

MORTALIDADE MATERNA: PERFIL DOS ÓBITOS MATERNOS OCORRIDOS NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL NO PERÍODO DE 2014 A 2022

LIMA, Priscilla Ancrithian de Arruda¹

PAIÃO, Dayse Sanches Guimarães²

RESUMO

A mortalidade materna é um evento grave que representa uma violação dos direitos humanos, visto que, 92% ou seja 9 em cada 10 óbitos maternos ocorrem por causas evitáveis, sendo 99% delas em países em desenvolvimento. Em 2020 a Razão de Mortalidade Materna mundial foi de 72,1 por 100.000 nascidos vivos. Sendo a partir de então meta prioritária nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas. O objetivo desse estudo é caracterizar os óbitos maternos no estado Mato Grosso do Sul e em suas macrorregiões de saúde, no período de 2014 a 2022. Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais utilizando os óbitos maternos de residentes no estado do Mato Grosso do Sul e em suas respectivas regiões de saúde (Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas), ocorridos no período de 2014 a 2022. Os resultados indicaram que a maior parte dos óbitos maternos ocorreram em mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, pardas, solteiras, com baixa e média escolaridade. A principal causa básica de morte materna comum a todas as macrorregiões foi por causas diretas que incluem: "Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério" e "complicações do trabalho de parto e parto" e causas indiretas relacionadas a doenças circulatórias, virais e respiratórias. As causas indiretas, em Corumbá, houve destaque com uma Razão de mortalidade materna 60,8, o qual a literatura traz que estão relacionadas com doenças preexistentes, e inclui doenças virais, respiratórias, dos quais foram um grande problema à saúde materna no período pandêmico. No que se refere ao período de ocorrência, houve a predominância de mortalidade materna no pós-parto com uma RMM preponderante em Corumbá, refletindo um déficit no pré-natal e a necessidade de uma abordagem mais integrada na gestão da saúde das gestantes. Campo Grande, por ser um centro de referência, apresentou um aumento constante na RMM devido à migração de gestantes de alto risco. Dourados, com alta taxa de cesarianas, mostrou a necessidade de práticas obstétricas seguras e humanizadas. Três Lagoas apresentaram flutuações, tendo anos com zero mortes, e com um aumento na RMM em 2021, trazendo à tona problemas relacionados com a subnotificação dos óbitos maternos. Em 2021, a RMM de Mato Grosso do Sul apresentou um aumento significativo, alcançando 123,30,

¹ Enfermeira, Residente em Enfermagem Obstétrica pela UFGD. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso.

² Enfermeira, Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública pela FIOCRUZ, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados.

enquanto a média geral do período foi de 63,51. Como desfecho deste estudo, temos as altas taxas de mortalidade materna, especialmente em regiões como Corumbá e Campo Grande, que refletem desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Implementar práticas obstétricas seguras e melhorar a cobertura do pré-natal são medidas cruciais. As informações geradas são essenciais para orientar políticas públicas e ações de saúde que promovam a equidade e a segurança das gestantes no estado. E que permitam a elaboração de políticas públicas para redução da mortalidade materna no estado, atingindo assim os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Desse modo, como contribuição, este estudo traz uma visão abrangente acerca da realidade da saúde materna no estado, e produz informações sobre causas de mortes, com a finalidade de nortear gestores e profissionais para o planejamento e desenvolvimento de ações que promovam e combatam iniquidades e agravos que assolam a população materna.

Palavras-chave: Mortalidade materna, Saúde da mulher, Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna, constitui-se na morte de uma mulher durante o período gestacional, ou puerpério (até 42 dias após a gestação), que independe da duração ou da localização da gravidez, e que seja causada ou agravada pela gravidez (OMS, 1994). Trata-se de um indicador determinante de saúde, revelando de maneira acentuada as disparidades sociais enfrentadas pelas mulheres (OMS, 2019). Portanto, é uma meta prioritária nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, devido à importância global atribuída à promoção da saúde materna como um componente essencial do desenvolvimento sustentável (Osanan, et al, 2018).

As discrepâncias evidenciadas nesse indicador entre nações de alto e baixo poder econômico, assim como entre diferentes regiões dentro de um mesmo país, pode ser atribuído às variações na prestação, no acesso e na qualidade dos serviços obstétricos e de planejamento familiar. Nesse contexto, o falecimento de uma mulher devido a causas preveníveis emerge como um reflexo de seu status na sociedade, evidenciando a inadequação do sistema de saúde em atender às suas necessidades (Souza, 2015; Oliveira et al, 2023).

No cenário mundial, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez, todos os dias, 9 em cada 10 óbitos maternos ocorrem por causas evitáveis. Sendo que, 99% dos óbitos maternos por causa evitáveis, ocorrem em países em desenvolvimento. Para se ter um parâmetro, no mapa mundial da mortalidade materna, enquanto nos países desenvolvidos a RMM é menor que 20, países dentro do continente africano, em que a desigualdade social é alarmante a RMM pode chegar até 500 (OPAS, 2023).

No Brasil, a equipe de vigilância epidemiológica realizou um levantamento da Razão de Mortalidade Materna (RMM) em todos os estados brasileiros, do período de 2009 a 2019, constatando uma tendência decrescente da RMM de 72,4 (2020) para 57,9 (2019) por 100.000 nascidos vivos. Apesar da redução ao longo dos anos da RMM, ainda está distante da meta estabelecida para os ODS de 35,8 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no ano de 2030 (Secretaria De Vigilância Em Saúde, Ministério Da Saúde, 2021). As regiões brasileiras com as maiores RMM são a região norte (82,5 por 100.000 nascidos vivos - NV), nordeste (63,6 por 100.000) e centro-oeste (59 por 100.000NV). No Mato Grosso do Sul, no ano de 2019 a RMM do

estado foi de 64,5 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (Secretaria De Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021).

O estado do Mato Grosso do Sul (MS), localizado na região Centro-Oeste. E apresenta desafios específicos devido à sua localização geográfica, diversidade populacional, incluindo uma significativa população indígena (2,99%), e têm proximidade com fronteiras internacionais (Paraguai e Bolívia) (Governadoria Do Estado De Mato Grosso Do Sul, 2023). Em 2019 a RMM do estado foi de 64,5 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (Secretaria De Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021). Diante das características apresentadas é essencial um entendimento aprofundado das causas dos óbitos maternos, a fim de desenvolver estratégias de intervenção que sejam culturalmente sensíveis e regionalmente aplicáveis.

A produção de informações sobre causas de mortes maternas, sobretudo a nível regional, pode ajudar a nortear gestores e profissionais de muitas áreas para o planejamento e desenvolvimento de ações que promovam e combatam iniquidades e agravos que assolam a população materna. Além disso, contribuirá para a base de dados sobre mortalidade materna no Brasil, as evidências geradas poderão auxiliar na formulação de políticas públicas que visem a redução das iniquidades em saúde, promovendo um atendimento obstétrico de qualidade e acessível para todas as mulheres, independentemente de sua localização ou condição social.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi de caracterizar a mortalidade materna do estado do MS e suas respectivas regiões de saúde, a fim de contribuir para a vigilância da mortalidade materna nesta unidade federativa, e fomentar evidências que auxiliem na tomada de decisões de políticas públicas em saúde para a redução da mortalidade materna.

