



Perfil da mortalidade materna e sua relação com a qualidade do pré-natal nas capitais do Brasil, entre 2010 e 2020

Profile of maternal mortality and its relationship with prenatal quality in Brazilian capitals, between 2010 and 2020

Perfil de la mortalidad materna y su relación con la calidad prenatal en capitales brasileñas, entre 2010 y 2020

Cibelle de Araújo Silva¹, Danilo Bittencourt Aiezza Jambo¹, Isabella Vieira Portal¹, Kaê Garcia Veiga¹, Larissa Brabo Collyer Carvalho¹, Maria Paula Bastos Andrade Moutinho da Conceição¹, Sofia Albuquerque Andrade de Sena¹, Vitoria Luciana Barbosa Gomes¹, Rafaela Gonçalves Sarraff¹, Maria Helena Cruz Rodrigues².

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil da mortalidade materna e sua relação com a qualidade do Pré-Natal nas capitais brasileiras, entre 2010 e 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo das características dos óbitos materno e assistência do Pré-Natal no Brasil. **Resultados:** Houve aumento da mortalidade materna no período, saindo de 62,1/100.000 (2010) para 91,3/100.000 (2020). Para cobertura da Atenção Básica, variou de 66,6%-70,4% e Estratégias Saúde da Família entre 47,5% e 54,7%; com maior mortalidade nas capitais de menor cobertura (Rio de Janeiro, Porto Velho, Manaus, São Luís e Fortaleza). Referente a acessibilidade do Pré-Natal, 96,3% das capitais apresentam baixa cobertura de não utilização (2,5%-33,9%), contudo, à qualidade, 92,6% demonstram baixa realização do exame básico de sífilis e HIV (<42%-indicador do Pré-Natal) e baixa cobertura de plano de saúde (50%-58,3%). Houve maior mortalidade entre 30-39 anos (42,6%), solteiras (65,9%), baixa escolaridade (44,3%), seguindo esse mesmo perfil para características materna por nascidos vivos, com adequação na duração da gestação (87,1% - 37 a 41 semanas) e consultas > 7 (67,7%), contudo, prevalece cesariana (55,4%) e causa morte CID O91-O99. **Conclusão:** Houve baixa qualidade dos serviços de Pré-Natal na APS, logo, infere-se as elevadas taxas de mortalidade materna decorrentes dessas inadequações.

Palavras-chave: Mortalidade materna, Pré-natal, Assistência em saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the profile of maternal mortality and its relationship with the quality of prenatal care in Brazilian capitals, between 2010 and 2020. **Methods:** This is a descriptive study of the characteristics of maternal deaths and prenatal care in Brazil. **Results:** There was an increase in maternal mortality in the period, from 62.1/100,000 (2010) to 91.3/100,000 (2020). For Primary Care coverage, it ranged from 66.6%-70.4% and Family Health Strategies between 47.5%-54.7%; with higher mortality in capitals with lower coverage (Rio de Janeiro, Porto Velho, Manaus, São Luís and Fortaleza). Regarding the accessibility of prenatal care, 96.3% of the capitals have low coverage of non-use (2.5%-33.9%), however, in terms of quality, 92.6% demonstrate low performance of the basic syphilis exam and HIV (<42%-Antenatal indicator) and low health plan coverage (50%-58.3%). There was higher mortality between 30-39 years old (42.6%), single (65.9%), low schooling (44.3%), following the same profile for maternal characteristics per live births, with adequate duration of pregnancy (87.1% - 37 to 41 weeks) and consultations >7 (67.7%), however, cesarean section prevails

¹ Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ, Belém – PA.

(55.4%) and causes death CIDO91-O99. **Conclusion:** There was a low quality of prenatal services in PHC, therefore, high rates of maternal mortality resulting from these inadequacies can be inferred.

Keywords: Maternal mortality, Prenatal care, Health care.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el perfil de la mortalidad materna y su relación con la calidad de la atención prenatal en las capitales brasileñas, entre 2010 y 2020. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de las características de las muertes maternas y la atención prenatal en Brasil. **Resultados:** Hubo un aumento de la mortalidad materna en el período, de 62,1/100.000 (2010) a 91,3/100.000 (2020). Para la cobertura de Atención Primaria osciló entre 66,6%-70,4% y Estrategias de Salud de la Familia entre 47,5%-54,7%; con mayor mortalidad en las capitales con menor cobertura (Rio de Janeiro, Porto Velho, Manaus, São Luís y Fortaleza). En cuanto a la accesibilidad de la atención prenatal, el 96,3% de las capitales tienen baja cobertura de no uso (2,5%-33,9%), sin embargo, en cuanto a la calidad, el 92,6% demuestra baja realización del examen básico de sífilis y VIH (<42% -Indicador prenatal) y baja cobertura del plan de salud (50%-58,3%). Hubo mayor mortalidad entre 30-39 años (42,6%), soltera (65,9%), baja escolaridad (44,3%), siguiendo el mismo perfil de características maternas por nacidos vivos, con adecuada duración del embarazo (87,1% - 37 a 41 semanas) y consultas > 7 (67,7%), sin embargo, predomina la cesárea (55,4%) y causa muerte CIDO91-O99. **Conclusión:** Hubo una baja calidad de los servicios de prenatal en la APS, por lo que se pueden inferir las altas tasas de mortalidad materna resultantes de estas insuficiencias.

