



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS A. C. SIMÕES
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

SAMARA DOS SANTOS SILVA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DA MORTALIDADE MATERNA EM UM ESTADO DO
NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2015 E 2024**

Maceió - AL

2026

SAMARA DOS SANTOS SILVA

**EVOLUÇÃO TEMPORAL DA MORTALIDADE MATERNA EM UM ESTADO DO
NORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2015 E 2024**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches.

Maceió - AL

2026

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Girlaine da Silva Santos – CRB-4 – 1127

S586e Silva, Samara dos Santos.
Evolução temporal da mortalidade materna em um Estado do nordeste brasileiro entre 2015 e 2024 / Samara dos Santos Silva. – 2026.
45 f.: il.

Orientadora: Maria Elisângela Torres de Lima Sanches.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) -
Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem. Maceió, 2026.

Bibliografia: f. 38 - 42.
Anexos: f. 43 - 45.

1. Enfermagem. 2. Mortalidade materna. 3. Saúde da mulher. 4. Gravidez.
I. Título.

CDU: 616-083:618.2


FOLHA DE APROVAÇÃO

SAMARA DOS SANTOS SILVA


EVOLUÇÃO TEMPORAL DA MORTALIDADE MATERNA EM UM ESTADO DONORDESTE BRASILEIRO ENTRE 2015 E 2024

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido a banca examinadora do curso
de Graduação em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal
de Alagoas - UFAL, campus A.C.
Simões e aprovado em 10/06/2026.


Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **MARIA ELISANGELA TORRES DE LIMA SANCHES**
Data: 11/06/2026 17:16:35-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Orientadora: Ma. Maria Elisângela Torres de Lima Sanches
Universidade Federal de Alagoas

Documento assinado digitalmente
 **AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS**
Data: 11/06/2026 21:48:02-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Examinadora interna: Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Universidade Federal de Alagoas

Documento assinado digitalmente
 **JOVANIA MARQUES DE OLIVEIRA E SILVA**
Data: 11/06/2026 22:14:58-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Examinadora interna: Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva
Universidade Federal de Alagoas

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me concedeu a força para superar todos os obstáculos, guiando-me com sabedoria ao longo desse caminho até a conclusão deste trabalho. Ele foi o meu alicerce e a motivação que não me permitiu desistir. Sem Ele nada seria possível.

À minha avó, Marinalva Francisca, que me ensinou o valor da honestidade, da bondade e do amor ao próximo.

À minha mãe, Ednalva Maria e à minha tia, Manocelia, por toda dedicação, esforço e incentivo à minha educação. Obrigada por todo cuidado e pelos inúmeros sacrifícios realizados para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

À minha irmã, Renata Sharmenik, pela amizade, dedicação e apoio nos bons e maus momentos.

Ao meu marido, Lucas Antonio, por ser meu porto seguro, equilíbrio e refúgio. Obrigada pelo auxílio em cada decisão tomada e pelo incentivo em cada desafio; por me mostrar o valor da entrega, da coragem e da fé nos dias simples. Tê-lo ao meu lado é o reflexo do cuidado de Deus comigo. Seu apoio foi essencial e serei eternamente grata.

À minha sogra e aos meus amigos, pelo acolhimento e incentivo durante toda a graduação.

A todas as professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas que sempre transmitiram seu saber com muito profissionalismo, tornando-se fonte de inspiração para minha formação.

À minha professora e orientadora Maria Elisângela por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa e pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

“Todo ato de amor e cuidado para com o próximo é um reflexo do amor de Deus.”
(Ellen G. White)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O óbito materno é definido como a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de até 42 dias após o parto. Os dados obtidos a partir do indicador de mortalidade materna refletem a qualidade da atenção à saúde da mulher, o impacto do planejamento familiar e a eficácia da assistência prestada durante o pré-natal e o puerpério. **OBJETIVO:** Analisar a evolução temporal da mortalidade materna em um Estado do nordeste brasileiro no período de 2015 a 2024. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional e descritivo. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (DATASUS), tabulados pelo TABNET, referentes aos casos de óbitos maternos notificados no estado de Alagoas no período de 2015 a 2024. **RESULTADOS:** No período analisado, foram registrados 305 óbitos maternos no estado. Observou-se um aumento expressivo nos anos de 2020 (40 casos) e 2021 (54 casos), coincidindo com o período da pandemia de COVID-19, enquanto o menor número ocorreu em 2017 (16 casos). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) média foi de 62,88 por 100 mil nascidos vivos, atingindo seu pico em 2021 (110,6). O perfil sociodemográfico predominante foi de mulheres pardas (79,93%), com 4 a 11 anos de estudo (77,45%) e faixa etária de 20 a 39 anos (77,71%). A maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar (91,80%), sendo 68,20% por causas obstétricas diretas e 62,50% ocorridos no puerpério. **CONCLUSÃO:** O estudo revelou que a mortalidade materna em Alagoas sofreu um impacto severo durante a pandemia, com retrocessos nos indicadores que permanecem distantes das metas estabelecidas pela Agenda 2030. Os resultados da pesquisa reforçam a necessidade de fortalecimento das políticas públicas e de uma assistência de enfermagem qualificada para enfrentar as causas evitáveis e reduzir as desigualdades durante o período de pré-natal e puerpério.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Saúde da mulher; Gestação; Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Maternal death is defined as the death of a woman during pregnancy or within 42 days of childbirth. Data obtained from the maternal mortality indicator reflect the quality of women's health care, the impact of family planning, and the effectiveness of the assistance provided during prenatal and postpartum care. **OBJECTIVE:** To analyze the temporal evolution of maternal mortality in a state in Northeast Brazil from 2015 to 2024. **METHODS:** This is a quantitative, observational, and descriptive study. Secondary data from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC) of the Ministry of Health's Information Department (DATASUS) were used, tabulated by TABNET, regarding maternal deaths reported in the state of Alagoas between 2015 and 2024. **RESULTS:** During the analyzed period, 305 maternal deaths were recorded in the state. A significant increase was observed in 2020 (40 cases) and 2021 (54 cases), coinciding with the COVID-19 pandemic, while the lowest number occurred in 2017 (16 cases). The average Maternal Mortality Ratio (MMR) was 62.88 per 100,000 live births, peaking in 2021 (110.6). The predominant sociodemographic profile consisted of mixed-race women (79,93%), with 4 to 11 years of education (77,45%), and aged between 20 and 39 years (77.71%). Most deaths occurred in a hospital setting (91.80%), with 68.20% due to direct obstetric causes and 62,50% occurring in the postpartum period. **CONCLUSION:** The study revealed that maternal mortality in Alagoas suffered a severe impact during the pandemic, with setbacks in indicators that remain far from the targets established by the 2030 Agenda. The research results reinforce the need to strengthen public policies and qualified nursing care to address preventable causes and reduce inequalities during the prenatal and postpartum periods.

Keywords: Maternal mortality; Women's health; Pregnancy; Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Mortalidade materna no Brasil. 2001 a 2022.....	16
Gráfico 2	Mortalidade Materna no Brasil por raça/cor. 2017 a 2025.....	19
Gráfico 3	Número de óbitos maternos por ano. Alagoas, 2015 a 2024.....	25
Gráfico 4	Evolução temporal da Razão de Mortalidade Materna em Alagoas, 2015 a 2024.....	26
Gráfico 5	Número de óbitos maternos por região de saúde. Alagoas, 2015 a 2024.....	27
Gráfico 6	Ocorrência de óbitos maternos na categoria doenças infecciosas e parasitárias do CID-10. Alagoas, 2015 a 2024.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de óbitos maternos, nascidos vivos e Razão de Mortalidade Materna por ano. Alagoas, 2015 a 2024.....	26
Tabela 2	Óbitos maternos segundo raça, escolaridade, faixa etária e estado civil. Alagoas, 2015 a 2024.....	28
Tabela 3	Óbitos maternos segundo local de ocorrência, causa obstétrica e momento do óbito. Alagoas, 2015 a 2024.....	29
Tabela 4	Classificação dos óbitos maternos segundo a causa. Alagoas, 2015 a 2024.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID - 10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MM	Mortalidade Materna
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PN	Pré-natal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PREMMICE	Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis
PSE	Programa Saúde na Escola
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivos específicos	9
3	REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1	Conceito e causalidade da mortalidade materna.....	10
3.2	Políticas públicas de Saúde materna.....	11
3.3	Indicadores de Mortalidade materna.....	13
3.3.1	Perfil de mortalidade materna no Mundo.....	13
3.3.2	Perfil de mortalidade materna no Brasil.....	14
3.3.3	Impacto da pandemia da COVID-19 na mortalidade materna no Brasil.....	16
3.4	Redução da mortalidade materna.....	17
3.5	Atuação da enfermagem frente a mortalidade materna.....	19
4	MÉTODOS.....	22
4.1	Tipo de estudo.....	22
4.2	Local de estudo.....	22
4.3	Período e população do estudo	23
4.4	Aspectos éticos	23
4.5	Variáveis.....	23
4.6	Coleta de dados.....	24
4.7	Tratamento e análise dos dados.....	24
5	RESULTADOS	25
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	ANEXOS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O óbito materno é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a morte de uma mulher durante a gestação ou no período de até 42 dias pós-parto. Pode ser classificada de acordo com a causa: morte materna obstétrica direta, decorrente de complicações, intervenções, omissões e tratamentos incorretos; e a morte materna obstétrica indireta, por sua vez, resultante de doenças que existiam previamente à gestação ou intercorrências que desencadearam ou foram agravadas pelas alterações gravídicas (Bezerra; Andrade, 2021). Diversos fatores podem impactar os números de óbitos maternos, sendo eles: fatores biológicos, nível socioeconômico, a qualidade da assistência prestada, a desigualdade entre gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública (Alencar Júnior, 2006).

As políticas públicas de saúde materna no Brasil têm passado por constantes reformulações para enfrentar os desafios estruturais na assistência ao parto e ao nascimento. Como reflexo desse esforço, a Rede Cegonha, estabelecida em 2011 com o intuito de garantir um acesso eficaz, seguro e humanizado a todas as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, foi substituída, reconfigurada e ampliada pela Rede Alyne em 2024 (Oliveira, I. V. G. *et al.*, 2023). A Rede Alyne é uma atual e importante ferramenta para redução da Mortalidade Materna (MM), visto que ela objetiva reduzir a morbimortalidade, especialmente da população negra e indígena, por meio de um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde das gestantes, parturientes, puérperas e crianças (Santos; Dionizio, 2025).

É válido destacar que um indicador de MM é baseado principalmente na Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos mais importantes indicadores globais de saúde. Ela é realizada a partir da divisão do número de óbitos maternos pelo número de recém-nascidos vivos, multiplicado por 100.000. O resultado representa o número de mulheres que morrem a cada 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2023). Em 25 de setembro de 2015, foi criada a Agenda 2030, que possui como um dos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a redução da MM em todo o mundo para menos de 70 a cada 100.000 nascidos vivos. O Brasil, em contrapartida, forneceu uma meta mais elevada: reduzir a mortalidade materna para 30 a cada 100 mil nascidos vivos (Guimarães; Moreira, 2024).

A Ficha de Investigação de Óbito Materno é a ferramenta que fornece as informações para a alimentação dos bancos de dados, sendo assim, capaz de permitir a elaboração de um perfil de atenção e de cuidado. Esse instrumento proporciona o detalhamento das informações por causa, faixa etária, local, incidência, entre outros; contribuindo com o trabalho da vigilância em saúde e na formulação de estratégias regionais e nacionais para redução da MM

(Freitas, 2025; Costa *et al.*, 2023). Entende-se, portanto, que os dados obtidos a partir do indicador de MM são essenciais para acompanhar e avaliar os óbitos e suas determinadas causas, além de ser um mecanismo de comparação entre regiões e mesorregiões. Tais indicadores refletem a qualidade da atenção à saúde da mulher, o impacto do planejamento familiar e a eficácia da assistência prestada durante o pré-natal e o puerpério (Torres *et al.*, 2021).

