

## MORTALIDADE POR PARTOS CESÁREOS NO BRASIL NO PERÍODO DE 2006 A 2016

Larissa Santos da Silva<sup>1</sup>  
Luciene Vieira dos Santos<sup>2</sup>  
Rafaela Janusa Nascimento de Jesus<sup>3</sup>  
Ridalva Dias Martins Felzemburgh<sup>4</sup>  
Sélton Diniz dos Santos<sup>5</sup>

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a mortalidade materna por partos cesáreos no Brasil, no período de 2006 a 2016. **METODOLOGIA:** Trata-se um estudo ecológico, de serie temporal, realizado a partir de dados secundários providentes do DATASUS. Foram incluídas informações sobre todos os partos cesáreas ocorridos nas regiões do Brasil, no período de 2006 a 2016, nestes foram identificadas ocorrências de Mortalidade e causas notificadas. **RESULTADOS:** Os dados evidenciam que a região Nordeste é onde ocorre o maior número de mortes maternas por partos cesáreos. **CONCLUSÃO:** A implementação de políticas públicas direcionada a saúde da mulher é de extrema importância para que as gestantes tenham apoio integral durante a gravidez e no pós-parto, implantando medidas de prevenção e promoção de saúde para esse público, possibilitando uma redução na taxa de mortalidade em todo o país.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna. Complicações no parto. Cesáreas.

## MORTALITY BY CESAREAN PARTIES IN BRAZIL IN THE PERIOD FROM 2006 TO 2016

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze maternal mortality by cesarean deliveries in Brazil, from 2006 to 2016. **METHODOLOGY:** This is an ecological, time-series study based on secondary DATASUS data. Information on all cesarean deliveries occurred in the regions of Brazil, from 2006 to 2016, were identified in these cases of Mortality and reported causes. **RESULTS:** The data show that the Northeast region is where the highest number of maternal deaths occur due to cesarean deliveries. **CONCLUSION:** The implementation of public policies directed to women's health is extremely important so that pregnant women have full support during pregnancy and postpartum, implementing preventive measures and health promotion for this public, enabling a reduction in the rate of throughout the country.

**Key words:** Maternal Mortality. Complications at childbirth. Cesarean section.

<sup>1</sup>Pós-Graduando em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e CME pela Bahiana Escola de Medicina e Saúde Pública – E-mail: larissasilva.enf@hotmail.com

<sup>2</sup>Pós-Graduando em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e CME pela Bahiana Escola de Medicina e Saúde Pública – E-mail: lulunenem25@gmail.com

<sup>3</sup>Pós-Graduando em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e CME pela Bahiana escola de Medicina e Saúde Pública – E-mail: rafaela\_janusa2008@hotmail.com

<sup>4</sup>Pós-Doutorada em saúde Pública pela Fiocruz – E-mail: [ridalva@gmail.com](mailto:ridalva@gmail.com)

<sup>5</sup>Doutorando em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia – E-mail: [Selton.diniz@yahoo.com.br](mailto:Selton.diniz@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde conceitua a morte materna como um óbito durante a gestação ou de um período de 42 dias após do nascimento do bebê, independentemente da duração ou localização da gravidez ou por medidas tomadas em relação, a causas acidentais ou incidentais.<sup>1</sup>

A mortalidade materna é um problema para saúde pública nos países em desenvolvimento. A OMS expõe que a mortalidade materna no Brasil, teve diminuição da meta do milênio, nos últimos 18 anos alcançou redução de 52% (120 por 100.000 Nascidos Vivos(NV) em 1990, 64/100.00 NV em 2005 e 58/100.000 NV em 2008), com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seriam 5,5%. Os dados nacionais mostram que em 2006 e 2007 valores maiores apresentados pela OMS, com RMM de 77,00/100.000 NV.<sup>2,3</sup>

