

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019

Gabrielle Lorraine Rondon de Souza Mendes¹; Mayara Soares Cunha²
Caroliny Oviedo Fernandes Reis³; Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi⁴
Sandra Luzinete Felix de Freitas⁵

Destaques:

- (1) Apesar da redução na razão da mortalidade materna no Mato Grosso do Sul, a taxa continua alta.
- (2) Os óbitos maternos são prevalentes na macrorregião de Campo Grande entre 20 a 39 anos, com 8 a 11 anos de estudo, solteiras/separadas, no hospital, por causas diretas e durante o puerpério até 42 dias.
- (3) A redução da mortalidade materna pode ser alcançada com qualificação e ampliação do atendimento no nível primário de atenção à saúde.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14177>

Como citar:

Mendes GLR de S, Cunha MS, Reis COF, Matricardi JL das N, de Freitas SLF. Perfil epidemiológico de mortalidade materna nas macrorregiões de saúde do Mato Grosso do Sul, 2011-2019. Rev. Contexto & Saúde, 2024;24(48): e14177

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-7717-8854>

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7201-408X>

³ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2810-6408>

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5559-4780>

⁵ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4525-7091>

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

RESUMO

Objetivo: Descrever a mortalidade materna nas macrorregiões de saúde de Mato Grosso do Sul no período de 2011 a 2019. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal de casos notificados de mortalidade materna no estado de Mato Grosso do Sul e suas macrorregiões de saúde, no período de 2011 a 2019. Foram extraídos por meio do acesso a fonte de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Os dados de faixa etária, escolaridade, cor, estado civil, local de ocorrência, causa e período gravídico-puerperal foram armazenados no software Microsoft Excel. A Razão de Mortalidade Materna foi calculada para cada macrorregião. **Resultados:** Foram identificados 237 óbitos maternos, com 46,0% na macrorregião de Campo Grande, 32,5% em Dourados, 11,4% em Três lagoas e 10,1% em Corumbá. Foram registrados 391.171 nascidos vivos no estado de Mato Grosso do Sul e o coeficiente de mortalidade materna nesse período foi de 60,6/100.000 nascidos vivos. **Conclusão:** Os números de mortalidade materna se mantem elevados e, o coeficiente de mortalidade materna classificado como muito alto. Apesar dos avanços para a melhoria na assistência obstétrica e a existência de políticas públicas em saúde, o número de mortes que poderiam ser evitadas com o uso de tecnologias simples no nível primário de atenção à saúde para identificação de complicações continua alarmante. **Palavras-chave:** Mortalidade Materna; Gravidez; Período Pós-Parto; Saúde Materno-Infantil.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna (MM) é definida como a morte de uma mulher durante o período gestacional ou após 42 dias e pode ser categorizada em causas diretas ou indiretas¹. A MM direta é aquela que ocorre por complicações no período gravídico-puerperal, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas. A MM indireta resulta de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolvem durante este período e são agravadas pelas adaptações fisiológicas do organismo à gravidez².

A MM vem se modificando com o passar dos anos devido à melhora ao acesso à saúde pelas mulheres e pelo acompanhamento dos profissionais de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal através do pré-natal e consultas de enfermagem³.

No contexto global a MM tem diminuído de 339 para 223 por 100 mil nascidos vivos de 2000 a 2020 (redução de 34,3%), um total de 287 mil mortes maternas foram registradas em

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

2020⁴. No ano de 2017, no Brasil, a taxa de mortalidade materna foi de 56,65 (a menor taxa desde 2013)⁵. Nesse mesmo ano o Mato Grosso do Sul apresentou taxa acima da média nacional, com 64,84. Apesar do valor elevado, ele ainda representa uma diminuição em relação aos anos anteriores. Em 2016 a taxa foi de 80,13⁵. Outro estudo realizado no estado encontrou média muito alta para raças/cor indígena e preta, 162,3 e 186,3, respectivamente, por 100 mil nascidos vivos entre 2010 e 2015⁶.