Palabras clave: Mortalidad materna, Atención prenatal, Atención en salud.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de mudanças na vida da mulher, entre elas físicas, psicológicas e sociais. A mulher pode se tornar mais sensível e emotiva nesta fase da vida e precisa receber orientações eficientes para tornar o período gravídico mais tranquilo para si e para a família. O pré-natal é essencial para que a mulher se prepare para ser mãe, e é por meio das consultas e outras ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) que a gestante é acompanhada quanto ao desenvolvimento de sua gestação (DIAS et al., 2018; CANTALIXTO VF e FARIAS FN, 2021).

A assistência ao pré-natal consiste em uma série de cuidados e procedimentos, cuja objetivos são preservar a saúde da gestante e do conceito, durante o período gravídico e puerperal. Sob esta ótica, o Ministério da Saúde recomenda que, a assistência deve ocorrer tendo como premissa um atendimento acolhedor, no qual a mulher tenha a oportunidade de ter sua gestação acompanhada e ainda passe por atendimentos que permitam detectar precocemente situações que possam colocar em risco a saúde materno-infantil, por meio de exames pré-natal (CELESTINO LC, et al., 2018; OLIVEIRA IG, et al., 2024).

No pré-natal a gestante é acolhida e conduzida por meio da assistência de uma equipe multiprofissional de saúde, que realiza ações que visam prepará-la para vivenciar a gestação e o parto com tranquilidade e saúde (DIAS EG, et al., 2015^a; MENDONÇA IS, et al., 2022). Conforme Martinelli KG, et al. (2014) as gestantes aderem aos serviços e buscam os profissionais de saúde a partir do momento em que ela recebe um atendimento adequado e de qualidade, onde se sinta acolhida. As ações realizadas no pré-natal são importantes para uma assistência humanizada na saúde obstétrica. O início oportuno dos cuidados pré-natais é fundamental para o diagnóstico e intervenção sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a do neonato, bem como redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2016; SOUSA SS, et al., 2021).

Segundo Strefling IS, et al. (2017), O ciclo gravídico-puerperal, embora se espere que seja um período de vivências saudáveis, pode gerar diversas necessidades de saúde, sejam físicas, emocionais, relacionais e sociais. As transformações neste ciclo podem expor a mulher, com mais frequência, a consequências que são causas específicas de mortalidade materna. A mortalidade materna é um dos principais indicadores da saúde pública e reflete as condições de acesso, qualidade do atendimento e organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2024). O Brasil, apesar de avanços significativos nas últimas décadas, ainda apresenta

disparidades regionais significativas nos índices de mortalidade materna, especialmente entre capitais (OLIVEIRA IG, et al., 2024)

O presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil da mortalidade materna nas capitais brasileiras entre 2010 e 2020, discutindo sua relação com a qualidade do pré-natal oferecido, com base em indicadores-chave como cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), exames realizados durante a gestação e condições sociodemográficas das gestantes.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico descritivo de tendência temporal da mortalidade materna (MM) e características materna considerando os nascidos vivos nas capitais do Brasil, abrangendo o período de 2010 a 2020, e sua relação com a qualidade da assistência ao Pré-Natal tendo como base informações secundário e de domínio público.

A pesquisa utilizou dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do e-Gestor Atenção Básica. As variáveis analisadas incluíram: Razão de Mortalidade Materna (RMM); Cobertura do pré-natal (número de consultas realizadas); Proporção de exames de sífilis e HIV; Indicadores sociodemográficos (escolaridade, idade e estado civil). Os dados foram analisados por região e capital, buscando identificar relações entre a qualidade do pré-natal e os desfechos de mortalidade materna. Para construção das taxas de RMM anual, o quantitativo de óbitos foi obtido através do SIM, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-MM), sendo estabelecido entre CID O00 a CID O99 (**Quadro 1**), e o quantitativo de nascidos vivos pelo SINASC, seguindo o cálculo:

$$\text{Taxa de MM} = \frac{\text{Quantitativo de óbito}}{\text{Quantitativo de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Quadro 1 – Classificação e códigos de causas de óbitos maternos (classificação CID-Mortalidade Materna – CID-MM).

Código da CID-10 (MM)	Classificação
O00 - O08	Gravidez que termina em aborto.
O10 – 029	transtornos maternos relacionados a gravidez: edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez.
O30 - O48	Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto.
O60 - O84	Complicações do trabalho de parto e do parto.
O85 - O92	Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério.
O94 - O99	Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte: O94 sequelas de complicações da gravidez, parto e puerpério; O95 morte obstétrica de causa não especificada; O96 Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto; O97 morte por sequelas causas obstétricas diretas; O98 morte por doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez; O99 - outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério.

Fonte: Silva CA, et al., 2025.

