

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Dezembro 2022

www.dive.sc.gov.br

MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Gerência de Análises Epidemiológicas e
Doenças e Agravos Não Transmissíveis



SUMÁRIO

Introdução.....	4
Vigilância dos Óbitos Maternos.....	6
Análise situacional da Mortalidade Materna.....	7
Conclusão	16
Referências bibliográficas.....	17

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Número de óbitos e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV). Santa Catarina, 2017 a 2022*	10
FIGURA 2. Frequência de óbitos maternos por mês de ocorrência. Santa Catarina, 2019 a 2022*	11
FIGURA 3. Número de óbitos e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV) por região de saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021	11
FIGURA 4. Proporção de óbitos maternos investigados e investigados em até 120 dias. Santa Catarina, 2017 a 2021	12
FIGURA 5. Proporção de óbitos maternos investigados e investigados em até 120 dias por região de saúde. Santa Catarina, 2021	13
FIGURA 6. Número de óbitos maternos associados a COVID-19 e demais causas e a razão de mortalidade (por 100 mil NV). Santa Catarina, 2021 a 10/2022	13
FIGURA 7. Frequência de óbitos maternos com e sem menção de COVID-19 por mês de ocorrência. Santa Catarina, 2019 a 2022*	14

INTRODUÇÃO

O conceito de morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), refere-se à morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após seu término; independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, exceto devido a causas acidentais ou incidentais.

O óbito materno é considerado uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres e, em sua maioria, classificado como evitável, pois as soluções para prevenir ou administrar complicações são bem conhecidas e estão diretamente ligadas ao direito de acesso a serviços e cuidados de saúde adequados. Como mencionam Dias et al. (2015), a morte de uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, indica falha em diretrizes políticas (que nem sempre estão de acordo com as necessidades da população), nos profissionais de saúde (pela falta de sensibilidade e comprometimento) e na sociedade como um todo (pela forma excludente com que se acostumou a viver).

Os indicadores de saúde materna são dados importantes do desenvolvimento social e da equidade de gênero dos países, pois sinalizam se eles efetivamente promovem e garantem a cidadania e os direitos reprodutivos das mulheres (BITTENCOURT, 2013).

No ano 2000, a redução da mortalidade materna e infantil foi definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), na Cúpula do Milênio, como um dos oito maiores problemas mundiais. A partir deste evento, uma série de metas foram definidas para até 2015. A partir daí, novos objetivos foram propostos e metas repactuadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para serem alcançados até 2030. Com isso, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil (ODS, 2021) assumiu como meta “reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos”.

Em Santa Catarina, desde o desenvolvimento dos Planos Estadual e Regionais para a implantação da Rede Cegonha, entre 2012 e 2013 em conjunto com o MS, foi possível avançar em cada fase da operacionalização. No entanto, apesar dos resultados alcançados, a mortalidade materna e infantil no estado continua a ser um importante problema de saúde pública, razão pela qual seu enfrentamento, com novas possibilidades de acesso e atenção, deve ser uma prioridade.

Atrelado a este contexto, em dezembro de 2019, identificou-se a circulação do vírus SARS-CoV-2 na China, com alto potencial de transmissibilidade, o que culminou com a decretação de uma pandemia mundial, em março de 2020. A partir daí, começaram a ser estabelecidos os grupos de risco para complicações e óbito que, de início, não incluía as gestantes. Essa identificação tardia das gestantes como grupo de risco levou a graves reflexos na mortalidade materna. Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2022) apontam que, nesse período de pandemia, ocorreu um aumento de 89,3% da mortalidade materna em todo o país, sendo que a partir de 2019, 53,4% desses óbitos foram devidos à infecção por SARS-CoV-2. O perfil epidemiológico do país demonstrou ampla heterogeneidade espacial. A evolução da doença mostrou-se influenciada por diferenças regionais quanto ao sistema de saúde e à adesão de medidas de intervenção não farmacológicas pelos diferentes estados (BRASIL, 2022).

Segundo Souza & Amorim (2021), o risco aumentado para as gestantes acontece devido às alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez em diversos sistemas, como cardiovascular, respiratório, imunológico e de coagulação; o que as torna mais susceptíveis a pneumonias virais. Além disso, nos anos iniciais de pandemia, toda a assistência à mulher foi afetada, seja pelo receio de procurar o serviço de saúde devido ao medo de sair de casa, ou por falhas da assistência à mulher nos municípios, os quais em sua maioria priorizaram a assistência relacionada à COVID-19. Os comitês de prevenção de morte materna também foram afetados, tornaram-se frágeis e, em sua maioria, deixaram de realizar suas atividades.

Este Boletim Epidemiológico foi elaborado com o objetivo de descrever o perfil da mortalidade materna no Estado de Santa Catarina, no período compreendido entre os anos de 2017 a novembro de 2022 (dados preliminares), propondo assim uma análise dos impactos da COVID-19 nos óbitos maternos.

VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS MATERNOS

Um grande desafio para a redução da mortalidade materna é conhecer, de fato, sua magnitude, camuflada pelos números elevados de subnotificações das causas de morte. Tem-se como recomendação da OMS o registro civil de todas as mortes, assim como o registro de suas causas na declaração de óbito (DO), certificadas por profissional médico. No entanto, mesmo para os países com sistema nacional de registro, como no caso do Brasil com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), é mantida, ainda, a recomendação de vigilância dos óbitos, pois persistem muitas dificuldades no processo de identificação da mortalidade materna, especialmente devido ao preenchimento inadequado da DO.

O registro correto do óbito materno no SIM é diretamente afetado pela qualidade do preenchimento da DO, sobretudo quando ocorre omissão de informações que podem relacionar a morte às complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Muitas vezes, as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, mascarando a causa básica e dificultando a identificação do óbito materno (BRASIL, 2020). Dias et al. (2015) citam que, mesmo em regiões como o Sul do país e o próprio Estado de Santa Catarina, que possuem excelente cobertura de registros de óbitos, ainda há falhas no sistema em relação à qualidade do preenchimento das causas de óbito materno no documento, configurando a subnotificação.

A Portaria GM/MS n. 1.119 de 5 de junho de 2008, em seu Art. 2º, preconiza que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar reincidência. A coleta de dados, a análise do óbito e a conclusão do óbito investigado devem ocorrer no prazo oportuno de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da ocorrência do óbito. O propósito da investigação de óbito materno, assim como da atuação dos Comitês de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal, não é culpabilizar pessoas ou serviços, mas tão somente evitar novas mortes por causas similares.

A vigilância dos óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) é de competência das três esferas de governo e obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS. Segundo Bittencourt (2013), o processo de investigação dos óbitos maternos contribui para a melhoria do registro; orienta as ações de intervenção para a prevenção e o controle de novos óbitos; informa sobre o contexto social e econômico da família enlutada; avalia as ações e os serviços de saúde; contribui no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos, por meio de ações de sensibilização e análise de óbitos.

Com a identificação dos problemas relacionados ao óbito, é possível avaliar criticamente a assistência à saúde prestada à mulher, concluindo sobre a evitabilidade do óbito e definindo medidas efetivas de prevenção. Através da investigação, é possível qualificar a DO e inserir as informações no SIM, com o objetivo de diminuir o percentual de inconsistência/incompletude no que concerne ao sistema e à informação epidemiológica.

MÉTODOS

Este Boletim Epidemiológico foi conduzido a partir da análise descritiva e transversal das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); assim como foram realizadas consultas complementares ao Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe). Os dados foram considerados por data de ocorrência, de acordo com a localidade de residência em Santa Catarina, no período de 2017 a novembro de 2022 (dados preliminares). Foram utilizadas, como ferramentas de tabulação, os programas Tabwin e Microsoft Excel, com apoio do Google Planilhas.

As mortes maternas estão descritas no capítulo XV da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – Gravidez, parto e puerpério (exceções: O96 e O97), e por afecções classificadas de outros capítulos, como: tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53), osteomalácia puerperal (M83.0), doença causada pelo HIV (B20 a B24, recentemente atualizado para O98.7), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0).

As causas dos óbitos maternos são divididas em três grupos (OMS, 1993):

- **Obstétricas diretas:** aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. São altamente dependentes da qualidade da assistência ao planejamento familiar ou ao pré-natal e parto. São definidas de acordo com os códigos: O00.0 a O08.9; O11 a O23.9; O24.4, O26.0 a O92.7; D39.2, E23.0, F53 e M83.0. Tem como grupos específicos: hipertensão (O11, O13, O14, O15 e O16), hemorragia (O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1, O72), infecção puerperal (O85 e O86), gravidez que termina em aborto (O00 a O08) e aborto (O03 a O07).
- **Obstétricas indiretas:** causadas por doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez; não provocadas por causas obstétricas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como tuberculose, HIV, doença cardíaca, malária, dengue, COVID-19 e pneumonia. Corresponde aos óbitos codificados na CID-10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8; A34, B20 a B24 (recentemente atualizado para O98.7).
- **Não especificadas:** quando não se sabe a causa da morte, os óbitos são codificados como O95.

A CID-10 estabelece, também, os conceitos de **morte materna tardia**, que é aquela decorrente de causa obstétrica, ocorrida no período entre 42 dias e um ano após o parto (código O96); e **morte materna por seqüela de causa obstétrica**, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Estes casos não são incluídos para o cálculo da razão de mortalidade materna.

O indicador **Razão de Mortalidade Materna (RMM)** mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal. É calculado através da divisão do número de óbitos maternos pelo número de nascidos vivos, multiplicada por 100 mil. A partir desse cálculo, alcança-se o número de óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos do território analisado, em um dado momento.

Todos estes conceitos e códigos foram considerados para a separação dos dados e construção deste Boletim Epidemiológico.

