



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância
em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e
Comunidade

Layanne Fonseca Pinto

Mortalidade materna na área programática 5.1 do município do
Rio de Janeiro entre 2022 e 2024

Rio de Janeiro
2025

Mortalidade materna na área programática 5.1 do município do Rio de Janeiro entre 2022 e 2024



Orientadora: Ma. Thauanne de Souza Gonçalves
Coorientadora: Tayná Leonardo da Silva

Rio de Janeiro

2025

RESUMO

PINTO, Layanne Fonseca; Gonçalves, Thauanne de Souza; DA SILVA, Tayná Leonardo. *Mortalidade materna na área programática 5.1 do município do Rio de Janeiro entre 2022 e 2024*. 2025. 48 f. Dissertação em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Riode Janeiro, 2025.

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública e violação de direitos humanos, geralmente associada a desigualdades socioeconômicas, raciais e de acesso a serviços de saúde. A maioria dos óbitos decorre de causas evitáveis, como complicações obstétricas diretas, e reflete fragilidades no sistema de saúde, especialmente em territórios vulneráveis. A atenção primária torna-se imprescindível através da realização do pré-natal adequado e da articulação intersetorial para mitigar os fatores de risco e reduzir as iniquidades relacionadas ao cuidado materno. O estudo trata-se de pesquisa, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários dos sistemas SIM e SINASC, considerando o impacto da COVID-19 na mortalidade materna Área Programática 5.1 do Rio de Janeiro entre 2022 e 2024, com foco nas características sociodemográficas, causas de óbito e comparação de indicadores locais e nacionais. Os resultados apontam redução na Razão de Mortalidade Materna (RMM), que, embora aceitável em 2024, permanece acima das metas nacionais e globais. A maioria dos óbitos são resultadas de causas obstétricas diretas, afetando mulheres principalmente entre 30 e 39 anos, negras, de baixa escolaridade e solteiras, refletindo desigualdades socioeconômicas e raciais. Destaca-se a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, qualificação profissional e adoção de estratégias específicas para regiões vulneráveis, enfatizando o planejamento reprodutivo e o atendimento humanizado. Conclui-se que a mortalidade materna reflete falhas estruturais e violações de direitos, exigindo ações integradas para sua redução.

Palavras-chave: Mortalidade Materna; Sistemas de Informação em Saúde; Causas de Morte

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IEPS	Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde
IFF	Instituto Fernandes Figueira
Ign	Ignorados
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Km²	Quilômetros Quadrados
MIF	Mulher em Idade Fértil
MM	Mortalidade Materna
MRJ	Município do Rio De Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO	Panamerican Health Organization
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
RA	Região Administrativa

RAS	Redes de Atenção À Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SHAA2030	Sustainable Health Agenda For The Americas 2018-2030
SIM	Sistema de Informação De Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação E Saúde
SMS	Sistema Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
×	Multiplicação
=	Igualdade
n	Número

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa das áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo distribuição dos bairros.....	27
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Razão de mortalidade materna e número de óbitos do MRJ, 2022-2024..	29
Gráfico 2: Razão de mortalidade materna e número de óbitos maternos da área programática 5.1, 2013-2023	30
Gráfico 3: Número de óbito por escolaridade, MRJ, 2022-2024.....	33
Gráfico 4: Número de óbito por escolaridade, AP 5.1, 2022-2024	35
Gráfico 5: Número de óbito por raça/cor, MRJ, 2022-2024.....	35
Gráfico 6: Número de óbito por raça/cor, AP 5.1, 2022-2024.....	36
Gráfico 7: Número de óbito por estado civil, MRJ, 2022-2024	37
Gráfico 8: Número de óbito por estado civil, AP 5.1, 2022-2024.....	37
Gráfico 9: Mortalidade materna por causa obstétrica, MRJ, 2022-2024.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de óbito materno, MRJ, 2022-2024	28
Tabela 2: Número de óbito por faixa etária, MRJ, 2022-2024.....	31
Tabela 3: Número de óbito por faixa etária, AP 5.1, 2022-2024	32
Tabela 4: Número de óbitos investigados, MRJ, 2022-2024.....	38
Tabela 5: Número de óbitos investigados, AP 5.1, 2022-2024	38
Tabela 6: Número de óbito segundo Causa (CID10 BR)	39
Tabela 7: Número de óbito segundo Causa (CID10 BR), AP 5.1, 2022-2024	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Situação problema	11
1.2. Justificativa e relevância da pesquisa	15
2. OBJETIVO	18
2.1. Geral	18
2.2. Específico.....	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1. Mortalidade materna	19
3.2. Investigação do óbito como estratégia de mudança	21
3.3. Pré-natal de risco habitual e de alto risco	23
4. METODOLOGIA	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

1. INTRODUÇÃO

1.1 Situação problema

Nos últimos anos a mortalidade materna (MM) tem diminuído consideravelmente, principalmente em países que focam na prevenção da hipertensão, complicações hemorrágicas e infecciosas durante período gravídico-puerperal (WHO, 2023). A mortalidade é definida, pela perspectiva fisiopatológica, como o resultado de múltiplas complicações que ocasionam a disfunção de múltiplos órgãos (Ministério da Saúde, 2009). Para a epidemiologia, é uma medida utilizada como indicador de saúde, e é calculada através da divisão do número de óbitos pela população a qual encontra-se em risco, com o objetivo de analisar a situação de saúde de um recorte da população (Laurenti, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (2000) define como morte materna, a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação. Essa medida é independente do local e do tempo da gestação, das causas relacionadas à gestação ou agravadas por ela. As causas acidentais ou incidentais não são consideradas. Devido ao caráter evitável, e considerando a diminuição da mortalidade através de ações de promoção da saúde e monitoramento dos casos potencialmente graves, a mortalidade materna é vista como prioridade dentro das ações de saúde (Freitas-Júnior, 2020).

Dados mostram que nove em cada dez mortes maternas seriam evitáveis se medidas e recomendações que evidenciam-se eficazes fossem implementadas. Outro dado alarmante é que a cada dois minutos, uma mulher morre durante a gravidez ou o parto (OMS, 2023). Com isso, o enfrentamento da mortalidade materna se torna um desafio global para os sistemas de saúde, configurando-se como um importante indicador de acesso e de qualidade do atendimento à saúde da pessoa que gesta, tornando-se um evento sentinela em saúde (OMS, 2007; SMS-Rio, 2024).

No mundo, estima-se que aproximadamente 287.000 mulheres morreram no ano de 2020 devido a causas maternas, o que corresponde a 800 mortes por dia. As disparidades quanto aos aspectos de acesso à saúde também são evidentes quanto ao panorama global. Uma mulher em idade fértil na região da África Subsaariana tem maior risco de morte durante por causas maternas em sua vida (1:40) se comparada a uma mulher da região da Austrália e Nova Zelândia (1:16.000), um

risco aproximadamente 400 vezes maior. O avanço para redução da mortalidade materna é desigual, visto que ainda persistem disparidades quanto ao nível dos recursos e na qualidade dos serviços, e para além de somente assistência, é necessário avaliar territórios frágeis e vulneráveis para que se mantenha a sobrevivência dessas mulheres (WHO, 2023).

Grande parte das mortes maternas são evitáveis, contudo, é necessário agir através do conhecimento profissional e recursos físicos e tecnológicos em prol da prevenção. As principais causas de morte são as causas obstétricas diretas, sendo elas a hemorragia pós-parto, a pré-eclâmpsia e transtornos hipertensivos, as infecções obstétricas e complicações de abortamento inseguro. Entre as causas indiretas, encontram-se infecções e doenças não transmissíveis (WHO, 2023). No Brasil, todos os anos ocorrem cerca de 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos, segundo levantamento do Ministério da Saúde (2020).

É importante reforçar que para além da mortalidade materna ser considerada um evento sentinela, é demonstrado que muitas vezes o desfecho de mortalidade é reflexo da violação dos direitos das mulheres e que gera impactos e repercussões negativas importantes no meio familiar. A análise dos casos pode demonstrar a complexa relação das iniquidades socioeconômicas e das lacunas de acesso e de assistência da mulher e do ciclo gravídico puerperal (Freitas-Júnior, 2020). Através da análise objetiva e subjetiva, é possível identificar como ocorre o acesso das mulheres ao serviço de saúde, a oferta do planejamento sexual e reprodutivo, a qualidade do pré-natal e a qualidade da atenção à saúde no puerpério, além de analisar fatores atrelados ao que concerne à inserção dessas mulheres na sociedade e que atravessam o contexto individual da usuária do sistema de saúde (SMS-Rio, 2024; BRASIL, 2004; Freitas-Júnior, 2020).

Desde 1983 o Brasil conta com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que já avaliava a saúde da mulher como integral e considera o planejamento familiar como direito (Leal *et al.*, 2018). Devido aos contínuos altos índices de morbimortalidade materna, desde os anos 2000, o Brasil adotou medidas e políticas para diminuição da mortalidade, melhoria do acesso e na qualidade da assistência, com vistas a garantir humanização nos serviços ofertados à população gestante e neonatal. A criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – criado através da Portaria/GM nº 569 de 1º de julho de 2000 – torna-se não só norteador de objetivos e princípios a serem seguidos, mas também de

incentivo financeiro nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal). Tal política já apresentava resultados, pois entre os anos de 1990 e 2001, a RMM diminuía de 141 para 80/100 mil nascidos vivos (NV).

O Brasil afirma compromisso pela redução da mortalidade materna junto à agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no período de 2000 a 2015. Contudo, devido ao não cumprimento das metas estabelecidas nesse acordo, é criada nova agenda mundial, chamada de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Dentre estes objetivos, a redução da mortalidade materna é avaliada na meta ODS 3.1: “até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”, confluindo com políticas e ações já adotadas pelo país. Através de parceria de estudo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) o país hoje adota as metas adaptadas da ODS 3.1 propondo: “até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos”, pois no ano de 2015, o país já alcançava 62 óbitos por 100 mil NV (Ipea, 2019).

Dentre outras estratégias para redução da mortalidade materna adotadas a nível nacional – estabelecido em 2004, mesmo período da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) –, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – estratégia a ser alcançada até 2030 –, acordada através de reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), com a proposta de debater os indicadores nacionais e estabelecer planos para mudança de ações que reduzam a elevada mortalidade materna e neonatal. Essas estratégias foram implementadas em todos os níveis de atenção, com foco na melhoria da qualidade dos registros de mortalidade, na garantia dos direitos dos usuários do sistema de saúde, na qualificação profissional, na organização da RAS, na ampliação da oferta de serviços, no financiamento adequado e no aperfeiçoamento da assistência.