Ao perfil dos óbitos, foi considerado variáveis segundo faixa etária, estado civil, nível de instrução e causa de morte materna segundo CID, sendo expresso em frequência absoluta (n) e relativa (%). Referente ao perfil materno, os dados foram obtidos através do SINASC avaliados segundo variáveis de interesse: faixa etária, estado civil, nível de instrução, duração da gestação em semanas, tipo de parto e consultas no Pré-Natal no Brasil, entre 2010 e 2020, expressos em n total e %. Como indicadores atribuíveis a qualidade assistencial materna, foram estabelecidos cobertura (%) da Atenção Básica (AB) e Estratégia Saúde da Família (ESF) no período de estudo, com dado obtidos a partir da plataforma e-Gestor e, como indicador específico do Pré-Natal, foi estimado a frequência média de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV entre 2018 e 2019 considerando o último quadrimestre. Além disso, foram obtidas informações quanto a cobertura de plano de saúde em 2019 com dados obtidos a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a frequência de gestantes que não realização do Pré-Natal entre 2010 e 2020, com dado do SINASC, segundo capitais. Os dados foram revelados em gráficos e tabelas, elaborados com auxílio dos softwares Excel 2016. De acordo com a metodologia traçada, não houve necessidade de submissão e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa atendendo, portanto, integralmente à Resolução 466/2012 e 510/2016.

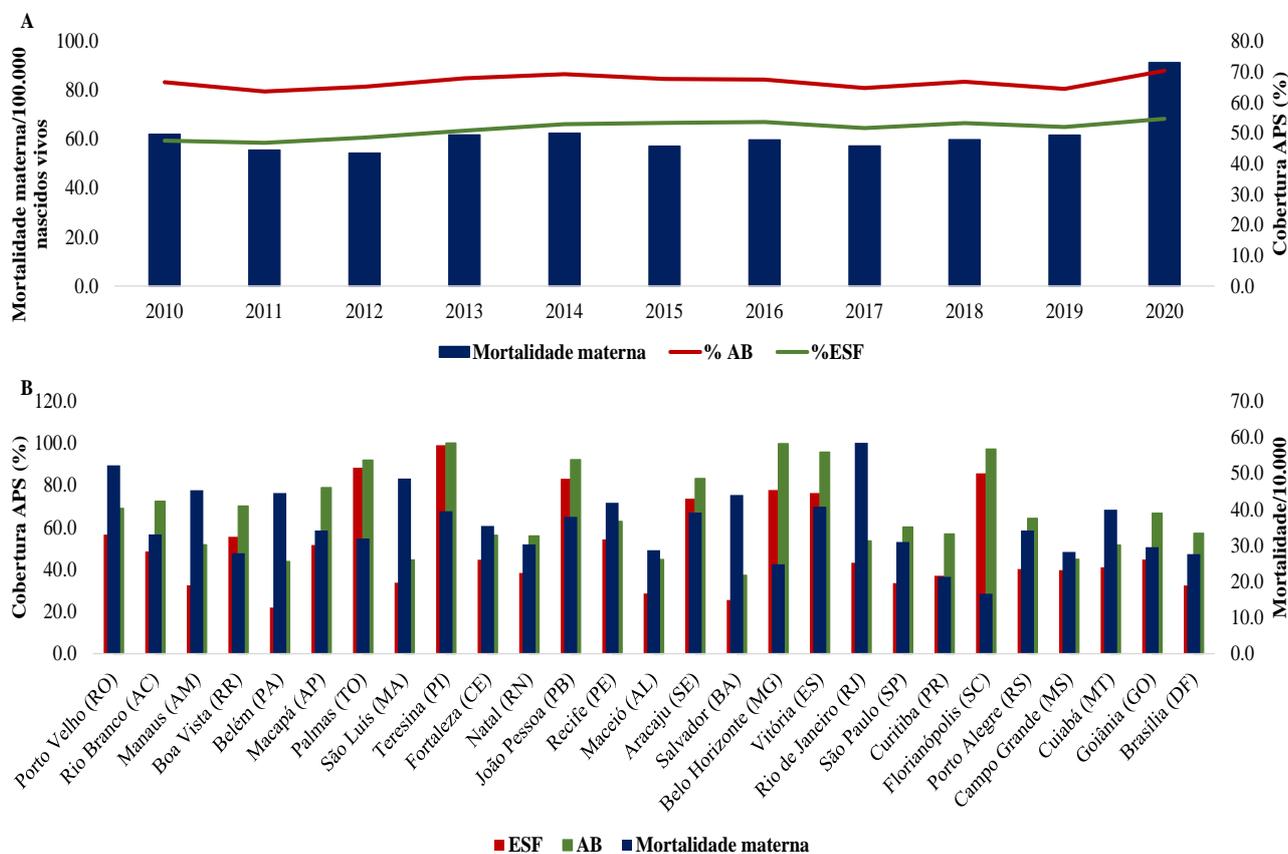
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos pelo SIM e plataforma e-Gestor, entre 2010 e 2020, foi observado que, para Mortalidade Materna – MM durante o período gravídico-puerperal por 100.000 nascidos vivos, houve tendência ao aumento saindo de 62,1 em 2010 para 91,3 em 2020; e, para indicadores da Atenção Primária em Saúde, foi observado variação entre as variáveis no período, com cobertura da Atenção Básica-AB entre 66,6% (2010) e 70,4% (2020) e, para Estratégia Saúde da Família-ESF, entre 47,5% (2010) e 54,7% (2020) (**Figura 1/A**).

Em nível de capital (10.000 nascidos vivos), houve maiores registros no Rio de Janeiro (58,4), Porto Velho (52,2) e São Luís (48,5) e menores em Florianópolis (16,6), Curitiba (21,3), Belo Horizonte (24,8) e Brasília (27,6), com os demais entre 45,4 (Manaus) e 27,8 (Boa Vista).

