

PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA EM SERGIPE CAUSADA POR SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

MATERNAL MORTALITY PROFILE IN SERGIPE CAUSED BY PREGNANCY HYPERTENSIVE SYNDROMES: EPIDEMIOLOGICAL STUDY

 <https://doi.org/10.63330/armv1n6-013>

Submetido em: 21/08/2025 e Publicado em: 25/08/2025

Kathucia Calmon Mendonça

Especialista em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem em Centro Cirúrgico e CME e Enfermagem do Trabalho, FUTURA, UNYLEYA FAVENI; Enfermeira, UNEB, Graduanda de Medicina, UFS

E-mail: kathy2019.3@gmail.com,

LATTES: <https://lattes.cnpq.br/1751384562017190>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3324-6203>.

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna é inaceitavelmente alta e representa um grave problema de saúde pública. Todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo, e 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Dessa forma, o estudo tem grande relevância social e para área da saúde. **Objetivo:** Compreender e identificar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos por Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) no estado de Sergipe. **Matérias e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, epidemiológico do tipo ecológico de caráter quantitativo, com o perfil descritivo transversal do estado de Sergipe. **Resultados:** Reuniu-se evidências científicas do período de 2017 a 2023. Conforme os dados de óbitos maternos por síndromes hipertensivas coletados no DATASUS é observado que a faixa etária com maior taxa de mortalidade foi entre as mulheres de 30 a 39 anos representando 50% do total de óbitos. Através desses dados é observado também, que o maior número de óbitos maternos por síndromes hipertensivas no estado de Sergipe foi de mulheres pardas representando 62,5% do total de óbitos nessa classificação, se juntarmos as mulheres pretas e pardas temos aproximadamente 79,2% do total. A análise em relação à escolaridade revelou que a maior taxa de óbito foi entre as mulheres que tinham de 8 a 11 anos de estudo representando aproximadamente 45,83% do total de óbitos. Ao analisar a tabela relacionada sobre os dados conjugais observou-se que o número maior de óbitos de mulheres solteiras representando aproximadamente 54,2% do total. **Discursão:** A pré-eclâmpsia é uma das doenças contidas nas Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) e ocorre na magnitude de 2% a 8% de todas as gestações e constam, no Brasil, como a principal causa de morte materna, essencialmente quando se apresenta nas suas formas mais graves, como a eclâmpsia e a Síndrome HELLP. Neste contexto, considerando a alta porcentagem de óbitos maternos no último ano (aproximadamente, 30% dos casos ocorridos em todo o território nacional), infere-se que a região Nordeste se destaca negativamente em relação à qualidade e/ou oferta dos serviços de saúde à gestante. **Considerações finais:** Fica evidente, que a desigualdade socioeconômica impera no estado de Sergipe, pois a maioria das gestantes que mais tiveram complicações por SHG e vieram a óbito foram: pardas, na faixa etária de 30 a 39 anos, com desfavorecimento socioeconômico, sem ensino superior e solteiras. Dessa forma, é de extrema importância a implementação de políticas públicas para reparar esse triste quadro da mortalidade materna evitável, tanto no país como no estado de Sergipe.

Palavras-chave Síndromes Hipertensivas; Óbitos Maternos; Gestação; Sergipe.



ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is unacceptably high and represents a serious public health problem. Every day, approximately 830 women die from preventable causes related to pregnancy and childbirth worldwide, and 99% of all maternal deaths occur in developing countries. Therefore, this study has great social and health relevance. **Objective:** To understand and identify the epidemiological profile of maternal deaths due to Gestational Hypertensive Syndromes (GHS) in the state of Sergipe. **Materials and Methods:** This is a retrospective, epidemiological, ecological, quantitative study with a cross-sectional descriptive profile of the state of Sergipe. **Results:** To gather scientific evidence from the period 2017 to 2023. According to the data on maternal deaths due to hypertensive disorders found in DATASUS, it is observed that the age group with the highest mortality rate was among women aged 30 to 39, representing 50% of the total deaths. These data also show that the highest number of maternal deaths due to hypertensive disorders in the state of Sergipe was among brown women, representing 62.5% of the total deaths in this classification; if we combine black and brown women, we have approximately 79.2% of the total. An analysis of education revealed that the highest death rate was among women with 8 to 11 years of schooling, representing approximately 45.83% of the total deaths. An analysis of the related table on marital data showed that the highest number of deaths were among single women, representing approximately 54.2% of the total. **Discussion:** Preeclampsia is one of the diseases included in the Gestational Hypertensive Syndromes (GHS) and occurs in 2% to 8% of all pregnancies. It is the leading cause of maternal death in Brazil, especially in its most severe forms, such as eclampsia and HELLP syndrome. In this context, considering the high percentage of maternal deaths in the last year (approximately 30% of cases nationwide), it can be inferred that the Northeast region stands out negatively in terms of the quality and/or availability of health services for pregnant women. **Final considerations:** It is clear that socioeconomic inequality prevails in the state of Sergipe, as the majority of pregnant women who suffered complications from GHS and died were: brown, aged 30 to 39, socioeconomically disadvantaged, without higher education, and single. Therefore, it is extremely important to implement public policies to address this sad situation of preventable maternal mortality, both in the country and in the state of Sergipe.