Além disso, o país conta com a Rede Cegonha – instituída através da Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011 –, priorizando o atendimento respeitando as singularidades do indivíduo, na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, direito de concepção e assistência ao pré-natal humanizados, e à mobilização social. A criação da Rede Cegonha assegura a redução da mortalidade materna como um de seus objetivos, através de ações estratégicas da assistência desde o pré-natal ao

acompanhamento do puerpério e do desenvolvimento infantil nos 24 primeiros meses. Ademais, o Brasil também participa de uma campanha com os países da região das Américas, com o objetivo de desenvolvimento e promoção de saúde entre os anos de 2018 a 2030 (Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030 – SHAA2030), que também envolve o propósito da redução da mortalidade materna, com foco na redução de iniquidades e atenção às populações especiais de maior risco (adolescentes, mulheres acima de 35 anos, indígenas, afrodescendentes, populações mais pobres e mulheres rurais), vinculado às metas já estabelecidas através do ODS 3.1 (PAHO, 2023).

A nível municipal, com objetivo de proporcionar mudanças na assistência à saúde, o Rio de Janeiro segue o Plano para a Retomada e o Futuro do Rio – Rio Prefeitura – 2021 a 2024 –, também com o objetivo de reduzir a Razão da Mortalidade Materna (RMM) para 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Desde o ano de 2019, o município mantém-se acima das metas preconizadas, contudo apresenta tendência de queda desde o ano de 2021, apresentando o ano de maior valor registrado em 2020, com RMM de 171.6, o ano de 2021 com RMM de 155.9. Posteriormente apresentou RMM de 122.1 no ano de 2022, e em 2023 apresentou RMM de 94.3. Com isso, também demonstrou queda no número de óbitos maternos, com 44 casos no ano de 2023 (SMS-Rio, 2023).

Em um contexto microrregional da cidade do Rio de Janeiro, a AP 5.1, região a qual destina-se abordar a mortalidade materna neste estudo, têm evidenciado queda no número de óbitos ao longo dos últimos anos, bem como a queda na RMM, sendo este um fator de avaliação de indicadores e das metas estabelecidas. Entretanto, mesmo considerando diminuição de mortalidade materna, permanece acima do que é proposto para alcançar o patamar de real melhoria. Outrossim, a região se destaca com causas de óbito associadas a complicações no puerpério, causas ligadas a aborto, e óbitos associados a síndromes hipertensivas (SMS-Rio, 2023).

Esses fatores contribuíram e potencializaram meu interesse em entender os casos da região, com o objetivo de proporcionar visibilidade para que outras mulheres não sejam negligenciadas quanto ao acesso à saúde e ao tratamento e acompanhamento adequados. Através do caso o qual pude conhecer mais de perto, trouxe a determinação em desvelar as características e entender de forma mais minuciosa as possíveis barreiras de cuidado e de dificuldade de comunicação da

rede de atenção à saúde (RAS).

1.2 Justificativa e relevância da pesquisa

O interesse em investigar e problematizar o contexto da assistência prestada e fatores individuais relacionados às mulheres no ciclo gravídico-puerperal com desfecho de óbito, decorrente de diferentes complicações, surgiu a partir da minha inserção no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade. Durante minha atuação como residente, tive contato com um desses casos em minha prática profissional. Como enfermeira de equipe, pude conhecer uma usuária que veio a óbito durante o puerpério e vivenciei as dificuldades relacionadas ao acesso e à continuidade do cuidado, percebendo lacunas e barreiras já estabelecidas antes mesmo da minha inserção enquanto parte da equipe. Essa experiência me levou a refletir sobre diversos fatores presentes em seu contexto social e de saúde, despertando o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a temática.

Essa inquietação se fortaleceu ao acompanhar o trabalho de uma comissão de óbito, que discutia o caso de uma mulher do território atendido pela minha equipe de Estratégia de Saúde da Família. As dificuldades enfrentadas pela equipe em compreender o caso evidenciaram fragilidades na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, especialmente entre os serviços secundário e terciário com a Atenção Primária à Saúde (APS). Por meio da comissão de óbito, identifiquei que, na AP 5.1, havia outros casos de óbito materno com causas semelhantes à da usuária atendida pela nossa equipe, com desfechos relacionados a causas de óbito incomuns, o que reforçou a necessidade de investigar o perfil de mortalidade materna nesse território.

Minha vivência ocorre na AP 5.1, onde possibilitou minha aproximação com o cenário de prática na Atenção Primária e com o acompanhamento do contexto das famílias atendidas pela equipe onde atuei. Essa experiência me permitiu compreender aspectos socioeconômicos da população assistida, a dinâmica dessa comunidade, e os caminhos percorridos pelos usuários na rede de saúde em busca de cuidado.

Haja vista que o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

traz discussões acerca da importância da ampliação da Atenção Básica, com propósito de reorganizar o sistema de saúde e aumentar a cobertura de pré-natal, planejamento familiar, vigilância à saúde da mulher e no acompanhamento pós-parto, é importante ressaltar que o trabalho das equipes de atenção primária é primordial na abordagem e construção de uma atenção qualificada e fortalecida. Quando não há reconhecimento desses eventos enquanto um problema social e político, não é possível construir uma RAS consciente de que o acesso oportuno, o atendimento individualizado e qualificado, são imprescindíveis para manter a vida das mulheres atendidas.

O município do Rio de Janeiro é diverso, e atualmente possui grande parte do território assistido pelas equipes de atenção primária, devido à expansão da ESF. A diferença dos contextos entre as AP demonstra a importância de compreender as necessidades do território e dos indicadores de saúde e sociais, com o propósito de avaliar estratégias específicas para, enfim, reduzir os casos de mortalidade existentes. Esse contexto reforça a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os fatores associados à mortalidade materna na região, de forma a contribuir para a qualificação do cuidado ofertado. Considerando os dados de mortalidade como marcadores sensíveis, esses dados podem auxiliar na identificação de regiões de saúde com problemas para alcançar melhor acompanhamento de saúde, demonstrando fragilidades a serem superadas.

O período analisado pelo estudo foi avaliado devido a diversos fatores, entre eles, devido a existência do Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna do município do Rio de Janeiro. Este aborda o cenário epidemiológico da MM na cidade através de dados disponibilizados pelos Sistemas de Informação e Saúde (SIS). Esse material foi utilizado com base na construção deste estudo, devido a abordagem considerando os aspectos demográficos, de causa de mortalidade, e considerando as especificidades das dez AP, com recorte temporal entre os anos de 2012 e 2023.

Além disso, tendo em vista que o município necessita alcançar as metas estabelecidas pela agenda da ONU através do ODS e a agenda do Plano para a Retomada e o Futuro do Rio (70 mortes por 100000 nascidos vivos) e a meta adaptada do Brasil (30 mortes por 100000 nascidos vivos), o cenário representa um

desafio, pois embora apresente melhora, ainda há necessidade de progresso. Nacionalmente o panorama apresentado era de RMM 74,7, enquanto o estado do Rio de Janeiro apresentava 95,4 e o município do Rio 114 a cada 100 mil nascidos vivos (SMS-Rio, 2024).

Esse cenário já sugeria o desafio a ser superado para alcançar melhoria nos indicadores de mortalidade materna. Segundo estimativas de 1996 a 2018, cerca de 70% das mortes eram ocasionadas por causa obstétrica direta (complicações no período da gestação, parto e puerpério), com 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos (MS, 2020). Devido ao cenário de pandemia da COVID-19, o panorama se alterava, e o número de MM por causas indiretas aumentaram significativamente, pois devido as alterações fisiológicas da gestação, a vulnerabilidade da mulher à infecção pela doença aumenta, juntamente com maior probabilidade de um quadro de gravidade (Schwartz; Dhaliwal, 2020). Com isso, houve um incremento de MM, equivalente a aproximadamente 70% além das estimativas, demonstrando fragilidades do sistema de saúde no atendimento às gestantes, potencializados pelas diferenças regionais, e expondo ainda mais as desigualdades de acesso e socioeconômicas (Tenório, 2022; Guimarães, 2023).

Para análise do perfil de mortalidade foram considerados os dados a partir do ano de 2022 em período pós-pandêmico, pois devido a pandemia de COVID-19 houve um retrocesso de duas décadas na saúde materna, resultando em um aumento de 15% na mortalidade materna entre 2016 e 2020, depois de uma redução de 16,4% registrada entre 1990 e 2015. Durante o ano de 2021, casos de óbito associados à infecção por COVID-19 ainda ocorriam, que pode estar relacionado ao surgimento de variantes mais contagiosas e com maior letalidade, além de ser um período de início da disponibilização de vacinas (Callaway, 2021). Na cidade do Rio de Janeiro, durante o ano de 2021 aconteceram 107 mortes maternas, apresentando RMM 156,0, enquanto que no ano seguinte, em 2022, houveram 50 mortes maternas, porém devido ao decréscimo de nascidos vivos, apresentou RMM 77,4, começando a demonstrar tendência de queda.

Considerando o cenário apresentado, emerge como questão de pesquisa: Qual o perfil de mortalidade materna na Área Programática 5.1 do período pós pandemia (2022-2024)?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Descrever a mortalidade materna na Área Programática 5.1 entre 2022 a 2024.

2.2 Objetivos específicos

Descrever os dados sociodemográficos e as causas de mortalidade materna nos anos de 2022 a 2024 na Área Programática 5.1;

Comparar os indicadores da AP 5.1 com o município do Rio de Janeiro e as taxas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Mortalidade materna

A mortalidade materna é considerada uma violação grave dos direitos humanos das mulheres e pode ser evitada em até 92% dos casos (Brasil, 2007). A Organização Mundial da Saúde (2000) define como morte materna:

“a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”

Alguns conceitos e definições de termos para abordagem da temática são comumente utilizados e estabelecidos no Manual dos Comitês de Mortes Maternas do Ministério da Saúde do Brasil (2009). Essas definições possuem significados importantes para entendimento e diferenciação entre os casos, sendo classificados como conceitos básicos, quais sejam:

- Morte materna obstétrica: são definidas em dois tipos, em decorrência de causas obstétricas diretas e indiretas. A morte materna obstétrica direta é caracterizada por complicações obstétricas que surgem durante a gestação, o parto ou o puerpério, ocasionadas por intervenções, omissões, tratamentos inadequados ou por uma sequência de eventos decorrentes de qualquer uma dessas causas. A morte materna obstétrica indireta refere-se àquela decorrente de doenças preexistentes à gestação ou que surgiram ao longo desse período, não causadas diretamente por fatores obstétricos, mas intensificadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
- Morte materna tardia: A morte de uma mulher, decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre entre 43 dias e menos de um ano após o término da gestação. Este tipo de óbito não é incluído no cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM).
- Morte materna não obstétrica: Refere-se à morte decorrente de causas acidentais ou incidentais, sem qualquer relação com a gestação ou seu manejo. Alguns autores também a denominam como "morte não relacionada". Esse tipo de óbito igualmente não é considerado no cálculo da Razão de

Mortalidade Materna (RMM).

