e Causas do óbito: com sete variáveis

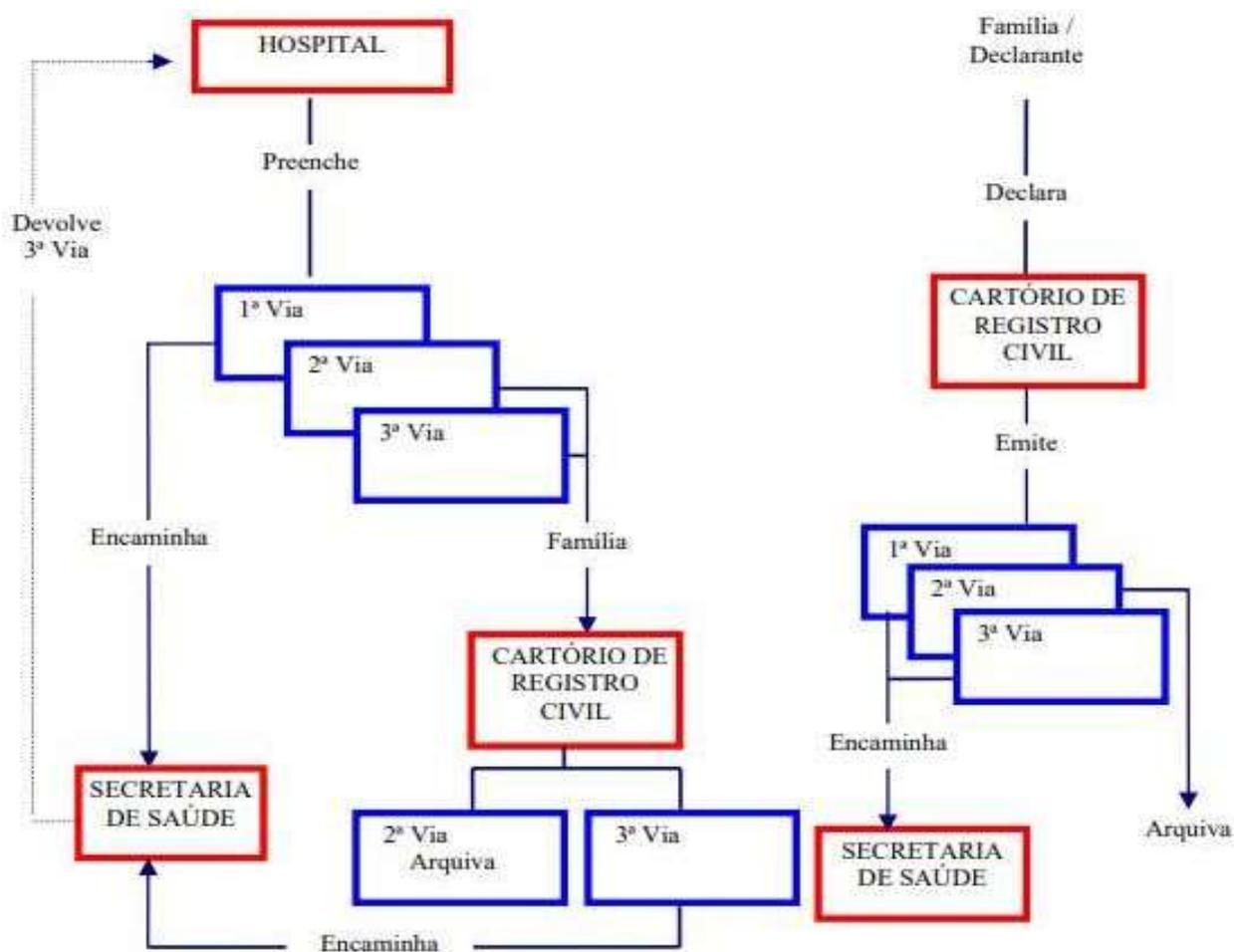
Bloco VII – Médico: com seis variáveis

Bloco VIII – Causas externas: com cinco variáveis

Bloco IX – Localidade sem Médico: com duas variáveis.

A **primeira via (cor branca)** é recolhida dos estabelecimentos de saúde e institutos de medicina legal, pelos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade em geral, as secretarias de saúde, ou enviada a estes pelos estabelecimentos referidos. O destino dessa via é o processamento de dados nas instâncias municipais ou estaduais. A **segunda via (cor amarela)** é entregue pelo médico ou pelo estabelecimento que preencheu a ficha da pessoa falecida, para que seja levada ao cartório de registro civil, onde deve ficar arquivada para os procedimentos legais. A **terceira via (cor rosa)** permanece na unidade notificadora, junto à documentação do paciente. Nos casos de óbitos domiciliares, em que o falecimento é, em geral, atestado por um médico particular, essa via também é entregue à família e segue o mesmo fluxo da segunda via (BRASIL, 2001). A Figura 1, apresenta o fluxo das declarações de óbitos.

Figura 1 - Fluxo das Declarações de Óbitos



Fonte: Ministério da Saúde, 1996.

3.4 Investigação do Óbito Materno

O processo de vigilância se inicia com a Declaração de Óbito (DO), seguindo com a investigação ambulatorial por meio do prontuário eletrônico da mulher, analisando toda a assistência no período gravídico e executam, também, a investigação hospitalar na maternidade onde ocorreu o parto. Os profissionais da vigilância realizam a entrevista domiciliar, reconstruindo com a família os fatos que levaram ao óbito e registrando a percepção dos familiares sobre o desfecho. O processo da investigação finda com a reconstrução da história em um resumo, ressaltando os pontos mais importantes do caso (FERREIRA et al., 2019).

Para que a vigilância dos óbitos contribua com a identificação da cadeia de determinantes da mortalidade dos óbitos e com o planejamento de ações direcionadas à redução dos mesmos, seus instrumentos de investigação devem ser avaliados continuamente (CAETANO; VANDERLEI; FRIAS, 2013). Isto permite identificar se a utilização desses instrumentos é suficiente para o alcance de seus objetivos, haja vista que as falhas relacionadas ao preenchimento das fichas de investigação dificultam o uso de suas informações no planejamento de políticas e programas na área da saúde materno e infantil (MORAIS; TAKANO; SOUZA, 2011).

Com relação a evitabilidade do óbito, no estudo de Resende *et al.*, (2015) foi possível perceber a partir dos relatos dos familiares, que o modo como eles compreenderam as reais causas que levaram à ocorrência do óbito da parente foi influenciado pela assistência prestada às mulheres que morreram.

Os óbitos maternos são identificados através do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica, da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Campina Grande-PB, onde se coordena e arquiva o processo de investigação do óbito e alcança o nível de 100% de investigação com relação ao óbito materno.

Os dados do SIM no município de Campina Grande – PB são alimentados através do envio da declaração de óbitos dos hospitais e das maternidades da cidade, de cartórios que captam os nascimentos e óbitos extra hospitalares. Ao recebimento da declaração de óbito, faz-se uma triagem por classificação dos tipos de óbitos (de causas mal definida, mulheres em idade fértil (MIF) materno, fetal e infantil) e separam-se as fichas de investigação de acordo com a classificação. Após essa etapa, é feito o processo de investigação dos óbitos, em que inicialmente se analisa as informações contidas na declaração de óbito e também se o óbito é

de área de cobertura de ESF ou de área descoberta. Faz-se contato com a equipe de saúde que se confirma a cobertura e a mesma recebe as fichas de investigação e a cópia da DO.

Nas áreas descobertas e na rede privada (consultórios particulares), essas fichas são preenchidas pelas enfermeiras que atuam na investigação do óbito materno na Vigilância Epidemiológica no município de Campina Grande – PB (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022). Os registros de mortalidade do município são enviados regularmente à Secretaria Estadual de Saúde e transmitidos para o banco de dados nacional do Ministério da Saúde.

No Brasil, a operacionalização da vigilância dos óbitos materno e infantil ganhou espaço específico com a criação dos comitês de prevenção. Tais instâncias constituem verdadeiros espaços de controle social e apoio à gestão e são hoje entendidos como imprescindíveis para a redução desses eventos através do conhecimento de sua magnitude e determinantes e proposição de ações para a qualificação da atenção à saúde. Vários municípios, principalmente capitais, apresentam experiências exitosas (MENDES; OSIANO, 2013).

Os Comitês de Mortalidade Materna são relevantes na investigação do óbito materno, por contribuírem para a melhoria do sistema de registro e por identificar os óbitos maternos, ao investigar os óbitos de mulheres em idade fértil. São identificadas as mortes maternas não declaradas, e os fatores de evitabilidade desses óbitos e analisadas as circunstâncias de sua ocorrência, visando propor medidas de intervenção que possam levar à redução da mortalidade materna (BRASIL, 2002).

Quanto ao Comitê Municipal de Prevenção da Morte Materna, Fetal e Infantil (CMPMMFI) do município de Campina Grande – PB, foi criado pela Portaria nº 018/2013/PMCG/SMS-GS publicada no dia 03 de julho de 2013 e reativado e ampliado pelo Decreto nº 4.190 de 7 de outubro de 2015 dentro da perspectiva e cumprimento dos requisitos da RC. Desde então, integra suas ações e mantém reuniões regulares, exceto na pandemia, considerando o momento epidemiológico atual e o caráter do sigilo a ser mantido (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

O objetivo é identificar as causas das mortes, traçar estratégias para diminuir os índices de mortalidade materna, neonatal, fetal e infantil e atentar para a epidemiologia com vistas nas situações de maior vulnerabilidade. A cada investigação, a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de referência, a Gerente do Distrito Sanitário, as representações das maternidades e/ou serviços de saúde de caráter não obstétrico, são acionados e convidados à participação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Nas situações cujo óbito ocorreu em instituição privada e o acompanhamento do pré-natal deu-se por meio de contratualização particular, os profissionais destes serviços também são acionados à participação, bem como a equipe da área a qual pertencia a usuária. Para todas as situações têm sido feitas considerações, mudanças estratégicas, melhor monitoramento do acompanhamento das mulheres e sempre que necessário discutido com o gestor da referida maternidade para que se possa implementar ações de enfrentamento também no segmento de assistência secundária (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Cabe mencionar, que os óbitos maternos no município de Campina Grande – PB apresentam frequência no sistema de informação principalmente depois da implantação da UTI Obstétrica no ISEA no ano de 2014. Anteriormente as mulheres precisavam ser transferidas para a capital ou outras maternidades e isso representava fator complicador para nossos serviços de saúde, equipes assistenciais e para as famílias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.