Além disso, a avaliação da MM traz subsídios que reforçam que a assistência prestada no pré-natal é de extrema relevância para a detecção precoce de agravos que possam desencadear desfechos desfavoráveis. Conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, cabe ao enfermeiro a assistência à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e a realização do parto sem distócia. Em consequência desse parecer, o enfermeiro pode atuar em diversas frentes para contribuir com a redução da morbimortalidade materna e neonatal (Souza *et al.*, 2024). É imprescindível, portanto, uma consulta e avaliação de enfermagem detalhada, individualizada e aprofundada, com detecção precoce de sinais de iminência de eclâmpsia, além da oportunidade de acompanhar os exames laboratoriais, sinais vitais e batimentos cardíacos, intervindo no tempo certo e com eficácia (Espindola *et al.*, 2024).

A importância do pré-natal (PN) é comprovada e regulamentada pelo MS, visto que ela traz consigo diversos benefícios maternos e fetais. É durante o PN que a mulher irá obter informações sobre as modificações gravídicas anatômicas e hormonais; dieta e suplementação; prescrição de medicamentos e informações sobre fármacos proibidos durante a gestação; tratamento de sintomas típicos; criação do plano de parto e apoio psicológico (Nunes *et al.*, 2025). Cada consulta de pré-natal é uma oportunidade para conhecer a cultura, as necessidades e as expectativas de cada gestante. Os fatores culturais, que englobam desde mitos familiares e crenças populares até o nível de letramento em saúde, podem interferir na prática das orientações fornecidas pelos profissionais. Portanto, entender a bagagem cultural é indispensável para avaliar o nível de conhecimento da usuária do serviço sobre a gestação, as mudanças fisiológicas e os sinais de alerta (Espindola *et al.*, 2024). Sendo assim, a ausência ou má qualidade do pré-natal corrobora para o aumento da mortalidade materna; por isso, a OMS reforça essa informação ao indicar que 80% das mortes maternas poderiam ser evitadas por um PN apropriado (Nunes *et al.*, 2025).

Diante do panorama apresentado e das metas de redução de óbitos mencionadas, o presente estudo delimitou a seguinte questão norteadora: como se deu a evolução temporal da mortalidade materna em Alagoas entre os anos de 2015 a 2024?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a evolução temporal da mortalidade materna em um Estado do nordeste brasileiro no período de 2015 a 2024.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o número de óbitos maternos em um Estado do nordeste brasileiro, no período de 2015 a 2024.
- Calcular a razão de mortalidade materna em um Estado do nordeste brasileiro, no período de 2015 a 2024.
- Descrever os principais fatores sociodemográficos relacionados à mortalidade materna em um Estado do nordeste brasileiro, no período de 2015 a 2024.
- Caracterizar os óbitos maternos segundo a Classificação Internacional de Doenças, em um Estado do nordeste brasileiro, no período de 2015 a 2024.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito e causalidade da mortalidade materna

A morte materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como o óbito de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após seu término, independentemente da duração ou da localização da gravidez e devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, com exceção de causas acidentais ou incidentais. Ela pode ser classificada de acordo com a causa, sendo a morte materna obstétrica direta está decorrente de complicações, intervenções, omissões e tratamentos incorretos; e a morte materna obstétrica indireta, por sua vez, é resultante de doenças que existiam previamente à gestação ou intercorrências que desencadearam ou foram agravadas pelas alterações gravídicas (Bezerra; Andrade, 2021).

No que se refere à causalidade da Mortalidade Materna (MM), a classificação obstétrica direta se sobressai como sendo a mais evitável. Isso ocorre, principalmente, por estar relacionada a fatores que podem ser previstos e evitados, como: síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e complicações do aborto. Tais situações demonstram o impacto significativo da qualidade da assistência que está sendo prestada durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Bezerra; Andrade, 2021). É importante frisar que, além dos fatores biológicos, outros aspectos podem impactar os números de óbitos maternos, sendo eles: o nível socioeconômico, a qualidade da assistência prestada, a desigualdade entre gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública (Alencar Júnior, 2006).

Somado a isso, os vieses tecnológico, racial, cultural e regional são componentes que influenciam fortemente o indicador de mortalidade materna no Brasil, fato que se manifesta na desigualdade de acesso a exames e terapias, no racismo institucional, no desrespeito às crenças e tradições comunitárias durante o parto e na falta de recursos tecnológicos básicos na rede primária. É válido ressaltar que existem indivíduos que apresentam desafios únicos no que se refere a discriminação. Nesse contexto, gestações em homens transgênero, pessoas não binárias e de gênero diverso requerem uma abordagem inclusiva que defenda os direitos fundamentais à saúde em todas as fases da vida (Freitas, 2025).

Tendo em vista a definição, classificação e causalidade da MM anteriormente mencionadas, entende-se que os cuidados oferecidos à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério são cruciais na diminuição das mortes por causas evitáveis. Nesse processo, devem ser observado os riscos potenciais à gestante, faz-se necessário um suporte

nutricional efetivo, o tratamento das doenças e o estabelecimento de um programa de imunização materna correto (Bezerra; Andrade, 2021). Outrossim, a MM pode ser influenciada por alguns tipos de atrasos: atraso relacionado à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, por limitações geográficas ou financeiras; atraso no atendimento e, conseqüentemente diagnóstico e tratamento; e o atraso na intervenção médica adequada, pela falta de recursos físicos e/ou materiais. O acúmulo desses fatores é responsável por cuidados inadequados e prognósticos desfavoráveis (Freitas, 2025).

Sobre essa realidade, Mahmoud Fathalla, ex-presidente da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e fundador da Iniciativa Maternidade Segura, afirmou que as mulheres não morrem por doenças que não são tratáveis, elas morrem porque a sociedade ainda não tomou a decisão de que as suas vidas valem a pena ser salvas. Tal afirmação já incide por mais de 20 anos e ainda torna-se pertinente, revelando a necessidade de um cuidado efetivo, integral e humanizado (Kurjak; Stanojević; Dudenhausen, 2022).

Segundo a OMS (2000), a humanização é essencial para diminuição da MM. Humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudável, pois respeitam o processo natural e evitam condutas desnecessárias e de risco para a mãe e o bebê. Com isso, a humanização associada ao pré-natal oferece à mulher todas as orientações adequadas para o processo da gestação e puerpério, podendo ainda conscientizá-las de seus direitos. Todo óbito materno resultante de uma causa evitável representa não somente uma falha no serviço prestado, mas também uma violação dos direitos reprodutivos (Freitas, 2025).

3.2 Políticas públicas de saúde materna no Brasil

Ao longo do tempo, estratégias foram sendo desenvolvidas para solucionar o número elevado de mortes maternas. Em 25 de setembro de 2015, foi criada a Agenda 2030, que possui como um dos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a redução da MM em todo o mundo para menos de 70 a cada 100.000 nascidos vivos. O Brasil, em contrapartida, decidiu fornecer uma meta mais elevada: reduzir a mortalidade materna para 30 a cada 100 mil nascidos vivos. É imprescindível destacar que a meta ainda não foi alcançada, ao contrário, observa-se um prevalente contexto de desigualdade social. Esse cenário resultou em aproximadamente 70% das regiões de saúde do Brasil com uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) maior que 30 a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto 35,3% das regiões evidenciaram uma RMM de 70 a cada 100 mil nascidos vivos (Guimarães; Moreira, 2024).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), estabelecido em 1984, foi substituído e ampliado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no ano de 2004. A PNAISM enfatiza a prática de todos os cuidados necessários no período gravídico puerperal de forma holística, inclusive ações educativas, preventivas, diagnósticas e de recuperação; juntamente com a ênfase de direitos sexuais, reprodutivos e abrangências de gênero e de etnias, principalmente na atenção primária à saúde. Atualmente, a PNAISM exerce parte do Plano Plurianual da União para os anos de 2024 a 2027 (Freitas, 2025; Costa *et al.*, 2023).

É importante destacar que mesmo com diretrizes para enfrentamento da MM, a política pública de saúde materna no Brasil ainda enfrenta desafios. Entre eles, destaca-se o sub-registro de mortes ou a subnotificação das causas das mortes, fato que acontece principalmente nos países em desenvolvimento e que impacta a RMM. Essa lacuna pode atuar como um instrumento de falha nas diretrizes políticas, um fator contribuinte para que haja lentidão em se bater as metas estabelecidas para diminuição da MM (Dias *et al.*, 2015).

Entretanto, a diminuição dos sub registros e a vigilância das notificações podem resultar na obtenção de dados cada vez mais fidedignos, um meio de melhoria da assistência em saúde (Freitas, 2025). No Brasil, foram observados avanços nas últimas décadas, houve um aumento do acesso de mulheres à atenção primária à saúde, ainda assim, ao se observar detalhadamente o indicador de mortalidade materna na classificação evitável, as estratégias não têm sido suficientes para reduzir como deveria o número de óbitos (Freitas Júnior, 2020).

Tendo em vista o atual cenário brasileiro, a Rede Cegonha, estabelecida em 2011 com o intuito de garantir um acesso eficaz, seguro e humanizado a todas as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, foi substituída, reconfigurada e ampliada pela Rede Alyne em 2024. A nova configuração se tornou um ponto decisivo no que diz respeito à diminuição da MM, especialmente por ter seu foco na redução das desigualdades regionais e étnico-raciais. A Rede Alyne é inspirada no caso de Alyne Pimentel, que tornou-se um marco jurídico internacional na luta contra a negligência obstétrica (Bernardino; Alves; Oliveira, 2025).

Conforme as portarias nº 5.350/2024 e nº 5.349/2024, as mudanças incluem a captação oportuna da gestante em até 12 semanas, visando identificar precocemente comorbidades e riscos, o valor mínimo de sete consultas pré-natais e a ampliação de leitos em UTI com ênfase no cuidado materno. Além disso, houve aumento de recursos destinados a diversos campos de atuação da rede, desde o pré-natal até o transporte, com o aumento de recursos para ambulâncias e o oferecimento de um atendimento emergencial obstétrico e neonatal (Brasil, 2024).

3.3 Indicadores de mortalidade materna

Um indicador de mortalidade materna representa um índice essencial para medir o tipo de assistência em saúde que está sendo oferecida e as condições econômicas e sociais de uma comunidade (Freitas, 2025). O indicador de MM é baseado principalmente na Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos mais importantes indicadores globais de saúde. Ela é realizada a partir da divisão do número de óbitos maternos pelo número de recém-nascidos vivos, multiplicado por 100.000. O resultado representa o número de mulheres que morrem a cada 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2023).

Por meio de dados quantitativos obtidos sobre os óbitos registrados em diversos países torna-se possível comparar nacionalmente e internacionalmente a variação dos indicadores entre países e estados (Brasil, 2023). A fonte organizacional dos dados coletados que mediam esse indicador é uma plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 1975, que tornou-se atualmente um recurso tecnológico sólido, histórico e embasado para formar políticas públicas de saúde (Freitas, 2025). Todo esse aparato para averiguação e detalhamento desse tipo de indicador é chamado Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os dados podem ser acessados por meio da plataforma DATASUS e dos aplicativos: Tabwin e Tabnet (Frias *et al.*, 2017).

Somado a isso, por se tratar de um indicador quantitativo, ele pode ser expresso na forma de taxa ou de coeficiente, sendo a taxa uma maneira mais geral utilizada em comparação entre regiões e o coeficiente utilizado para análises locais e mais detalhadas. Por isso, além da RMM, utilizam-se indicadores de causa (direta ou indireta) e de processo, como a cobertura de pré-natal, número de cesáreas e necessidade não atendida de planejamento familiar (Freitas, 2025).