Para ESF, maior cobertura em Teresina (99%), Palmas (88,3%) e Florianópolis (85,7%) e menores em Belém (21,9%), Salvador (25,5%) e Maceió (28,6%); para AB, 100% em Teresina, 99% em Belo Horizonte, 97,1% Florianópolis e 96,7% em Vitória e menor cobertura em Salvador (37,2%), Belém (43,8%) e São Luís (44,5%), com os demais entre 92,2% (João Pessoa) e 44,8% (Maceió) (**Figura 1/B**).

Figura 1 – Cenário da mortalidade materna - MM (100.000 nascidos vivos) e cobertura (%) da Atenção Básica - AB e Estratégia Saúde da Família - ESF no Brasil, entre 2010 e 2020. Onde: A, tendência temporal da MM, AB e ESF no Brasil; B, MM, AB e ESF por capital.



Fonte: Silva CA, et al., 2025 (Extraído de SIM; e-Gestor, 2020).

A RMM nas capitais brasileiras apresentou uma tendência de redução durante o período analisado, mas com importantes disparidades regionais. Capitais do Norte e Nordeste apresentaram índices mais elevados em comparação com o Sul e Sudeste. Por exemplo, Manaus e Macapá tiveram RMM significativamente superior à média nacional.

Nesse cenário, pode-se inferir certa influência da disparidade encontrada nas coberturas de AB e ESF aos registros de óbitos, pois as capitais com maiores taxas de mortalidade demonstraram, concomitantemente, as menores cobertura da AB e ESF. Esse fato foi significativo em estudo de Sousa SS, et al. (2021), onde em locais de maior percentual de óbitos materno, a cobertura da AB e ESF foi menor, portanto, corroborando os dados do presente estudo; assim, ainda segundo o autor, cobertura da APS e a taxa de MM são importantes indicadores de saúde.

De acordo com Souza RAG, et al. (2022), toda atenção ao cuidado gravídico-puerperal no Brasil é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo AB e ESF base no modelo assistencial com diferentes programas e políticas de atenção à saúde integral da mulher, em especial, durante a gestação (ex. Rede Cegonha e Política Nacionais de Atenção Integral a Saúde da Mulher) que, em sua efetividade, podem evitar cerca de 90% das causas de MM. Nesse sentido, autores retratam a cobertura da AB e ESF importantes indicadores da qualidade assistencial materno e contribuintes, quando bem estabelecidos, à diminuição da MM (CANTALIXTO VF e FARIAS FN, 2021; SOUZA SS, et al., 2021).

Entretanto, é amplamente relatado na literatura os desafios e lacunas existente nesses serviços, tanto em nível assistencial e resolutividade considerando a demanda, quanto em aspectos de acessibilidade do público-alvo (MARINHO MF, et al., 2020; SOUZA SS, et al., 2021). Segundo Mohammadi S, et al (2018), entre pontos importantes que impactam diretamente nos desfechos gestatório-puerperal envolvendo o modelo assistencial da AB e ESF são: acessibilidade, atrasos e má qualidade dos atendimentos de obstetrícia, desqualificação profissional, dificuldade na tomada de decisão e reconhecimentos dos riscos à saúde e acompanhamento ineficiente das usuárias, logo, políticas voltadas a essas causas são necessárias com finalidade de moldar o cenário alarmante de MM do Brasil.

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde é chave nessa problemática, e reflete as condições socioeconômicas e de infraestrutura das regiões. Por exemplo, a cobertura da ESF é menor no Norte e Nordeste, o que impacta diretamente nos indicadores de mortalidade materna, conforme Mario DN, et al. (2019).

Segundo Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2021), entre 2009 e 2019, a Razão de Mortalidade Materna (RMM), embora diminuição pontual em alguns anos, manteve-se elevada e distante das metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o qual propunha uma taxa de mortalidade em 35,8/100mil até 2015 que, no presente estudo, foi de 57,1/100mil; para 2030, a meta traçada pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é de 30/100mil nascidos vivos, contudo, considerando o cenário atual da assistência materna ainda incipiente, esse plano está longe de ser alcançado.

Ainda dentro da AB e ESF, a atenção ao Pré-Natal e puerperal sobressai com protocolos de monitoramento à saúde materna e do feto, assim como a garantia da acessibilidade desses serviços sendo, portanto, pontos extremamente relevantes à redução das taxas de MM. Nesse sentido, foi avaliado o cenário de acessibilidade e utilização de tais serviços, logo, foi observado que, dentre as 27 capitais brasileiras, 96,3% apresentaram baixa cobertura de não utilização do Pré-Natal, variando entre 5,1% em Palmas e 33,9% em Fortaleza, contudo, tendo maior percentual de não uso para o Porto Velho, com 77,2% (**Tabela 1**).

Como um dos principais indicadores de qualidade especificamente ao Pré-Natal, foi avaliado a frequência de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, sendo esses exames básicos dentro dos serviços. Assim, foi observado cobertura abaixo de 50% em mais de 92,6% das capitais, com mínima de 3,8% em Salvador e máxima de 47% em Brasília (**Tabela 1**). Referente à cobertura de plano de saúde entre mulheres, as taxas situam-se entre 50% em Boa vista e 58,3% em Cuiabá (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Cenário da mortalidade materna - MM (10.000 nascidos vivos) segundo contexto assistencial materno nas capitais do Brasil.