4.2 Local e período da realização do estudo

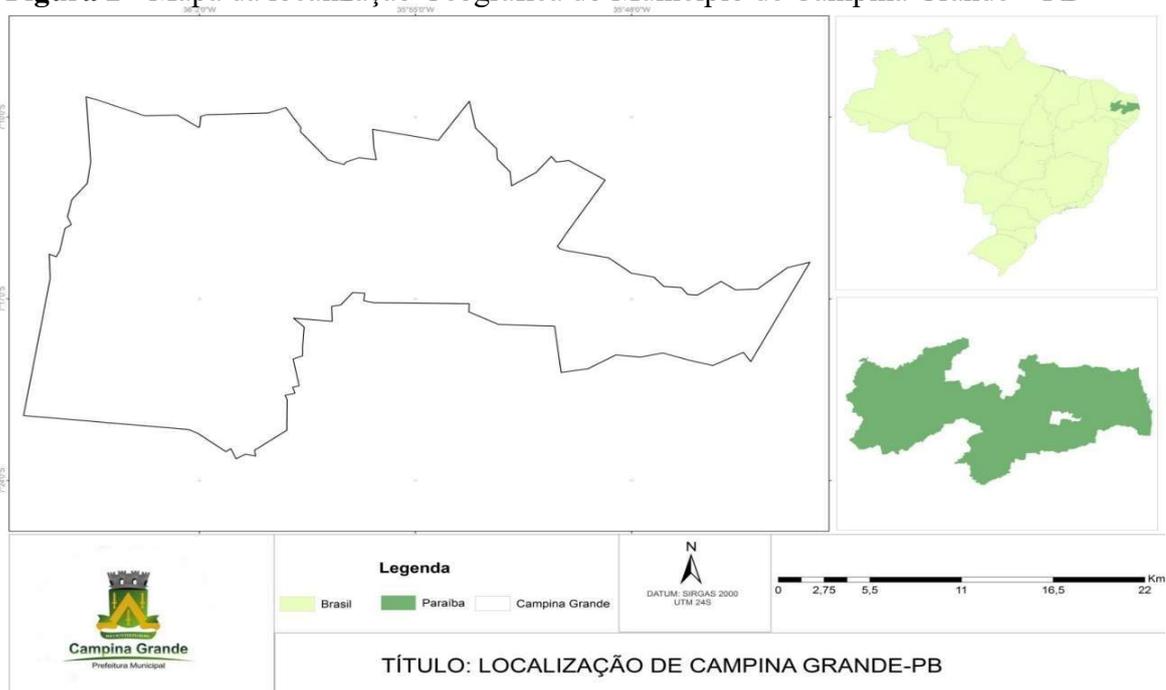
A pesquisa foi realizada na Gerência de Vigilância Epidemiológica da Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Campina Grande/PB, no período de abril e maio de 2022.

O município de Campina Grande apresenta uma população de 411.807 habitantes e uma área territorial de 591,658 km². É considerado o segundo mais populoso do estado da Paraíba, ficando a 120 km da capital do estado, João Pessoa (IBGE, 2020).

Ressalta-se que Campina Grande-PB está localizado na região Nordeste do Brasil, especificamente no estado da Paraíba, compreendido entre as seguintes coordenadas geográficas: 7° 21' 30'' S 36° 7' 44'' W e 7° 15' 37'' S 35° 42' 11'' W.

O mapa da localização geográfica do município de Campina Grande está representado na Figura 2.

Figura 2 - Mapa da localização Geográfica do Município de Campina Grande – PB



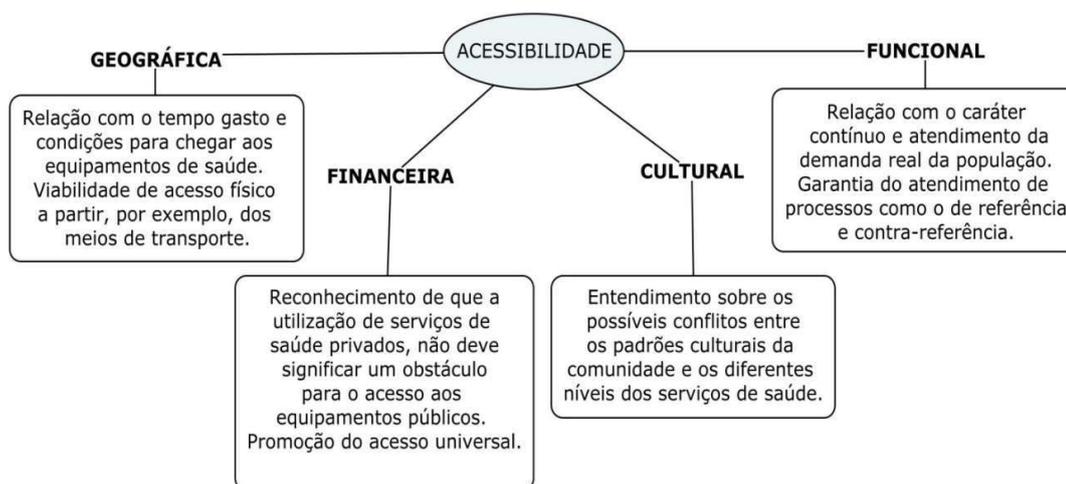
Fonte: SMS/DVS, 2015.

Em relação as especificações da territorialização da Atenção Básica de Campina Grande – PB, atentando às indicações de documentos oficiais como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) priorizou-se por um processo de distritalização que assegurasse a continuidade e organização da prestação dos serviços de saúde, bem comoda adequação destes no que se refere às características da população de cada território. Além disso, destaca-se a busca pelo cumprimento das diretrizes e princípios da Lei 8.080/903, dentre as quais se destacam a universalidade, integralidade e igualdade no direcionamento dos serviços de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

Nesses termos, para a reestruturação dos distritos sanitários de Campina Grande-PB, levou-se em consideração a diversidade dos diferentes tipos de acessibilidade propostas oficialmente pelo Ministério da Saúde. Dentre estas, ressaltam-se a acessibilidade geográfica, financeira, cultural e funcional, as quais devem ser trabalhadas pelas competências dos gestores. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

Na Figura 3, tem-se o modelo explicativo dos processos de acessibilidade dos distritos sanitários.

Figura 3 - Processos de acessibilidade dos Distritos Sanitários



Fonte: SMS/DVS, 2022.

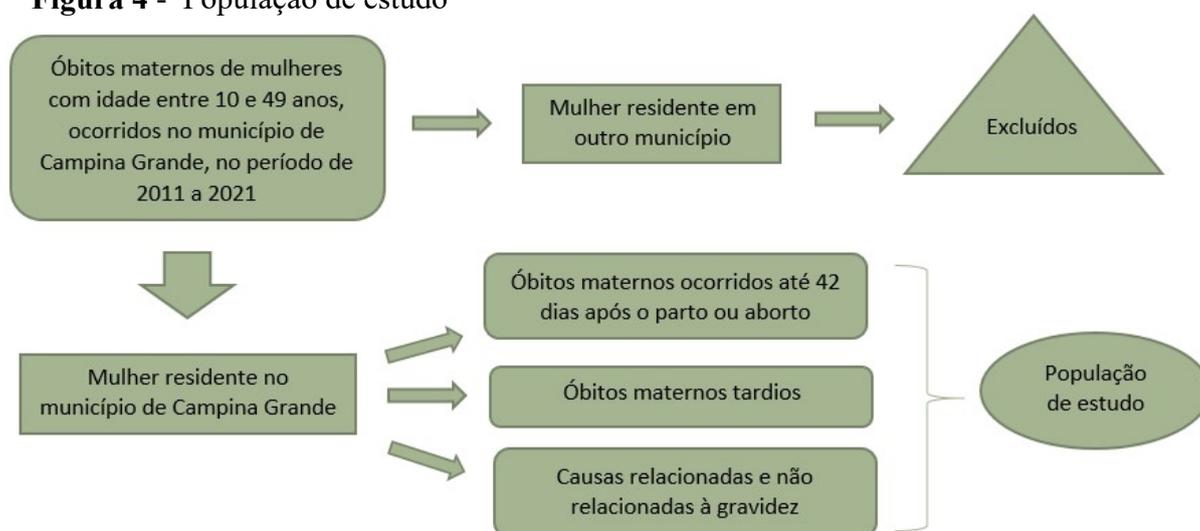
Nesse sentido, reconhecendo a complexidade para a efetiva pactuação dos territórios de saúde, além da geração de sistemas de informações regionais, buscou-se atender aos critérios gerais pontuados pelo Ministério da Saúde na redefinição dos distritos sanitários de Campina Grande-PB quanto à acessibilidade geográfica, financeira, cultural e funcional (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2015).

