Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil clínico, epidemiológico e razão da mortalidade materna no Brasil

Clinical and epidemiological profile and maternal mortality ratio in Brazil

Perfil clínico-epidemiológico y razón de mortalidad materna en Brasil

Gabriel Oliveira Corrêa Rabelo[1], Ranna Katherin Bastos Miranda[1], Brenda de Oliveira Cardoso[1], Valéria Taciana Lopes Gomes[1], Fábio Luís da Silva Gato[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico, epidemiológico e a razão da mortalidade materna no Brasil entre 2015 e 2024. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, realizado com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS, incluindo óbitos maternos no Brasil. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas por meio de frequência absoluta e relativa. Também foi conduzida uma análise descritiva da razão de mortalidade materna por macrorregião brasileira. **Resultados:** Foram registrados 15.263 óbitos maternos no Brasil entre 2015 e 2024, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste. Predominam mulheres pardas (52,36%) de 30 a 39 anos (43,08%), solteiras (47,40%) e com 8 a 11 anos de escolaridade (44,91%). A maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar (91,27%), durante o puerpério (67,67%) e por causas obstétricas diretas (59,12%). Observou-se aumento expressivo da mortalidade em 2021, RMM de 102,7/100.000, seguido de redução nos anos subsequentes. **Conclusão:** A mortalidade materna permaneceu elevada no Brasil durante o período analisado, evidenciando importantes desigualdades regionais e predominância de causas obstétricas diretas.

Palavras-chave: Mortalidade, Epidemiologia, Mortalidade materna.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical and epidemiological profile and the maternal mortality ratio in Brazil between 2015 and 2024. **Methods:** A descriptive, retrospective, quantitative study was conducted using data from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC) of DATASUS, including maternal deaths in Brazil. Sociodemographic and clinical variables were analyzed using absolute and relative frequencies. A descriptive analysis of the maternal mortality ratio was also performed by Brazilian macro-region. **Results:** A total of 15,263 maternal deaths were recorded in Brazil between 2015 and 2024, with the highest concentration in the Southeast and Northeast regions. Most deaths occurred among mixed-race women (52.36%), aged 30–39 years (43.08%), single (47.40%), and with 8–11 years of schooling (44.91%). The majority of deaths occurred in hospital settings (91.27%), during the postpartum period (67.67%), and due to direct obstetric causes (59.12%). A marked increase in mortality was observed in 2021, with a maternal mortality ratio of 102.7 per 100,000 live births, followed by a reduction in the subsequent years. **Conclusion:** Maternal mortality remained high in Brazil during the study period, highlighting significant regional inequalities and a predominance of direct obstetric causes.

Keywords: Mortality, Epidemiology, Maternal mortality.

[1] Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá – AP.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 11/2026**

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil clínico y epidemiológico y la razón de mortalidad materna en Brasil entre 2015 y 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, utilizando datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) y del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) de DATASUS, incluyendo las muertes maternas ocurridas en Brasil. Las variables sociodemográficas y clínicas se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas. También se realizó un análisis descriptivo de la razón de mortalidad materna por macrorregión brasileña. **Resultados:** Se registraron 15.263 muertes maternas en Brasil entre 2015 y 2024, con una mayor concentración en las regiones Sudeste y Nordeste. Predominaron las mujeres mestizas (52,36%), de 30 a 39 años (43,08%), solteras (47,40%) y con 8 a 11 años de escolaridad (44,91%). La mayoría de las muertes ocurrió en el ámbito hospitalario (91,27%), durante el puerperio (67,67%) y debido a causas obstétricas directas (59,12%). Se observó un aumento significativo de la mortalidad en 2021, con una razón de mortalidad materna de 102,7 por 100.000 nacidos vivos, seguido de una reducción en los años posteriores. **Conclusión:** La mortalidad materna se mantuvo elevada en Brasil durante el período analizado, evidenciando importantes desigualdades regionales y un predominio de las causas obstétricas directas.

Palabras clave: Mortalidad, Epidemiología, Mortalidad materna.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna (MM) consiste no óbito de uma mulher durante o período gestacional, o parto ou até 42 dias após o término da gravidez, causado por qualquer fator associado ou intensificado pela gestação ou por medidas tomadas em relação a ela, excluindo-se, portanto, causas acidentais ou incidentais (OLIVEIRA IVG, et al., 2024). A partir de 43 dias após o parto, até um ano após o término da gestação, a morte é classificada como mortalidade materna tardia (BORGONOVE KCA, et al., 2024).

A MM apresenta-se como o melhor indicador da saúde da mulher, sendo ferramenta indispensável para avaliação do impacto das políticas públicas direcionadas à sua redução (FERREIRA MCS, et al., 2025). Além disso, expõe o acesso e a qualidade dos serviços de saúde de um país por ser considerada evitável em cerca de 92% dos casos, sendo uma das mais graves violações dos direitos humanos de mulheres e da falta de atenção à saúde sexual e reprodutiva, gerando repercussões negativas à estrutura e à dinâmica familiar (RANZANI OT, et al., 2023; SOUZA VTF e RIBEIRO JM, 2025; GAMA SGN, et al., 2024).

