

# **RELATÓRIO ANUAL DO COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE 2022**

Setembro 2023

## CONCEITOS BÁSICOS

O Ministério da Saúde define os seguintes conceitos:

**Morte Materna** – é a morte de uma mulher durante a gestação, parto, ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna aquela que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

**Morte Materna Obstétrica Direta** – é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

**Morte Materna Obstétrica Indireta** – é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

**Mortalidade Materna Não Obstétrica** – é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

**Morte Materna Tardia** – é a morte de uma mulher em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez devido a causas obstétricas diretas ou indiretas.

**Morte Materna Declarada** – é quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito materno.

**Mulher em Idade Fértil** – no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

A base de cálculo para as informações prestadas também pode ser averiguada através das seguintes fórmulas:

Cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM):

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos (diretos e indiretos até 42 dias)}}{\text{o número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

As mortes maternas tardias e as externas não são contabilizadas neste cálculo do indicador, contudo estes óbitos são investigados, discutidos e classificados pelo Comitê.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como uma questão que merece atenção e destaque na saúde pública. Desde os anos 80 o mundo tem se mobilizado para combater as mortes na gravidez, parto ou puerpério. Durante este período, milhares de mulheres perderam a vida por causas relacionadas à gestação. As principais condições biomédicas identificadas foram: hemorragia pós-parto, doenças hipertensivas, eclâmpsia e complicações decorrente de aborto, infecções (normalmente puerperais), todas causas evitáveis.

Na intensificação dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, além das ações de prevenção, detecção precoce e o enfrentamento das complicações obstétricas, os determinantes sociais da saúde passaram a ser considerados como fatores indispensáveis na análise das condições de saúde das mulheres. Educação, renda, local de nascimento, aspectos culturais das relações de gênero e do papel da mulher na sociedade estão refletidos nos indicadores de mortalidade materna. Assim, elevados índices são indicativos de condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. A partir desse entendimento, a mortalidade materna passou a ser vista para além das condições de saúde e da qualidade da assistência, passando a ser compreendida como um indicador de desenvolvimento social.

A vigilância dos óbitos maternos tem papel fundamental para auxiliar na educação permanente e qualificação dos profissionais e equipes de saúde na reflexão dos seus processos de trabalho e cuidado das mulheres no que toca a saúde sexual e reprodutiva, implementando políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram lançados em 2015 e estabelecem diversas metas a serem atingidas até 2030. Entre os 17 Objetivos, os fatores diretamente relacionados à saúde estão incluídos no ODS 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em quaisquer idades.” A submeta 3.1 tem como objetivo manter a RMM global inferior a 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. O Brasil se comprometeu a reduzir para, no máximo, 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até 2030.

A Razão de Mortalidade Materna no Brasil, que registra as mortes relacionadas a complicações no parto, gravidez e puerpério em relação aos nascidos vivos, aumentou 94% durante a pandemia da Covid-19, retrocedendo a níveis de duas décadas atrás. O Fundo de

População das Nações Unidas (UNFPA), agência da ONU para assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, alerta para a gravidade do problema e apela por mais investimentos para fortalecer a cobertura e qualidade dos serviços de saúde materna.

Em 2020, no Brasil, o coeficiente de mortalidade materna foi de 71,97 a cada 100 mil nascidos vivos, chegando a 107,53 mortes/100.000 NV em 2021. O aumento do número total de mortes maternas foi de 77% entre 2020 e 2021, período em que a pandemia de COVID-19 fez o maior número de óbitos. Já em 2022 o coeficiente de morte materna no Brasil foi de 50,65 caso por 100.000 NV, voltando ao patamar dos anos pré-pandêmicos. Os dados são do Ministério da Saúde e foram mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro.

De qualquer forma, os dados epidemiológicos de mortalidade materna apontam para um cenário preocupante no Brasil. As metas pactuadas em 2015, no âmbito do Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para redução dos índices, estão distantes de serem alcançadas.

