

Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Maio 2023

www.dive.sc.gov.br

MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Gerência de Análises Epidemiológicas e
Doenças e Agravos Não Transmissíveis



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

Introdução.....	3
A Vigilância dos Óbitos Maternos.....	5
Métodos.....	7
Análise situacional da Mortalidade Materna.....	9
Conclusão.....	15
Referências bibliográficas.....	16

INTRODUÇÃO

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), estabeleceu o conceito de morte materna como aquela que ocorre às mulheres durante o período gestacional, ou dentro de um intervalo de até 42 dias após seu término, desde que a causa do óbito esteja relacionada a ou agravada pela gravidez ou por medidas a ela relacionadas; excluindo-se, por sua vez, as causas acidentais ou incidentais.

Entre 6 e 8 de setembro de 2000, líderes mundiais reuniram-se na sede da Organização das Nações Unidas (ONU) a fim de aprovar a Declaração do Milênio, um documento construído por Chefes de Estado e Governo que visava a reforçar a responsabilidade coletiva com relação aos princípios de dignidade, igualdade e equidade entre os seres humanos, para um mundo melhor e mais justo. Foram estabelecidas oito metas denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O quinto objetivo estabelecido foi “Melhorar a saúde materna”, e para isso foram estabelecidas duas metas globais a serem atingidas até o ano de 2015: a redução da mortalidade materna a três quartos do observado em 1990 e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Posteriormente, no ano de 2015, no intuito de se estabelecer continuidade ao processo, a Assembleia Geral da ONU estabeleceu os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Entre os 17 ODS, os fatores relacionados à saúde foram incluídos no ODS 3, cuja meta 3.1 é de reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, até o ano de 2030. O Brasil se comprometeu a reduzir para, no máximo, 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até 2030.

De acordo com a OMS (2023), o alto número de mortes maternas em algumas regiões do mundo retrata as desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade e mostra a grande disparidade que existe entre ricos e pobres. Em países de baixa renda, em 2020, a RMM foi de 430 por 100.000 nascidos vivos, contra 12 por 100.000 nascidos vivos em países de alta renda. No Brasil, considerado como um país de média-alta renda, foram notificados 1.658 (2018), 1.575 (2019), 1.964 (2020) e 3.025 (2021) óbitos maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sendo que em 2021, 51% (1.531) do total de óbitos, tinham associação com a Covid-19.

Para melhorar a saúde materna, as dificuldades que limitam o acesso a serviços de saúde de qualidade devem ser reconhecidas e abordadas tanto no sistema de saúde quanto na sociedade. Ao se levar em consideração o conhecimento científico atual e os recursos tecnológicos disponíveis, torna-se evidente a desigualdade social e de acesso à saúde, o que fica ainda mais perceptível quando se conclui que a maior parte dos óbitos maternos ocorre entre a população mais vulnerável, isto é, em sua maioria mulheres negras, pobres e que não têm acesso à assistência de saúde adequada durante a gravidez, o parto e o puerpério (OMS, 2023).

Vale destacar que, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada, articuladora do cuidado e fomentadora das ações de saúde, cujos objetivos inclui propiciar o vínculo da mulher com a equipe multiprofissional de saúde, na prevenção e detecção precoce de agravos e redução dos riscos de complicações. Superar os desafios e prosseguir na qualificação da atenção e da gestão em saúde materna requer resolução dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à garantia dos investimentos e recursos indispensáveis à mudança que potencialize a redução dos óbitos maternos, incluindo os fatores associados à realidade na qual a mulher está inserida (BRASIL, 2022).

Em Santa Catarina, ao longo do processo de implementação dos Planos Estadual e Regionais para a efetivação da Rede Cegonha, em estreita colaboração com o Ministério da Saúde (MS), foi possível obter avanços significativos em cada fase de operacionalização, entre os anos de 2012 e 2013. Não obstante os resultados obtidos, é importante ressaltar que a mortalidade materna continua sendo uma relevante questão de saúde pública no estado, sendo imperativo que seu enfrentamento desse seja tratado como prioridade mediante a implementação de novas estratégias capazes de promover amplo acesso e atenção qualificada, visando sua redução e aprimoramento da saúde materna.

O intuito deste Boletim Epidemiológico é descrever o perfil da mortalidade materna no estado de Santa Catarina, no período compreendido entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022 (dados preliminares), propondo assim uma análise estadual e regionalizada, por tipo de causa obstétrica e segundo características da mulher.

