

# Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento

## Primeiro Olhar

Cerca de 90% das mortes maternas são evitáveis. Por essa razão, a mortalidade materna é considerada um dos maiores problemas da saúde pública brasileira e uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres.

A seguir, apresentamos as cinco principais causas para as altas taxas de mortalidade materna do país e uma série de recomendações para enfrentar este cenário, como parte das ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir para o debate público em saúde e subsidiar a nova gestão do Governo Federal com diagnósticos e propostas concretas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 1. Entendendo o problema

A morte materna é o óbito de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou possíveis complicações da gravidez, e pode ser classificada em obstétrica direta e obstétrica indireta. A direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Já a indireta resulta de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Brasil, 2009a).

O alto número de mortes maternas reflete desigualdades no acesso à saúde, ocorrendo majoritariamente em países em desenvolvimento.<sup>1</sup> Em 92% dos casos, trata-se de uma situação evitável e, por esse motivo, é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres (Brasil, 2009a).

A redução dos óbitos maternos foi uma meta presente entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para 2015 e está reiterada nos Objetivos

1-OPAS. Saúde Materna. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>.



de Desenvolvimento Sustentável para 2030<sup>2</sup>, do qual o Brasil é signatário, e que determina que o país deve reduzir a mortalidade materna para 30 a cada 100 mil nascidos vivos até 2030.

No Brasil, a razão de morte materna em 2019 foi de 57,9 mortes por 100 mil nascidos vivos, enquanto em 2020 e 2021 foi de 74,7 e 100,9, respectivamente. De 2019 a 2021, houve um crescimento de 74% de óbitos maternos, o que configura um grave problema de saúde pública no país.<sup>3</sup>

Países desenvolvidos têm razão de mortalidade materna (RMM) de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Para a OMS, considera-se razoável até 20 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos.<sup>1</sup> A RMM elevada indica um cenário de condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, violência familiar e restrições no acesso a serviços de saúde de boa qualidade (Brasil, 2009b).

## 2. O que dizem as nossas análises?

Considerando o cenário exposto, apresentamos cinco causas para o aumento da mortalidade materna no país, especialmente nos últimos três anos.

### ***Causa 1: A pandemia de Covid-19 foi diretamente responsável pela morte de gestantes e contribuiu para que muitas outras não tivessem acesso aos serviços de saúde***

Uma análise contrafactual da Fiocruz Amazônia, que se baseou em dados de mortalidade do Ministério da Saúde, identificou um excesso de mortes maternas de 70% ao avaliar por 15 meses a pandemia de Covid-19.<sup>4</sup>

Na pandemia, serviços essenciais de saúde foram interrompidos em diversas áreas, incluindo saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente.<sup>5</sup> No Brasil, a mortalidade materna aumentou 89,3%, sendo 53,4% desses óbitos em decorrência de infecção da Covid-19.

Nesse período, o crescimento das consultas de pré-natal desacelerou, os registros de consultas de pré-natal do parceiro diminuíram, os partos por cesárea aumentaram, assim como as desigualdades no pré-natal, parto e gravidez na adolescência, principalmente no contexto de vida das mulheres pretas, amarelas, pardas e indígenas. Além disso, a pandemia acarretou em uma maior dificuldade de acesso a leitos obstétricos devido ao colapso do sistema (FMCSV, 2022).

As doenças virais — essencialmente a Covid-19 — foram as principais responsáveis pelos registros de morte de gestantes e puérperas no ano de 2021, atingindo razão de mortalidade de 50,4 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, taxa considerada elevadíssima para uma única causa, conforme levantamento realizado pelo IEPS [*Vide Figura 1 - Olhar em Gráficos*].

2- Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. *Jornal da USP*, 11 abr. 2022.

3- Informações obtidas por meio de apresentação realizada pelo Ministério da Saúde na Oficina da Rede de Atenção Materna e Infantil, em setembro de 2022.

4- Estudo aponta 70% de excesso de mortes maternas no Brasil na pandemia. *Fiocruz*, 25 out. 2022.

5- Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante a pandemia de COVID-19. *OPAS*, 7 fev. 2022.



## **Causa 2: Historicamente, o número de mulheres brasileiras que não realizam pré-natal adequado é alto**

No período de 2014 a 2019 houve uma melhora no número de consultas de pré-natal realizadas no país, porém em 2020 esse resultado se reverteu e houve queda no número adequado de pré-natais realizados. A queda ocorreu de forma ainda mais acentuada no caso das mulheres negras (Coelho et al., 2022).

Uma das principais complicações que resultam em morte materna é a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia)<sup>1</sup>. No Brasil, entre os anos de 2014 e 2022, as mortes causadas por hipertensão aumentaram em aproximadamente 34% – em 2014, a taxa dessa intercorrência obstétrica era de 25,2, e em 2021, passou para 33,3 por 1.000 partos [Vide Figura 2 - Olhar em Gráficos]. Tanto a prevenção quanto o tratamento da hipertensão, bem como o acompanhamento de outras doenças crônicas não transmissíveis, fazem parte do rol de atribuições que competem à Atenção Primária à Saúde (APS). Na prática, esse dado indica que o não alcance dos parâmetros dos indicadores de pré-natal na APS vem influenciando diretamente na razão de mortalidade materna.