Capitais	Mortalidade materna ¹	Plano de Saúde ²	% gestantes com realização de exames para sífilis e HIV ³		Não realização do Pré-natal ⁴	
			n	%	n	%
Porto Velho (RO)	52.2	53.7	36.3	12273	77.2	
Rio Branco (AC)	33.1	53.6	41.8	1624	13.4	
Manaus (AM)	45.3	53.2	66.3	17676	24.1	
Boa Vista (RR)	27.8	50.0	62.5	2840	22.0	
Belém (PA)	44.5	57.6	16.5	8459	22.7	
Macapá (AP)	34.2	56.1	23.8	3881	22.9	
Palmas (TO)	31.9	53.6	46.5	468	5.1	
São Luís (MA)	48.5	54.5	37.5	4604	15.2	
Teresina (PI)	39.5	55.8	28.8	7519	30.0	
Fortaleza (CE)	35.4	56.3	18.8	22787	33.9	
Natal (RN)	30.3	56.5	36.8	2532	11.8	
João Pessoa (PB)	37.9	56.3	11.5	2701	12.5	
Recife (PE)	41.8	56.5	21.5	3978	9.8	
Maceió (AL)	28.7	58.9	41.3	4277	15.7	
Aracaju (SE)	39.1	54.9	34.8	1183	7.0	
Salvador (BA)	43.9	56.3	3.8	16862	26.0	
Belo Horizonte (MG)	24.8	54.6	14.3	2210	4.0	
Vitória (ES)	40.7	52.2	25.0	472	5.7	
Rio de Janeiro (RJ)	58.4	54.9	38.0	16401	10.6	
São Paulo (SP)	30.9	55.0	9.0	20827	6.7	
Curitiba (PR)	21.3	54.7	12.0	1089	2.5	
Florianópolis (SC)	16.6	53.0	12.5	777	7.2	
Porto Alegre (RS)	34.1	54.8	35.5	4076	12.1	
Campo Grande (MS)	28.2	55.3	29.0	1733	6.9	
Cuiabá (MT)	39.9	58.3	36.0	574	3.1	
Goiânia (GO)	29.5	55.2	4.5	12033	30.9	
Brasília (DF)	27.6	54.7	47.0	13199	16.5	

Legenda: ¹Mortalidade por 10.000 nascidos vivos; ²Cobertura de mulheres com plano de saúde segundo PNS (2019), ³ Média da cobertura entre 2018 e 2019, considerando último quadrimestre; ⁴ Média (n e %) de gestantes que não realizaram a consulta no Pré-Natal, entre 2010 e 2020. **Fonte:** Silva CA, et al., 2025 (Extraído de PNS, 2019; e-Gestor, 2020; SIM, 2020).

Embora a cobertura do pré-natal tenha aumentado em todas as regiões, a qualidade mostrou-se heterogênea, uma menor proporção de gestantes realizou os exames de sífilis e HIV recomendados pelo Ministério da Saúde, e a realização de ultrassonografias foi significativamente menor em capitais do Norte. Esses achados reforçam a desigualdade no acesso a serviços essenciais.

Segundo MS, a realização do Pré-Natal é de suma importância na prevenção e detecção precoce de complicações tanto fetais quanto materna, além de representar uma oportunidade de atenção em saúde integral na promoção e recuperação da saúde das mulheres; assim, reduzindo os riscos de desfechos desfavoráveis nesse público sendo, tão logo, necessário uma cobertura de 100% para o acompanhamento das gestantes com o primeiro atendimento até 12ª semana de gestação e no mínimo 06 atendimentos para que as metas sejam alcançadas, em especial, à redução da mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2022).

Contudo, a partir dos resultados expostos, embora baixo quantitativo da não utilização desses serviços, portanto, acessibilidade entre 60% a 97% em 96,3% das capitais, cogita-se uma baixa qualidade das ações prestadas, isso pode ser observado na análise de um dos indicadores do Pré-Natal (exames para sífilis e HIV), sobretudo, nas capitais que demonstraram maiores taxas de MM, onde, seguindo a classificação do MS, apresentaram os menores níveis de adequações à realização dos exames (<42%), sendo o recomendado acima de 60%. Logo, o estudo identificou que a baixa qualidade do pré-natal é um fator determinante para os altos índices de mortalidade materna em algumas capitais. Conforme Martinelli KG, et al. (2014), não basta garantir o acesso ao pré-natal; é necessário assegurar que os serviços prestados atendam aos critérios de qualidade, como realização de exames de rastreamento de hipertensão e diabetes gestacional.

No mais, levantado uma segunda via à manutenção das elevadas taxas de MM, Porto Velho sobressai com umas das maiores taxas (52,2/10.000 nascidos vivos) e menor público feminino com uso do Pré-Natal (22,7%) e, em conformidade com as demais capitais, expõe nível de exames para sífilis e HIV inadequados com 36,3%.

Em estudo recente analisando a qualidade da atenção ao Pré-Natal no Brasil, foi observado alta cobertura na acessibilidade, ou seja, mais de 80% das gestantes utilizam os serviços, entretanto, quando avaliado as ações ofertadas e, portanto, indicadores da qualidade como a aferição da pressão arterial e peso em todas as consultas, realização de exame de urina, sangue e ao menos um ultrassom na gravidez, essa frequência diminui, expondo qualidade abaixo do preconizado pelo MS, além de ser demonstrado iniquidades no atendimento (MARIO DN, et al., 2019).

