

Óbitos maternos no estado de Mato Grosso no período de 2010 a 2022: estudo descritivo

Maternal deaths in the state of Mato Grosso from 2010 to 2022: descriptive study

Helen Santana Firmino,¹ Juliana Ilídio da Silva,¹ Luana Braga dos Reis Oliveira,¹ Francine Nesello Melanda,^{1,2} Neuciani Ferreira da Silva Sousa,¹ Ana Paula Muraro,¹ Amanda Cristina de Souza Andrade³

RESUMO

Introdução: o óbito materno é um importante indicador da saúde das mulheres, refletindo as condições sociais e econômicas e o acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos óbitos maternos no estado de Mato Grosso no período de 2010 a 2022. **Métodos:** estudo descritivo com dados de Mato Grosso (2010-2022), registrados no Sistema de Informação de Mortalidade e no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. Foi calculada a frequência absoluta e relativa dos óbitos maternos segundo faixa etária, raça/cor da pele, estado civil, anos de estudo e causa básica. A razão de mortalidade materna foi calculada pela divisão entre o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos, multiplicado por 100.000. **Resultados:** foram identificados 527 óbitos maternos, sendo 45,9% em mulheres com idades entre 25 e 34 anos, 68,6% da raça/cor parda/preta, 47,6% solteiras e 46,5% com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo. As causas obstétricas diretas representaram 58,4% dos óbitos maternos. As doenças infecciosas e parasitárias maternas apresentaram aumento nos anos de 2020 e 2021, representando 28,0% e 65,5% dos óbitos, respectivamente. **Conclusão:** os óbitos maternos no estado de Mato Grosso foram mais frequentes em mulheres jovens, pardas, solteiras e com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo. Conhecer o perfil auxilia no desenvolvimento de estratégias de redução da mortalidade materna mais eficazes. Entretanto, esforços ainda são necessários, principalmente em relação à investigação dos determinantes sociais da saúde e das causas do óbito materno. **Palavras-chave:** mortalidade materna; gravidez; saúde materna; estudos epidemiológicos; sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Maternal death is an important indicator of women's health, reflecting social and economic conditions and access to health services. **Objective:** To describe the epidemiological profile of maternal deaths in the state of Mato Grosso from 2010 to 2022. **Methods:** A descriptive study using data from Mato Grosso (2010–2022), recorded in the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC). The absolute and relative frequency of maternal deaths was calculated according to age group, race/color, marital status, years of schooling, and underlying cause. The maternal mortality ratio was calculated by dividing the number of maternal deaths by the number of live births, multiplied by 100,000. **Results:** A total of 527 maternal deaths were identified, with 45.9% occurring in women aged 25 to 34 years, 68.6% identified as mixed/black race/color, 47.6% single, and 46.5% among those with 8 to 11 years of schooling. Direct obstetric causes accounted for 58.4% of maternal deaths. Maternal infectious and parasitic diseases increased in 2020 and 2021, representing 28.0% and 65.5% of deaths, respectively. **Conclusion:** Maternal deaths in the state of Mato Grosso were more frequent among young, mixed/black, single women and those with 8 to 11 years of schooling. Understanding this profile supports the development of more effective strategies to reduce maternal mortality. However, further efforts are still needed, particularly regarding the investigation of social determinants of health and the causes of maternal death. **Keywords:** maternal mortality; pregnancy; maternal health; epidemiological studies; health information systems.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Cuiabá (MS), Brasil.

² Instituto Federal do Paraná (IFPR) – Londrina (PR), Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Instituto René Rachou – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente: Amanda Cristina de Souza Andrade

UFMT – Av. Fernando Corrêa da Costa, 2.367, CEP.: 78060-900 – Cuiabá (MT), Brasil.

E-mail: csouza.amanda@gmail.com

Recebido em 18/12/2024 – Aceito para publicação em 19/12/2025.



INTRODUÇÃO

A morte materna é o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou do local de ocorrência da gestação, devido a causas relacionadas com esse período.¹

Os óbitos podem ser caracterizados como diretos, que resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério atribuídas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas mencionadas; indiretos, que resultam de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da mesma, desde que excluídas as causas obstétricas diretas; e não especificados.^{2,3}

A mortalidade materna é um fator importante para a avaliação da saúde de mulheres em determinado local, e retrata as condições sociais e econômicas em que estão vivendo, a qualidade de vida e o acesso à saúde.^{4,5} Diminuir a ocorrência de óbitos maternos para 30 mortes a cada 100 mil nascidos vivos é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).⁶ Logo, o monitoramento de sua ocorrência e de seu perfil permite compreender os contextos locais e definir as melhores estratégias para o seu enfrentamento.