Um estudo do IEPS<sup>6</sup> identificou que enquanto 76,1% das mulheres brancas realizaram um número adequado de consultas de pré-natal, apenas 59,8% das mulheres negras acessaram esses cuidados. Em 2019, tiveram assistência adequada 81,2% das mulheres brancas e 67,8% das mulheres negras. No primeiro ano da pandemia, em 2020, a proporção de gestações de nascidos vivos com o número de consultas de pré-natal adequado caiu 0,54% para mulheres brancas, em relação ao ano anterior, e para as mulheres negras caiu mais que o dobro, 1,44% (Coelho et al., 2022).

Em 2021, a RMM de mulheres pretas foi de 194,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos, e a das mulheres indígenas foi de 140,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a de mulheres brancas foi de 123,2, e para as pardas, 101,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos, no mesmo ano (FMCSV, 2022). Mulheres pretas gestantes e puérperas têm os piores indicadores de mortalidade materna, entre as causas mais frequentes de óbito (Coelho et al., 2022).

O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal para prevenção e/ou detecção precoce de doenças maternas e fetais, e redução dos riscos da gestante. Esse preceito se tornou indicador do Programa de Financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), Previne Brasil, mensurado desde 2019. O Brasil nunca alcançou o parâmetro preconizado pelo programa, tendo alcançado a maior porcentagem de gestantes com pré-natal adequado em 2019, com 70,82%. Em 2022, nenhuma região brasileira ultrapassou a marca de 52% na proporção de gestantes com pré-natal adequado na atenção primária.<sup>7</sup>

6- Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/>.

7- Fonte: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.



## Olhar Atento

No intuito de reduzir a RMM, o governo federal implantou em 2022 o Programa Cuida Mais Brasil (PCMB)<sup>8</sup>, que dispõe sobre incentivo federal para médicos ginecologistas-obstetras e pediatras na APS. Nas diretrizes do PCMB, os municípios que escolhessem aderir ao programa deveriam atuar como referências regionais.

Entretanto, não há evidência de melhores resultados em indicadores de saúde da mulher e materno-infantil com a inserção isolada de especialistas ginecologistas-obstetras e pediatras na APS, justificativa utilizada para a implantação do PCMB. Pelo contrário, os estudos demonstram que: i) consultas especializadas de rotina para mulheres grávidas com baixo risco de complicações oferecem pouco ou nenhum benefício clínico (Tucker et al., 1996); ii) a presença de profissionais especialistas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma isolada, não consegue incrementar o acesso à rede, nem possibilita a realização de encaminhamentos mais qualificados (Moreira et al., 2020).

Há acúmulo de evidências de que o modelo ESF é comprovadamente superior em resultados de saúde. Além disso, a ESF já previa a presença de ginecologistas-obstetras e pediatras na APS por meio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), financiados pelo Ministério da Saúde até 2019, objetivando o cuidado multiprofissional.

A diferença entre os modelos está no fato de que o provisionamento de profissionais (incluindo as especialidades incorporadas no modelo do Cuida Mais) é determinado, no NASF, a partir de uma análise prévia da situação socioeconômica, epidemiológica, e da rede de referência para a escolha das categorias profissionais que integram os núcleos. O objetivo dos NASF é apoiar e complementar as equipes de Estratégia Saúde da Família, ao invés de substituí-las no cuidado de grupos populacionais ou ciclos de vida específicos, como no caso do Cuida Mais. O desenho do PCMB não prevê sua continuidade, não inclui estratégias de provisionamento profissional e incentivos de longo prazo capazes de proporcionar o atendimento integral e longitudinal da população, além de não estimular a fixação dos profissionais especializados na rede de atenção à saúde.

Opiniões contrárias ao PCMB foram manifestadas por várias entidades da sociedade civil.<sup>9</sup> Além disso, o programa não foi devidamente pactuado na Comissão Intergestora Tripartite.<sup>10</sup> O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicaram ofício conjunto<sup>11</sup> sobre o tema e a Rede de Atenção Materno Infantil. Com o início da nova gestão do Ministério da Saúde, em 2023, houve concordância acerca da revogação do PCMB em reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em fevereiro.

8- Portaria GM/MS nº 937, de 5 de maio de 2022.

9- Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

10- Em janeiro de 2023, o Ministério da Saúde realizou a revogação de medidas publicadas sem base científica e/ou sem pactuação interfederativa no Governo Bolsonaro. Nesse sentido, foram revogadas as Portarias nº 715 e 2.228/2022, de instituição, habilitação e financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), e restaurados os dispositivos referentes à Rede Cegonha na [Portaria de Consolidação nº 3/2017](#) como esforço prioritário para combater o aumento nos índices de mortalidade materna no país.

11- Conasems e Conass publicam Ofício Conjunto sobre Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI). Disponível em: [https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/5745\\_conasems-e-conass-publicam-oficio-conjunto-sobre-rede-de-atencao-materno-infantil-rami](https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/5745_conasems-e-conass-publicam-oficio-conjunto-sobre-rede-de-atencao-materno-infantil-rami).

### **Causa 3: Até 2022, a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil não foi suficiente para resolver barreiras de acesso aos serviços e reduzir iniquidades geradas por determinantes sociais da saúde**

Cerca de 95% dos óbitos maternos em todo o mundo poderiam ser evitados a partir do acesso aos serviços de saúde que ampliem os direitos sexuais e reprodutivos à mulher e garantam uma atenção obstétrica segura e respeitosa (Martins e Silva, 2018).

Até abril de 2022, estava em vigência o programa Rede Cegonha (RC), que assegurava às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Com a criação da Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)<sup>12</sup>, a RC é incorporada, acrescentando destaque para organização e habilitação do serviço ambulatorial especializado e hospitalar.

