

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THALITA CABRAL LIMA

**MORTALIDADE POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO NO BRASIL DE
1996 A 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo ao Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UnICEUB, sob orientação do Prof. Lincoln Agudo Oliveira Benito.

BRASÍLIA

2019

MORTALIDADE POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO NO BRASIL DE 1996 A 2016

Thalita Cabral Lima¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

Resumo

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida pela perda de mais de 500ml após o parto normal e 1000ml após a cesariana. O objetivo do estudo foi analisar a mortalidade por HPP no Brasil entre 1996 e 2016. Trata-se de um estudo epidemiológico e exploratório de abordagem quantitativa, os dados foram extraídos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foi possível identificar o universo de 2.087 casos de mortalidade, o ano de 2015 foi aquele que obteve maior preponderância de casos com 6,1% (n=127) e 2008 a menor com 3,6% (n=76). A região Nordeste (NE) teve o maior número de casos com 34,5% (n=719) enquanto o Sul (S) foi a menor com 16,5% (n=345). Quanto a Unidade de Federação, São Paulo teve maior incidência com 16,6% (n=346) e o Acre a menor com 0,4% (n=8). Em relação ao Município o de São Paulo apresentou maior número de mortes com 5,8% (n=121). A idade de 30 a 39 anos com 42,7% (n=891), escolaridade 8 a 11 anos com 18,5% (n=386), a cor/raça parda com 39,1% (n=817), o estado civil solteiro com 43,7% (n=911) e o local hospital com 90,2% (n=1.882) foram os que tiveram maior número de casos. Portanto é necessário melhorar a saúde reprodutiva e capacitar profissionais para prevenir e intervir na HPP.

Palavras chave: mortalidade, hemorragia pós-parto e Brasil.

Mortality of postpartum hemorrhage in Brazil from 1996 to 2016

Abstract

Postpartum hemorrhage (PHH) is defined by the loss of over 500ml of blood after natural childbirth and over 1000ml after a Caesarean section. The aim of the study was to analyze the mortality associated to PHH in Brazil between 1996 and 2016. This is an epidemiological and exploratory study of quantitative approach, in which the collected data was gathered from the Mortality Information System (SIM) from DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). It was possible to identify the universe of 2.087 mortality cases, in which the year of 2015 was the one with the most predominance of cases with 6,1% (n=127) and 2008 was the one with the fewer - 3,6% (n=76). The Northwest (NW) region had the highest amount of cases - 34,5% (n=719) - while the South region (S) was the one with the lowest - 16,5% (n=345). As a Federal Unit, São Paulo had the greater incidence with 16,6% (n=346) and Acre had the minor - 0,4% (n=8). As a county, São Paulo's presented the biggest number of deaths - 5,8% (n=121). The aspects that presented the most cases were age between 30 to 39 - 42,7% (n=891), scholarity between 8 and 11 years old - 18,5% (n=386), a color/breed brown com 39,1% (n=817), single people - 43,7% (n=911) and local hospitals - 90,2% (n=1.882). Therefore it is necessary to improve reproductive health and enable health professionals to prevent and intervene on PHH cases.

Keywords: mortality, postpartum hemorrhage and Brazil.

¹ Graduanda em Enfermagem – UniCeub.

² Docente do UniCeub.

1. INTRODUÇÃO

Uma das principais causas de morbimortalidade materna, é a hemorragia pós-parto (HPP) que se constitui enquanto uma emergência obstétrica, definida pela perda de mais de 500 ml de sangue nas primeiras 24 horas após o parto vaginal e mais de 1000 ml após operação cesariana (LOMBARDO; ESERIAN, 2016).

A HPP é classificada em primária e secundária, sendo que a primária acontece nas primeiras 24 horas depois do nascimento, com incidência de 4 a 6% e na maior parte das vezes é devido a atonia uterina. Já a hemorragia secundária também conhecida como tardia, ocorre entre 24 horas e 6 semanas após o início do período puerperal. É associada com complicação de 1 a 3% dos partos, muita das vezes, devido a retenção de restos placentários e se manifesta, frequentemente, na segunda semana de puerpério (MORAES *et al.*, 2009).

A “Regra dos 4-T” é usada para determinar as causas de HPP, sendo eles, o Tono, o Trauma, o Tecido e a Trombina. A atonia uterina é a causa mais comum de HPP cerca de 70%, em sequência é devido ao trauma que podem ser lacerações cervicais, vaginais e perineais, hematoma, rupturas uterinas, inversão, causando 20% das HPP, depois por tecido que pode ser quanto a placenta retida e placenta acreta, sendo responsáveis por 10% dos casos e por último a Trombina que está relacionado a coagulopatias envolvidas em 1% das ocorrências (DELANEY *et al.*, 2016).