ANÁLISE SITUACIONAL DA MORTALIDADE MATERNA

Estima-se que todos os dias aproximadamente 830 mulheres morram por causas evitáveis relacionadas ao ciclo gravídico puerperal em todo o mundo (OPAS, 2021). Segundo estimativas da OMS (2022), apesar da diminuição no número de mortes maternas nas últimas décadas, o mundo não atingirá sua meta de ODS para 2030, o que significa que, no ritmo de progresso atual, mais de um milhão de mulheres perderão suas vidas. Dados disponibilizados pela Organização apontavam RMM em 2017 inferiores a 5 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos (NV) para países como a Itália, Dinamarca, Finlândia, Espanha e Japão; enquanto países da América Latina como Chile e Uruguai apresentavam RMM inferiores a 17 óbitos/100 mil NV. Apesar disso, assim como o Brasil, que registrava RMM em torno de 60 óbitos a cada 100 mil NV em 2017, muitos outros países se destacavam com indicadores elevados de morte materna (WHO, 2022).

A situação crítica da mortalidade materna no Brasil não é recente. Mesmo antes do início da pandemia, o país apresentava uma RMM de aproximadamente 55 mortes por 100 mil NV (2019). Esse dado já indicava que há problemas a serem superados e que se agravaram com o curso da pandemia (FIOCRUZ, 2021).

No Brasil foram registradas 1.964 mortes maternas em 2020, o que equivale a uma RMM de 71,9 óbitos a cada 100 mil NV. Dentre as regiões do país, o Norte apresentou a maior RMM, com 94,5 óbitos/100 mil NV, seguido da Região Nordeste (85,9) e Centro-Oeste (73,8). A Região Sul se destacou com a menor taxa (43,2), porém com um aumento de 14,5% em relação à RMM apresentada no ano anterior, 2019 (37,8).

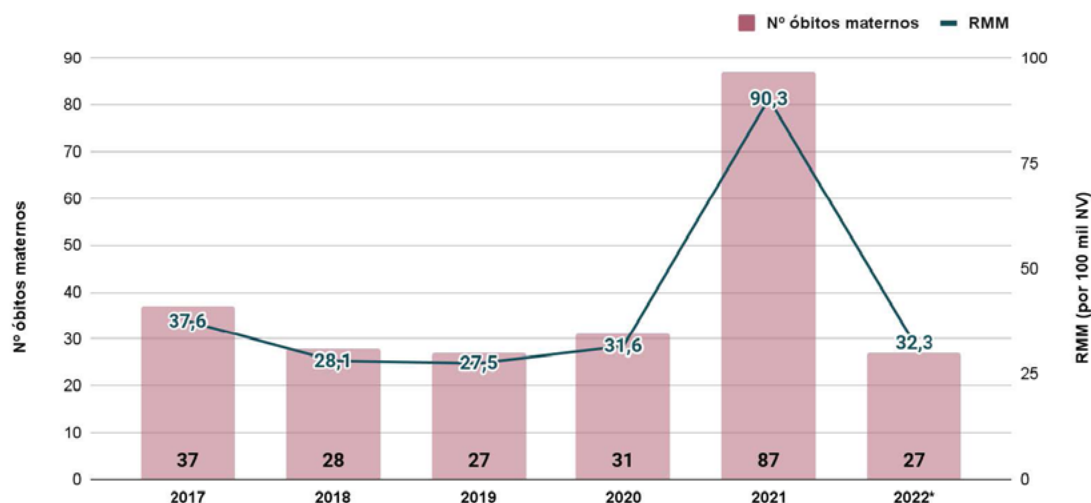
A necessidade de preparação e organização de toda a rede de atenção em saúde começou a se tornar evidente a partir de meados de 2020, quando artigos científicos sobre a morte de gestantes e puérperas pela COVID-19 no Brasil começaram a ser publicados (FIOCRUZ, 2021).

Segundo a Fiocruz (2021), em comunicado publicado pela Organização Pan-Americana acerca da pandemia nas Américas, o qual alertava sobre o aumento significativo de COVID-19 em gestantes e puérperas e de óbitos maternos pela doença em 12 países no período de janeiro a abril de 2021, o Brasil foi citado por apresentar o maior número de óbitos, chegando a taxa de letalidade de 7,2% neste grupo.

Como descrito por Karimi et al. (2021), a infecção por SARS-CoV-2 pode levar grande parte das grávidas infectadas a desenvolverem manifestações clínicas como febre, tosse seca e dispneia, fatores que neste grupo podem se agravar, provocando septicemia, pneumonia, insuficiência respiratória e, em casos mais graves, levar ao óbito.

Em Santa Catarina, como se pode observar na **Figura 1**, a mortalidade materna entre os anos de 2017 e 2019 vinha decrescendo, com 37, 28 e 27 óbitos anuais no período. No entanto, em 2020 esse número chegou a 31 (RMM de 31,6 óbitos a cada 100 mil NV), e em 2021, a 87 (90,3), quase o triplo do ano anterior. Em 2022, até o momento desta publicação, foram registrados 27 óbitos de mulheres no ciclo gravídico puerperal, o que, a princípio, pressupõe o retorno das taxas para patamares apresentados anteriormente ao cenário pandêmico.