Mesmo com a existência de políticas para a saúde materna, a razão de mortalidade materna no país é considerada alta. No Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) para 2023, a previsão de recursos orçamentários para a manutenção de políticas para a saúde materna foi menor em comparação ao ano anterior. A proposta apresentou queda, em termos reais, de R\$ 18 milhões (63%) na verba destinada para a RAMI<sup>13</sup>, programa vigente até janeiro de 2023.

Apesar dos 11 anos de implantação da RC<sup>14</sup>, 80% dos óbitos maternos no Brasil ainda acontecem por causas obstétricas diretas, onde as principais causas são evitáveis e podem ser diagnosticadas e controladas com um pré-natal adequado (Costa, Oliveira e Lopes, 2021). Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia foram responsáveis por 13,59% de óbitos maternos entre os anos de 2020 a 2022, e a hemorragia, por 8,37%. Ambas podem ser consequências de pré-natal inadequado. Problemas cardiovasculares e infecções puerperais foram responsáveis por 4,66% e 3,05% das mortes maternas, respectivamente (Dias et al., 2015).

A população mais vulnerável e com maior risco de complicações que levam ao óbito materno é definida de acordo com fatores sociais como idade, raça, estado civil e escolaridade. No Brasil, o perfil de mulheres gestantes ou puerperas que vão a óbito é composto por mulheres na faixa etária adulto-jovem, com baixo nível de escolaridade, solteiras (Rodrigues, Cavalcante e Viana, 2019) e de cor preta e parda (Rodrigues, Cavalcante e Viana, 2019; Coelho et al., 2022).

A partir dos elevados índices de mortalidade materna, é possível desenhar um panorama sobre as condições de vida desfavoráveis, dificuldades de acesso aos serviços, aos cuidados de saúde e às informações que influenciam a alta RMM no país, devido à sensibilidade do indicador que reflete o grau de desenvolvimento econômico e social de um país (Rodrigues, Cavalcante e Viana, 2019).

12- Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022.

13- Disponível em: <https://ieps.org.br/novo-presidente-recebera-orcamento-da-saude-para-2023-com-queda-significativa-em-programas-do-sus-revela-boletim-do-ieps-e-da-umane/>.

14- A nova gestão do Governo Federal considera que a Rede Cegonha foi desestruturada por questões ideológicas no governo anterior e precisa ser recuperada. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/resolueuid/2777f76455464d658fe9575fe59c645d>.



#### ***Causa 4: Dados de saúde relacionados à mortalidade materna são imprecisos e mal investigados/monitorados: há subnotificação, sub-registro, além de baixa integração e interoperabilidade***

A investigação dos óbitos maternos proporciona informações sobre os problemas obstétricos que servem de guia para o desenvolvimento de ações que previnam esse tipo de morte no futuro (Luz et al., 2018). A fonte dos dados que subsidia essa investigação é secundária e dependente da qualidade dos dados disponibilizados pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

A subinformação – quando se omite, por preenchimento incorreto das declarações de óbito, que a morte teve causa relacionada à gestação, parto ou puerpério – e o sub-registro, que se dá pela omissão do registro do óbito em cartório, dificultam o monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna no país.

Ambos os problemas estão relacionados ao processo de trabalho de profissionais médicos envolvidos diretamente no cuidado materno e, principalmente, na atenção ao parto e ao nascimento. O despreparo do profissional de saúde ao preencher de modo qualificado os instrumentos oficiais de notificação dificulta a obtenção do cenário exato da mortalidade materna no país, e impede a reação tempestiva e eficaz da gestão municipal, estadual e federal.

A mulher gestante e puérpera transita nos diferentes níveis de atenção à saúde em curto período de tempo, necessitando de cuidados adequados e oportunos para evitar desfechos desfavoráveis. Além de problemas no registro das ações de vigilância do óbito, há falhas na própria coleta e registro clínico de dados de saúde da gestante em prontuários (eletrônicos ou não) e nos sistemas de informação (SISAPS, SIPNI, SIH, SIA, entre outros) que não integram e nem interoperam satisfatoriamente para garantir um cuidado da gestante, puérpera e criança qualificado.

Os índices de mortalidade materna são fundamentais para mensurar as desigualdades entre as regiões, e, por meio destas informações, identificar os obstáculos institucionais, culturais e sociais, que perpassam o processo de trabalho dos profissionais (Costa, Oliveira e Lopes, 2021).

#### ***Causa 5: O perfil dos profissionais de saúde voltados para a Atenção Materno Infantil ainda é, em grande parte, intervencionista e isto prejudica o cuidado adequado***

Estudos avaliam que índices de morbidade e mortalidade, tanto perinatal quanto materna estão relacionados ao tipo de parto (Leal et al., 2014; Martins e Silva, 2018). O uso excessivo de tecnologias duras<sup>15</sup> e a medicalização marcam o principal tipo de assistência ao parto no país, provocando elevadas taxas de cesariana (Leal et al., 2014). Essas altas taxas, assim como os óbitos fetais e neonatais, são observados em locais e situações onde a gestão

15- Segundo Merhy (2002): “Tecnologias classificam-se em duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais; leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); e leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica)”.



do cuidado é fragmentada e sem comunicação entre os serviços de saúde, e em ocasiões onde as práticas obstétricas são intervencionistas (Martins e Silva, 2018), ou seja, quando profissionais intervêm de forma desnecessária na experiência do parto, seja usando procedimentos invasivos ou não invasivos. Estes fatores podem estar relacionados ao sistema de educação médica, que ao valorizar a ‘medicalização da saúde’, colabora para a falta de preparo dos profissionais da saúde envolvidos na condução ao parto normal de forma mais fisiológica (Haddad e Cececatti, 2011).

