

Capítulo 15

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE MATERNA POR TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL NO BRASIL

NAYRA DA SILVA REIS¹
ANNA CAROLINA SILVA D'ONOFRIO²
THAIAN MARTINS MEIRA³
MARIA DENISE DE ANDRADE SOUZA⁴
RÔMULO CARVALHO COSTA¹
KARINA SANTOS SILVA¹
VANESSA FONSECA CARVALHO SILVEIRA¹
PÂMELA MÍNERO CALDAS¹
CAMILA BARBOSA ARAUJO¹
ALICE DOS SANTOS DIAS¹
CATARINA ANDRADE GARCEZ CAJUEIRO⁵
MARIA EDUARDA RIBEIRO DE OLIVEIRA¹
FERNANDO LUCAS COSTA SILVA¹
KEILA HENRIQUE LISBOA¹
FLÁVIA MILENE DE SOUZA NOBRE⁶

1. *Discente – Medicina na Universidade Tiradentes*
2. *Discente – Medicina na Faculdade Zarns*
3. *Discente – Medicina na Faculdade Ages*
4. *Discente _ Medicina na Universidade Federal de Sergipe*
5. *Docente – Medicina na Universidade Tiradentes*
6. *Discente – Medicina na Faculdade Estácio*

Palavras-Chave: Mortalidade Materna; Hipertensão; Gestação.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um indicador indispensável em saúde pública. Esse informativo reflete o grau de eficiência das medidas adotadas na saúde da mulher. Consoante a Organização Mundial de saúde (OMS), mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação e até 42 dias após o término da gravidez, independentemente, da duração dessa, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestação, mas não devido a causas acidentais ou incidentais.

No Brasil, os níveis de mortalidade materna, quando comparado com o mundo, são significativos. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) é implementado para contornar a realidade vigente em 2000. Esse prevê o atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, dessa forma, incentivando a assistência pré-natal. Essa ferramenta é imprescindível para o rastreamento de fatores de risco para síndromes hipertensivas gestacionais. Assim pode-se intervir com celeridade e assertividade para reduzir o quantitativo de óbitos em gestantes e puérperas (BRASIL, 2002).

O distúrbio hipertensivo é uma das principais causas de mortalidade materno fetal no Brasil (MOTTA; MOREIRA, 2021). Ela é subdividida em quatro diagnósticos: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão crônica de causa indeterminada, hipertensão crônica sobreposta à pré-eclâmpsia (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A hipertensão gestacional (HG) é considerada um diagnóstico de exclusão, quando há elevação da pressão arterial após a vigésima semana de gestação. A hipertensão crônica é quando a paciente possui hipertensão arterial antes da gestação ou recebe o diagnóstico antes de 20 semanas. A pré-eclâmpsia (PE) é a síndrome definida por hipertensão em duas aferições em momentos distintos após a vigésima

semana de gestação, não é mandatório a existência de proteinúria. Também é considerado PE quando, apesar da ausência de proteinúria, existe manifestações iminentes de eclâmpsia ou síndrome *HELLP* (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Por último, a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica quando a elevação da pressão arterial se agrega à proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades hepáticas com idade gestacional superior a 20 semanas (POLIDE FIGUEIREDO *et al.*, 2010)

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, temporal, com caráter descritivo, quantitativo, que utilizou informações sobre o perfil epidemiológico de hospitalizações por mortalidade materna por transtornos hipertensivos no ciclo gravídico puerperal utilizando de dados disponíveis e coletados no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período entre 2011 e 2021. As variáveis utilizadas foram internações hospitalares, taxa de mortalidade, óbitos, faixa etária, cor/raça, sexo, caráter de atendimento e macrorregião de saúde.

Ademais, realizou-se uma pesquisa de dados a partir de artigos em plataformas científicas como o Scielo e o Pubmed. Foram utilizados os descritores: mortalidade materna, hipertensão e gestação. Desta busca foram encontrados 40 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemática e estudos epidemiológicos, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos europeus e em inglês, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em texto escrito de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: análise espacial das internações, protocolo de atendimento, sobrevivida, gastos hospitalares, idades, raça, taxa de mortalidade e análise quantitativa por região e sexo.