A Atenção Primária em Saúde (APS) está dividida de forma hierarquizada em 07 Distritos Sanitários e com perfil de Atenção Básica constituída por (118) equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF, (83) Unidades Saúde da Família - USF, destas, (09) são Saúde na Hora, (06) Centros de Saúde (Francisco Pinto; Catolé; Palmeira; BelaVista; Liberdade; São José da Mata); (02) Policlínicas (Policlínica Luzia Dantas nas Malvinas; Policlínica do José Pinheiro); (55) Equipes de Saúde Bucal e (04) CEOs (Centros Especializados em Odontologia). Os Centros de Saúde são sedes de atendimento para usuários que ainda não dispõem de USF. A estruturação da APS encontra-se em constante remodelação e ampliação dos serviços de saúde para o adequado acesso e atendimento à sua população com vistas no acompanhamento de novas áreas territoriais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

4.3 Universo e Amostra

O universo do estudo foi composto por todos os óbitos maternos registrados no SIM, residentes no município de Campina Grande - PB no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2021 e investigados pelo Comitê de Mortalidade Materna Municipal. A amostra foi composta por 44 mulheres que foram a óbito no período de 2011 a 2021. A Figura 4, mostra a população de estudo.

Figura 4 - População de estudo



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Como critérios de inclusão foram considerados os óbitos maternos obstétrico direto ou indireto, óbitos declarados de mulheres residentes no município de Campina Grande- PB, e óbitos ocorridos no período de 2011 a 2021.

Foram excluídos do estudo, os registros de óbitos por outras causas, óbitos não consideradas ou não relacionadas ao processo gravídico- puerperal e os óbitos maternos residentes em outros municípios.

4.4 Instrumento e Procedimentos para a Coleta de Dados

O instrumento oficial utilizado para realizar o estudo foi a DO (ANEXO A). Para realizar o estudo foi solicitada autorização a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB, através da Diretoria de Vigilância em Saúde (ANEXO B).

Após autorização institucional, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UEPB, solicitando dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C), cujo o comitê emitiu o parecer de “aprovado”, de número: 5.516.044 (ANEXO D).

Os dados utilizados para a realização do estudo foram coletados através do DATASUS são de domínio público, disponíveis de forma livre e gratuita na rede mundial de computadores. Já os dados obtidos através do instrumento da declaração de óbito (DO), são dados restritos ao setor da Vigilância Epidemiológica.

Para viabilizar a coleta de dados foi elaborado 4 (quatro) instrumentos no programa do microsoft word com intuito de estruturar e registrar os dados referentes aos objetivos propostos desse estudo, sendo um instrumento para levantar o número de óbitos maternos no período de 2011 a 2021 (APÊNDICE A), um instrumento para identificar o perfil epidemiológico das mulheres que foram a óbito no que concerne o ciclo gravídico – puerperal (APÊNDICE B), um instrumento para verificar a completude do preenchimento dos campos na DO (APÊNDICE C) e um instrumento para verificar a consistência das informações contidas na DO (APÊNDICE D). Após o levantamento dos dados, estes foram dispostos em tabelas, quadros e gráficos.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados por estatística descritiva, considerando a frequência: absoluta e relativa, distribuídos em figuras, gráficos, quadros e tabelas, através do programa

Microsoft Office Excel for Windows 2010 e do programa Epi info.

Para avaliar os dados foram consideradas as variáveis contidas na Declaração de Óbito de acordo com o tipo de óbito do estudo (óbito materno). As variáveis foram categorizadas com valores correspondentes às respostas do próprio instrumento e com valores diferentes para as variáveis com ausência de preenchimento (sem informação ou “ignorado”). Para as variáveis com respostas abertas (subjetivas ou de texto) foram atribuídos valores válidos e quando estas encontravam-se em branco, considerando-as assim como “sem informação”.

Quanto a Completude dos instrumentos foram utilizados os *escores* propostos por Romero e Cunha (2006), adaptados, com o intuito de avaliar o grau de preenchimento das variáveis, para uma melhor compreensão. São eles: Excelente (mais de 95,0% de preenchimento); Bom (90,0% a 95,0%); Regular (80,0% a 89,9%) e Ruim (50,0% a 79,9%) e Muito Ruim (Menos de 50% de preenchimento).

O Quadro 2, descreve a classificação do grau de completude, a descrição e legenda (através da cor adotada no estudo).

Quadro 2 - Descrição da classificação do grau de completude

Grau de Completude	Descrição	Legenda
Maior que 95% de preenchimento	Excelente	
Entre 90% e 95% de preenchimento	Bom	
Entre 80% e 89,9% de preenchimento	Regular	
Entre 50% e 79,9% de preenchimento	Ruim	
Menor que 50% de preenchimento	Muito ruim	

Fonte: Adaptado de Romero e Cunha (2006).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Óbitos maternos no período de 2011 a 2021 no município de Campina Grande/PB

Os resultados foram estruturados com base nos objetivos da pesquisa, sendo: número de óbitos materno no período de 2011 a 2021; perfil epidemiológico das mulheres que foram a óbito no que concerne o ciclo gravídico – puerperal; completude do preenchimento dos campos na Declaração de Óbito, e consistência das informações contidas na Declaração de Óbito.

A Tabela 1, mostra a distribuição dos óbitos maternos segundo ano de ocorrência, frequência absoluta e relativa. Campina Grande, 2011-2021

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos maternos segundo ano de ocorrência, frequência absoluta e relativa. Campina Grande, 2011-2021

Ano de ocorrência	N	%
2011	2	4,55
2012	5	11,36
2013	3	6,82
2014	3	6,82
2015	2	4,55
2016	5	11,36
2017	2	4,55
2018	8	18,18
2019	1	2,27
2020	6	13,64
2021	7	15,91
Total	44	100,00

Fonte: SMS/DVS, 2022.

No presente estudo foram registrados 44 óbitos de mulheres no ciclo gravídico- puerperal, no período de 2011 a 2021. Em 2011, foram 2 (dois) óbitos maternos (4,55%), em 2012, 5 (cinco) óbitos maternos (11,36%), seguido de 3 (três) óbitos maternos em 2013 e em 2014 respectivamente. Em 2015 foram 2 (dois) óbitos maternos (4,55%), em 2016, 5 (cinco)

óbitos maternos (11,36%) e em 2017 foram 2 (dois) óbitos maternos (4,55%). Observa-se no ano de 2018, aumento da ocorrência dos óbitos, com 8 (oito) óbitos maternos (18,18%), enquanto em 2019 ocorreu 1 (um) óbito materno (2,27%).

Em 2020, ano em que a OMS declarou pandemia pelo novo coronavírus, foi observado aumento nos óbitos maternos na pandemia, 6 (seis) óbitos maternos (13,64%) em 2020 e 7 (sete) óbitos maternos em 2021 (15,91) %, demonstrando uma linha de ascendência, totalizando 13 óbitos maternos (29,55%) nesses dois anos.

O estudo de Francisco et al. (2021) afirma que em uma comparação entre os anos de 2020 e 2021, dois anos de um contexto pandêmico, revelou um crescimento de 233,8% de óbitos semanais de gestantes e puérperas.

5.2 Mortalidade materna segundo perfil sociocultural

Na Tabela 2, estão descritos a distribuição dos óbitos maternos no município de Campina Grande – PB no período de 2011-2021.

Tabela 2 - Distribuição sociocultural dos óbitos maternos no município de Campina Grande – PB no período de 2011 – 2021

Variáveis	N	%	(Continua)
Faixa etária			
10 - 19	6	13,64	
20 - 29	8	18,18	
30 - 39	26	59,09	
40 - 49	4	9,09	
Total	44	100,00	
Cor/Raça			
Branca	9	20,45	
Preta	1	2,27	
Amarela	1	2,27	
Parda	21	47,73	
Sem informação	12	27,27	
Total	44	100,00	

Tabela 2 - Distribuição sociocultural dos óbitos maternos no município de Campina Grande – PB no período de 2011 – 2021

Variáveis	N	%
(Conclusão)		
Situação conjugal		
Solteira	9	20,45
Casada	9	20,45
União estável	3	6,82
Ignorada	1	2,27
Sem informação	22	50,00
Total	44	100,00
Escolaridade		
Ensino Fundamental	4	9,09
Ensino Médio	10	22,73
Superior Incompleto	1	2,27
Superior Completo	1	2,27
Ignorado	2	4,55
Sem informação	26	59,09
Total	44	100,00

Fonte: SMS/DVS, 2022.

De acordo com a Tabela 2, com relação a faixa etária, 6 (seis) óbitos (13,64%) ocorreram em mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos, 8 (oito) óbitos (18,18%) na faixa etária de 20 a 29 anos, seguido de 26 óbitos (59,09%) na faixa etária de 30 a 39 anos e 4 (quatro) óbitos (9,09%) em mulheres de faixa etária de 40 a 49 anos. Observa-se a faixa etária dos 30 a 39 anos com maior proporção de óbitos maternos.

O maior risco de morte materna encontra-se em mulheres muito jovens ou com idade mais avançada - menores de 15 anos ou maiores de 35 anos - sendo que as mulheres com a idade mais avançada são mais suscetíveis à hipertensão específica da gestação (BRASIL, 2020).

Um estudo realizado por Castro *et al*, 2020 mostra que a faixa etária de 30 a 39 também apresentou maior número de casos de morte materna, representando 40,6%, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos com 38,6% dos casos, 15 a 19 anos com 12,3% e por último a faixa de 40 a 49 anos que representou 8,4% dos óbitos.

Analisando a variável raça/cor, 9 (nove) mulheres (20,45%) eram brancas, seguida de 1 (uma) mulher (2,27%) preta, 1 (uma) mulher (2,27%) amarela, 21 mulheres (47,73%) eram

pardas e 12 mulheres sem informação da variável no campo (27,27%). O estudo mostra que a raça/cor da mulher parda foi a mais prevalente.