No parto vaginal, os fatores da HPP podem estar associado ao uso indiscriminado de relaxantes uterinos, hemorragia pós-parto prévia, obesidade e idade superior a 35 anos, indução ou condução do trabalho de parto, terceiro período prolongado, pré-eclâmpsia, nuliparidade, impedimento da descida da apresentação fetal, utilização de fórceps ou vácuo extrator, laceração perineal de terceiro ou quarto grau, retenção placentária, macrossomia, laceração vaginal ou perineal que necessite de sutura, gestação múltipla e episiotomia (GABRIELLONI *et al.*, 2014).

Em contrapartida, dados da literatura apontam que os fatores de risco possuem baixo valor prognóstico e que a HPP, pode acontecer em mulheres sem nenhuma causa, sendo fundamental a adoção de protocolos de conduta eficazes e equipe de saúde preparada. Uma vez que os vasos perpendiculares ao miométrio são expostos após a dequitação e sofrem oclusão mecânica pela musculatura uterina, a manutenção do tônus uterino é uma condição de grande importância na homeostasia do quarto período do parto (LOMBARDO; ESERIAN, 2016).

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2014), a HPP e suas implicações é possível que sejam evitadas, fazendo o uso de medicamentos uterotônicos

profiláticos durante o período da terceira fase do parto e por meio da gestão adequada em tempo hábil.

Para o controle da HPP, as medidas precisam ser rapidamente tomadas e se baseiam no atendimento do ABC (vias aéreas, respiração, coração-pulso, PA), posteriormente na obtenção de acesso venoso calibroso e por último na infusão de fluidos EV e de droga uterotônica como a ocitocina, ergometrina e prostaglandinas. É preciso pedir auxílio e iniciar a massagem uterina, que não deve ser suspensa no tempo em que não for afastada a possibilidade de sua atonia (MORAES *et al.*, 2009).

Devido a atonia uterina corresponder a maioria dos casos de HPP, independente da causa do quadro hemorrágico, é necessário realizar à administração imediata de medicação uterotônica. A primeira escolha é a ocitocina, aplicada na dose de 10UI intramuscular (IM) ou 20UI diluídas em 500 a 1000ml de solução salina, infundida a uma velocidade de 250ml/h. O uso intravenoso (IV) propicia ação mais rápida (praticamente instantânea), no entanto menos duradoura (30 minutos), de outro modo a via intramuscular age em 3 a 7 minutos e seu efeito permanece por mais de 60 minutos. É importante destacar que se deve tomar cuidado com administração do volume visto que a ocitocina pode ter efeito antidiurético (BAGGIERI *et al.*, 2011).

É necessário que sempre seja revisto o diagnóstico da hemorragia e determinado o tratamento apropriado para cada condição. Se não obtiver sucesso destas medidas iniciais, outros métodos precisam ser aplicados rapidamente, na tentativa de controle da condição (REZENDE *et al.*, 2009). Há métodos mecânicos, como a compressão uterina bimanual, a compressão da aorta abdominal e o tamponamento uterino, além de métodos cirúrgicos, como ligaduras arteriais, suturas de compressão uterina, embolização angiográfica e histerectomia que precisam ser feitas através da técnica mais simples possível, por motivo da emergência de correção do quadro e pela possível existência de coagulopatias (MORAES *et al.*, 2009).

Dentre as cinco (05) principais causas de mortalidade materna a hemorragia pós-parto (HPP) é uma delas, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. É estimado que mais de 125.000 mulheres morrem no mundo por esta condição, sendo a atonia uterina ou inércia uterina a causa mais comum (NAGAHAMA *et al.*, 2007).

Estimativas indicam que entre 25% e 35% das mortes maternas no mundo podem ser designadas às hemorragias obstétricas e a Ásia e a África são os continentes com o mais elevado número de vítimas. Estudos têm alertado para tendência de aumento da incidência da HPP em países desenvolvidos, entre eles Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA (MARTINS, 2014).

No Brasil, a HPP é a maior causa de morte materna entre as complicações exclusivas do parto e puerpério, não inclui eclampsia, e alcança taxas de mortalidade de 1 em 30.000 nascidos vivos (COSTA *et al.*, 2010).

Foi incrementado para o Brasil a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH) a partir das atribuições do projeto que foi conduzido pelo Centro Latino-Americano para Perinatologia – Saúde das Mulheres e Reprodutiva (CLAP/SMR), uma ação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS e Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil (MS) responsável ao fortalecimento das ações já executadas no âmbito das políticas nacionais para o desafio da diminuição da morbimortalidade materna grave (OPAS, 2018).

Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar a mortalidade materna causada por HPP no recorte geográfico do Brasil, na série histórica formada pelos anos de 1996 a 2016.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico e exploratório de abordagem quantitativa, que se propôs analisar a mortalidade materna por hemorragia pós-parto (HPP) no recorte geográfico formado pelo “Brasil” no recorte histórico formado pelos anos de “1996 a 2016”, ou seja, vinte (20) anos. Para aquisição dos dados necessários a construção da presente pesquisa, os mesmos foram extraídos junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS), sendo essas as fontes primárias.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi implementado pelo MS no ano de 1975, e desde 1979, passou a ser mantido por dados nacionais, com fluxos normatizados para o país todo. As informações fornecidas pelo SIM são adquiridas baseado em um modelo único de Declaração de Óbito (DO), e o registro da causa básica do óbito é fundamentado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no momento atual em sua 10ª revisão (LINO, 2018).

O SIM é constantemente analisado através dos atributos de qualidade, com destaque na confiabilidade, totalidade e abrangência. Essas apurações tendem a comprovar adversidades habituais, principalmente nas regiões pouco desenvolvidas do país. Contudo, o destaque para aspectos específicos do sistema restringe o conhecimento sobre a elaboração dos dados vitais e

seu nível de implantação, com repercussões na precisão e uso da informação (FIGUEIRÔA *et al.*, 2019).

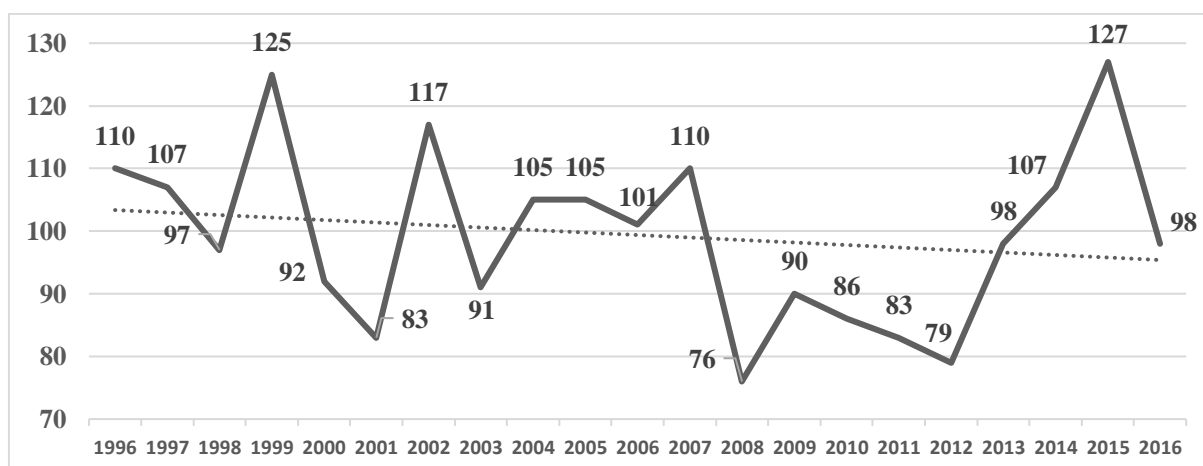
As fontes secundárias se constituíram enquanto artigos de periódicos científicos e publicações oficiais, adquiridas por meio do levantamento bibliográfico eletrônico junto às bases de dados informatizadas sendo elas, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Google Acadêmico (Google Scholar), Teses-FIOCRUZ, MINERVA-UFRJ.

Após a captação dos subsídios junto ao SIM/DATASUS/MS, os dados extraídos foram organizados junto ao software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2016® for Windows®. Após categorização dos dados foram instituídas as seguintes categorias analíticas, “ano do óbito”, “região”, “unidade da federação”, “município”, “idade da mãe”, “escolaridade”, “cor/raça”, “estado civil” e “local da ocorrência”. Foi realizada a análise estatística descritiva, sendo calculado o percentual das categorias instituídas. Os resultados foram expostos por meio de figuras e tabelas explicativas. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decurso do processo de organização e análise dos dados, foi possível identificar o universo de 2.087 registros de mortalidade por HPP no recorte geográfico e histórico analisados, além de média e desvio padrão (σ) de $(99,4 \pm 14,2)$. Na figura 1 é exposta a distribuição dos registros de casos de HPP por ano. Foi possível verificar que no ano de 2015 foi aquele que obteve maior preponderância de casos registrados de HPP com 6,1% ($n=127$) na série histórica analisada, e o ano de 2008 registrou a menor com 3,6% ($n=76$).

Figura 1 – Distribuição de registros de mortalidade por hemorragia pós-parto por ano, no Brasil, 1996 a 2016 ($n = 2.087$):



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

Ainda que haja declínio do número de óbitos no decorrer do período do estudo, o Brasil não alcançou o propósito da Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), que se baseava na diminuição de 75% das taxas de óbito materno até 2015, isso comprova a precariedade da nossa assistência à saúde (MINÁ *et al.*, 2018).