O objetivo deste estudo é analisar as principais características epidemiológicas que implicam na mudança das taxas de morbimortalidade dos distúrbios hipertensivos na gestação em território brasileiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de notificações registradas encontradas entre 2011 e 2021 foi de 2.491 mil, dos quais, a região Sudeste foi responsável por 875, seguido da região Nordeste com 871, Norte com 343, Sul com 220 casos e Região Centro-Oeste com 182 casos (**Tabela 15.1**). Ao longo dos anos analisados, a quantidade de óbitos anuais vem em queda com o passar dos anos (**Tabela 15.2**).

Tabela 15.1 Distribuição do número de óbitos maternos por doenças hipertensivas no ciclo puerperal, segundo o ano de processamento, no intervalo de 2011 a 2021

Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
343	871	875	220	182	2.491

Fonte Dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)

Tabela 15.2 Evolução do número de óbitos maternos por doenças hipertensivas no ciclo puerperal, através dos anos, no intervalo de 2011 a 2021

Faixa Etária	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2011	53	417	176	83	90	819
2012	61	1.554	496	272	234	2.617
2013	58	1.142	434	291	156	2.081
2014	97	1.363	880	368	214	2.922
2015	157	1.868	1.556	594	324	4.499
2016	259	2.244	2.270	1.128	529	6.430
2017	487	3.594	4.706	2.235	946	11.968
2018	1.084	8.749	18.362	8.805	2.944	39.944
2019	1.793	15.838	42.534	20.453	5.659	86.277
2020	1.861	15.175	40.943	19.170	4.720	81.869
2021	1.109	9.164	19.049	8.984	2.618	40.924

Fonte Dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)

Quanto à etnia informada das mulheres que chegaram a óbito, o maior número de casos foram de mulheres de etnia parda, com um total de 1.335 casos (53,5%). Em seguida, a etnia Branca foi responsável por 769 casos (30,8%). Com quantidades inferiores, a etnia preta representou 262 casos (10,5%), seguida da etnia in-

dígena, com 40 casos (1,60%) e, por fim, de etnia amarela, 2 casos (0,08%). Além disso, 83 pacientes sem etnia informada compõem esse percentual (3,33%), ocupando o quarto lugar em relação à quantidade de internações (**Tabela 15.3**).

Tabela 15.3 Distribuição do número de óbitos maternos por doenças hipertensivas no ciclo puerperal correlacionados a etnia, no intervalo de 2011 a 2021

Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
343	871	875	220	182	2.491

Fonte Dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)

Em relação à faixa etária, as pacientes com 20 a 29 anos foram os mais acometidos, representando um total de 1.022 casos, seguidas pelas de idade de 30 a 39 anos, com 899, em terceiro lugar, pacientes de 15 a 19 anos (366 casos), em quarto lugar, pacientes entre 40 e 49 anos (171 casos), em quinto lugar com 30 casos

mulheres com idade entre 10 a 14 anos, e apenas 3 casos registrados de mulheres entre 50 e 59 anos. Os dados evidenciam que a maioria dos casos aconteceram entre mulheres de 15 a 39 anos, fase da puberdade feminina (**Tabela 15.4**).

Tabela 15.4 Distribuição do número de óbitos maternos por doenças hipertensivas no ciclo puerperal correlacionados a faixa etária, no intervalo de 2011 a 2021

Faixa etária	Total
10 a 14 anos	30
15 a 19 anos	366
20 a 29 anos	1.022
30 a 39 anos	899
40 a 49 anos	171
50 a 59 anos	3
60 anos ou mais	0

Fonte Dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)

A mortalidade materna representa um indicador da condição da mulher, o acesso que ela possui à saúde e a conformidade em que o sistema de assistência à saúde responde às suas necessidades. Dessa forma, é imprescindível adicionar análises sobre as tendências dessa taxa (Saviato *et al.*, 2008).