Para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) adaptados à realidade brasileira, o país precisa alcançar um total máximo de 30 por 100 mil nascidos vivos até 2030⁷. As diretrizes de desenvolvimento de políticas destinadas a reduzir a MM enfrentam o desafio relacionado a problemas de notificação e principalmente a investigação de novos casos. A qualidade do preenchimento de óbitos maternos tem sido apontada no Brasil, fato que dificulta o acompanhamento dos casos e adoção de medidas para evitar novos casos⁸.

Avaliar estatisticamente a mortalidade materna é de extrema importância como método de indicador da saúde dessa população específica no Brasil, pois este índice está totalmente ligado a qualidade de vida da região notificada, principalmente sobre a qualidade da assistência à saúde. Esses dados possibilitam a construção de políticas públicas voltadas a diminuir os altos índices de MM⁹.

Muito se tem falado sobre redução da taxa (ou razão) de MM, mas poucos são os resultados. Observa-se que sua ocorrência reflete a qualidade de vida das pessoas de uma determinada região e do acesso da mulher aos cuidados de saúde e da capacidade do sistema de saúde responder adequadamente às suas necessidades. A MM constitui-se um problema de saúde pública e expressa iniquidade e desigualdade na assistência e falta de empoderamento feminino¹⁰.

No período entre 1996 a 2018 o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 39 mil óbitos maternos. Entre 1990 e 2001 a RMM decresceu de 141,0 para 80,0/100 mil NV, em 2015 a RMM foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos-vivos (NV). É importante considerar a subnotificação existente. O registro inadequado das mortes maternas pode estar relacionado ao preenchimento incorreto da Declaração de Óbito e da declaração da causa da morte, dentre outros⁷.

Apesar do Brasil ter conseguido reduzir os índices de MM nos últimos anos, estes ainda são elevados e configuram-se como uma violação dos direitos de mulheres e crianças. O

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

enfrentamento desta problemática demanda articulação entre diferentes fatores sociais para garantir que as políticas públicas sejam implementadas e coerentes com as necessidades da população local¹¹. O objetivo deste estudo é descrever os casos de mortalidade materna notificados nas macrorregiões de saúde em Mato Grosso do Sul (MS) no período de 2011 a 2019.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, com dados secundários de domínio público. O local da pesquisa é o estado de Mato Grosso do Sul (MS), localizado na região centro-oeste do Brasil com população estimada de 2.839.188 pessoas no ano de 2021 e possui 79 municípios de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram incluídos os casos notificados de MM no período de 2011 a 2019 no Estado de Mato Grosso do Sul, extraídos por meio do acesso a fonte de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10ms.def>).

Foram selecionadas as variáveis de estudo: faixa etária, escolaridade, cor, estado civil, local de ocorrência, causa, período gravídico-puerperal e exportadas diretamente do sistema em formato/extensão CSV, que é compatível com o Microsoft Excel.

Para cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi utilizado o número de óbitos maternos, dividido pelo total de NV de mães residentes no mesmo local e período x 100.000. Os números de NV foram extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Para classificação em baixa, média, alta e muito alta, foram utilizados os parâmetros do Comitê de mortalidade materna (CMM) da Organização Mundial de Saúde¹².