O óbito materno pode ser classificado em morte materna direta e indireta. As causas diretas estão relacionadas a complicações obstétricas resultantes da gestação, parto e puerpério como hemorragias, pré-eclâmpsia, infecções, intervenções médicas inadequadas, omissões ou erros assistenciais ou à cadeia de eventos que podem decorrer destes. Já as causas indiretas referem-se a condições clínicas preexistentes ou adquiridas durante a gestação, que não são diretamente causadas por complicações obstétricas, mas que se agravam devido às alterações fisiológicas próprias da gravidez (DUMS W e CAMPOS R, 2025; MENDONÇA IM, et al., 2022).

O monitoramento da MM é realizado por meio da Razão de Mortalidade Materna (RMM), principal indicador utilizado para avaliar a magnitude desse evento. A RMM é calculada pela razão entre o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos, multiplicada por 100.000. O numerador é obtido a partir dos registros de óbitos maternos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), alimentado pelas Declarações de Óbito e complementado por processos de investigação e busca ativa. O denominador corresponde ao número de nascidos vivos registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (RANZANI OT, et al., 2023; FERREIRA MCS, et al., 2025).

Sob esse prisma, a elevada RMM reflete um importante problema de saúde pública, de forma que a busca de soluções para o enfrentamento anacrônico e persistente dessa questão mostra-se fundamental (FERREIRA MCS, et al., 2025). Ademais, valores de RMM estão associados a uma inadequada prestação de serviços de saúde às mulheres, envolvendo desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até o parto e o puerpério (MENDONÇA IM, et al., 2022).

Por sua relevância, integra os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que têm entre suas metas reduzir a RMM global para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030 (BORGONOVE KCA, et al., 2024). No Brasil, a queda da RMM, entre 1990 e 2019, foi de 39%, passando de 111,4 para 62,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Seguindo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil estipulou uma meta própria de redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 30 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, a ser alcançada até 2030 (GAMA et al., 2024). Trata-se de um desafio para o qual se fazem necessários intenso comprometimento e investimentos do poder público (OLIVEIRA IVG, et al., 2023). Além disso, tais achados se relacionam à melhoria do acesso aos serviços de saúde, seja pelo aumento do número de consultas de pré-natal, seja pela assistência ao parto por profissionais qualificados (FERREIRA MCS, et al., 2025).

Dada a relevância da temática apresentada, bem como a necessidade de compreender sua magnitude e distribuição no território nacional, cujas informações são fundamentais para embasar políticas públicas, ações e estratégias de enfrentamento, a temática desperta preocupações e questionamentos pela extensão do problema (BORGONOVE KCA, et al., 2024). Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar o perfil clínico, epidemiológico e a razão da mortalidade materna no Brasil entre 2015 e 2024.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, com natureza quantitativa e com análise de dados secundários provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A extração dos dados foi realizada em 16 de agosto de 2026.

Para a extração dos dados na plataforma, utilizaram-se os filtros referentes aos óbitos maternos ocorridos no período de 2015 a 2024 no Brasil. As características epidemiológicas são referentes aos óbitos por local de residência, abrangência nacional e por macrorregiões, faixa etária de (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos), cor/raça (branca, preta, parda, amarela, indígena e ignorado), escolaridade (nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos e mais, e ignorado), estado civil (solteira, casada, viúva, separada judicialmente, outro e ignorado). As variáveis clínicas analisadas incluíram o local de ocorrência do óbito (hospital, outro estabelecimento de saúde, residência, via pública, outros e ignorado), tipo de causa obstétrica (morte materna obstétrica direta, morte materna obstétrica indireta e morte materna obstétrica não especificada) e o período gravídico em que ocorreu o óbito (durante a gravidez, parto ou aborto e durante o puerpério ou até 42 dias após o parto).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi estimada por meio da razão entre o número de óbitos maternos e o total de nascidos vivos, multiplicada por 100.000, para as variáveis analisadas. Os dados de óbitos maternos foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e os dados de Nascidos Vivos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Os dados foram obtidos por meio do download de arquivos no formato .csv e processados no software Microsoft Excel® 2019 para organização e tabulação dos resultados. Os resultados foram apresentados em tabelas com cálculo de distribuição de frequência simples, contemplando as frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas, o que possibilitou a análise e a interpretação dos dados obtidos.

Foram respeitadas as normas éticas previstas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente às pesquisas com seres humanos. Contudo, o presente estudo não demandou submissão ao Comitê de Ética por tratar-se de dados coletados exclusivamente de domínio público, e por não haver implicações éticas relacionadas à abordagem de seres humanos.

RESULTADOS

No período compreendido entre os anos de 2015 e 2024, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou um universo amostral de 15.263 óbitos maternos no território brasileiro. A caracterização minuciosa desse indicador envolve a análise de sua distribuição espacial macroestrutural, do perfil sociodemográfico e clínico das vítimas, bem como do comportamento da série temporal e da intensidade da Razão de Mortalidade Materna (RMM) por macrorregião.