Keywords: Hypertensive Syndromes; Maternal Deaths; Pregnancy; Sergipe.



1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como morte materna a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (OMS, 2000).

A mortalidade materna é inaceitavelmente alta e representa um grave problema de saúde pública. Todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo, e 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, sendo mais elevada entre as mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres (OPAS, 2023). O Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno relata que na maioria dos casos a mortalidade materna é evitável por meio da detecção precoce e de uma assistência integral à saúde. Ademais, o Indicador de Mortalidade Materna é importante para avaliar o grau de desenvolvimento do país (Brasil, 2009).

No Brasil, a despeito dos avanços na atenção pré-natal e importantes investimentos do Ministério da Saúde (MS), a razão de mortalidade materna (RMM) permanece alta, desproporcional ao nível de desenvolvimento econômico do país, considerando-se que a RMM aumentou entre 2019 e 2020, variando de 58 a 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV) respectivamente, naquele biênio (Brasil, 2022). Esses parâmetros apontam que o país ainda não alcançou a redução da mortalidade materna pactuada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Leal et al, 2018).

Durante a gestação aproximadamente 10% das mulheres terão sua pressão arterial registrada como acima do normal em algum momento do parto (Duley, 2009). A pré-eclâmpsia, parte do conjunto das Síndromes Hipertensivas da Gestação (SHG), destaca-se entre as principais causas desse perfil epidemiológico. Essa condição se caracteriza pela elevação da pressão arterial sistólica para valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou diastólica 90 mmHg, acompanhada de proteinúria ≥ 300 mg/24h ou de lesão em órgão-alvo, após a 20ª semana de gestação em mulheres sem histórico prévio de hipertensão (Cortinhas et al., 2019; Menezes et al., 2021).

Conforme o estudo, *Pré-eclâmpsia*, de Karrar et al (2024), as síndromes hipertensivas intercorrentes na gestação, em especial a pré-eclâmpsia (PE), acarretam risco real e impacto significativo nos indicadores relacionados à saúde materna e infantil. Por exemplo, aumento da mortalidade materna e perinatal associada a um quadro de proteinúria transicionando para a disfunção de órgãos (renal, hepática, neurológica, hematológica e/ou uteroplacentar).

A eclâmpsia é uma complicação grave da gravidez que ocorre quando uma mulher com pré-eclâmpsia tem convulsões. Apesar dos esforços para reduzir as complicações e mortes relacionadas à gravidez em todo o mundo, as mortes perinatais devido à pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia continuam aumentando. A cada ano, aproximadamente 4 milhões de mulheres são diagnosticadas com pré-eclâmpsia



em todo o mundo, essa complicação resulta na morte de mais de 70.000 mulheres e 500.000 bebês (Dimitriadis et al, 2023).

Segundo Godana et al. (2023) a mortalidade perinatal relacionada a essas condições está diretamente ligada ao nível econômico do país, onde em nações mais ricas, as taxas são mais baixas, enquanto em países de renda média ou baixa, as taxas podem ser consideravelmente mais altas. Logo o número de mortes pode estar relacionado a diversos aspectos sociais, econômicos e de saúde pública. O trabalho de Soares et al. (2009) destaca que o número de óbitos de pacientes acometidas por eclâmpsia é um dos indicadores da assistência à saúde das mulheres, demonstrando a qualidade da atenção à saúde e de forma indireta as condições de vida e saúde da população.

A eclâmpsia pode levar a várias complicações graves para a mãe, como sangramento no cérebro, inchaço nos pulmões, insuficiência renal, descolamento da placenta e problemas de coagulação (Melito et al., 2023). Para o feto, as complicações podem incluir crescimento restrito, nascimento prematuro e até morte (Peraçoli et al., 2020). Desse modo, conhecendo o perfil das gestantes com eclâmpsia é possível identificar as populações com maiores vulnerabilidades, avaliando os fatores de risco, com o objetivo de prevenção e redução dos casos de eclâmpsia (Júnior, et al., 2019; Silva, et al., 2022). Pois, conforme Guevara-Ríos (2019) a prevenção é o melhor caminho e o esclarecimento das mulheres em relação aos sinais e sintomas representa o alerta para o início do tratamento e o controle da pressão arterial na gestação, principalmente, no grupo de risco. A pré-eclâmpsia ocorrida na gravidez deve ser uma preocupação constante para as mulheres gestantes e para os serviços de saúde, devendo ser encarada como um grave problema de saúde pública.