- Morte materna presumível ou mascarada: é aquela em que a causa básica, associada ao estado gravídico-puerperal, não é registrada na Declaração de Óbito devido a inadequações no preenchimento. Esse tipo de ocorrência se dá quando apenas a causa final das condições ou a lesão que ocorreu por último na cadeia de eventos que levou ao óbito é declarada. Assim, a causa básica é omitida, dificultando a identificação do óbito como materno.
- Morte relacionada à gravidez: A morte relacionada à gravidez é definida como o óbito de uma mulher ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da causa que o provocou. Esse conceito abrange, portanto, a soma dos óbitos por causas obstétricas e não obstétricas.
- Mulher em idade fértil (MIF): De acordo com a definição internacional, a idade fértil compreende mulheres entre 15 e 49 anos. No Brasil, entretanto, considera-se a faixa etária de 10 a 49 anos como idade fértil. Essa definição foi estabelecida com base na experiência dos comitês de morte materna, bem como em dados estatísticos de registros vitais e de procedimentos médicos, que indicam a ocorrência de gestações em mulheres com menos de 15 anos.
- Razão de mortalidade materna: A Razão de Mortalidade Materna relaciona os óbitos maternos obstétricos diretos e indiretos ao número de nascidos vivos, sendo expressa por 100.000 nascidos vivos. Embora frequentemente seja chamada de “taxa” ou “coeficiente”, essa nomenclatura seria apropriada apenas se o denominador correspondesse ao total de gestações.

O cenário da mortalidade global apresentou relevante queda de 34,3%, no período compreendido entre os anos 2000 a 2020, contudo os indicadores ainda permanecem acima do preconizado. Essa diminuição de mortes estagnara durante os 5 primeiros anos do estabelecimento dos ODS, no período de 2016 a 2020, e é estimado que 287 mil morreram no mundo por causas maternas, o equivalente a 800 mortes por dia e aproximadamente uma a cada dois minutos. No Brasil, apesar dos esforços para alcance do ODM, que previa a redução da RMM em 70% no período de 1990 a 2015, esse objetivo não foi alcançado (WHO, 2023; Motta, 2021).

Além disso, o país ainda está distante de atingir a meta estabelecida pelo

governo brasileiro no âmbito dos ODS, que busca reduzir a RMM para 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2030. A redução da RMM entre 1990 e 2019 foi de 39%, diminuindo de 111,4 para 62,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos, contudo, devido a emergência da COVID-19, houve um incremento nos óbitos nos óbitos maternos (Leal *et al.*, 2022). O país foi um dos que mais tiveram MM associados a doença, pois em 2019 a RMM era de 57, já em 2020 aumentou para 67 e em 2021 passou a 107 mortes por 100.000 nascimentos, com mais de 1.500 mortes atribuíveis à COVID-19 (Tenório *et al.*, 2022).

A maioria das mortes maternas ocorre em cenários de vulnerabilidade e em situações de crises humanitárias, caracterizados por sistemas de saúde fragilizados e aproximadamente 99% desses óbitos acontecem em países em desenvolvimento. É importante destacar que a cobertura do pré-natal e de parto institucionalizado, qualidade na assistência ao período da gestação, parto e puerpério são um desafio, visto que diferentes barreiras de acesso podem atingir a populações heterogêneas (OPAS, 2023). É necessário entender que a redução da mortalidade materna ainda é ofuscada pela grande iniquidade acerca da sobrevivência das mulheres, acesso a serviços de qualidade e disparidades nas regiões de saúde, e compreender esses fatores favorece a mudança de ações de saúde para redução da desigualdade (WHO, 2023).

Para compreender os determinantes dos óbitos maternos e possíveis cenários com aspecto ameaçador, é fundamental adotar estratégias, dentre elas, destacam-se o monitoramento dos óbitos, o diálogo com a sociedade civil, a análise das particularidades dos territórios das dez AP da cidade, a estruturação da rede de assistência e a organização dos fluxos e processos de trabalho das equipes de saúde (SMS-Rio, 2023).

3.2 Investigação do óbito como estratégia de mudança

A realização do monitoramento do nível e da tendência da MM são importantes para mudança de estratégias, sendo um indicador em decisões políticas que garantam saúde das mulheres (Brasil, 2009). Todavia, para um monitoramento preciso e mais fidedigno quanto a realidade local, é necessário que as informações sejam registradas da maneira correta, e que haja preparo dos profissionais para que

haja preciso preenchimento das declarações de óbito.

Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2009), as duas maiores causas que dificultam o processo de monitoramento é a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A subinformação ocorre quando as declarações de óbito são preenchidas de forma inadequada, omitindo que a causa da morte está relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Essa situação geralmente decorre do desconhecimento dos profissionais médicos acerca de como preencher corretamente o documento e da falta de compreensão acerca de sua importância como fonte de dados para a saúde. Por sua vez, o sub-registro refere-se à ausência de registro do óbito em cartório, e pode ser atribuído à dificuldade de acesso aos cartórios, à existência de cemitérios não regulamentados ou à falta de informação da população sobre a relevância da declaração de óbito (DO) como um instrumento de cidadania.

Para assegurar a obrigatoriedade da DO foi aprovada a Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003, que estabelece o óbito materno como evento de notificação compulsória, para que haja devida investigação dos fatores e causas que culminaram nesse desfecho, afim de adotar medidas que impeçam novas mortes. Com isso, as mortes de MIF também devem ser avaliadas, para que haja uma análise dos casos, e seja julgada a possibilidade de estar associada a um óbito materno de maneira oculta. A Portaria também estabelece que a investigação ocorra em até 30 dias após a ocorrência do óbito, proporcionando rapidez no processo da avaliação do caso (Brasil, 2003).

A investigação se dá através da ação do Comitês de Mortalidade Materna, compostos por sociedade civil organizada, equipe multiprofissional e de caráter confidencial, onde analisam-se os casos, com o propósito de sugerir medidas de intervenção para que haja mitigação de novos casos. Possuem papel primordialmente educativo e não coercitivo. Esses grupos também indicam a qualidade da assistência, do acompanhamento e avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher, propondo ações de intervenção para mudança do cenário (Brasil, 2003). Dessa forma, desde 1987 foi estabelecido o primeiro comitê, ganhando espaço em outros estados do país, e no processo de desenvolvimento e consolidação desses comitês, apenas em 2008 foi publicada a Portaria GM nº 1.119,

que regulamenta a vigilância dos óbitos maternos.

Por meio da análise criteriosa das declarações de óbito e da investigação das circunstâncias que envolveram os casos, esses comitês fornecem subsídios fundamentais para identificar falhas sistêmicas, reforçar a qualidade do cuidado e prevenir mortes evitáveis. A sistematização dos casos e a participação social e de contribuições profissionais fortalece esse processo ao garantir a obrigatoriedade e a tempestividade das investigações, promovendo respostas eficazes e que de fato atendam as demandas do local, através da percepção dos fatores de risco existentes em uma realidade. Assim, a investigação consolida-se como instrumento indispensável na construção de uma assistência à saúde mais equitativa e eficiente, reafirmando o compromisso com a preservação da vida e com a garantia dos direitos das mulheres (Freitas-Júnior, 2020).

3.3 Pré-natal de risco habitual e de alto risco

O pré-natal se constitui como uma oportunidade para que o sistema de saúde possa integralmente agir através da promoção de saúde, e em alguns casos, na recuperação da saúde das mulheres. Com isso, a atenção prestada deve ser de qualidade, visando a humanização e compreensão dos fatores que afetam sua vida (fatores sociais, econômicos, habitação, relações familiares, entre outros), e considerando também a estratificação risco gestacional (Brasil, 2012).

Essa classificação permite que os fatores intervenientes do estado de saúde de uma gestante sejam avaliados e, com a adequada intervenção às suas demandas, haja diminuição da mortalidade materno-fetal. A estratificação deve ser feita desde a primeira consulta, de forma contínua por uma equipe multiprofissional, e tem por objetivo avaliar e prever quais mulheres possuem maior probabilidade de desenvolver complicações e eventos adversos à saúde durante o período gravídico puerperal (Brasil, 2023).

A Atenção primária é a responsável pela coordenação do cuidado, por isso, torna-se fundamental no processo de identificação dos riscos iminentes no processo gravídico-puerperal. Através do vínculo e conhecimento dos fatores que podem promover riscos às gestantes ou melhorias e potencialidades de construção do cuidado, as equipes podem se articular de forma a pensar em estratégias para um

desfecho positivo ao binômio através de um pré-natal qualificado (Brasil, 2012; Bhutta *et al.*, 2014). Esse cuidado promovido pela APS vai de encontro com uma transformação da assistência ao pré-natal de risco habitual ou de alto risco, de maneira a evitar complicações que porventura necessitem de uma assistência à saúde em um nível maior de densidade tecnológica, reduzindo custos para a saúde pública e diminuindo risco de mortalidade (Brasil, 2023).

Considerando os riscos potenciais em uma gestação, é importante alertar que a demora pelo atendimento, da identificação dos riscos e da prestação dos cuidados adequados produzem o aumento do risco de um desfecho de óbito. Compreender a realidade local contribui para promover melhorias na assistência à saúde materna e perinatal (Brasil, 2023). A demora na busca de atendimento ou da identificação de problemas, a demora no acesso à RAS (seja pela distância, meio de transporte ou custos relacionados a obtenção de suprimentos), e a demora no que tange os cuidados (seja devido a desestruturação dos serviços, falta de diagnóstico e tratamento adequado em tempo oportuno) podem comprometer o destino de uma mulher, aumentando o risco de morte (IFF, 2020).

O trabalho em equipe, considerando a potencialidade das equipes multiprofissionais e no acompanhamento longitudinal dessas mulheres, é possível diminuir os riscos e reduzir condições graves e ameaçadoras relacionadas ao período gravídico-puerperal (Marques *et al.*, 2021). O pré-natal se constitui a chave na identificação dos casos potencialmente graves, e a APS tem a potencialidade de reduzir os riscos ao conhecer a realidade local, o contexto familiar, social e econômico das usuárias, agindo precocemente para mitigar e identificar fatores de risco (MS, 2023).

4. METODOLOGIA

Fases do estudo

O estudo é exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa. A primeira fase do estudo foi descrever o perfil de mortalidade de mulheres na gravidez e no puerpério no MRJ e na AP 5.1 no ano de 2022 a 2024.

