

# Fatores clínicos e epidemiológicos relacionados à mortalidade materna no estado da Bahia, 2010 a 2019

## Clinical and epidemiological factors related to maternal mortality in the state of Bahia, 2010 to 2019

Larissa Azevedo de Oliveira, Máisa Mônica Flores Martins,  
Fernanda Queiroz da Silva, Cássia Nascimento de Oliveira Santos,  
Liliane Silva do Vale e Randson Souza Rosa

Recebido 4 janeiro 2023 / Enviado para modificação 12 agosto 2023 / Aceito 22 agosto 2023

### RESUMO

**Objetivo** Descrever o perfil clínico e epidemiológico relacionados à mortalidade materna no estado da Bahia, no período de 2010 a 2019.

**Metodos** Trata-se de um estudo do tipo ecológico, de caráter descritivo, a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com dados de óbitos maternos que ocorreram no estado da Bahia, no período de 2010 a 2019.

**Resultados** De acordo com a análise, no período de 2010 a 2019 foram registrados 1.390 óbitos maternos no estado da Bahia. A faixa etária mais acometida foram as mulheres de 30 a 39 anos com 39,95% dos óbitos, as mulheres de raça/cor parda e preta com 62,4% e 17,9% respectivamente, as com escolaridade de 8 a 11 anos representaram 27,8% dos óbitos, sendo 45,3% solteiras.

**Conclusão** O presente estudo revelou as disparidades, iniquidades e fragilidades na assistência prestada às mulheres desde o planejamento familiar, pré-natal, até o puerpério, sendo imprescindível que as políticas públicas sejam mais eficazes, a fim de oferecer serviços equitativos as populações em situações mais vulneráveis.

**Palavras-Chave:** Saúde da mulher; mortalidade materna; indicadores de saúde; sistemas de informação em saúde (fonte: *DeCS*, *BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To describe the clinical and epidemiological profile related to maternal mortality in the state of Bahia, from 2010 to 2019.

**Methods** This is an ecological study, with a descriptive character, based on the Mortality Information System (SIM), with data on maternal deaths that occurred in the state of Bahia, in the period from 2010 to 2019.

**Results** According to the analysis, in the period from 2010 to 2019, 1,390 maternal deaths were registered in the state of Bahia. The most affected age group were women from 30 to 39 years old with 39.95% of the deaths, women of mixed race/color and care with 62.4% and 17.9% respectively, those with schooling from 8 to 11 years accounted for 27.8% of deaths, with 45.3% single.

**Conclusion** This study revealed the disparities, inequities and weaknesses in the care provided to women from family planning, prenatal care, to the puerperium, and it is essential that public policies are more effective in order to provide equitable services to populations in most vulnerable situations.

**Keywords:** Women's health; maternal mortality; health indicators; health information systems (source: *MeSH*, *NLM*).

LA: Enf. Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Salvador (BA), Brasil.  
larissaazevedo.oliveira@ucsal.edu.br  
MF: Enf. Ph. D. Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador (BA), Brasil.  
maisa.martins@ucsal.br  
FQ: Farm. Universidade Salvador (UNIFACS). Salvador (BA), Brasil.  
fequeiroz15@gmail.com  
CN: Enf. Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Salvador (BA), Brasil.  
cassia19nasc@gmail.com  
LS: Enf. Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Salvador (BA), Brasil.  
lilianedovale@hotmail.com  
RS: Enf. Ph.D(c). Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana (BA), Brasil.  
enfrandson@gmail.com



DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V25n5.106632>

## RESUMEN

**Factores clínicos y epidemiológicos relacionados con la mortalidad materna en el estado de Bahía, 2010-2019**

**Objetivo** Describir el perfil clínico y epidemiológico relacionado con la mortalidad materna en el estado de Bahía, en los años 2010 a 2019.

**Métodos** Estudio ecológico, descriptivo basado en el Sistema de Información de Mortalidad (SIM), con datos sobre las muertes maternas ocurridas en el estado de Bahía, en los años 2010 a 2019.

**Resultados** Según el análisis, entre el 2010 y el 2019 se registraron 1 390 muertes maternas en el estado de Bahía. El grupo etario más afectado fueron las mujeres de 30 a 39 años con el 39,95% de las defunciones; las mujeres de raza/color morena y negra con el 62,4% y el 17,9%, respectivamente; las de 8 a 11 años de escolaridad representaron el 27,8% de las defunciones, el 45,3 % de los cuales eran solteras.

**Conclusiones** El presente estudio reveló las disparidades, las desigualdades y las debilidades en la atención brindada a las mujeres desde la planificación familiar, el control prenatal, hasta el puerperio; es imperativo que las políticas públicas sean más efectivas para ofrecer servicios equitativos a las poblaciones en situación de mayor vulnerable.

**Palabras Clave:** Salud de la mujer; mortalidad materna; indicadores de salud; sistemas de información en salud (fuente: DeCS, BIREME).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os óbitos maternos são definidos com a morte de mulheres no decorrer da gestação, parto e até 42 dias no pós-parto, devido a qualquer causa relacionada direta ou indiretamente com a gestação e a seu manuseio (1,2). As mortes obstétricas podem acontecer de forma direta, ocorrendo devido a complicações no período gravídico-puerperal pertinente a tratamentos incorretos, intervenções, omissões ou qualquer outro evento decorrente dessas causas (3). E de forma indireta, ocorrendo em decorrências de doenças pré-existentes a gestação, que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da mesma, que não foram causados por motivos obstétricos diretos (4-6).