Embora a temática das síndromes hipertensivas: Pré-eclâmpsia e eclâmpsia seja uma condição obstétrica bem conhecida no Brasil, as taxas de mortalidade associadas a essa complicação continua sendo um problema de saúde pública expressivo, especialmente em regiões com maiores níveis de desigualdades. Diante desse cenário, é de extrema relevância o estudo de diversas questões que precisam ser investigadas e melhor compreendidas para, assim, orientar melhor nas ações de cuidado e prevenção realizadas pelo profissional da saúde e pelo poder público como um todo: como qual é a distribuição geográfica em que há o predomínio de óbitos maternos e o perfil social das gestantes que faleceram por síndrome hipertensivas no estado de Sergipe e outras regiões.

Este estudo demonstra sua relevância social para a saúde coletiva ao investigar óbitos maternos evitáveis por síndrome hipertensivas, buscando compreender e identificar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos por Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) no estado de Sergipe para auxiliar na prevenção e nas ações de cuidado.



2 MATERIAIS E METÓDOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, epidemiológico do tipo ecológico de caráter quantitativo. O artigo apresenta-se com o perfil descritivo transversal com abordagem e análise documental, através de dados secundários coletados no departamento de informática do sistema único de saúde (SIH/DATASUS), conforme metodologia preconizada por medronho (2009). O local desse estudo compreende o estado de Sergipe, localizado na região Nordeste do Brasil, que é dividido em 75 municípios, sendo é o menor dos estados brasileiros, ocupando uma área total de 21 910 km², tornando-o pouco maior que El Salvador. Em 2021, sua população foi recenseada em 2,3 milhões de habitantes. Sua capital e cidade mais populosa é Aracaju, sua capital sendo sede da Região Metropolitana de Aracaju, que inclui os municípios de Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão.

Os dados empregados foram obtidos a partir de planilhas do DATASUS-TABNET, filtradas dos dados “mortalidade – desde 1996 pela cid-10” na categoria “óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos” sendo posteriormente selecionado a categoria CID-10 correspondente a ‘O13 e O14 hipertensão gestacional e “O15 eclampsia”. Foi analisada a mortalidade materna por síndromes hipertensivas no estado da Bahia. Foram coletadas as informações das seguintes variáveis sociodemográficas: mulheres em faixa etária em idade fértil (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, cor/raça, estado civil e grau de escolaridade e analisados os dados por macrorregião de saúde do estado da Bahia. O período investigado foi ao longo dos sete anos, obtendo e selecionado os dados no intervalo temporal de 2017-2023, pois não existem informações no sistema após o ano de 2023. A realização das análises estatísticas foi executada com o auxílio do software Microsoft Excel versão 2.040, através do emprego da estatística descritiva.

O presente trabalho não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para sua realização, pois se trata de dados secundários de domínio público no Ministério da Saúde, DATASUS, realizada a pesquisa por meio eletrônico sem identificação das participantes e sem suas informações pessoais. Dessa forma, todas questões éticas foram preservadas.

3 RESULTADOS



Tabela 1. Descrição dos óbitos de materno por síndromes hipertensivas por faixa etária segundo a Região de Saúde e Faixa Etária de Sergipe do ano de 2017 a 2023.

Região de Saúde (CIR)	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Total
TOTAL	2	8	12	2	24
28001 Aracaju	-	4	2	-	6
28002 Estância	-	1	1	1	3
28003 Itabaiana	1	1	2	-	4
28004 Lagarto	-	-	1	-	1
28005 Nossa Senhora da Glória	-	-	1	-	1
28006 Nossa Senhora do Socorro	1	2	4	1	8
28007 Propriá	-	-	1	-	1

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 2. Descrição dos óbitos de materno por síndromes hipertensivas segundo grau de escolaridade e cor/raça do estado de Sergipe do ano de 2017 a 2023.

Escolaridade	Branca	Preta	Parda	Ignorado	Total
TOTAL	3	4	15	2	24
Nenhuma	-	-	1	-	1
1 a 3 anos	-	-	-	1	1
4 a 7 anos	1	-	3	-	4
8 a 11 anos	1	2	7	1	11
12 anos e mais	-	2	4	-	6
Ignorado	1	-	-	-	1

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 3. Descrição dos óbitos de materno por síndromes hipertensivas conforme estado civil e local do óbito do estado de Sergipe do ano de 2017 a 2023.