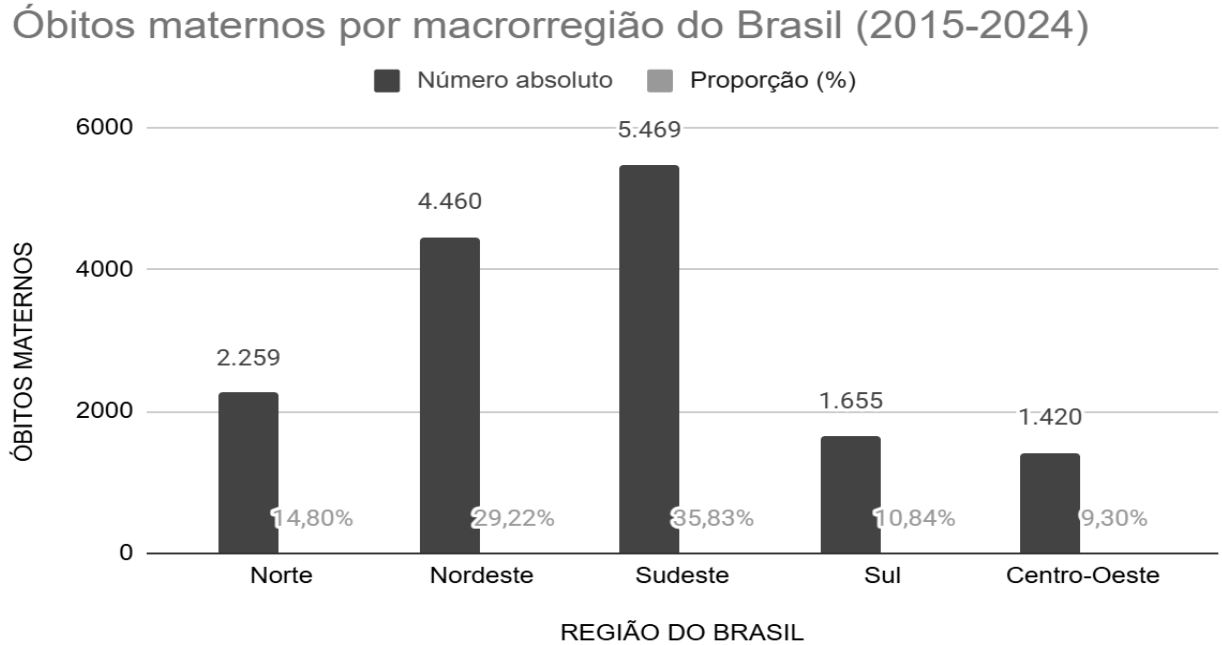
A análise da distribuição absoluta dos óbitos maternos pelas macrorregiões brasileiras ao longo do período estudado, ilustrada pela **Figura 1**, evidenciou diferenças na distribuição dos registros no território nacional. A Região Sudeste concentrou o maior número absoluto de óbitos maternos, totalizando 5.469 registros, seguida pela Região Nordeste, com 4.460. A Região Norte contabilizou 2.259 óbitos, enquanto as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram, respectivamente, 1.655 e 1.420 registros. Dessa forma, esses valores representam a distribuição absoluta dos óbitos no período e não devem ser interpretados isoladamente como medida de risco ou magnitude da mortalidade materna entre as regiões.

Os determinantes sociodemográficos dos óbitos maternos, consolidados na **Tabela 1**, evidenciam o perfil de mortalidade no Brasil. No que tange à variável raça/cor autodeclarada, observa-se predominância de óbitos em mulheres pardas, correspondendo a 52,36% (n= 7.991) da casuística total, seguida pelas mulheres brancas (32,06%; n = 4.894), pretas (11,54%; n = 1.762), indígenas (1,74%; n = 266), amarelas (n = 43; 0,28%). Os registros contabilizaram um total de 307 (2,01%) como ignorada.

No tocante à faixa etária, a mortalidade materna concentrou-se predominantemente nos estratos centrais da vida reprodutiva. O grupo de mulheres com idade entre 30 e 39 anos foi o mais afetado em termos absolutos, respondendo por 6.575 (43,08%) das ocorrências, seguido pela faixa etária de 20 a 29 anos, com 38,07% (n = 5.810) dos registros. Nos extremos do ciclo reprodutivo, as mulheres de 15 a 19 anos representaram 9,80% (n = 1.496) do total de óbitos, o grupo de 40 a 49 anos correspondeu a 8,43% (n = 1.287) e a faixa infanto-juvenil de 10 a 14 anos contabilizou 0,62% (n = 95) das notificações.

Em relação à escolaridade formal, medida em anos de estudo concluídos, verificou-se uma maior prevalência de óbitos entre mulheres com 8 a 11 anos de estudo, perfazendo 44,91% (n = 6.854) da amostra. O nível superior ou técnico (12 anos ou mais de estudo) respondeu por 13,46% (n = 2.055) das notificações, ao passo que os estratos de menor escolaridade acumularam parcelas significativas: 4 a 7 anos de estudo com 20,66% (n = 3.154), 1 a 3 anos com 7,11% (n = 1.085) e nenhuma escolaridade formal com 1,69% (n = 258). Ressalta-se que a taxa de dados ignorados para essa variável foi de 12,17% (n = 1.857). No âmbito do estado civil, identificou-se o predomínio de mulheres solteiras, totalizando 47,40% (n = 7.235), seguidas pelas casadas, com 28,87% (n = 4.406), enquanto a categoria "outro" configurou 14,79% (n = 2.257), "ignorado" somou 6,43% (n = 981), viúvas representaram 2,04% (n = 312) e separadas judicialmente totalizaram 0,47% (n = 72).