O Brasil é um dos 189 países que, em 2000, firmaram acordo de efetivar, até 2015, com os chamados Oito Objetivos do Milênio. Entre esses, se inclui a diminuição da mortalidade materna para ao menos um terço ($\frac{1}{3}$) dos valores de 1990. Uma das questões para o apropriado monitoramento desse objetivo é a pouca confiabilidade nas estatísticas de saúde nacionais (DIAS *et al.*, 2015). De acordo com o Brasil (2009), há dois (02) impasses para a monitoração apropriada do nível e da tendência à mortalidade materna, a sub-informação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A primeira acontece pertinente ao preenchimento inadequado das declarações, quando se ignora que a morte teve motivo correlacionado à gestação, ao parto ou ao puerpério, em consequência do desconhecimento dos médicos quanto ao adequado preenchimento da declaração de óbito e da importância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o outro é a omissão do registro do óbito em cartório, sendo pela complexidade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à ausência de conhecimento dos cidadãos em relação a seriedade deste instrumento.

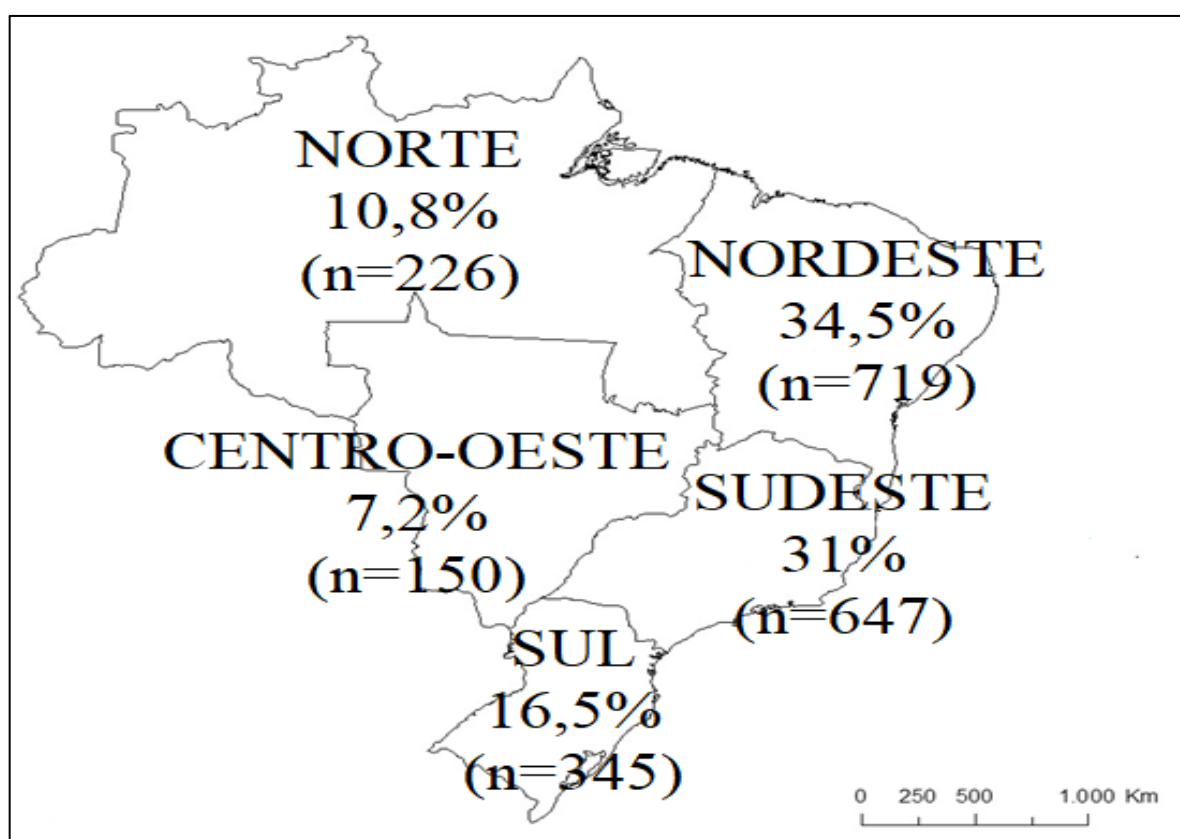
Um relatório que foi publicado no ano de 2012, pertencente ao grupo Contagem Regressiva para 2015, indica que os perfis dos países fiscalizados mostram notícias promissoras sobre a mortalidade materna. Neste relatório, o Brasil expressou uma diminuição anual de 2,5% a 5,5% da mortalidade materna, apesar de que ainda seja necessário prosseguir com o foco no revigoramento dos serviços de planejamento familiar, atenção pré-natal, ao parto e pós-natal de alta qualidade. Existem indicativos de que a evolução nos países monitorados, de uma maneira geral, tem sido muito vagaroso, as diferenças na cobertura são abundantes principalmente nos quesitos referentes a profissionais capacitados para os cuidados na gestação, parto e nascimento e em outras intervenções que demandam de um sistema de saúde forte (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