A VIGILÂNCIA DOS ÓBITOS MATERNOS

A Vigilância Epidemiológica no Brasil, estabelecida através da Lei nº 8080/90, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo conhecer o comportamento de doenças e agravos entre a população, bem como as demais informações pertinentes para que se possam construir ações de controle desses eventos e decidir sobre sua execução. Inserida no contexto de Vigilância Epidemiológica está a vigilância do óbito que, por sua vez, compreende a vigilância do óbito materno.

Em 2004 foi estabelecido, através da Portaria GM nº 1172, que é incumbência dos Municípios a vigilância e o monitoramento da mortalidade infantil e materna e, também, que cabe aos Estados complementar a atuação municipal. Dessa forma, as secretarias de saúde devem instituir equipes de vigilância de óbitos. Posteriormente, em 2008, foi regulamentada a vigilância dos óbitos maternos, através da Portaria GM nº 1119, que estabelece que todos os óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (compreendida entre 10 e 49 anos) como eventos de investigação compulsória. São investigados óbitos que ocorreram durante a gestação e durante o período de até um ano após seu término, qualquer que tenha sido a causa, com exceção de causas acidentais e incidentais.

Deve-se salientar que para o cálculo de mortalidade materna são considerados apenas os óbitos ocorridos até um período de 42 dias após o término da gestação. A intenção da investigação desses eventos, longe de ser de cunho punitivo, é a de levantar os fatores motivadores e os possíveis causadores do óbito, para que se possa propor, com adequado embasamento, medidas a serem adotadas a fim de que a reincidência seja prevenida.

A qualidade do registro de óbito materno é influenciada de forma direta pelo preenchimento adequado da Declaração de Óbito (DO). Nas situações em que ocorre omissão de informações possivelmente relacionadas a complicações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal, o registro adequado é prejudicado. A ausência, em muitos dos casos investigados, da causa básica do óbito materno, mantendo-se apenas a causa terminal das afecções ou lesões ocorridas por último na sucessão de eventos, pode dificultar na identificação do óbito materno. Essa situação, segundo Dias et al. (2015), ocorre mesmo em regiões em que a cobertura de registros de óbitos é considerada excelente, como é o caso da Região Sul e do Estado de Santa Catarina.

Conhecer de forma real e adequada a magnitude do impacto da mortalidade materna, mascarada por altos índices de subnotificação, consiste em um desafio significativo para que se alcance a redução da mortalidade materna. Assim, a investigação é capaz de elucidar acerca dos fatos que se sucederam para o óbito, além de permitir a retificação dos dados da mulher, a avaliação minuciosa da qualidade do cuidado a ela dispensado em todos os âmbitos de complexidade e do correto preenchimento da DO. Todo esse processo, vale ressaltar, é de extrema importância para que se possa prevenir novas ocorrências semelhantes. Além disso, segundo Bittencourt (2013), proporciona um panorama do contexto socioeconômico da família, o que contribui significativamente para um contínuo processo de formação dos profissionais envolvidos, mediante sensibilização e análise criteriosa dos óbitos.

Desta forma, a vigilância da mortalidade materna, realizada por meio do registro, da investigação e da classificação dos óbitos maternos, segue sendo um instrumento essencial para subsidiar ações direcionadas para a redução desse grande desafio da saúde e da equidade social, de gênero e de raça (BRASIL, 2022).

MÉTODOS

A condução deste Boletim Epidemiológico foi realizada através de análise descritiva retrospectiva das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), além de consultas complementares ao Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe). Os óbitos foram considerados por data de ocorrência entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022 (dados preliminares), de acordo com a localidade de residência no estado de Santa Catarina.

Foram considerados óbitos maternos àqueles cuja causa básica informada está descrita no capítulo XV da CID-10, destinado a eventos relacionados à gestação, parto e puerpério (exceto os códigos O96 e O97), e as afecções associadas ao período gravídico-puerperal classificadas em 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, atualizado recentemente para O98.7), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós parto (E23.0).

O óbito materno é classificado em três grupos de causas, de acordo com a OMS (1993):

- **Obstétricas diretas:** decorrentes de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento inadequado, ou resultantes de uma sequência de eventos de quaisquer dessas causas;
- **Obstétricas indiretas:** decorrentes de doenças preexistentes à gestação, ou que surgiram durante este período, porém não relacionadas a causas obstétricas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez;
- **Não especificadas:** cujo óbito é codificado como O95.