A Razão da Mortalidade Materna (RMM), está entre os principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres. Assim como, também analisa a qualidade de vida da população de forma geral. Uma vez que altos índices de mortalidade materna reverberam de graves problemas de saúde pública, tais como a desarticulação e a baixa qualidade dos serviços, onde estes desdobramentos são considerados evitáveis na maioria dos casos (7,8).

A redução da mortalidade materna vem sendo uma das prioridades mundiais. Devido à grande divergência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (3,9). Países desenvolvidos apresentam razão de mortalidade materna de 12 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, já os em desenvolvimento apresentam em médias razão de 239 óbitos maternos, para cada 100 mil nascidos vivos (10). Cerca de 99% dos casos de óbitos maternos acontecem nos países em desenvolvimento, onde metade deles ocorrem em contextos desiguais, de vulnerabilidades em meios que vivenciam crises humanitárias (8,11,12).

No Brasil, as questões demográficas e socioeconômicas influenciam diretamente nos desfechos da mortalidade

materna. Vários estudos ratificam que os riscos de os óbitos acontecerem são geralmente em mulheres muito jovens e/ou em idade avançada, que possuem baixa escolaridade, solteiras, sendo elas de cor parda/preta, demonstrando que, as mulheres em situações mais vulneráveis apresentam maiores riscos (7,10,13,14).

O Brasil, apesar de apresentar redução nas taxas de mortalidade materna nos últimos anos, ainda se encontra longe de atingir as metas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (onu), que apresenta como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ods) a meta de reduzir a (RMM) para 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, até 2030 (4,9,11). Sendo que no ano de 2019 o Brasil obteve a razão de 55,3 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, no mesmo ano o estado da Bahia apresentou a razão de 53,2 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (15).

Devido ao nível de evitabilidade dos óbitos maternos, cabe destacar o papel que as Redes de Atenção à Saúde (ras) desempenham no processo de redução da RMM. Dando ênfase à Atenção Primária à Saúde (aps), tratando-se de um espaço estratégico, onde são disponibilizados serviços e ações de saúde que visam a integralidade do cuidado guiados pela Política Nacional de Atenção Básica (pnab), assegurando que a equipe esteja apta para desenvolver um acolhimento qualificado as gestantes, que integrem ações voltadas para a prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento dos agravos no período gravídico/puerperal (16,17).

Estudos salientam que as consultas de pré-natal são imprescindíveis para a proteção e prevenção de eventos adversos na gestação, bem como na redução de complicações obstétricas que resultam em desfechos negativos. A assistência ao pré-natal trata-se de um período preparatório para as gestantes, a fim de assegurar o desenvolvimento saudável da gestação. Portanto, uma atenção qualificada ao

pré-natal e puerpério, demanda de uma equipe qualificada, procedimentos e ações específicas voltadas para as gestantes e puérperas, respectivamente. Sendo primordial que os acolhimentos aos serviços aconteçam de forma integral e humanizada, respeitando os direitos das mulheres (17-19).

Diante disso, conhecer os aspectos relacionados à mortalidade materna possibilita a identificação dos fatores e agravos que levam a tais desfechos, bem como a análise e comparação dos indicadores proporcionando o reconhecimento das populações mais vulneráveis. Assim podendo auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas, no planejamento e fortalecimento das ações e estratégias de saúde que possam contribuir na redução dos óbitos maternos. Destarte, este estudo tem por objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico relacionados à mortalidade materna no estado da Bahia no período de 2010 a 2019.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, de caráter descritivo, a partir de dados secundários de óbitos maternos que ocorreram no estado da Bahia, no período de 2010 a 2019. O estudo foi realizado a partir das seguintes fontes de dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis no Departamento de Informação SUS (DATASUS).

A população do estudo foi composta por mulheres que residiam no estado da Bahia, cujos óbitos foram registrados entre os anos de 2010 a 2019, em decorrência de complicações gestacionais. O local de desenvolvimento do estudo foi o estado da Bahia, que apresenta uma população de 14.016.906 pessoas, sendo 7.138.640 pessoas do sexo feminino de acordo com o último censo. Possuindo densidade demográfica de 24,82 hab/km<sup>2</sup>, possuindo área territorial de 564.760,427 km<sup>2</sup> divididos entre 417 municípios, sendo Salvador a capital do estado. O índice de desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,660 de acordo com o último censo realizado (20).

Para as características demográficas, socioeconômicas e clínicas foram usadas as variáveis como, faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos e ignorado/branco), raça/cor (branca; preta; amarela; parda; indígena e ignorado), escolaridade (nenhum; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 anos ou mais e ignorado), estado civil (solteiro; casado; viúvo; separado; outro e ignorado), tipo de causas obstétricas (morte materna obstétrica direta; morte materna obstétrica indireta e morte materna não especificada) e local da ocorrência (hospital; outro estabelecimento de saúde; domicílio; via pública e outro/ignorado).

Os indicadores foram calculados através da frequência absoluta e relativa, para realização do cálculo da razão da mortalidade materna (RMM), utilizou-se os dados (total de óbitos maternos registrados no estado da Bahia segundo ano dividido pelo número de nascidos vivos registrados no estado da Bahia por cada ano x 100.000), e para o cálculo da razão da mortalidade materna por macrorregiões de saúde utilizou-se os dados (total de óbitos maternos por macrorregiões de saúde do estado da Bahia segundo ano dividido pelo total de nascidos vivos por macrorregiões de saúde no estado da Bahia no mesmo período/ano x 100.000).