A escolha por esse período ocorre em virtude da existência do Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna (Rio de Janeiro, 2023), que auxiliou na construção desse estudo, e evidenciou aumento expressivo de MM nos anos de 2020 a 2022, sendo assim, os anos seguintes configuram-se como o momento pós pandemia de COVID-19. Os dados secundários foram coletados através a partir de informações em saúde disponíveis no TabNet Municipal: Saúde Rio, base de dados alimentada por informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), especificamente da parte do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Essas informações são de domínio público, e podem ser acessadas por qualquer pessoa ou instituição, e não são caracterizados como dados sigilosos, pois não há identificação de indivíduos.

A população estudada foi constituída por mulheres que foram a óbito em seu período gravídico-puerperal, residentes no município do Rio de Janeiro. As variáveis analisadas foram: mulheres residentes do município do Rio de Janeiro com desfecho óbito, escolaridade, faixa etária, raça/cor, estado civil, causa CID10-BR e óbito materno investigado. A busca de dados na plataforma do TabNet Rio acerca das mulheres com desfecho óbito na gravidez ou puerpério foi segundo classificação de mortalidade materna definida pela OMS, como óbito até 42 dias, sendo excluídas as mulheres com óbito de 43 dias a um ano. Foi realizada a busca de causa de mortalidade através do CID-BR-10, classificação elaborada a partir da Lista de Tabulação, uma versão da Lista Básica de Tabulação da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), adaptada à realidade brasileira pela Secretaria de Vigilância em Saúde, explicado a seguir:

Quadro 1: CID-10 – Lista de tabulação CID10-BR

Código da CID10-BR	Código da CID-10
088-092 Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
088 Gravidez que termina em aborto	O00-O08
089 Outras mortes obstétricas diretas	O11-O23, O24.4, O26-O92
090 Mortes obstétricas indiretas	O10, O24 (exceto O24.4), O25, O98-O99
092 Causas maternas tardias e sequelas de causas maternas	O96-O97

Óbitos classificados como Causa obstétrica não especificada se direta ou indireta – CID10-BR 091/CID O95 não foram analisados nesse estudo. O cálculo utilizado para estimar a razão de mortalidade materna é definido por:

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número MM}}{\text{Número NV}} \times 100.000$$

Cenário do estudo

O MRJ, com população estimada em 6.211.223 de pessoas em 2022, é dividido administrativamente em dez AP, cada uma com suas especificidades e consequentemente, com demandas de saúde e prioridades de ações diferentes. É composto pelas AP: 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3. As regiões apresentam diferentes graus de desenvolvimento, resultando em desigualdade na distribuição e utilização dos serviços na área da saúde (Rio de Janeiro, 2021). A cidade conta hoje com cobertura da APS de 83,5% da população, com 240 unidades e 1.429 equipes (SISAB, 2024).

A área da AP 5.1 é localizada na zona oeste do Rio de Janeiro, fazendo limite com as AP 5.2, 3.3 e 4.0, caracterizada por uma população de aproximadamente 649.381 pessoas, com estimativa de 235.362 domicílios ocupados, caracterizada por baixo padrão socioeconômico e uma região distante do centro da cidade, segundo dados do Censo Demográfico de 2022.

A AP 5.1 abrange um extenso território com alta densidade demográfica, isso significa que o número de habitantes por km² está acima da média de outros bairros de outras Áreas Programáticas. Localiza-se na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, composto por 10 bairros (Bangu, Campo dos Afonsos, Gericinó,

Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará, Vila Kennedy e Vila Militar), dividida em duas regiões administrativas: a XVII RA (Bangu), composta pelos bairros Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Vila Militar e Gericinó e a XXXIII RA (Realengo), composta pelos bairros Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos e Realengo. Atualmente a AP conta com 27 unidades de ESF. A figura 1 apresenta o mapa do MRJ com a disposição das AP:

Figura 1: Mapa das áreas de planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo distribuição dos bairros



Fonte: Rio de Janeiro, 2021

Por tratar-se de pesquisa com dados de domínio público do Ministério da Saúde, as informações não permitem a possibilidade de identificação, e por isso dispensa análise do Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução nº 466/2012.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados demonstram que no período de 2022 a 2024, foram notificados 105 óbitos de mulheres por morte materna obstétrica no município do Rio de Janeiro, contudo 14 óbitos não foram registrados e referenciados à AP de residência, conforme Tabela 1. Nos últimos três anos, os registros de MM apresentaram estabilidade nos dois primeiros anos pós-pandemia, porém mostram expressiva queda no ano de 2024, com 26 óbitos e RMM 42,41.

A análise dos dados de mortalidade com informações disponibilizadas pelo SIM é realizada de acordo com o fornecimento das informações do preenchimento das DO, e embora sejam passíveis de falha, ainda assim, existe uma sequência de verificação das informações após as investigações das comissões de óbito e posterior disponibilização desses dados corrigidos (Brasil, 2003; Riquinho, Correia, 2006). Ao analisar o Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna do Rio de Janeiro realizado em 2023, seu último ano analisado foi 2022, e apresentava RMM 77,4 (n=50), contudo após a revisão dos dados, houve uma diminuição considerável de mortes classificadas como MM, apresentando RMM 56,13 (n= 39).

Durante o período analisado o MRJ apresentou-se dentro da meta proposta pelo Plano para a Retomada e o Futuro do Rio, na redução da mortalidade em até 70 mortes por 100 mil NV, contudo, considerando a meta adaptada da ODS para redução da mortalidade em até 30 mortes a cada 100 mil NV (Ipea, 2019), ainda há necessidade de melhoria e avanços para reduzir ainda mais a MM na cidade. Entretanto, os esforços e avanços na diminuição se fazem perceptíveis através dos dados apresentados. Considerando os dados disponibilizados pelo Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, do ano de 2021 até o ano de 2024, houve uma queda de 75,70% de MM, uma diferença que representa 81 óbitos maternos evitados.

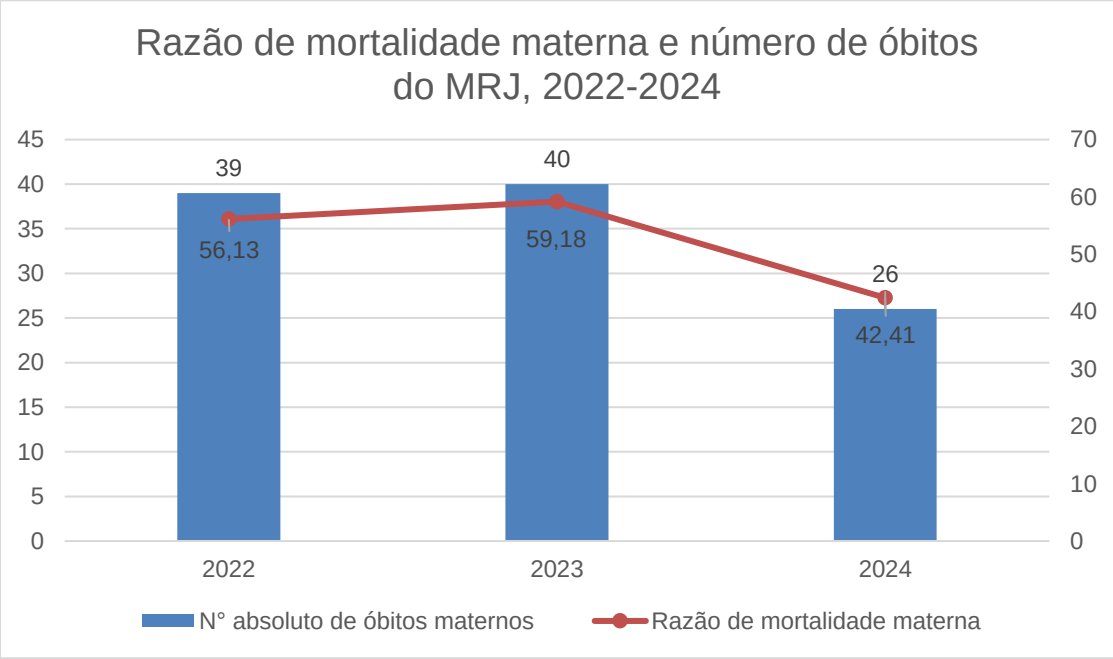
Tabela 1: Número de óbito materno, MRJ, 2022-2024

Ano do Óbito	Ign	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3	Total
2022	4	3	2	0	2	3	4	6	6	7	2	39
2023	4	0	4	1	4	4	3	3	5	5	7	40

2024	6	1	0	0	2	3	3	5	2	3	1	26
Total	14	4	6	1	8	10	10	14	13	15	10	105

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 1: Razão de mortalidade materna e número de óbitos do MRJ, 2022-2024