Os óbitos que têm por razão as causas classificadas como **obstétricas diretas** são amplamente influenciados pela qualidade da assistência prestada à mulher durante o planejamento familiar, bem como no pré-natal e no parto. As causas que compõem essa classificação são: O00.0 a O08.9; O11 a O23.9; O24.4, O26.0 a O92.7; D39.2, E23.0, F53 e M83.0, sendo que para a utilização dos três últimos códigos deverá haver comprovação da relação do evento com o estado gravídico-puerperal; as quais podem ser subdivididas nos seguintes 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).

Já os óbitos decorrentes das causas **obstétricas indiretas** incluem doenças como tuberculose, HIV, doença cardíaca, malária, dengue, Covid-19 e pneumonia. Compreende os códigos: 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).

A CID-10 estabelece, ainda, o conceito de **morte materna tardia**, codificada como O96 e caracterizada pelo óbito resultante de sequelas obstétricas ocorridas no intervalo decorrido entre 42 dias e um ano após o parto; bem como a morte materna por sequela de causa obstétrica ocorrida após um ano ou mais do parto, codificada como O97. Esses casos, apesar de codificados como morte materna, não entram para o cálculo da RMM, medida fundamental para avaliação da saúde materna e do progresso em relação à redução da mortalidade materna.

A RMM permite avaliar o risco de óbito da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, calculado por meio da relação entre o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos, multiplicada por 100 mil, determinando o número de óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos. Esse indicador permite traçar um panorama do cenário de saúde materna no território analisado, sendo de suma importância para o monitoramento e a compreensão do impacto da mortalidade materna na sociedade e para estabelecer estratégias efetivas de intervenção.

Todos os conceitos e códigos mencionados foram criteriosamente considerados durante o processo de triagem dos dados e de elaboração deste Boletim Epidemiológico. Essa cuidadosa seleção e a aplicação dos conceitos e códigos garantiram a qualidade e a confiabilidade das informações apresentadas neste documento, permitindo uma análise precisa e abrangente do cenário epidemiológico avaliado.

ANÁLISE SITUACIONAL DA MORTALIDADE MATERNA

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população no estado de Santa Catarina em 2021 foi de 7.338.473 de pessoas, sendo 50,4% mulheres, das quais 57,6% Mulheres em Idade Fértil (MIF), de 10 a 49 anos de idade. No mesmo ano foram registrados 2.890 óbitos de MIF, com uma taxa de mortalidade de 135,7 mortes a cada 100 mil mulheres. No ano de 2022 esse número reduziu para 2.175, chegando a taxa de mortalidade de 102,4 óbitos a cada 100 mil mulheres.

Dentre as principais causas de mortalidade em MIF em 2021 se destacaram algumas doenças infecciosas e parasitárias (1.079, 37%), neoplasias (561, 19%) e causas externas (379, 13%), que juntas somaram 70% do total do estado. Em 2022 as principais causas de óbito foram as neoplasias (624, 29%), as causas externas (423, 19%) e as doenças do aparelho circulatório (331, 15%). Vale informar que a Covid-19 encontra-se no grupo das doenças infecciosas e parasitárias, que apresentou considerável redução no número de óbitos entre os dois anos avaliados (79%), conforme pode ser observado na **Tabela 1**.

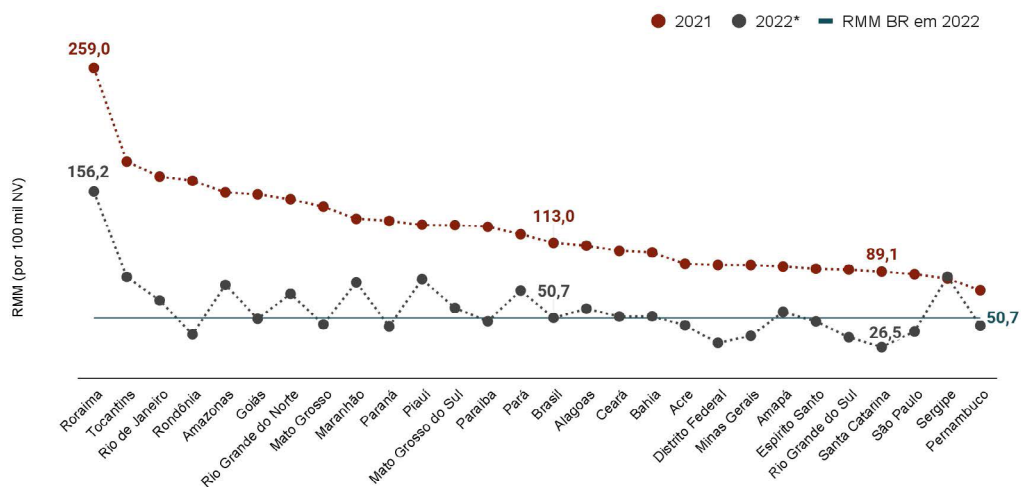
TABELA 1: Ranking das principais causas de óbito de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). Santa Catarina, 2021 e 2022*.