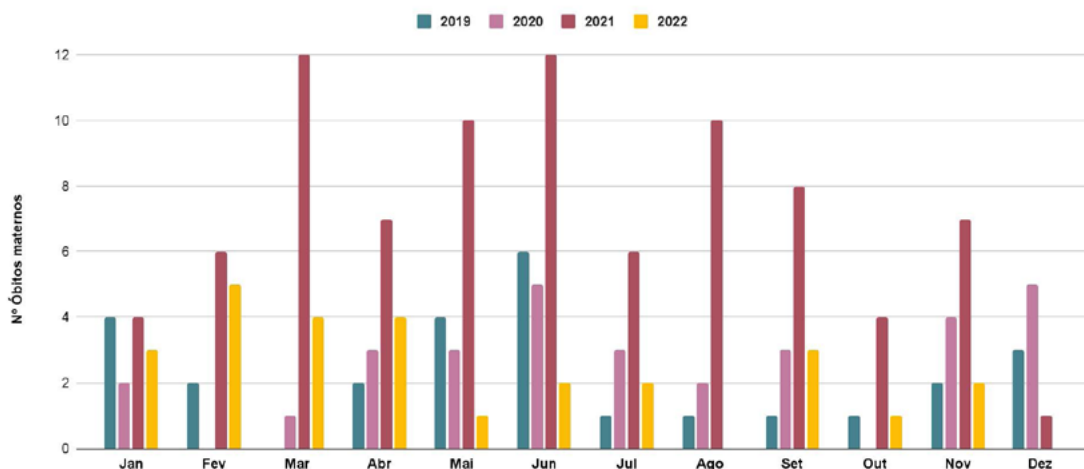
FIGURA 1: Número de óbitos e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV). Santa Catarina, 2017 a 2022*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Dados preliminares.

Na **Figura 2** é possível visualizar a progressão mensal da frequência de óbitos maternos em Santa Catarina no período de janeiro de 2019 a novembro de 2022. No ano de 2019 percebe-se redução da mortalidade materna quando comparados o primeiro e o segundo semestres. Já o ano de 2020 iniciou mantendo baixos registros em relação aos mesmos meses do ano anterior (2019), contudo, a partir do segundo semestre, houve aumento nos casos de óbito. Essa tendência prosseguiu durante todos os meses do ano de 2021, em relação aos mesmos meses do ano anterior (2020), chegando ao ápice de registros nos meses de março e junho de 2021, com 12 óbitos em cada. A queda nos números se deu apenas a partir de dezembro de 2021, o que se manteve em menores números até novembro de 2022, em relação aos mesmos meses do ano anterior (2021).

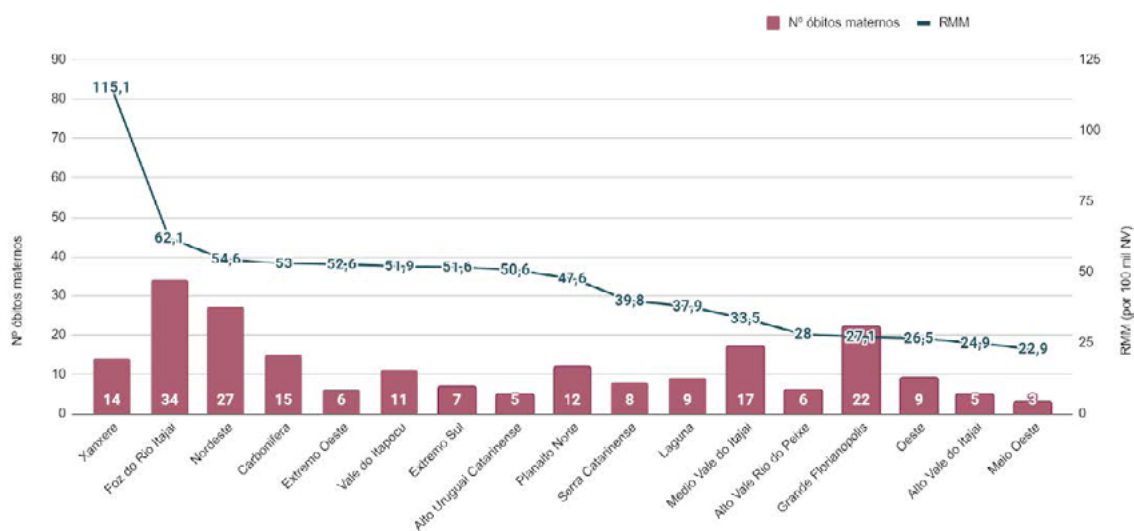
FIGURA 2: Frequência de óbitos maternos por mês de ocorrência. Santa Catarina, 2019 a 2022*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Dados preliminares.