Observa-se que a qualidade da assistência em todo o país, nos últimos anos, a maior causa de óbitos maternos é a hipertensão seguida de hemorragias e infecções.<sup>4</sup> Os fatores de risco, temos nuliparidade; gestação em extremos de idade < 18 ou > 40 anos; raça negra; casos semelhantes em familiares ou em gestação anterior; hipertensão crônica; doença renal crônica; diabetes mellitus e gestação gemelar riscos anestésicos, embolia pulmonar entre outros.<sup>5,6</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece até 15% de partos cesarianos e Brasil, nos últimos anos, tem apresentado uma das mais elevadas taxas de cesariana do mundo, totalizando aproximadamente 40% dos partos realizados no país e esse percentual chega a 80% na saúde suplementar, enquanto no SUS, 30% do total de partos são cesarianas.<sup>4,7</sup>

As cesarianas no Brasil são realizadas de forma eletiva, sem fatores de risco pré-existentes que justifiquem a cirurgia e antes da parturiente entrar em trabalho de parto e os estados com maiores percentuais são Espírito Santo (67%), Goiás (67%), Rondônia (66%), Rio Grande do Sul (63%) e Paraná (63%) com variação de 63 a 67%, respectivamente.<sup>5</sup>

O Ministério da Saúde publicou em 2016 o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesariana, com dados e parâmetros que devem ser seguidos pelos serviços de saúde. A proposta é auxiliar e orientar os profissionais de saúde a diminuir o número de cesarianas desnecessárias, já que o processo cirúrgico, quando não indicado corretamente, traz

grande risco de morte materna e infantil e aumento na probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido.<sup>5</sup>

Causas importantes de morte durante a cesárea está relacionada à anestesia e infecções após o procedimento. Os acidentes e complicações anestésicas e a aspiração de vômito são outros fatores que contribuem para um risco mais elevado de morte materna durante uma cesárea. Assim, uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada adequadamente, torna-se um perigo para um ou ambos, quando utilizada somente por conveniência do médico e da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde.<sup>8</sup>

O objetivo geral do estudo foi analisar a mortalidade materna por partos cesáreos no Brasil, no período de 2006 a 2016. Como objetivos específicos foram delineados descrever as características sociodemográficas das mortes por partos cesáreos e conhecer a evolução temporal da taxa de mortalidade por partos cesáreos em relação às regiões do Brasil.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo ecológico, de serie temporal, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Mortalidade (SIM) disponíveis no Departamento de Informática em Saúde (DATASUS). Foram incluídos registros de todos os óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos da variável CID 10 "Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos gravidez parto puerpério, Complicações do trabalho de parto e do parto, Parto, Feto recém-nascido afetado fatores maternos e complicações gravidez, trabalho parto, traumatismo de parto" selecionados os óbitos do parto e estratificado na categoria CID-10 "parto único por cesárea".

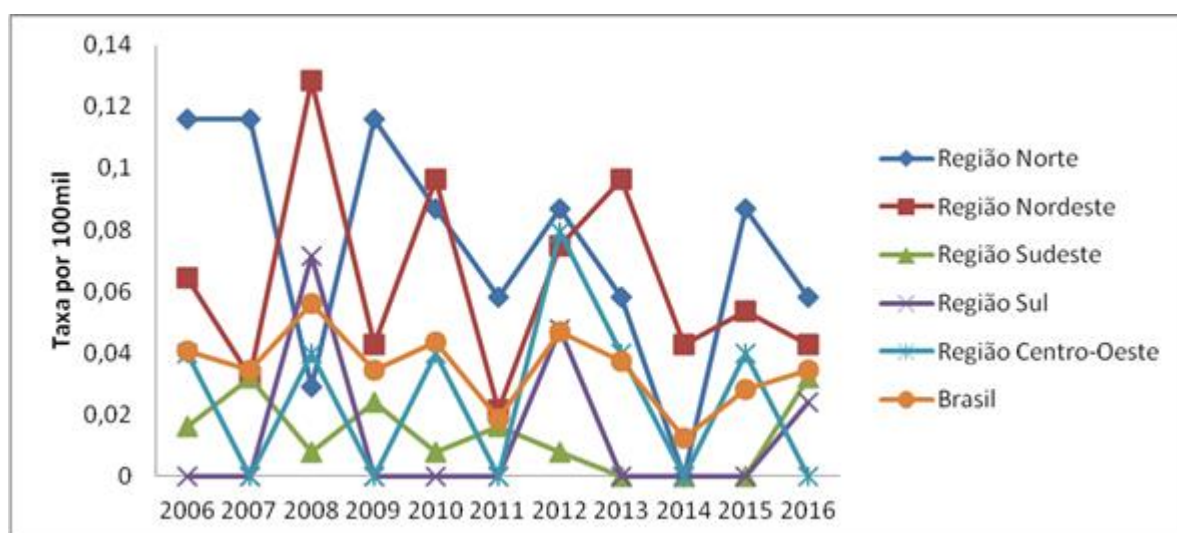
A variáveis do estudo foram faixa etária, raça/cor, escolaridade e estado civil. As informações obtidas foram organizadas em uma planilha com auxílio do Microsoft Excel. As taxas de mortalidade por parto cesáreo foram obtidas pela razão entre o número de óbitos maternos estratificado por partos cesáreos pela população de nascidos vivos considerando uma constante 100 mil. Os dados sobre a população de nascidos vivos considerada foram do ano de 2016 obtida no DATASUS. Os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas.