<i>Estado civil</i>	Hospital	Domicílio	Total
TOTAL	22	2	24
Solteiro	12	1	13
Casado	5	1	6
Separado judicialmente	1	-	1
Outro	2	-	2
Ignorado	2	-	2

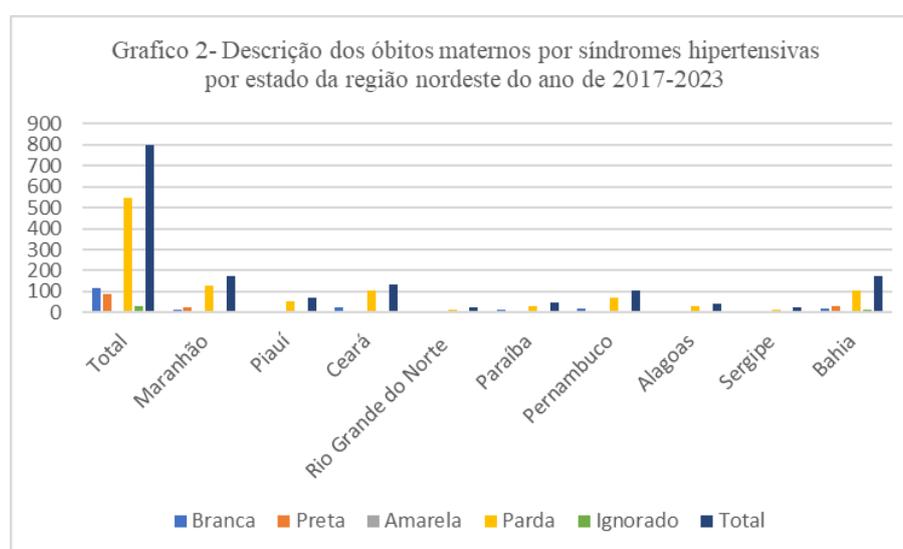
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM



Tabela 4. Descrição dos óbitos de materno por síndromes hipertensivas por regiões do Brasil do ano de 2017 a 2023.

Região	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
TOTAL	327	305	313	315	306	291	235	2.092
1 Região Norte	52	51	59	42	41	50	48	343
2 Região Nordeste	116	107	119	133	126	108	89	798
3 Região Sudeste	105	101	91	89	89	88	60	623
4 Região Sul	23	20	21	27	26	25	21	163
5 Região Centro-Oeste	31	26	23	24	24	20	17	165

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Conforme os dados de óbitos maternos por síndromes hipertensivas coletados no DATASUS é observado que a faixa etária com maior taxa de mortalidade foi entre as mulheres de 30 a 39 anos representando 50% do total de óbitos. Através desses dados é observado também, que o maior número de óbitos maternos por síndromes hipertensivas no estado de Sergipe foi de mulheres pardas representando 62,5% do total de óbitos nessa classificação, se juntarmos as mulheres pretas e pardas temos aproximadamente 79,2% do total. A análise em relação à escolaridade revelou que a maior taxa de óbito foi entre as mulheres que tinham de 8 a 11 anos de estudo representando aproximadamente 45,83% do total de óbitos. Ao analisar a tabela relacionada sobre os dados conjugais observou-se que o número maior de óbitos de mulheres solteiras representando aproximadamente 54,2% do total, porém em quatro casos o estado conjugal não foi notificado ou foi ignorado. Conforme o gráfico que analisa os óbitos maternos por síndromes hipertensivas durante a gestação na região nordeste foi constatado que o número da mortalidade no estado do Maranhão é o maior representando 22% da totalidade e a Bahia vem em segundo lugar da região representando aproximadamente 21,8% do total de óbitos nessa região, devido ao tamanho do estado



de Sergipe o qual é o menor da federação essa relação não foi tão evidente em comparação ao número de óbitos dos outros estados da região, porém por proporção é significativa a mortalidade de mulheres por síndromes hipertensivas na gestação no estado.

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho reuniu evidências científicas e analisou, o período de sete anos de 2017 a 2023, os aspectos sobre o perfil da mortalidade materna por síndromes hipertensivas, as características dos óbitos maternos ocorridos tanto em maternidades e hospital como em domicílio no estado de Sergipe e suas principais características. No período analisado, as mortes maternas foram mais frequentes em mulheres com faixa de 30 a 39 anos de idade, de cor/raça parda, que não realizaram ensino superior e solteiras.