Em suma, há correlação entre aumento dos índices de cesárea com a prática da chamada “medicina defensiva” – quando profissionais de saúde executam procedimentos e/ou exames com intuito de se resguardar em litígios. Um estudo com mais de 400 ginecologistas e obstetras encontrou que mais de 80% deles já foram acionados judicialmente ou conhecem um colega que tenha sido, e refere que a maioria opta por realizar cesáreas defensivas por medo de ser processado em caso de evento adverso no parto vaginal. Os especialistas percebem a obstetrícia como a especialidade com maior risco de litígios futuros e publicidade de julgamento associada, e sua conduta se baseia no medo do litígio em oposição ao benefício do paciente (Rudey, Leal e Rego, 2021).

Ainda, a medicina defensiva pode ser abordada enquanto fator de “autoproteção”, sendo utilizada por outras razões para além da exposição a litígios por negligência. São elas: i) o medo da insatisfação do paciente; ii) o medo de ignorar um diagnóstico grave; iii) o medo da publicidade negativa, ou seja, de comprometer sua reputação profissional, imagem ou carreira; e iv) a medicina defensiva inconsciente, onde os profissionais conduzem a prática sem refletir sobre por que e como a fazem (Baungaard et al., 2022).

A relação entre a indicação do parto cesáreo eletivo e o hábito do profissional médico, assim como o aumento no número de partos operatórios em hospitais de ensino e privados é uma tendência. No entanto, um estudo (Lopes et al., 2019) que analisou os quatro primeiros anos da Rede Cegonha concluiu que tanto boas práticas quanto práticas prejudiciais e inadequadas foram mantidas no período, indicando que a preconização oficial em uma política governamental sobre o uso de práticas baseadas em evidências é efetivo para reforçar e garantir a sua continuidade, mas é insuficiente de maneira isolada para reverter o quadro de intervenções desnecessárias.

### 3. IEPS olhou e recomenda

O IEPS propõe a adoção das seguintes diretrizes para solucionar os problemas levantados e garantir a redução da mortalidade materna no Brasil:

**Para resolver a Causa 1: A pandemia de Covid-19 foi diretamente responsável pela morte de gestantes e contribuiu para que muitas outras não tivessem acesso aos serviços de saúde**

- Fortalecer o SUS para o enfrentamento de emergências de saúde pública:



- Efetivando as 4 propostas do **caminho 6 da Agenda Mais SUS**;
- Criando mecanismos para mitigar restrições de acesso aos serviços de saúde materno-infantil causadas por pandemias;
- Criando um grupo especializado para atender a especificidade das gestantes a partir dos Centros de Operações de Emergência.

**Para resolver a Causa 2: Historicamente, o número de mulheres brasileiras que não realizam pré-natal adequado é alto**

- Fortalecer a Atenção Primária à Saúde, por meio do aumento do financiamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), para provisão de cuidados adequados em tempo oportuno e garantia de continuidade da atenção;
- Criar novos mecanismos para garantir um pré-natal oportuno e adequado na APS, uma vez que a vinculação do financiamento da APS ao cumprimento dos indicadores de pré-natal não foi suficiente para induzir o alcance dos parâmetros determinados;
- Aprimorar ações de prevenção da saúde relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, considerando que a hipertensão arterial é uma das principais causas de morte materna;
- Fortalecer os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), retomando seu financiamento, como forma de induzir o acompanhamento multiprofissional na APS;
- Fortalecer ações de prevenção da gravidez na adolescência, usando como caminho o fomento às ações da Estratégia Saúde da Família e o Programa de Saúde na Escola, uma vez que a morbimortalidade nesses casos pode ser reduzida a partir de: i) ações de educação em saúde; ii) início precoce das consultas de pré-natal; e iii) melhoria dos serviços de saúde;
- Disseminar as diretrizes de boas práticas na atenção materno-infantil para propiciar a classificação tempestiva do risco gestacional e o encaminhamento para o serviço apropriado;
- Realizar campanhas de comunicação em saúde contínuas para informar as mulheres sobre a importância do pré-natal e os sinais de alerta para que a gestante busque o serviço de saúde em tempo oportuno.

**Para resolver a Causa 3: A rede de atenção à saúde materno-infantil vigente ainda não foi suficiente para resolver barreiras de acesso aos serviços e reduzir iniquidades geradas por determinantes sociais da saúde**

*Caminho 6 da Agenda Mais SUS: Fortalecer o SUS para enfrentamento a Emergências Sanitárias*

*Propostas*

- 1. Formalizar uma estrutura e definir instrumentos de governança na resposta nacional às emergências sanitárias.*
- 2. Desenvolver dispositivos e instrumentos estratégicos para ampliar a capacidade de resposta do SUS.*
- 3. Estabelecer uma estratégia nacional de comunicação transparente e baseada em evidências, com intuito de garantir confiança da população brasileira no SUS e na ciência.*
- 4. Valorizar os trabalhadores da saúde enquanto protagonistas no combate aos desafios de saúde pública*



- Rever a Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que institui a Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil;
- Mobilizar gestores e trabalhadores de saúde para efetivação das recomendações nacionais e internacionais visando a diminuir a mortalidade materna no país;
- Fortalecer e atualizar políticas adjacentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; a Política Nacional de Saúde da População Negra; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBTQIAP+;
- Ampliar ações voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e do Planejamento Familiar nos serviços de saúde pública e privada.