CAUSA BÁSICA SEGUNDO CAPÍTULO DA CID-10	2021	2022
Algumas doenças infecciosas e parasitárias*	1.079	225
Neoplasias (tumores)	561	624
Causas externas	379	423
Doenças do aparelho circulatório	304	331
Demais causas	206	152
Doenças do aparelho respiratório	80	110
Doenças do aparelho digestivo	74	90
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	86	71
Doenças do sistema nervoso	57	85
Mal definidas	64	64
TOTAL	2890	2175

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). 2022 - Dados preliminares.
*Grupo onde está incluída a Covid-19.

Em relação à mortalidade materna, foram registrados no país cerca de 3.025 óbitos de mulheres no ciclo gravídico puerperal em 2021, chegando a RMM de 113 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos (NV). O estado de Roraima apresentou a maior taxa do país tanto em 2021 (259 por 100 mil NV), quanto em 2022 (156 por 100 mil NV). Santa Catarina, como pode ser observado no **Gráfico 1**, obteve a menor RMM em 2022, quando apresentou 26,5 óbitos a cada 100 mil NV e registrou 26 óbitos maternos.

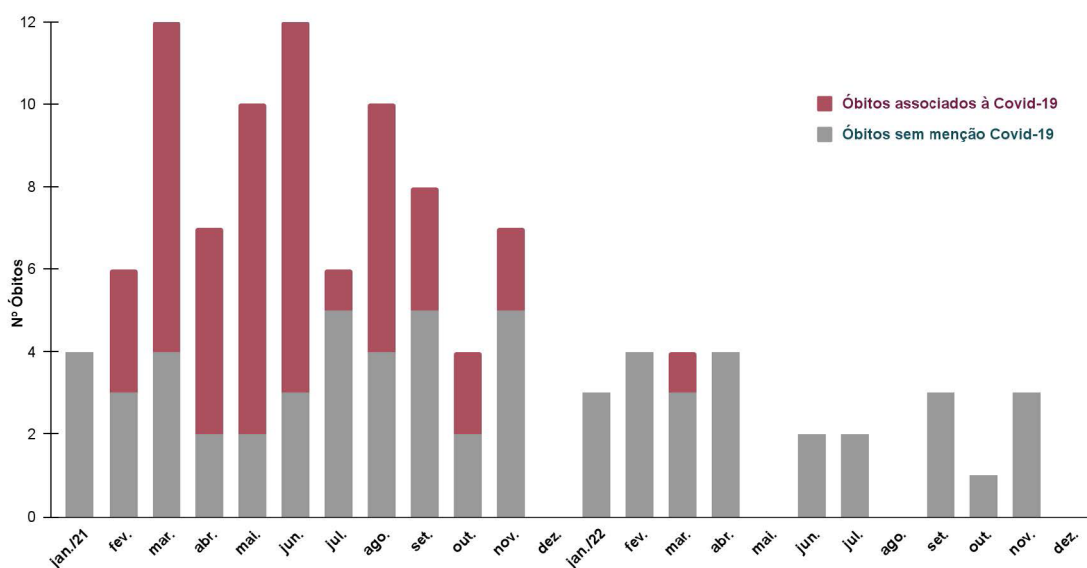
GRÁFICO 1: Razão de mortalidade materna (por 100 mil NV) no país. Brasil, 2021 e 2022*.



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

Embora ainda possam ocorrer alterações nos dados de 2022, percebe-se uma redução considerável no número de óbitos entre 2021 e 2022 em todos os estados brasileiros. Em Santa Catarina, dos 86 óbitos maternos de 2021, 55% tiveram relação com a Covid-19, quando alcançou a RMM de 89, 1 óbitos a cada 100 mil NV. Em 2022 percebeu-se uma queda significativa, quando dentre o total de óbitos registrados, apenas um esteve relacionado a Covid-19. No **Gráfico 2** pode-se observar o registro dos casos por mês de ocorrência nos dois anos avaliados.