Quando avaliados os números absolutos de óbitos maternos no período de 2017 a 2021, as regiões do estado que se destacaram foram Foz do Rio Itajaí (34), Nordeste (27) e Grande Florianópolis (22). No entanto, a partir da análise da RMM, além das regiões Foz do Rio Itajaí (62,1 óbitos a cada 100 mil NV) e Nordeste (54,6), entram em evidência Xanxerê, com a maior RMM do Estado no período (115,1), Carbonífera (53) e Extremo Oeste (52,6). Na **Figura 3** é possível visualizar o panorama da mortalidade materna de todas as regiões no período.

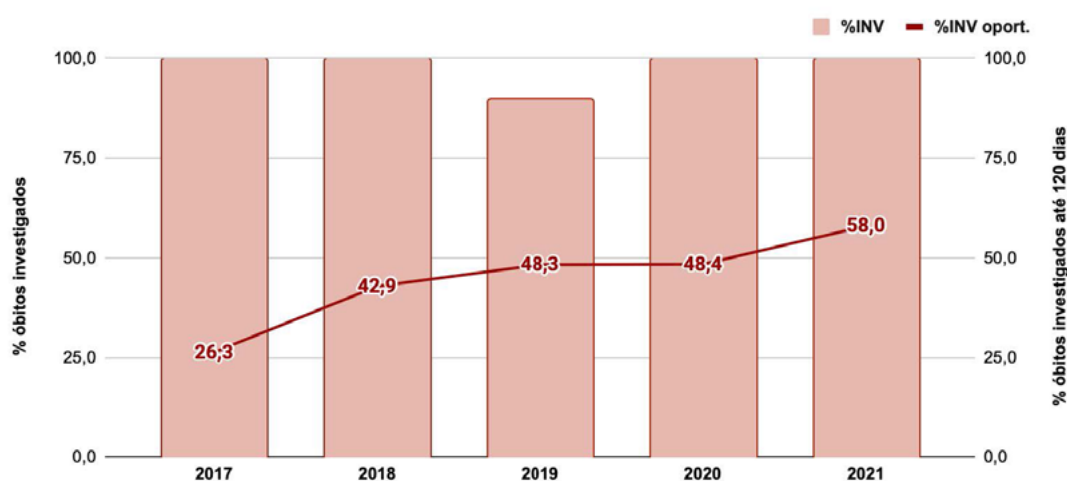
FIGURA 3: Número de óbitos e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV) por região de saúde. Santa Catarina, 2017 a 2021.



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

Quando avaliado o percentual de óbitos maternos investigados no Estado, conforme demonstra a **Figura 4**, percebe-se que apenas em 2019 Santa Catarina não chegou a 100% destes investigados. No entanto, em relação ao tempo oportuno de investigação (realizada em até 120 dias da data do óbito), embora perceba-se aumento gradativo no período de 2017 a 2021, esse percentual ainda permanece baixo (58% em 2021). É importante destacar que, apenas por meio da investigação dos óbitos será possível avaliar e identificar os determinantes que levaram ao desfecho, assim como obter informações sobre os problemas da rede de atenção e assistência, para que seja possível implementar intervenções para a prevenção de novos óbitos. E para isso, o tempo precisa ser oportuno, o que poderá interferir inclusive na qualidade e memória das informações disponíveis.

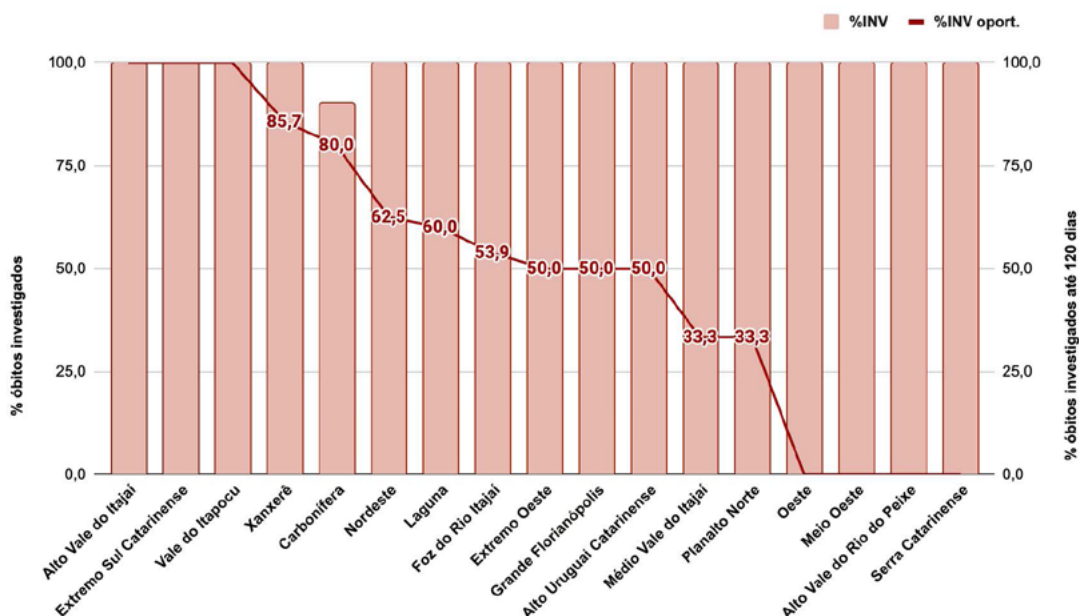
FIGURA 4: Proporção de óbitos maternos investigados e investigados em até 120 dias. Santa Catarina, 2017 a 2021.