**Para resolver a Causa 4: Dados de saúde relacionados à mortalidade materna são imprecisos e mal investigados/monitorados: há subnotificação, sub-registro, além de baixa integração e interoperabilidade**

- Olhar para saúde digital:
  - Acelerando a implantação de políticas e programas voltados para informatização dos diversos níveis de atenção à saúde;
  - Aprimorando a estratégia e-SUS APS;
  - Promovendo interoperabilidade de dados em saúde para o compartilhamento de informações e responsabilidades entre APS, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar.
- Fomentar a criação/manutenção dos Comitês Estaduais, Regionais e Municipais, constituídos por representantes das diversas instituições relacionadas ao atendimento à mulher:
  - Desenvolvendo instrumento no Ministério da Saúde para monitorar os Comitês de Mortalidade Materna que investigam os óbitos maternos;
  - Incentivando a participação nos Comitês das sociedades científicas, entidades de classe, entidades de defesa dos direitos das mulheres, representantes do movimento de mulheres e feministas, instituições de ensino e Ministério Público;
  - Incentivando a representação do movimento de mulheres negras e indígenas para garantir um recorte de raça e etnia nas atividades desenvolvidas pelos Comitês.



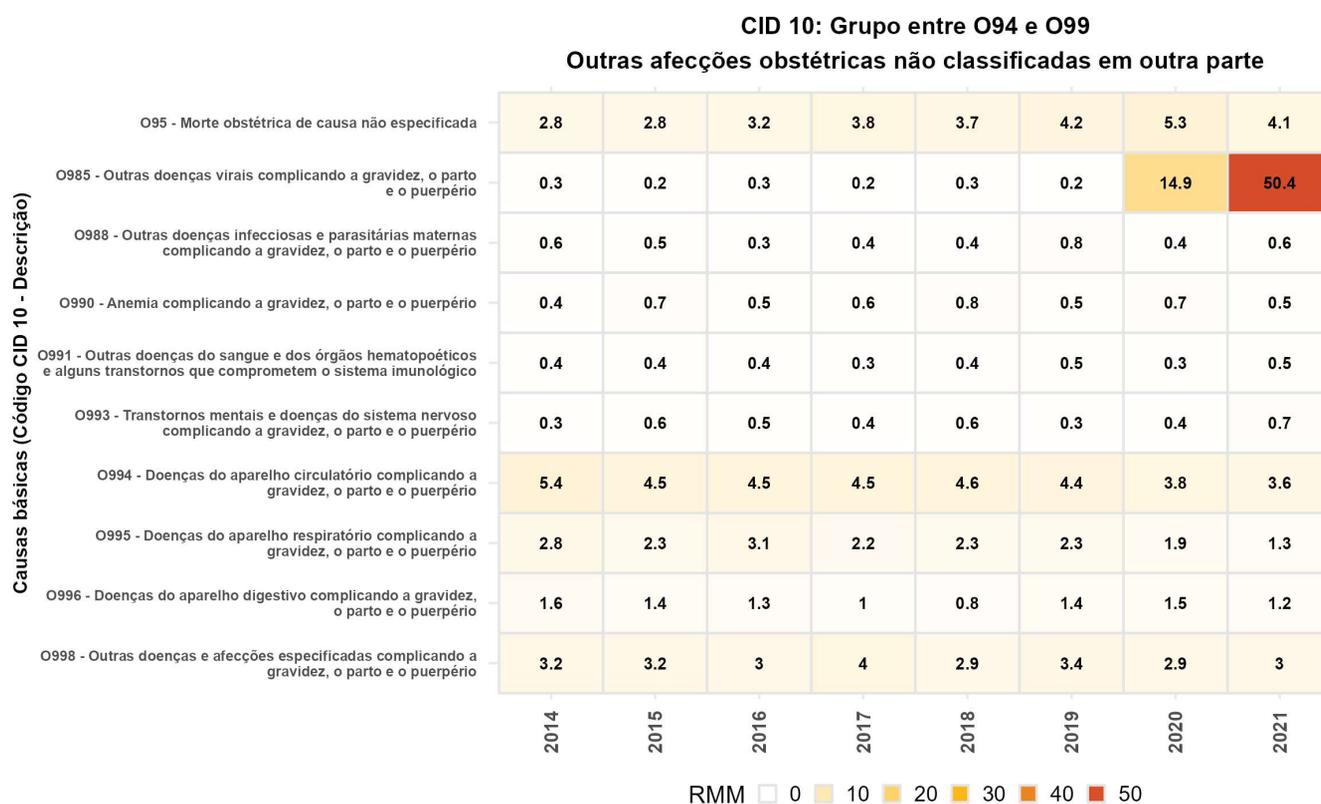
**Para resolver a Causa 5: O perfil dos profissionais de saúde voltados para Atenção Materno Infantil é intervencionista, e isto prejudica o cuidado adequado**

- Efetivar políticas públicas no campo da saúde das mulheres e atenção obstétrica no país capazes de adotar práticas mais assertivas e humanizadas durante a assistência pré-natal e parto;
- Promover qualificação em saúde materna para os profissionais da APS, investindo em diretrizes que promovam educação permanente e continuada para aprimorar o diagnóstico precoce no tratamento relacionado ao período gravídico-puerperal de forma direta ou indireta;
- Provisionar adequadamente os profissionais de saúde para atender às demandas de saúde materno-infantil;
- Assegurar a assistência pré-natal na APS por outros profissionais, como enfermeiros, enfermeiros-obstetras e obstetras e garantir o cuidado multiprofissional, quando necessário;
- Garantir esforços para identificar as causas e o impacto da prática da ‘medicina defensiva’ no Brasil;
- Atualizar levantamento sobre o perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil, à luz da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher;
- Fomentar discussão sobre revisão e/ou atualização da grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde a fim de incentivar a mudança de perfil intervencionista dos profissionais, tornando-o mais justo e humanizado para gestantes, parturientes e puérperas em todos os níveis de atenção.