GRÁFICO 2: Frequência de óbitos maternos por mês de ocorrência. Santa Catarina, 2020 a 2022*.



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

Em 2021 os números mais elevados relacionados a RMM ocorreram nas regiões de Xanxerê, com 238 óbitos maternos a cada 100 mil NV, Carbonífera (178,9) e Foz do Rio Itajaí (117,9). Em 2022, este indicador reduziu em todas as regiões, no entanto ainda apresentaram-se elevados no Meio Oeste (73,6), Foz do Rio Itajaí (63,6) e Alto Uruguai Catarinense (49,9) (**Tabela 2**).

TABELA 2: Razão de mortalidade materna por região de saúde. Santa Catarina, 2021 e 2022*.

CAUSA BÁSICA SEGUNDO CAPÍTULO DA CID-10	2021	2022
XANXERÊ	238,4	0,0
CARBONÍFERA	178,9	17,6
FOZ DO RIO ITAJAÍ	117,9	63,6
NORDESTE	168,8	10,4
ALTO URUGUAI CATARINENSE	102,3	49,9
MEIO OESTE	77,6	73,6
VALE DO ITAPOCU	141,2	0,0
LAGUNA	106,0	0,0
PLANALTO NORTE	61,5	40,8
MEDIO VALE DO ITAJAÍ	60,1	39,4
ALTO VALE RIO DO PEIXE	72,6	23,8
EXTREMO OESTE	89,4	0,0
ALTO VALE DO ITAJAÍ	75,5	0,0
OESTE	31,8	31,1
SERRA CATARINENSE	26,4	26,4
GRANDE FLORIANÓPOLIS	25,2	25,0
EXTREMO SUL	37,2	0,0

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

Numa análise regionalizada da RMM em Santa Catarina, considerando dois períodos de 5 anos agrupados (2013 a 2017 e 2018 a 2022), é possível identificar regiões que sobressaem, superando inclusive dados do país no mesmo período (**Tabela 3**). Enquanto no segundo quinquênio o Brasil chegou a RMM de 69,3 óbitos a cada 100 mil NV, Santa Catarina atingiu 42,8 e Xanxerê 87,5. No comparativo dos dois períodos, as regiões Extremo Sul e Nordeste apresentaram o maior incremento, com o aumento de 2,8 e 2,7 vezes na RMM, respectivamente.

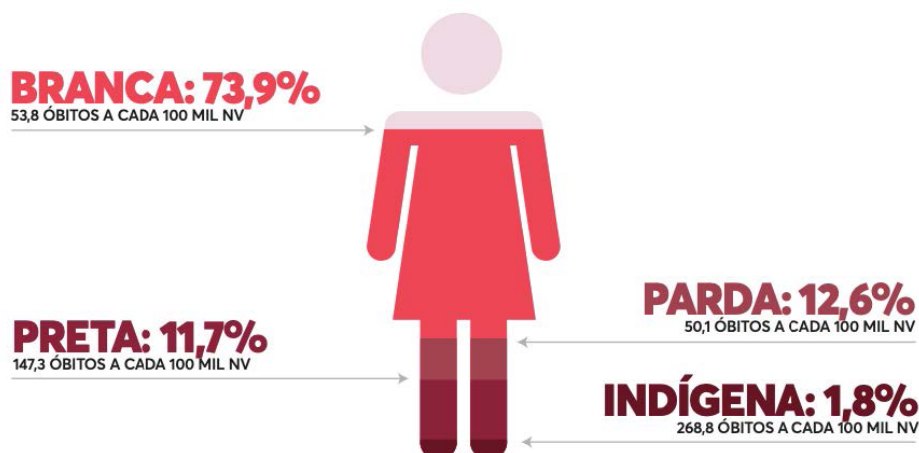
TABELA 3: Razão de mortalidade materna (por 100 mil NV), variação (%) e incremento (vezes), por região de saúde. Santa Catarina, 2013 a 2017 e 2018 a 2022*.