3.3.1 Perfil de mortalidade materna no mundo

Segundo Kurjak, Stanojević e Dudenhausen (2022), levando em consideração a meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) de redução de 75% das MM observa-se um cenário heterogêneo: apenas 9 países conseguiram atingir a meta; 39 países foram caracterizados como tendo feito uma redução de 50% no índice de MM; 21 países fizeram progressos insuficientes; e 26 países não fizeram progressos. No parâmetro global, a maioria dos óbitos maternos ocorrem em países de baixa e média-baixa renda. Destes, as

causas maternas diretas representam 73,0% dos óbitos, e estão principalmente relacionados a fatores hemorrágicos e hipertensão (Kurjak; Stanojević; Dudenhausen, 2022).

Entre 2000 e 2020, a taxa de mortalidade materna global caiu 34,3%, de 339 para 223 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Embora haja uma diminuição, esse índice ainda corresponde a aproximadamente 800 mortes maternas por dia ou uma morte materna a cada dois minutos em todo o mundo. Por isso, alcançar uma taxa abaixo de 70% até o ano de 2030 é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (WHO, 2023).

Para atingir essa meta, a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente afirmou que as seguintes estratégias devem ser tomadas: combater as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde nos âmbitos reprodutivos e neonatais; garantir uma cobertura universal de saúde reprodutiva, materna e neonatal; abordar todas as causas de MM, morbidades reprodutivas e maternas e deficiências relacionadas; fortalecer os sistemas de saúde para coletar dados de alta qualidade a fim de responder às necessidades e prioridades de mulheres e meninas; e ainda, garantir a responsabilização para melhorar a qualidade do atendimento e a equidade (WHO, 2018; Kurjak; Stanojević; Dudenhausen, 2022). Tendo em vista que a maioria das mortes são decorrentes de hemorragia pós-parto, distúrbios hipertensivos, infecções e complicações do aborto, a OMS preconiza o fortalecimento e a valorização da assistência obstétrica baseada em modelos de continuidade do cuidado, com foco no planejamento reprodutivo, uma vez que os cuidados obstétricos são essenciais para melhorar a saúde materna e neonatal (WHO, 2018).

Em 2016, estimou-se que 78% das mulheres em todo o mundo receberam assistência de um profissional de saúde qualificado durante o parto, e apenas 62% das gestantes realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal. Diante disso, a consolidação dos modelos de assistência contínua conduzidos por obstetrias e enfermeiras obstétricas surge como uma recomendação estratégica fundamental, pois acompanhamento qualificado por essas profissionais promove desfechos clínicos favoráveis e garante maior equidade no cuidado obstétrico (WHO, 2018; WHO, 2023).

3.3.2 Perfil de mortalidade materna no Brasil

Segundo Torres et al. (2021), a mortalidade materna é um dos indicadores de saúde com maior desigualdade entre países, regiões e segmentos sociais, de acordo com o nível de desenvolvimento social e acumulação de riqueza. No Brasil, por sua vez, esse indicador também revela resultados contrastantes nas diferentes regiões, tais resultados são oriundos de

desigualdades econômicas, sociais e o impacto das mesmas na saúde. Retomando o tópico de políticas públicas de saúde materna e a meta do Brasil junto à OMS de reduzir a mortalidade materna para 30 a cada 100 mil nascidos vivos, observa-se que nos últimos anos, a RMM apresentada no Brasil extrapolou as metas nacionais e internacionais de óbitos maternos. Destaca-se que essas mortes atingem com maior proporção a parte mais vulnerável da população feminina (Oliveira, E. F. P. et al., 2023).

É válido destacar que a região Nordeste recebeu, em 2015, destaque como portador da segunda maior taxa de mortalidade materna (71,3 óbitos/100.000 nascidos vivos), perdendo apenas para a região Norte que registrou 78,6 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Entende-se, portanto, que os dados obtidos a partir do indicador de MM são essenciais para acompanhar e avaliar os óbitos e suas determinadas causas; além de ser um mecanismo de comparação entre regiões e mesorregiões, podendo atuar como um reflexo da atenção à saúde da mulher, impacto do planejamento familiar, assistência ao pré-natal e assistência ao puerpério (Torres et al., 2021).

Um estudo realizado por Oliveira, I. V. G. *et al.*, 2023 constatou que a região nordeste do Brasil possui uma heterogeneidade socioeconômica em seu território, fato que é comprovado por estados com elevado índice de Gini e baixas rendas per capita. Ao analisar tais estados, observou-se que um baixo índice de desenvolvimento humano pode estar relacionado ao aumento da RMM nessas regiões (Oliveira, I.V.G. et al., 2023). Dos problemas que podem impactar diretamente a RMM em um estado do nordeste, o MS aponta: a baixa adesão ao uso de guias de estratificação de risco no pré-natal; a dificuldade de acesso e monitoramento das gestantes, principalmente da gestante de risco e a carência de capacitação dos profissionais da APS para que eles desenvolvam habilidades e competências no cuidado com as gestantes (Brasil, 2020).

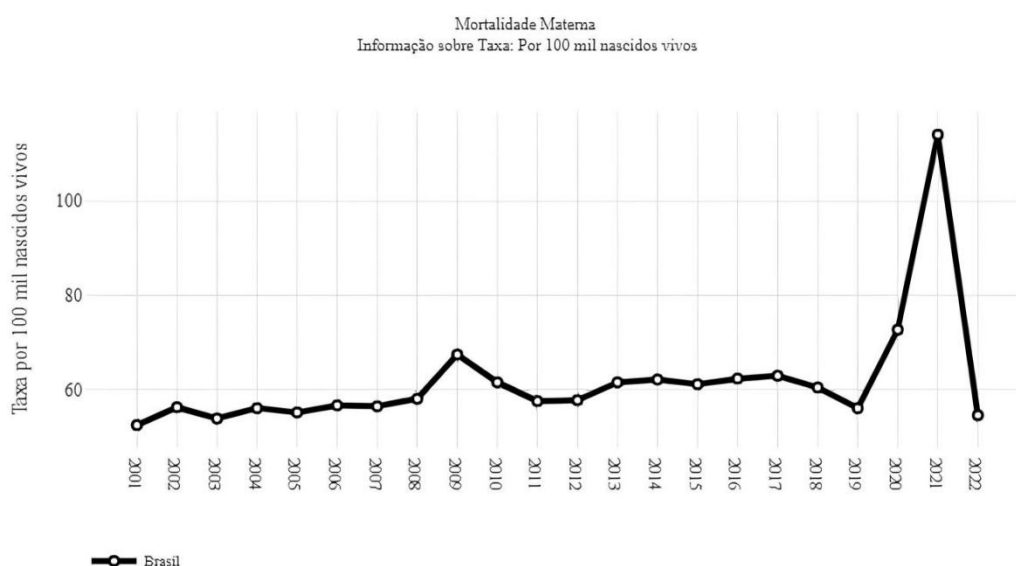
O planejamento reprodutivo, por sua vez, envolve quesitos que são necessários para atuar como uma ferramenta preventiva na diminuição dos fatores de risco que culminam no óbito materno. Essa estratégia está relacionada ao acesso a contraceptivos eficazes, acolhimento qualificado e educação em saúde. Quando essas necessidades básicas não são integralmente atendidas, ocorre um aumento no número de gestações não planejadas, elevando a exposição de mulheres vulneráveis a maiores riscos obstétricos (Gadelha et al., 2025).

3.3.3 Impacto da pandemia da covid-19 na mortalidade materna no Brasil

O vírus originalmente denominado como SARS-CoV-2 foi o precursor da pandemia posteriormente chamada de COVID-19. Trata-se de uma doença respiratória, de alta transmissibilidade por pequenas partículas de aerossóis, com elevada morbidade e mortalidade. Esse contexto impactou significativamente os serviços de saúde, atingindo especialmente os grupos mais vulneráveis da população mundial (Souza; Amorim, 2021). Alguns grupos de risco foram detectados como sendo susceptíveis a complicações e desfechos desfavoráveis por COVID-19, principalmente portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Contudo, com o avançar dos estudos específicos para verificação dos indicadores, detectou-se também a população de gestantes e puérperas como um importante grupo de risco. As alterações fisiológicas gravídicas e puerperais, sobretudo do terceiro trimestre, foram fatores contribuintes para o aumento do risco de descompensação respiratória e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) nesse grupo de mulheres (Alves *et al.*, 2022).

No Brasil, os dados do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr COVID-19) revelam que o número de mortes maternas dobrou de 2020 para 2021 (Alves *et al.*, 2022). Outros estudos demonstram que através da avaliação quantitativa dos óbitos registrados na literatura internacional e nacional, a cada dez casos de mortes maternas por COVID-19, oito aconteceram no Brasil (Souza; Amorim, 2021). Segundo dados do Observatório da Saúde Pública (2024), em 2021, a taxa de mortalidade a cada 100 mil nascidos vivos subiu para 114,2, representando um retrocesso de décadas, fato que pode ser verificado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Mortalidade materna no Brasil. 2001 - 2022.



Fonte: SIM-DATASUS; Observatório da Saúde Pública (2024).

A força do impacto da COVID-19 na mortalidade materna brasileira foi multifatorial, uma vez que, durante a pandemia, toda a assistência à mulher foi afetada; revelando a convergência de vulnerabilidades biológicas, falhas estruturais e desigualdades sociais. Situações como a dificuldade ao acesso a um pré-natal de qualidade, a suspensão de consultas como forma de reorganizar o sistema, o medo e ansiedade de sair de casa por parte das mulheres gestantes e puérperas, foram fatores que desempenharam efeito na taxa de mortalidade (Souza; Amorim, 2021). Além disso, é imprescindível mencionar fatores como a alta transmissibilidade do vírus e a sobrecarga dos serviços de saúde que não se desenvolveram de maneira suficiente para abarcar a quantidade de indivíduos contaminados (Alves *et al.*, 2022).

3.4 Redução da mortalidade materna

São indispensáveis intervenções que busquem reduzir a MM. No Brasil, embora tenha ocorrido uma redução de 8,4% na RMM em 2018, os índices permanecem distantes das metas estabelecidas. Por se tratar de um problema de saúde pública atual no Brasil, é imprescindível não apenas o fortalecimento, mas também a vigilância das políticas públicas já existentes. Isso exige investimentos contínuos em saúde na criação e implementação de políticas, programas atuantes e eficazes de acordo com a necessidade de cada população (Barreto, 2021).

Em consonância com a Política Nacional de Saúde, a pesquisa de Freitas (2025) revela que a partir da década de 2000, maiores investimentos foram realizados para fortalecer o enfrentamento da MM. Inclusive, tal circunstância passou a ser um evento de notificação compulsória com a Portaria nº 653 de 2004. Com isso, tornou-se obrigatória a investigação desse tipo de óbito por parte do município. Tendo em vista a importância desse tipo de investigação, em 2008 o Ministério da Saúde (MS) lançou ainda a Portaria Nº 1.119, regulamentando a vigilância dos óbitos maternos (Freitas, 2025).

Nesse contexto, destaca-se a relevância da Ficha de Investigação de Óbito Materno (Anexo I), uma vez que ela fornece, de forma fundamental, as informações para a alimentação dos bancos de dados, sendo assim, capaz de permitir a elaboração de um perfil de atenção e de cuidado. Esse instrumento proporciona o detalhamento das informações por causa, faixa etária, local, incidência, entre outros; contribuindo assim com o trabalho da vigilância em saúde e na formulação de estratégias regionais e nacionais para redução da MM (Freitas, 2025; Costa *et al.*, 2023).