## Olhar em Gráficos

**Figuras 1 e 2.** As doenças virais foram as principais responsáveis pelos registros de morte de gestantes e puérperas no ano de 2021, atingindo razão de mortalidade de 50,4 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos

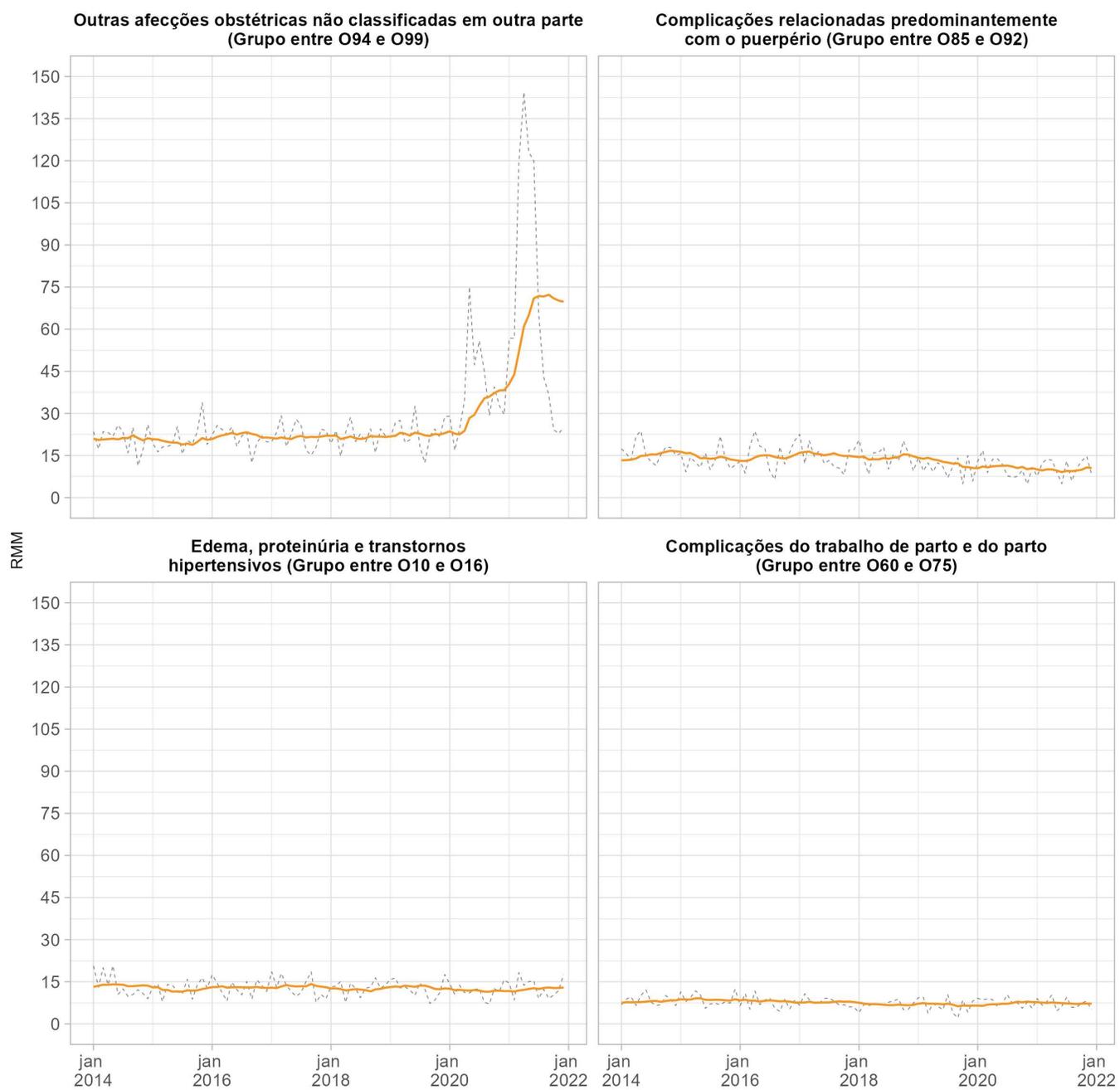


**Fonte:** Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM. Taxas anuais.

**Nota:** Analisando as causas mais frequentes de morte materna por grupo de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), há uma tendência de estabilidade com leve queda no mesmo período, exceto para o grupo que envolve “outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” que permaneceu estável até a pandemia, quando houve brusca elevação. Nesse grupo, as doenças virais foram as principais responsáveis pelos registros de morte de gestantes e puérperas no ano de 2021, atingindo razão de mortalidade de 50,4 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, taxa considerada alta.