Pesquisas realizadas em diferentes localidades do Brasil trazem à tona o cenário de MM diante as falhas do Pré-Natal; em estudo realizado em Belém, as maiores taxas de MM foram em detrimento as causas obstétricas direta tendo como fatores a baixa qualidade e deficiência da cobertura dos serviços (CAMACHO ENR, et al., 2020); no Rio de Janeiro, a RMM esteve sempre acima da meta mínima estabelecido pela OMS para o Brasil e, dentre as principais causas de morte materna direta, teve destaque a hipertensão, logo, infere-se que o manejo da hipertensão na gestação não é efetivo nos serviços de assistência materna, podendo cogitar esse cenário a outros serviços ofertados (MENDONÇA IS, et al., 2022).

Em teoria, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2022), como uma alternativa um tanto exitosa em comparação à disponibilidade, resolutividade e qualidade dos serviços ofertados pelo SUS, sobretudo, no acompanhamento gravídico-puerperal, os planos de saúde destacam-se como forma de saúde suplementar, entretanto, levando em consideração a baixa cobertura de contratação no público feminino com média de 55,1% no Brasil, não são esperadas mudanças significativas às taxas de MM.

A essa baixa cobertura, pontua-se as despesas assistenciais necessárias e as iniquidades econômicas existentes no país e, levando em consideração os reajustes recentes à contratação de planos de saúde individuais e familiares em até 15,5%, espera-se certa estabilidade ou diminuição na contratação desses serviços, assim, implicando significativamente na saúde e, tão logo, estabelecendo um cenário de vulnerabilidade nesse público (ANS, 2022).

No mais, com intuito de estabelecer um cenário epidemiológico materno, foi avaliado o perfil segundo nascidos vivos e dos óbitos materno, logo, sendo observado o mesmo perfil quanto ao estado civil e escolaridade, contudo, diferença na faixa etária; com maior frequência entre 20 e 29 anos (47%), solteiras (49,4%) e escolaridade entre 8 e 11 anos (56,4%) para características materna (por nascidos vivos) e, para os óbitos, faixa entre 30 e 39 anos (42,6%), solteiras (65,9%) e escolaridade entre 8 e 11 anos (44,3%) (**Tabela 2;3**). Especificamente para característica materna, houve maior frequência para duração da gestação entre 37 e 41 semanas, com 87,1%; tipo de parto Cesário (55,4%) e 67,6% das mulheres com mais de 7 consultas no Pré-Natal (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Perfil epidemiológico das gestantes no Brasil, entre 2010 e 2020, segundo características maternas por nascidos vivos.

Variáveis	Característica materna (nascidos vivos)	
	Total (n)	%
Faixa etária		
10 a 19 anos	1101143	14.4
20 a 29 anos	3587160	47.0
30 a 39 anos	2684112	35.2
>40 anos	256241	3.4
Estado civil		
Solteira	3740935	49.4
Casada	2540133	33.6
Viúva	10934	0.1
Separada judicialmente	89040	1.2
União consensual	1187988	15.7

Variáveis	Característica materna (nascidos vivos)	
Escolaridade		
Nenhuma	16681	0.2
1 a 3 anos	129271	1.7
4 a 7 anos	1112204	14.7
8 a 11 anos	4259058	56.4
12 anos e mais	2033003	26.9
Duração da gestação (semanas)		
< 22	4215	0.1
22 a 27	40475	0.5
28 a 31	77984	1.0
32 a 36	701727	9.4
37 a 41	6519917	87.1
> 42	140561	1.9
Tipo de parto		
Vaginal	3402690	44.6
Cesário	4219657	55.4
Consulta ao Pré-Natal		
Nenhuma	187055	2.5
1 a 3	497987	6.6
4 a 6	1762571	23.3
> 7	5107968	67.6

Fonte: Silva CA, et al., 2025 (Extraído de SINASC, 2020).

Para óbitos materno, cerca de 46% foram por afecções obstétricas não classificadas em outra parte (CID O94 a O99) ligadas, sobretudo, às sequelas na gravidez, parto e puerpério e causas obstétricas diretas (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil epidemiológico dos óbitos materno no Brasil, entre 2010 e 2020, segundo características maternas.

Variáveis	Característica materna (óbitos)	
Faixa etária	Total (n)	%
10 a 19 anos	496	10.5
20 a 29 anos	1776	37.7
30 a 39 anos	2008	42.6
> 40 anos	430	9.1
Estado civil		
Solteira	2618	65.9
Casada	1236	31.1
Viúva	22	0.6
Separada judicialmente	97	2.4
Escolaridade		
Nenhuma	42	1.0
1 a 3 anos	419	10.1
4 a 7 anos	1193	28.6
8 a 11 anos	1845	44.3
12 anos e mais	670	16.1
Causa de óbito		
Gravidez que termina em aborto	375	8.0
Transtornos maternos relacionados a gravidez	942	20.0
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto, cavidade amniótica e problemas no parto	195	4.1
Complicações do trabalho de parto e do parto	463	9.8
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	567	12.0
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte*	2168	46.0

Legenda: * O94 - Sequelas de complicações da gravidez; O95 - Morte obstétrica de causa não especificada; O96 – Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto; O97 - Morte por sequelas de causas obstétricas diretas; O98 - Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que compliquem a gravidez; O99 – Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério.