Localidade	RMM 2013 a 2017	RMM 2018 a 2022*	Variação (%)	Incremento (vezes)
Xanxerê	49,3	87,5	77,4	1,8
Foz do Rio Itajaí	49,9	69,1	38,5	1,4
Vale do Itapocu	28,9	57,1	97,8	2,0
Nordeste	20,1	55,0	173,2	2,7
Carbonífera	24,7	49,6	101,1	2,0
Extremo Sul	15,6	44,1	183,6	2,8
Alto Uruguai	33,0	40,4	22,5	1,2
Oeste	27,4	39,3	43,5	1,4
Médio Vale do Itajaí	31,1	37,5	20,5	1,2
Serra Catarinense	29,0	35,6	23,0	1,2
Gde Florianópolis	25,8	31,0	20,0	1,2
Meio Oeste	31,6	30,4	-3,8	1,0
Laguna	21,9	30,2	37,7	1,4
Alto V. Rio do Peixe	59,9	28,1	-53,1	0,5
Planalto Norte	38,7	28,0	-27,5	0,7
Extremo Oeste	13,9	27,1	95,0	2,0
Alto Vale do Itajaí	25,7	24,8	-3,6	1,0
SC	31,0	42,8	38,0	1,4
BR	58,2	69,3	19,1	1,2

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

A maior proporção de óbitos maternos no período de 2021 e 2022 ocorreu em mulheres brancas (73,9%) e pardas (12,6%). Entretanto, quando avaliada a RMM diante do número de nascidos vivos, na raça indígena esse número chegou ao equivalente a 268,8 óbitos a cada 100 mil NV, e na raça preta a 147,3 (Figura 1).

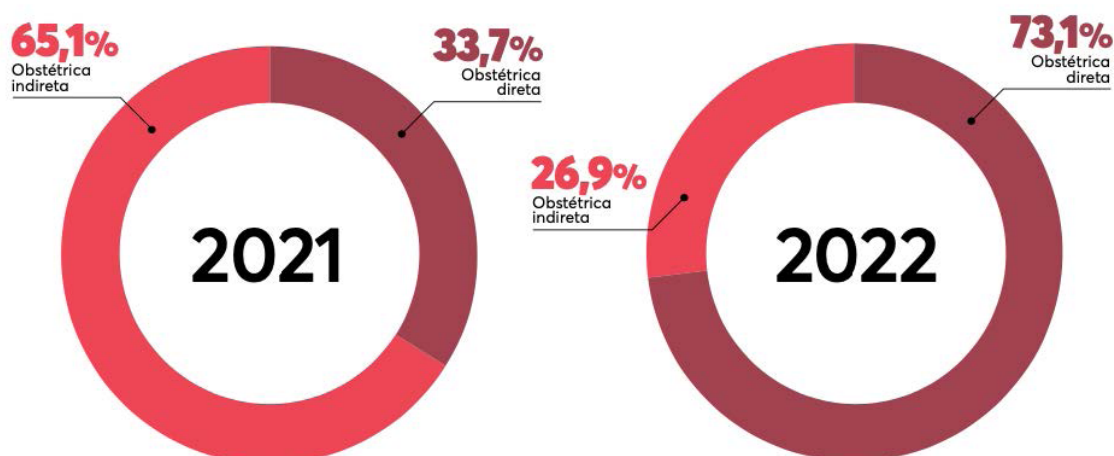
FIGURA 1: Proporção e razão de mortalidade materna (por 100 mil NV) segundo raça. SC, 2021 e 2022*.



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

No **Gráfico 3** tem-se a proporção de óbitos por tipo de causa obstétrica em Santa Catarina, nos anos avaliados. Em 2021 prevaleceram as mortes maternas de causa obstétrica indireta, com 65,1% do total. Perfil que se inverteu em 2022, quando 73,1% foram de causas obstétricas diretas. A Covid-19 encontra-se classificada no grupo de óbitos considerados de causa obstétrica indireta.