2. REVISÃO TEÓRICA

A mortalidade materna é um evento grave que representa uma violação dos direitos humanos, visto que, 92% ou seja 9 em cada 10 óbitos maternos ocorrem por causas evitáveis, sendo 99% delas em países em desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2007; OPAS, 2018). Adicionalmente, representa um indicador de iniquidade social, pois evidencia desigualdades

sociais em necessidades básicas como educação, acesso à saúde, alimentação adequada, assistência sanitária, suporte social (OPAS, 2018).

2.1. Mortalidade Materna no Brasil e em Mato Grosso do Sul: panorama e perfil epidemiológico dessas mulheres.

A taxa de mortalidade materna no Brasil ao longo das últimas décadas, sofreu uma queda de 55,4% de 1990 a 2018, o que é uma conquista notável. A redução de 141 para 62,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos indica avanços importantes na assistência materna e saúde reprodutiva. No entanto, apesar desse progresso, o país ainda enfrenta o desafio de alcançar a meta da ODS de reduzir os óbitos maternos para 30 por 100 mil nascidos vivos até 2030. (Secretaria De Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021)

Entre as regiões brasileiras, as diferenças socioeconômicas são facilmente percebidas nos índices de mortalidade materna, pois ao passo que a região Sul, uma região com melhor desenvolvimento socioeconômico, apresenta uma RMM de 38,3 óbitos maternos por 100mil nascidos vivos, enquanto a região norte, que apresenta uma vulnerabilidade social maior apresenta uma RMM de 82,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. (Secretaria De Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021)

Diante dos casos de subnotificação, emerge a necessidade de intervenções, sendo uma delas a criação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, que têm por atribuição, a realização da vigilância dos óbitos maternos, através de inquéritos e investigações sobre as mortes, com fim a mensurar a real magnitude do problema e desta maneira propor medidas para a redução. (Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021)

Em 2019, no Brasil, 13% dos óbitos maternos ocorreram em adolescentes (196 óbitos), na variável raça/cor as mulheres negras representam 66% dos óbitos maternos. Além disso, ocorre o predomínio de baixa escolaridade (até 11 anos de estudo), sendo representadas 75% das mulheres. (Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021)

Em Mato Grosso do Sul, no período de 2010 a 2018, foram identificadas 245 mortes maternas em mulheres de 10 a 49 anos, obteve-se uma RMM de 62,9 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. O estado se assemelha ao cenário brasileiro quando referimos a variável raça/cor,

sendo 59,1% representado por mulheres negras, com o destaque também para 11,6% representado por mulheres indígenas. A escolaridade também há a prevalência de mulheres com baixa escolaridade, no qual 41,6% ou não teve alfabetização, ou completou apenas o ensino fundamental. Quanto a idade, diferencia do cenário do país, pois as faixas etárias predominantes foram 20 a 29 anos e 30 a 39 anos que correspondem 196 mortes no período (Paula et al, 2020).

2.2. Mortalidade materna: causas determinantes

Além das implicações humanas e sociais, é crucial analisar as causas subjacentes a esses óbitos. Entre as causas obstétricas indiretas prevalecem as doenças do aparelho circulatório (130 óbitos; 8,3%), doenças do aparelho respiratório (65 óbitos; 4,1%), doenças infecciosas e parasitárias maternas (45 óbitos; 2,9%). No entanto, entre as causas obstétricas diretas prevalecem a hipertensão (370 óbitos; 20%), hemorragia (195 óbitos; 12,4%), infecção puerperal (69 óbitos; 4,4%), e aborto (43 óbitos; 2,7%), que representam mais de 60% das mortes maternas. (Secretaria De Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021). Essas estatísticas refletem a urgência de abordar especificamente essas condições para reduzir o impacto da mortalidade materna, exigindo estratégias de saúde pública eficazes e intervenções direcionadas.

As Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG) surgem como um fator de risco crítico, que demanda uma atenção integral desde o pré-natal até o período puerperal. Sendo a Hipertensão gestacional a mais comum, que quando não diagnosticada e tratada precocemente, evolui para Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. As sérias complicações vinculadas à pré-eclâmpsia e eclâmpsia, podem resultar em óbito materno, e incluem complicações como problemas renais, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema pulmonar agudo, distúrbios de coagulação e insuficiência hepática. Outrossim, o feto e o recém-nascido também são afetados, com insuficiência placentária, trabalho de parto prematuro, levando a taxas elevadas de morbimortalidade perinatal (Brasil; Ministério da Saúde, 2022).

Outro preocupante causa de morte materna, é a Hemorragia Pós-Parto (HPP), caracterizada pela perda de sangue superior a 500 ml após parto vaginal ou superior a 1.000 ml após uma cesariana em um período de 24 horas. Também pode se referir a qualquer perda sanguínea pelo trato genital que possa levar a instabilidade hemodinâmica. A HPP representa um risco letal para a mulher, caso não seja detectada precocemente. Diante disso, adotou-se a "Hora de Ouro" na

hemorragia pós-parto que consiste na orientação de controle do local do sangramento puerperal idealmente durante a primeira hora após o diagnóstico, ou alcançar um estágio avançado do tratamento até o final desse período. Diante disso, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lança juntamente com a Organização mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia – 0MMxH como esforço coletivo de gestores e profissionais de saúde para acelerar a redução da morbimortalidade grave no Brasil (OPAS, 2018).

É conhecimento que o atraso no tratamento rápido e agressivo da HPP, está totalmente relacionado à ocorrência de óbitos maternos por HPP. No entanto, determinantes sociais estão envolvidos, pois há dificuldades relacionadas ao acesso das pacientes ao sistema de saúde, ao manejo obstétrico da hemorragia, além de déficit nas maternidades quanto à estrutura e processos organizacionais (OPAS, 2018).

No entanto, a prevenção e o manejo eficazes dessas condições começam muito antes do parto, destacando a importância do cuidado pré-natal. Abordar esses desafios requer uma abordagem abrangente que se inicie na identificação de fatores de risco durante a gestação e se estenda até o puerpério. Nesse contexto, o pré-natal emerge como um componente essencial na mitigação dos riscos associados à mortalidade materna, os principais problemas identificados em uma revisão integrativa foram: acesso aos serviços (cobertura, número de consultas e barreiras geográficas); má qualidade da assistência pré-natal relacionados à falta de infraestrutura; déficit de insumos e equipamentos; falta de educação em saúde destinadas às mulheres e a carência de profissionais qualificados (Cá et al., 2022).