A mortalidade materna e infantil compõe um dos principais e mais importantes indicadores de desenvolvimento de uma sociedade, assim, como um visível sinal de transgressão dos direitos humanos, por sua natureza ser evitável em 92% dos casos. Os países em desenvolvimento possuem uma taxa de mortalidade maior quando comparados a países mais desenvolvidos, como mostrou o estudo feito em 1990 pela Organização Mundial da Saúde e que concluiu que aproximadamente 585 mil mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal. Apenas 5% das vítimas viviam em países mais desenvolvidos (Brasil, 2007).

Em 2000, países de todo o mundo pactuaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assumindo como meta reduzir a mortalidade materna em três quartos (Freitas Júnior, 2020). No entanto, no Brasil, nos anos de 1990 a 2015, as mortes maternas reduziram apenas 58%. Em 2016, novos objetivos, chamados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, foram propostos para serem alcançados até 2030, sendo a meta brasileira relacionada para razão de mortalidade materna (RMM) de 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2019). No entanto, no ano de 2023, o Brasil registrou 62.641 casos de mortalidade, ou seja, uma RMM de 62,3 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2024). Esse dado é um indicador importante da qualidade da atenção ofertada à saúde da mulher durante o período gravídico puerperal (Duarte et al., 2020; Figueiredo, et al., 2024).

Segundo Melanda et al (2014) a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que analisa as mudanças demográficas, geográficas e temporais dos óbitos maternos, identificando os casos de desigualdade e as demandas de ações específicas. O índice elevado de mortalidade materna revela as características sociodemográficas de uma determinada localidade, refletindo nas diferenças sociais, nas condições de vida e serviços de saúde ofertados à população. Diante dos esforços realizados, o Brasil não alcançou a meta proposta nos ODS em 2015, havendo uma redução de 43% da RMM (Marques, 2016).

A pré-eclâmpsia é uma das doenças contidas nas Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) e ocorre na magnitude de 2% a 8% de todas as gestações e constam, no Brasil, como a principal causa de



morte materna, essencialmente quando se apresenta nas suas formas mais graves, como a eclâmpsia e a Síndrome HELLP. A eclâmpsia constitui-se como uma patologia que além da parte materna, afeta também de igual magnitude o outro lado do binômio materno-fetal, ocasionando um significativo número de óbitos em neonatos e quando estes sobrevivem possuem danos por hipóxia perinatal. A clínica dessa doença se manifesta no aparecimento de convulsões em uma paciente previamente com pré-eclâmpsia, após excluídas epilepsias e outras doenças que possam causar convulsões (Kahhale, et al., 2018).

Para diagnosticar a pré-eclâmpsia, o profissional de saúde deve observar a pressão arterial elevada ($\geq 140/90$ mmHg) ou a presença de proteína na urina (≥ 300 mg em 24 horas) em uma mulher que antes tinha pressão arterial classificada como normal (Oliveira, Karumanchi, Sass, 2010). O diagnóstico de eclâmpsia é confirmado quando essas convulsões ocorrem sem outra causa neurológica (como epilepsia) em uma paciente com pré-eclâmpsia (Peraçoli et al., 2020). Segundo Melito et al (2023) a eclâmpsia pode levar a várias complicações graves para a mãe, como sangramento no cérebro, inchaço nos pulmões, insuficiência renal, descolamento da placenta e problemas de coagulação. Para o bebê, as complicações podem incluir crescimento restrito, nascimento prematuro e até morte (Peraçoli et al., 2020).

Conforme Marinho et al (2020) esse cenário se perpetua apesar da instituição de pactos e políticas no campo internacional e nacional como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pactuado por vários países em 2000 que tinha como objetivo diminuir a mortalidade materna em três quartos. Dentre as metas estabelecidas por esse pacto a redução da mortalidade materna foi a de menor progresso. Especificamente para o Brasil, a meta seria reduzir, até 2015, os óbitos maternos para um número igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), o que não foi contemplado. Além dos mais países mais pobres ou em níveis de desenvolvimento parecidos ao Brasil possuem menores números de óbitos maternos como, por exemplo, países da América Latina como o Chile, o Uruguai e a Costa Rica.

Os dados de mortalidade materna refletem as condições de saúde de um país ou região e, conseqüentemente, têm sido apontados como um importante indicador da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (Duarte et al., 2020; Figueiredo et al., 2024). Neste contexto, considerando a alta porcentagem de óbitos maternos no último ano (aproximadamente, 30% dos casos ocorridos em todo o território nacional), infere-se que a região Nordeste se destaca negativamente em relação à qualidade e/ou oferta dos serviços de saúde à gestante.