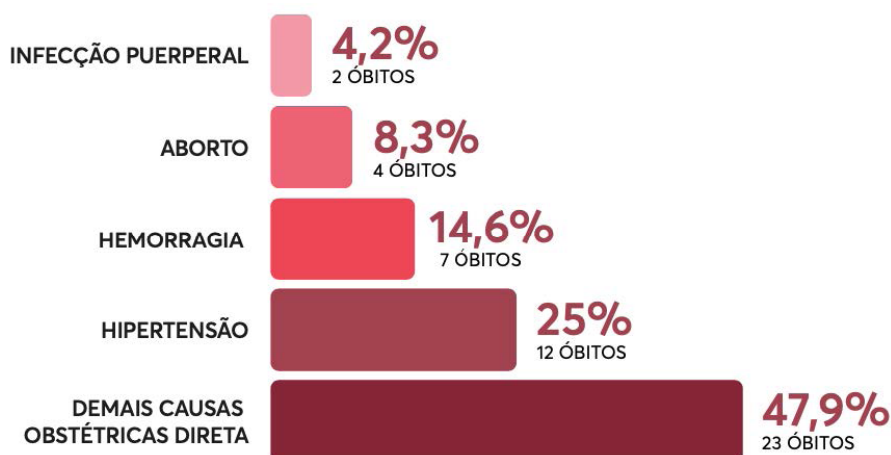
GRÁFICO 3: Frequência de óbitos maternos com e sem menção de COVID-19 por mês de ocorrência. Santa Catarina, 2019 a 2022*.



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

No grupo de causas obstétricas diretas, isto é, que ocorreram devido a complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, por intervenções, omissões ou tratamento inadequado, destacaram-se a hipertensão (25%), hemorragia (14,6%), aborto (8,3%) e infecção puerperal (4,2%), como pode ser observado no **Gráfico 4**.

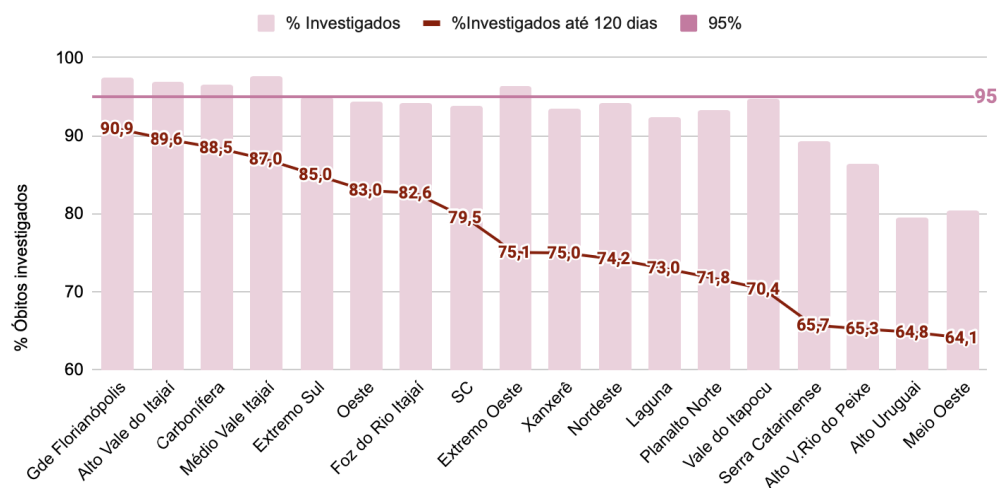
GRÁFICO 4: Proporção de óbitos maternos por causas obstétricas diretas. Santa Catarina, 2021 e 2022*.



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

Quando avaliado o percentual de óbitos MIF investigados nos anos de 2021 e 2022 (**Gráfico 5**), percebe-se que algumas regiões do estado investigaram mais de 95% do total de óbitos, como Médio Vale do Itajaí (97,7%), Grande Florianópolis (97,4%), Alto Vale do Itajaí (97%), Carbonífera (96,5%) e Extremo Oeste (96,4%). No entanto, ao avaliar o tempo oportuno de investigação, apenas a Grande Florianópolis investigou mais de 90% em até 120 dias. As regiões com os índices mais baixos foram Meio Oeste (64,1%), Alto Uruguai Catarinense (64,8%) e Alto Vale do Rio do Peixe (65,3%).