Para calcular o coeficiente de mortalidade materna por categoria do CID-10, foi necessário categorizar as causas mais prevalentes dentro da divisão dos tipos de causas obstétricas. As causas obstétricas diretas foram categorizadas em: eclampsia (O15), hipertensão (O11, O13, O14, O16), gravidez ectópica (O00), hemorragias (O20, O46, O72, O73), infecções (O23, O85, O86, O91), abortos (O03, O04, O05, O06, O07), Complicações no puerpério (O87, O89, O90, F53), complicações no trabalho de parto/ traumas obstétricos (O75, O74, O71, O70, O68, O67, O66, O64, O63, O61, O60, O47), anomalias contração uterinas (O62), embolia obstétrica (O88) e outras (A34, O01, O02, O22, O24, O26, O30, O32, O34, O36, O41, O42, O43, O44, O48).

As causas obstétricas indiretas em: HIV (B20, B22), hipertensão pré-existente (O10), diabetes mellitus na gravidez (O24), doenças infecciosas e parasitárias (O98) e outras doenças da mãe (O99). E as causas não especificadas (O95). Utilizou-se então os dados (total de óbitos maternos registrados no estado da Bahia por cada causa no ano/total de nascidos vivos registrados na Bahia no mesmo ano x 100 mil).

Os dados foram analisados e organizados em gráficos e as tabelas através do programa Microsoft Office Excel 2016. Não sendo necessário a submissão ao comitê de ética em pesquisa (CEP), por se tratar de um estudo a partir de dados secundários de domínio público.

## RESULTADOS

De acordo com a análise, no período de 2010 a 2019 foram registrados 1.390 óbitos maternos no estado da Bahia. Dentre as características demográficas e socioeconômicas das mulheres que vieram a óbito, observou-se um maior acometimento em mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos (39,9%) em seguida as de 20 a 29 anos (37,4%). No que diz respeito à raça/cor, destacou-se as declaradas pardas (62,4%) e cor preta (17,9%). Em relação à escolaridade houve destaque em 8 a 11 anos de estudo (27,8%), onde 27,4% não informaram o tempo estudado. Quanto ao estado civil 45,3% eram solteiras e 23,6% casadas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência dos óbitos maternos segundo características demográficas e socioeconômicas, Bahia, 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<b>Faixa Etária</b>											
10 a 14 anos	1,2	1,3	1,4	0,6	2,7	0,7	0,0	1,5	0,8	1,0	1,2
15 a 19 anos	14,3	15,4	6,1	13,6	9,4	10,5	10,7	12,7	14,4	11,4	11,9
20 a 29 anos	37,3	45,0	40,8	38,3	37,6	35,0	33,6	35,1	32,2	37,1	37,4
30 a 39 anos	38,5	27,5	38,1	38,9	43,0	45,5	43,4	43,3	43,2	39,0	39,9
40 a 49 anos	8,1	10,1	12,9	8,6	7,4	8,4	12,3	7,5	9,3	11,4	9,5
Ignorado/branco	0,6	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
<b>RAÇA/COR</b>											
Branca	8,7	16,8	15,6	11,1	14,8	10,5	9,0	9,0	12,7	14,3	12,2
Preta	21,1	12,1	12,9	19,1	22,8	12,6	20,5	22,4	19,5	16,2	17,9
Amarela	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7	0,7	0,0	0,0	0,8	0,0	0,3
Parda	60,9	63,1	61,2	63,6	56,4	67,8	63,9	63,4	58,5	65,7	62,4
Indígena	0,6	0,0	1,4	0,6	0,0	0,0	0,8	0,7	0,0	0,0	0,4
Ignorado	8,7	8,1	8,2	5,6	5,4	8,4	5,7	4,5	8,5	3,8	6,8
<b>Escolaridade</b>											
Nenhuma	6,8	2,0	6,1	4,9	2,7	3,5	2,5	2,2	0,8	1,0	3,5
1 a 3 anos	9,9	16,8	10,2	20,4	14,1	16,1	16,4	12,7	9,3	7,6	13,6
4 a 7 anos	19,3	28,2	23,1	18,5	19,5	16,8	19,7	28,4	20,3	22,9	21,6
8 a 11 anos	18,0	20,8	22,4	25,3	30,2	31,5	27,9	32,8	36,4	39,0	27,8
12 anos e mais	6,2	2,7	8,2	4,9	6,7	4,2	7,4	5,2	6,8	11,4	6,2
Ignorado	39,8	29,5	29,9	25,9	26,8	28,0	26,2	18,7	26,3	18,1	27,4
<b>Estado civil</b>											
Solteiro	59,0	45,0	40,1	43,8	51,0	39,9	43,4	41,0	49,2	37,1	45,3
Casado	27,3	23,5	25,9	20,4	17,4	25,2	26,2	26,1	17,8	26,7	23,6
Viúvo	0,0	2,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Separado	0,0	2,0	1,4	1,2	0,0	0,7	0,8	0,0	1,7	0,0	0,8
Outros	0,0	6,0	9,5	17,9	15,4	14,0	11,5	17,9	15,3	24,8	12,7
Ignorado	13,7	21,5	23,1	16,7	15,4	20,3	18,0	14,9	16,1	11,4	17,3

Fonte: SIM/ DATASUS.

Observa-se que, em relação ao tipo de causas obstétricas houve predominância na frequência de mortes por causas obstétricas diretas com (64,2%), na sequência, as

mortes por causas obstétricas indiretas (31,8%). Quanto ao local de ocorrência, 90,6% dos casos de óbitos maternos ocorreram em ambiente hospitalar (Tabela 2).