Figura 1 - Número de óbitos maternos por região do Brasil, no período de 2015-2024 (N=15.263).



Fonte: Rabelo GOC, et al., 2026. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2026.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos óbitos maternos no Brasil, durante o período de 2015-2024 (N= 15.263).

Variáveis	nº	%
Raça/cor		
Parda	7.991	52,36%
Branca	4.894	32,06%
Preta	1.762	11,54%
Amarela	43	0,28%
Indígena	266	1,74%
Ignorado	307	2,01%
Faixa etária (em anos)		
10 a 14	95	0,62%
15 a 19	1.496	9,80%
20 a 29	5.810	38,07%
30 a 39	6.575	43,08%
40 a 49	1.287	8,43%
Escolaridade (em anos)		
Nenhuma	258	1,69%
1 a 3	1.085	7,11%
4 a 7	3.154	20,66%
8 a 11	6.854	44,91%
12 ou mais	2.055	13,46%
Ignorado	1.857	12,17%
Estado civil		
Solteira	7.235	47,40%
Casada	4.406	28,87%
Separada judicialmente	72	0,47%
Viúva	312	2,04%
Outro	2.257	14,79%
Ignorado	981	6,43%

Fonte: Rabelo GOC, et al., 2026. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2026.

A **Tabela 2** sumariza os parâmetros clínicos associados à mortalidade materna no Brasil. O ambiente hospitalar despontou como o cenário amplamente hegemônico de ocorrência dos óbitos, concentrando 91,27% (n = 13.930) das mortes registradas. Ocorrências em domicílio responderam por 3,35% (n = 512) do montante, seguidas por outros estabelecimentos de saúde com 3,14% (n = 479) e via pública com 0,67% (n = 102). Outros locais não especificados acumularam 1,54% (n = 235) e a taxa de dados ignorados fixou-se em 0,03% (n = 5) (**Tabela 2**).

No que tange à classificação etiológica do óbito por causa obstétrica, constatou-se a prevalência das mortes maternas obstétricas diretas, decorrentes de complicações intrínsecas ao ciclo gravídico-puerperal, as quais representaram 59,12% (n = 9.022) do total. As mortes por causas obstétricas indiretas agravadas por patologias preexistentes ou desenvolvidas na gestação responderam por 37,82% (n = 5.772) dos casos, restando 3,05% (n= 466) classificadas como causas não especificadas e 3 casos (0,01%) se informação no datasus. Sob a perspectiva do período cronológico do óbito, o puerpério até 42 dias após o término da gestação configurou-se como o momento de maior vulnerabilidade biológica e assistencial, concentrando 67,67% (n = 10.330) das mortes, em contraposição ao período que abrange a gestação, o parto ou o abortamento, com 32,33% (n = 4.933).

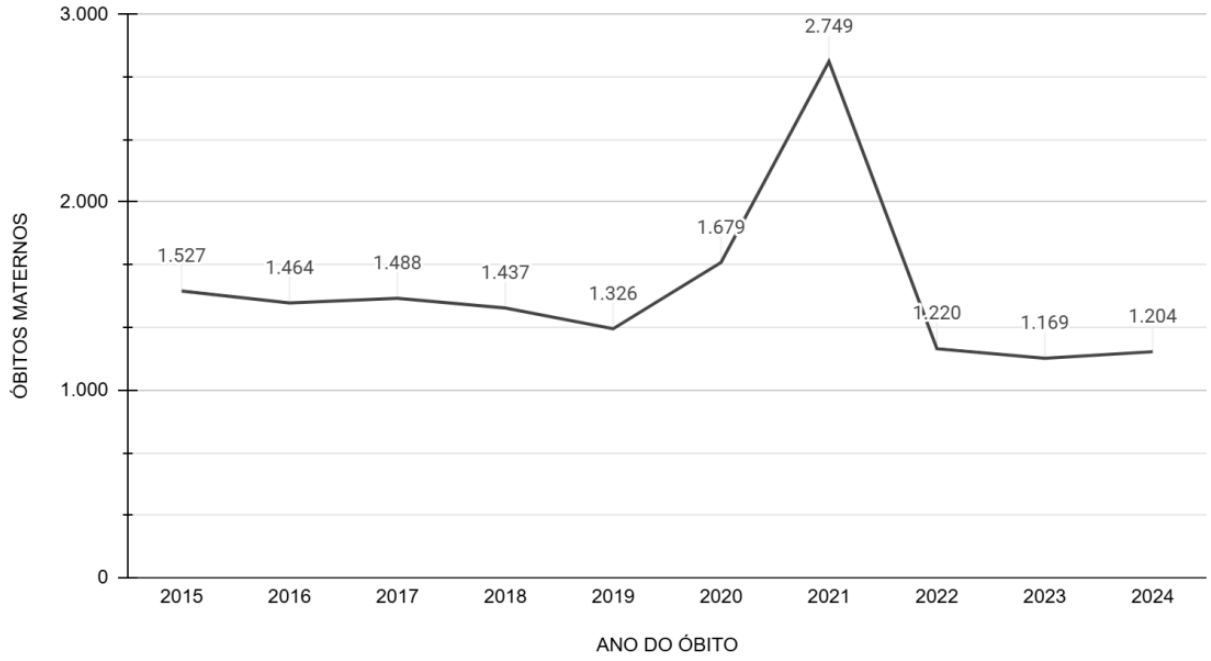
A evolução longitudinal anual do número de óbitos e da RMM no Brasil, demonstrada nas **Figuras 2** e **4**, revela um comportamento de estabilidade relativa até 2019, quando a RMM oscilou entre 50,6 (2015) e 48,3 (2019) por 100 mil nascidos vivos. No entanto, o cenário epidemiológico sofreu uma severa inflexão ascendente no biênio pandêmico, atingindo uma RMM de 61,5 em 2020 e culminando em um expressivo pico no ano de 2021, com 2.749 mortes e RMM de 102,7 por 100 mil nascidos vivos. Nos anos subsequentes, observa-se recuo do indicador para 63,6 em 2022, 67,4 em 2023 e 50,4 em 2024 (**Figura 4**).