A atenção básica desempenha um papel importantíssimo como ordenadora do cuidado, assegurando que as necessidades da mulher sejam atendidas ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Após o parto e a hospitalização, ocorre na mulher dúvidas, medos, que aumentam quando a mesma está em sua primeira experiência materna. O acompanhamento contínuo será determinante tanto no apoio à essa mulher, como no desenvolvimento da criança (Brasil; Ministério da Saúde, 2012).

Outra problemática latente é a ocorrência da mortalidade materna em mulheres jovens, decorrentes de abortos espontâneos ou provocados. No Brasil o aborto está entre as cinco principais causas de morbimortalidade, sendo responsável por 5 a 20% dos óbitos. No entanto, é conhecido a

subnotificação por traz dos casos de abortos, principalmente quando diz respeito aos provocados, devido a ilegalidade (Santos B. B et al, 2023 *apud* Nunes; Madeiro; Diniz, 2019).

A relação entre a mortalidade materna em mulheres jovens, especialmente decorrente de abortos espontâneos ou provocados, e o planejamento familiar é uma questão complexa e multifatorial. O acesso restrito ou limitado ao planejamento reprodutivo adequado pode contribuir para o aumento da ocorrência de abortos inseguros, uma vez que as adolescentes deixam de acessar métodos de contracepção seguros. Embora seja uma preocupação de saúde pública e sempre surja em pauta, não se tem a real dimensão do problema devido a subnotificações, e a dificuldade moral da sociedade em lidar com o assunto (Santos B. B et al, 2023 *apud* Nunes; Madeiro; Diniz, 2019).

2.3. Para além dos dados: morte materna e seus determinantes.

A centralidade do papel social materno, é totalmente percebida quando há a ausência materna em um lar, representa uma lacuna gigantesca em um núcleo familiar, pois muitas vezes essa família é composta apenas por mãe e filhos (Freitas Júnior, 2020). Estudos realizados no continente africano, relacionou a falta materna devido ao óbito, como uma ameaça à sobrevivência da criança. Ou seja, observaram uma significativa probabilidade a ausência de subsistência, analfabetismo, pobreza e insegurança alimentar, resultando em maiores riscos para a continuação da história da mortalidade materna e neonatal em suas vidas (Moucheraud et al, 2015).

Freitas Júnior (2020), compreendendo a centralidade do papel social materno, associado ao entendimento que a mortalidade materna é uma iniquidade social, e uma violência aos direitos humanos das mulheres, aborda a necessidade da construção de uma "consciência crítica coletiva" que entenda a consequência da morte materna, repudie, se indigne com a morte de uma mãe vítima da má assistência obstétrica.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais utilizando os óbitos maternos de residentes no estado do Mato Grosso do Sul e em suas respectivas regiões de saúde (Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas), ocorridos no período de 2014 a 2022.

3.2. Local do estudo e período

O local do estudo encontra-se no estado do Mato Grosso do Sul. Este é um dos três que compõem a região Centro-Oeste do Brasil, limita-se com dois países sul-americanos, Paraguai e Bolívia, que dá a característica de uma população estrangeira significativa. Além disso, está contida nessa região a terceira maior população indígena do país, representando 2,99% da população do estado.

3.3 Extração e análise de dados

A RMM é o indicador utilizado para aferir a mortalidade materna. Foram extraídos os óbitos maternos registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o número de nascidos vivos registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (Brasil; Ministério da Saúde, 2024).

Inicialmente, foi realizado a distribuição proporcional dos óbitos segundo variáveis de interesse: faixa etária, raça/cor, e causa básica de óbito segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 que tem relação com a mortalidade materna (CID 10 - O00-O08; O11-O23; O24.4; O26-O92; A34; D39.2; E23.0; F53, M83.0, O10; O24 (exceto O24.4); O25; O98-O99; A34 e B20-B24), no período acumulado de 2014 a 2022 e por triênios (2014-2016; 2017-2019; 2020-2022).

Em seguida, foram estimadas as RMM utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Para a análise de tendência das taxas de mortalidade anuais foi realizado modelos de regressão linear pelo método de Prais-Winsten, evitando assim a superestimação da autocorrelação das variáveis. Foi considerada tendência significativa aquela cujo modelo estimado obteve valor de p menor que 0,05.

Os dados foram analisados no software R, versão 3.6.3 (<https://www.r-project.org/>) por meio dos pacotes estatísticos “Epitools”, “prais” e “ggplot2”.

3.4. Aspectos Éticos

Para este estudo foram utilizados exclusivamente dados públicos não identificados, sendo dispensável, portanto, a prévia autorização ética, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

No período acumulado do estudo, entre 2014 e 2022, contabilizou-se um total de 387.345 mil nascimentos no estado do Mato Grosso do Sul, todos provenientes de mulheres residentes. No mesmo período, foram notificados 287 óbitos maternos, sendo a macrorregião de saúde de Campo Grande a maior detentora de óbitos, seguida por Dourados, Corumbá e Três Lagoas. Foi constatado que o terceiro triênio (2019 a 2022) apresentou o maior número de óbitos maternos, nas quatro macrorregiões, entretanto, em Corumbá e Dourados o primeiro triênio (2014 a 2016) também apresentou alto número de notificações de óbito (tabela 1).

A maior proporção de óbitos ocorreu em mulheres com faixa-etárias entre 20 e 29 anos, em Três Lagoas (48%), Campo Grande (46,8%), Corumbá (42%) com uma diferença na região de Dourados (43,7%) que predominou a faixa etária de 30 a 39 anos. Quanto à raça/cor evidencia-se predominância de óbitos maternos em mulheres pardas, nas quatro regiões de saúde em todos os triênios. Em Corumbá evidencia-se a mortalidade materna na cor preta, apresentando uma

proporção de 12,9% e ficando em segundo lugar em número de óbitos da região. Em Dourados sobressalta a proporção de óbitos maternos indígenas (15,7%), sobretudo no primeiro triênio (2014-2016) onde a frequência absoluta foi igual a de mulheres brancas.

No que refere à escolaridade, houve maior frequência de óbitos nas mulheres que tinham de 8 a 11 anos de estudo, seguida de 4 a 7 anos de estudo, nas quatro regiões de estudo, em todo o período analisado. Quanto ao estado civil, predominam as mulheres solteiras, sendo que Campo Grande (72%) ficou em primeiro lugar em número de óbitos maternos, seguido por Corumbá (68%), Dourados (57%) e Três Lagoas (54%).

Quanto ao período de ocorrência no ciclo gravídico-puerperal houve predominância de ocorrências no período pós-parto, sendo verificado a maior proporção de óbitos na região de Corumbá (77,4%), seguida de Campo Grande (65,6%), Dourados (59,8%) e Três Lagoas (58,6%). No que diz respeito às causas de óbito materno apresentado no capítulo XV da CID 10, as causas diretas de óbito materno foram predominantes nas quatro macrorregiões, em todo o período de análise.