O Zero Mortes Maternas por Hemorragia (0MMxH) foi adotado há pouco tempo no Brasil. Contudo, a iniciativa apresentou resultados significativos e positivos desde a sua efetivação. Como proporcionar o diálogo entre profissionais e gestores de saúde, o que acarretou na melhoria de condutas para diminuir a morbidade e mortalidade materna em virtude da HPP. Incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar e acentuar o papel das grávidas e seus familiares no pré-natal, parto e pós-parto. Obter o suporte e o participação de associações

médicas e de enfermagem, e também de universidades, para a propagação do projeto por todo o país. Capacidade de colocar o tema em grandes congressos regionais e nacionais. Até agora, mais de 500 profissionais de saúde foram instruídos na prevenção e no tratamento. Incluir inovações tecnológicas de pouco custo para o tratamento da HPP em várias regiões. E executar, através de profissionais bastante preparados e experientes, documentos práticos embasados em evidências que conduzem quanto a prevenção e o controle da hemorragia obstétrica nos serviços de saúde no Brasil (OSANAN *et al.*, 2018).

Na figura 2 é exposta a distribuição dos registros de casos de HPP por região no Brasil. Foi possível verificar que na região nordeste foi aquela que obteve maior preponderância de casos registrados com 34,5% (n=719) na série histórica analisada, e a região centro-oeste registrou a menor com 7,2% (n=150).

Figura 2 – Distribuição de registros de mortalidade por hemorragia pós-parto por região no Brasil, 1996 a 2016 (n=2.087):



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

As desigualdades socioeconômicas são notáveis entre as regiões brasileiras e conseguem demonstrar parte das diferenças encontradas na mortalidade materna (MM). Com o Nordeste (NE) sendo a região com a maior taxa de subnotificação de MM, elevada porcentagem

de analfabetismo, maior público em vulnerabilidade por rendimento econômico e carências sociais, e também dos problemas encontrados para acessar e fazer uso dos serviços de saúde, presume-se que a morte materna pode ser ainda mais alta que a adquirida através dos dados utilizados neste estudo (SILVA *et al.*, 2016).

A MM por HPP foi mais prevalente na região NE, sendo destacado o problema das desigualdades regionais. Geralmente, o grau e as tendências da MM no Brasil podem estar associados às diferenças socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde reduzido nas regiões menos afluentes como o NE comparado as regiões mais afluentes como o Sul (S) (SOUZA *et al.*, 2013).

Na tabela 1 é exposta a distribuição dos registros de mortalidade por HPP por Unidade da Federação e Município no Brasil. Foi possível verificar que em São Paulo (SP) foi aquela que obteve maior preponderância de casos registrados com 16,6% (n=346) na série histórica analisada, e no Acre (AC) registrou a menor com 0,4% (n=8). Em relação aos municípios o de São Paulo foi aquele que obteve maior preponderância de casos registrados com 5,8% (n=121) e o município de Aracaju-SE registrou a menor com 0,3% (n=7).

Em um estudo realizado, observou-se que na última década o número absoluto de óbitos maternos no estado de SP teve uma diminuição do ano 2000 para o de 2011, mas a razão de mortalidade materna (RMM) continuou quase a mesma nestes dois (02) anos. Apesar disso, houve mudança na proporção do tipo de causa obstétrica das mortes maternas, aumento de 41% nas causas indiretas e redução de 14% nas causas diretas. Ao examinar alguns dos grupos relevantes de causas obstétricas diretas no Estado de São Paulo, observa-se que as MM por hipertensão arterial (H.A.), abrangendo as eclampsias, e por hemorragia mostraram a queda da RMM entre 2000 e 2011. No entanto, as MM por infecções puerperais e aborto tiveram uma ampliação neste mesmo período (MENDES; OSIANO, 2013).

No que se refere ao município de SP, a HPP é o segundo fator causador do óbito materno. A mortalidade por esta complicação verifica a assistência e a estrutura hospitalar. A atuação obstétrica precisa ser mais rígida diante de um quadro hemorrágico. Contudo, não se pode permitir que a rapidez intervenha nos protocolos assistenciais ou na precisão que a técnica cirúrgica demanda. Foram descobertas diversas iatrogenias provocando elevação da morbidade e, por vezes, ocasionando o óbito. Essas iatrogenias foram consequentes tanto da inadequada conduta durante o trabalho de parto quanto da realização dos métodos cirúrgicos relacionados ao atendimento (hematomas sub e supra aponeuróticos, sangramentos de histerorráfia,

hematomas de episiotomia, lacerações arteriais e vesicais, entre outros) contribuindo de forma direta para o óbito materno (VEGA, 2018).