Fonte: Silva CA, et al., 2025 (Extraído de SINASC, 2020).

Baixa escolaridade, gestações em mulheres adolescentes e uniões instáveis foram fatores associados a maiores taxas de mortalidade materna. Estudos como de Souza SS, et al. (2021) apontam que determinantes sociais da saúde têm papel crucial na adesão ao pré-natal e nos desfechos adversos

Embora maior gravidez na faixa etária entre 20 e 29 anos, os maiores registros de óbitos situam-se entre 30 e 39 anos, portanto, mais vulneráveis aos desfechos desfavoráveis da gravidez. Contudo, apesar de não haver consenso na literatura quanto a classificação ou definição de riscos gestacional, estando essa pontuada essencialmente na faixa acima de 30 ou de 40 anos (ALDRIGHI JD, et al., 2018; GOMES MNA, et al., 2019; MARTINS PL e MENEZES, 2022), o MS (2022) determina um olhar amplo para além da idade devendo, tão logo, ser considerado condições sociodemográficas e econômicas, histórico reprodutiva anterior e condições clínicas prévias à gestação, fundamentando assim uma lista mutável para estratificação de risco.

Ainda segundo MS, o processo de trabalho na atenção durante o Pré-Natal abrange tal estratificação como aspecto determinístico no acompanhamento das gestantes e redução da MM, devendo ser realizado com qualidade na primeira consulta; contudo, considerando o cenário epidemiológico e socioeconômico desfavorável encontrado no presente estudo, infere-se imprecisão na classificação de risco e dificuldades no seguimento a ser adotado nos serviços de saúde (MARTINS PL e MENEZES, 2022).

Nesse sentido, a qualidade da atenção ao Pré-Natal deve ser base das discussões acerca do modelo assistencial às gestantes e, tão logo, seguir um raciocínio sistemático e lógico respaldado na realidade individual de forma a promover um cuidado humanizado e integral às mulheres (MOHAMMADI S, et al., 2018; GOMES MNA, et al., 2019; BRASIL, 2022).

No mais, para além dos aspectos envolvendo a qualidade da atenção, alguns pontos importantes devem ser considerados como contribuintes ao desfecho desfavorável entre as gestantes atrelados a fatores individuais e, nesse cenário, ressaltam-se a baixa escolaridade e o estado civil implicando significativamente em outros indicadores que fundamentam a utilização dos serviços em saúde, a citar a baixa aquisição de planos de saúde entre as mulheres.

Em estudo de Souza PRB, et al. (2022) foi observado relação significativa entre a escolaridade e renda per capita e cobertura de plano de saúde expondo que, quanto maior nível de instrução e renda, maior aquisição de plano de saúde, em cerca de 88% e, entre as mulheres com plano, a cobertura de atendimento e acompanhamento gestacional foi de 80,3%, logo, corroborando a relevância da assistência à saúde suplementar e a essencialidade de mudanças no cenário social do Brasil.

Seguindo essa mesma linha, contudo, considerando os serviços públicos, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) pontua que as mulheres de menor poder aquisitivo e social estão menos propensas a receber um cuidado adequado e humanizado e, tão logo, admitem desafios de acessibilidade aos serviços de saúde atrelados, sobretudo, a falta de recursos para locomoção as unidades de saúde e falta de informação quanto aos riscos na gravidez e planejamento familiar, logo, implicando na menor busca desses serviços e, portanto, maiores taxas de complicações e probabilidade elevada de evolução à óbito durante a gestação.

Assim, é amplamente reconhecido a disparidade de gênero com relação à renda e, considerando mulheres solteiras e de baixo nível de instrução, os desafios de acessibilidade são ainda mais significativos, logo, refletindo no estado saúde (PNUD, 2022).

Referente as características maternas quanto as semanas de gestação e consultas ao Pré-Natal, embora adequações em maiores proporções considerando o MS, ressalta-se as discussões previamente citadas quanto a qualidade desses serviços (MOHAMMADI S, et al., 2018; MARIO DN, et al., 2019; MENDONÇA IS, et al., 2022). Contudo, esse cenário pode ser agora exposto pelo maior quantitativo de óbitos materno decorrentes de sequelas das complicações da gravidez, por causas diretas, infecções e outras doenças da gestante, logo, indo em consenso com Camacho ENR, et al. (2020) e Mendonça IS, et al. (2022).

Segundo a OMS (2022), morte materna pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hemorragias, complicações no parto e infecções de foco uterino são consideradas mortes obstétricas diretas na gravidez, parto ou puerpério sendo responsáveis por mais de 70% dos óbitos e que, segundo Mendonça IS, et al (2022), estão relacionadas as

intervenções obstétricas, falta de capacitação profissional e ausência ou inadequações de tratamento oportuno. Nesse sentido, a OMS pontua que a maioria das mortes durante o ciclo gravídico-puerperal são evitáveis, contudo, tal fato somente é alcançado quando ocorre a identificação das fragilidades na assistência ao Pré-Natal e a estratificação dos riscos, logo, sendo estratégias base para redução da MM.