Ao se tratar da variável cor/raça, observa-se que no estudo de Barreto 2021, também houve predomínio da raça/cor parda e da branca com mínima diferença. A cor/raça das mulheres mais afetadas são as pardas que possuem menor poder aquisitivo, têm poucas oportunidades nos serviços de saúde com acesso precário e limitado ao sistema.

Na descrição do óbito ou na ficha de investigação não é descrito se a raça informada é de acordo com a observação do médico ou se foi autorreferida anteriormente pela paciente, existindo a possibilidade de que a alta porcentagem de mulheres pardas esteja relacionada com o registro inadequado da sua cor (SIMILI, 2021).

O perfil da situação conjugal, 9 (nove) mulheres (20,45%) eram solteiras e 9 (nove) (20,45%) casadas ambas correspondendo ao mesmo quantitativo, seguido de 3 (três) mulheres (6,82%) união estável, 1 (uma) mulher (2,27%) de variável situação conjugal ignorada e 22 mulheres sem informação da variável marcada no campo (50,00%). Observa-se a maior porcentagem (50,00%), do campo variável situação conjugal sem informação.

No estudo de Silva et al. (2022) foi observado com relação ao estado civil da gestante, as mulheres solteiras possuem índice de mortalidade quase três vezes maior do que as mulheres casadas, demonstrando a relação entre estado civil, suporte emocional e desfechos desfavoráveis, expostos anteriormente.

O perfil epidemiológico da escolaridade, mostrou que 4 (quadro) mulheres (9,09%) tinham o ensino fundamental, 10 (dez) mulheres (22,73%) tinham o ensino médio, correspondendo ao maior percentual, seguido de 1 (uma) mulher (2,27%) com ensino superior incompleto, 1 (uma) mulher (2,27%) com ensino superior completo, 2 (duas) mulheres (4,55%) de variável escolaridade ignorada e 26 mulheres sem informação da variável marcada no campo (59,09%).

A baixa escolaridade materna é ainda mais notória, à medida que é exposto um protótipo crônico da falta de acesso a informações, bens e serviços do público-alvo de gestantes mais pobres, pondo a assistência à gestação a níveis insatisfatórios os quais se atrelam a doenças não tratadas (TSUNECHIRO, 2018).

No estudo de Tintori et al. (2022), o perfil de escolaridade mostrou que 19 mulheres (52,8%) tinham oito anos ou mais de estudo e cinco (13,9%) tinham ensino superior completo. Em relação a ocupação, o registro dessa informação demonstrou que 11 mulheres (30%) possuíam renda, considerando que possuíam um código de Classificação Brasileira de

Ocupação preenchida para esse campo na DO, já em 20 (55,6%) registros essa informação foi preenchida como ignorada e cinco (13,9%) registros estavam em branco, ou seja, sem preenchimento do dado.

A Tabela 3, mostra o quantitativo dos óbitos maternos com relação ao bairro de residência.

Tabela 3 - Quantitativo dos óbitos maternos com relação ao bairro de residência. Campina Grande, 2011-2021

(Continua)

BAIRRO POR RESIDÊNCIA	N	%
Bodocongó	5	11,36
Malvinas	4	9,09
Pedregal	4	9,09
Católé	3	6,82
Catingueira	2	4,55
Galante	2	4,55
Monte Castelo	2	4,55
Santo Antônio	2	4,55
Serrotão	2	4,55
Três Irmãs	2	4,55
Acácio Figueiredo	1	2,27
Bairro das Cidades	1	2,27
Bairro das Nações	1	2,27
Cruzeiro	1	2,27
Distrito Industrial	1	2,27
Estação Velha	1	2,27
Jardim Paulistano	1	2,27
Jardim Quarenta	1	2,27
José Pinheiro	1	2,27
Nova Brasília	1	2,27
Novo Bodocongó	1	2,27
Prata	1	2,27
Presidente Médici	1	2,27
Quarenta	1	2,27

Tabela 3 - Quantitativo dos óbitos maternos com relação ao bairro de residência. Campina Grande, 2011-2021

(Conclusão)

BAIRRO POR RESIDÊNCIA	N	%
Santa Cruz	1	2,27
Velame	1	2,27
Total	44	100,00

Fonte: SMS/DVS, 2022.

Ao analisar o bairro por residência na Tabela 3, evidenciou-se que 5 (cinco) mulheres (11,36%) residiam no bairro de Bodocongó, onde obteve o maior percentual, em seguida os bairros; Malvinas e Pedregal, com 4 (quatro) mulheres (9,09%) em cada bairro. No bairro do Catolé com 3 (três) mulheres (6,82%), seguindo de 2 (dois) mulheres (4,55%) nos seguintes bairros: Catingueira, Distrito de Galante, Monte Castelo, Santo Antônio, Serrotão e Três Irmãs. Nos próximos bairros: Acácio Figueiredo, Bairro das Cidades, Bairro das Nações, Cruzeiro, Distrito Industrial, Estação Velha, Jardim Paulistano, Jardim Quarenta, José Pinheiro, Nova Brasília, Novo Bodocongó, Prata, Presidente Médici, Quarenta, Santa Cruz e Velame; com 1 (uma) mulher (2,27%) residente em cada bairro.

O georreferenciamento tem sido utilizado para análise da distribuição espacial, permitindo a caracterização da condição de saúde em determinada região (INAGAKI et al., 2014). Nesse sentido, a identificação dos bairros com maiores taxas de mortalidade materna é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de políticas públicas e programas para a redução dos índices de mortalidade (BORGES, 2012). O Gráfico 3, destaca o quantitativo de mulheres por tipo de ocupação.

Gráfico 3 - Quantitativo de mulheres por tipo de ocupação



Fonte: SMS/DVS, 2022.

Com relação ao tipo de ocupação, evidenciou-se uma predominância de 12 mulheres na ocupação “do lar” seguido de 2 (duas) mulheres na ocupação doméstica e 2 (duas) mulheres na ocupação de estudante. Em seguida, o quantitativo de 1 (uma) mulher nas seguintes ocupações: agricultora, auxiliar de contabilidade, auxiliar de escritório, educadora, funcionária pública, manicure, maquinista, professora, serviços gerais e técnica de enfermagem. Observa-se o quantitativo de 17 mulheres sem informação da variável no campo “ocupação” assinalada.

É importante salientar que a ocupação “do lar”, muitas vezes desvalorizada por não ser um trabalho remunerado, é responsável pelo desgaste e grande esforço físico, mesmo durante a gravidez. Desta forma, pode acarretar risco para óbito (BRASIL, 2000).

O Quadro 3, apresenta o local de ocorrência do óbito materno no município de Campina Grande – PB.

Quadro 3 - Local de ocorrência do óbito materno no município de Campina Grande – PB, 2011-2021

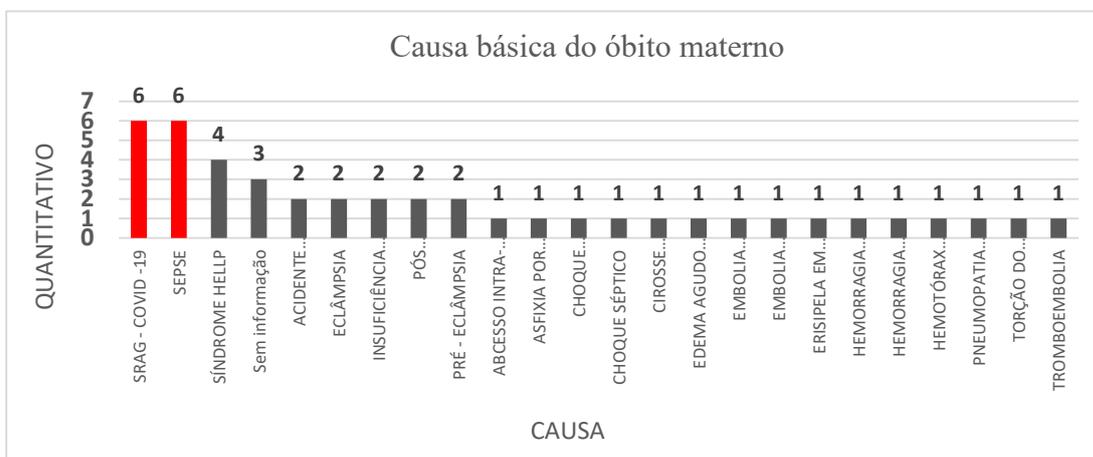
Ocorrência do óbito	N	%	Porcentagem Cumulativa
Domicílio	1	2,27	2,27
Hospital	42	95,45	97,73
Sem Informação	1	2,27	100,00
Total	44	100,00	100,00

Fonte: SMS/DVS, 2022.

Com relação ao local de ocorrência do óbito, 1 (um) óbito (2,27%) ocorreu em domicílio, 42 óbitos (95,45%) no âmbito hospitalar e 1 (um) óbito (2,27%) sem informação do local de ocorrência.

A morte hospitalar é aquela que ocorre a qualquer momento e em qualquer dependência de um hospital ou estabelecimento de saúde, independentemente do tempo transcorrido entre a chegada da paciente e seu falecimento. O óbito da paciente dentro da ambulância, a caminho do hospital, também é considerado hospitalar (BRASIL, 2007). O Gráfico 4, apresenta a causa do óbito materno no município de Campina Grande – PB.

Gráfico 4 - Distribuição da causa básica do óbito materno no município de Campina Grande – PB, 2011-2021



Fonte: SMS/DVS, 2022.

No presente estudo, a causa do óbito materno foi avaliada a partir das informações descritas no campo: causa básica. A causa básica do óbito materno mais prevalente está associada ao SRAG/COVID-19, totalizando 6 (seis) óbitos maternos e a sepse também com o mesmo quantitativo. Em seguida, a Síndrome de Hellp como causa em 4 (quadro) óbitos, 3 (três) mulheres sem a informação da causa do óbito na DO. Continuando o estudo, com 2 (dois) óbitos para cada causa: Acidente vascular encefálico; eclâmpsia; insuficiência cardíaca; pós-operatório de cesariana e pré-eclâmpisa.