Tabela 1 – Distribuição de registros de mortalidade por hemorragia pós-parto por UF e Município no Brasil, 1996 a 2016 (n=2.087):

UF	f	%	Município	f	%
São Paulo	346	16,6	São Paulo	121	5,8
Paraná	203	9,7	Rio de Janeiro	42	2
Minas Gerais	172	8,2	Fortaleza	27	1,3
Ceará	156	7,5	Brasília	25	1,2
Bahia	153	7,3	Curitiba	23	1,1
Maranhão	123	5,9	Manaus	16	0,8
Rio de Janeiro	111	5,3	Belo Horizonte	15	0,7
Pará	108	5,2	Guarulhos	14	0,7
Pernambuco	105	5	Cuiabá	11	0,5
Rio Grande do Sul	104	5	Salvador	10	0,5
Goiás	59	2,8	Guarapuava	10	0,5
Amazonas	54	2,6	Ponta Grossa	10	0,5
Piauí	48	2,3	Goiânia	10	0,5
Alagoas	39	1,9	Natal	9	0,4
Santa Catarina	38	1,8	Recife	9	0,4
Paraíba	37	1,8	Duque de Caxias	9	0,4
Rio Grande do Norte	36	1,7	Belém	8	0,4
Mato Grosso	36	1,7	São Luís	8	0,4
Mato Grosso do Sul	30	1,4	Nova Iguaçu	8	0,4
Distrito Federal	25	1,2	Marabá	7	0,3
Sergipe	22	1,1	Macapá	7	0,3
Espírito Santo	18	0,9	Teresina	7	0,3
Tocantins	17	0,8	Mossoró	7	0,3
Roraima	16	0,8	João Pessoa	7	0,3
Rondônia	13	0,6	Maceió	7	0,3
Amapá	10	0,5	Aracaju	7	0,3
Acre	8	0,4	Outros	1.653	79,2
Total	2.087	100	Total	2.087	100

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

Na tabela 2 é exposta a distribuição dos registros de casos de HPP por idade, escolaridade, cor/raça, estado civil e local da ocorrência no Brasil. Foi possível verificar que na idade de 30 a 39 anos foi aquela que obteve maior preponderância de casos registrados com 42,7% (n=891), se observou também que a escolaridade de 8 a 11 anos foi aquela que obteve maior predominância de casos registrados com 18,5% (n=386), a cor/raça parda foi aquela que obteve o número maior de casos registrados com 39,1% (n=817), o estado civil solteiro foi

aquela com maior prevalência de casos registrados com 43,7% (n=911) e o local de ocorrência no hospital foi aquele com maior influência de casos registrados com 90,2% (n=1882) na série histórica analisada.

Tabela 2 – Perfil demográfico de pessoas com registro de mortalidade por hemorragia pós-parto por idade, escolaridade, cor/raça, estado civil e local de ocorrência no Brasil, 1996 a 2016 (n=2.087):

Idade	F	%
10 a 14 anos	13	0,6
15 a 19 anos	195	9,3
20 a 29 anos	761	36,5
30 a 39 anos	891	42,7
40 a 49 anos	222	10,6
Ignorada	5	0,2
Escolaridade		
8 a 11 anos	386	18,5
4 a 7 anos	385	18,4
1 a 3 anos	250	12
Nenhuma	159	7,6
12 anos e mais	117	5,6
1 a 8 anos	20	1
9 a 11 anos	17	0,8
Ignorado	753	36,1
Cor/raça		
Parda	817	39,1
Branca	731	35
Preta	130	6,2
Indígena	35	1,7
Amarela	20	1
Ignorado	354	17
Estado civil		
Solteiro	911	43,7
Casado	842	40,3
Separado judicialmente	40	1,9
Viúvo	19	0,9
Outros	144	6,9
Ignorado	131	6,3
Local da ocorrência		
Hospital	1.882	90,2
Domicílio	68	3,3
Via pública	46	2,2
Outro estabelecimento de saúde	18	0,9
Outros	51	2,4
Ignorado	22	1,1
Total	2.087	100

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

Em relação a idade um estudo avaliou que a mortalidade materna demonstrou que as mulheres com mais de 30 anos representaram a categoria de maior possibilidade de morte materna, 2,45 vezes maior quando comparado com as mulheres de 20 a 29 anos (WANDERLEY; VASCONCELOS NETO; PINHEIRO, 2017).

A proporção considerável da morte em mulheres acima dos 30 anos ainda é considerada, o que seria possível deter com planejamento familiar, aliviando as ameaças maternas e fetais em uma gravidez que não foi planejada e de risco reprodutivo (CORREIA *et al.*, 2011).

A gravidez em mulheres com idade avançada está cada vez mais frequente. O recente papel da mulher nas sociedades atuais induz-as ao prolongamento da gestação para fases em que haja estabilidade financeira, grau educacional almejado e casamento materializado. Associado à idade avançada ocorrem mais complicações no parto, ocasionando na precisão de uma cesariana, o que agrava o risco de óbito materno fetal (CARVALHO *et al.*, 2014).