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

Quando avaliado o percentual de investigações realizadas por região de saúde no ano de 2021 (**Figura 5**), percebe-se que apenas a região Carbonífera não realizou a investigação de 100% dos óbitos maternos. No entanto, ao avaliar o tempo oportuno de investigação, destacaram-se com 100% dos óbitos investigados em até 120 dias apenas o Alto Vale do Itajaí, Extremo Sul Catarinense e Vale do Itapocu. Em contrapartida, quatro regiões investigaram 100% dos óbitos, porém nenhum em tempo oportuno: Oeste, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe e a Serra Catarinense.

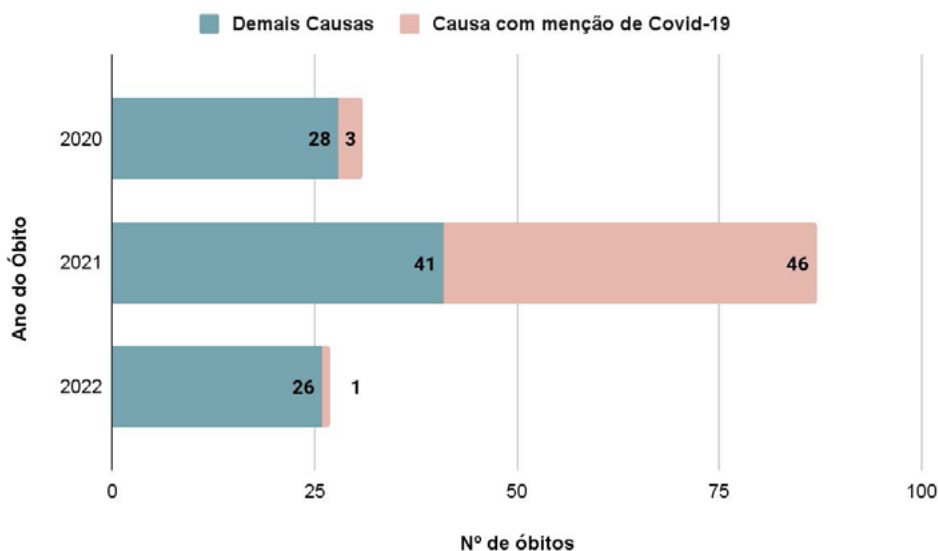
FIGURA 5: Proporção de óbitos maternos investigados e investigados em até 120 dias por região de saúde. Santa Catarina, 2021.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

De janeiro de 2020 (ano de início dos casos de COVID-19 no país) a novembro de 2022 foram registradas 145 mortes maternas em Santa Catarina, das quais 31 ocorreram em 2020, 87 em 2021 e 27 em 2022. Destas, 50 tiveram relação com a COVID-19, sendo 3 em 2020, 46 em 2021 e 1 em 2022 (Figura 6).

FIGURA 6: Número de óbitos maternos associados a COVID-19 e demais causas e a razão de mortalidade (por 100 mil NV). Santa Catarina, 2021 a 10/2022.



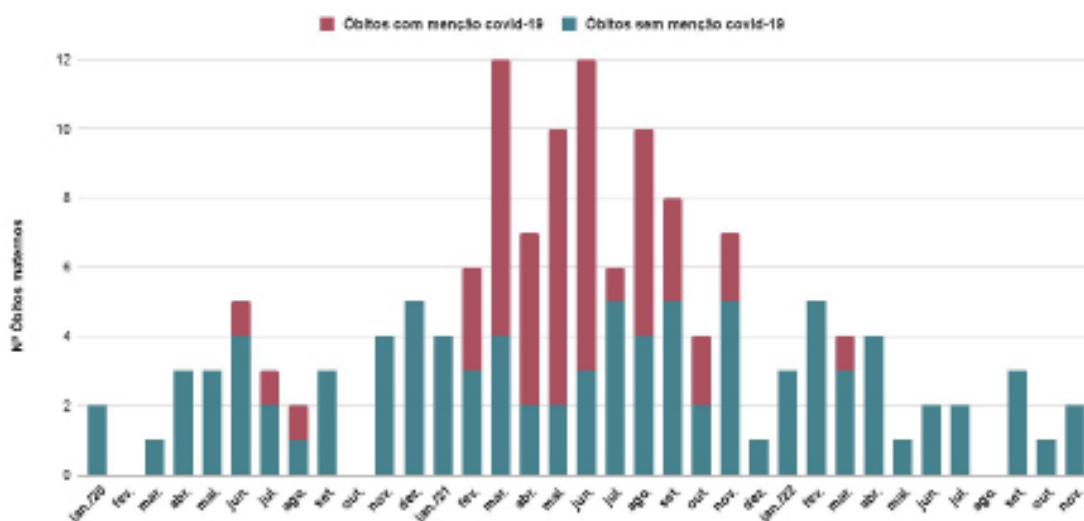
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Dados preliminares.