O estudo por se tratar de informações de acesso público, não há necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, os aspectos éticos desta pesquisa serão contemplados de acordo com a resolução 580/2018.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ocorreram 124 mortes por cesáreas no Brasil no intervalo de 10 anos (2006 a 2016). Entre os anos de 2006 a 2016, o ano de 2008 foi que obteve o maior índice, esse aumento se decorreu devido à região nordeste que apresentou o maior número. No entanto, no Sul manteve com o número bastante baixo em relação às outras regiões do Brasil (Figura 1).

**Figura 1** – Tendência a mortalidade por partos cesáreos em relação as regiões. Brasil. 2006 a 2016



**Tabela 1** – Características sociodemográficas de mortes por cesárea por regiões de saúde no Brasil (2006-2016).

Variáveis / Regiões	N		NE		S		SE		CO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>												
10 a 14												
15 a 19	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	2	1,6
20 a 29	1	7,1	10	71,4	0	0	2	14,3	1	7,1	14	11,2
30 a 39	18	29,0	30	48,4	11	17,7	0	0	3	4,8	62	50,0
40 a 49	5	14,7	18	52,9	5	14,7	4	11,8	2	5,9	34	27,4
	3	25,0	6	50,0	2	16,7	0	0	1	8,3	12	9,8

**Raça/Cor**

Branca	5	15,6	13	40,6	7	21,9	5	15,6	2	6,3	32	25,8
Preta	2	22,2	6	66,7	1	11,1	0	0,0	0	0,0	9	7,3
Parda	18	24,7	41	56,7	8	11,1	1	1,4	5	6,8	73	58,9
Indígena	2	40,0	3	60,0	0	0	0	0,0	0	0,0	5	4,0
Ignorado	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0

**Escolaridade (em anos)**

0												
1 a 3	2	33,3	3	50,0	0	0	0	0	1	16,7	6	4,9
4 a 7	6	28,6	11	52,4	2	9,5	2	9,5	0	0	21	16,9
8 a 11	11	31,4	16	45,7	4	11,4	1	2,9	3	8,6	35	28,2
12 ou mais	4	16,7	14	58,3	3	12,5	2	8,3	1	4,2	24	19,3
Ignorado	1	9,1	7	63,6	2	18,2	0	0,0	1	9,1	11	8,9
	4	14,8	14	51,9	7	25,9	1	3,7	1	3,7	27	21,8

**Estado Civil**

Solteiro	13	19,1	37	54,4	13	19,1	2	2,9	3	4,4	68	54,8
Casado	10	27,8	17	47,2	4	11,1	3	8,3	2	5,6	36	29,0
Viúvo	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,8
Separado judicialmente	0	0	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	2	1,7
Outro												
Ignorado	4	50,0	3	37,5	0	0	0	0	1	12,5	8	6,5
	0	0	7	77,8	0	0	1	11,1	1	11,1	9	7,2

<b>TOTAL</b>	28	22,6	65	52,4	18	14,5	6	4,8	7	5,7	124	100
--------------	----	------	----	------	----	------	---	-----	---	-----	-----	-----

Nos últimos 30 anos, o Brasil passou por mudanças demográficas, socioeconômicas e de acesso à infraestrutura urbana que modificaram a qualidade de vida da população. Em termos de assistência à saúde, o país evoluiu para um sistema unificado de saúde, com profundas modificações nas políticas de saúde e marcada expansão da atenção primária<sup>9</sup>.