Em relação a escolaridade das mulheres que desenvolveram HPP a mesma se encontra de comum acordo com a literatura quando afirma que o nível de escolaridade é uma informação necessária a ser analisada na abordagem das pessoas, em relação às condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Uma pesquisa comprova que a escolaridade reduzida vem se tornando um fator de risco comum na morbidade e mortalidade materna, e que adultos mais jovens com baixa escolaridade se sujeitam com menor regularidade a exames preventivos, apontando a presença de desigualdades quanto a utilização de serviços preventivos, tanto relacionado à faixa etária quanto ao grau de estudo (ELIAS *et al.*, 2016).

A pouca escolaridade pode ter afetado nas alternativas das mulheres em conseguir e usufruir dos informes a respeito da contracepção e saúde, diminuindo suas possibilidades de inclusão no mercado de trabalho, e de ganho para melhora da renda. Desta forma o direito de maior escolaridade ajudaria a ter acesso e utilização de métodos contraceptivos mais apropriados, colaborando para a diminuição das gestações não desejadas, e dos riscos de óbito materno (CARVALHO *et al.*, 2016).

Referindo-se a variável cor/raça, a parda prevaleceu neste estudo quando correlacionada às demais, o qual já era provável pertinente a maior concentração dessa etnia no Brasil (SOUSA *et al.*, 2014). Uma pesquisa executada no Mato Grosso (MT) mostra que mulheres de cútis negra e pardas acabam estando mais suscetível a morte materna, não em consequência que isto seja um fator de risco, mas por causa das desigualdades sociais e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Destaca-se que a categorização de etnia é complicada, tendente a grande mestiçagem presente no país (MEDEIROS *et al.*, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde as razões do óbito materno em mulheres negras também estão associadas à propensão biológica delas para enfermidades (BRASIL, 2004). Mas existem desvantagens encaradas por esta classe, quando se trata quanto aos sistemas de saúde. Essas desvantagens retratam diferença socioeconômica e efeito inconveniente do racismo nos desfechos de saúde (CORREIA *et al.*, 2011).

Mais uma variável considerável é o estado civil, porque, entre os óbitos registrados, foi encontrado mães solteiras com a maior porcentagem. Diante disso, deve pensar a respeito das relações conjugais não oficializadas e/ou abertas, já que é frequente a quebra de laços entre o pai e a mãe do bebê e/ou a tomada de decisões erradas ao descobrir uma gestação. Além do mais, junta-se a muitos desses casos, a ausência de suporte dos familiares, quando não a expulsão de casa, apesar de que sejam pouco comuns na sociedade atual. Em vista disso, supõe-se que as grávidas solteiras, bem como, as viúvas e separadas judicialmente, têm a propensão a compor um grupo desprotegido. Os argumentos, para tal, são justificados devido à ausência, na maior parte, de aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de encorajamento ao autocuidado à mãe, tanto por parte do pai do bebê, como da família (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

É muito interessante que haja presença de um companheiro durante o período gestacional, sendo entendida como probabilidade de melhoria do aporte emocional e financeiro à mulher, pois, são condições que contribuem para o aparecimento de complicações maternas (CASTRO; RAMOS, 2016). Em relação ao local de ocorrência dos óbitos maternos a prevalência foi em ambiente hospitalar, mostrando que há a precisão de se analisar a causa desses desfechos, seja por erro no atendimento, ou por falta de diagnóstico prévio das doenças que apareceram ou foram acentuados pela gravidez (MEDEIROS *et al.*, 2018).

As mortes maternas acontecem na maioria das vezes nos hospitais e o risco de óbito esteve mais relacionado aos hospitais públicos. Logo, as melhorias nas situações de saúde instigam os profissionais da saúde para que exista diminuição dos indícios de mortalidade materna. Torna-se fundamental não só o melhoramento da qualidade de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como, de investimentos de caráter social, conduzindo políticas públicas para educação básica, atenuação da pobreza e das diferenças sociais, fundamentando a repercussão desses motivos na saúde das mulheres (SCARTON *et al.*, 2019).

4. CONCLUSÃO

Foi possível analisar na seguinte pesquisa que a mortalidade por HPP teve redução na série histórica analisada, mas ainda é notável que, há necessidade de investir mais na prevenção

da HPP e no manejo do terceiro estágio do parto visto que é uma complicação evitável e que a frequência de mortalidade ainda está alta. A Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), propôs a redução de 75% das taxas de óbito materno até o ano de 2015, mas o Brasil não alcançou a proposta.

Foi visto que há uma desigualdade regional no Brasil, a população do NE é mais vulnerável associado a condições econômicas baixa, também há um analfabetismo elevado e a reduzida escolarização e uma grande dificuldade em acessar e utilizar os serviços de saúde, sendo que este fenômeno acaba fazendo com que complicações como a HPP sejam vistas.

A idade mais elevada, uma baixa escolarização, mulheres pardas e solteiras são grupos que estão mais suscetíveis a mortalidade por HPP. Os fatores sociais influenciam, fatores que acabam refletindo no pouco acesso a informação, na educação em saúde reduzida, nas desigualdades que infestam o mundo, na discrepância nas formas de acesso aos serviços de saúde, a educação e demais fatores.