Para que se atinja o ODS 3.1, até 2030 é necessária uma redução da mortalidade materna para, aproximadamente, 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil no ano de 2010. Segundo a OMS, o coeficiente de mortalidade materna ideal é de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo aceitável até 20 mortes 100.000 nascidos vivos. Para isso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede de Cuidados Materno Infantil denominada Rede Cegonha (RC), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no país, propondo cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Propõe para as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. As diretrizes da RC visam a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco; a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à maternidade de referência; transporte seguro e boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Acrescendo às ações da RC, o Ministério da Saúde apresentou em 2017 o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON) para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em 95 hospitais de ensino e hospitais universitários, que atuam como unidades auxiliares de ensino da RC. A iniciativa preconizou a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual.

Em Porto Alegre, cerca de 70% da população feminina utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso equivale a um total de 528.894 mulheres, sendo que destas aproximadamente 310.965 estão em idade fértil (10 e 49 anos), conforme o IBGE 2010.

O Município de Porto Alegre tem a regionalização do parto e do nascimento estabelecida de 2004. As gestantes são vinculadas, já no início do Pré-Natal, à maternidade de referência para o parto e para atendimentos das intercorrências do ciclo gravídico puerperal.

A gestante também pode conhecer a maternidade, através de visita programada e tem o direito garantido da presença de acompanhante no período de periparto (Lei 11.108/2005). Após o parto, as consultas de binômio para a mãe e para o bebê devem ser realizadas até o 7º dia após o nascimento nas suas Unidades de Saúde de Referência.

A Política da Saúde da Mulher e a Vigilância de Eventos Vitais do município atende a determinação da Portaria nº 1.399/1999 do Ministério da Saúde que estabelece o Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, que investiga e discute todos os óbitos maternos ocorridos no município, definindo medidas preventivas.

Considerando, portanto, a redução da mortalidade materna um compromisso assumido por este município, tornam-se públicas as investigações referentes ao ano de 2022.

## **METODOLOGIA**

O Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre (CMM) é constituído de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, contando com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, hospitais-maternidade, Coordenadorias de saúde, controle social e representantes dos conselhos profissionais estaduais (como COREN e CREMERS). O CMM é um espaço educativo de construção e revisão de processos de trabalho, atuando de maneira técnica, sigilosa e não punitiva. E, como um instrumento de gestão, as produções do Comitê permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, sendo um agente fundamental na redução dos óbitos maternos.

O comitê é responsável pela investigação dos casos de mortalidade materna de mulheres residentes de Porto Alegre, bem como sua classificação, elaboração de propostas e intervenções junto aos demais integrantes e serviços de saúde envolvidos.

Com base na Portaria N° 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos no âmbito federal, o município de Porto Alegre investiga todos os casos

de óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, com o objetivo de descartar ou não óbito materno.

O processo de trabalho para identificação de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e óbitos maternos (OM) começa com o recolhimento das Declarações de Óbito (DO) nos Cartórios de Registro Civil do município de Porto Alegre pela Equipe de Eventos Vitais da DVS, análise das informações contidas no documento, separação das DO das MIF (campo 37) e em caso de suspeita de Morte Materna com base na análise das causas da morte (campo 40). Esses óbitos são investigados, cruzando informações com outras bases de dados como SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIHO (Sistema de Informação Hospitalares), SINAN (Sistemas de Agravos de Notificação), e-SUS, GERCON (Sistema de Gerenciamento de Consultas e Exames), GERINT (Sistema de Gerenciamento de Internações).

Em caso de suspeita ou confirmação, uma cópia da DO é encaminhada para o CMM para investigação, sendo solicitado que os serviços envolvidos (Unidade de Saúde do território, no qual essa mulher reside ou onde realizou PN, hospital de ocorrência do parto e de óbito, além de qualquer outro serviços envolvido no cuidado da mulher) preencham as fichas de investigação a fim de coletar dados referentes a assistência ao parto, pré natal e demais informações que possam auxiliar na investigação do óbito.

Os dados coletados pelos diversos níveis de atenção são discutidos nas reuniões mensais do CMM, seguindo os passos dessas mulheres dentro da rede assistencial, classificando os casos de acordo com as informações reunidas (Morte Materna Direta, Indireta, Tardia, Externa e Indeterminada), identificando “se” e “quais” processos poderiam ser modificados para evitar o desfecho e quais as medidas a serem tomadas para prevenção de casos semelhantes. Se necessário são emitidos pareceres, recomendações, visitas técnicas ou reuniões técnicas.