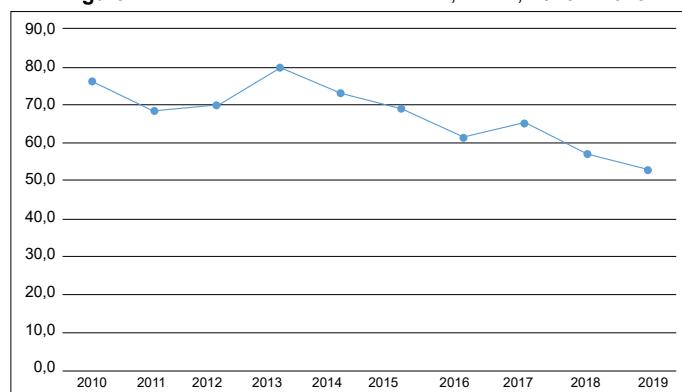
**Tabela 2.** Frequência dos óbitos maternos segundo características clínicas e obstétricas, Bahia, 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<b>Tipo de causa obstétrica</b>											
Morte materna obstétrica direta	55,3	58,4	63,3	64,2	71,1	67,8	63,1	69,4	65,3	66,7	64,2
Morte materna obstétrica indireta	42,9	37,6	32,7	32,1	24,2	29,4	32,0	26,1	28,8	29,5	31,8
Morte materna obstétrica não especificada	1,9	4,0	4,1	3,7	4,7	2,8	4,9	4,5	5,9	3,8	4,0
<b>Local da ocorrência</b>											
Hospital	90,1	89,9	89,1	90,1	92,6	86,7	95,1	94,8	89,8	87,6	90,6
Outro estabelecimento de saúde	0,0	2,0	0,7	0,6	4,0	6,3	0,8	3,7	3,4	2,9	2,4
Domicílio	4,3	0,7	4,8	4,3	2,7	4,2	0,0	0,7	2,5	2,9	2,8
Via pública	1,9	2,7	0,7	1,9	0,7	2,1	0,0	0,0	0,8	3,8	1,4
Outros/Ignorado	3,7	4,7	4,8	3,1	0,0	0,7	4,1	0,7	3,4	2,9	2,8

Fonte: SIM/DATASUS.

Durante o período analisado, percebeu-se inconstâncias na razão da mortalidade materna, em contrapartida, houve um declínio entre os anos de 2010 (75,9/100 mil nascidos vivos) e 2019 (53,2/100 mil nascidos vivos). No ano de 2013

ocorreu o maior pico (79,7/100 mil nascidos vivos) apresentando o maior número de óbitos. Já os anos que apresentaram as menores razões foram 2019 (53,2/100 mil nascidos vivos) e 2018 (57,5/100 mil nascidos vivos) (Figura 1).

**Figura 1.** Razão da mortalidade materna, Bahia, 2010 a 2019

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

Na Tabela 3, foi constatado que nos anos analisados ocorreu o maior número de notificações de óbitos maternos na região leste (Salvador) com coeficiente de (18,7/100mil nascidos vivos) seguido da região Centro-Leste (Feira de Santana) com (10,0/100mil nascidos vivos). As regiões que apresentaram os menores coeficientes foram Nordeste (Alagoinhas) e Centro-Norte (Jacobina), com coeficientes de (3,8/100mil nascidos vivos) e (4,2/100mil nascidos vivos) respectivamente. Em relação a categoria CID-10, ao ser analisado foi possível verificar que os óbitos por causas diretas foram

mais prevalentes nas categorias, hipertensão (6,9/100 mil nascidos vivos), eclâmpsia (6,0/100 mil nascidos vivos) e hemorragias (5,2/100 mil nascidos vivos), sendo os que apresentam menores coeficientes, complicações no puerpério (1,7/100 mil nascidos vivos) e gravidez ectópica (2,2/100 mil nascidos vivos). Já nos óbitos por causas indiretas, a causa mais predominante foi, entre outras doenças da mãe (17,8/100 mil nascidos vivos), a causa que menos registra óbitos é a diabetes mellitus na gravidez (0,1/100 mil nascidos vivos) (Tabela 4).

**Tabela 3.** Razão de mortalidade materna por macrorregião, Bahia, 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Macrorregião											
Sul	7,1	7,9	9,5	5,4	10,8	7,3	4,5	6,9	6,8	5,6	7,2
Sudoeste	6,1	6,0	8,6	13,3	6,4	6,3	7,0	6,4	3,9	6,6	7,0
Oeste	2,8	7,4	3,3	2,5	5,9	4,4	4,5	4,9	4,4	7,6	4,8
Norte	5,7	7,0	9,0	6,4	6,4	6,8	5,0	7,3	5,4	3,5	6,3
Nordeste	3,8	2,8	4,3	4,4	4,4	4,4	5,5	2,0	3,9	2,5	3,8
Leste	27,8	16,7	19,5	20,2	21,1	17,4	16,5	18,6	15,6	13,2	18,7
Extremo sul	8,5	6,5	6,7	8,4	3,4	5,8	3,5	4,9	3,9	3,5	5,5
Centro-leste	9,9	11,6	6,2	10,3	11,3	12,6	10,5	11,3	8,8	7,1	10,0
Centro - norte	4,2	3,3	2,9	8,9	3,4	4,4	3,5	3,4	4,9	3,5	4,2