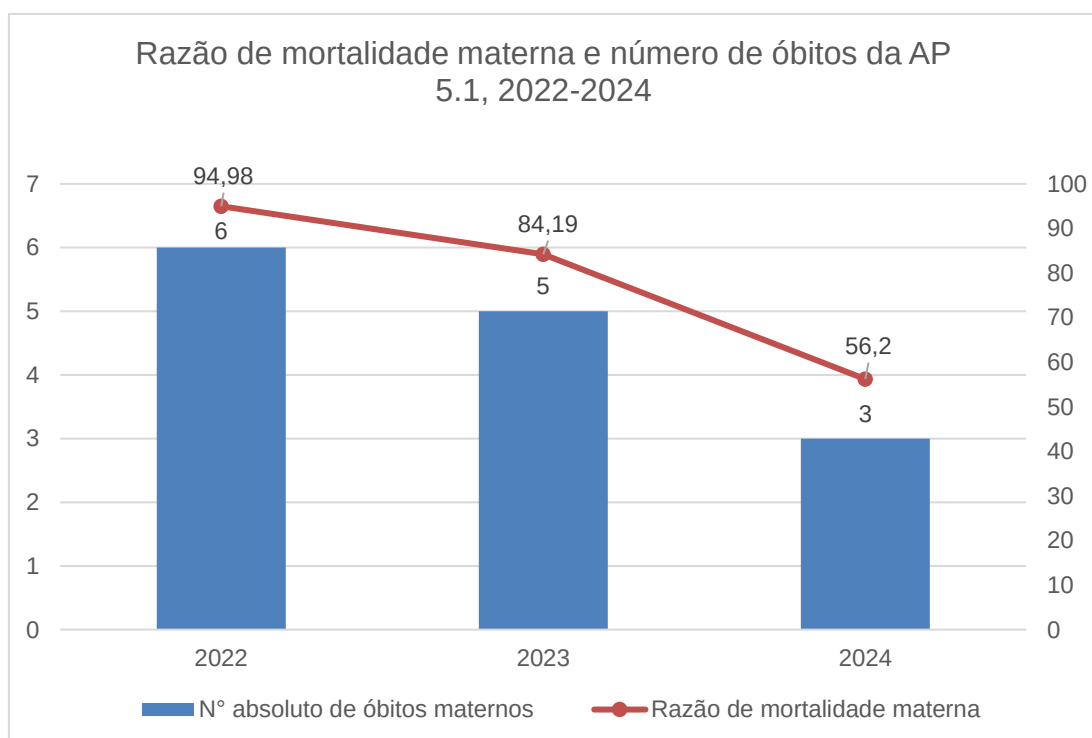


Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Considerando os dados comparativos entre as AP no recorte dos últimos 3 anos, a região das AP 5 – região mais distante geograficamente do centro da cidade – foi a que mais apresentou MM (n=38), representando 36,19% de todos os casos do MRJ. A AP com maior número de óbitos maternos foi a AP 5.2 (n= 15), seguido da AP 4.0 (n=14), e por fim AP 5.1 (n=13), todas localizadas na região da zona oeste do município, que representa 41% da população e seu território ocupa aproximadamente 70% da cidade (Araújo; Cortado, 2020). Segundo Abreu 2008 “[...] o Estado tem tradicionalmente apoiado os interesses e privilégios das classes e grupos sociais dominantes, via adoção de políticas, controles e mecanismos altamente discriminatórios e elitistas”. Esse cenário levanta questionamentos acerca do acesso e distribuição de dispositivos de saúde e de investimentos para essas regiões. Um estudo demonstra que equipamentos de saúde, educação e projetos da Prefeitura concentram-se em locais com maior renda, enquanto regiões mais vulneráveis possuem menos suporte governamental (Carvalho; Fridman; Strauch, 2019).

No que tange o panorama da MM na região da AP 5.1, é possível também analisar que nos últimos anos há diminuição gradativa dos casos, apresentando RMM comparativamente maior que o do município. Além disso, se comparado às metas citadas anteriormente, apenas no ano de 2024 a AP5.1 conseguiu alcançar um RMM 56,2, considerada aceitável, abaixo de 70 morte por 100 mil NV. Devido ao caráter de raridade da morte materna, seus números podem parecer pequenos, mas é necessário destacar que o NV é utilizado para mensurar a RMM, contudo, estamos vivenciando uma redução na taxa de natalidade, e esse acontecimento também impacta na avaliação da MM (IBGE, 2013).

Gráfico 2: Razão de mortalidade materna e número de óbitos maternos da área programática 5.1, 2013-2023



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Os grupos etários que mais apresentaram relevância de MM na cidade foram de 30 a 39 anos (Tabela 2 e Tabela 3), o equivalente a aproximadamente 45,7% (n=48) e 20 a 29 com aproximadamente 32,3% (n=34) dos casos, corroborando com outros estudos (Tintori; Mendes; Monteiro; Gomes-Sponholz, 2022). De tal forma, a AP 5.1 também apresenta mesma tendência nessa faixa etária, com aproximadamente 57,1% (n=8), representando mais da metade dos casos concentrados na faixa dos 30 a 39 anos. Os dados assemelham-se a resultados de

outros estudos que avaliam que 80% das mortes estão na faixa de 20 a 40 anos (Martins; Silva, 2018) e segundo a PAHO (2023), o grupo de mulheres acima de 35 representam alerta para maior atenção à saúde.

Embora a população adolescente represente um maior risco de mortalidade devido a piores desfechos materno-fetais, como maior probabilidade de pré-eclâmpsia, parto prematuro e restrição do crescimento fetal, além de maior risco de vulnerabilidade socioeconômica (PAHO, 2023; Rio de Janeiro, 2023), não houveram tantos registros de óbito materno nessa fase da vida. Apresenta-se na Tabela 2 uma morte em idade de 10 a 14 anos em 2023, e 11 mortes na faixa de 15 a 19 anos durante os três anos abordados no município, com destaque para 2023, quando houveram 6 óbitos nesse grupo. Contrariando os dados da Tabela 2, a AP 5.1 não teve nenhum óbito de adolescentes de 10 a 14 anos, e apresentou dois registros na faixa de 15 a 19 anos. Os baixos casos de MM na fase da adolescência podem estar relacionados ao aumento da oferta de métodos contraceptivos amplamente disponibilizados nas unidades de APS do MRJ, facilitando o planejamento familiar e reprodutivo (Rio de Janeiro, 2023).

Além disso, no município do Rio de Janeiro, é orientado no Guia Rápido do Planejamento Sexual e Reprodutivo o encaminhamento do Aborto Legal para criança e adolescentes gestantes com menos de 14 anos no momento da concepção. Essa orientação torna-se importante para conhecimento não só dos profissionais de saúde, mas também para a população, pois de acordo com a Lei n.º 12.015, de 7 de agosto 2009, Art. 217-A, qualquer gestante menor de 14 anos na época da concepção tem o direito a abortamento, pois enquadra-se em uma situação de estupro de vulnerável. Essa medida diminui o risco de um abortamento clandestino ou realizado em domicílio, diminuindo os riscos de sangramentos e infecções que podem fatalmente ocasionar óbito.

Tabela 2: Número de óbitos por faixa etária, MRJ, 2022-2024

Ano do Óbito	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
2022	0	3	7	5	10	10	4	0	39
2023	1	6	3	6	8	11	3	2	40
2024	0	2	5	8	4	5	2	0	26
Total	1	11	15	19	22	26	9	2	105

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Tabela 3: Número de óbitos por faixa etária, AP 5.1, 2022-2024

Ano do Óbito	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
2022	0	1	1	0	3	1	6
2023	1	0	0	3	1	0	5
2024	1	1	0	0	1	0	3
Total	2	2	1	3	5	1	14

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Acerca da escolaridade das mulheres com desfecho de óbito, a maioria possui de 8 a 11 anos de ensino cursados, representando mais da metade dos casos, com aproximadamente 54,2% (n=57), seguido de 24,7% (n=26) dos casos com escolaridade entre 4 a 7 anos. A AP 5.1 segue mesma tendência, com 50% (n=7) dos casos apresentando escolaridade de 8 a 9 anos.

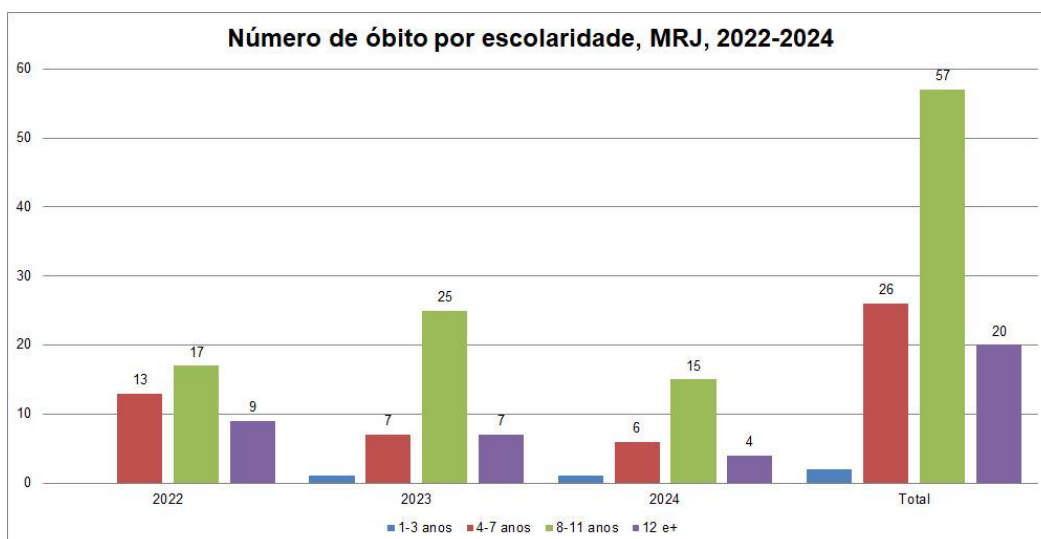
Aqui ressalta-se que os dados sobre escolaridade coletados nesses últimos três anos não foram ignorados, demonstrando uma melhora na qualidade do registro das notificações. Estudos mostram que em torno de 45 a 50% dos óbitos não possuíam informação acerca de escolaridade e raça-cor (Morse, 2011). Segundo dados levantados pelo Rio de Janeiro (2023), levando em consideração a série histórica abordada, a proporção de óbito acompanha a faixa etária das mães de NV, e os dados aqui presentes assemelham-se também nesse aspecto.

O fator escolaridade torna-se relevante, considerando que estudos sugerem a relação de acesso dos usuários ao serviço de saúde é diminuído para essa população, possuindo inclusive uma relação de renda menor, e estudos corroboram com o padrão de escolaridade associado a MM (Palmeira *et al.*, 2022; Borgonove *et al.*, 2024). A compreensão do perfil das mulheres atendidas nas unidades de saúde permite que o profissional se adapte a realidade da usuária, possibilitando a adequação das informações transmitidas à usuária quanto cuidados de saúde durante o pré-natal, que se tornam importantes ao orientar acerca sinais de risco no período gravídico-puerperal, reafirmando o papel da APS como local educador e promotor de saúde (Marques *et al.*, 2021).

Um estado mostrou que 3,7% das brasileiras não evitavam a gravidez, pois não sabiam como evitar, nem onde, como e quem procurar para dar orientações (Trindade, *et al.*, 2021). No contexto social vivido na APS, muitas mulheres atendidas diariamente possuem o papel de provedoras, sendo as responsáveis pelo protagonismo da casa, gestora do orçamento doméstico e a responsável pelos

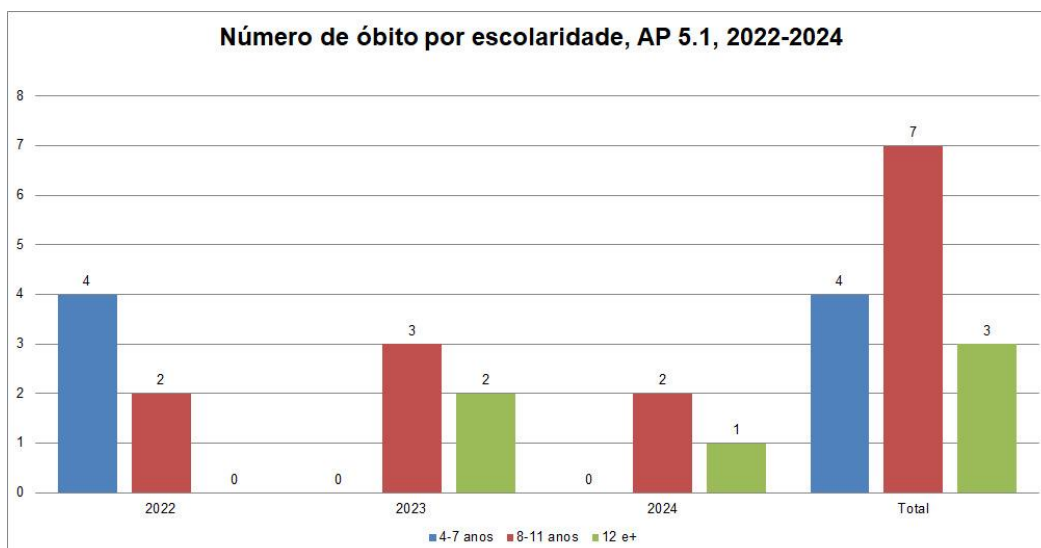
cuidados dos membros de uma família. É preciso discutir que quanto mais baixa a escolaridade, menos acesso a uma melhor renda, e esse fator escancara as desigualdades de acesso à saúde para uma grande parcela da população atendida (Freitas-Júnior, 2020).