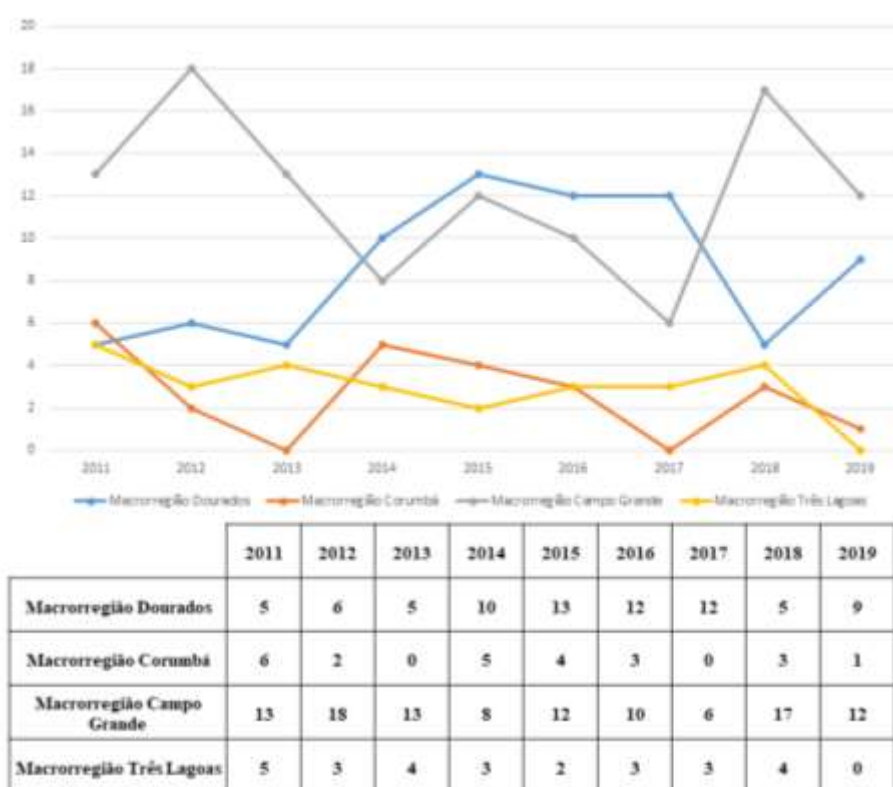
Para o processamento e análise dos dados, construíram-se planilhas sobre o software Microsoft Excel Office versão 2019. A análise descritiva e a caracterização da população estudada foram realizadas a partir da distribuição de frequência das variáveis selecionadas, cálculo de média, desvio-padrão e proporções, para avaliar o perfil dos sujeitos da pesquisa. A utilização de dados secundários de domínio público dispensa apreciação do comitê de ética de acordo com a resolução nº466/2012.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

RESULTADOS

No período analisado de 2011 a 2019, observou-se o total de 237 óbitos maternos. Destes, foram divididos entre as macrorregiões de saúde: Campo Grande com 109 (46,0%), Dourados com 77 (32,5%), Três Lagoas com 27 (11,4%) e Corumbá com 24 (10,1%). O Gráfico 1 apresenta o quantitativo de óbitos por ano em cada macrorregião.

Gráfico 1 - Número de óbitos maternos ocorridos em Mato Grosso do Sul por macrorregião, 2011-2019 (N=237). Brasil, 2023.

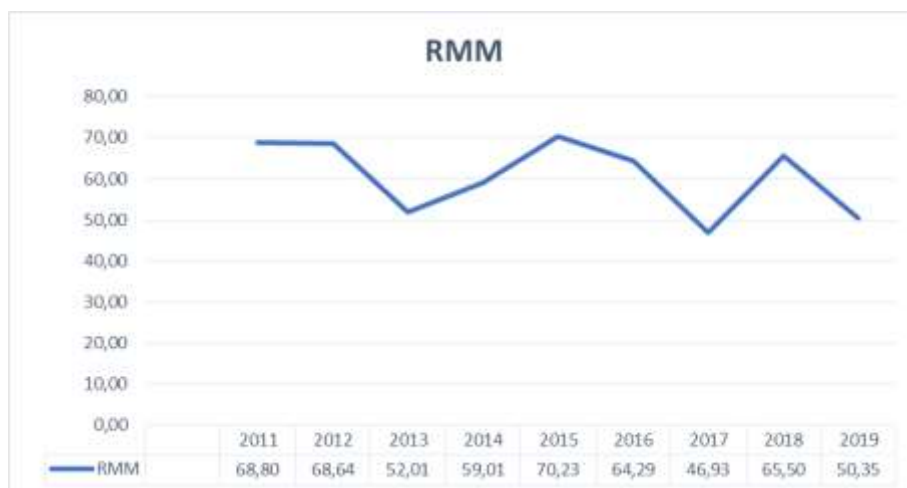


Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram registrados 391.171 NV no estado de Mato Grosso do Sul. A RMM nesse mesmo período foi de 60,6/100.000 NV. Constatou-se que os anos em que a RMM foi maior foram: 2015, 2011, 2012, 2018 e 2016. E o ano com menor RMM foi em 2017 como apresentado no Gráfico 2.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