Ainda considerando tais complicações, sobretudo, as infecções durante o parto e puerpério, Mendonça IS, et al. (2022) relata que cerca de 8,2% dos óbitos têm relação com infecções, demonstrando estabilidade ao longo do período de estudo (2006 a 2018). Cenário preocupante, pois configura lacunas alarmantes no modelo assistencial haja vista protocolos de enfrentamento e tomada de decisão bem estabelecidos nos serviços de saúde em que ocorre o parto e puerpério.

Seguindo essa linha, trazendo ao contexto do tipo de parto predominante no Brasil, estudo realizado em 2017 determina a cesariana como fator associado às infecções puerperal (MASCARELLO KC, et al., 2017) e, como complemento, a *Committee on Practice Bulletins-Obstetrics*. ACOG, em 2019, recomenda a não realização de parto Cesário sem indicação clínica ou obstétrica considerando os riscos no parto vaginal e, quando realizado, deve ser avaliada a antibioticoprofilaxia de acordo com protocolos atualizados e o concomitante acompanhamento e monitoramento da gestante. Entretanto, considerando as inadequações dos serviços de saúde no Brasil e a maior frequência de cesariana (55,4%), as perspectivas são preocupantes e as elevadas taxas de MM esperadas.

Em geral, implementar protocolos baseados em evidências para assegurar a realização de exames essenciais, como o rastreamento de infecções e avaliações metabólicas, investir em educação continuada para profissionais da saúde, expandir a cobertura da ESF com priorização para regiões de maior vulnerabilidade, fortalecer as redes de referência e contrarreferência para emergências obstétricas, desenvolver plataformas digitais para acompanhamento remoto de gestantes e usar sistemas de monitoramento eletrônico para identificar gestações de alto risco precocemente são estratégias para ampliar acesso, reduzir desigualdades regionais, aprimorar a qualidade do Pré-Natal.

CONCLUSÃO

Foi observado aumento na mortalidade materna, com maiores índices no Rio de Janeiro, Manaus, Macapá, Porto Velho e São Luís, associada à baixa cobertura de AB e ESF. Apesar de maior proporção de pré-natal e consultas no recomendado, a qualidade dos serviços básicos é insuficiente, com inadequações na assistência e baixa adesão a realização de exames e planos de saúde. Os óbitos prevaleceram entre mulheres de 30 a 39 anos, solteiras, com baixa escolaridade e devido a afecções obstétricas não especificadas. Apesar de avanços na redução da mortalidade materna, persistem desigualdades significativas no acesso e na qualidade do pré-natal no Brasil. É necessário adotar soluções baseadas em evidências, considerando os determinantes sociais da saúde e inovando no cuidado gestacional para superar essas desigualdades.

REFERÊNCIAS

1. ALDRIGHI JD, et al. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. *Rev Gaúcha Enferm*, 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres. Brasília, Brasil, 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, 53, 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco. High-risk pregnancy manual, 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 1/2022-SAPS/MS, 2022.
6. BRASIL. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde, 2024.
7. CAMACHO ENR, et al. Causa de mortalidade materna na região metropolitana I no triênio 2013-2015, Belém, PA. *Nursing*, 2020; 23(262): 3693-3697.
8. CANTALIXTO VF, FARIAS FN. Conceitos e características da morbidade materna e near miss: revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(1): e5752.

9. CELESTINO LC, et al. Avaliação de indicadores da assistência pré-natal em uma equipe da estratégia de saúde da família, no interior do estado de Minas Gerais. *Rev. SODEBRAS*, 2018; 146(13).
10. COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS. ACOG Practice Bulletin No. 199: use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. *Ob - stet Gynecol*, 2018.
11. DIAS EG, et al. Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 2015; 6(3).
12. DIAS EG, et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes, 2018.
13. GOMES MNA, et al. Nota Técnica Para Organização Da Rede De Atenção À Saúde Com Foco Na Atenção Primária À Saúde e Na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Da Mulher Na Gestaçã, Parto E Puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo, 2019.
14. MARINHO MF, et al. Dados para a saúde: impacto na melhoria da qualidade da informação sobre causas de óbito no Brasil. *Rev. bras. Epidemiol*, 2020.
15. MARIO DN, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(3): 1223-1232.
16. MARTINELLI KG, et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2014; 36(2).
17. MARTINS PL e MENEZES RA. Gestaçã em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2022; 32(2).
18. MASCARELLO KC, et al. Complications and cesarean section with - out indication: systematic review and metaanalysis. *Rev Saúde Pública*, 2017.
19. MENDONÇA IS, et al. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. *Cad. Saúde Pública*, 2022; 38(3).
20. MOHAMMADI S. et al. Afghan migrants face more suboptimal care than natives: a maternal near-miss audit study at university hospitals in tehran, iran. *Bmc Pregnancy Revista de Casos e Consultoria*, 2018; 13(1).
21. OLIVEIRA IG, et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Saúde Materna*, 2022.
23. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório anual de desenvolvimento humano, 2022.
24. SOUZA PRB, et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(1): 2529-2541.
25. SOUZA SS, et al. Basic Health Indicator: Primary Care and Deaths In Women Of Childbearing Age *Rev enferm UFPE*, 2021; 15(2).
26. SOUZA RAG, et al. Influência da assistência pré-natal na redução da mortalidade materna: uma revisão integrativa. *Revista de Casos e Consultoria*, 2022; 13(1).
27. STREFLING IS, et al. Perceptions of puerperas on nursing care in joint accommodation. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2017; 9(2).