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

**Tabela 4.** Razão de mortalidade materna por CID-10, Bahia, 2010 a 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Causas diretas											
Eclâmpsia	3,8	5,6	5,2	9,3	5,9	9,2	5,0	2,9	6,3	6,6	6,0
Hipertensão	7,1	4,7	6,2	7,4	11,8	4,8	5,5	8,8	5,8	7,1	6,9
Gravidez ectópica	2,4	1,4	1,0	1,0	1,0	3,4	3,0	4,9	2,9	1,0	2,2
Hemorragias	3,8	3,7	6,7	7,4	3,4	7,7	3,5	7,8	4,9	3,5	5,2
Infecções	3,3	2,8	3,3	5,9	5,9	3,9	3,5	4,4	2,4	1,5	3,7
Abortos	4,2	1,4	2,9	2,0	2,5	3,4	2,0	2,9	1,5	2,0	2,5
Complicações no puerpério	0,9	0,5	1,4	3,4	4,4	1,0	1,0	1,0	1,9	1,0	1,7
Complicações no trabalho de parto /Traumas obstétricos	3,8	2,8	7,1	3,9	3,4	5,8	4,0	2,4	4,9	3,5	4,2
Anormalidades da contração uterina	2,8	5,6	2,4	3,4	5,4	0,5	2,5	2,0	1,0	2,0	2,8
Embolia obstétrica	4,7	3,7	3,8	1,5	2,9	2,9	2,5	2,0	1,5	3,0	2,9
Descolamento prematuro da placenta	3,8	5,1	3,3	4,4	2,5	2,4	3,5	4,9	2,4	1,5	3,4
Outras causas	3,8	5,1	3,3	4,4	2,5	2,4	3,5	4,9	2,4	1,5	3,4
Causas indiretas											
HIV	1,9	1,4	0,0	0,5	1,0	0,5	1,0	1,0	0,5	0,0	0,8
Hipertensão pré-existente	0,9	0,9	1,9	1,5	1,0	2,9	0,0	0,5	0,0	2,5	1,2
Diabetes mellitus na gravidez	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1
Doença infecciosas e parasitárias	1,4	2,8	1,4	3,4	2,0	1,9	0,0	1,0	1,0	0,5	1,6
Outras doenças da mãe	27,8	20,9	19,5	20,2	13,7	14,5	18,5	14,7	15,1	12,2	17,8
Causas não específicas											
Morte obstétrica não específicas	1,4	2,8	2,9	3,0	3,4	1,9	3,0	2,9	3,4	2,0	2,7

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

## DISCUSSÃO

No período de 2010 a 2019, mesmo com razões variadas, foi possível notar que houve redução da RMM. Mesmo com o declínio, a Bahia ainda se destaca com altos índices de mortalidade materna, onde apresenta razão bem similar ao do Brasil. Os fatores determinantes da mortalidade materna estão relacionados às desigualdades nas condições sociais e econômicas, bem como de fatores da qualidade assistência prestada às mulheres, dessa forma constituindo em um sério problema de saúde pública (3,21,22).

Sendo assim, as regiões menos desenvolvidas do país são as que apresentam maior razão de mortalidade materna (3). Segundo Barreto (7) e Silva et al. (22), o Nordeste está entre as duas regiões que apresentaram as maiores RMM no Brasil, sendo a Bahia um dos estados que compõem essa região. Esses fatos também estão ligados ao quantitativo da população negra, maior percentual de analfabetismo, iniquidades na assistência, questões socioeconômicas e vulnerabilidades (21,22).

As regiões que apresentaram maiores coeficientes foram a leste e centro-leste. Trata-se de Salvador e Feira de Santana respectivamente, sendo os maiores e mais desenvolvidos municípios do estado da Bahia, onde dispõem de maiores estruturas, suportes tecnológicos e recursos que atendem demanda da população feminina dos municípios circunvizinhos de pequeno porte. Ainda assim, podem possuir dificuldades em identificar condições de risco para as gestantes, assim como, no acompanhamento das mesmas (21,23).

Ao analisar as questões demográficas e socioeconômicas das mulheres que foram a óbito na Bahia, observou-se que, há uma maior ocorrência de óbitos de mulheres na faixa etária entre 30 a 39 anos, seguido da faixa etária de 20 a 29 anos. Estes resultados entram em consonância com outros estudos realizados anteriormente (24,25). Desse modo, segundo esses autores, a predominância dos óbitos maternos dos 30 aos 39 anos, pode ser justificado pelo fato de que com o avanço da idade, ocorre o aumento da probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas pré-existentes, que representam fatores de risco para a gestação.

Os óbitos maternos na faixa etária de 20 a 29 anos não são esperados, mas pode se dar pelo fato de se tratar da faixa etária de maior atividade reprodutiva, ou seja, é o período que acontecem os maiores números de gravidez (26,27). Como também podem estar principalmente associados a falhas na assistência às mulheres durante o período gravídico-puerperal, visto que não são considerados como uma faixa etária que apresente riscos as gestantes e puérperas (25,28,29). Sendo concomitante com estudos que enfatizam que mulheres muito jovens e/ou em faixa etária mais avançada representam maiores riscos de complicações e óbitos (30,31).

No que diz respeito à raça/cor houve predomínio de óbitos em mulheres que se declaram como pardas e pretas, mostrando similaridade com pesquisas realizadas em anos anteriores, em que descreviam o perfil sociodemográfico e clínico da mortalidade materna (32). Quanto maior for a proporção da população negra, maiores são os riscos aos óbitos maternos, uma vez que mulheres declaradas pretas e pardas, apresentam maiores predisposições genéticas para doenças, principalmente as síndromes hipertensivas (33,34). Assim como também é influenciado por fatores relacionados às condições de vida e o modo em que são inseridas na sociedade, em meio às desigualdades sociais e dificuldades no acesso aos serviços tanto de educação quanto de saúde (3).