## Olhar em Gráficos

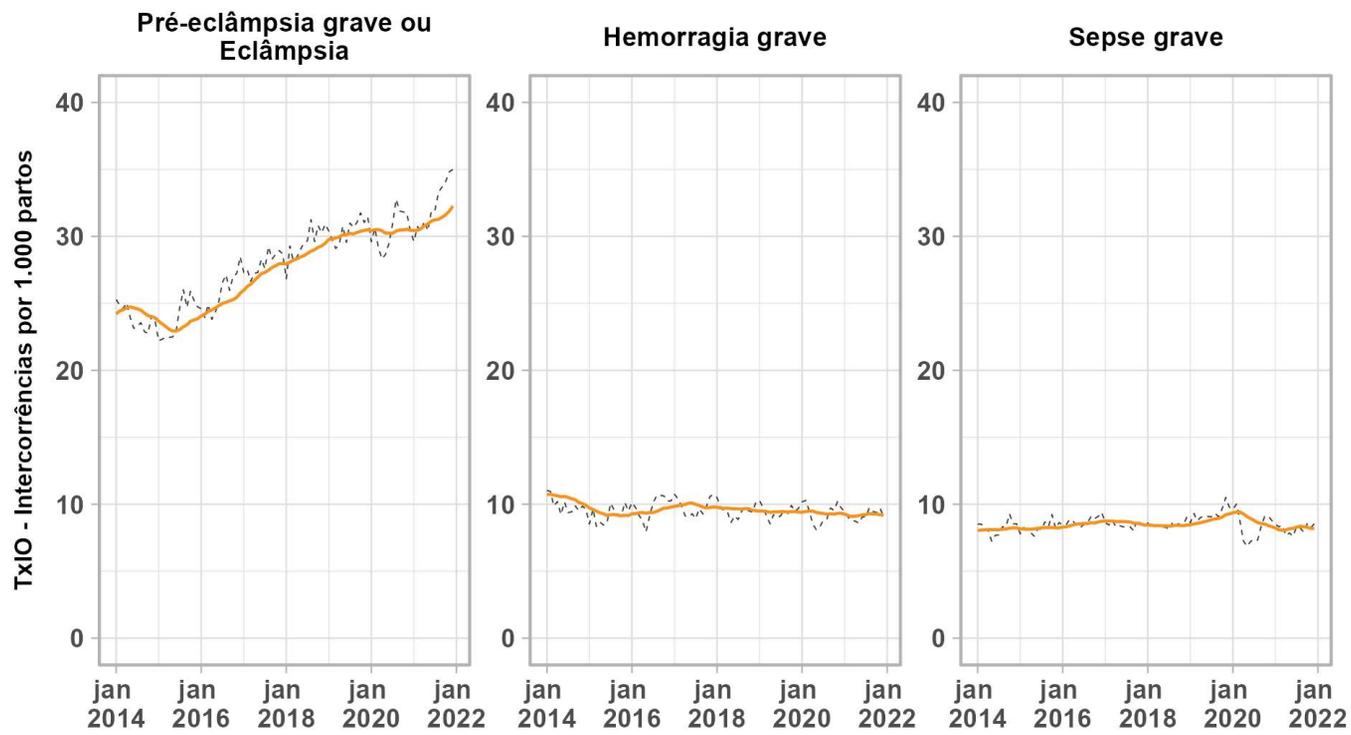


**Fonte:** Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM. Taxas mensais com média móvel dos 12 últimos meses.



## Olhar em Gráficos

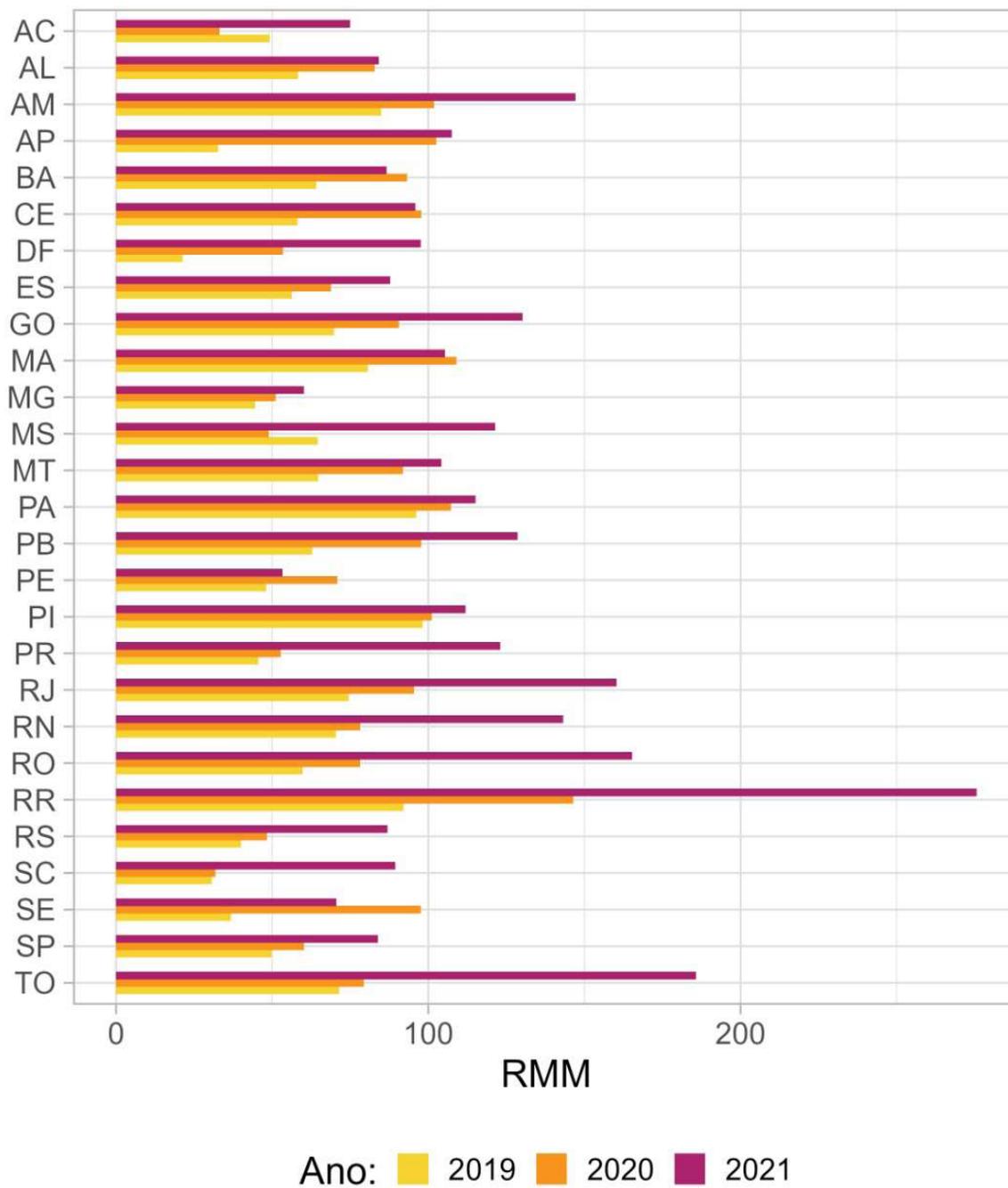
**Figura 3.** No Brasil, entre os anos de 2014 e 2022, as mortes causadas por hipertensão (pré-eclâmpsia ou eclâmpsia) aumentaram, enquanto os óbitos por hemorragias graves e infecções tiveram baixa ou estabilidade para todas as mulheres