Alguns dos planos que contribuíram para redução da MM ao longo dos anos foram: a Rede Cegonha, a implantação e implementação do Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis (PREMMICE) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Todos estes atuam com o objetivo de promover o planejamento familiar e uma assistência pré-natal de excelência, uma vez que, a eficácia da atenção básica é o que vai favorecer a prevenção de intercorrências e a descoberta de problemáticas de forma precoce, fator contribuinte para reduzir a RMM (Barreto, 2021).

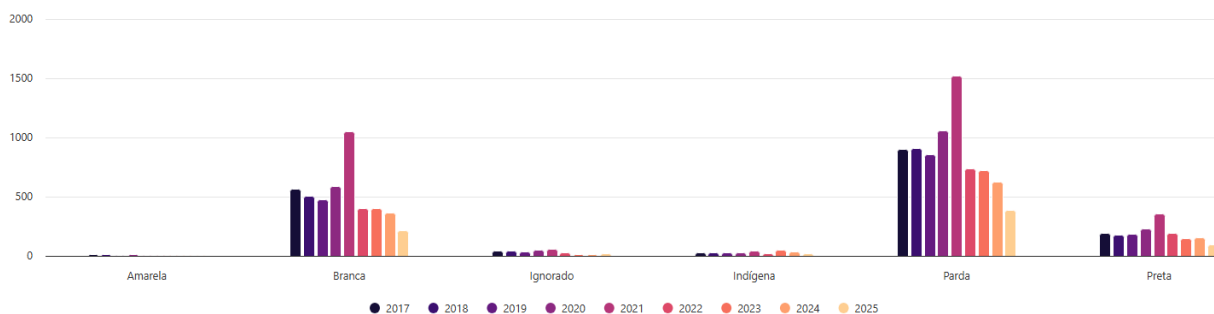
Através da assistência prestada, os profissionais de saúde podem desempenhar um importante papel para a redução da MM. O portal de boas práticas estabelece dez passos para redução da morbimortalidade materna por intermédio do cuidado obstétrico (Fiocruz, 2024):

1. Aproveitamento de cada encontro com a gestante como uma oportunidade para reconhecer os fatores de risco e as necessidades individuais de cada mulher;
2. Atuação de maneira profilática de síndromes hipertensivas desde o pré-natal, com ação medicamentosa e avaliação clínica eficaz;
3. Realização da triagem oportuna das infecções do trato genitourinário, com a solicitação de exames de urina e urocultura e o acompanhamento de corrimentos;
4. Identificação precoce dos sinais de gravidade clínica materna e garantia de tratamento oportuno com a inclusão de escores de gravidade específicos para a gestação;
5. Oferecimento de treinamentos da equipe de forma regular, preparando-a para urgências e emergências obstétricas;
6. Reconhecimento precoce e tratamento oportuno dos quadros de síndromes hipertensivas;
7. Identificação célere e manejo adequado de quadros infecciosos na gestação;
8. Diagnóstico precoce e tratamento das síndromes hemorrágicas no ciclo gravídico-puerperal;
9. Redução das taxas de cesarianas desnecessárias;
10. Garantia de vigilância e assistência permanente no puerpério (fiocruz, 2024).

Além disso, a Rede Alyne também é uma atual e importante ferramenta para redução da MM. Pois, ela objetiva reduzir a morbimortalidade especialmente da população negra e indígena, por meio de um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde das gestantes, parturientes, puérperas e crianças. As mulheres pretas e pardas tendem a ter taxas

mais elevadas de mortalidade, conforme demonstrado no gráfico 2, realizado por meio do observatório obstétrico no recorte racial (Santos; Dionizio, 2025).

Gráfico 2 - Mortalidade Materna no Brasil por raça/cor. 2017 - 2025.



Fonte: OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO (2022).

Esse cenário evidencia o racismo institucional como um fator para reprodução de violência obstétrica e desigualdade no acesso e qualidade do atendimento. Portanto, a Rede Alyne, alinhada a PNAISM, representa uma estratégia para reduzir a mortalidade materna no Brasil, através da ampliação dos investimentos, sistemas de vigilância, humanização, vinculação, universalidade e equidade (Santos; Dionizio, 2025).

3.5 Atuação da enfermagem frente a mortalidade materna

Conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, cabe ao enfermeiro a assistência à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto e a realização do parto sem distócia. Em consequência desse dispositivo legal, o enfermeiro pode atuar em diversas frentes para contribuir com a redução da morbimortalidade materna e neonatal (Souza *et al.*, 2024). Toda a equipe multiprofissional de saúde exerce uma influência que em algum ponto pode resultar em um desfecho positivo ou negativo de uma gestação ou puerpério. Diante desse quadro, o profissional de enfermagem tem um papel de extrema relevância, pois atua acompanhando todo o ciclo gravídico-puerperal, fator que favorece a identificação precoce das alterações que possam surgir (Espindola *et al.*, 2024).

A atuação da enfermagem de forma ética e humana contribui para a redução da MM. Está ainda associada a uma melhora dos indicadores referentes à saúde da mulher desde a atenção primária, na qual o profissional de enfermagem oferece orientações quanto ao

planejamento familiar e a saúde reprodutiva, estratégia eficaz para minimização dos riscos obstétricos futuros. Gestações não planejadas estão frequentemente associadas ao início tardio do pré-natal e à menor adesão às consultas, o que retarda a identificação de riscos biológicos (Souza et al., 2024; Gadelha et al., 2025). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatiza, mediante a Resolução 690/2022, a atuação privativa do enfermeiro no planejamento reprodutivo, no qual o profissional tem autonomia para realizar a consulta, solicitar exames e prescrever métodos contraceptivos, garantindo a segurança assistencial. Ademais, também desenvolve ações de educação voltadas à adesão ao pré-natal, ao reconhecimento de sinais de alerta e ao fortalecimento do autocuidado, contribuindo para a redução de agravos evitáveis e para a promoção de uma assistência segura e humanizada (Gadelha et al., 2025; Conselho Federal de Enfermagem, 2022).

A transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne em 2024 reforça o protagonismo da enfermagem, pois prioriza a redução das desigualdades raciais e regionais por meio de um atendimento integral e humanizado, fator de atuação rotineira do enfermeiro como vigilante ativo contra o racismo institucional e na luta contra a presença de falhas no acesso à saúde (Bernardino; Alves; Oliveira, 2025).

A comunicação efetiva desses profissionais com a população na unidade básica fornece informações e reduz as barreiras de acesso aos serviços de saúde. Este fato permite o aumento do conhecimento da comunidade acerca dos direitos reprodutivos das mulheres e uma maior adesão ao pré-natal (Gadelha *et al.*, 2025). A educação em saúde é de extrema relevância e se destaca como uma ferramenta que vai além de aumentar o conhecimento das gestantes e contrapor mitos e preconceitos; ela pode ainda capacitar os profissionais de saúde do setor em forma de educação permanente e continuada (Espindola *et al.*, 2024).

O profissional de enfermagem atua na realização de consultas de pré-natal (PN). É protagonista na avaliação de risco gestacional, na realização de testes rápidos, no exame físico e no exame obstétrico, no acolhimento, na escuta ativa e no acompanhamento de cada gestante. É imprescindível uma consulta e avaliação de enfermagem detalhada, individualizada e aprofundada, com detecção precoce de sinais de iminência de eclâmpsia, além da oportunidade de acompanhar os exames laboratoriais, sinais vitais e batimentos cardíacos fetais, intervindo no tempo certo e com eficácia (Espindola *et al.*, 2024). A identificação precoce dos riscos de pré-eclâmpsia, hemorragia grave, infecção, sepse e ruptura uterina é um dos fatores que fazem o PN evitar desfechos negativos (Nunes *et al.*, 2025).

Por isso, a importância do pré-natal (PN) é comprovada e regulamentada pelo MS, visto que este traz consigo diversos benefícios maternos e fetais. É durante o PN que a mulher

irá obter informações sobre as modificações gravídicas anatômicas e hormonais; dieta e suplementação; prescrição de medicamentos e informações sobre fármacos proibidos durante a gestação; criação do plano de parto e ainda poderá receber tratamento dos sintomas típicos e apoio psicológico (Nunes *et al.*, 2025). Cada consulta de pré-natal é uma oportunidade para conhecer a cultura, as necessidades e as expectativas de cada gestante, além de avaliar o nível de conhecimento da usuária do serviço sobre a gestação, as mudanças fisiológicas e os sinais de alerta (Espindola *et al.*, 2024). Sendo assim, a ausência ou má qualidade do pré-natal contribui para aumento da mortalidade materna, nesse sentido, a OMS reforça essa informação ao indicar que 80% das mortes maternas poderiam ser evitadas por um PN apropriado (Nunes *et al.*, 2025).

Uma pesquisa realizada por Gama *et al.* (2021) analisou 309 maternidades que apresentaram o enfermeiro como profissional que ofereceu assistência direta ao parto vaginal e comparou com a assistência prestada por outras maternidades onde outro profissional era atuante nesse momento. O resultado apresentou a assistência de enfermagem ao parto associada a maior utilização de boas práticas de trabalho de parto, parto e cuidados com o recém-nascido (RN), além de maior uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, maior contato pele a pele entre RN e mãe e maior oferta do seio materno ainda em sala de parto (Gama *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que a legislação obstétrica brasileira permite a atuação do enfermeiro, desde a admissão até a alta, na assistência ao parto de risco habitual. A presença de uma enfermeira obstétrica/obstetiz é um fator contribuinte para diminuição da ansiedade durante o processo de parto e nascimento. Nesse cenário, o partograma é uma ferramenta indispensável na prática da enfermagem, é o local de registro dinâmico da evolução do trabalho de parto, um guia para tomada de decisão que previne intervenções precoces ou desnecessárias e atua como respaldo para a assistência da enfermeira. Somado a isso, a enfermagem exerce ainda influência para menor uso de ocitocina de rotina, menor uso da posição litotômica para o parto e menor incidência de episiotomias. A assistência dessa classe profissional, por ser abrangente, completa e capacitada, contribui significativamente para a diminuição de intercorrências maternas (Gama *et al.*, 2021).

Sendo assim, é o enfermeiro que está na linha de frente nos cuidados às mulheres em todas as fases da vida, da assistência na atenção primária à especializada. Atua como uma peça fundamental no momento da gestação, trabalho de parto e parto, fornecendo todos os cuidados específicos, desde a prática de condutas eficazes e humanizadas, até o oferecimento de apoio emocional (Souza *et al.*, 2024).

4 MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Esse estudo possui um caráter quantitativo, observacional e descritivo. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (DATASUS). A coleta foi realizada por meio da ferramenta TABNET e com base na Classificação Internacional de Doenças da 10ª revisão (CID-10) para registro dos óbitos (O-00 a O-99), referentes aos casos de óbitos maternos notificados no estado de Alagoas no período de 2015 a 2024.

Uma pesquisa quantitativa é resultante de uma coleta de dados, que origina a análise de dados quantitativos sobre variáveis. Em resumo, ela é a transformação daquilo que é realidade em número, resultando em um processo de classificação e análise (Moresi, *et al.* 2003). Sendo assim, a pesquisa quantitativa é fundamentada em um estudo de base estatística, sendo a mesma responsável pela conexão entre a teoria e a prática através dos dados obtidos na realidade (Machado, 2023). O caráter observacional e descritivo desta pesquisa, se dá através da capacidade da mesma de expor as características de uma população ou da ocorrência de um fenômeno (Moresi, *et al.* 2003).

A escolha dessa abordagem metodológica justifica-se pela possibilidade de apresentar de maneira organizada e tabulada a abrangência dos dados numéricos obtidos através dos sistemas de informação utilizados. A coleta dos dados quantitativos foram efetuadas de forma direta no sítio do SIM e do SINASC, do Ministério da Saúde; utilizando estatística básica descritiva para analisar a ocorrência de óbitos maternos em uma população determinada.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada com base nas informações do estado de Alagoas, situado no Nordeste do Brasil. De acordo com os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população presente nessa área, já ultrapassou 3,2 milhões de habitantes em 2025. A extensão territorial é de cerca de 27.830 km², distribuídos em 102 municípios.