A análise das RMM por 100.000 nascidos vivos nas diferentes macrorregiões de Mato Grosso do Sul evidenciou excesso de mortalidade em mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos, com escolaridade entre 8 a 11 anos e solteiras, padrão identificado nas quatro macrorregiões, durante todo os nove anos analisados.

Destaca-se a alta RMM por raça/cor em mulheres pretas nas quatro macrorregiões, sobretudo em Corumbá (806 por 100.000 nascidos vivos). Na região de Dourados sobressai a alta mortalidade materna entre as indígenas (121 por 100.000 nascidos vivos).

Considerando ciclo gravídico-puerperal, a RMM foi mais elevada no período pós-parto, em todas as macrorregiões, porém em Corumbá evidenciou-se a maior, 106 por 100.000 nascidos vivos, em comparação com as demais regiões, Dourados, 49,6 por 100.00 nascidos vivos, Três Lagoas, 44,9 por 100.000 nascidos vivos e Campo Grande 38,8 por 100.00 nascidos vivos. Na análise das causas de óbito, a RMM por causas diretas foi a mais prevalente. Entre as quatro regiões de saúde, Corumbá apresentou a maior razão de óbito em todos os triênios.

A tendência de RMM, está presente nas figuras 1 e ilustra a evolução da RMM no estado e em suas macrorregiões, destacando as oscilações e padrões identificados de 2014 a 2022. A região de Corumbá apresentou as maiores RMM entre as regiões do estado, tendo flutuações significativas

nos valores da RMM ao longo dos anos, com picos elevados em 2014 e 2021 (RMM 263,85). Em Campo Grande, observou-se uma variação na RMM, partindo de 34,03 em 2014 e culminando em um pico de 122,56 em 2021. Em Dourados, a tendência foi de crescimento até 2015, seguindo com variações decrescentes nos anos subsequentes. E enfim, no estado do MS, nota-se um ligeiro aumento na RMM ao longo dos anos

Tabela 1 - Características dos óbitos maternos de residentes nas macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do sul, triênios 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022.

VARIÁVEIS	Corumbá								Três Lagoas								Campo Grande								Dourados							
	2014-2016		2017-2019		2020-2022		2014-2022		2014-2016		2017-2019		2020-2022		2014-2022		2014-2016		2017-2019		2020-2022		2014-2022		2014-2016		2017-2019		2020-2022		2014-2022	
	(n=13)	(n=5)	(n=13)	(n=31)	(n=10)	(n=8)	(n=11)	(n=29)	(n=33)	(n=40)	2022 (n=51)	(n=124)	(n=41)	(n=29)	(n=33)	(n=103)																
Faixa Etária (anos)	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
10 - 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	2	5,0	0	0,0	3	2,4	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	1,0		
15 - 19	1	7,7	1	20,0	1	7,7	3	9,7	0	0,0	1	12,5	1	9,1	2	6,9	2	6,1	3	7,5	3	5,9	8	6,5	8	19,5	3	10,3	3	9,1	14	13,6
20 - 29	7	53,8	2	40,0	4	31	13	42	4	40,0	4	50,0	6	54,5	14	48,3	15	45,5	20	50,0	23	45,1	58	46,8	14	34,1	13	44,8	9	27,3	36	35,0
30 - 39	4	30,8	2	40,0	7	54	13	42	5	50,0	3	37,5	3	27,3	11	37,9	15	45,5	12	30,0	18	35,3	45	36,3	14	34,1	12	41,4	19	57,6	45	43,7
40 - 49	1	7,7	0	0,0	1	7,7	2	6,5	1	10,0	0	0,0	1	9,1	2	6,9	0	0,0	3	7,5	7	13,7	10	8,1	4	9,8	1	3,4	2	6,1	7	6,8
Raça/Cor																																
Branca	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	3,2	6	60,0	2	25,0	3	27,3	11,0	37,9	13	39,4	11	28,2	18	35,3	42	34,1	11	32,4	13	44,8	12	37,5	36	35,9
Preta	3	23,1	1	20,0	0	0,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1,0	3,4	2	6,1	1	2,6	5	9,8	8	6,5	2	5,9	0	0,0	2	6,3	4	3,9
Amarela	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	41,4	0	0,0	0	0,0
Parda	10	76,9	4	80,0	12	92	26	83,9	4	40,0	6	75,0	7	63,6	17,0	58,6	17	51,5	23	59,0	26	51,0	66	53,7	10	29,4	0	0,0	17	53,1	46	45,1
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	1	3,0	4	10,3	2	3,9	7	5,7	11	32,4	4	13,8	1	3,1	16	15,7
Ign	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade (anos)																																
0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	3,2	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,0	0	0,0	1	2,0	2	1,6	2	4,9	1	3,6	1	3,1	4	4,0
1 a 3	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	3,2	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	3	9,1	2	5,0	0	0,0	5	4,1	4	9,8	1	3,6	1	3,1	6	5,9
4 a 7	6	46,2	1	20,0	3	23	10	32	3	30,0	2	25,0	2	18,2	7	24,1	7	21,2	7	17,5	10	20,0	24	19,5	15	36,6	11	39,3	3	9,4	29	28,7
8 a 11	7	53,8	2	40,0	7	54	16	52	4	40,0	4	50,0	7	63,6	15	51,7	15	45,5	24	60,0	30	60,0	69	56,1	15	36,6	12	42,9	19	59,4	46	45,5
12 ou mais	0	0,0	0	0,0	3	23	3	9,7	1	10,0	2	25,0	2	18,2	5	17,2	3	9,1	6	15,0	8	16,0	17	13,8	4	9,8	2	7,1	7	21,9	13	12,9
ign	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	12,1	1	2,5	1	2,0	6	4,9	1	2,4	1	3,6	1	3,1	3	3,0
Estado Civil																																
Solteira	11	84,6	4	80,0	6	46	21	68	3	30,0	5	62,5	6	54,5	14	48,3	24	72,7	27	67,5	38	75	89	72	26	63	15	52	18	54,5	59	57,3
Casada	2	15,4	1	20,0	7	54	10	32	7	70,0	3	37,5	5	45,5	15	51,7	9	27,3	13	32,5	11	22	33	27	15	37	13	45	13	39,4	41	39,8
Divorciada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,9	2	1,6	0	0,0	0	0,00	1	3,0	1	1,0
ign	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,0	2	1,9

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade, 2024

Nota: *Causas de óbito referente ao capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

continuação tabela 1 - Características dos óbitos maternos de residentes nas macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do sul, triênios 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022.