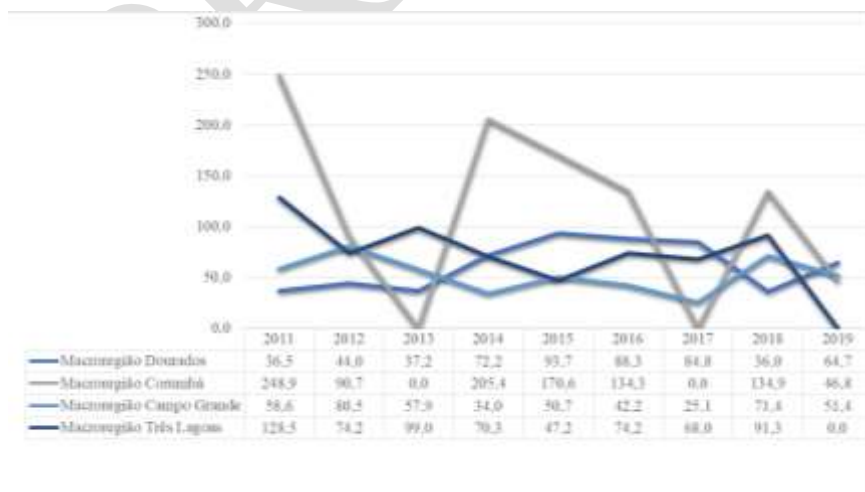
Gráfico 2 - Razão de Mortalidade Materna entre 2011 e 2019. Brasil, 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No período analisado a RMM encontrava-se elevada, com destaque nos anos de 2011 (248/100.000 NV), 2014 (205/100.000NV) e 2015 (170/100.000NV) como muito alta para macrorregião de Corumbá, que obteve diminuição no índice para médio somente no ano de 2019 (46,7/100.000NV). Em Dourados manteve-se em 2011, 2012, 2013 e 2019 razão média e nos demais anos alta. Campo Grande apresentou índice médio somente em 2014, 2016 e 2017 e Três Lagoas em 2015 como apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Razão de Mortalidade Materna em Mato Grosso do Sul por Macrorregião de saúde, 2011-2019. Brasil, 2023.



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na tabela 1 está descrita a caracterização dos óbitos maternos de acordo com as variáveis estudadas com destaque para a macrorregião de Campo Grande, na faixa etária de 20 a 39 anos, com 8 a 11 anos de tempo de estudo, preta/parda, solteira/separada, ocorrido no hospital, por causas diretas, durante a gravidez, parto ou aborto e durante o puerpério.

Tabela 1 - Caracterização dos óbitos maternos de acordo com a Macrorregião de Saúde, 2011-2019. Brasil, 2023.

Variáveis	Campo Grande	Dourados	Três Lagoas	Corumbá	Total
	(n=109) n (%)	(n=77) n (%)	(n=27) n (%)	(n=24) n (%)	(n=237) n (%)
Faixa Etária (anos)					
10 a 14	4 (80,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,1)
15 a 19	12 (40,0)	15 (50,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	30 (12,7)
20 a 29	45 (43,7)	26 (25,2)	18 (17,5)	14 (13,6)	103 (43,5)
30 a 39	42 (48,8)	30 (34,9)	8 (9,3)	6 (7,0)	86 (36,3)
40 a 49	6 (46,2)	5 (38,5)	1 (7,7)	1 (7,7)	13 (5,5)
Escolaridade (anos)					
Nenhuma	2 (22,2)	5 (55,6)	1 (11,1)	1 (11,1)	9 (3,8)
1 a 7	32 (39,5)	29 (35,8)	11 (13,6)	9 (11,1)	81 (34,2)
8 a 11	56 (50,5)	32 (28,8)	10 (9,0)	13 (11,7)	111 (46,8)
12 ou mais	11 (45,8)	7 (29,2)	5 (20,8)	1 (4,2)	19 (10,1)
NI*	8 (67,7)	4 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (5,1)
Cor/Raça					
Preta/parda	68 (48,6)	28 (40,0)	9 (12,9)	1 (1,4)	70 (29,5)
Branca	32 (45,7)	31 (22,1)	18 (12,90)	23 (16,4)	140 (59,1)
Indígena	8 (30,8)	18 (69,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (11,0)
Não informada*	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0)	1 (0,4)
Estado civil					
Solteira/separada	68 (49,6)	38 (27,7)	12 (8,8)	19 (13,9)	137 (57,8)
Casada	29 (43,9)	24 (36,4)	10 (15,2)	3 (4,5)	66 (27,8)
NI*	12(35,3)	15 (44,1)	5 (14,7)	2 (5,9)	34 (14,3)
Local de ocorrência					
Hospital	96 (44,7)	70 (32,6)	26 (12,1)	23 (10,7)	215 (90,7)
Outro estabelecimento de saúde	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)
Domicílio	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (5,1)
Via pública	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	5 (2,1)
NI*	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (1,3)
Causa obstétrica					
MM obstétrica direta	71 (44,9)	56 (35,4)	18 (11,4)	13 (8,2)	158 (66,7)