O resultado das investigações do CMM são apresentadas em relatórios anuais, contendo a análise epidemiológica e proposta de ações acerca do panorama de mortalidade materna do município de Porto Alegre. Os relatórios são construídos a partir das diretrizes do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MS, 2009), utilizando como indicadores a razão de mortalidade materna (RMM) geral e específica. Ressaltamos que, conforme portaria do MS Nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, os dados referentes aos óbitos e aos nascidos vivos só são considerados de caráter definitivo após 1 ano, ou seja, até o final do ano de 2023, os números de 2022 são revistos e qualificados, o que pode impactar levemente os cálculos de RMM.

Cálculo para razão de mortalidade materna geral:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

## RESULTADOS:

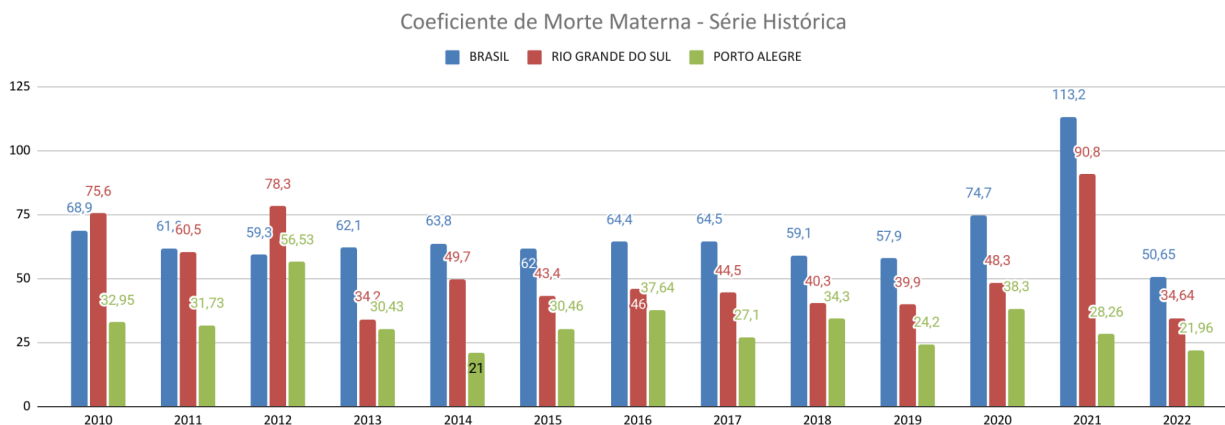
Em 2022, Porto Alegre teve 483 óbitos de mulheres em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos) e 13.663 nascidos vivos. Destes óbitos, 03 são considerados maternos, sendo que 2 ocorreram em maternidade pública e 1 em hospital privado.

O Coeficiente ou Razão de Mortalidade Materna (RMM) em 2022: **21,96 óbitos por 100.000 nascidos vivos.**

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha continuamente para a qualificação do atendimento às gestantes e puérperas, elaborando protocolos de atendimento e qualificação de dados nos sistemas, principalmente de prontuário eletrônico (e SUS), agilizando marcação de consultas de PNAR, qualificando o cuidado obstétrico por meio do monitoramento de indicadores de qualidade obstétrica aprimorando as investigações dos óbitos maternos a fim de evitar novos casos. Tudo isso reflete a diminuição do Coeficiente de Morte Materna do município, com leve aumento no ano de 2020, mas nova redução no ano de 2021 e 2022, conforme série histórica apresentada no gráfico 1, comparando os dados da cidade com o Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Como é possível observar no gráfico 1, houve, já em 2020 e na sequência, em 2021, um aumento na Razão de Mortalidade Materna nas esferas estadual e nacional, como uma consequência da pandemia de COVID-19. Gestantes e puérperas, sempre estiveram entre os grupos com maior vulnerabilidade à infecção e com possibilidade de apresentarem quadros mais graves da doença. O Município de Porto Alegre apresentou certo aumento no coeficiente em 2020, mas não houve óbitos de gestante ou puérpera pela COVID 19 neste ano. A RMM em 2022 volta para o padrão que apresentava nos anos pré-pandêmicos.