Na década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) implementou a Estratégia de Saúde da Família como política nacional de atenção básica, com origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde<sup>10,11</sup>. Foram desenvolvidos programas com forte potencial de redução da mortalidade infantil e materna e a redução da pobreza foi alvo de programas intersetoriais, a partir dos anos 2000.<sup>11</sup>

Em 2011, a rede de atenção materna, neonatal e infantil, denominada *Rede Cegonha*, se constituiu como um programa que incorporou todas as ações anteriores, para garantir acesso, acolhimento e resolutividade na atenção ao parto e nascimento, ao crescimento/desenvolvimento da criança até os 24 meses e acesso ao planejamento

reprodutivo, possibilitando que essa gestante seja atendida e assistida como um todo visando os possíveis eventos adversos oriundo de uma gravidez de alto risco se esse for o caso.

Saber identificar como essa gestante e atendida em uma unidade de saúde possibilitara o melhor atendimento diante de uma gravidez, permitirá que a parturiente possa tranquilizar-se em relação a sua condição e ao recém-nascido, seja ela física psicológica ou biológica, já que as questões de ações complexas envolvem a questão familiar e estão unidos diretamente se essa gestante além da gravidez sofrer complicações durante o parto que possam levar ao óbito.

Nascem, anualmente, no Brasil, pouco mais de três milhões de crianças. Dados do SINASC mostram que, para o ano de 2015, 98% das suas mães receberam algum tipo de assistência seja na atenção básica ou em projetos assistências. No ano de 2015 podemos evidenciar um declínio de óbitos maternos em quase todas as regiões, mostrando que com a ajuda dos projetos da rede de atenção básica de saúde é possível dar uma assistência particularizada a cada gestante entendendo que o cuidado é essencial, na assistência à gestante (figura 1).

A Mortalidade materna (MM) é considerada como causa de morte altamente evitável e tem sido foco de esforços nacionais e internacionais dirigidos à sua redução<sup>12</sup>. No país, verifica-se importante variação nas regiões, de mortalidade materna entre 2006 e 2016, (figura 1). Entretanto, na década de 2013 a 2015, o progresso foi bem mais lento, e a MM mostrou uma redução inclusive na região nordeste que sempre teve as maiores taxas em todos os anos. Nos anos anteriores e posteriores a 2015, há uma oscilação e uma variação grande entre as regiões.

No ano de 2008 a TXMM alcançou o seu valor máximo, de 0,13 por 100mil NV em região nordeste, e no ano de 2014 a região norte alcançou a TXMM o seu valor mínimo, de 0,0 por 100mil NV. Contudo, as taxas de MM permanecem com valores muito altos e ainda inaceitáveis, de 3 a 4 vezes maiores do que aquela encontrada no conjunto dos países desenvolvidos ao início da década de 2010.

A cesariana, assim como qualquer outra cirurgia abdominal, envolve riscos e requer cuidados, pois possui taxa de mortalidade materna e fetal maior que o parto vaginal <sup>12</sup>. A depender do caráter de urgência e avaliando o risco-benefício, a cesariana pode ser indicada, o que pode ser um dos fatores a justificar o quantitativo elevado de óbitos das mulheres que

foram submetidas a este procedimento. Na tabela 1, características sociodemográficas evidenciam que a morte materna relacionada ao parto cesárea, a região nordeste tem as maiores taxas em todas as características (faixa etária, escolaridade, estado civil, raça/cor) se relacionada com a região sul que possui taxas menores.