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

Variáveis	Campo Grande	Dourados	Três Lagoas	Corumbá	Total
	(n=109)	(n=77)	(n=27)	(n=24)	(n=237)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
MM obstétrica indireta	37 (50,0)	18 (24,3)	8 (10,8)	11 (14,9)	74 (31,2)
NI*	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	5 (2,1)
Período gravídico-puerperal					
Durante a gravidez, parto ou aborto	47 (44,8)	42 (40,0)	10 (9,5)	6 (5,7)	105 (44,3)
Durante o puerpério	60 (46,5)	34 (26,4)	17 (13,2)	18 (14,0)	129 (54,4)
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (42,2)
Não informado*	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)

Legenda: MM = morte materna; NI = não informado. Nota: * foram excluídas da análise os as variáveis cujos dados não informados. Fonte: Os autores.

Dentre os tipos de causa, destacou se as causas diretas com uma razão de pouco mais de 2:1 apresentadas na Tabela 2 e com caracterização similar ao quadro geral.

Tabela 2 - Caracterização dos óbitos maternos por tipo de causa, 2011-2019. Brasil, 2023.

Variáveis	Causa direta	Causa Indireta	Total
	(n=158)	(n=74)	(n=232)
	n (%)	n (%)	n (%)
Faixa Etária (anos)			
10 a 14	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (2,1)
15 a 19	17 (60,7)	11 (39,3)	28 (12,0)
20 a 29	66 (64,7)	36 (35,3)	102 (44,0)
30 a 39	62 (73,8)	22 (26,2)	84 (36,2)
40 a 49	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (5,6)
Escolaridade (anos)			
Nenhuma	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (3,4)
1 a 7 anos	53 (36,3)	28 (19,2)	146 (34,1)
8 a 11 anos	71 (65,1)	38 (34,9)	109 (47,0)
12 anos e mais	17 (70,8)	7 (29,2)	24 (10,3)
Não informado*	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (5,2)
Cor/Raça			
Branca	46 (67,6)	22 (32,4)	68 (29,3)
Preta/parda	94 (68,6)	43 (31,4)	137 (59,1)
Indígena	18 (69,2)	8 (30,8)	26 (11,2)
Não Informado *	0 (0,0)	1 (100)	1 (0,4)
Estado civil			
Solteiro/separado	94 (68,8)	44 (31,9)	138 (59,5)
Casado	46 (73,0)	17 (27,0)	63 (27,2)
Não informado*	20 (59,4)	13 (40,6)	32 (13,8)

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

Variáveis	Causa direta (n=158)	Causa Indireta (n=74)	Total (n=232)
Local de ocorrência			
Hospital	143 (67,5)	69 (32,5)	212 (91,4)
Outro Estabelecimento de Saúde	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (0,9)
Domicilio	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (4,3)
Via pública	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (2,2)
Não Informado*	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,3)
Período gravídico-puerperal			
Durante a gravidez, parto ou aborto	68 (67,3)	33 (32,7)	101 (43,5)
Durante o puerpério, até 42 dias	88 (68,8)	40 (31,3)	128 (55,2)
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (0,4)
Não Informado*	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,9)

Nota: * foram excluídas da análise os as variáveis cujos dados não informados. Fonte: Os autores.