O estado alagoano está organizado em duas grandes regiões de saúde (Maceió e Arapiraca) que se subdividem em dez regiões de saúde menores. A primeira macrorregião engloba da primeira à sexta, enquanto a segunda vai da sétima à décima (SESAU, 2022). Essa

estrutura permite a análise regionalizada dos indicadores de mortalidade materna em todo o estado.

4.3 Período e população do estudo

Os óbitos maternos no estado de Alagoas foram avaliados no recorte temporal que compreende o período de 2015 a 2024. A população foi composta por todas as mulheres notificadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) nesse período.

4.4 Aspectos éticos

Os dados foram oriundos do SIM e do SINASC, coletados via DATASUS e tabulados pelo sistema TABNET. O conjunto de dados abrange os registros de óbitos maternos ocorridos em Alagoas (2015-2024), classificados sob os códigos O00 a O99 da CID-10. Esta pesquisa não exigiu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa por se tratar de dados secundários que são de acesso público. A dispensação da apreciação ética se deu em conformidade com a Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que os dados são tratados com total sigilo e discrição, uma vez que não contêm informações de identificação pessoal.

4.5 Variáveis

As variáveis utilizadas no presente estudo relatam os diferentes aspectos da Mortalidade Materna, estas foram agrupadas com base na relevância para a análise e sua determinada classificação. Tais variáveis são estruturadas em duas categorias principais: epidemiológicas e assistenciais/clínicas. Ambas fundamentam-se em uma avaliação quantitativa, através da verificação da frequência dos casos.

- Variáveis epidemiológicas: ano do óbito, região de saúde da residência, faixa etária, raça/cor, escolaridade e estado civil.
- Variáveis assistenciais/clínicas: classificação da causa da morte (direta ou indireta), período da ocorrência do óbito e momento da ocorrência.

4.6 Coleta de dados

O levantamento de dados foi conduzido de maneira sistemática e criteriosa, com o objetivo de fornecer informações organizadas que facilitem a compreensão. Os dados advieram das plataformas do DATASUS, através do TABNET: SIM e SINASC. É possível acessar estes dados por meio do Portal de Dados Abertos do Governo Federal, plataforma que hospeda o acervo oficial do SIM. Todo o processamento das informações foi feito com base nas variáveis mencionadas anteriormente.

4.7 Tratamento e análise dos dados

Os dados explicitados foram analisados por meio de estatística descritiva. Como recurso computacional, utilizou-se o software Microsoft Excel (versão 2021) para a tabulação no formato de um banco de dados no programa.

Além disso, é válido destacar que no tratamento estatístico das variáveis, os dados classificados como ignorados foram excluídos do cálculo das frequências relativas nas tabelas. Essa medida se justifica pela necessidade de mitigar distorções na proporcionalidade do perfil epidemiológico real, as quais poderiam decorrer do subpreenchimento das fichas de notificação.

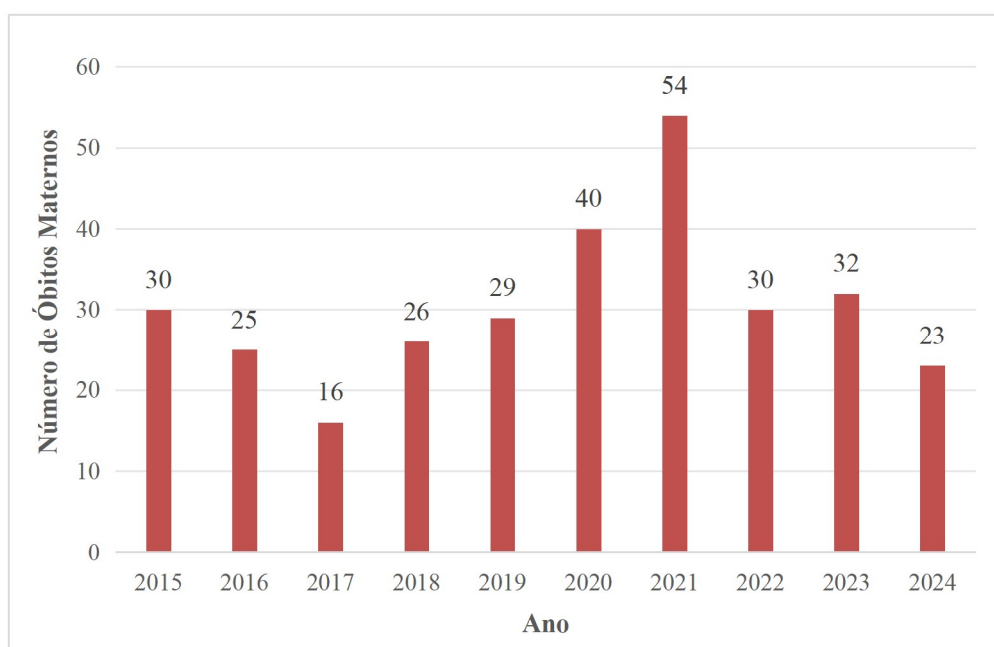
Para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM), adotou-se a orientação oferecida pelo Ministério da Saúde, aplicando a seguinte fórmula:

$$\text{RMM} = \left(\frac{\text{Número de óbitos maternos}}{\text{Número de nascidos vivos}} \right) \times 100.000$$

5 RESULTADOS

No período de 2015 a 2024, Alagoas apresentou um total de 305 óbitos maternos registrados no SIM, fato que pode ser averiguado através do gráfico 3. Essa avaliação de série histórica aponta um destaque no aumento dos óbitos maternos nos anos de 2020 (40 casos) e 2021 (54 casos), assim como o menor número de registros em 2017 (16 casos). A partir do ano de menor número de casos, os registros cresceram exponencialmente, passando a diminuir somente no ano de 2022.

Gráfico 3 - Número de óbitos maternos por ano. Alagoas, 2015 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Além disso, foi possível verificar a variação da RMM durante esses anos. A Tabela 1 retrata de maneira organizada de acordo com o ano: o número de óbitos maternos na segunda coluna, o número de nascidos vivos na terceira coluna e a RMM. Como resultado do conteúdo das duas colunas e aplicação da fórmula necessária, tem-se que a RMM no ano de 2021 superou todas as outras com o maior valor de (110,6/100.000 NV). Outrossim, o ano de 2017 apresentou a menor RMM de (31,7/100.000 NV). Com base nos dados apresentados, Alagoas obteve uma RMM média de 62,88/100.000 NV.

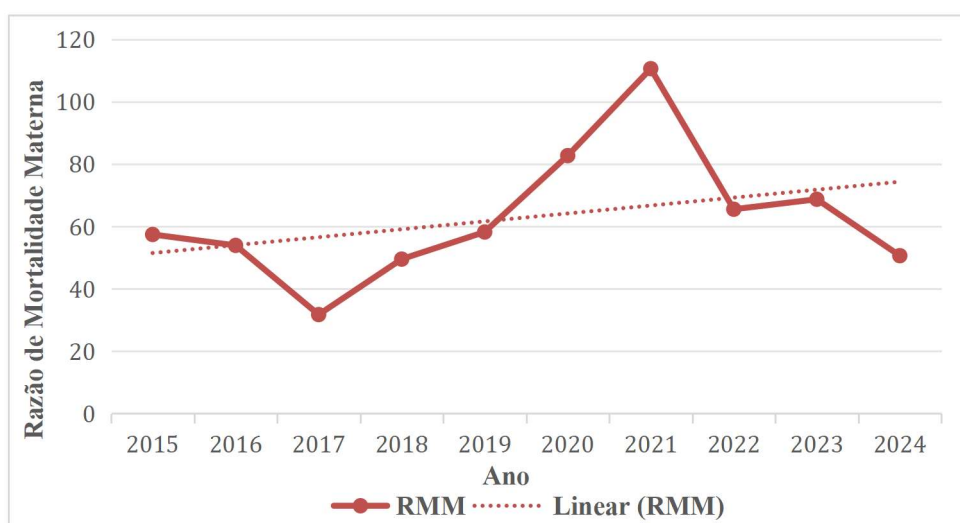
Tabela 1 - Número de óbitos maternos, nascidos vivos e Razão de Mortalidade Materna por ano. Alagoas, 2015 a 2024.

Ano	Óbito materno	NV	RMM
2015	30	52257	57,4
2016	25	48164	53,9
2017	16	50368	31,7
2018	26	52496	49,5
2019	29	49803	58,2
2020	40	48341	82,7
2021	54	48808	110,6
2022	30	45742	65,5
2023	32	46543	68,7
2024	23	45436	50,6

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC);
Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Legenda: Nascidos Vivos (NV); Razão de Mortalidade Materna (RMM).

É possível ainda verificar o impacto dos óbitos no estado de Alagoas, por meio do gráfico 4. A evolução temporal da RMM apresentou oscilações no período de 2015 a 2024, com um crescimento a partir do ano de 2017. Embora os valores tenham apresentado declínio no ano de 2022, a linha de tendência linear indica o aumento da RMM.

Gráfico 4 - Evolução temporal da Razão de Mortalidade Materna em Alagoas, 2015 a 2024.

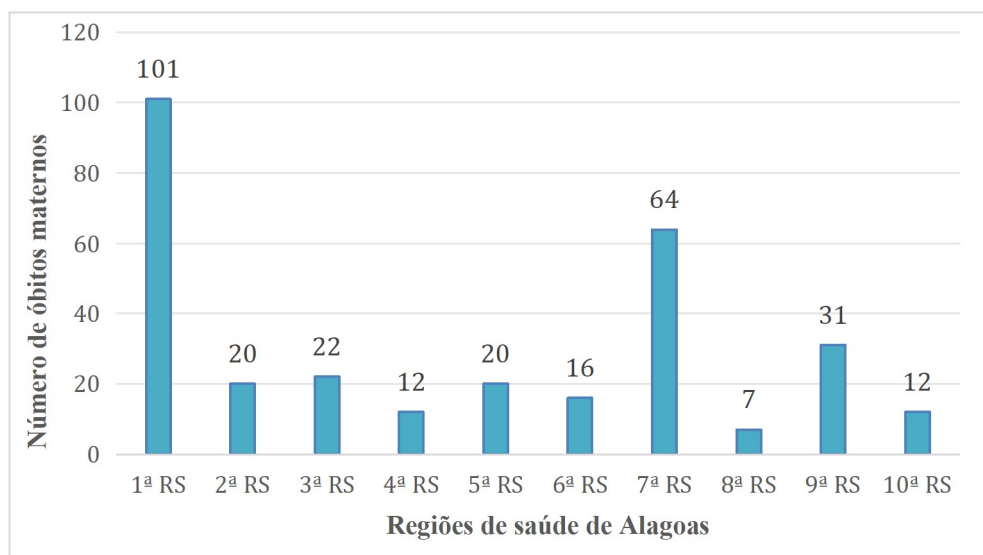


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

A dispersão dessas mortes, de acordo com a região de saúde da localização da residência dessas mulheres, foi observada através do gráfico 4. A demonstração do maior número de óbitos ocorreu na 1ª região de saúde (101), seguido da 7ª (64) e 9ª região (31). A região que apresentou o menor número em comparação às demais, foi a 8ª região (7 óbitos).

As regiões de saúde de Alagoas possuem um número variado de municípios e uma densidade populacional diversa. Nesse sentido, tem-se que a 1ª região apresenta 12 municípios, a 7ª região conta com 17 municípios, a 9ª região com 14 municípios e a 8ª região, que apresentou o menor número de óbitos, com 7 municípios (SESAU, 2022).