Com o quantitativo de 1 (um) óbito materno, tem-se as seguintes causas: abscesso intra-abdominal; asfixia por estrangulamento; choque-séptico; cirose criptogênica; edema agudo de pulmão; embolia amniótica; embolia pulmonar; erisipela em membro inferior direito; hemorragia cerebral; hemorragia pós parto; hemotórax volumosa; pneumopatia infecciosa; torção do pedículo ovariano direito e tromboembolia.

O novo coronavírus, SARS-COV-2, agente etiológico da COVID-19, tem se propagado no mundo inteiro de maneira rápida, vulnerabilizando, dentre outros grupos, as gestantes. Diante das complicações para a gestação e o feto, faz-se necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da COVID-19 (ESTRELA et al.,2020).

Em um estudo amplamente divulgado analisando dados da planilha do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), disponível pelo Ministério da Saúde, encontrou-se que 978 gestantes e puérperas foram diagnosticadas com Síndrome

Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e dessas 124 foram a óbito (taxa de letalidade de 12,7%) (TAN et al.,2020).

Embora a maioria dos relatos de literatura mostre que grande parte das gestantes apresenta quadros clínicos leves ou moderados (SUTTON et al.,2020) e que de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório e/ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), com o aumento do número de casos em diversos países e a análise dos casos ocorridos, foi verificado maior risco de complicações maternas principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna (BRASIL,2021).

Conforme a Organização Mundial de Saúde a Síndrome de HELLP é responsável por um quarto das mortes maternas na América Latina sendo a morbimortalidade materna um desafio para a Saúde Pública no nosso país. No Brasil, em 2012 e 2013, a hipertensão foi à principal causa de óbito materno, correspondendo a 20% do total de mortes (DE SOUZA et al., 2015).

O Quadro 4, apresenta o quantitativo da classificação da causa obstétrica do óbito materno no município de Campina Grande – PB.

Quadro 4 - Distribuição do tipo de causa obstétrica do óbito materno no município de Campina Grande - PB

TIPO DE CAUSA OBSTÉTRICA	N	%
Obstétrica indireta	12	27,27
Obstétrica direta	29	65,91
Sem Informação	3	6,82
Total	44	100,00

Fonte: SMS/DVS, 2022.

Segundo Dias *et al.*, (2021), a morte materna é descrita como o óbito de uma mulher no decorrer da gestação ou até 42 dias após o parto, independentemente da duração e da localização da gravidez, e pode ser provocada por qualquer motivo concernente ou acentuado pela gestação ou por providências tomadas no que diz respeito a ela.

Neste estudo, a causa obstétrica direta corresponde ao maior percentual, sendo de 65,91% relativo ao quantitativo de 29 mulheres e 12 mulheres com o percentual de 27,27% de causa obstétrica indireta.

No estudo de Camurça *et al.* (2021), identificou-se quanto a classificação dos tipos de casusa obstétrica, um maior índice de morte materna também por morte obstétrica direta, o quantitativo de 69 mulheres, correspondendo ao percentual (74,1%). Sendo assim, as causas mais comuns são decorrentes de complicações obstétricas, associadas a intervenções, omissões e tratamento incorreto.

Em relação às causas diretas da morte materna, pode-se dizer que, de maneira geral, estas podem ser prevenidas, com um bom acompanhamento de pré-natal, realização de consultas e exames adequados. Isto é fundamental, para maior conhecimento do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério (FONSECA; LAURENTI, 1995).

No que tange à ocorrência de morte por causas obstétricas do Estado da Bahia, 365 mortes maternas foram relacionadas às causas obstétricas diretas. Sendo as causas mais frequentes de óbitos maternos: outras doenças maternas e complicações na gravidez, parto ou puerpério com 131 (35,8%), eclampsia com 47 (12,8%), hemorragia pós-parto com 43 (11,7%) e hipertensão gestacional com proteinúria significativa com 39 (10,6%). Verificou-se que os menores casos de óbitos aconteceram por: infecção puerperal com 14 (3,8%), hipertensão gestacional sem proteinúria significativa 11 (3%) e complicações da anestesia durante trabalho de parto e parto 7 (1,9%) (FERREIRA *et al.*,2022).

De acordo com Lima *et al.* (2017), com relação às características maternas e obstétricas, observou-se no estudo que, nas condições clínicas preexistentes, houve um predomínio das cardiopatias e de distúrbios endócrinos (15%), que a idade gestacional prevaleceu com prematuridade extrema (27%) e prematuridade moderada (27%) e que, em 42% dos casos, o feto nasceu morto. As síndromes hipertensivas da gravidez ocorreram em 41% dos casos, e, entre as intercorrências pós-parto, a mais frequente foi a infecção puerperal (26%).

O Quadro 5, apresenta a distribuição do período gravídico-puerperal do óbito materno no município de Campina Grande – PB.

Quadro 5 – Distribuição do período gravídico-puerperal do óbito materno no município de Campina Grande – PB

PERÍODO GRAVÍDICO - PUERPERAL	N	%
Até 42 dias	22	50,00
Gravidez	4	9,09
Aborto	1	2,27
Parto	3	6,82
Sem Informação	14	31,82
Total	44	100,00

Fonte: SMS/DVS, 2022.

Com relação ao óbito materno no período gravídico-puerperal, 22 óbitos (50%) ocorreram até 42 dias após o término da gestação, 4 (quatro) óbitos (9,09%) foram durante a gravidez, 1 (um) óbito (2,27%) ocorreu no aborto, 3 (três) óbitos (6,82%) ocorreu durante o parto e 14 óbitos (31,82%) sem informação do período do óbito.

O estudo de Castro *et al.*, 2020, apontou que também 50% dos óbitos ocorreram no puerpério. Corroborando com estes achados, o período puerperal foi predominante em outros estudos para mais de 60% da amostra (WANDERLEY et al., 2017).

O período puerperal é o momento do ciclo gravídico-puerperal que corresponde à regressão física gravídica e à passagem para o exercício da maternidade. Ele inicia logo após a dequitação da placenta e termina por volta de seis semanas após o parto, período marcado por diversas mudanças corporais e adaptações emocionais, que podem resultar em desafios que comprometem a relação mãe-filho (CASTIGLIONI et al., 2020).

5.3 Completude da declaração de óbito (DO).

A Tabela 4, mostra a completude da declaração de óbito materno no município de Campina Grande – PB, 2011-2021.

Tabela 4. Completude da declaração de óbito materno, CG-PB, 2011-2021

(Continua)

BLOCOS	%	Grau de Preenchimento
<i>BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO</i>		
Tipo de óbito	100,00%	Excelente
Data do óbito	100,00%	Excelente
Hora do óbito	100,00%	Excelente
Número do Cartão do SUS	27,27%	Muito ruim
Naturalidade	81,82%	Regular
Nome do falecido	100,00%	Excelente
Nome do pai	63,64%	Ruim
Nome da mãe	93,18%	Bom
Data de Nascimento	100,00%	Excelente
Idade	100,00%	Excelente
Sexo	100,00%	Excelente
Raça	72,73%	Ruim
Escolaridade	59,09%	Ruim
<i>BLOCO II: RESIDÊNCIA</i>		
Logradouro	100,00%	Excelente
Número	100,00%	Excelente
Complemento	11,36%	Muito ruim
CEP	6,82%	Muito ruim
Bairro/Distrito	100,00%	Excelente
Município de residência	29,55%	Muito ruim
UF	18,18%	Muito ruim

Tabela 4. Completude da declaração de óbito materno, CG-PB, 2011-2021 (Continuação)

BLOCOS	%	Grau de Preenchimento
<i>BLOCO III: LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO</i>		
Local de ocorrência do óbito	100,00%	Excelente
Estabelecimento	97,72%	Excelente
Código CNES	25,00%	Muito ruim
Endereço de ocorrência	100,00%	Excelente
Número	100,00%	Excelente
Complemento	0,00%	Muito ruim
CEP	29,55%	Muito ruim
Bairro/Distrito	100,00%	Excelente
Município de ocorrência	84,09%	Regular
UF	63,64%	Ruim
<i>BLOCO IV: FETAL OU MENOR QUE 1 ANO (INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE)</i>		
Idade	0,00%	Muito ruim
Escolaridade	0,00%	Muito ruim
Ocupação habitual	0,00%	Muito ruim
Nascidos vivos	2,27%	Muito ruim
Perdas fetais e abortos	2,27%	Muito ruim
Número de semanas de gestação	2,27%	Muito ruim
Tipo de gravidez	2,27%	Muito ruim
Tipo de parto	2,27%	Muito ruim
Peso ao nascer	2,27%	Muito ruim
Número da DNV	2,27%	Muito ruim

Tabela 4. Completude da declaração de óbito materno, CG-PB, 2011-2021 (Conclusão)

BLOCOS	%	Grau de Preenchimento
<i>BLOCO V: CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO</i>		
Assistência médica durante a doença que ocasionou a morte*	-	-
Diagnóstico por exames*	-	-
Diagnóstico por cirurgia*	-	-
Diagnóstico por Necropsia*	-	-
Causa de morte - parte I - A	-	-
Morte em relação ao parto*	-	-
Causa de morte - parte I – B*	-	-
Causa de morte - parte I – C*	-	-
Causa de morte - parte I – D*	-	-
Causa de morte - parte II – A*	-	-
Causa de morte - parte II – B*	-	-
Causa Básica	93,18%	Bom
<i>BLOCO VI: MÉDICO</i>		
Nome do médico	100,0%	Excelente
CRM	95,45%	Excelente
Médico que atendeu o falecido*	-	-
Meio de contato*	-	-
Diagnóstico por cirurgia*	-	-
Data do atestado*	-	-

Fonte: SMS/DVS, 2022.