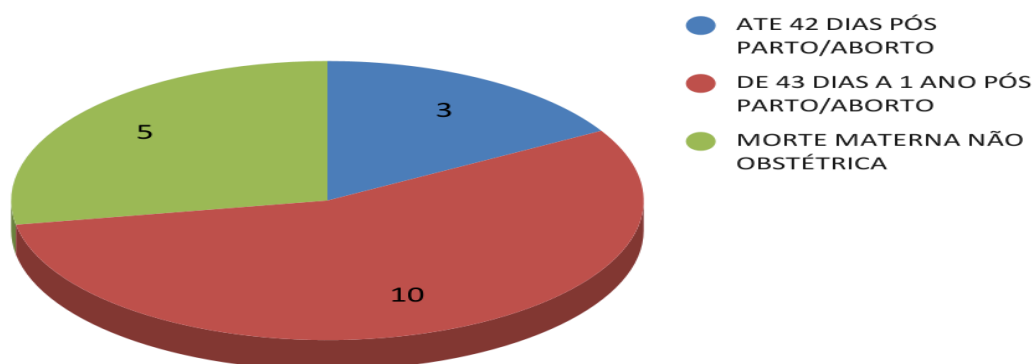
Gráfico 1: Série Histórica da RMM, Porto Alegre, RS, Brasil (2010 a 2022)



**Fonte:** CMM - POA 2022 / Vitais, 2022 / SIM, 2022 / SINASC, 2022 / MS, 2022. dados acessados em setembro 2023  
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07162400-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf>

Conforme mostra o gráfico 2, os 03 óbitos maternos ocorreram no puerpério até 42 dias, houve 05 mortes por causas externas e 10 óbitos de mulheres no puerpério tardio (de 43 dias até 1 ano do parto).

Gráfico 2: Classificação dos óbitos ocorridos no ciclo gravídico-puerperal 2022 em Porto Alegre



**Fonte:** SIM/DVS/SMS/PMPA, acesso em setembro de 2023 (dados preliminares)

A apresentação das causas dos óbitos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, CID-10, segue conforme tabela 1:

Tabela 1 - Óbitos maternos classificados quanto ao tipo de causa obstétrica no ano de 2022

<b>Causa obstétrica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Direta	1	6%
Indireta	2	11%
Tardia	10	56%
Externa	5	27%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fonte: CMM - POA 2022

No cálculo da Razão de Mortalidade Materna, devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10, com exceção dos códigos O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Sequela de Causa Obstétrica Direta). Algumas doenças que não constam no Capítulo XV, também devem ser consideradas no cálculo. São elas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V) necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o término da gestação. Eventos tardios, ocorridos entre 43 dias e um ano após o fim da gestação, e as causas externas, como homicídios, suicídios, acidentes e outras, também são investigados pelo CMM, porém não fazem parte do cálculo de RMM.

O Comitê classifica as causas de morte de acordo com o capítulo XV da CID 10 – complicações da gravidez, parto e puerpério - avaliando a evitabilidade dos casos. O objetivo é identificar todos os conjuntos dos determinantes biológicos, sociais, econômicos e de prestação de serviços.

A tabela 2 apresenta os óbitos por idade, escolaridade, raça e classificação quanto à evitabilidade.

Tabela 2– Classificação final pelo CID-10 das causas de óbito, idade, raça, escolaridade, evitabilidade em 2022

<b>Classificação CID-10</b>	<b>Idade</b>	<b>Causa Obstétrica</b>	<b>Raça</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Evitabilidade</b>	<b>Distrito de Saúde</b>
Pielonefrite-O86.2	27	Direta	NEGRA	Ensino fundamental 5ª a 8ª série	SIM	Restinga
AVC hemorrágico-O99.4	17	Indireta	BRANCA	Médio	NÃO	Cruzeiro
Ca mama-O99.8	27	Indireta	BRANCA	Superior Incompleto	NÃO	Humaitá/ Navegantes

Fonte: CMM - POA 2022 SIM/DVS/SMS/PMPA, acesso em setembro de 2023(dados preliminares)

O pequeno número de óbitos em Porto Alegre torna as RMM específicas para faixa etária e escolaridade muito variáveis de um ano para o outro, acrescentando pouco significado à análise global, tendo utilidade maior na compreensão qualitativa da cadeia de fenômenos que desencadearam cada óbito.