Portanto, é necessário que ocorra melhora das condições de saúde reprodutiva, já que os riscos atingem, basicamente, mulheres que tem o acesso aos serviços de saúde reduzido. Essa circunstância demanda uma assistência ao PN, parto e puerpério de qualidade, um controle social efetivo e a mobilização de gestores e profissionais de saúde na promoção de políticas públicas que alcancem a redução da mortalidade materna por HPP. Além disso, a subnotificação mostra a necessidade de capacitação e conscientização do profissional médico e de saúde para que haja preenchimento correto das declarações de óbito (DO), facilitando o monitoramento e tomada de medidas que visem preveni-las. Também adotar as estratégias do Zero Mortes Maternas por Hemorragia, capacitando profissionais da saúde para intervir em situações que aconteçam a HPP afim de evitar o óbito.

5. REFERÊNCIAS

BAGGIERI, Rafael Angelo Avance *et al.* Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 56, n. 2, p.96-101, mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS, 2004. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 104 p.

CARVALHO, Lindia Kalliana da Costa Araújo Alves *et al.* Caracterização dos óbitos maternos num município nordestino brasileiro. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 2, p.714-719, fev. 2016.

CARVALHO, Márcia Valéria Pereira de *et al.* Mortalidade materna na capital do Piauí. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 3, p.17-27, set. 2014.

CASTRO, Bárbara Misslane da Cruz; RAMOS, Semírames Cartonilho de Souza. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 42, n. 1, p.103-112, jun. 2016.

CORREIA, Rafaella Araújo *et al.* Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p.91-97, fev. 2011.

COSTA, André Soares de Moura *et al.* Manejo clínico da hemorragia pós-parto. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p.55-58, jul. 2010.

DELANEY, Louisa *et al.* Hemorragia Pós-parto. **Acta Médica**, Porto Alegre, v. 37, n. 7, p.1-7, mar. 2016.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* Mortalidade materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p.173-179, fev. 2015.

ELIAS, Conceição de Maria Vaz *et al.* Perfil sociodemográfico da mortalidade materna em Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p.118-124, mar. 2016.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 36, n. 2, p.527-538, abr./jun., 2012.

FIGUEIRÔA, Barbara de Queiroz *et al.* Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Mortalidade no estado de Pernambuco em 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p.1-12, mar. 2019.

GABRIELLONI, Maria Cristina *et al.* Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p.186-193, abr. 2014.

LINO, Renata Rodrigues Garcia. **Série temporal da completitude das estatísticas vitais no período neonatal, estado do rio de janeiro, 1999 a 2014**. 2018. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

LOMBARDO, Márcia; ESERIAN, Jaqueline Kalleian. O controle da hemorragia pós-parto e a avaliação da qualidade da ocitocina injetável. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.26-31, jan. /abr. 2016.

MAMEDE, Fabiana Villela; PRUDÊNCIO, Patrícia Santos. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp, p.262-266, 2015.

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto**. 2014. 184 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

- MEDEIROS, Lidiane Tavares *et al.* Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, p.1-11, dez. 2018.
- MENDES, José Dínio Vaz; OSIANO, Vera Lucia Rodrigues Lopes. A mortalidade materna no estado de São Paulo, Brasil. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 10, n. 114, p.17-29, jun. 2013.
- MINÁ, Priscila Fiusa Lyra *et al.* Mortalidade materna e qualidade do preenchimento das declarações de óbito em um hospital escola de referência do Ceará. **Revista de Medicina da UFC**, Fortaleza, v. 58, n. 4, p.40-45, mai. 2018.
- MORAES, Diego Nascimento *et al.* Hemorragia Pós-parto. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p.34-37, jan. 2009.
- NAGAHAMA, Gilberto *et al.* O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch: série de casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p.120-125, mar. 2007.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Genebra: Cochrane, 2014. 48 p.
- OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília: OPAS; 2018.
- OSANAN, Gabriel Costa *et al.* Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p.103-105, mar. 2018.
- REZENDE, Fabiana Bastos *et al.* Hemorragia pós-parto por atonia uterina: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p.89-91, maio 2009.
- SCARTON, Juliane *et al.* Perfil da mortalidade materna: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.816-822, abr. 2019.
- SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.484-493, set. 2016.
- SOUSA, Deise Maria do Nascimento *et al.* Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.500-506, ago. 2014.
- SOUZA, Maria de Lourdes de *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p.711-718, jun. 2013.
- VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 97, n. 2, p.235-243, abr. 2018.
- WANDERLEY, Renata Maria Mota; VASCONCELOS NETO, Paulino José de Albuquerque; PINHEIRO, Hérica Dantas Modesto. Perfil da mortalidade materna. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 4, p.1116-1124, abr. 2017.