Gráfico 3: Número de óbitos por escolaridade, MRJ, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 4: Número de óbitos por escolaridade, AP 5.1, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

No tocante a raça/cor, no MRJ a mortalidade de mulheres pardas representa a maioria dos casos com 43,8% (n=46), contudo, avaliando que população negra é composta por pessoas pretas e pardas, os casos passam a compor 68,5% (n=72) dos registros de mortalidade do MRJ, segundo Gráfico 5. O contexto da AP 5.1

diferentemente do cenário da cidade, reflete que 50% (n=7) dos casos são compostos por mulheres brancas, e a outra metade é composta por 4 mulheres pardas e 3 mulheres pretas.

Segundo estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (2022), 76,1% das mulheres brancas realizaram um número adequado de consultas de pré-natal, enquanto somente 59,8% das mulheres negras acessaram esses cuidados. O Ministério da Saúde (2017) recomenda que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal. Verificou-se ainda que 81,2% das mulheres brancas tiveram assistência adequada, porém 67,8% das mulheres negras conseguiram mesmo atendimento.

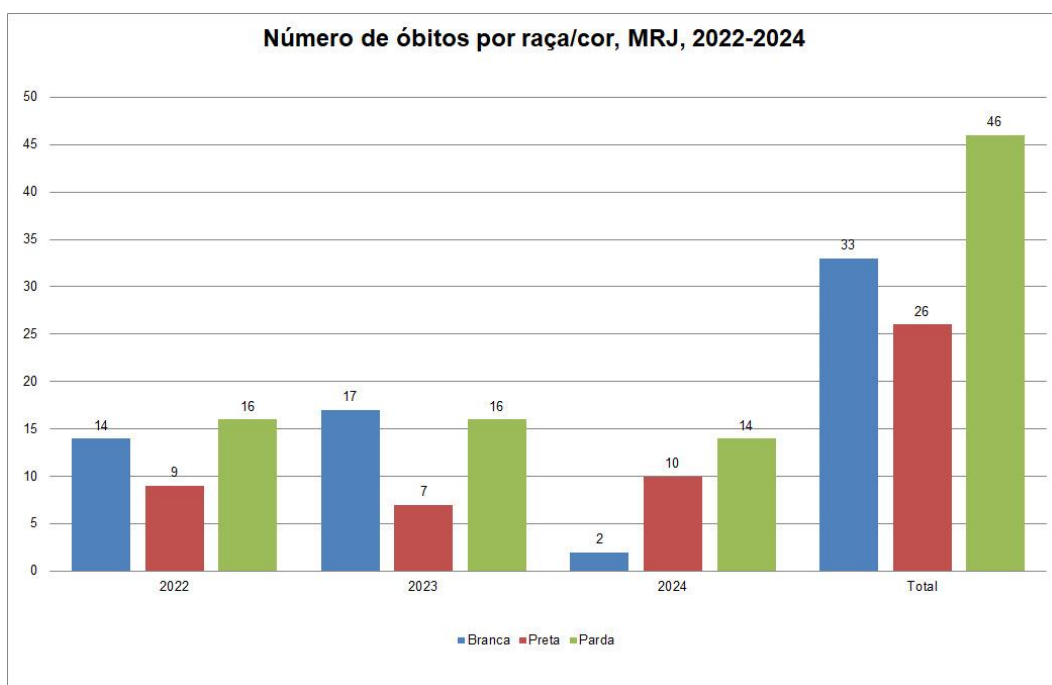
É notável ressaltar que a população negra possui escolaridade mais baixa, e com isso, a violação de direitos torna-se mais comum, pois o indivíduo não possui as ferramentas para compreender e reivindicar por melhor atenção. Dessa forma, quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior o risco de MM (Flores *et al.*, 2020). No Brasil, as mortes não são distribuídas de maneira aleatória, e revelam que as iniquidades são evidentes, principalmente por afetar mais mulheres negras, com menor renda e menor escolaridade (Freitas-Júnior, 2020).

O racismo institucional precisa ser debatido afim de que o ciclo violento de invisibilizar a mulher negra enquanto corpo que sofre e está passível a adoecer e sentir dor (Werneck, 2016). Muitas queixas das mulheres negras são minimizadas, aumentando a estigmatização e criando uma barreira de acesso. Estudos debatem que mulheres negras têm o atendimento à saúde precário e atrelados também a outros fatores socioeconômicos anteriormente citados que favorecem a vulnerabilidade para as mesmas (Oliveira; Kubiak, 2019). Com isso, mulheres negras tendem a postergar a busca pelos serviços de saúde, considerando as experiências individuais e coletivas de discriminações, preconceitos e violências institucionais (Góes; Ferreira; Ramos, 2023).

Estudos mostram que as mulheres pretas e pardas são as que acumulam mais fatores de risco para desfechos negativos maternos tanto na gestação como no puerpério (Góes; Ferreira; Ramos, 2023). No Brasil, dados disponibilizados no SIM (2022), mostraram que a mortalidade materna é duas vezes maior entre as mulheres pretas, ultrapassando RMM 100,38, enquanto entre as mulheres pardas 50,36 e 46,56 entre mulheres brancas. Em 6 de dezembro de 2023 foi lançada a Portaria GM/MS nº 2198, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do

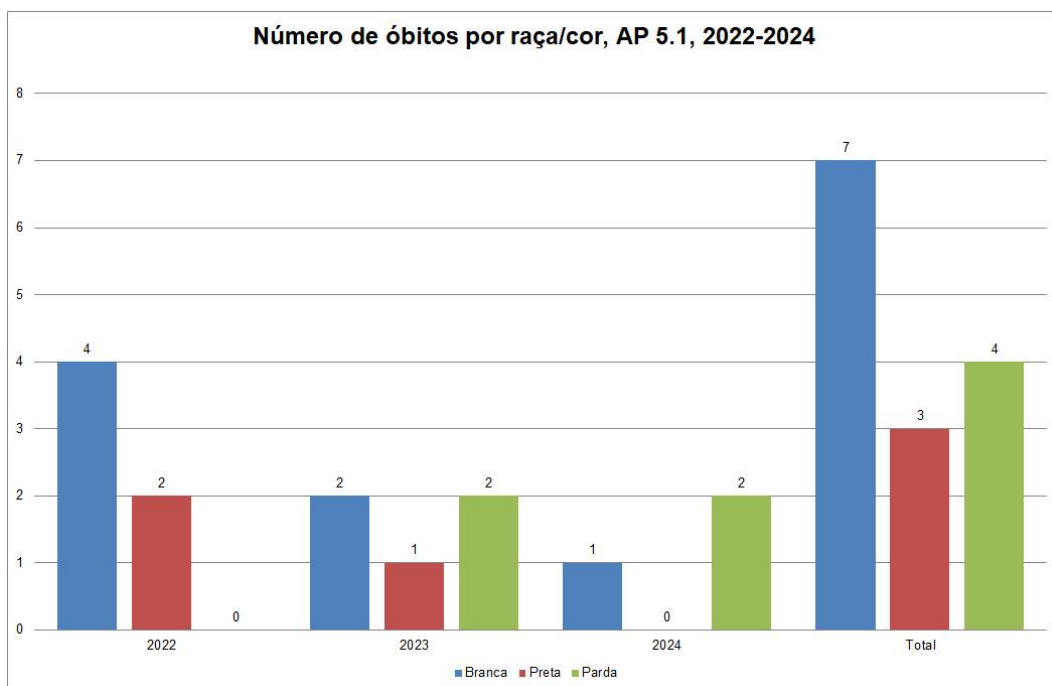
Ministério da Saúde e entre os princípios norteadores, incluem-se a “promoção da equidade entre os mais diversos segmentos étnico-raciais da população e a eliminação do racismo como determinante de saúde; fortalecimento da universalidade, da equidade e da integralidade no Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de ações voltadas a populações específicas e de medidas que incorporem a questão étnico-racial em políticas universais.”. Por isso, é relevante a abordagem do contexto racial da MM, para compreender e adotar medidas que promovam saúde e diminuam as iniquidades.

Gráfico 5: Número de óbitos por raça/cor, MRJ, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 6: Número de óbitos por raça/cor, AP 5.1, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

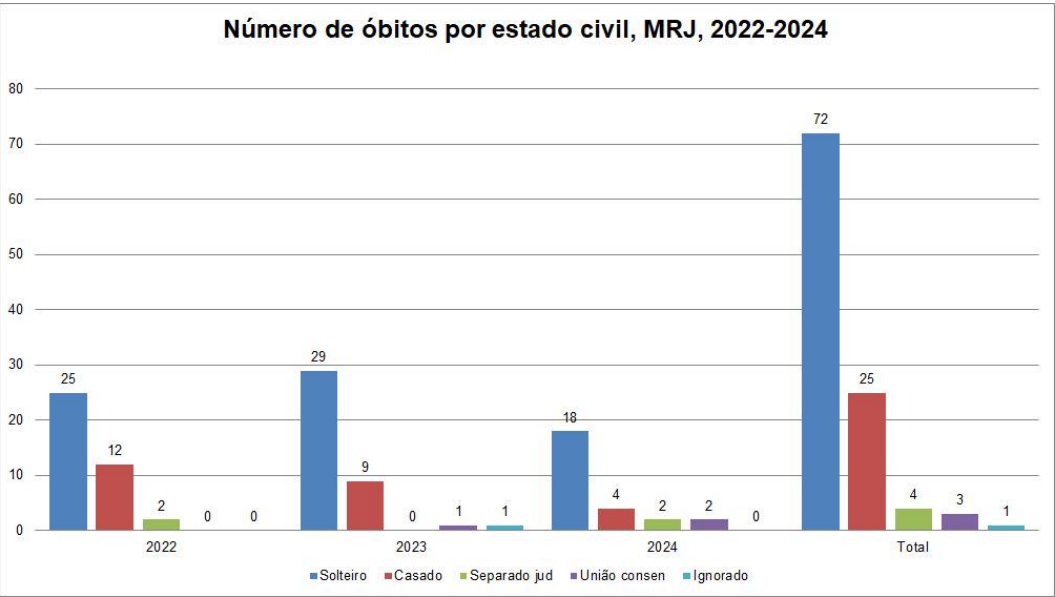
No tocante ao estado civil, o Gráfico 7 evidencia que a maior parcela das mulheres analisadas era solteira, com aproximadamente 68,5% (n=72), seguido de casadas com 23,8% (n=25). Na região da AP 5.1 os dados assemelham-se ao do MRJ, com aproximadamente 64,2% (n=9) classificadas como solteira.