VARIÁVEIS	Corumbá								Três Lagoas								Campo Grande								Dourados							
	2014- 2016 (n=13)	2017- 2019 (n=5)	2020- 2022 (n=13)	2014- 2022 (n=31)	2014- 2016 (n=10)	2017- 2019 (n=8)	2020- 2022 (n=11)	2014- 2022 (n=29)	2014- 2016 (n=33)	2017- 2019 (n=40)	2020- 2022 (n= 51)	2014- 2022 (n=124)	2014- 2016 (n=41)	2017- 2019 (n=29)	2020- 2022 (n=33)	2014- 2022 (n=103)	2014- 2016 (n=33)	2017- 2019 (n=40)	2020- 2022 (n= 51)	2014- 2022 (n=124)	2014- 2016 (n=41)	2017- 2019 (n=29)	2020- 2022 (n=33)	2014- 2022 (n=103)	2014- 2016 (n=33)	2017- 2019 (n=40)	2020- 2022 (n= 51)	2014- 2022 (n=124)	2014- 2016 (n=41)	2017- 2019 (n=29)	2020- 2022 (n=33)	2014- 2022 (n=103)
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
Ocorrência no ciclo gravídico e puerperal																																
gravidez	3	23,1	2	40,0	2	15,4	7	22,6	4	40,0	3	37,5	5	45,5	12	41,4	13	39,4	18	47,4	11	21,6	42	34,4	19	46,3	11	37,9	11	34,4	41	40,2
parto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
pós-parto	10	76,9	3	60,0	11	84,6	24	77,4	6	60,0	5	62,5	6	54,5	17	58,6	20	60,6	20	52,6	40	78,4	80	65,6	22	53,7	18	62,1	21	65,6	61	59,8
Causas do óbito*																																
causas diretas	7	53,8	3	60,0	7	53,8	17	55	6	60,0	7	87,5	5	45,5	18	62,1	24	72,7	26	65,0	26	51,0	76	61,3	33	80,5	22	75,9	15	45,5	70	69,3
causas indiretas	6	46,2	2	40,0	5	38,5	13	42	3	30,0	1	12,5	6	54,5	10	34,5	8	24,2	14	35,0	25	49,0	47	37,9	8	19,5	6	20,7	16	48,5	30	29,7
causas não especificadas	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	3,2	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	3,4	2	6,1	1	1,0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade, 2024

Nota: Causas de óbito referente ao capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); * Causas diretas de óbito materno (O00- O08; O11-O23; O24.4; O26 - O94);

** Causas indiretas de óbito materno (O10; O24 - O24.3; O25; O98-O99); *** causas de óbito não especificadas (O95)

Tabela 2 - Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100.000 nascidos vivos de residentes nas macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, triênios 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022.

VARIÁVEIS	Corumbá				Três Lagoas				Campo Grande				Dourados			
	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014 -2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2022
Faixa Etária (anos)																
10 - 14	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,8	0,0	1,5	2,4	0,0	0,0	0,8
15 - 19	14,3	15,0	15,4	14,9	0,0	7,6	8,1	5,3	2,9	4,2	4,6	3,9	19,4	7,2	7,5	11,4
20 - 29	99,8	30,1	61,5	64,5	31,9	30,6	48,9	36,9	21,5	28,1	35,2	28,1	33,9	31,0	22,6	29,3
30 - 39	57,0	30,1	107,7	64,5	39,8	22,9	24,4	29,0	21,5	16,9	27,5	21,8	33,9	28,6	47,7	36,6
40 - 49	14,3	0,0	15,4	9,9	8,0	0,0	8,1	5,3	0,0	4,2	10,7	4,8	9,7	2,4	5,0	5,7
Raça/Cor																
Branca	0,0	0,0	126,1	48,3	105,1	35,1	66,9	69,2	55,3	43,5	78,5	58,5	68,3	76,8	80,9	75,2
Preta	2521,0	735,3	0,0	806,5	0,0	0,0	133,2	57,7	127,0	47,6	211,3	132,4	266,0	0,0	204,5	153,5
Amarela	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11320,8	0,0	0,0
Parda	51,4	20,5	62,7	44,8	63,2	89,3	100,6	85,0	40,0	55,7	69,2	54,3	51,4	0,0	88,9	79,2
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	54,9	201,1	102,6	121,5	258,6	90,4	22,3	121,6
Ign	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Escolaridade (anos)																
0	0,0	15,0	0,0	5,0	8,0	0,0	0,0	2,6	1,4	0,0	1,5	1,0	4,8	2,4	2,5	3,3
1 a 3	0,0	15,0	0,0	5,0	8,0	0,0	0,0	2,6	4,3	2,8	0,0	2,4	9,7	2,4	2,5	4,9
4 a 7	85,6	15,0	46,1	49,6	23,9	15,3	16,3	18,5	10,0	9,9	15,3	11,6	36,3	26,2	7,5	23,6
8 a 11	99,8	30,1	107,7	79,3	31,9	30,6	57,0	39,6	21,5	33,8	45,9	33,5	36,3	28,6	47,7	37,4
12 ou mais	0,0	0,0	46,1	14,9	8,0	15,3	16,3	13,2	4,3	8,4	12,2	8,2	9,7	4,8	17,6	10,6
ign	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	1,4	1,5	2,9	2,4	2,4	2,5	2,4
Estado Civil																
Solteira	156,9	60,1	92,3	104,1	23,9	38,2	48,9	36,9	34,4	38,0	58,1	43,2	62,9	35,8	45,2	47,9
Casada	28,5	15,0	107,7	49,6	55,8	22,9	40,7	39,6	12,9	18,3	16,8	16,0	36,3	31,0	32,7	33,3
Divorciada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	1,0	0,0	0,0	2,5	0,8
ign	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	2,5	1,6

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade, 2024

Nota: *Causas de óbito referente ao capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

Tabela 2 - Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100.000 nascidos vivos de residentes nas macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, triênios 2014-2016, 2017-2019, 2020-2022.