O nível de escolaridade é um fator importante para os desfechos da mortalidade materna. No presente estudo, observou-se que quase um terço das mulheres apenas possuíam escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, a outra parcela com nível de escolaridade não declarado. De acordo com diversos estudos, os baixos níveis de escolaridade atrelados a condições de vida desfavoráveis reverberam negativamente no autocuidado, assim como, dificultam o acesso a informação interferindo na compreensão das recomendações e nos cuidados de saúde necessários para o desenvolvimento da gravidez e puerpério de forma saudável. Tornando-as assim, mais expostas e vulneráveis às condições de risco (28,30,35,36).

No que concerne ao estado civil, os achados nessa pesquisa foram semelhantes com outros estudos, observou-se o predomínio da mortalidade materna em mulheres solteiras (7,9,32). Cabe salientar que este contexto está relacionado a falhas na estrutura familiar e o rompimento do vínculo entre o pai e a mãe no período da gravidez (37,38). A presença de um cônjuge pode representar como fator de proteção e segurança para as mulheres, além de receber apoio emocional e suporte necessário tanto dos seus companheiros, quanto dos familiares. Portanto, as mulheres solteiras estão mais susceptíveis aos óbitos (3,28,32,39).

Os óbitos maternos por causas diretas apresentam predomínio neste estudo, assim como, na literatura disponível (6,9,11,32). Os óbitos diretos deveriam ser a causa menos prevalente, devidos ao seu alto nível de evitabilidade, uma vez que, estão intimamente relacionados a falhas na assistência prestada às gestantes e puérperas, bem como, a baixa qualidade dos serviços e a não adesão às consultas de pré-natal (10). Cabe salientar que as síndromes hipertensivas se destacaram como a principal causa das mortes maternas, seguidos de hemorragias, complicações no trabalho de parto e infecções, respectivamente. Corroborando com resultados de outros estudos, que reafirmam que no Brasil 66,7% das mortes maternas acontecem por causas diretas, sendo as doenças hipertensivas



sivas, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia que constituem com as principais causas de morbimortalidade no período gravídico/puerperal (40-42).

Entende-se que as situações de risco relacionadas às síndromes hipertensivas e hemorrágicas podem ser prevenidas, quando identificadas precocemente e tratadas através do controle de hipertensão e diabetes gestacional durante a assistência prestada nas consultas de pré-natal e puerpério. Vale ressaltar que alterações dos níveis pressóricos durante a gestação pode levar a complicações severas que implicam no aumento do risco de mortalidade materna e fetal. Cabe destacar, sobre a importância do conhecimento acerca de locais de referências para possíveis encaminhamentos em casos de complicações ou situações que apresentam riscos (35).

Em relação ao local de ocorrência dos óbitos, mais de 90% dos óbitos maternos aconteceram em ambientes hospitalares, demonstrando falhas nas políticas públicas de atenção à saúde das mulheres, em que estão estreitamente relacionados a carência de recursos necessários e estruturas físicas, intervenções desnecessárias, demora no atendimento e o abuso no uso de medicações (7,28,43). A grande adesão aos partos cesáreos também é um fator contribuinte, uma vez que apresentam maiores riscos de complicações, comparado com o parto vaginal (43,44).

Diante das taxas alarmantes da mortalidade materna, é essencial enfatizar a importância da APS no processo de reversão desse quadro. Por meio de planejamento familiar e educação reprodutiva tanto para as mulheres quanto para seus companheiros, através da adoção de medidas preventivas para evitar gravidez indesejada (45). Bem como, proporcionando a execução das redes de atenção, especialmente a rede cegonha, nas facilidades no acesso aos serviços de saúde, na oferta a assistência ao pré-natal de qualidade, disponibilidade de profissionais capacitados, garantia de imunização e suporte multiprofissional (33).

As gestantes que recebem assistência qualificada durante as consultas de pré-natal, sendo elas eficazes, possuem menores probabilidades de desenvolverem complicações que representam riscos na gravidez. O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas no mínimo seis consultas pré-natal, além disso, recomenda que a primeira consulta aconteça assim que a gravidez seja descoberta, preferencialmente no primeiro trimestre da gestação e se estenda até 42º dia do pós-parto (18).

As limitações encontradas neste estudo estão relacionadas às subnotificações e incompletude dos dados secundários. Deste modo, não é possível garantir a escassez de erros no preenchimento dos dados nas declarações de óbitos, sendo necessário a realização de investigação das causas das mortes maternas, possibilitando viés nos resultados encontrados (9). Cabe destacar que existem la-

cunas, quanto a escassez de pesquisa que aborde essa mesma temática no estado da Bahia. Este estudo também oferece subsídio ao desenvolvimento de novas pesquisas, contribuindo para a discussão da comunidade acadêmica de profissionais de saúde acerca da temática.