A tabela 3, apresenta a estratificação dos óbitos maternos e nascidos vivos por raça/cor. Diferentemente do ano anterior, que apresentou RMM menor na população de mulheres negras (pretas e pardas), 2022, mesmo com um óbito, volta a registrar uma razão maior na população negra.

Tabela 3: Número de óbitos maternos e número de nascidos vivos por raça/cor em 2022

RAÇA/COR	ÓBITOS	NASCIDOS VIVOS	RMM
BRANCAS	2	9.491	21,07
PRETAS	1	4.158	24,05
AMARELAS	0	18	0,00
INDÍGENAS	0	29	0,00
IGN	0	4	0,00
TOTAL	3	13.663	21,96

Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA, acesso em setembro de 2023 (dados preliminares)

Neste ano houve um aumento significativo no número de mortes maternas tardias, foram 10 casos, enquanto que, ao longo dos últimos anos, registrava-se de 3 a 5 óbitos no período de 43 dias a 1 ano do término da gestação.

Estes óbitos foram devidamente investigados e discutidos pelo Comitê de Mortalidade Materna, sendo identificados múltiplos fatores que podem ter colaborado para o desfecho. Entre eles, a não identificação pelo profissional de saúde, durante o atendimento, da condição de gestação ou puerpério da usuária, o que interfere no cuidado, tratamento e encaminhamento adequado. Identificou-se também, nestas análises, situações e circunstâncias que foram agravadas por doenças crônicas pré-existentes, vulnerabilidade social e uso abusivo de álcool e outras drogas.

É importante destacar que Porto Alegre tem uma rede hospitalar de excelência e possibilita acesso rápido, e com recursos de grande qualidade, às puérperas que necessitam de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este panorama também pode ser um fator que evita uma morte materna até 42 dias do parto, protelando um desfecho óbito para o puerpério

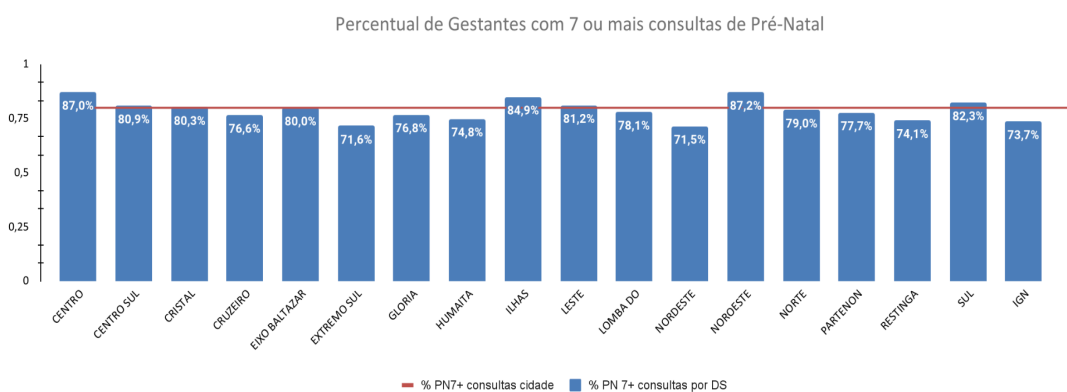
tardio. Contudo, neste ano apenas um dos casos de óbito no puerpério tardio teve internação em UTI.

Entre as mulheres que recebem o diagnóstico de neoplasia, 20 a 30% estão em idade fértil, evidenciando a necessidade de acompanhamento de saúde de uma forma rotineira, visando o diagnóstico precoce do câncer, bem como a anticoncepção efetiva destas pacientes com neoplasias.

Como encaminhamento, foram realizadas reuniões técnicas com o objetivo de qualificar a assistência a gestantes e puérperas na rede de saúde municipal, abordando o planejamento reprodutivo, antibioticoterapia e acesso em tempo hábil a atendimento eficaz na rede de saúde, assim como a disponibilização de material atualizado para os serviços de saúde pelo município. Também foram inseridas na Programação Anual de Saúde 2023 (PAS) ações para orientar a rede de saúde da APS no atendimento às mulheres, buscando qualificar a abordagem à usuária para além da queixa principal (verificar DUM, método contraceptivo em uso, realizar exame clínico, solicitar exames de rotina).