Em análise realizada por meio das informações disponibilizadas nos sistemas de informação SIM, SINASC e SIVEP Gripe, identificou-se que, dos 87 óbitos maternos de 2021, 16 (18,4%) ocorreram no segundo trimestre de gestação, 10 (11,5%) no terceiro, 54 (62%) no puerpério e em 7 (8%) a informação não estava disponível.

Já em relação ao desfecho infantil, dentre as mães que vieram a óbito em 2021, 57 (65,5%) crianças nasceram vivas, 03 (3,4%) evoluíram para óbito infantil, 13 (15%) evoluíram para óbito fetal, 12 (13,8%) para aborto e em 02 casos a informação não estava disponível.

Na **Figura 7** é possível visualizar a progressão mensal de óbitos maternos no Estado de Santa Catarina de janeiro de 2020 a novembro de 2022 (dados preliminares). A maior concentração de óbitos maternos se deu entre os meses de fevereiro e novembro de 2021, período em que se destacaram as grandes proporções de óbitos maternos associados à COVID-19.

FIGURA 7: Frequência de óbitos maternos com e sem menção de COVID-19 por mês de ocorrência. Santa Catarina, 2019 a 2022*.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Dados preliminares.

A vacinação contra a COVID-19 no país iniciou em janeiro de 2021, e as primeiras doses em gestantes e puérperas começaram a ser aplicadas em abril. Em maio de 2021, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Anvisa, foi recomendada a suspensão temporária do uso da vacina AstraZeneca/Fiocruz para gestantes e puérperas devido a Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) ocorrido com uma gestante no estado do Rio de Janeiro, além da interrupção da vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades.

Conforme a Nota Técnica Conjunta Nº 019 DIVE/DIVS/DAPS/SES, a Secretaria de Estado da Saúde adotou as recomendações do PNI, mantendo a suspensão temporária da vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades com qualquer imunizante contra a COVID-19 e realizando a vacinação de gestantes e puérperas com comorbidades apenas com as vacinas dos laboratórios Sinovac/Butantan e Pfizer.

A vacinação de gestantes e puérperas, até 45 dias após o parto, com idade a partir de 18 anos sem comorbidades, foi retomada apenas em junho após avaliação do PNI, ao comparar o risco da doença ao benefício alcançado pela vacinação. Essa classificação não dependia da presença de fatores de risco, e a vacinação poderia ser realizada em qualquer trimestre da gestação, porém deveria estar vinculada a uma avaliação individual, compartilhada entre a gestante e seu médico, considerando as evidências e as incertezas disponíveis até o momento (AMB, 2021).

O Governo de Santa Catarina, através da Nota Informativa nº 011/2021 – GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC e Nota Técnica Nº 029 GEDIM/DIVE/SUV/SES retomou a vacinação contra a COVID-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades no mês de junho de 2021. A decisão foi baseada em parecer elaborado pelo Grupo de especialistas da Secretaria de Estado da Saúde, que se baseou na análise dos riscos e benefícios da imunização desse grupo.

O reflexo na redução do número de óbitos maternos ficou evidente especialmente a partir do mês de dezembro de 2021, demonstrando que independente da necessidade de manter medidas de cuidados não farmacológicas, a vacinação ainda é uma das barreiras mais eficazes contra a COVID-19. Desta forma, todo e qualquer esclarecimento acerca da sua importância, contribuirá para o controle e contenção da disseminação dos casos e diminuição da morbimortalidade. Além disso, mães que amamentam e são vacinadas contra a COVID-19 transferem anticorpos de forma passiva para crianças, favorecendo a proteção delas contra a doença.

CONCLUSÃO

O Os sistemas de informação em saúde são responsáveis pela recepção e armazenamento dos dados, permitindo sua análise e transformação em informação, com intuito principal de contribuir para que a tomada de decisão seja apoiada em dados objetivos e em conhecimentos atualizados, que possam subsidiar o planejamento, a programação e a gestão das intervenções em saúde.

Com a análise dos impactos da pandemia de COVID-19 na mortalidade materna ficou evidente a importância da vigilância do óbito, a necessidade de qualificação no registro das informações e a adoção de ações intersetoriais que se inserem na governabilidade para a tomada de decisão na prevenção dos óbitos evitáveis.

A redução da mortalidade materna exige ações e intervenções do setor saúde, assim como a aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas nos diferentes níveis de gestão. Políticas públicas e programas desenhados para fortalecer e ampliar o acesso aos serviços de atendimento constituem estratégias singulares para a redução da morbimortalidade materna. Da mesma forma, o investimento permanente na melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, instituindo medidas de qualificação profissional, associado ao fortalecimento dos comitês de prevenção dos óbitos, são fundamentais para o enfrentamento dessa problemática.