**Fonte:** Elaboração própria com dados do SIH. Taxas mensais com média móvel dos 12 últimos meses.



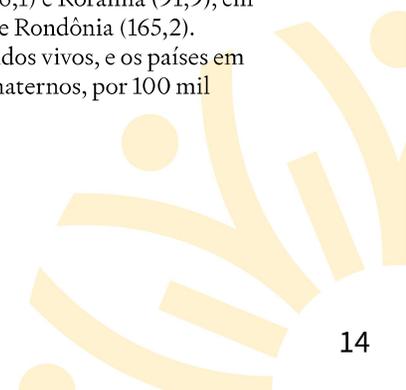
**Figura 4.** Todos os estados apresentaram aumento na razão de mortalidade materna (RMM) entre 2019 e 2021



**Fonte:** Elaboração própria com base em informações do Ministério da Saúde apresentadas na Oficina da Rede de Atenção Materna e Infantil em setembro de 2022.

**Nota 1:** A razão de morte materna no Brasil em 2019 foi de 57,9 mortes por 100 mil nascidos vivos, enquanto em 2020 e 2021 foi de 74,7 e 100,9, respectivamente. Os estados com mais óbitos maternos em 2019 foram Piauí (98,1), Pará (96,1) e Roraima (91,9); em 2020, Roraima (146,4), Maranhão (108,9) e Pará (107,1); e em 2021, Roraima (275,5), Tocantins (185,6) e Rondônia (165,2).

**Nota 2:** Países desenvolvidos têm razão de mortalidade materna de 12 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, e os países em desenvolvimento, 239 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos. Considera-se razoável até 20 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos.



## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. (2009a). *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília: Ministério da Saúde. 84 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2009b). *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 104 p. : il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_comites\\_mortalidade\\_materna.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf).
- Baungaard N, Skovvang PL, Assing Hvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open*, 12(1), e057169. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057169>.
- Coelho R, Mrejen M, Remédios J, Campos G. (2022). *Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020*. Nota Técnica n. 27. IEPS: São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27>.
- Costa E da S, de Oliveira RB, Lopes G de S. (2021). As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(1), e5826. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>.
- Dias JMG et al. (2015). Mortalidade materna. *Rev. méd. Minas Gerais*, 25(2) abr..Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>.
- FMCSV - Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. (2022). *Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância*. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br>.
- Haddad SEMT, Cececati JG. (2011). Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]*, 33(5), p. 252-262. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000500008>.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, 30(suppl 1), p. 17-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>.
- Lima DR, Ribeiro CL, Monroy AM, Henriques TRP, Souza KV. (2016). Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna. *Enferm Obstét*, 3:(e25). Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25>.
- Lopes G et al. (2019). Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após rede cegonha. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27(1), p. 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.
- Luz MGQ et al. (2018). *Combate à mortalidade materna no âmbito hospitalar*. Belém: Ximango. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999785/\\_livro-combate-a-mortalidade-materna-no-ambito-hospitalar\\_.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999785/_livro-combate-a-mortalidade-materna-no-ambito-hospitalar_.pdf)
- Moreira DC et al. (2020). Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad. Saúde Pública*, 36(12), e00031420. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00031420>.

- Martins ACS, Silva LS. (2018). Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev Bras Enferm*, 71(suppl 1), p. 677-83. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>.
- Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. (2011). Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cad Saúde Pública*, 27(4), p. 623-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311x2011000400002>.
- Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. (2019). Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. *ReTEP*, 11(1), p. 3-9. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>.
- Rudey EL, Leal MDC, Rego G. (2021). Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine (Baltimore)*, 100(1), e24176. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000024176>.
- Tucker JS, Hall MH, Howie, PW, Reid ME, Barbour RS, Florey C du V. (1996). Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by y obstetricians. *BMJ*, 312(7030), p. 554-559. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7030.554>.
- Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. (2011). Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde*, 22(suppl 1), p. 141-52. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade\\_materna.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf).



---

## *Ficha Técnica*

### **Autores**

Raylayne Bessa, Agatha Eleone, Rebeca Freitas, Sara Tavares e Rony Coelho.

### **Edição e revisão**

Helena Ciorra e Rudi Rocha.