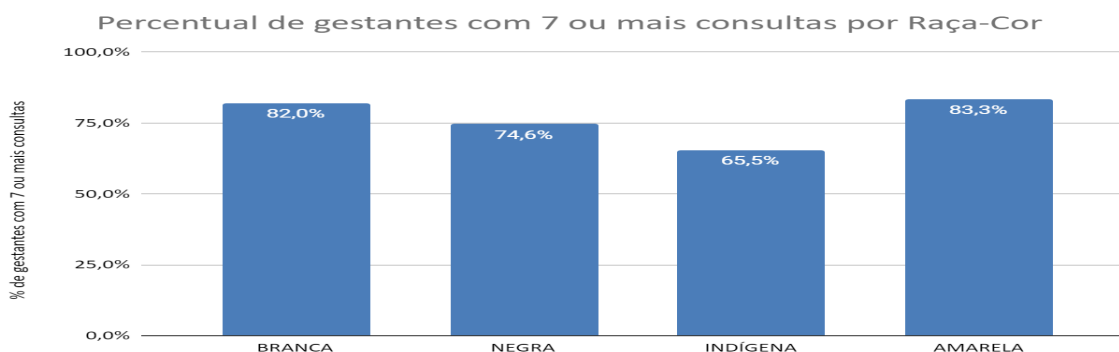
A OMS recomenda a realização de sete ou mais consultas entre pré-natal e puerpério, uma vez que as evidências científicas apontam que o maior número de consultas diminui a probabilidade de natimortos e mortalidade materna, ampliando as oportunidades de detecção de potenciais intercorrências. No gráfico 3 observa-se um percentual de 79,7% de gestantes com 7 ou mais consultas de Pré-Natal no município e estão discriminados os percentuais por Distritos de Saúde.

Gráfico 3 : Percentual de Gestantes com 7 ou mais consultas de Pré-Natal em 2022



Fonte: SINASC/DVS/SMS/PMPA, acesso em setembro de 2023 (dados preliminares)

Gráfico 4: Percentual de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal estratificado entre por raça-cor



Fonte: SINASC/DVS/SMS/PMPA, acesso em setembro de 2023(dados preliminares)

Conforme apresentado no gráfico 4, ao estratificar o quantitativo de consultas de Pré-Natal por raça/cor, gestantes negras e indígenas ficam abaixo da média da cidade, 79,7%. Para melhor visualização das informações, separamos os dados em brancas e negras/ indígenas e amarelas, devido à diferença no número total de mulheres que pariram (9491 brancas, 4158 negras, 18 amarelas e 29 indígenas), conforme gráficos 4.

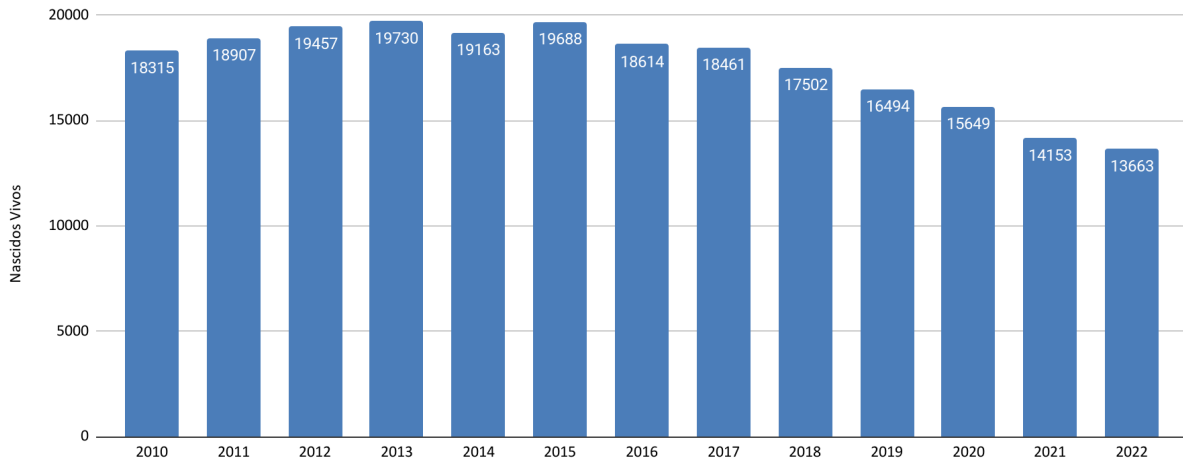
## CONSIDERAÇÕES

Porto Alegre registra, em 2022, uma RMM de **21,96** óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Neste ano em análise houve um (1) óbito materno por causas obstétricas diretas, classificado como evitável e, a RMM apresentou redução em relação ao ano anterior, mantendo-se abaixo dos 35 óbitos por 100.000NV, atingindo a meta pactuada no Plano Municipal de Saúde vigente.