Tabela 2 - Características clínicas dos óbitos maternos no Brasil, durante o período de 2015-2024 (N= 15.263).

Variáveis	nº	%
Local da ocorrência		
Hospital	13.930	91,27%
Outro estabelecimento de saúde	479	3,14%
Domicílio	512	3,35%
Via pública	102	0,67%
Outros	235	1,54%
Ignorado	5	0,03%
Tipo de morte por causa obstétrica		
Morte materna obstétrica direta	9.022	59,12%
Morte materna obstétrica indireta	5.772	37,82%
Morte materna obstétrica não especificada	466	3,05%
Morte por período gravídico		
Durante a gravidez, parto ou aborto	4.933	32,32%
Durante o puerpério, até 42 dias	10.330	67,68%

Fonte: Rabelo GOC, et al., 2026. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2026.

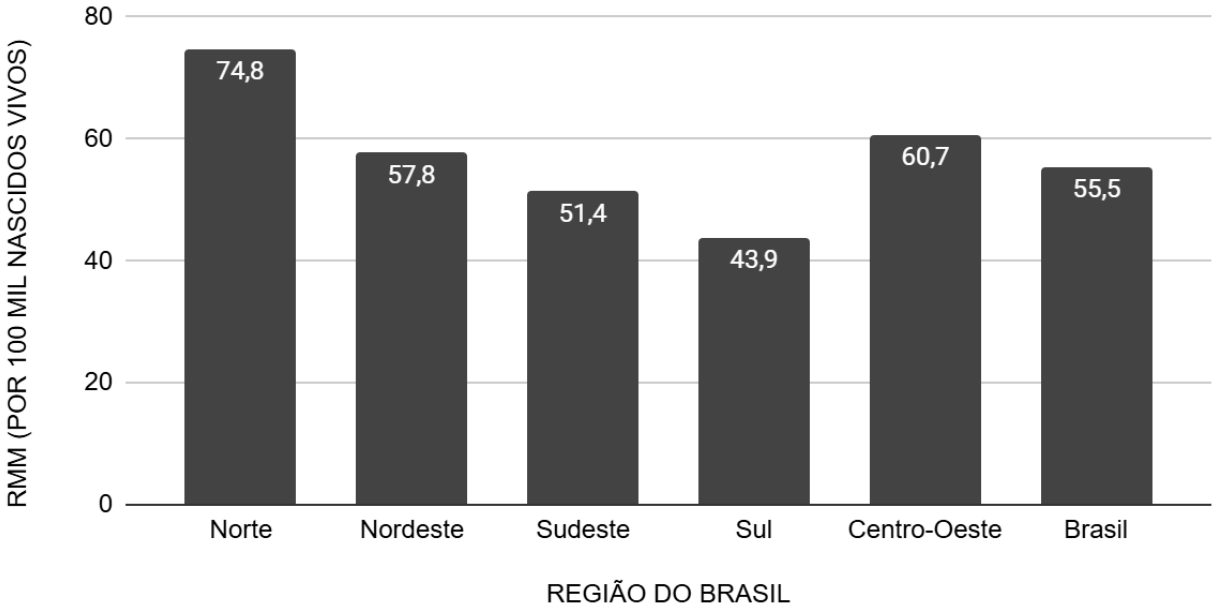
Figura 2 - Número de óbitos maternos por ano no Brasil, no período de 2015-2024 (N= 15.263).



Fonte: Rabelo GOC, et al., 2026. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2026.