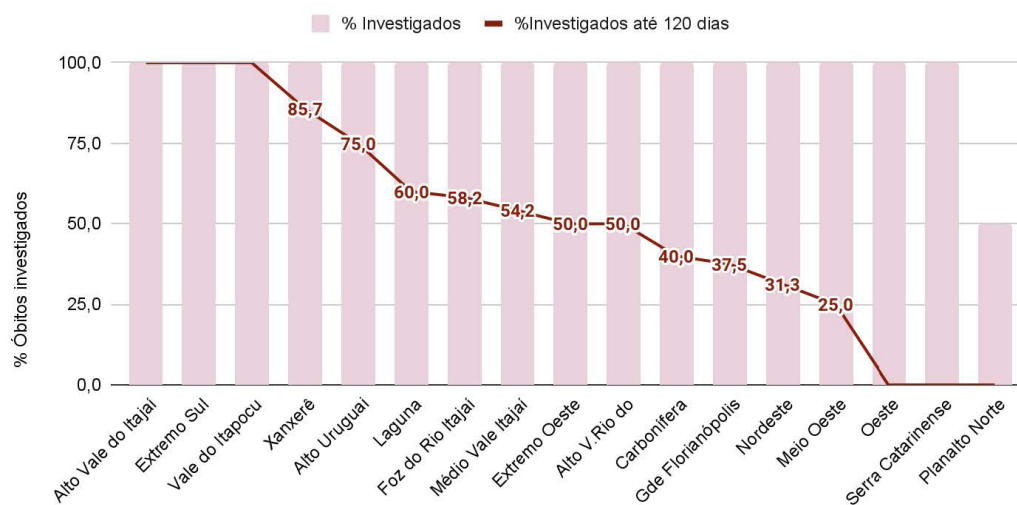
GRÁFICO 5: Proporção de óbitos MIF investigados e investigados em até 120 dias por região de saúde. Santa Catarina, 2021 e 2022*.



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

Já em relação aos óbitos maternos, apenas o Planalto Norte não realizou 100% das investigações. Entretanto, quando considerada a realização em tempo oportuno (até 120 dias após sua ocorrência), apenas Alto Vale do Itajaí, Extremo Sul e Vale do Itapocu investigaram 100% dos óbitos no tempo indicado (**Gráfico 6**).

GRÁFICO 6: Proporção de óbitos MIF investigados e investigados em até 120 dias por região de saúde. Santa Catarina, 2021 e 2022*.



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

CONCLUSÃO

Observou-se um aumento importante no número de óbitos maternos e na RMM no ano de 2021 em Santa Catarina, o que parece uma possível associação aos impactos nos serviços de saúde em decorrência da pandemia de Covid-19. Entretanto, mesmo com queda em 2022, ainda prevalecem grandes diferenças regionais no estado.

A transição obstétrica, descrita por Souza et al. (2014), é útil para entender o processo dinâmico de redução da mortalidade materna, explicando a coexistência de diferentes estratégias para sua redução. Embora continue sendo uma tragédia global, acabar com as mortes maternas evitáveis é possível. Estados, regiões e grupos de subpopulação podem experimentar diferentes estágios da transição obstétrica, como explicam os autores, exigindo estratégias específicas e direcionadas para progredir. Promover o desenvolvimento social e a equidade, juntamente com o fortalecimento do sistema de saúde e melhorias na qualidade do atendimento, são passos obrigatórios para um mundo livre de mortes maternas evitáveis.

Existem evidências científicas claras para a redução da mortalidade de mulheres no ciclo gravídico puerperal. O mapa de evidências pode auxiliar na redução da distância entre o conhecimento e a prática em saúde, uma vez que se apresenta como ferramenta de tradução do conhecimento, proporcionando uma visão geral da distribuição de evidência sobre a temática, assim como narrativa que pode ajudar na interpretação da evidência para informar políticas e orientar sobre a aplicação (BIREME, 2022).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. OPAS. OMS. BIREME desenvolve Portal de Mapas de Evidência. 2022. Disponível em: <<https://boletim.bireme.org/pt/2022/07/28/bireme-desenvolve-portal-de-mapas-de-evidencia/>>. Acesso em 28 mai. 2023.

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. Boletim Epidemiológico vol.51 nº20, maio de 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>> Acesso em 27 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol.53 nº20, maio de 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>> Acesso em 27 mai. 2023.

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 27 mai. 2023.

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 . Mortalidade materna. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> >. Acesso em 25 mai. 2023.

Souza JP et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG 2014; 21(s1):1-4.

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.

Governo do Estado: Jorginho dos Santos Mello | **Secretária de Estado da Saúde:** Carmen Emília Bonfá Zanotto | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto Brancher Fuck | **Gerente de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos não Transmissíveis:** Aline Piacessi Arceno | **Elaboração:** Aline Piacessi Arceno, Daniela Leandro Teodoro e Maria Fernanda Regueira Breda | **Colaboração:** Denise Yinuma do Couto 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 Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. A mortalidade materna no Estado de Santa Catarina. Informativo Epidemiológico, número 1, Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2023.

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