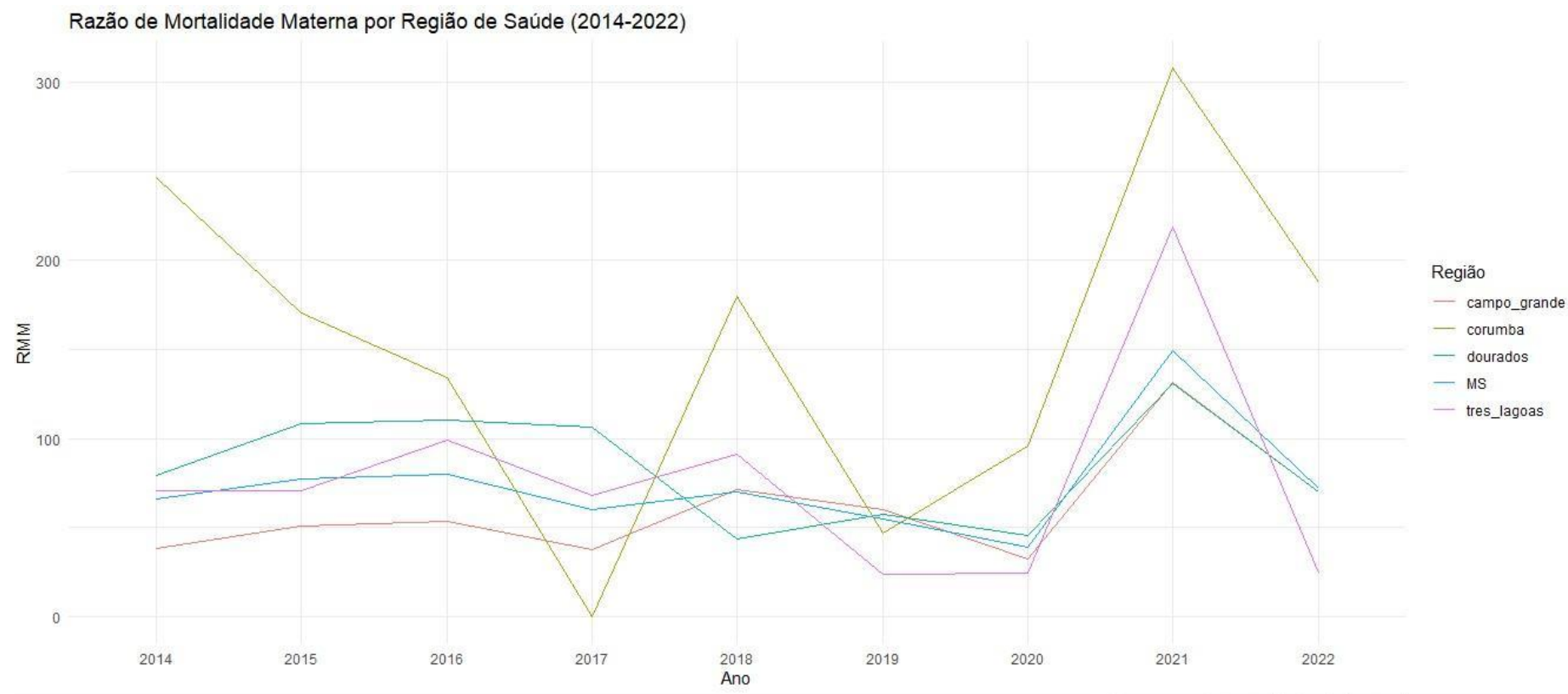
VARIÁVEIS	Corumbá			Três Lagoas				Campo Grande				Dourados				2014
	2014- 2016	2017- 2019	2020- 2022	2014- 2022	2014- 2016	2017- 2019	2020- 2022	2014- 2022	2014- 2016	2017- 2019	2020- 2022	2014 - 2022	2014- 2016	2017- 2019	2020- 2022	- 2022
Ocorrência no ciclo gravídico e puerperal																
gravidez	42,8	30,1	30,8	34,7	31,9	22,9	40,7	31,7	18,6	25,3	16,8	20,4	46,0	26,2	27,6	33,3
parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
pós-parto	142,6	45,1	169,2	119,0	47,8	38,2	48,9	44,9	28,7	28,1	61,2	38,8	53,3	42,9	52,7	49,6
Causas do óbito																
causas diretas*	99,8	45,1	107,7	84,3	47,8	53,5	40,7	47,5	34,4	36,6	39,8	36,9	79,9	52,5	37,7	56,9
causas indiretas **	85,6	30,1	76,9	64,5	23,9	7,6	48,9	26,4	11,5	19,7	38,2	22,8	19,4	14,3	40,2	24,4
causas não especificadas***	0,0	0,0	15,4	5,0	8,0	0,0	0,0	2,6	1,4	0,0	0,0	0,5	0,0	2,4	5,0	0,8

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade, 2024

Nota: Causas de óbito referente ao capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); * Causas diretas de óbito materno (O00- O08; O11-O23; O24.4; O26 - O94);

*** Causas indiretas de óbito materno (O10; O24 - O24.3; O25; O98-O99); *** causas de óbito não especificadas (O95)

Figura 1: Tendência da RMM nas Macrorregiões de Saúde e no estado do Mato Grosso do Sul (2014 – 2022).



Fonte: Elaboração da autora

5. DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico dos óbitos maternos no estado do Mato Grosso do Sul (MS), ocorreram majoritariamente em mulheres da faixa etária de 20 a 39 anos, pardas, pretas e indígenas, solteiras e com baixa escolaridade.

Esses achados vão de encontro com análises realizadas na região do nordeste, em 2011 a 2020 e 2010 a 2020 em que houve uma proporção de óbitos maternos - Maranhão (74,5%), Pernambuco (68,79%) dos óbitos maternos nas faixas-etárias 20 a 39 anos e 20 a 34 anos respectivamente (Rocha; Almeida; Miranda, 2020; Belone Et Al, 2023; Pacheco; Magueira, 2024). O que coincide com a idade reprodutiva das mulheres, momento em que as mulheres estão mais propensas a engravidar, logo, quanto mais gestações, aumenta-se a exposição aos riscos associados à gravidez e o parto. Além disso, esse grupo etário representa uma fase da vida em que muitas mulheres estão em transição para a vida adulta, o que pode incluir desafios adicionais como a conciliação de responsabilidades familiares e profissionais, acesso aos serviços de saúde e suporte social. Além disso a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) é de fundamental importância na estimativa da mortalidade materna, visto que, o SIM tem uma maior sensibilidade (75%) na detecção de óbitos maternos, a partir da investigação de óbitos em MIF (Mota; Gama; Filha, 2009).

No que concerne a cor é similar também, sendo Maranhão (70,2%), Pernambuco (66,48%), Tocantins (63%) (Rocha; Almeida; Miranda, 2020; Belone et al, 2023; Pacheco; Magueira, 2024). A predominância de óbitos entre mulheres pardas, pretas e indígenas reflete disparidades raciais no acesso e qualidade dos cuidados de saúde. Questões estruturais, como racismo institucional e barreiras culturais, podem dificultar o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, resultando em piores desfechos maternos. Em análise recente realizada no Fundo de População das Nações Unidas, UNFPA (2023), mulheres e meninas afrodescendentes têm maior risco de mortalidade durante o parto, sendo uma probabilidade de 1,6 vezes maior em países como Brasil e Colômbia.

Um ponto se destaca no estado do MS, a proporção dos óbitos maternos em mulheres indígenas, sendo 8,9% a maior do Brasil. O que difere muito da proporção nacional, pois em comparação com o levantamento realizado através de boletim epidemiológico em 2022, no qual a população indígena tinha a proporção de 1,5% dos óbitos maternos (Secretaria De Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2021)

Concernente a escolaridade se assemelha de Maranhão (48,7%), Tocantins (45,2%), tinha média escolaridade, ou seja 8 a 11 anos de estudos, se difere, porém, de Pernambuco que tem uma RMM crescente para baixa escolaridade (Rocha; Almeida; Miranda, 2020; Belone Et Al, 2023;

Pacheco; Magueira, 2024). A escolaridade é um determinante social importante, visto que, diz sobre a vulnerabilidade social, o conhecimento sobre saúde de um público, e as oportunidades de acesso aos serviços de saúde. Barreto (2021), corrobora ao inferir que há uma relação inversamente proporcional entre a mortalidade materna e escolaridade, sendo que, quanto maior a carga de conhecimento, maior é a procura pelo serviço de saúde e menor a taxa de óbitos.