A faixa etária que apresentou maior percentual de óbitos maternos foi entre 20-29 anos de idade (semelhante ao observado em todo o território nacional, que a maior frequência de óbitos também ocorre nessa mesma fase da vida <sup>13</sup>. As mortes maternas ocorridas entre os 20-29 anos podem ser atribuídas a falhas da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal, pois esta não é considerada uma fase de risco gestacional para a mulher <sup>14</sup>, sendo apontada como idade de risco gestantes menores de 15 anos ou com mais de 35 anos.<sup>15,16</sup>

No presente estudo, o preenchimento inadequado ou a subnotificação ou a não notificação no DATASUS e o reduzido número de óbitos investigados foram fatores que dificultaram o maior detalhamento do perfil epidemiológico das mortes maternas nas regiões estudadas. No entanto, esta não é uma realidade apenas das regiões Brasil, pois o elevado sub-registro (omissão do registro do óbito em cartório) e a subinformação (decorrente do preenchimento incorreto) são alguns dos fatores que interferem de maneira negativa no conhecimento da real situação da mortalidade materna em todo o território nacional.<sup>17</sup>

As mortes maternas por causas diretas são em sua maioria evitáveis e possuem estreita relação com fatores sociais aos quais grupos específicos, como mulheres negras, pobres, indígenas, dentre outras, podem estar expostas: pouco acesso a serviços de saúde, inadequação do serviço prestado, reduzida sensibilização dos profissionais em relação às necessidades específicas dos diversos grupos, tudo isso repercutindo de maneira negativa na saúde materna.<sup>18</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo mostra que a região com o maior índice de mortalidade em cesáreas é o Nordeste do Brasil, a região Sul apresenta baixo índice e pouca variação no período que foi feita a pesquisa. A implementação de políticas públicas direcionada à saúde da mulher é de extrema importância para que as gestantes tenham apoio integral durante a gravidez e no pós-parto, implantando medidas de prevenção e promoção de saúde para esse público, possibilitando uma redução na taxa de mortalidade em todo o país.

As cesarianas devem ser realizadas com prudência, o médico que acompanha as gestantes no período pré-natal deve avaliar se realmente a parturiente tem indicação para realização do procedimento, para que a mãe e o bebê não corram riscos desnecessários que possam levar a morte.



## REFERÊNCIAS

- 1.Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade Materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. Revista Bahiana de Saúde Pública.[internet] V.36, n.2, p. 527-538. Abr./jun. 2012. [citado em 11 de out 2018] Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>
- 2.Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MD, Eyer FPC. Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. Cad. Saúde Pública[internet], Rio de Janeiro, 27(4): 623-638, abr, 2011. [citado em 10 out 2018] Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n4/623-638>
- 3.Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. Ver. Bras. Enferm. [internet]. 2018; 71 (supl1): 725-31.[citado em 10 de out 2018] Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf)
- 4.Organização das Nações Unidas no Brasil.[internet][citado em 12 de out 2018] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>
- 5.Ministério da Saúde. [internet] citado em 12 de out 2018] Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>
- 6.Nomura RMY, Alves EQ, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev Saúde Pública 2004;38(1):9-15.
- 7.Brasil. Ministério da Saúde. Campanha de incentivo ao parto normal.[internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [citado em 13 de out 2018]Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28513](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28513).
- 8.Faúndes A, Cecatti JG. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendência, causas, consequências e propostas de ação. Análise. Caderno de Saúde Pública.[internet] RJ,7 (2): 150-173, abr/jun, 1991.[citado em 13 de out 2018] Disponível em:[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=sci\\_arttext&tlng=em](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=sci_arttext&tlng=em)

9. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
10. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15(1):151.
11. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.
12. Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem Obstétrica*. Tradução por J. Israel Lemos. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
13. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2012; 36(2): 527-38.
14. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Rev. bras. enferm.*[internet] 2011; 64(1):91[citado em 13 de nov de 2018] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a14.pdf>
15. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Junior PRB, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública*.
16. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *The Lancet*. 2011; 378(9797): 1139-65
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 3. Escalante JC. Mortalidade materna no Brasil. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde; 2013.

18. Texeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2012; 12(1): 27-35.