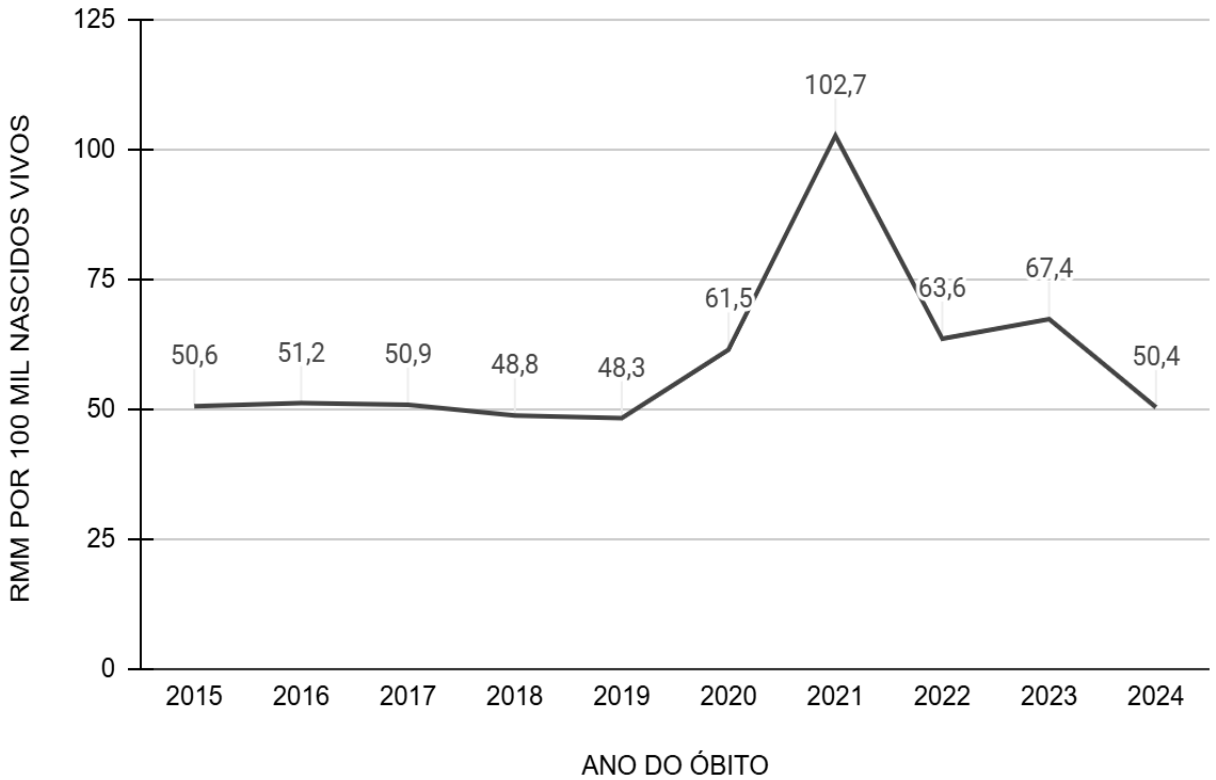
A intensidade da mortalidade materna, considerando o volume de nascidos vivos, foi expressa pela Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100.000 nascidos vivos. Para o período de 2015 a 2024, foi observada uma RMM consolidada nacional de 55,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. A análise por macrorregião também demonstrou diferenças entre os territórios. A Região Norte apresentou a maior RMM consolidada do período, com 74,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, seguida pelas regiões Centro-Oeste (60,7) e Nordeste (57,8). As regiões Sudeste (51,4) e Sul (43,9) apresentaram valores inferiores à RMM consolidada nacional. Esses resultados representam a razão calculada para o conjunto do período de 2015 a 2024, não correspondendo à RMM de um ano específico (**Figura 3**).

Figura 3 - Razão de Mortalidade Materna por macrorregião do Brasil, no período de 2015-2024.



Fonte: Rabelo GOC, et al., 2026. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2026.

Figura 4 - Razão de Mortalidade Materna por ano no Brasil, durante o período de 2015-2024.



Fonte: Rabelo GOC, et al., 2026. Dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2026.

Entre o período de 2015 e 2024, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil apresentou estabilidade até 2019, elevação acentuada em 2020 a 2021 e redução nos anos subsequentes. A RMM consolidada do período foi de 55,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (**Figura 4**).

DISCUSSÃO

A magnitude da mortalidade materna, expressa pela razão de mortalidade materna, revela uma relação estreita e complexa entre as disparidades socioeconômicas e falhas na assistência à saúde da mulher e ao ciclo gravídico puerperal, e reflete o nível de reconhecimento da sociedade para com os direitos das mulheres (GAMA et al., 2024).

Agravadas pelo racismo estrutural e institucional, as mortes maternas espelham a interseccionalidade das desigualdades sociais, de gênero e étnico-raciais, tendo impacto desproporcional sobre mulheres negras e indígenas há décadas, evidenciando lacunas históricas de justiça social e reprodutiva (BORGONOVE et al., 2024).

A emergência da COVID-19, declarada como pandemia pela OMS, desencadeou um expressivo acréscimo de óbitos de gestantes e puérperas e o Brasil se tornou um dos países com maior número de óbitos maternos associados à infecção pelo SARS-CoV-2 do mundo (GAMA et al., 2024).