Discussão

As duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são as Síndromes Hipertensivas da gestação e a Hemorragia de modo geral. Tendo em vista seu potencial em evoluir para quadros mais complexos, como a

pré-eclâmpsia, eclâmpsia e, a forma mais grave, a síndrome HELLP, a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é potencialmente fatal (XAVIER *et al.*, 2022). As SHG (Síndromes hipertensivas gestacionais) são as maiores causas de mortalidade materna nos países em desenvolvimento (PEREIRA *et al.*, 2017), assim como no Brasil, onde é responsável por cerca de 25% dos óbitos investigados (SOARES *et al.*, 2009). Deste modo, compreende-se a SHG e suas complicações como uma das principais preocupações na área da saúde pública (SANTOS, *et al.*, 2023). Apesar de a

redução do índice de mortalidade materna ser uma prioridade, os seus números mantêm-se altos em todo o mundo (FEITOSA-ASSIS & SANTANA, 2020).

De acordo com um estudo feito entre os anos de 2012 e 2020, o ano de 2013 obteve a maior taxa de óbitos por SHG, foram 12,67 óbitos/100.000 nascidos vivos, seguido de 2020, que obteve 12,41. O ano com a menor taxa foi 2018, com 11,54. O estudo aponta ainda que a faixa etária de óbitos mais acometida em 2020 foi de 30-39 anos, sendo a raça mais prevalente a parda com 187 óbitos (SANTOS, *et al.*, 2023)

A redução da mortalidade materna no Brasil é um desafio, que se distribui de forma desigual, principalmente onde se há alta vulnerabilidade social (AFONSO *et al.*, 2021). Esse alto índice se dá por sucessivos erros durante a gestação, desde o pré-natal até o pós-parto (CARVALHO *et al.*, 2020). No país, apesar da evolução dos cuidados em saúde, ainda há uma qualidade precária dos serviços e uma falha de assimilação entre os cuidados de pré-natal e a

assistência ao parto (SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Com este estudo compreende-se que o perfil epidemiológico vigente da mortalidade materna por transtornos hipertensivos no Brasil consiste em mulheres da região Sudeste, entre 20 e 39 anos e de etnia parda. Evidencia-se também a necessidade de identificação precoce dos fatores de risco, o diagnóstico precoce e o manejo adequado, a fim de continuar com o declínio das taxas no país.

É mister compreender que, apesar de ainda não atingirem o preconizado pelas instituições de saúde, há decaimento da mortalidade materna em todo território. Por fim, este estudo evidencia a importância da detecção dos fatores de risco e de sinais de alarme precocemente para que a realidade idealizada pela OMS seja concretizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, L. R., CASTRO, V. H. S., MENEZES, C. P. S. R., CUSTÓDIO, L. L., SILVA, M. G. C., & GOMES, I. L. V. (2022). Perfil da mortalidade materna no Estado do Ceará. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(1), 115-119. <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100007>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 out. 2023.

CARVALHO, P I, FRIAS, P G, LEMOS, M L C, FRUTUOSO, L A L M, FIGUEIRÔA, B Q, PEREIRA, C A B, BARRETO, I C, & VIDAL, S A. (2020). Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1), e2019185. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100005>.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, out. 2021. OLIVEIRA, T. P. F. DE *et al.* Transtornos Hipertensivos na Gestação e no Puerpério: Uma Análise Epidemiológica em Território Nacional Pelo Período de Uma Década. *Revista de Saúde*, v. 12, n. 3, p. 60-65, 16 nov. 2021. OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002.

POLI-DE-FIGUEIREDO, C. E. *et al.* Hipertensão em situações especiais. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 32, p. 54-59, 1 set. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000500010>

SANTOS, I. M, *et al.* Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna por Síndromes Hipertensivas Gestacionais. *Society and Development*, v. 12, n.4. 2023^a. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41307>

SAVIATO, B., *et al.* Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37(4), 16- 19. 2008.

SZWARCWALD, C. L., ESCALANTE, J. J. C., RABELLO NETO, D. D. L., SOUZA JUNIOR, P. R. B. D., & VICTORA, C. G. (2014). Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S71-S83. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125313>