Na tabela 3 está descrita a caracterização dos óbitos maternos de acordo com as variáveis e o período gravídico e puerperal. A prevalência dos dados segue o mesmo padrão das tabelas anteriores descritas.

Tabela 3 - Caracterização dos óbitos maternos de acordo com o Período gravídico-puerperal, 2011- 2019. Brasil, 2023.

Variáveis	Durante a gravidez, parto ou aborto (n=105)	Durante o puerpério, até 42 dias (n=129)	Total (n=234)
	n (%)	n (%)	n(%)
Faixa Etária (anos)			
10 a 14 anos	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (2,1)
15 a 19 anos	14 (46,7)	16 (53,3)	30 (12,8)
20 a 29 anos	46 (45,5)	55 (54,5)	101 (43,2)
30 a 39 anos	38 (44,7)	47 (55,3)	85 (36,3)
40 a 49 anos	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (5,6)
Escolaridade (anos)			
Nenhuma	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (3,8)
1 a 7 anos	33 (41,8)	46 (58,2)	79 (33,8)
8 a 11 anos	46 (41,8)	64 (58,2)	110 (47,0)
12 anos e mais	13 (54,2)	11 (45,8)	24 (10,3)
Não Informado*	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (5,1)
Cor/Raça			
Branca	34 (48,6)	36 (51,4)	70 (29,9)
Preta/parda	56 (40,6)	82 (59,4)	138 (59,0)
Indígena	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (11,1)
Estado civil			
Solteiro/separado	57 (43,5)	74 (56,5)	131 (56,0)

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

Variáveis	Durante a gravidez, parto ou aborto (n=105)	Durante o puerpério, até 42 dias (n=129)	Total (n=234)
Casado	34 (49,3)	35 (50,7)	69 (29,5)
NI*	14 (41,2)	20 (58,8)	34 (14,5)
Local de ocorrência			
Hospital	90 (42,5)	122 (57,5)	212 (90,6)
Outro Estabelecimento de Saúde	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,9)
Domicilio	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (5,1)
Via pública	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (2,1)
Não informado	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,3)

Legenda: MM = morte materna; NI = não informado. Nota: * foram excluídas da análise os as variáveis cujos dados não informados. Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

Avaliar o índice de MM é mostrar um indicador que reflete a qualidade do nível de assistência e a eficiência das políticas de saúde pública que implicam diretamente nos resultados. Visto que ela é evitável em 92% dos casos¹¹, no estudo em questão foram constatados 237 óbitos, calculando 92% desse total, constatou-se que 218,04 óbitos poderiam ser evitados com a realização de um pré-natal adequado de qualidade, com a gestante apta ao reconhecimento de sintomas graves, procura e encontro de atendimento especializado.

Considera-se ideal para uma assistência de qualidade a realização do pré-natal o mais rápido possível até 12 semanas na atenção primária a saúde, com a realização de no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação, ideais para uma assistência de qualidade¹³.

Devido a importância de redução da MM ter sido incluída como uma das metas almejadas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que teve sua finalização em 2015, embora sem alcançar objetivo de redução total, estima-se 1,5 milhão de MM tenham sido evitadas no período de 2000 a 2015. Tendo como sucessão em 2016 a 2030 a iniciativa dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis¹⁴.

Por meio da portaria nº 1.459 de 2011 foi implantada a Rede Cegonha planejada pelo Ministério da Saúde para executar uma rede de cuidado integral à mulher com atenção ao planejamento reprodutivo, a gravidez e atendimento de pré-natal, ao parto e nascimento, ao puerpério e atenção integral à saúde da criança. Ela tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal¹⁵.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

No período estudado foram constatadas 60,6 mortes maternas por 100.000NV, sendo considerado alto pelo CMM. A taxa oscilou em todo o período avaliado, no entanto pode-se observar que a macrorregião de Campo Grande em 2017 apresentou o menor valor de 25/100.000NV em relação a Corumbá em 2011 que apresentou a maior taxa de 248/100.000NV. Visto que parâmetros internacionais informam que a RMM é considerada baixa com valores inferiores a 20 óbitos por 100 mil NV, média de 20 a 49, alta de 50 a 149 e muito alta acima de 150¹⁶.