Embora os resultados desta pesquisa mostrem uma tendência de redução da mortalidade materna, a mesma não é significativa, uma vez que ainda existem um grande número de óbitos por causas evitáveis, por outro lado, ainda há lacunas na investigação dos óbitos, dados ignorados e além disso, há que se considerar não apenas os aspectos relacionados à qualidade da assistência possuem relação com os elevados níveis de óbitos maternos. A mortalidade materna continua sendo um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente na região Nordeste, que apresenta taxas mais elevadas em comparação a outras regiões do país. Os fatores clínicos e epidemiológicos que contribuem para essa realidade são multifacetados, incluindo condições socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, qualidade da assistência obstétrica e a presença de doenças preexistentes. A redução da mortalidade materna no Nordeste do Brasil exige estratégias intersetoriais, incluindo aprimoramento da atenção obstétrica, ampliação da cobertura de pré-natal, melhoria nas condições socioeconômicas das gestantes e reforço nas políticas de saúde reprodutiva. Além disso, é essencial o fortalecimento da formação de profissionais de saúde e o aprimoramento da gestão dos serviços, garantindo acesso à assistência de qualidade e contribuindo para a prevenção de óbitos maternos evitáveis.

Portanto, de acordo com o presente estudo foi possível constatar que fatores socioeconômicos e as condições de vida interferem diretamente na RMM, uma vez que as mulheres declaradas pretas e pardas, que possuem baixo nível de escolaridade, sendo solteiras são mais vulneráveis aos óbitos. Além do mais, revelam as disparidades, iniquidades e fragilidades nas assistências prestadas as mulheres na atenção desde o planejamento familiar, pré-natal, até o puerpério.

Deste modo, as necessidades vão muito além de melhorias na assistência, sendo imprescindível que as políticas públicas sejam mais eficazes, a fim de oferecer serviços equitativos às populações em situações mais vulneráveis, que assegurem a diminuição das desigualdades sociais e econômicas. Assim como, o aprimoramento e a execução adequada e qualificada dos programas Rede cegonha, Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis (PREMMICE) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, que já estão em vigor.

A realização de busca ativa e estratégias para o alcance das mulheres, principalmente aquelas que são de áreas descobertas. Compete enfatizar a importância de ações que

promovam o planejamento familiar, educação sexual e reprodutiva, bem como, educação em saúde como um todo. Oferecendo uma assistência de qualidade garantindo a integralidade, com medidas de prevenção, proteção e promoção à saúde, assegurando longitudinalidade do cuidado. No âmbito epidemiológico, o baixo acesso e a qualidade inadequada da assistência pré-natal e obstétrica dificultam diagnósticos precoces e comprometem o atendimento de complicações. A desigualdade socioeconômica contribui para essa realidade, pois mulheres em situação de vulnerabilidade enfrentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e possuem menor nível de educação em saúde materna. A baixa cobertura de serviços de emergência obstétrica, comum em diversas áreas do Nordeste, resulta em atrasos na resolução de complicações graves. Além disso, a deficiência na regulação e referência de casos de alto risco impede intervenções oportunas e efetivas. Fatores culturais e a baixa escolaridade dificultam ainda mais a adesão ao pré-natal e a busca por assistência médica em tempo hábil. Diante desse cenário, a redução da mortalidade materna na região exige melhorias na assistência obstétrica, ampliação da cobertura de pré-natal, fortalecimento da rede de atendimento e adoção de políticas públicas que garantam maior equidade no acesso aos serviços de saúde, além da qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado materno ♣

## REFERÊNCIAS

1. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015; 37(12):549-51. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005526>.
2. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990-2015. Geneva: WHO; 2015.
3. Dias JMG, Silva AC, Santos RM, Oliveira VP, Costa EL, Almeida FS, et al. Maternal mortality. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(2):173-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico N.º 20. Vol. 51. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020. <https://bit.ly/3RawfN1>.
5. Oliveira ETA, Lima RB, Freitas KM, Souza DC, Nascimento MF, Cardoso RM, et al. Análise de padrão da razão de mortalidade materna por hipertensão. *Rev Fun Care Online*. 2020; 12:609-15. Disponível em: <https://bit.ly/4110UB4>.
6. Scholze AR, Moreira FG, Lima TP, Carvalho JA, Borges AL, Souza EF, et al. Mortalidade materna: comparativo após implantação da Rede Mãe Paranaense. *J Nurs Health*. 2020; 10(2):e20102007. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i2.18427>.
7. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Rev Enferm Contemp*. 2021; 10(1):127-33. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>.
8. World Health Organization (WHO). Maternal mortality. Geneva: WHO; 2019. Acesso em Setembro 2021. Disponível em: <https://bit.ly/4gl1F7z>.
9. Fernandes BB, Rocha DS, Andrade MC, Vasconcelos FA, Martins CF, Oliveira JS, et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36:192-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56792>.
10. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(1):725-31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>.
11. Ruas CAM, Nascimento LF, Barros TM, Silva PA, Santos EA, Ferreira JP, et al. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2020; 20(2):397-409. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>.
12. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Mortalidade materna e na infância [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Acesso em Setembro 2021. Disponível em: <https://bit.ly/4gCqQCl>.
13. Rodrigues ARM, Silva MP, Farias JN, Almeida CV, Lopes TR, Lima RC, et al. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. *ReTEP [Internet]*. 2019; 11(1):3-9. Disponível em: <https://bit.ly/4hT9B75>.
14. Wanderley RMM, Oliveira KS, Barros LM, Souza AL, Nunes EF, Ramos JG, et al. Perfil da mortalidade materna. *Rev Enferm UFPE Onli-ne. [Internet]* 2017; 11(4):1616-24. <https://bit.ly/3R9XqaM>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS [Internet]. Acesso em Outubro 2021. Disponível em: <https://bit.ly/4gB7IAf>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3EAxH8s>.
17. Marques BL, Silva JA, Santos LM, Souza VR, Andrade ML, Ferreira AL, et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc Anna Nery*. 2021; 25(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde: Governo do Estado de Goiás; 2019. Acesso em Outubro 2021. Disponível em: <https://bit.ly/4hz0jNM>.
19. Duarte SJM, Mamede MV. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. *Cienc Enferm*. 2013; 19(1):117-29. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo brasileiro de 2010. Bahia: IBGE; 2021. Disponível em: <https://bit.ly/44mkIHv>.
21. Ribeiro L. Morbimortalidade materna no estado da Bahia: diferenciais segundo a raça/cor da pele [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; [Internet] 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3QatVoO>.
22. Silva BGC, Costa NR, Almeida FT, Mendes GM, Ribeiro MP, Fernandes RT, et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19(3):484-93. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>.
23. Bonatti AF, Costa MB, Pereira DA, Oliveira RS, Martins VG, Moreira EP, et al. Mortalidade infantil em Mato Grosso, Brasil: tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(1):2821-30. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.28562018>.
24. Castro IASG, Silva MT, Santos DJ, Almeida CM, Cardoso FL, Vieira RP, et al. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2015 e 2019: um estudo retrospectivo. *Res Soc Dev*. 2020; 9(10):1-25. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.6815>.
25. Nepomuceno AFSF, Almeida AS, Souza BC, Nascimento TR, Gomes LC, Costa EP, et al. Perfil de mortalidade materna na última década (2010-2019) no estado da Bahia. *Rev Cienc Plural*. 2021; 7(3):30-42. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23919>.
26. Berquó E, Garcia S, Lima LP, Machado DF, Aquino EM, Almeida MCC, et al. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(4):685-93. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000048>.
27. Souza ML, Carvalho AL, Santos MC, Lima PR, Oliveira FP, Nascimento GM, et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013; 21(3):27-35. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001>.
28. Coelho CV, Silva RA, Almeida PF, Barbosa LM, Souza EC, Fernandes MS, et al. Caracterização dos óbitos maternos em três regiões de saúde do Centro-Norte Baiano. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(1):1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i1.42475>.