A COVID-19 mudou drasticamente a relação entre óbitos maternos diretos e indiretos no Brasil durante a pandemia. Dados oficiais revelam que o número de óbitos maternos pelas principais causas diretas (hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto) não mudou substancialmente durante a pandemia, enquanto as mortes por causas infecciosas e parasitárias aumentaram de 10 a 35 vezes em relação a 2019 (GAMA et al., 2024).

Inúmeros fatores relacionaram-se com essas mortes, tais como: as vulnerabilidades, as iniquidades sociais, as fragilidades na assistência prestada à saúde da mulher e os problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diferentes regiões do país, bem como o medo e a insegurança de acessar os serviços de saúde durante o auge da pandemia (SOUZA, RIBEIRO, 2025).

Quanto ao monitoramento da mortalidade materna, o país ainda apresenta problemas de subnotificação de óbitos e incorreções na classificação da causa básica de morte. Persistem erros na determinação do tipo de óbito, se materno ou não, além da incompletude de dados, que comprometem as análises sobre a assistência prestada e as condições de vida das mulheres que morreram na gravidez, parto, aborto ou puerpério, quadro que varia substancialmente entre macrorregiões e estados brasileiros (GAMA et al., 2024).

A literatura demonstra que parcela importante da mortalidade materna pode ser potencialmente evitável (BORGONOVE et al., 2024); entretanto, a evitabilidade deve ser classificada adequadamente, classificação não realizada no presente estudo, não podendo inferir causalidade direta.

A análise dos resultados referentes à distribuição regional dos óbitos maternos demonstrou maior frequência absoluta nas regiões Sudeste e Nordeste, que agrupam, respectivamente, 5.467 e 4.460 registros no período estudado. No entanto, a análise da Razão de Mortalidade Materna evidencia um cenário distinto, uma vez que a maior RMM consolidada foi observada na Região Norte, seguida pelas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Dessa forma, não se deve interpretar a distribuição absoluta dos óbitos como equivalente à magnitude do risco, sendo necessária a consideração do número de nascidos vivos para a interpretação da RMM. As diferenças regionais observadas podem estar relacionadas a desigualdades na distribuição populacional e nos contextos socioeconômicos e assistenciais, conforme descrito na literatura (SANTOS et al., 2023; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; VICTORA et al., 2011; FIOCRUZ, 2022).

A distribuição dos óbitos segundo raça/cor demonstra maior frequência de registros entre mulheres pardas e pretas. Esse achado não deve ser interpretado como direta relação de maior risco e mortalidade, apesar das desigualdades étnico-raciais descritas nas literaturas brasileiras (BORGONOVE et al., 2024; RODRIGUES et al., 2022) incluindo aspectos relacionados aos determinantes sociais da saúde e ao acesso aos serviços de saúde, não é possível confirmar tal relação através dessa análise isolada.

A faixa etária com maior número absoluto de óbitos concentrou-se entre mulheres de 20 a 39 anos, com predominância do grupo de 30 a 39 anos. Esses dados devem ser analisados tendo em vista a distribuição

das gestações e dos nascimentos entre as diferentes faixas etárias. (WHO, 2023; UNFPA, 2024). Ademais a presença de óbitos entre adolescentes também remete à necessidade de políticas ampliadas de educação sexual, acesso a contracepção e prevenção do aborto inseguro (GONÇALVES et al., 2022).

Quanto às características sociodemográficas, observou-se maior frequência de óbitos entre mulheres com 8 a 11 anos de estudo e entre mulheres solteiras. Esse resultado descreve o perfil sociodemográfico dos óbitos registrados no período, ainda que se compreenda que conforme a literatura, esses são fatores contribuintes para atrasos no reconhecimento e no encaminhamento de complicações obstétricas (MENDONÇA et al., 2022; OLIVEIRA et al., 2021) não permite inferir maior risco de mortalidade segundo escolaridade ou estado civil, posto que não foram utilizados grupos comparadores ou denominadores específicos.

Do ponto de vista clínico, observou-se predominância dos óbitos ocorridos em ambiente hospitalar, totalizando 91,27% dos registros. Os óbitos em domicílio e via pública representaram uma pequena parcela dos resultados (4,02%). A distribuição por tipo de morte obstétrica revelou predomínio das mortes diretas por causas clássicas (hipertensão, hemorragia, infecção puerperal), acompanhadas por um aumento relativo de mortes por causas infecciosas e indiretas no período da pandemia por COVID-19 , fenômeno já documentado em estudos nacionais que sinalizam o impacto direto e indireto da pandemia na mortalidade materna (GAMA et al., 2024; LOPES et al., 2026).

A hemorragia pós-parto e a hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia mantêm-se como causas importantes de morte direta, reforçando a necessidade de protocolos de assistência obstétrica eficazes, capacitação para manejo de emergência e disponibilidade de insumos e sangue (SILVA et al., 2022; SOUZA et al., 2023). As infecções puerperais e a sepse, com contribuição relevante para a mortalidade materna, exigem atenção à prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, bem como vigilância da qualidade da assistência hospitalar (CARVALHO et al., 2021).