Gráfico 5 - Número de óbitos maternos por região de saúde. Alagoas, 2015 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

A análise do perfil sociodemográfico materno resultou nos dados presentes na Tabela 2. Procedeu-se à exclusão dos dados ignorados de cada variável para o cálculo dos percentuais válidos, visando mitigar a fragilidade na completude dos dados de base secundária. Vale ressaltar que a ausência de preenchimento foi mais expressiva na variável escolaridade (101 casos), seguida pelo estado civil (66 casos) e raça/cor (31 casos). No que tange ao aspecto de raça/cor, 79,93 % das mulheres se consideravam pardas, representando a maioria expressiva dessa variável. Quanto à escolaridade, a maioria apresentou de 4 a 11 anos de estudo (77,45 %) e a minoria apresentou nenhuma escolaridade (3,43 %) ou 12 anos ou mais de estudo (8,82 %).

Também foi possível observar os dados resultantes da variável faixa etária; 77,71 % das mulheres apresentaram de 20 a 39 anos, seguido de 15,08 % de 15 a 19 anos. Quanto ao

estado civil, a maioria dos óbitos foram observados em mulheres solteiras (49,37 %) e, em menor número (20,08 %) como viúva/separada ou outro.

Tabela 2 - Óbitos maternos segundo raça, escolaridade, faixa etária e estado civil. Alagoas, 2015 a 2024.

Variáveis	N	%
Raça		
Branca	32	11,68%
Preta	20	7,30%
Amarela	1	0,36%
Parda	219	79,93%
Indígena	2	0,73%
Escolaridade		
Nenhuma	7	3,43%
1 a 3 anos	21	10,29%
4 a 7 anos	73	35,78%
8 a 11 anos	85	41,67%
12 anos e mais	18	8,82%
Faixa Etária		
10 a 14 anos	3	0,98%
15 a 19 anos	46	15,08%
20 a 29 anos	127	41,64%
30 a 39 anos	110	36,07%
40 a 49 anos	19	6,23%
Estado Civil		
Solteira	118	49,37%
Casada	73	30,54%
Viúva/separada/outro	48	20,08%

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Nota: Percentuais calculados com base nos casos válidos (excluídos os dados ignorados para cada variável).

Durante os anos de 2015 a 2024, foi possível ainda adquirir dados referentes ao local de ocorrência do óbito, causa obstétrica direta ou indireta e momento do óbito de acordo com o período da gestação ou puerpério. Sendo assim, a tabela 3 demonstra que 280 (91,80 %) dos óbitos ocorreram no ambiente hospitalar, 208 (68,20 %) mortes classificadas como causa obstétrica direta. Além disso, torna-se evidente que 62,50 % dos óbitos notificados ocorreram

durante os primeiros 42 dias após o parto, seguido por 29,17 % de casos durante a gravidez, parto ou aborto.

Tabela 3 - Óbitos maternos segundo local de ocorrência, causa obstétrica e momento do óbito. Alagoas, 2015 a 2024.

Variáveis	N	%
Local de ocorrência		
Hospital	280	91,80%
Outro estabelecimento de saúde	4	1,31%
Domicílio	15	4,92%
Via pública	4	1,31%
Outros	2	0,66%
Causa obstétrica		
Morte materna obstétrica direta	208	68,20%
Morte materna obstétrica indireta	93	30,49%
Morte materna obstétrica não especificada	4	1,31%
Momento do óbito		
Durante a gravidez, parto ou aborto	77	29,17%
Durante o puerpério, até 42 dias	165	62,50%
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	8	3,03%
Não na gravidez ou no puerpério	13	4,92%
Período informado inconsistente	1	0,38%

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Nota: Percentual do momento do óbito calculado com base nos casos válidos (excluído os dados ignorados).

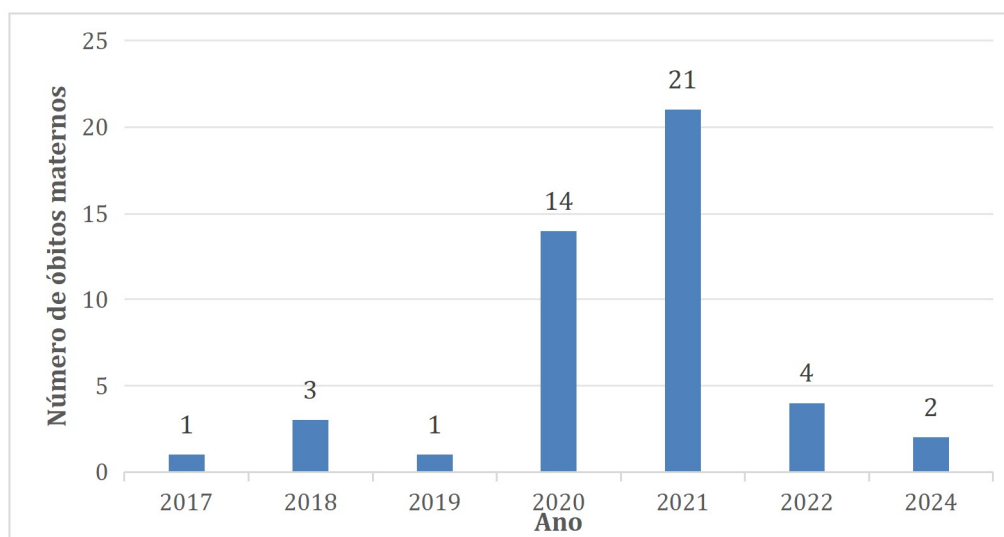
A CID-10 é a ferramenta norteadora utilizada no SIM para o agrupamento e a tabulação das causas de óbito em categorias diagnósticas padronizadas. Ao analisar as causas de todos os óbitos em Alagoas notificados no período do presente estudo, foi possível caracterizar os óbitos segundo a classificação dos grupos da CID-10. Os dados podem ser vistos na Tabela 4, na qual se observaram 65 casos na categoria síndromes hipertensivas, seguidas pelas doenças infecciosas ou parasitárias (46 casos). A terceira e quarta maior causa foram, respectivamente: outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam à gravidez, parto ou puerpério (41 casos) e infecção (32 casos). Verificou-se que a gravidez que termina em aborto correspondeu a 28 ocorrências (9,18%), enquanto as complicações do puerpério somaram 25 casos (8,20%). Ademais, as categorias de complicações no parto e hemorragia registraram 24 casos cada (7,87%) e outros transtornos maternos relacionados a gravidez (20 casos).

Tabela 4 - Classificação dos óbitos maternos segundo a causa. Alagoas, 2015 a 2024.

Óbito segundo grupo CID-10	N	%
Gravidez que termina em aborto	28	9,18%
Síndromes hipertensivas	65	21,31%
Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério	41	13,44%
Complicações no parto	24	7,87%
Doenças infecciosas ou parasitárias	46	15,08%
Infecção	32	10,49%
Outros transtornos maternos relacionados a gravidez	20	6,56%
Hemorragia	24	7,87%
Complicações do puerpério	25	8,20%

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Ressalta-se, ainda, a relevância do detalhadamente do grupo doenças infecciosas e parasitárias do CID-10, onde pode-se averiguar um aumento considerável no número de óbitos maternos nos anos de 2020 e 2021, seguidos de uma posterior diminuição dos número de óbitos nos anos seguintes.

Gráfico 6 - Ocorrência de óbitos maternos na categoria doenças infecciosas e parasitárias do CID-10. Alagoas, 2015 a 2024.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que, na série histórica de 2015 a 2024, Alagoas registrou um total de 305 mortes maternas e uma RMM média de 62,88 a cada 100.000 NV. Tais dados demonstram que o estado ainda apresenta uma RMM elevada em comparação com a meta estabelecida pelo Brasil de reduzir a RMM para 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos até 2030. Durante o período estudado, Alagoas apresentou a maior RMM de 110,6/100.000 NV e a menor de 31,7/100.000 NV. Esta oscilação reflete tanto os avanços na assistência oferecida a mulheres durante o período da gestação e puerpério, quanto a ocorrência da pandemia do COVID-19, que impactou diretamente no aumento da MM, sobretudo nos anos de 2021 e 2022 (Freitas, 2025).

Segundo Morettin e Tolo (2006), uma série temporal consiste em um conjunto de eventos organizados cronologicamente. Nesse contexto, foi possível analisar a evolução da mortalidade materna no fator tempo em Alagoas, com a observação do comportamento de uma linha de tendência entre 2015 e 2024 no Gráfico 4. Observou-se que, embora os valores de RMM tenham apresentado declínio no ano de 2022, a linha de tendência linear permaneceu indicando o aumento deste indicador ao longo do período analisado. Tal fato pode ser resultante do impacto de diversos fatores como o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência obstétrica que está sendo prestada, principalmente no que tange às políticas públicas de saúde materna, pois o acesso à educação em saúde está associado a uma redução expressiva nas mortes relacionadas à gravidez (Freitas, 2025; Salgado *et al.*, 2024).

Nesse contexto, é essencial fundamentar estratégias de combate à MM. Considerando as diretrizes atuais sobre o assunto, no ano de 2024, foi lançado o material do MS que resume em dez passos o cuidado obstétrico para redução da morbimortalidade materna. Desenvolvido em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), este guia constitui um protocolo vigente, atual e técnico que traz pontos de atenção essenciais para a melhora do cenário de MM e maior segurança materna em Alagoas (FIOCRUZ, 2024).

A consulta de enfermagem no PN, respaldada pela Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86), atua como uma ferramenta prática desses dez passos propostos pelo MS. O enfermeiro é protagonista na avaliação do risco gestacional, na realização de testes rápidos, no exame físico obstétrico, no acolhimento, na escuta ativa e no acompanhamento de cada gestante, identificando precocemente os riscos de pré-eclâmpsia, hemorragia grave, infecção, sepsis e ruptura uterina, sendo um fator importante para evitar desfechos negativos (Nunes *et*

al., 2025; FIOCRUZ, 2024). Nessa perspectiva, o primeiro passo do manual sugere que a comunicação é essencial e reforça a necessidade de garantir encontros de saúde qualificados, onde cada oportunidade é utilizada para acolher e informar em prol do benefício materno. Evidenciando a importância da aplicação desse passo por todos os enfermeiros nas consultas de pré-natal de risco habitual em todos os municípios do estado (FIOCRUZ, 2024).

Na APS, o enfermeiro é o principal ponto de contato da gestante com o sistema de saúde. Com um acolhimento qualificado e escuta ativa, esse profissional realiza, além do rastreio clínico e da contínua estratificação de risco gestacional, o vínculo imprescindível com a gestante, aumentando a adesão às consultas. Assim, a melhora dos indicadores de Alagoas depende diretamente do fortalecimento da autonomia do enfermeiro na APS, com acesso a insumos e educação permanente, para que cada consulta seja um encontro qualificado de saúde (Gama *et al.*, 2021).

Alagoas é dividida em 10 regiões de saúde, das quais a 1ª região se destaca por apresentar o maior número de óbitos. Este cenário pode ser justificado pela quantidade populacional, uma vez que, além da capital de Alagoas, ela abrange os municípios de Flexeiras, Messias, Barra de Santo Antônio, Paripueira, Rio Largo, Satuba, Santa Luzia do Norte, Coqueiro Seco, Marechal Deodoro, Barra de São Miguel e Pilar (SESAU, 2022). A observação dos dados de cada região de saúde do Estado subsidia a elaboração de planos estratégicos, a gestão e os pontos de atenção que efetivamente atuem na diminuição dos indicadores de mortalidade (Oliveira *et al.*, 2023).