29. Nobre AOG, Souza ES. Mortalidade materna na macrorregião de saúde Oeste da Bahia entre o período de 1998 a 2019. *Prat Cuid Rev Saude Colet*. 2021; 2(10396):1-14. Disponível em: <https://bit.ly/3WYgYC9>.
30. Correia RA, Oliveira JF, Martins AC, Santos LS, Costa RM, Lima AP, et al. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):91-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100014>.
31. Matoso LML. Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Norte: um estudo retrospectivo (2015-2018). *Cienc Desenv*. [Internet]. 2020; 13(2):476-95. <https://bit.ly/4cpjTdl>.
32. Vieira MCA, Gomes JO, Mistura C, Andrade GG de, Araújo Vieira KM, Carvalho e Lira MO de S, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018; 12(12):3165-71. Disponível em: <https://bit.ly/3EC0Gsr>.
33. Araújo AJS, Mendonça RB, Souza AC, Barbosa MP, Lima RM, Oliveira PS, et al. A magnitude da mortalidade materna na Bahia nos últimos 10 anos. *Rev Enferm UFPI*. 2017; 6(2):10-5.
34. Teixeira NZF, Cardoso LM, Ferreira TP, Almeida RS, Santos VP, Costa FG, et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2012; 12(1):27-35. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100003>.
35. Domingues RMSM, Dias MA, Leal MC, Gama SG, Theme-Filha MM, Aquino EM, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(3):425-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
36. Guerreiro DD, Barbosa LR, Lima ST, Ferreira JL, Nogueira MS, Santos AC, et al. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4(4):825-34. <https://doi.org/10.5902/2179769213159>.
37. Ferraz L, Bordinon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saude Publica*. 2012; 36(2):527-38. <https://bit.ly/4ljxDe9>.
38. Pereira LM. Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero. *Saude Transf Soc* [Internet]. 2016; 6(1):70-8. Disponível em: <https://bit.ly/4hTa6xZ>.
39. Carreno I, Almeida VP, Costa RM, Santos AC, Nogueira MS, Lima ST, et al. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(2):396-406. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200017>.
40. Dias JA, Moreira ML, Oliveira VP, Santos RM, Almeida JF, Cardoso TP, et al. Estudo da mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2016; 26:1778. Disponível em: <https://bit.ly/4jRpixv>.
41. Lopes FB, Martins ACS, Silva LS, Barbosa TM, Nascimento FG, Oliveira PS, et al. Mortes maternas por causas sensíveis à atenção primária. *Cad Graduação (Ciênc Biol Saúde)*. 2016; 3(3):201-14 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>.
42. Merighi MAB, Gualda DMR. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(2):265-70. <https://bit.ly/4ln9tPN>.
43. Botelho NM, Lima RP, Costa FG, Almeida RS, Santos VP, Ferreira TP, et al. Morte materna no estado do Pará: aspectos epidemiológicos. *Rev Para Med*. 2013; 27(1):1-11.
44. Silva SCM, Barbosa MP, Lima RM, Oliveira PS, Costa FG, Almeida RS, et al. Diagnóstico da situação de morte materna. *Rev Bras Promoç Saude*. 2019; 32:9259. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9259>.
45. Santos RB, Nogueira MS, Dias MA, Leal MC, Gama SG, Theme-Filha MM, et al. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. *RECIIS - Rev Eletron Comun Inf Inov Saude*. 2016; 10(3). <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>.