A dimensão **Completude** segue a mesma definição utilizada por Cepal (2003), como sendo a proporção de campos preenchidos por campos não preenchidos. Nesse sentido, para análise dessa dimensão foram inseridas as variáveis nos instrumentos de DO, com exceção das variáveis não aplicáveis ao óbito materno.

Na análise da completude dos campos da DO, verificou-se que no **Bloco I: Identificação** (13 variáveis), o maior grau de preenchimento 100,0% (excelente) foram nas variáveis: tipo de óbito, data do óbito, hora do óbito, nome do falecido, data de nascimento, idade e sexo. Em seguida, a variável com o nome da mãe apareceu com o grau de preenchimento

de 93,18% (Bom). Com 81,82% de preenchimento (regular) foi a variável naturalidade e a variável número do cartão do SUS, com 27,27% o menor grau de preenchimento (muito ruim).

No **Bloco II: Residência** (7 variáveis), o maior grau de preenchimento 100,0% (excelente) foram nas variáveis: logradouro, número, bairro/distrito. As variáveis: complemento (11,36%), CEP (6,82%), município de residência (29,55%) e UF (18,18%), foram as variáveis com menor grau de preenchimento (muito ruim). Já no **bloco III: Local de ocorrência do óbito** (10 variáveis), o maior grau de preenchimento 100,0% (excelente) foram na variáveis: local de ocorrência do óbito, estabelecimento, endereço de ocorrência, número, bairro/distrito. Com grau de preenchimento de 84,09% (regular) está a variável município de ocorrência. A variável UF foi considerada como ruim, com (63,64%) de preenchimento. As variáveis: código CNES (25,00%); complemento (0,00%) e CEP (29,55%), apresentaram o menor grau de preenchimento (muito ruim).

No **Bloco IV: Fetal ou Menor que 1 Ano (Informações Sobre A Mãe)** (10 variáveis), todas com o grau de preenchimento (muito ruim), na sequência: idade, escolaridade e ocupação habitual, com (0,00%) respectivamente. As seguintes variáveis: nascidos vivos, perdas fetais e abortos, número de semanas de gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, peso ao nascer e número da DNV, todas com (2,27%) de menor grau de preenchimento (ruim).

No **Bloco V: Condições e causas do óbito**, foi analisada 1 variável (causa básica) das 12 variáveis descritas. A causa básica apresenta 93,18% (bom) de grau de preenchimento.

As estatísticas de mortalidade segundo causas de morte são produzidas atribuindo-se ao óbito uma só causa, chamada **causa básica**. A causa básica, em vista de recomendação internacional, tem que ser declarada na última linha da parte I, enquanto que as causas conseqüenciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas anteriores. É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, para que se tenha dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população (BRASIL, 2010).

No **Bloco VI: Médico**, com 6 variáveis; onde apenas 2 variáveis foram analisadas com relação ao preenchimento: Nome do médico (100,0%) e CRM (95,45%) apresentando o grau de preenchimento Excelente. Os seguintes blocos: **VIII** (causas externas) e **VIII** (cartório) com suas respectivas variáveis, não foram avaliadas no estudo.

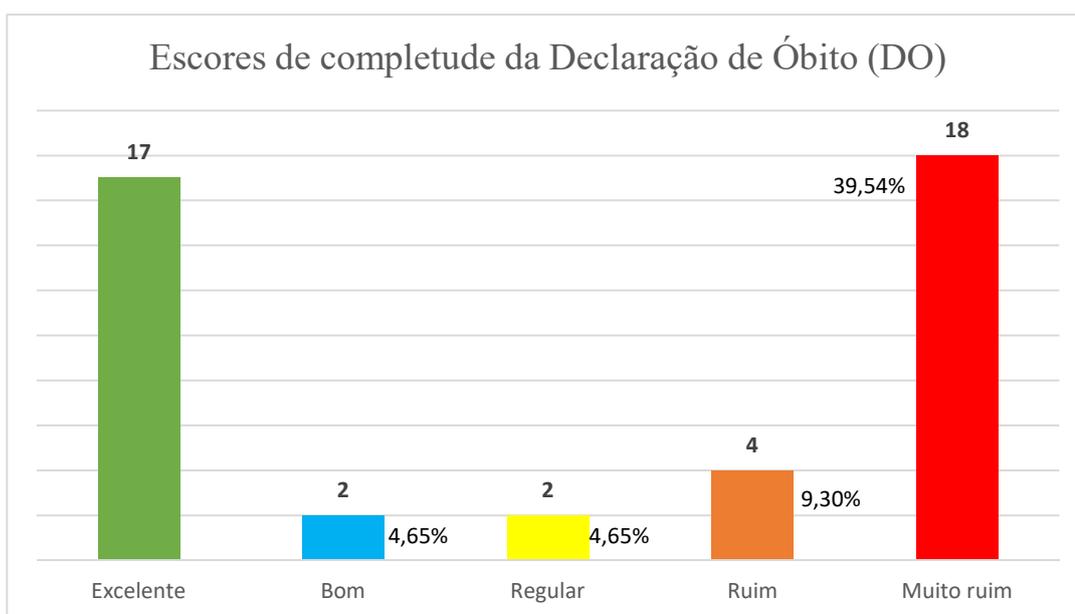
A necessidade de conferir a veracidade da declaração de óbito relaciona-se a seu papel epidemiológico, desempenhado por meio da análise das principais particularidades populacionais dos óbitos ocorridos mais prevalentemente. Isso permite estabelecer o padrão de

doenças de cada região, embasando ações estatais voltadas à promoção da saúde e prevenção de enfermidades, consolidadas pelas evidências fornecidas por pesquisas (SANTO, 2007).

No que se refere à completude dos campos da DO, observou-se nesse estudo que das 43 variáveis da declaração de óbito analisadas, 18 variáveis (41,86%) apresentam o pior escore de grau de completude (muito ruim), seguido pelo grau de completude (excelente) com 17 variáveis (39,54%), 4 variáveis (9,30%) com grau de completude ruim, 2 variáveis (4,65%) com grau de completude bom e finalizando com 2 variáveis (4,65%) com grau de completude regular.

O Gráfico 5, apresenta o resumo (da tabela 4) com os resultados dos *escores* com relação a completude da declaração de óbito – DO.

Gráfico 5 - Escores de completude da Declaração de Óbito (DO)



Fonte: SMS/DVS, 2022.

5.4 Consistência da declaração de óbito (DO).

No que se refere à **consistência**, define-se segundo Lima *et al.*, (2009) como o grau em que as variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios. Dessa forma, para se determinar a consistência dos registros, foi realizada análise da coerência do conteúdo de todas as 43 variáveis da declaração de óbito nesse estudo. Foram encontradas 11 variáveis apresentando inconsistência em suas informações.

A Tabela 5, mostra a consistência com a proporção das inconsistências dos dados da Declaração de Óbito, através do número absoluto, percentual e descrição.

Tabela 5 - Consistência, com a proporção das inconsistências da Declaração de Óbito, número absoluto, o percentual e a descrição

CONSISTÊNCIA:	N	%	Descrição
<i>BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO</i>			
Hora do óbito	5	11,36	Número ilegível
Nome do falecido	3	6,82	Abreviado ou incompleto
Nome do pai	2	4,54	Nome ilegível
Nome da mãe	4	9,09	Nome abreviado
Data de Nascimento	3	6,82	Número ilegível
<i>BLOCO II: RESIDÊNCIA</i>			
Logradouro	7	15,90	Nome do endereço ilegível
Número	9	20,45	Inexistente e/ou incompleto
<i>BLOCO III: LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO</i>			
Estabelecimento	17	38,64	Nome abreviado
Endereço de ocorrência	3	6,82	Endereço do falecido
<i>BLOCO V: CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO</i>			
Causa Básica	7	15,90	Nome ilegível

Fonte: SMS/DVS, 2022.

No **bloco I:** Identificação, as seguintes variáveis: hora do óbito, apresentou inconsistência (número ilegível) em 5 (cinco) declarações de óbitos, apresentando um percentual de 11,36% do total de óbitos analisados. Em sequência: nome do falecido com 3 (três) declarações de óbitos (6,82%), com nome abreviado ou incompleto; nome do pai, com 2 (duas) declarações de óbitos (4,54%) com nome ilegível; nome da mãe com 4 (quatro) declarações de óbitos (9,09%) com nome abreviado; data de nascimento com 3 (três) declarações de óbitos (6,82%) com campo de número ilegível.

A variável logradouro relacionada às informações sobre a Residência (**Bloco II**), obteve um percentual (15,90%) de inconsistência em 7 (sete) declarações de óbitos, com o nome do endereço ilegível e o número do endereço com 9 (nove) declarações de óbitos apresentando o

percentual de (20,45%) número inexistente e/ou incompleto.

No **bloco III**, local de ocorrência do óbito, 17 declarações de óbitos apresentaram inconsistências com relação ao nome do estabelecimento: abreviado, de percentual (38,64%). No endereço de ocorrência do óbito, 3 (três) declarações (6,82%) com o endereço do falecido preenchido no local do endereço de ocorrência. No **bloco V**, causa básica do óbito ilegível, com o percentual de (15,90%) correspondendo 7 (sete) declarações de óbitos.