Seguindo a tendência de outros estados, Porto Alegre vem consolidando a redução do número de nascidos vivos, conforme se percebe na figura 6, o que impacta diretamente na RMM. Contudo, mesmo com esta expressiva redução no número de nascidos vivos, o município tem mantido a RMM abaixo dos 30 óbitos por 100.000NV.

Gráfico 6: Série histórica de Nascidos Vivos em Porto Alegre entre 2010 e 2022.

Nascidos Vivos - Série Histórica



Fonte: SINASC/DVS/SMS/PMPA, acesso em setembro de 2023(dados preliminares)

Os números também demonstram que Porto Alegre ainda não consegue superar a cultura da desigualdade racial, que dificulta o acesso igualitário aos bens e serviços públicos e que se estende para toda a população parda e negra, em todos os ciclos da vida. A disparidade da proporção de gestantes com 7 consultas ou mais entre brancas e negras foi de 9%, chamando a atenção para dificuldade de acesso, discrepância socioeconômica e o racismo estrutural vigente em nosso país.

O município tem mantido índice alto de mortes maternas por causas externas, fenômeno que se repete nos países desenvolvidos, onde os números de morte materna violenta têm aumentado. Entendendo todos os óbitos no ciclo gravídico-puerperal, incluindo os tardios, por causas externas, foram três por homicídios, destes um feminicídio e dois causados pela violência urbana e relação com o tráfico de drogas. Isso indica que a conformação da violência na sociedade tem grandes implicações na saúde das mulheres, expressando-se nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e nos custos diretos e indiretos. Embora a violência seja um fenômeno que transcende as questões de saúde, é importante o olhar atento dos serviços para os atravessamentos da questão na saúde, principalmente das mulheres e crianças.

Ao longo das discussões dos casos nas reuniões ordinárias do Comitê ficou evidenciado que as mudanças das equipes de profissionais nas unidades de saúde e a alta rotatividade de profissionais impactaram diretamente no atendimento de gestantes e puérperas, prejudicando a identificação de gestantes e puérperas em vulnerabilidade nos territórios. Ficou evidente também o desconhecimento, de alguns profissionais, dos protocolos de atendimento e encaminhamento.

A morte materna é determinada por uma série de fatores sociais, que vão desde a dificuldade de acesso à educação, aos serviços de saúde e a bens de consumo, abrangendo questões étnico-raciais e falhas nos processos de atendimento. Portanto, faz-se necessária a continuidade de esforços intersetoriais e interinstitucionais para eliminar as mortes maternas evitáveis e buscar um patamar de saúde cada vez mais elevado.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, Luís Eduardo et al. *Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/snLxTz9BcyhyqMqDv6jBkfz/abstract/?lang=pt> acessado em agosto de 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em [Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno](#) acesso em junho de 2023

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde*. Portaria N°116, de 11 de Fevereiro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos*. Portaria N°1.119, de 5 de Junho de 2008. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 acesso agosto 2023

MORSE, Marcia Lait et al. *Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.623-638, 2011. Disponível em: <Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Maternal mortality in Brazil>. Acesso em: Jun/2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil acessado em junho 2023

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07162400-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf>. Acesso em: setembro /2023.

Elaboração e informações  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
Secretário Municipal de Saúde  
Fernando Ritter

Elaboração Técnica  
*Patricia Conzatti Vieira*  
DVS – Diretoria de Vigilância em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde  
*Rosa Maria Rimolo Vilarino*  
*Marcia Grutcki*  
Área Técnica Saúde da Mulher/CPPS/DAPS - Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Mortalidade Materna com representações constituídas na Portaria 18239215, de 18/04/2022 - DOPA (Processo 22.0.000046567-8)