Sob essa perspectiva, ressalta-se a importância da notificação e de um preenchimento correto da declaração de óbito (DO) para uma verificação precisa das ocorrências, seguida de uma avaliação fidedigna das principais causas (Ferreira *et al.*, 2025). Uma vez que uma quantidade substancial de casos em diversas variáveis foram constatadas sem o preenchimento adequado de aspectos quanto à raça/cor, escolaridade, estado civil ou momento do óbito, tais ocorrências revelam que a ficha de DO deve ser preenchida de forma correta pelo profissional com o maior número de informações possível e evitando-se a subnotificação. O SIM é um sistema de alta qualidade e essencial para o monitoramento e tomada de decisão em saúde; por isso, a qualificação das equipes de saúde para o ato do preenchimento é indispensável para assegurar a confiabilidade dos indicadores epidemiológicos (Freitas, 2025).

Alguns fatores sociodemográficos foram observados neste estudo, como a predominância de mortes em mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos. Esse dado se justifica pelo fato desse grupo representar a maior parcela da população feminina na fase reprodutiva

(Torres *et al.*, 2021). Além disso, verificou-se que 16,06 % das mortes ocorreram em adolescentes, fato que revela a necessidade de ações voltadas à educação em saúde, planejamento familiar e medidas de prevenção a gravidez na adolescência. Uma gravidez precoce é vinculada a riscos, pois acontece em uma fase de desenvolvimento corporal feminino, e ainda é associada a doenças hipertensivas e à reduzida adesão ao pré-natal (Dias *et al.*, 2015). Por esse motivo, o MS estabelece como décimo passo do cuidado obstétrico a garantia de vigilância e assistência permanente no puerpério, o que inclui o oferecimento de método contraceptivo eficaz de acordo com as necessidades de planejamento reprodutivo da mulher (FIOCRUZ, 2024).

Destaca-se no aspecto étnico-racial, a predominância da cor parda, concentrando 79,93% dos casos. Paralelamente, os dados revelam um cenário de baixa escolaridade, com 158 registros de mulheres que possuíam entre 4 e 11 anos de estudo. A variável raça/cor é um fator que demanda atenção na atualidade, visto que as mortes oriundas dessa vertente relacionam-se não apenas a um racismo institucional, mas uma violação dos direitos à vida, à integridade pessoal, à igualdade e a não discriminação. Vale ressaltar que essa vertente foi base para a criação da Rede Alyne no ano de 2024, com especial atenção às mulheres negras e de baixa renda (Bernardino; Alves; Oliveira, 2025). Investigar os níveis de MM relacionadas à cor/raça coopera para a formação de uma consciência crítica da gravidade do cenário brasileiro, como um meio de reduzir a situação (Ferreira *et al.*, 2025).

Assim, fatores como idade, cor/raça e avaliação do nível de escolaridade são ferramentas cruciais que determinam os grupos populacionais mais vulneráveis e o que deve ser feito para cumprir o objetivo da minimização da MM (Oliveira *et al.*, 2023). Nesse contexto, o MS instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria nº 992/2009, que combate o racismo institucional e visa reduzir as desigualdades étnico-raciais no âmbito do SUS. Essa portaria preconiza ações voltadas à redução das disparidades nos agravos a saúde para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Para isso, torna-se necessário qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, englobando diretamente o aperfeiçoamento da assistência ginecológica, obstétrica e no período do puerpério (Brasil, 2009).

O enfermeiro exerce o papel de vigilante ativo contra o racismo institucional e na luta contra falhas no acesso à saúde, atuando como um defensor dos direitos humanos e reprodutivos, sendo responsável por implementar um cuidado livre de discriminações (Bernardino; Alves; Oliveira, 2025). Com relação a taxa de mortalidade entre adolescentes (16,06%), a literatura indica que a intervenção da enfermagem nas atividades do Programa

Saúde na Escola (PSE) e nas consultas de planejamento familiar, com ênfase na oferta de métodos contraceptivos, representa o principal recurso preventivo para evitar a gravidez na adolescência e suas complicações biológicas (Batista *et al.*, 2021).

No que diz respeito à classificação da causa obstétrica, prevaleceu a morte materna obstétrica direta, com 208 casos (68,20 %). Vale destacar que essa classificação apresenta, na maioria dos casos, um índice alto de evitabilidade da morte, principalmente através da qualificação profissional. Os fatores relacionados a essa categoria são os mesmos presentes na realidade nacional: distúrbios hipertensivos da gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia), parto obstruído, ruptura uterina, hemorragias e complicações do aborto, cesarianas ou anestesia (Alencar Júnior, 2006; Torres *et al.*, 2021).

Por conseguinte, o MS orienta, através do quinto passo para reduzir a MM, a capacitação contínua dos profissionais para o reconhecimento rápido das situações de urgência/emergência, visando o oferecimento de um cuidado ágil e de qualidade. Para isso, é indicado a educação permanente e continuada com o uso de metodologias ativas de aprendizagem, como o Arco de Maguerez, um método ativo de educar com base na problematização da realidade. Devem estar envolvidos no processo de aprendizagem: profissionais da área da saúde, gestores, prestadores de serviço e profissionais terceirizados (FIOCRUZ, 2024).

A análise quanto ao local de ocorrência dos óbitos em Alagoas revelou que 91,80 % dos casos ocorreram em ambiente hospitalar. Esse achado é um fator importante de ser averiguado, uma vez que demanda a avaliação da acessibilidade das unidades de saúde, bem como a realização de auditorias, acompanhamento de indicadores, detecção e atenção especial às principais intercorrências e patologias que agravam a saúde da gestante. Tais aspectos podem ser atuantes na minimização dos óbitos nos ambientes de saúde (Oliveira *et al.*, 2023).

Este estudo trouxe, ainda, dados relevantes sobre o momento do óbito: 165 casos (62,50 %) aconteceram durante o puerpério em até 42 dias e 77 casos (29,17 %) aconteceram durante a gravidez, parto ou aborto. Essa situação reflete um ponto de preocupação, pois as mortes no puerpério são frequentemente associadas a infecção, sendo assim, a detecção dos fatores de risco que predis põem infecções puerperais têm sido insuficientes. Esses fatores são: diabetes mellitus gestacional, rotura prematura das membranas ovulares, índice de massa corporal superior a 25kg/m² e a realização de cesárea sem indicação médica (Ferreira *et al.*, 2020). É imprescindível, portanto, que os profissionais da área mantenham-se atentos para além dos fatores de risco, atuando em atividades de promoção e prevenção em saúde direcionadas às particularidades apresentadas por essas mulheres (Oliveira *et al.*, 2023).

O fato de 62,50 % dos óbitos terem ocorrido no período puerperal reitera a importância da atenção cuidadosa a ser refletida sobre a mulher durante essa fase. Sintomas como febre, dores na cicatriz de parto ou na episiotomia/laceração, dificuldades de amamentação, alterações de saúde mental e distúrbios no autocuidado são fatores contributivos para o risco de desfechos negativos puerperais. As primeiras horas após o parto são as mais importantes, a promoção da “hora de ouro” (primeira hora pós parto) de contato pele a pele mãe/RN e de estímulo a amamentação promove proteção materna, pois estimula a liberação de ocitocina durante a sucção do bebê; isso estimula fisiologicamente a contração do útero, prevenindo hemorragias puerperais (FIOCRUZ, 2024).

A hipertensão é considerada a segunda maior causa de morte materna no Brasil e no mundo (Oliveira *et al.*, 2023). Em Alagoas, os resultados não são distintos dessa realidade, a base de dados analisada nesta pesquisa revelou que a principal causa de óbitos foram classificadas em síndromes hipertensivas, totalizando 65 ocorrências. Em seguida, destacam-se doenças infecciosas ou parasitárias (46 casos) e, em terceiro e quarto lugares, outras doenças maternas que complicam a gravidez, parto ou puerpério (41 casos) e infecções (32 casos), respectivamente. Como forma de evitar prognósticos desfavoráveis associados à elevação da pressão arterial (PA), é necessário um monitoramento de qualidade da pressão materna pela equipe de saúde. Isso inclui a implementação do teste de proteinúria na Atenção Básica para as gestantes de risco habitual, visando prevenir pré-eclâmpsia e eclâmpsia (Brasil, 2020). A elevação da PA pode ainda permanecer no pós-parto, configurando um grave problema de saúde pública que pode resultar em hemorragias, e conseqüentemente, no aumento da morbimortalidade materna (Freitas, 2025).

Os dados sobre os óbitos decorrentes de síndromes hipertensivas em Alagoas reforçam a necessidade de priorização de programas de saúde pública com foco na prevenção, redução e acompanhamento da PA durante o pré-natal, parto e puerpério (Oliveira *et al.*, 2023). Mais uma vez, observa-se que o pré-natal desempenha um papel fundamental para detecção de agravos. O MS estabeleceu como o segundo e sexto passo para diminuição da MM: o uso de profilaxia e a garantia do reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação. A profilaxia é essencial, uma vez que o ácido acetilsalicílico pode ser utilizado a partir de 12 semanas para as mulheres com maior risco de pré-eclâmpsia. Além disso, os sinais devem ser observados com cautela, pois ganho de peso excessivo (superior a 1kg/semana) e repentino, edema, especialmente no rosto e nas mãos, PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg, cefaléia, epigastralgia e escotomas devem receber a devida avaliação e intervenção (FIOCRUZ, 2024).

Vale ressaltar, ainda, o número elevado de casos de mortes oriundas de doenças infecciosas e parasitárias. Ao observar de forma aprofundada essa categoria da CID-10, verificou-se que houve um pico das mortes nos anos de 2020 e 2021. Esses indicadores coincidem com o período da pandemia da COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, uma vez que o ano de 2021 foi o período mais crítico da pandemia em termos de mortalidade. A pandemia revelou as desigualdades em saúde presentes em muitas regiões, afetando a MM de forma direta, pois o acesso ao serviço de saúde e a disponibilidade de recursos foram comprometidos (Souza *et al.*, 2024). Cumpre notar que as doenças infecciosas ou parasitárias, além de estarem relacionadas ao cenário pandêmico, podem envolver historicamente outras patologias de relevância epidemiológica. Ademais, a MM é influenciada pela qualidade da assistência pré-natal, um importante programa de prevenção é o teste de triagem pré-natal, em que exames sorológicos são realizados no decorrer da gestação, como sífilis, HIV, hepatite B, hepatite C, rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus (Gomes *et al.*, 2023).

Por fim, Santos *et al.* (2024) reiteram que a gestação requer uma atuação dos profissionais de saúde fundamentada em métodos científicos, humanização e constantes atualizações, pois elas podem impactar diretamente na RMM. Diante do cenário em Alagoas, que apresenta uma média de 62,88 mortes maternas a cada 100.000 NV, torna-se importante reforçar a adesão aos guias de estratificação de risco no pré-natal e o monitoramento das gestantes e a capacitação dos profissionais da atenção básica e especializada são estratégias fundamentais para impedir desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2020).

Os resultados deste estudo destacam o papel estratégico da enfermagem na diminuição da MM em Alagoas. As síndromes hipertensivas, principal causa de óbito registrada nesta pesquisa, é campo de atuação clínica rigorosa desse profissional, pois trabalha no rastreio precoce na APS e na implementação de escores de alerta obstétrico. Da mesma forma, a atuação da enfermagem é imprescindível para reverter o alarmante dado de 62,50 % de óbitos ocorridos no pós-parto, por meio do fortalecimento da consulta puerperal e da garantia da visita domiciliar em tempo oportuno. Assim, investir na autonomia e capacitação contínua para a enfermagem alagoana não é apenas uma recomendação técnica, mas uma estratégia que impacta diretamente na redução da MM (Espindola *et al.*, 2024).

Como limitação para esta pesquisa destaca-se à incompletude dos dados dispostos nos sistemas de informações consultados, bem como a subnotificação das informações. Tais lacunas dificultaram uma análise integral da real situação, além de mascarar a verdadeira magnitude do problema de saúde pública frente à mortalidade materna.