A participação multiprofissional, especialmente de profissionais da assistência nos comitês de prevenção de óbitos fortalece as discussões sobre os determinantes, enriquece a troca de informações e traz subsídios para ampliar a compreensão da sequência de eventos até o desfecho óbito, o que resultará em recomendações adequadas para gestores e profissionais, de medidas de intervenção e ações capazes de evitar a ocorrência de novos óbitos.

Por fim, com frizam Pereira et al. (2020), é imprescindível que, mesmo em um contexto de pandemia, não haja descontinuidade da assistência obstétrica habitual, mantendo-se o atendimento de pré-natal, com acessibilidade aos serviços de saúde e insumos essenciais para assistência obstétrica e também dando continuidade aos serviços de planejamento familiar e assistência ao aborto previsto em lei. Reduzir a mortalidade materna perpassa pela necessidade de reduzir demoras no acesso ao sistema de saúde e em receber cuidado adequado, respeitoso e de qualidade nos serviços. A morte de uma mulher no ciclo gravídico-puerperal é SEMPRE uma tragédia, considerada evitável em sua maioria, e todos os esforços devem ser realizados para evitá-la.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

AMB. Associação Médica Brasileira. Boletim 011/2021: CEM COVID_AMB Eventos Adversos em gestantes e puérperas e a vacinação contra a COVID-19. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/05/EA-Gestantes_Final1.pdf>. Acesso em 12 dez. 2022.

BITTENCOURT, S.D.A. (Org.) Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. Rio de Janeiro, EaD/Ensp, 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Assessoria de Comunicação Social, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19: Nota Informativa n. 13/2020 - SE/GAB/SE/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol.51 nº20, maio de 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>> Acesso em 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de COVID-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis-Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 384 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude-brasil-2020-2021_situacao-de-saude-diante-da-covid-19.pdf/view#:~:text=SARS%2DCoV%2D2-,Sa%C3%BAde%20Brasil%202020%2D2021%3A%20uma%20an%C3%A1lise%20da%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20sa%C3%BAde,em%20sa%C3%BAde%20em%20C3%A2mbito%20nacional>. Acesso em: 09 dez. 2022.

DIAS, J.M.G. et al. Mortalidade materna. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(2): 173-179. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>. Acesso em 08 dez. 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório COVID-19 - Semanas Epidemiológicas 20 e 21. Publicado em maio de 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf>. Acesso em 09 dez. 2022.

KARIMI, L. et al. (2021). Effect of COVID-19 on Mortality of Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pregnancy*, 8870129. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33728066/>>. Acesso em: 09 dez. 2022.

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ods/>>. Acesso em 09 dez. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. 10a revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10). Brasília, DF, 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. World Healthy Organization. Maternal Mortality - Levels and Trends 2000 to 2017. Disponível em: <<https://mmr2017.srhr.org/>>. Acesso em 13 dez. 2022.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde materna. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>. Acesso em 09 dez. 2022.

PEREIRA, M.N. et al. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. *FEMINA* 2020;48(8):496-8. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118623/femina-2020-488-496-498.pdf>> Acesso em 14 dez. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Linha de cuidado materno infantil. Florianópolis, SC. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/manuais-e-publicacoes/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file#:~:text=Esta%20Linha%20de%20Cuidado%20%C3%A9,para%20as%20gestantes%20e%20crian%C3%A7as>>. Acesso em 08 dez. 2022.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 18 de mayo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2021, v. 21, n. Suppl 1, pp. 253-256. Epub 24 Feb 2021. ISSN 1806-9304. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>>. Acesso em 12 dez. 2022.

UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund. Insegurança alimentar, aumento da mortalidade materna e queda nas matrículas na educação infantil impactam a primeira infância, alerta pesquisa. Publicado em 21 setembro 2022. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/inseguranca-alimentar-aumento-da-mortalidade-materna-e-queda-nas-matriculas-na-educacao-infantil-impactam-primeira-infancia#:~:text=Segundo%20%E2%80%9CDesigualdades%20e%20impactos%20da,por%20infec%C3%A7%C3%A3o%20da%20covid%2D19>>. Acesso em 08 dez. 2022.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde é um boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 – Anexo I – 1º andar – Centro – Florianópolis – CEP: 88010-002 – Fone: (48) 3664-7400. www.dive.sc.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governador do Estado: Carlos Moisés da Silva | **Secretário de Estado da Saúde:** Aldo Batista Neto | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Eduardo Marques Macário | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos não Transmissíveis:** Aline Piaciski Arceno | **Elaboração:** Aline Piaciski Arceno, Daniela Leandro Teodoro e Denise Yinuma do Couto | **Revisão Técnica:** João Augusto Brancher Fuck | **Colaboração:** Maria Fernanda Regueira Breda e Yuri Munir Igor Alves Guimarães Figueiredo | **Produção:** Núcleo de Comunicação DIVE/SC | **Supervisão e Revisão:** Patrícia Pozzo | **Diagramação:** Any Kayuri.

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Santa Catarina. Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças
e Agravos Não Transmissíveis