Quanto ao estado civil, se assemelha aos três estados, sendo Maranhão (44,9%), Pernambuco (57,02%), Tocantins (44,3%) (Rocha; Almeida; Miranda, 2020; Belone Et Al, 2023; Pacheco; Magueira, 2024). O estado civil também é um fator determinante, com mulheres solteiras apresentando maior vulnerabilidade. A falta de um parceiro pode resultar em menor suporte emocional e financeiro, impactando negativamente a saúde materna. Além disso, mulheres solteiras podem enfrentar discriminação e estigma social, afetando seu acesso aos serviços de saúde (Cardoso; Souza; Guimarães, 2010).

Quanto ao período de ocorrência da morte no ciclo gravídico-puerperal, há um destaque para a macrorregião de Corumbá teve um aumento significativo para o período pós-parto com uma RMM de 106 óbitos/100000 nascidos vivos. O puerpério é o período que se estende até 42 dias após o parto, tendo a necessidade de um acompanhamento de um profissional de saúde, por ser um período em que a mulher está suscetível a complicações. Logo, esse dado infere que há um déficit na atenção primária no acompanhamento ao puerpério e na falha de contrarreferência entre as redes de atenção à saúde (Cá et al., 2022).

Quanto às causas básicas, há uma predominância nas causas diretas que incluem as síndromes hipertensivas na gravidez (SHEG), parto e puerpério (O10 a O16). As SHEG's incluem pré-eclâmpsia e eclâmpsia, condições potencialmente fatais que requerem diagnóstico precoce e tratamento adequado. A alta incidência dessas condições indica a necessidade de reforçar a atenção pré-natal e as medidas preventivas, como o monitoramento regular da pressão arterial e o gerenciamento de fatores de risco. O autor, corrobora com a afirmação ao apresentar que as mortes por SHEG poderiam ser evitadas, foi realizada análise detalhada de cada óbito materno por Comitês, sendo que 67,9% dos casos poderiam ser diagnosticados no pré-natal, 60,7% poderiam ser evitadas com acesso especializado no pré-natal, 51,8% poderiam ter tido uma busca ativa e vigilância, e enfim 97% dos casos poderiam ter tido acesso a um diagnóstico e tratamento de qualidade no serviço hospitalar (Soares *et al*, 2009).

Outra causa direta relacionada pertinente são as complicações do trabalho de parto e parto (O60 a O75), essas complicações podem incluir distócia, hemorragia pós-parto e rupturas uterinas, que são emergências obstétricas que requerem intervenção imediata. Diante disso, a importância de garantir que todas as maternidades estejam equipadas com recursos adequados e profissionais treinados para lidar com emergências obstétricas. Martins Costa (2017), concorda ao dizer que das 303 mil mortes maternas registradas no ano de 2015, majoritariamente estava relacionada ao parto, e que a maior parte dos motivos que levaram as mulheres ao óbito poderiam ser evitados dada a maior qualificação da assistência por profissionais de saúde.

As causas indiretas estão relacionadas às doenças preexistentes, que podem ser agravadas pelo estado gestacional. No terceiro triênio, houve um aumento na proporção de óbitos por causas indiretas em todas as macrorregiões, reflexo do período pandêmico, visto que doenças respiratórias e virais estão incluídas nessa variável. No entanto, é importante ressaltar que algumas macrorregiões, como Corumbá e Três Lagoas, já apresentavam uma maior proporção desde o primeiro triênio, o que nos indica um déficit no pré-natal nessas regiões, necessitando de uma abordagem mais integrada e abrangente na gestão da saúde das gestantes, incluindo o manejo de condições preexistentes. Em estudo de Siqueira *et al*, (2022) realizado no Brasil, identificou que gestantes e puérperas que já tinham doenças preexistentes apresentaram maior risco de morte. Ou seja, gestações de alto risco por comorbidades, que já apresentavam uma maior prevalência de óbito materno, acentuou muito mais com a pandemia.

Ao analisar as tendências da RMM em diferentes macrorregiões do estado, surgem padrões divergentes. Corumbá mostra uma tendência de aumento contínuo da RMM, gradativo e lento ao longo do tempo. A alta RMM em Corumbá é um reflexo de múltiplos fatores interligados que incluem limitações no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, condições socioeconômicas desfavoráveis, barreiras enfrentadas pela população e deficiências no sistema de registro de óbitos. Em estudo realizado em regiões de fronteira no Brasil, como é o caso de Corumbá, foi identificado dificuldade da vigilância epidemiológica em investigar casos de óbitos de mulheres estrangeiras que recebem atendimento no Brasil, o que subestima a realidade da mortalidade materna na região e dificulta a tomada de decisões baseadas em dados (Silva; Cazola; Nascimento; Ferla, 2023).

Por outro lado, em Três Lagoas ocorre uma tendência decrescente, pois apresentou RMM nula em 2019 e 2020, o que poderia indicar uma melhora nos serviços de saúde, ou um déficit na

integridade do registro de dados. No entanto, ocorreu uma elevação para 170,07 em 2021, coincidindo com o período pandêmico.

Em Campo Grande revela um aumento constante e acentuado na RMM, destacando a necessidade de intervenções específicas nesta região. Algo que contribui com a compreensão acerca de uma RMM alta nessa macrorregião de Saúde, é o fato de ser um centro de referência para muitas cidades, inclusive de macrorregiões vizinhas, ou seja, há uma maior migração de gestantes de alto risco para a macrorregião. Adicionalmente, notícias recentes indicam que o fechamento do Centro de Parto Normal (CPN) em Sidrolândia, que fazia parte da macrorregião e atendia toda a região, contribuiu para agravar a situação (Ministério da Saúde, 2024).

Em contraste, Dourados demonstra uma tendência de queda na RMM, sugerindo melhorias graduais na saúde materna ao longo do tempo nessa localidade. A macrorregião de Dourados abrange 33 municípios situados no cone sul de Mato Grosso do Sul, incluindo uma vasta área indígena e fazendo fronteira com o Paraguai. Estima-se que somados todos os municípios desta região existam 11.884 gestantes, sendo aproximadamente 15% gestantes de alto risco, o que faz com que haja uma grande demanda de atendimentos, com superlotação em leitos hospitalares. Além disso, a taxa de cesariana na macrorregião é elevada, com 14 dos 32 serviços hospitalares apresentando taxas entre 50% e 89%. A macrorregião enfrenta desafios significativos, como a migração de gestantes para centros maiores, resultando na superlotação dos leitos obstétricos em Dourados (Secretaria De Estado De Saúde De Mato Grosso Do Sul, 2016).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfim, o cenário do Mato Grosso do Sul, mostra uma tendência de aumento, apresentando um pico em 2021, com a RMM de 123,30, enquanto a média geral do período foi de 63,51. As variações nas tendências da mortalidade materna entre as diferentes macrorregiões ressaltam a complexidade do cenário e a necessidade de abordagens específicas e direcionadas para enfrentar os desafios de saúde materna em cada área do estado.