Em estudo sobre os problemas no preenchimento da Declaração de Óbito, Mendonça *et al.*, (2010) identificaram alguns problemas apontados pelos profissionais médicos, dentre os quais a não clareza dos campos da DO, a falta de conhecimento do instrumento oficial que orienta o preenchimento, a não compreensão quanto à responsabilidade do preenchimento do documento e a dificuldade em atribuir a causa do óbito corretamente.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, a prevalência dos óbitos maternos foi em mulheres na faixa etária dos 30 a 39 anos, em situação conjugal solteira e casada, da cor/raça parda, com ensino médio e de ocupação “do lar”. A causa obstétrica direta foi a que apresentou maior percentual e como causa do óbito, complicações por/ ou em decorrência da SRAG/COVID—19 e Síndrome Hellp.

Considerando que o óbito materno é um grande problema de saúde pública no Brasil e levando em consideração o nosso objeto de estudo relacionado com o perfil epidemiológico e da qualidade dos registros de óbitos maternos, verifica-se que na cidade de Campina Grande – PB, a mortalidade materna apresenta indicadores preocupantes na atenção à saúde da mulher.

No contexto dos registros das informações, percebe-se que existe fragilidades na qualidade dos registros, o que pode subsidiar mudanças significativas no perfil epidemiológico do município, assim como na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e na credibilidade dos serviços, seja na atenção primária, secundária e na terciária de saúde.

As Informações sobre mortalidade materna são importantes para o planejamento das ações, a fim de se ter através dos dados e estudos epidemiológicos informações fidedignas sobre a situação de saúde de uma população. É importante a realização de estudos e pesquisas envolvendo o aprimoramento do preenchimento das informações que serão preenchidas na Declaração de Óbito - DO, já que é um instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde e de responsabilidade do médico para o seu preenchimento, visto que, alguns campos apresentam problemas quanto a consistência e a completude dos dados.

Mediante os resultados encontrados no estudo, recomenda-se ações de promoção e prevenção voltadas para a temática da mortalidade materna, como a educação permanente para os gestores e os profissionais da saúde de todos os níveis de atenção, a fim de sensibilizar quanto a importância da atuação da vigilância epidemiológica e da vigilância do óbito.

REFERÊNCIAS

- BALDIJÃO, M F. A. **Sistemas de informação em saúde**. São Paulo em Perspectiva,[S.l.], v. 6, n. 4, p. 21-28, 1992.
- BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 127-133, 2021.
- BORGES, C. L. M. S. (2012). **Epidemiologia e gestão: Análise da mortalidade materna em Aracaju** [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].
<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6851>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. **Mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde,2021. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 06 mai 2022.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI Da Mortalidade Materna**. Brasília; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Humanização do Parto e Nascimento** (Cadernos HumanizaSUS). Brasília: MS; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3ª ed. Brasília, DF (Brasil): Ministério da Saúde, 2001. 20 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3ª ed. Brasília, DF (Brasil) 2010. ISBN 85- 870-7704-X. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de_obito_final.pdf. Acesso em: 02 fev.2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/manual_comites_mortalidade_materna.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investena-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 19 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância do Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAETANO, S. F.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G. **Avaliação da completitude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca**, Alagoas. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, p. 309-317, 2013.

CAMURÇA, I.T.M. et al. **Mortalidade Materna: Uma Abordagem Epidemiológica do Estado de Rondônia**. REVISTA FIMCA. Vol 8. No 2. 2021.

CASTIGLIONI, et al. **Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família**. Rev. Enferm. UFSM – REUFSM. Santa Maria, RS, v. 10, e50, p. 1-19, 2020. DOI: 10.5902/2179769237087- ISSN 2179-7692

DATASUS. **Sistema de Informação de Mortalidade**. 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br> Acesso em: 15 fev. 2022.

DE SOUZA, Raiza Amanda Gonçalves et al. Influência da assistência pré-natal na redução da mortalidade materna: uma revisão integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, 2015.

DIAS, J.M.G, et al. **Mortalidade materna**. Rev Méd. Minas Gerais, 2021; 25(2): 174-75.

ESTRELA et al. **Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios**. Physis 30 (02). 2020 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>

FERREIRA, A. et al. **Evitabilidade do óbito infantil e fetal: interlocução entre comitê e atenção primária à saúde**. Cogitare enferm, v. 24, p. e56649, 2019.

FERREIRA, Larissa Pinto. **Mortalidade materna na Bahia entre 2015 a 2019**. 2022.

FONSECA, L.A.M; LAURENTI, R. **Evolução da mortalidade materna**. Velhos e novos males da saúde no Brasil a evolução do país e de suas doenças. São Paulo (SP): NUPENS/USP; 1995. p. 186-192.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S. Observatório Obstétrico BRASIL-COVID-19: 1.031 mortes maternas por COVID-19 e acesso desigual aos serviços de saúde. **Clínicas**, v. 76, 2021. See More

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. **Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência**. Ciência da Informação, v. 33, n. 1, 2004. DOI: 10.18225/ci.inf.v33i1.1070 Acesso em: 13 mar. 2022.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades e estados – Paraíba, Campina Grande. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-eestados/rn.htm>

INAGAKI, A. D. DE M., CARDOSO, N. P., LOPES, R. J. P. L., ALVES, J. A. B., MESQUITA, J. R. F., ARAÚJO, K. C. G. M. KATAGIRI, S. **Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 36, 535–540. 2014.

LAURENTI, R; MELO, M.H.P; GOTLEB, S.L.D. **O Sistema de Informações sobre Mortalidade: passado, presente e futuro**. São Paulo: CBCD. Saúde em debate. 2006.

LIMA, CRA; Schramm, JMA; Coeli, CM; Silva, MEM. **Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde**. Caderno de Saúde Pública. 2009;25(10):2095-2109.

LIMA, Maíra Ribeiro Gomes de et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, p. 324-331, 2017.

LOPES, F. et al. **Mortalidade materna por síndromes hipertensivas e hemorrágicas em uma Maternidade-escola referência de Alagoas**. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Alagoas, v. 4, n.2, p. 149-162, 2017.

MACMAHON, Brian et al. Epidemiologia: princípios e métodos. **Epidemiologia: princípios e métodos**. 1970.

MASCARENHAS, M. D.M; GOMES, K.R.O. **Confiabilidade dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos em Teresina, Estado do Piauí, Brasil-2002**. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16 Supl.1:S1233-1239.

MEDEIROS, R.M. **Óbito Infantil: Qualidade das Investigações do Município de Natal/RN**. Mestrdo em Saúde da Família – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.2006.

MENDES, J. D. V; OSIANO, V.L.R.L. **A mortalidade materna no Estado de São Paulo, Brasil**. BEPA 2013; 10(114):17-29.

MENDONÇA, F.M; DRUMOND, E.; CARDOSO, A.M.P. **Problemas no preenchimento da declaração de óbito: estudo exploratório**. Rev Bras Estud Popul. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Portal da Saúde**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 15 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: Acesso em: 05 mar 2022.

MONTEIRO, R.A; CAVALCANTI, H.N.C; QUEIROZ, N.A; FURTADO, G.D. **Atenção primária no pré e pós-parto em mulheres grávidas em um bairro do Nordeste do Brasil**. Environmental Smoke. 2018; 1(1):168-172

MORAIS, C. A. M.; TAKANO, O. A.; SOUZA, J. S. F. **Mortalidade infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2005: comparação entre o cálculo direto e após o linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis**. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 2, p. 287-294, 2011.

MORAIS, R.M; COSTA, A.L **Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Saúde debate 41 (spe) • Mar 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S09>

MOTA E., ALMEIDA M.F., VIACAVAL F. **O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos**. Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 85-94.

MOTA, E; CARVALHO, D.M.T. **Sistemas de informação em saúde**. In: Epidemiologia & Saúde. 6o ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 708.

OLIVEIRA, C.M; CRUZ, M.M. **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios**. SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, JAN-MAR 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYmJZ63cRjWnts4SDG7wN5C/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <https://www.hospitalmoinhos.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Morte Materna**. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS Brasil)**, Brasília, DF, Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 25 fev.2022.

PINHEIRO, A.L.S et al. **Gestão da Saúde: O Uso dos Sistemas de Informação e o Compartilhamento de Conhecimento para a Tomada de Decisão**. Enferm. 25 (03) 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003440015>

RESENDE, L.V.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M.C. **Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 37, n. 4-5, p. 218-224, 2015.

RIOS, M.A et al. **Completeness of the information system on mortality by suicide in the elderly in the state of Bahia.** J. bras. psiquiatr. 62 (2) Jun 2013 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000200006>

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde: **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira; CAVALCANTE, Ana Egliny Sabino; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **ReTEP**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019.

SAITO, C.K; FOLONI, A.R.; OLIVEIRA, C.H.O. et al. **Análise do preenchimento de declarações de óbito em Catanduva, São Paulo.** Rev. bioét. (Impr.). 2020; 28 (4): 746-51 Pesquisa 746 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284439>

SANTO, A.H. **Potencial epidemiológico da utilização das causas múltiplas de morte por meio de suas menções nas declarações de óbito,** Brasil, 2007. Rev Panam Salud Pública.

SCARTIN J, et al. **Perfil de mortalidade materna: uma revisão integrativa da literatura.** Cuidado e Fundamental. Minas Gerais, 2017; 11(3): 816-822.

SILVA, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Cuidado: as fronteiras da integralidade. 2004. p. 241-257.

SIMILI, A.B. **Perfil epidemiológico da mortalidade materna em Imperatriz-MA.** 2021.

SMS – CG/ PB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE- PB – **Memorial Descritivo: Redefinição dos Distritos Sanitários do Município de Campina Grande – PB** - Departamento de Atenção à Saúde – DAS – 2015.

SMS – CG/PB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE- PB – **Coordenação da Rede Cegonha** - Departamento de Atenção à Saúde – DAS – 2022.

SMS – CG/PB – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE- PB – Departamento de Vigilância em Saúde - DVS - 2022.