Estudos evidenciam que o perfil das mulheres avaliadas através dos gráficos 6 e 7 assemelham-se em outros contextos, demonstrando-se que as mulheres solteiras tem risco maior de desfecho de óbito, pois a presença da parceria é avaliada como fator protetor, como rede de apoio e suporte emocional no período gravídico-puerperal (Tintori *et al.*, 2022). Outros estudo mostra que as mortes de mulheres negras, pardas e solteiras devem ter a investigação aprofundada, pois compõem um grupo de risco. No Brasil, a população feminina é maior que a masculina, e a maior parte dessa população é solteira, contudo, há estudos que mostram que o planejamento familiar é muito satisfatório entre as mulheres casadas, levando a refletir que se essa parcela da população não reflete a nossa realidade, pois não existem tantos estudos que avaliem esse fator nas mulheres sem parceria (Trindade *et al.*, 2021).

A avaliação acerca do nível de demanda pelo planejamento familiar em mulheres solteira é baixa, e inclusive a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 não considerou mulheres sem parceria, mostrando uma invisibilidade e fragmentação acerca do foco do planejamento

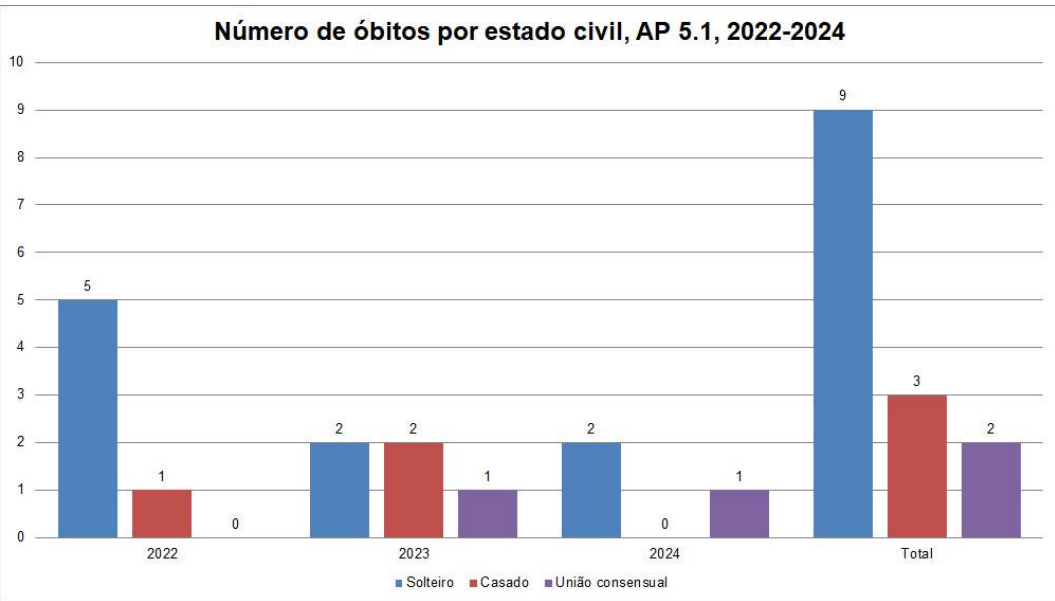
reprodutivo e sexual dessas mulheres. É necessário abordar a oferta dos métodos contraceptivos independentemente de gênero e de existência ou não de uma parceria, pois o acesso oportuno a métodos contraceptivos pode permitir a autonomia, não só na prevenção de gestações em momento não esperado, mas também frente a diversidade de modelos familiares existentes, avaliação prévia dos riscos relacionados a gestação, e na possibilidade de decisão da pessoa frente ao desejo de gestar (Sanches; Simão-Silva, 2016).

Gráfico 7: Número de óbitos por estado civil, MRJ, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 8: Número de óbitos por estado civil, AP 5.1, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Quanto a investigação dos óbitos ocorridos, 96,2% (n=101) dos casos do MRJ foram investigados, enquanto apenas 2,85% (n=3) não foi examinado, conforme Tabela 4. Na região da AP 5.1, 92,8% (n=13) dos casos foram investigados, e apenas 1 caso não avaliado, correspondendo a 7,2%.

Para que haja redução da MM, uma das metas prioritárias da SMS-Rio é o monitoramento e vigilância dos óbitos de MIF, para que haja identificação dos casos e definição de estratégias que propiciem a diminuição deste grande problema à saúde pública (Rio de Janeiro, 2023). Um dos aspectos que mais interferem no processo da investigação, são os sub-registro e subinformações, pois mascaram o real cenário das mortalidades, e muitas vezes o registro no momento do óbito é acerca da causa de mortalidade associada ao período gravídico-puerperal que não está corretamente identificado (Rio de Janeiro, 2023; Brasil 2002).

Estudos mostram que o processo de vigilância, incluindo a abrangente investigação dos óbitos de MIF, a análise e a reclassificação das causas pelo Comitê de Mortalidade Materna, amplia a notificação dessas mortes (Carvalho *et al.*, 2023). O ato de monitorar os casos de mortalidade permitem que deixem de ser negligenciadas e passem a ser perceptíveis ao poder público e à sociedade. Essa vigilância permite visibilidade, e favorece a atenção às populações mais afetadas pelos casos de mortalidade, permitindo desenvolvimento de políticas públicas efetivas direcionadas às mulheres (Vanderlei; Frias, 2017).

Tabela 4: Número de óbitos investigados, MRJ, 2022-2024

Ano do Óbito	Não	Sim	Ign	Total
2022	0	39	0	39
2023	0	40	0	40
2024	3	22	1	26
Total	3	101	1	105

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Tabela 5: Número de óbitos investigados, AP 5.1, 2022-2024

Ano do Óbito	Não	Sim	Total
2022	0	6	6
2023	0	5	5
2024	1	2	3
Total	1	13	14

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Acerca das causas de mortalidade classificadas através do CID10 BR, adaptado do CID-10 para adequação brasileira, o MRJ apresenta 95,24% (n= 100) dos casos associados a morte materna obstétrica (Grupo 088-091: gravidez, parto e puerpério), e dentre estes com prevalência de morte materna obstétrica direta (56%), seguido de morte materna obstétrica indireta (32%), e por último, morte em decorrência de gravidez que termina em aborto (11%). Dentre os demais grupos 2,85% (n=4) dos casos associados a causas externas associadas a violência, e 0,95% (n=1), conforme Tabela 6.

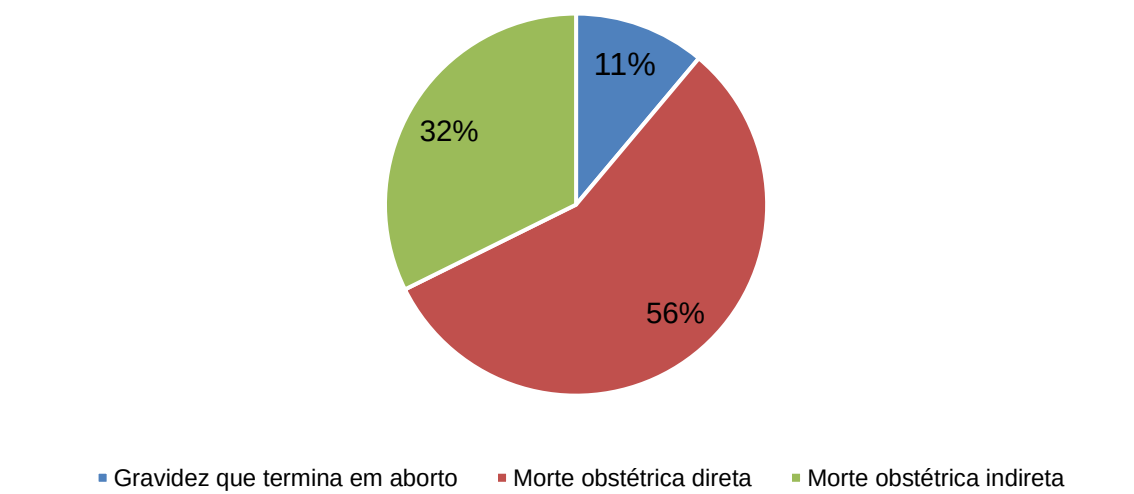
Tabela 6: Número de óbitos segundo Causa (CID10 BR)

Causa (CID10 BR)	2022	2023	2024	Total
078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	0	1	0	1
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	0	1	0	1
088-091 GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	39	36	25	100
. 088 Gravidez que termina em aborto	4	5	2	11
. 089 Outras mortes obstétricas diretas	23	19	14	56
. 090 Mortes obstétricas indiretas	12	12	8	32
. 091 Restante de gravidez, parto e puerpério	0	0	1	1
103-112 CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	0	3	1	4
. 108 Lesões autoprovocadas voluntariamente	0	2	0	2
. 109 Agressões	0	1	0	1
. 112 Todas as outras causas externas	0	0	1	1
Total	39	40	26	105

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 9: Mortalidade materna por causa obstétrica, MRJ, 2022-2024

Mortalidade materna por causa obstétrica,1 MRJ, 2022-2024



Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Os casos ocorridos na AP 5.1 também em sua maioria estão classificados como morte materna obstétrica, com 92,85% (n=13), com destaque para as mortes maternas diretas, perfazendo 64,28% (n= 9) dos casos, Conforme Tabela 7. Evidencia-se também uma causa incomum de mortalidade, associada a doenças do aparelho digestivo, que pode estar associada a caso de gestação após a realização de cirurgia bariátrica. Nesses casos, é preconizado que haja um acompanhamento de pré-natal de alto risco, considerando os potenciais problemas associados ao histórico da gestante (condições de prévias de saúde), que se modificam a depender do tempo entre o procedimento cirúrgico até a concepção, e fatores de risco podem estar relacionados à técnica cirúrgica utilizada (Brasil, 2022). A apendicite aguda e a colecistite aguda são outras doenças do aparelho digestivo, com indicação cirúrgica durante a gravidez, sendo avaliadas clinicamente de acordo com as queixas e através de exames de imagem (Brasil, 2022).