Conforme o estudo de Santos et al (2021), os fatores que levam a essa maior mortalidade estão de acordo com os resultados dessa pesquisa visto que comunidades com baixo poder socioeconômico associado a menor acessibilidade aos serviços de saúde apresentam maiores índices de mortalidade maternal. Pois o menor poder econômico das mulheres associada a ausência de informações adequadas permitem que ocorram um maior número de óbitos por causas obstétricas, assim, é verificado que mulheres pobres possuem maior chances de morrerem prematuramente do que mulheres ricas.



De acordo com o estudo de Silva et al (2022) o qual analisou dados de óbitos maternos por eclâmpsia no Brasil no período de 2010-2020 foi notado que teve uma prevalência desses óbitos na região Nordeste e a região com menor acometimento foi a região Sul do país. Enquanto a faixa etária mais prevalente foi entre 30 a 39 anos e a menor entre 10 a 14 anos. Em relação à escolaridade, as mulheres que tiveram entre 8 a 11 anos de estudo foram as que mais vieram a óbito, sendo o menor número para aquelas que não tinham nenhuma escolaridade. Ademais, em relação à raça, a população mais acometida foi a parda e em relação ao período do processo gestacional em que o óbito materno por eclâmpsia ocorreu, o maior número foi durante o puerpério. Nota-se, assim, que a mortalidade materna é sim desigual entre as regiões da nação e também entre o grau de estudo e raça e assim é observado que esse é um importantíssimo indicador de saúde, pois através deste é visto a grave realidade que assola as mulheres, principalmente pobres e nordestina mostrando que falta muito um dos princípios mais importantes do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade. Comparando os dados obtidos na pesquisa no DATASUS do ano de 2017 a 2023 nota-se várias semelhanças entre o número de óbitos maternos por síndromes hipertensivas e o estudo de Silva et al (2022), as mulheres pardas e na faixa etária de 30 a 39 anos foi o maior número de mortalidade.

Conforme o estudo de Aragão et al (2024), observou-se que o perfil das mortes maternas na região Nordeste (mulheres pertencentes a grupos socioeconômicos mais vulneráveis) reflete a necessidade de melhorias significativas em dois aspectos: (i) qualidade do serviço de saúde, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto até o puerpério; (ii) investimentos em políticas públicas para educação básica, redução da pobreza e das desigualdades sociais. Neste sentido, acredita-se que aperfeiçoar a vigilância e atenção à saúde, capacitar profissionais de saúde para saber lidar com os riscos específicos aos quais determinadas populações estão expostas e focar em estratégias de educação que tenham por objetivo orientar quanto a importância do pré-natal, incentivo a hábitos de vida saudáveis e reconhecimento de possíveis complicações poderiam evitar a maioria das mortes maternas no Nordeste brasileiro. Dessa forma, é notória a desigualdade e disparidade dos dados e é visto que as mulheres principalmente pardas e pobres que mais são negligenciadas no SUS.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) desempenham um papel crucial na condução dos estudos epidemiológicos. Seu propósito primordial reside em disponibilizar dados para análise, a fim de aprofundar a compreensão dos principais problemas de saúde (Laurindo, 2016). Sendo de fundamental importância para a formulação de políticas públicas, planejamento e avaliação de ações de saúde, permitindo a tomada de decisão mais assertiva para melhorias na gestão e na saúde como um todo. Um dos componentes mais importantes é o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS), que oferece várias ferramentas para acessar dados de saúde, incluindo o TabNet.

O DATA-SUS gerencia e distribui informações sobre saúde pública no Brasil. Ele fornece acesso a diversas bases de dados, como estatísticas de mortalidade, patologias, nascimentos e dados de vigilância



epidemiológica. Essas informações são essenciais para analisar o estado de saúde da população e identificar áreas que precisam de intervenção (Ministério da Saúde, 2020). O TabNet é uma ferramenta interativa do DATASUS que permite aos usuários criar tabelas personalizadas a partir de dados de saúde pública do país. Com o TabNet, é possível acessar dados sobre vários indicadores de saúde, como mortalidade, morbidades, internações hospitalares, procedimentos ambulatoriais e cobertura de programas de saúde (Ministério da Saúde, 2012). O TabNet é uma ferramenta muito importante para pesquisadores, gestores de saúde e formuladores de políticas públicas, pois através deste podemos melhorar as condições de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo buscou identificar qual é o perfil sociodemográfico das gestantes que vieram a óbito por síndromes hipertensivas no estado de Sergipe, comparando esses dados com outras regiões do Brasil. O estudo ressalta a importância da utilização dos sistemas de informação em saúde, como o DATA-SUS e o TabNet, para coletar e analisar esses dados, fornecendo, assim, uma base sólida para futuras decisões e implementação de políticas de saúde. Entretanto, tiveram algumas limitações no estudo quanto ao DATA-SUS, pois tiveram falta de informações importantes para a melhor composição do artigo e a falta desses dados comprometem a realização desse mais perfil fidedigno, só tendo poucos óbitos investigados e no estado de Sergipe como o todo, tendo em sete anos apenas 24 óbitos foram notificados sendo algumas condições importantes das pacientes que vieram a óbito sendo ignoradas. Além disso, outra limitação foi que infelizmente tem poucos artigos atuais de estudo e pesquisa de campo, a maioria são revisão de literatura o que compromete a atualização das informações e uma melhor composição.