Em 2017 a mortalidade no Centro-Oeste foi de 52,0 e no contexto nacional de 58,7¹⁷. No Mato Grosso do Sul em 2016 foi de 80,13 e em 2017 de 64,84⁵. Comparado com nosso estudo, apesar da taxa ainda ser considerada alta, em 2019, o alcance de 50,35 na RMM é um avanço em busca de atingir o ODS.

A redução da RMM nesse cenário pode ser alcançada com: prevenção de óbitos por causas diretas; avaliação e qualificação da assistência pré-natal; ampliação do acompanhamento pré-natal entre 20 e 39 anos; redução do risco gestacional associado a gravidez tardia; e melhoria na qualidade da informação sobre mortes maternas⁷.

O risco de óbitos maternos é maior entre as mulheres com idade avançada e com menor escolaridade. Neste estudo traz destaque para a faixa etária de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos. Em comparação com outro estudo, os dados permanecem iguais no contexto regional e nacional¹⁷, visto que neste período existe a maior possibilidade da existência de complicações obstétricas, como por exemplo presença de hemorragia, parto prematuro e má formação fetal^{18,19}.

Estudo com dados de 2010-2015 no estado encontrou dados semelhantes de cor/raça, em que a maior quantidade de óbitos aconteceu em mulheres pardas, com diferença de que a RMM foi maior em negras e indígenas, respectivamente⁶. Deve-se enfatizar também a questão do caráter discriminatório entre mulheres não brancas, a baixa qualidade do atendimento à saúde e a dificuldade do acesso aos serviços de saúde¹³.

O nível de escolaridade predominante foi de 8 a 11 anos, no entanto essa questão não tem se tornado um fator protetor para a MM, já que os estudos trazem que a baixa escolaridade pode favorecer o desenvolvimento de uma gestação de alto risco e a MM, devido à dificuldade no aprendizado, acesso a informações, prevenção de doenças e promoção da saúde, formulação de conceitos e princípios referentes ao autocuidado, aspectos que refletem diretamente na adesão a realização do pré-natal^{19,20}.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

Os óbitos ocorridos por causas diretas, durante o puerpério e em hospitais são predominantes nesse estudo. Resultado similar e que confirma a continuidade desse quadro no estado foi identificado⁶. As causas indiretas são mais presentes no contexto nacional¹⁹. As causas diretas são decorrentes de complicações durante a gravidez, parto ou o puerpério, e tendem a ser evitáveis, o que pode ser alcançado com maior qualificação da assistência prestada⁶.

Este estudo tem como limitações sua natureza descritiva o que limita o nível de evidência, entretanto constitui-se como necessária mediante a necessidade de alcance dos ODS. Outra limitação é o uso de dados secundários que são suscetíveis a subnotificação. Destacamos como potencialidade a similaridade dos achados com a região Centro-Oeste e, em algumas variáveis, com achados nacionais.

CONCLUSÃO

Apesar da criação de metas para redução da MM, dentre as macrorregiões de saúde estudadas percebemos o alto índice de mortes maternas. Os casos de MM continuam ocorrendo em uma grande proporção no estado, se comparado as metas estabelecidas em nível nacional e internacional. Os casos de maior ocorrência acontecem em mulheres de cor preta/parda, de faixa etária de 20 a 29 anos, solteiras, de média escolaridade, no hospital, durante o puerpério por causas diretas e a RMM encontra-se elevada.

Essa avaliação se fez necessária para mostrar o reflexo do indicador na qualidade do nível de assistência prestado e a eficiência das políticas de saúde pública. A maioria dos óbitos que surgem durante a gravidez, parto e puerpério podem ser evitadas por meio de ações integradas e com cobertura abrangente a esta população, por meio de tecnologias simples, com procedimentos do nível primário da assistência à saúde, principalmente a assistência prestada no pré-natal possibilitando a determinação do risco gestacional e identificação de possíveis complicações no ciclo gravídico-puerperal, facilitando o encaminhamento, quando necessário, a outros níveis de atenção, traduzindo-se como fator primordial para a redução da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

¹Carvalho PI, Frias PG, Lemos MLC, Frutuoso LALM, Figueirôa BQ, Pereira CCB, et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020;29(1):e2019185. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100005>.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

²Feitosa-Assis AI, Santana VS. Occupation and maternal mortality in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2020;54:64. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001736>.

³Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(supl. 1):677-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>.

⁴Ekwuazi EK, Chigbu CO, Ngene NC. Reducing maternal mortality in low- and middle-income countries. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022;49(4):713-733. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.07.001>.

⁵Pinheiro LMS, Menezes LO, Guerreiro PO, Motta JVS, Oliveira SS, Pinheiro RT. Mortalidade materna no Brasil: análise da associação de recursos financeiros federais de custeio. *Revista da AMRIGS.* 2022;66(1):97-105. Disponível em: <https://oldsite.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1662139952.pdf>.

⁶Picoli RP, Cazola LHO, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2017;17(4):739-747. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>.

⁷Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(10):4397-440. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>.

⁸Mascarenhas PM, Silva GR, Reis TT, Casotti CA, Nery AA. Análise da mortalidade materna. *Rev. Enferm. UFPE on line.* 2017;11(11):4653-62. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231206p4653-4662-2017>.

⁹Freitas-Junior RAO. Avoidable maternal mortality as social injustice. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2020;20(2):607-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>.

¹⁰Cá AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AFV, et al. Lacunas da Assistência Pré-Natal que Influenciam na Mortalidade Materna: uma revisão integrativa. *Rev. Enferm. Atual In Derme.* 2022;96(38): e-021257. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1372>.

¹¹Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf.

¹²Morais VMO, Melo LRS, Campos ALB. Perfil epidemiológico, clínico e razão de mortalidade materna no Nordeste brasileiro entre 2010 e 2019: um estudo ecológico. *Res., Soc. Dev.* 2022;11(9):e33511931812. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31812>.

¹³Scarton J, Thurow MRB, Ventura J, Silva DN, Perim LF, Siqueira HCH. Maternal mortality: causes and prevention strategies. *Res., Soc. Dev.* 2020;9(5):e67953081. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3081>.

¹⁴Souza JP. A Mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

2030). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015;37(12):549-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>.

¹⁵Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

¹⁶Santos LO, Nascimento VFF, Rocha FLCO, Silva ETC. Estudo da mortalidade materna no Nordeste Brasileiro, de 2009 a 2018. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(2):e5858. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5858.2021>.

¹⁷Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. Mortalidade Materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. ReTEP. 2019;11(1):3-9. Disponível em: <http://www.corence.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>.

¹⁸Silva SCM, Monteiro EA, Freitas WMF, Barros AG, Guimarães CMC, Melo SA. Diagnóstico da situação de morte materna. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2019;32:9259. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9259>.

¹⁹Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. Revista Enfermagem Contemporânea. 2021;10(1):127-33. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>.

²⁰Ruas CAM, Quadros JFC, Rocha JFD, Rocha FC, Neto GRA, Piris AP, et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2020;20(2):385-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>.

Submetido em: 20/3/2023

Aceito em: 29/1/2024

Publicado em: 10/7/2024

Contribuições dos autores:

Gabrielle Lorraine Rondon de Souza Mendes: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Design de Apresentação de Dados, Redação do Manuscrito Original, Redação – revisão e edição.

Mayara Soares Cunha: Design de Apresentação de Dados, Redação do Manuscrito Original, Redação – revisão e edição.

Caroliny Oviedo Fernandes Reis: Design de Apresentação de Dados, Redação do Manuscrito Original, Redação – revisão e edição

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE MATERNA NAS
MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL, 2011-2019**

Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi: Design de Apresentação de Dados, Redação do Manuscrito Original, Redação – revisão e edição.

Sandra Luzinete Felix de Freitas: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Design de Apresentação de Dados, Redação do Manuscrito Original, Redação – revisão e edição

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento.

Autor correspondente:

Jhoniffer Lucas das Neves Matricardi

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Cidade Universitária, Av. Costa e Silva – Pioneiros/MS, Brasil. CEP 79070-900

jhony_nevesmatricardi@hotmail.com

Editora: Dra. Christiane de Fátima Colet

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