No presente estudo, a análise da série temporal (**Figura 4**) evidenciou elevação acentuada da Razão de Mortalidade Materna nos anos de 2020 (61,5/100 mil) e especialmente em 2021 (102,7/100 mil), seguida de redução nos anos subsequentes (atingindo 50,4/100 mil em 2024). Esse comportamento temporal ocorreu durante o período da pandemia de COVID-19 e é compatível com achados descritos na literatura nacional (WHO, 2023; UNFPA, 2024). Contudo, como o presente estudo não avaliou individualmente a causa do óbito nem realizou análise causal, não é possível atribuir isoladamente o aumento observado à infecção pelo SARS-CoV-2.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta limitações inerentes à utilização de dados secundários provenientes dos sistemas SIM e SINASC que completam-se para análise. A possibilidade de subnotificação, a deficiência dos registros e inconsistências na classificação das informações pode influenciar a caracterização dos óbitos maternos, bem como no cálculo da Razão de Mortalidade Materna. Ademais, por se tratar de dados agregados, não foi possível avaliar características individuais ou estabelecer relações causais entre os fatores sociodemográficos, clínicos e a ocorrência dos óbitos. Por esse motivo, os resultados devem ser interpretados considerando as limitações relacionadas à qualidade e à completude das bases de dados utilizadas.

CONCLUSÃO

A análise dos óbitos maternos registrados no Brasil entre 2015 e 2024 demonstrou predominância de mortes por causas obstétricas diretas, com maior frequência de ocorrência no período puerperal e em ambiente hospitalar. Em números absolutos, as regiões Sudeste e Nordeste concentraram os maiores contingentes de óbitos, enquanto a maior Razão de Mortalidade Materna consolidada para o período foi observada na Região Norte, seguida pelas regiões Centro-Oeste e Nordeste. Observou-se aumento do número absoluto de óbitos maternos em 2020 e 2021, seguido de redução nos anos subsequentes. Essa variação temporal coincidiu com o período da pandemia de COVID-19, porém os dados analisados não

permitem estabelecer relação causal entre a pandemia e o aumento observado. Os resultados demonstram diferenças regionais na distribuição da mortalidade materna e reforçam a importância do monitoramento sistemático dos óbitos maternos e da utilização qualificada dos sistemas de informação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. ALKEMA L, et al. National, regional, and global levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015. *The Lancet*, 2016.
2. BORGONOVE KCA, et al. Análise de série temporal: tendência da mortalidade materna tardia no Brasil, 2010-2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 2024; 40(7): e00168223.
3. CARVALHO A, et al. Infecções puerperais e sepse: análise das causas de óbito materno em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2021.
4. DUMS W, CAMPOS R. Mortalidade materna no Brasil (2020-2024): distribuição macrorregional, causas diretas, indiretas e o papel da Rede Cegonha e PNAISM. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2025; 8(19): e082423.
5. FERREIRA MCS, et al. Tendência da mortalidade materna no Paraná, Brasil, e regionais de saúde, entre 2005 e 2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2025; 30: e15482023.
6. FIOCRUZ. *Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto e atenção ao parto*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.
7. GAMA SGN, et al. Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. *Cadernos de Saúde Pública*, 2024; 40(4): e00107723.
8. GONÇALVES AC, et al. Aborto inseguro e mortalidade materna: uma revisão sistemática no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2022.
9. LOPES LMG, SOUZA JB, MALTA DC, PILECCO FB. Mortalidade materna no contexto da covid-19: estudo ecológico com comparação das razões de mortalidade materna antes e durante a pandemia, Minas Gerais, 2010-2021. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2026; 35: e20251008.
10. MENDONÇA IM, 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*, 2022; 38(3): e00195821.
11. OLIVEIRA IVG, et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024; 29: e05012023.
12. OLIVEIRA IVG, et al. Mortalidade materna no Nordeste do Brasil, 2009-2019: distribuição espacial, tendência e fatores associados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2023; 32(3): e2022973.
13. OLIVEIRA LC, et al. Perfil epidemiológico das mortes maternas evitáveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2021.
14. RANZANI OT, MARINHO MF, BIERRENBACH AL. Utilidade do Sistema de Informação Hospitalar na vigilância da mortalidade materna no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2023; 26: e230007.
15. RODRIGUES DA, et al. Mortalidade materna no Brasil: evolução e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2022.
16. SANTOS GH, et al. Desigualdades regionais na mortalidade materna no Brasil: uma análise dos últimos 10 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023.
17. SILVA CF, et al. Hipertensão na gestação: principal causa de mortalidade materna no cenário nacional. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2022.
18. SOUZA RT, et al. Hemorragia pós-parto: o papel da assistência hospitalar na redução da mortalidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2023.
19. SOUZA VTF, RIBEIRO JM. Análise das implicações da pandemia COVID-19 na mortalidade materna no Brasil em 2020-2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2025; 30: e01092024.
20. UNFPA (UNITED NATIONS POPULATION FUND). *State of World Population 2024: Interwoven Lives, Threads of Hope*. New York: UNFPA, 2024.
21. VICTORA CG, et al. Saúde materno-infantil no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, 2011.
22. WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA*. Geneva: WHO, 2023.