Fica evidente, portanto, que a desigualdade econômica e social infelizmente impera no estado de Sergipe, pois a as mulheres as quais mais tiveram complicações por síndromes hipertensivas na gestação e vieram a óbitos foram em sua grande maioria: pardas, na faixa etária de 30 a 39 anos, com desfavorecimento econômico e social, com médio grau de escolaridade, de 8 a 11 anos, sem ensino superior, solteiras em relação a situação conjugal sem rede de apoio. Dessa forma, é de extrema relevância a implementação e intensificação de políticas públicas para reparar esse quadro caótico que assola o estado e também a região Nordeste, visto que a maior mortalidade materna por causa das síndromes hipertensivas foi nessa região.

Espera-se que os resultados desse artigo ajudem na criação de novas estratégias eficazes na prevenção e no cuidado à saúde da mulher seguindo todos princípios e determinantes do SUS. Além disso, aguarda-se que seja instituído cursos de educação continuada e permanente, para os profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária e das maternidades, para que, assim, esses profissionais possam se qualificar para prestar um melhor atendimento possível e diminuir essa mortalidade evitável. Também, é esperado que haja melhorias na infraestrutura de saúde e programas de educação para gestantes e a melhoria da notificação do sistema de informação e também que tenham mais pesquisas de campo sobre o assunto e



notificações e investigações dos óbitos maternos por síndromes hipertensivas na gestação.



REFERÊNCIAS

- BARRETO B. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2021 [cited 15 October 2021];(1):127-133. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3709>.
- COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Sulfato de magnésio: principais utilizações na obstetrícia contemporânea. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 31, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20210009>.
- CORTINHAS, A. B. B., et al. Pré-eclâmpsia e mortalidade materna. *Revista Cad. de Med.*, v. 2, n. 1, p. 63-73, 2019.
- DIMITRIADIS, E.; ROLNIK, D. L.; ZHOU, W. et al. Pré-eclâmpsia. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 8, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>.
- DULEY, L. The Global Impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. *Seminars in Perinatology*, v. 33, 2009, p. 130-137. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2009.02.010>. g. 14337–14348, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-029. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61254>. Acesso em: 16 maio. 2024.
- FERREIRA MBG, SILVEIRA CF, SILVA SR, SOUZA DJ, RUIZ MT. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm*. 2016; 50(2):324-34. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>.
- GUEVARA-RÍOS E. La preeclampsia, problema de salud pública. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2019; 8(2):7-8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2019147>. Acesso em: 24 julho. 2024.
- GODANA, A.; TESI, S.; NIGUSSIE, S.; GUDETA, M. Perinatal outcomes and their determinants among women with eclampsia and severe preeclampsia in selected tertiary hospitals, Eastern Ethiopia. *Pregnancy Hypertension*, v. 34, p. 152-158, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2023.11.005>.
- KAHHALE S, et al. Pré-eclâmpsia. *Revista de Medicina*, 2018; 97(2): 226-234.
- KARRAR, S. A. HONG, P. L. MARTINGANO, D.J. Preeclampsia. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033373/>. Acesso em: 24 julho. 2024.
- LAURINDO, T. S. Perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência no estado do rio de janeiro entre 2009 a 2012. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, Licenciatura em Enfermagem, p. 47, 2016.
- Leal MC. Editorial. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 ago; 24(8):1724-25.
- MACHADO et al. Pré-eclâmpsia na gravidez sob a ótica das mulheres da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Mundo da Saúde* 2020,44:498-505, e0232020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/pre_eclampsia_sul.pdf. Acesso em: 26 julho. 2024.
- MARINHO CSR, et al. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cad. de Saúde Pública*, 2020; 36.



MARQUES CPC. Redes de atenção à saúde: A Rede Cegonha. São Luís: EDUFMA; 2016. 67 p.