SOARES et at., **Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa.** REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, Vol. Sup. 9, S890-S897. 2017.

SUTTON, D. et al. **Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery.** The New England Journal of Medicine, Boston, v. 382, n. 22, p. 2163-2164, May 2020.

TINTORI, Janaina Aparecida et al. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

TSUNECHIRO, M. A et al. Avaliação da Assistência Pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Revista Brasileira de Saúde da Maternidade Infantil. 2018; vol.18 no.

VEGA, C.E.P; SOARES, E.L; NARS, C. **Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo.** Rev Med, São Paulo, v. 97, n. 1, p. 235-243, 2017.

VICTORIA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** The Lancet, London 2019; 32-46.

WALDMAN, E. A. **Vigilância como prática de saúde pública. Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2009. p. 487-528.

WANDERLEY, R.M.M; VASCONCELOS, N. P.J.A; PINHEIRO, H.D.M. **Perfil da mortalidade materna.** Rev enferm UFPE. 2017;11(4):1616-24. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/15257/18050>.

WHO. World Health Organization. **Maternal mortality:** UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2012.

WHO. World Health Organization. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA,** World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2010.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn Geneva: WHO Library.** Cataloguing-in-Publication Data; 2013.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTO AO NÚMERO DE
ÓBITOS MATERNOS DE 2011 - 2021.

1. Número de óbitos maternos no período de 2011 a 2021:

2011 _____

2012 _____

2013 _____

2014 _____

2015 _____

2016 _____

2017 _____

2018 _____

2019 _____

2020 _____

2021 _____

TOTAL: _____

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTO AO PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES QUE FORAM A ÓBITO NO QUE CONCERNE O
CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.

**2. Perfil epidemiológico das mulheres que foram a óbito no que concerne o
ciclo gravídico – puerperal:**

Faixa etária:

10-19 _____

20-29 _____

30-39 _____

40-49 _____

Cor/Raça:

Branca _____

Preta _____

Amarela _____

Parda _____

Indígena _____

Sem Informação _____

Situação Conjugal:

Solteira _____

Casada _____

Viúva _____

Divorciada _____

União estável _____

Ignorada _____

Sem informação _____

Escolaridade:

Sem escolaridade _____

Ensino Fundamental _____

Ensino Médio _____

Superior Completo _____

Superior Incompleto _____

Ignorado _____

Sem Informação _____

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTO A COMPLETUDE
NO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO).

3. Completude no preenchimento dos campos da DO:

<i>BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO</i>			Grau de Preenchimento
Tipo de óbito			
Data do óbito			
Hora do óbito			
Número do Cartão do SUS			
Naturalidade			
Nome do falecido			
Nome do pai			
Nome da mãe			
Data de Nascimento			
Idade			
Sexo			
Raça			
Escolaridade			

<i>BLOCO II: RESIDÊNCIA</i>			Grau de Preenchimento
Logradouro			
Número			
Complemento			
CEP			
Bairro/Distrito			
Município de residência			
UF			
<i>BLOCO III: LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO</i>			Grau de Preenchimento
Local de ocorrência do óbito			
Estabelecimento			

Código CNES			
Endereço de ocorrência			
Número			
Complemento			
CEP			
Bairro/Distrito			
Município de ocorrência			
UF			
<i>BLOCO IV: FETAL OU MENOR QUE 1 ANO (INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE)</i>			Grau de Preenchimento
Idade			
Escolaridade			
Ocupação habitual			
Nascidos vivos			
Perdas fetais e abortos			
Número de semanas de gestação			
Tipo de gravidez			
Tipo de parto			
Peso ao nascer			
Número da DNV			

<i>BLOCO IV: FETAL OU MENOR QUE 1 ANO (INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE)</i>			Grau de Preenchimento
Idade			
Escolaridade			
Ocupação habitual			
Nascidos vivos			
Perdas fetais e abortos			

Número de semanas de gestação			
Tipo de gravidez			
Tipo de parto			
Peso ao nascer			
Número da DNV			
<i>BLOCO V: CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO</i>			Grau de Preenchimento
Causa Básica			
<i>BLOCO VI: MÉDICO</i>			Grau de Preenchimento
Nome do médico			
CRM			

APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUANTO A
CONSISTÊNCIA NO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS DA DECLARAÇÃO DE
ÓBITO (DO).

4. Consistência no preenchimento dos campos da DO:

<i>BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO</i>			Descrição
Hora do óbito			
Nome do falecido			
Nome do pai			
Nome da mãe			
Data de Nascimento			
<i>BLOCO I: RESIDÊNCIA</i>			Descrição
Logradouro			
Número			
<i>BLOCO III: LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO</i>			Descrição
Estabelecimento			
Endereço de ocorrência			
<i>BLOCO V: CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO</i>			Descrição
Causa Básica			

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Cartório	1 Cartório	2 Registro
	Município	3 Data	4 Código
II	Identificação	7 Tipo de Óbito	8 Óbito
		9 Cartão SUS	10 Naturalidade
	11 Nome do falecido	12 Nome do pai	13 Nome da mãe
	14 Data do Nascimento	15 Idade	16 Sexo
III	Residência	17 Raça/cor	18 Estado civil
		19 Escolaridade	20 Ocupação habitual e ramo de atividade
		21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	22 CEP
IV	Ocorrência	23 Bairro/Distrito	24 Município de residência
		25 UF	26 Local de ocorrência do óbito
		27 Estabelecimento	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc)
		29 CEP	30 Bairro/Distrito
V	Fatal ou menor que 1 ano	31 Município de ocorrência	32 UF
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO	
		33 Idade	34 Escolaridade
		35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	36 Número de filhos tidos
		37 Duração da gestação	38 Tipo de Gravidez
VI	Condições e causas do óbito	39 Tipo de parto	40 Morte em relação ao parto
		41 Peso ao nascer	42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos
		ÓBITOS EM MULHERES	
		43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?	44 A morte ocorreu durante o puerpério?
		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
		45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	46 Exame complementar?
VII	Médico	47 Cirurgia?	48 Necropsia?
		CAUSAS DA MORTE	
		PARTE I	
		PARTE II	
VIII	Causas externas	49 CAUSAS DA MORTE	50 Nome do médico
		51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido?
		53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	54 Data do atestado
IX	Localid. S/Médico	55 Assinatura	56 Tipo
		57 Acidente do trabalho	58 Fonte da informação
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO		59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)
61 Declarante		62 Testemunhas	

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: “**Análise do Perfil Epidemiológico e da Qualidade dos Registros de Óbitos Maternos no Município de Campina Grande – PB**”, desenvolvido por: **Ana Emília Araújo de Oliveira** discente do Mestrado em Ciência e Tecnologia em Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba – NUTES/UEPB, sob orientação de: **Wellington Candeia de Araújo**, a pesquisa será realizada na **Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS-CG-PB**.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande - PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma, bem como, agendar com antecedência a visita para execução do mesmo.

Campina Grande, 18 de Abril de 2022.

Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE
Raquel B. F. Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)

Miguel Dantas
Miguel Dantas
(Diretor de Vigilância em Saúde)

ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Ana Emília Araújo de Oliveira**, pesquisadora responsável pela pesquisa de mestrado intitulada: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS MATERNOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB, sob a orientação do professor Dr. Wellington Candeia de Araújo, docente da Universidade Estadual da Paraíba - Campus I, UEPB, por este termo solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB, a dispensa do **Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE** para realização dessa pesquisa, uma vez que se trata de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa através dos dados secundários dos óbitos maternos, garantindo o anonimato deles.

Nesses termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na **Resolução CNS Nº 466/12 de 12 dezembro de 2012**.

Campina Grande, 09/05/2022.

Dr. Wellington Candeia de Araújo
Docente – Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Ana Emília Araújo de Oliveira
Pesquisadora Responsável

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA – CEP – UEPB

Página 1/3

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS MATERNNOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

Pesquisador: ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59080822.1.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.516.044

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, de natureza exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa que delimitará o perfil epidemiológico e dos registros de óbitos maternos no município de Campina Grande – PB.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico e a qualidade das investigações em base de dados de óbitos maternos no município de Campina Grande – PB.

Objetivos Específicos

Identificar o número de óbitos maternos no período de 2018 a 2021 no município de Campina Grande – PB;
Conhecer o perfil epidemiológico das mulheres que foram a óbito em seu ciclo gravídico - puerperal;
Verificar a completude do preenchimento dos campos na Declaração de Óbito (DO) . Verificar a consistência das informações contidas na DO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são previstos riscos, uma vez que os dados do projeto advêm de dados coletados

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.516.044

anteriormente e armazenado em bancos de dados de setor público. O maior benefício esperado é a aquisição conhecimento sobre a mortalidade materna que poderá propiciar o delineamento de políticas públicas adequadas para o atendimento as mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do projeto é relevante, apresenta impacto acadêmico e social chamar a atenção de um tema importante e pode auxiliar a criação de políticas públicas que podem gerar melhor assistência a população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: anexada

Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexado

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado

TCLE: não há necessidade

Recomendações:

O projeto é relevante, apresenta importância acadêmica e social. A metodologia está clara e adequada ao que se propõe.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta todos os documentos necessários e está pendente salvo melhor entendimento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1953341.pdf	28/06/2022 16:51:46		Aceito
Outros	TERMODEOMPROMISSO.pdf	28/06/2022 16:51:19	ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	28/06/2022 16:43:20	ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	DOCUMENTOASSINADO2.pdf	25/05/2022	ANA EMÍLIA	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.516.044

Folha de Rosto	DOCUMENTOASSINADO2.pdf	09:20:56	ARAÚJO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMAIO2022.pdf	23/05/2022 15:18:11	ANA EMÍLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 07 de Julho de 2022

Assinado por:

Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br