Tabela 7: Número de óbitos segundo Causa (CID10 BR), AP 5.1, 2022-2024

Causa (CID10 BR)	2022	2023	2024	Total
078-082 DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	0	1	0	1
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	0	1	0	1
088-091 GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	6	4	3	13
. 088 Gravidez que termina em aborto	1	1	0	2

. 089 Outras mortes obstétricas diretas	4	3	2	9
. 090 Mortes obstétricas indiretas	1	0	1	2
Total	6	5	3	14

Fonte: SIM, SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Estudos constatarem dados semelhantes com os achados aqui encontrados, como mostra o Gráfico 7. Uma pesquisa acerca da tendência da mortalidade no Estado do Rio de Janeiro entre 2006 e 2018 comprova que dos óbitos 61% foi por causa direta, e 34% por causas indiretas (Mendonça *et al.*, 2022). Outro estudo também apresenta a maioria das mortes materna como obstétrica direta, estimando 77,8% dos casos analisados (Tintori *et al.*, 2022). Considerando que os óbitos obstétricos diretos (relacionados à gestação e ao parto) foram mais evidentes no MRJ e na AP 5.1, o Boletim de Mortalidade Materna (2023) corrobora com esse achado. Durante os anos analisados a maioria apresentou dominância em relação aos óbitos obstétricos indiretos, com mudança apenas nos anos pandêmicos, onde prevaleceram mortes associadas às causas da COVID-19. As causas diretas estão diretamente ligadas à qualidade do pré-natal, parto e puerpério, além do planejamento sexual e reprodutivo (Rio de Janeiro, 2023).

Outra causa relevante a ser debatida é acerca dos dados relacionados a mortalidade relacionada ao aborto, quarta causa de óbito materno no país. Cerca de 150 milhões de gestações ocorrem por ano e 75 milhões delas não são planejadas; dentre essas, metade resultarão na prática do aborto. Entre os abortamentos, 50% são abortos inseguros, o que corresponde a 68 mil mortes anuais, respondendo por aproximadamente 10% das mortes maternas (EBSERH, 2022). Um estudo mostrou que entre 2006 e 2015, foram registrados no Brasil 770 óbitos com causa básica aborto, com as regiões Norte, Sudeste e Centro-oeste com as maiores RMM por esta causa, contudo, a região sudeste foi a que mais reduziu esses números (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020).

Através dos dados apresentados, é possível perceber que muitos fatores que aumentam o risco de mortalidade estão associados a ameaças dos direitos, e falta de acesso à saúde reprodutiva e sexual, contudo, é imperativo a necessidade de garantia do acesso ao planejamento familiar. Frequentemente, a discriminação de gênero é intensificada por preconceitos relacionados à condição conjugal, etnia, faixa etária e classe social. Isso faz com que mulheres jovens, de baixa renda e pertencentes a grupos raciais marginalizados sejam mais expostas ao risco de

mortalidade materna (Freitas-Júnior, 2020).

É preciso garantir um pré-natal oportuno, de qualidade e que se adeque a realidade das mulheres, que vivem diferentes contextos sociais e em diferentes territórios. A educação em saúde proporciona ferramentas para que mulheres compreendam a importância do pré-natal e dos fatores de risco, consequentemente, diminuindo a ocorrência de novos óbitos. O fortalecimento da APS se torna fundamental nesse processo, ao pensarmos na necessidade da criação do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, pensando nas usuárias enquanto autônomas em suas decisões, com riscos à saúde inerentes aos contextos de vida diferentes (Ieps, 2023).

Dessa forma, é preciso pensar em ações de comunicação com a RAS, garantindo que o acesso seja efetivado em outros dispositivos de saúde – maternidades e casas de parto, por exemplo – quando necessários, diminuindo barreiras para um atendimento de qualidade (Freitas-Júnior, 2020). A abordagem da mortalidade materna precisa ser discutida de maneira mais ampla, garantindo visibilidade acerca dos inúmeros desdobramentos desse evento na saúde, na sociedade, e nas famílias, afim de reduzir as chances de novas ocorrências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise das variáveis apresentadas, é possível inferir que a maioria das mortes maternas pode ser prevenida por meio da adoção de medidas preventivas antes, durante e após a gestação. Os últimos três anos tem evidenciado avanços quanto a qualidade da assistência prestada às mulheres, não só no município, como na AP 5.1. O panorama apresentado, revela que mesmo com avanços, ainda são necessários esforços na promoção de saúde, evitando novos casos de mortalidade materna. Além disso, garantir o acesso a cuidados especializados, identificar prontamente emergências obstétricas e realizar intervenções no momento certo são fatores essenciais para reduzir esses óbitos. Da mesma forma, o desenvolvimento de estratégias focadas em superar obstáculos à qualidade do atendimento contribui para reduzir mortes evitáveis e desigualdades sociais, atuando como uma ferramenta para desafiar essas perdas.

Falar sobre a mortalidade materna não é só sobre números, pois estes

refletem vidas de mulheres que foram invisibilizadas, muitas vezes sofreram violência das instituições que deveria acolhê-las, e não só representam uma perda para a sociedade, mas uma perda mais ainda significativa para sua família. Grande parte desses óbitos são ocasionados por causas evitáveis, e isso traz um alerta para que haja uma reflexão da prática em saúde, na percepção de onde possam existir falhas, desde o nível da gestão, até o nível assistencial. Destarte, essa reflexão da prática em saúde através do monitoramento dos dados disponibilizados, permite analisar o resultado das ações já adotadas, e pensar em mudanças futuras, adequando novas estratégias de acordo com os resultados apresentados.

7. REFERÊNCIAS:

ABREU, M. A. A evolução urbana do Rio de Janeiro. (4. ed.). Rio de Janeiro: **Instituto Pereira Passos**. 2008.

ARAÚJO, M; CORTADO, T.J. A Zona Oeste do Rio de Janeiro, fronteira dos estudos urbanos? **Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.** v. 13, n. 12. 2020.

BHUTTA, Z.A., *et al.* Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **Lancet**. v.384, n. 9940, p.347-70. 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60792-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3). Acesso em: 04/01/2025

BORGONOVE, K.C.A. *et al.* Análise de série temporal: tendência da mortalidade materna tardia no Brasil, 2010-2019. **Cad. Saúde Pública**. v 40, n. 7:e00168223. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 653/GM, de 28 maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF. v. 103, seção 1, p. 79, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf. Acesso em: 23/11/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 20/12/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 maio 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 2.197, de 6 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869>. Acesso em: 20/12/2024

CALLAWAY, E. Delta coronavirus variant: scientists brace for impact. **Nature**, 595(7865), 17-18, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/d41586-021-01696-3>. Acesso em: 20/12/2024

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00188718, 2020.

CARVALHO, C.; FRIDMAN, F.; STRAUCH, J. Desigualdade, escala e políticas públicas: uma análise espacial dos equipamentos públicos nas favelas cariocas. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 11, p. e20180053, 2019.

CARVALHO, P. I. DE . *et al.* Maternal mortality committee and death surveillance in Recife in improving information: ex-ante and ex-post evaluation. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20220254, 2023.

EBSERH - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 04/01/2025.

FLORES, N.C.L *et al.* Mortalidade materna de mulheres negras: perfil epidemiológico em Alagoas. Revista Portal: **Saúde e Sociedade**. v.4, n.3, p. 1218-1230, 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/7814>. Acesso em: 04/01/2025

FREITAS-JÚNIOR. R.A.O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, n. 2, p. 607-614, 2020.

Guimarães, R M. COVID-19 challenges Brazil to comply with agenda 2030 to reduce maternal mortality. **Lancet Reg Health Am**. V. 21, n100491, 2023. Disponível em: doi: 10.1016/j.lana.2023.100491. Acesso em: 02/02/2025

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil em síntese [página na Internet]. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>. Acesso em: 06/01/2025

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ipea; 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 06/01/2025

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – FERNANDES FIGUEIRA (IFF). Principais Questões sobre Como Reduzir as Três Demoras. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-como-reduzir-as-tres-demoras/>. Acesso em: 06/01/2025

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Rev Saude Publica**. v 22, n 6, p:507-512, 1988.

Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1915-1928.

LEAL, L. F. *et al*. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, p. e0279–2021, 2022.

MARQUES, B. L. *et al*. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2021.

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v 71(Suppl 1), p:677-832018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>. Acesso em: 08/01/2025

MENDONÇA, I. M. *et al*. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. e00195821, 2022.

MOTTA, C.T.; MOREIRA, M.R. "O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018". **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 10, 2021.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939–948, jul. 2019

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde. 10ª revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de doenças em Português; 2000.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Saúde Materna. 2023.. Disponível em <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em 02/01/2025

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. OPAS e parceiros lançam campanha para reduzir a mortalidade materna na América Latina e no Caribe. 2023.. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2023-opas-e-parceiros-lancam-campanha-para-reduzir-mortalidade-materna-na-america> Acesso e 02/01/2024

PALMEIRA, N.C. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v 31, n 3, p:e2022966, 2022

RIO DE JANEIRO (RJ). Atenção primária à saúde: ciclos da vida: guia rápido planejamento sexual e reprodutivo: versão profissional / Rio de Janeiro (RJ). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro, 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna. 1ª Edição. Superintendência de Vigilância em Saúde / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE). 2023.

RIO DE JANEIRO (RJ). Município do Rio oferece vários métodos de planejamento familiar. 2023. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/municipio-do-rio-oferece-varios-metodos-de-planejamento-familiar/> Acesso em: 20/01/2025

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2022-2025. Rio de Janeiro, 2021.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G.. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e

causal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 3, p. 303–307, maio 2006.

SANCHES, M. A.; SIMÃO-SILVA, D. P. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 73–82, jan. 2016.

TENORIO, D.S. *et al.* High maternal mortality rates in Brazil: Inequalities and the struggle for justice. **Lancet Reg Health Am.** v 14, p:100343, 2022.

TINTORI, J.A.; MENDES; L.M.; MONTEIRO, J.C.; GOMES-SPONHOLZ F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. **Acta Paul Enferm.** v 35, p:eAPE00251, 2022.

TRINDADE, R. E. DA . *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3493–3504, 2021.

VANDERLEI, L.C.M.; FRIAS, P.G. A vigilância do óbito como instrumento para reduzir a invisibilidade da exclusão social e assistencial de mulheres e crianças. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* v 17, n 4, p: 635-6, 2017.

Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Soc.** São Paulo. v 25, n 3, p:535-549, 2016.