MASCARENHAS, Priscila Meira. et al. Análise da mortalidade materna. Rev. enferm. UFPE online, p. 4653-4662, 2017. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231206p4653-4662-2017>.

MEDRONHO, R. Epidemiologia. 2ª edição. São Paulo, 2009.

MELANDA SV, LARocca LM, ALMEIDA WG, OLIVEIRA CA, NASR ACLF, SILVA JCS. Sistematização da investigação do óbito materno: uma proposta de ferramenta para o monitoramento. Esp Saúde [Internet]. 2014;15(2):68-74. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/533>.

MELILLO, VT; FERREIRA, ACO; CHAGAS, AP de A.; MUNAYER, LAG; SEREJO, MBB; FIGUEIREDO, NG; EIRI, KA; AQUINO, APM; NASCIMENTO, FH; FERREIRA, JR Pré-eclâmpsia: fisiopatologia, diagnóstico e manejo terapêutico. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S. l.], v. 4, páerna por eclâmpsia. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, n. 2, p. 209–217, abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000200008>.

MENEZES, J. P. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por eclâmpsia entre 2009 e 2019 no Brasil. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 25137-25149, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2004. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2020). Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2012). Sistema de Informações de Saúde: Conceitos e Aplicações. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_saude.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007). Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síntese de evidências para políticas de saúde Estratégias para redução da mortalidade materna no estado do Piauí. Brasília, DF: 1-66; 2020.

MOREIRA, L.M.S; RODRIGUES, A. C. E. Análise epidemiológica dos óbitos maternos no estado do Piauí, Brasil. Research, Society and Development, v. 12, n. 4, e17912441013, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/41013-Article-438779-1-10-20230409.pdf%20eclampsia.pdf>.

NEPOMUCENO, Ana Flávia Souto Figueiredo et al. Perfil de Mortalidade Materna na Última Década (2010-2019) no Estado da Bahia. Revista Ciência Plural, v. 7, n. 3, p. 30-42, 2021. doi: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23919>.



NOVO, J.L.V.G.; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclampsia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.10, n.2, p.209-217, 2010

PERAÇOLI, J. C.; RAMOS, J. G. L.; SASS, N; MARTINS-COSTA, S. H.; DE OLIVEIRA, L. G.; COSTA, M. L.; CUNHA FILHO, E. V.; KORKES H. A.; DE SOUSA, F. L. P.; MESQUITA, M. R. S.; BORGES, V. T. M.; CORRÊA, JR. M. D.; ARAUJO, A. C. P. F.; ZACONETA, A. M.; FREIRE, C. H. E.; POLI-DE-FIGUEIREDO, C. E. ; ROCHA FILHO, E. A. P.; CAVALLI, R .C. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia – Protocolo no. 01 - Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG); 2020. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/pdfs/pre_eclampsia_eclampsia_protocolo_rbehg_2020.pdf>

OLIVEIRA, E. F.P; RAMOS, A.L; RODRIGUES, M.T.P. Mortalidade Materna por Doenças Hipertensivas no Piauí. Revista Ciência Plural.2020; 6 (Suplemento 1): 92. 2020. Disponível:<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21859/13112>. Acesso em 26/07/2024.

OLIVEIRA; L. G.; KARUMANCHI; A. & SASS; N. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo; inflamação e disfunção endotelial. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; Vol. 32; 2010. DOI: 10.1590/S0100-72032010001200008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.a ed. São Paulo: Edusp; 2000.

OUVERNEY; AM. & NORONHA; JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais; regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3.

RIQUINHO, D.L; CORREIA, S.G. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal.Revista Brasileira de Enfermagem. Disponível em :2006.<https://www.scielo.br/j/reben/a/HzbLgwxVntHmhRRnjZr89HK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07/08/2024.

SANTOS L, NASCIMENTO V, ROCHA F, DA SILVA E. Estudo da mortalidade materna no Nordeste Brasileiro, de 2009 a 2018. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021];(2):1-9. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5858/4186>.

SILVA; I. H. V. T. DA; JESUS; I. G. DE; ANDRADE; J. V. F.; PEREIRA; L. L.; SILVA; S. C. DE L.; BRASIL; C. A. Perfil epidemiológico da mortalidade materna por eclâmpsia no Brasil no período de 2010 a 2020. Revista Eletrônica Acervo Científico; v. 42; p. e11679; 21 dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e11679.2022>.

SOARES; V. M. N.; SOUZA; K. V. D.E.; FREYGANG; T. C.; CORREA; V.; & SAITO; M. R. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia; 31(11); 2009; p. 566–573. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001100007>.