7 CONCLUSÃO

A Mortalidade materna configura-se como um grave problema de saúde pública, sendo um dos principais motivos para a manutenção dos indicadores elevados e a melhoria na rede de assistência obstétrica brasileira. O presente estudo permitiu analisar a evolução temporal da MM em Alagoas no período de 2015 a 2024, revelando o registro de 305 óbitos maternos e uma RMM média de 62,88 a cada 100.000 NV. Durante esse intervalo, constatou-se uma oscilação significativa nos índices, com um aumento nos anos de 2021 e 2022, fato que pode ser explicado pela pandemia da COVID-19. Tal cenário evidencia o desafio em alcançar a meta nacional de redução para 30 mortes a cada 100.000 NV até 2030.

Entretanto, os achados desta pesquisa fornecem informações que podem servir como pauta para debates sobre a prática assistencial desenvolvida no estado. Objetiva-se, com isso, uma assistência de qualidade que garanta a profilaxia de riscos no pré-natal, o manejo adequado de urgências e emergências, uma vigilância rigorosa no puerpério e a importante capacitação profissional de equipes. Além disso, reforça-se a necessidade de qualificar o preenchimento das declarações de óbito para diminuir as subnotificações. Uma vez que, um atendimento individualizado, atento, integral, humanizado, sem preconceitos e realizado em tempo hábil é o necessário para evitar desfechos negativos e garantir a segurança das mulheres alagoanas.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR JÚNIOR, Carlos Augusto. Os elevados índices de mortalidade materna no : razões para sua permanência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 377-379, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000700001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bQ5bszCstkptmyKPSQfvynB/>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- ALVES, Rafaela Pereira *et al.* Mortalidade materna em tempos de pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e28711426942, mar. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26942>. Acesso em: 23 mar. 2026.
- BARRETO, Bianca Leão. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 127-133, 2021. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3709>. Acesso em: 10 fev.
- BATISTA, Mikael Henrique de Jesus *et al.* Atuação do enfermeiro na educação sexual na adolescência no contexto escolar. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 4819-4832, jan. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23078>. Acesso em: 7 jun. 2026.
- BERNARDINO, Ana Beatriz Ferreira; ALVES, Clarysse Liberato; OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de. REDE ALYNE: Processo histórico de criação e impactos iniciais. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 8, n. 19, p. e082639, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i19.2639>. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2639>. Acesso em: 18 fev. 2026.
- BEZERRA, Kévia Katiúcia Santos; ANDRADE, Mirley Sângela Pessoa Bezerra de. **Mortalidade materna**: um desafio para a saúde pública mundial. Cajazeiras: EBSEH/HUJB-UFCG, 13 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 20 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 3 fev. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 13 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Componente de Atenção Especializada Ambulatorial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 18 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 91, p. 48-50, 14 maio 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 7 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Avaliação de impacto de políticas de saúde: guia para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 112 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_impacto_politicas_saude_guiasus.pdf. Acesso em: 25 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: estratégias para redução da mortalidade materna no estado do Piauí**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 63 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_estrategias_reducao_mortalidade_materna_piaui.pdf. Acesso em: 10 fev. 2026.

COSTA, Anna Beatriz de Lima *et al.* Contribuição da enfermagem na redução da taxa de mortalidade materna no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [S. l.], v. 23, n. 2, e12152, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e12152.2023>. Acesso em: 11 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 690/2022: normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.htm. Acesso em: 7 jun. 2026.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* **Mortalidade materna**. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. DOI: 10.5935/2238-3182.20150034. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>. Acesso em: 20 jan. 2026.

ESPINDOLA, Rafaela Maria da Silva *et al.* Atuação do enfermeiro frente às síndromes hipertensivas da gravidez. **Diálogos em Saúde**, Cabedelo, v. 7, n. 1, p. 104-114, jan./maio 2024. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/711>. Acesso em: 11 fev. 2026.

FERREIRA, Maria Clara Serapião *et al.* Tendência da mortalidade materna no Paraná, Brasil, e regionais de saúde, entre 2005 e 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, abr. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.15482023>. Acesso em: 23 fev. 2026.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. ABENFO. FEBRASGO. **10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna**. Rio de Janeiro, mai. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/10-passos-do-cuidado-obstetrico-para-reducao-da-morbimortalidade-materna>. Acesso em: 23 mar. 2026.

FREITAS, Carla Carolina da Silva Leite. **Evolução da mortalidade materna no Brasil: uma análise comparativa de séries temporais**. 2025. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025. Disponível em:

https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/35862/1/CarlaCarolinaDaSilvaLeite_Tese.pdf. Acesso em: 25 jan. 2026.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 607-614, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/?lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2026.

FRIAS, Paulo Germano de *et al.* Utilização das informações vitais para a estimação de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos ao desenvolvimento de métodos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00206015, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DbSQhcvxfbyPCf5bZZTQ4qc/?lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2026.

GADELHA, Geraldo Gilberto Raikkoner Silva *et al.* **Planejamento familiar e saúde reprodutiva: prevenção de gestações não planejadas**. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [S. I.], v. 7, n. 3, p. 2135-2152, 2025. Disponível em:

<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5540>. Acesso em: 31 mar. 2026.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et al.* **Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 919-929, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>. Acesso em: 31 mar. 2026.

GOMES, Anna Carollina Barbosa *et al.* Doenças infecciosas detectáveis no teste da mamãe. In: BACHUR, Tatiana Paschoalette Rodrigues; NEPOMUCENO, Denise Barguil (org.).

Doenças infecciosas e parasitárias no contexto brasileiro: volume 4. Campina Grande: Editora Amplla, 2023. cap. 22, p. 226. DOI 10.51859/AMPLLA.DIP3118-22. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=YXm-EAAAQBAJ>. Acesso em: 7 jun. 2026.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça; MOREIRA, Marcelo Rasga. Mortes maternas como desafio para a assistência obstétrica em tempos da Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 24, e20230078, 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000078>. Acesso em: 25 jan. 2026.

KURJAK, A.; STANOJEVIĆ, M.; DUDENHAUSEN, J. Why maternal mortality in the world remains a tragedy in low-income countries and shame for high-income ones: will sustainable development goals (SDG) help? **Journal of Perinatal Medicine**, 1 jun. 2022.

Disponível em: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/jpm-2022-0061/html>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MACHADO, J. **Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo**. **Devir Educação**, v. 7, n. 1, 30 jul. 2023. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/372771846_Metodologias_de_pesquisa_um_dialogo_quantitativo_qualitativo_e_quali-quantitativo. Acesso em: 12 fev. 2026.

MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Metodologia da pesquisa, Brasília: **Universidade Católica de Brasília**, v. 24, 108 p., 2003. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~pdcosta/ensino/2010-2-metodologia-de-pesquisa/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>. Acesso em: 12 fev 2026.

MORETTIN, Pedro A.; TOLOI, Clélia M. C. **Análise de séries temporais**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2006. 564 p. Disponível em: https://www.blucher.com.br/analise-de-series-temporais_9788521203896. Acesso em: 7 jun. 2026.

NUNES, Barbara Karian de Albuquerque; SILVA, Jéssica Rosa Fernandes da; AOYAMA, Elisângela de Andrade; OGLIARI, Karina Brito da Costa. **O impacto do pré-natal de qualidade e o bem-estar materno associados à redução da mortalidade**. *Lumen et Virtus*, [s. l.], v. 16, n. 48, p. 5789-5811, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv16n48-092>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/5461>. Acesso em: 31 mar. 2026.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE PÚBLICA. **Mortalidade materna: o Brasil cumprirá a meta da ONU até 2030?**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://biblioteca.observatoriosaudepublica.com.br/blog/mortalidade-materna-no-brasil/>. Acesso em: 23 mar. 2026.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **OOb Óbitos de Gestantes e Puérperas**. [S. l.]: OOb, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44144271>. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/obitos-grav-puerp>. Acesso em: 23 mar. 2026.

OLIVEIRA, Elton Filipe Pinheiro de *et al.* Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil, 2012 - 2021. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, [S. l.], v. 43, n. 3, p. 5-9, 2023. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20230804_170550.pdf. Acesso em: 5 fev. 2026.

OLIVEIRA, I. V. G. *et al.* Mortalidade materna no Nordeste do Brasil, 2009-2019: distribuição espacial, tendência e fatores associados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 3, e2022973, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000300009.pt>. Acesso em: 10 fev. 2026.

OLIVEIRA, Júlio César Silva *et al.* Mortalidade materna em Alagoas: tendência e causas de 2011 a 2021. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. e12712440939, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40939>. Acesso em: 23 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 20 jan. 2026.

SALGADO, Laira Bueno Stopa *et al.* Intervenções para redução da mortalidade materna em países em desenvolvimento: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 9, p. 992-1000, set. 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i9.15608>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15608/8320>. Acesso em: 7 jun. 2026.

SANTOS, Gustavo Gonçalves dos; DIONIZIO, Leticia de Almeida. **Mortalidade materna, interseccionalidade e o caso Alyne Pimentel: uma reflexão.** [S. l.]: SciELO Preprints, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12197>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/12197>. Acesso em: 23 mar. 2026.

SESAU. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. **1ª e 2ª Regiões de Saúde de Alagoas.** Maceió: SESAU, 2022. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/1a-e-2a-regioes-de-saude-de-Alagoas.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, supl. 1, p. 253-256, fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100014>. Acesso em: 23 mar. 2026.

SOUZA, Maria Mirian de *et al.* O papel do enfermeiro frente às emergências obstétricas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 7877-7886, maio 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i5.19590>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19590/11652>. Acesso em: 11 fev. 2026.

TORRES, Nathália Miranda Feitosa *et al.* Mortalidade materna no Nordeste brasileiro. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, e23821, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/23821/13872>. Acesso em: 5 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): early childhood development: report by the Director-General.** Geneva: WHO, 2018. (Seventy-First World Health Assembly, Document A71/19 Rev.1) . Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/A71-19>. Acesso em: 7 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division.** Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em: 9 fev. 2026.

24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito					
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> Ign			
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> Ign			
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente					
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original						
Parte I	a)						
	b)						
	c)						
	d)						
Parte II							
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
33	Quais campos e que alterações						
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
35	Foi descartado óbito materno após	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes					
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano)	<input type="checkbox"/> ignorado			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico direto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> declarado	<input type="checkbox"/> inconclusivo			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico indireto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> não declarado	<input type="checkbox"/> não obstétrico			
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso			Falha na assistência		
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3
39	Pré-natal	1	2	3	1	2	3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1	2	3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1	2	3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1	2	3

44	Assistência no hospital	1	2	3		1	2	3	
45	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3	
46	Causas externas					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
						2	2	3	
47	Organização do sistema/serviço de saúde					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
47.1	Cobertura da atenção primária					2	2	3	
47.2	Referência e contra-referência					2	2	3	
47.3	Pré-natal de alto risco					2	2	3	
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					2	2	3	
47.5	Central de regulação					2	2	3	
47.6	Transporte inter-hospitalar					2	2	3	
47.7	Bancos de sangue					2	2	3	
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> provavelmente evitável	<input type="checkbox"/> provavelmente inevitável	<input type="checkbox"/> inconclusivo				
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso								
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> inconclusivo
49	Recomendações e medidas de prevenção								
49.1	Planejamento familiar								
49.2	Pré-natal								
49.3	Assistência ao parto								
49.4	Assistência na maternidade								
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS								
49.6	Assistência na urgência/emergência								
49.7	Assistência no hospital								
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde								
49.9	Outras								
50	Encaminhamentos								
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?								
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda						
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê						
55	Data da conclusão da investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
56	Responsável								
		Carimbo e rubrica							