O que torna a mortalidade materna no estado do MS e no Brasil, um desafio que merece atenção e ações e intervenções voltadas para uma melhora do cenário da saúde materna. Sabe-se

que, a mortalidade materna advém de desigualdades e iniquidade social, que somente ações e esforços conjuntos poderão mitigar os danos causados pela perda materna.

Além disso, a morte materna causa danos irreparáveis a comunidades e famílias afetadas. A perda da principal provedora e cuidadora em muitos lares, resulta na diminuição da expectativa de vida de uma criança, o déficit no desenvolvimento cognitivo das crianças. Compromete, por conseguinte, o futuro das novas gerações, perpetuando os ciclos de vulnerabilidade social.

Faz-se necessário a implementação de uma assistência obstétrica segura, humanizada, o fortalecimento do pré-natal e a abordagem integrada na gestão da saúde das gestantes são medidas imprescindíveis para reduzir as iniquidades e melhorar os desfechos de saúde materna. Somente através de uma abordagem coordenada e focada na melhoria dos serviços de saúde será possível atingir as metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e garantir o direito à saúde para todas as mulheres.

A melhoria da saúde materna deve ser uma prioridade contínua, e esforços integrados são necessários para criar um ambiente onde todas as mulheres possam ter acesso a cuidados de saúde de qualidade e viver uma gravidez segura. Dessa forma, é essencial que gestores e profissionais de saúde utilizem os dados epidemiológicos para planejar e desenvolver ações que promovam a equidade e a segurança das gestantes no estado. Além da utilização dos dados, é necessário investimentos nos sistemas de informações do SUS e nos serviços de vigilância epidemiológica, para que haja dados condizentes com a realidade. E enfim possa haver ações e políticas públicas efetivas do direito à saúde das mulheres.

7. BIBLIOGRAFIA

BELONE, J. C. S.; LIMA, A. de G. T.; MENEZES, T. A.; CALDAS JR, A. de F. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TENDÊNCIA DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 14, n. 41, p. 537–556, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7976245. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/1401>. Acesso em: 3 jun. 2024.

Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em<: <http://tabnet.datasus.gov.br>>: Acesso em 24 Abr. 2024.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 1ª ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32, 2012.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde sexual e reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26, 1 ed. 2013.

CÁ, A. B. et al. LACUNAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL QUE INFLUENCIAM NA MORTALIDADE MATERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 96, n. 38, p. e-021257, 2022. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1372>. Acesso em: 3 jun. 2024.

CARDOSO, L. M.; SOUZA, M. M. C. F. de; GUIMARÃES, R. U. C. Morte materna: uma expressão da "questão social". **Serviço Social & Sociedade**, [S. l.], n. 102, p. 244–268, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200004>. Acesso em: 23 maio 2024.

FREITAS JÚNIOR, R. A. de O. *Avoidable maternal mortality as social injustice*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 607–614, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>. Acesso em: 23 maio 2024.

GOVERNADORIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. **Terra de Riquezas**. Campo Grande: Portal MS.GOV.BR, 2023. Disponível em: <<https://www.ms.gov.br/pagina/terra-de-riquezas2445>>:. Acesso em: 01 maio 2024

MARTINS COSTA, S. H. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

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. Diário Oficial da União, v. 1, p. 109-109, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.007, de 8 de janeiro de 2024**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jan. 2024. Seção 1, p. 10. Disponível em:<Ministério da Saúde (saude.gov.br)>:. Acesso em 30 de maio de 2024.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 55-64, 2009. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jun. 2024. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100006>.

MOUCHERAUD, C. et al. *Consequences of maternal mortality on infant and child survival: a 25-year longitudinal analysis in Butajira Ethiopia (1987-2011)*. **Reproductive Health**, [S. l.], v.

12, Suppl. 1, p. S4, 2015. Disponível em:<<https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S1-S4>>: Acesso em: 23 maio 2024.

NUNES, M. D. S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v. 43, n. 123, p. 1132–1144, out. 2019.

OLIVEIRA, I. M. G. D. *et al.* Age and Type of Delivery as Risk Indicators for Maternal Mortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 3, p. 134–141, mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estatísticas mundiais de saúde 2019: monitorização da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável**. Genebra: OMS, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete**. Vol. 1. Edusp, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília: OPAS, 2018.

OSANAN, G. C. *et al.* Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 3, p. 103–105, mar. 2018.

SANTOS B. B *et al.* Mortalidade materna entre adolescentes no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 5, p. e12257, 13 maio 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL. **Rede Cegonha macrorregião de Dourados**. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.sg.as.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/>. Acesso em: 23 maio 2024

SILVA, D. F.; CAZOLA, H. O.; NASCIMENTO, D. G.; FERLA, A. Vigilância do Óbito Materno nas Fronteiras Brasil/Bolívia e Brasil/Paraguai: cidadania e direito à saúde em tensão: Surveillance of Maternal Death on the Borders Brazil/Bolivia and Brazil/Paraguay: citizenship and the right to health in tension. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 3845, 2023. DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.3845. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3845>. Acesso em: 30 maio. 2024.

SIQUEIRA, T. S. *et al.* Clinical characteristics and risk factors for maternal deaths due to COVID-19 in Brazil: a nationwide population-based cohort study. **Journal of Travel Medicine**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. taab199, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taab199>. Acesso em: 01 maio 2024.

SOARES, V. M. N. *et al.* Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 11, p. 566–573, nov. 2009.

PAULA, L. V. *et al.* Mortalidade materna no estado de Mato Grosso do Sul: série histórica do período 2010-2018. **Editora científica**, p. 375-393, 2020. Disponível em:< 200901557.pdf (editoracientifica.org)>:. Acesso em 24 de abril 2024.

PACHECO, A. B. N.; MANGUEIRA, C. D. M. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DO TOCANTINS ENTRE 2011-2022. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 49, 2024.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, A. P. N.; ALMEIDA, J. S.; MIRANDA, M. R. C. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no estado do Maranhão, 2011 a 2020. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 10, p. 59475-59479, 2022.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019**. Brasília -DF: Boletim Epidemiológico, v. 52, n. 29, 2021.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, p. 549-551, 2015.

UNFPA. **Fundo de População das Nações Unidas**. July 2023. Disponível em:<United Nations Population Fund (unfpa.org)>:. Acesso em: 29 maio 2024.