Vários são os fatores que contribuem para a ocorrência da mortalidade materna. O Boletim Epidemiológico do Brasil do ano de 2022 aponta que o número de óbitos por causas obstétricas diretas passou de 1.034, em 2019, para 1.041, em 2020, enquanto os óbitos por causas obstétricas indiretas sofreram um aumento considerável, de 479 para 843 óbitos. Além disso, entre as causas obstétricas diretas, as causas básicas mais comuns de óbito foram hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto; e, entre as causas obstétricas indiretas, as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias foram as mais frequentes. As características sociodemográficas que predominaram nos óbitos maternos em 2020 foram mulheres de 30 anos ou mais (56%), negras (66%; 54% pardas e 12% pretas), casadas (30%) e que possuíam entre 8 e 11 anos de escolaridade (44,8%).³

No Brasil, do total de óbitos maternos ocorridos em 2020, 17% correspondiam a óbitos associados à COVID-19, com maiores proporções nas regiões Centro-Oeste (20%) e Norte (23%).³ Posteriormente, no ano de 2021, constatou-se aumento de 151% no número de mortes maternas no país, refletindo desigualdades sociais, acesso limitado a serviços de saúde e gestão insuficiente da emergência sanitária.⁷

Ainda antes da pandemia por COVID-19, a Razão de Mortalidade Materna em Mato Grosso era o dobro da meta do ODS, sendo de 64,6 em 2019.⁸ Dessa forma, a redução desse indicador consolida-se como um importante desafio no estado.

Com este estudo, pretende-se contribuir para o conhecimento das características sociodemográficas, das causas dos óbitos maternos e da análise da razão da mortalidade materna na última década, de modo a subsidiar as ações e intervenções de saúde para a prevenção do óbito materno.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos óbitos maternos no estado de Mato Grosso no período de 2010 a 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com dados secundários sobre óbitos maternos e número de nascidos vivos no estado de Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2010 a 2022.

O estado de Mato Grosso, em 2022, tinha uma população de 3.658.649 habitantes, sendo 1.400.498 do sexo feminino, 1.122.829 em idade fértil (entre 10 e 49 anos) e 58.169 nascidos vivos, com índice de desenvolvimento humano (2021) de 0,736.⁹⁻¹¹

Os dados de óbitos foram obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), constantes da Declaração de Óbitos Maternos (Domat). Constam nessa base de dados não somente os óbitos maternos declarados pelo médico no momento da emissão da Declaração de Óbito (DO), mas também os óbitos classificados como maternos após investigação, com correção da causa básica, caso tenha sido necessário.

O número de nascidos vivos foi obtido no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS).¹¹ A coleta dos dados foi realizada em julho de 2024, a partir do acesso aos microdados do SIM e SINASC disponíveis em <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. O período entre 2010 e 2022 para a análise do estudo foi escolhido considerando os microdados mais recentes disponíveis.

Foram incluídas as mortes com causas básicas classificadas no Capítulo XV da Classificação Internacional das Doenças 10ª revisão (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 foram consideradas: tétano obstétrico (código A34, Capítulo I); osteomalácia puerperal (código M83.0, Capítulo XII); transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (código F53, Capítulo V); necrose pós-parto da hipófise (código E23.0, Capítulo IV); mola hidatiforme maligna (código D39.2, Capítulo II); doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (códigos B20 a B24, Capítulo I). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada, por meio das investigações de óbitos maternos, a relação com o estado gravídico-puerperal, e que o óbito tenha ocorrido até 42 dias após o parto.^{2,3}

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram: ano do óbito (2010 a 2022), faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, sem informação), raça/cor da pele (classificada conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: branca, preta, parda, amarela, indígena, sem informação), estado civil (casada, solteira, separada judicialmente/divorciada, união estável, viúva, sem informação), anos de estudo (nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais, sem informação). Além dessas, foram avaliados a causa básica do óbito e o tipo de causa obstétrica (direta, indireta ou não especificada), conforme classificação da Organização Mundial da Saúde (CID-MM).¹²



As causas diretas de morte materna foram classificadas em: gravidez terminada em aborto (O00-O07), causas hipertensivas na gravidez, parto ou puerpério (O11-O16), hemorragias obstétricas (O20; O43-O46; O67; O71.0, O71.1, O71.3, O71.4, O71.7; O72), infecções relacionadas à gravidez (O23; O41.1; O75.3; O85-O86; O91), complicações não antecipadas (O29; O74; O89) e outras complicações obstétricas (O21.1, O21.2; O22; O24.4; O26.6, O26.9; O41.0, O41.8; O71.2, O71.5, O71.6, O71.8, O71.9; O73; O75.4-O75.9; O87.1, O87.3, O87.9; O88; O90).

Existem causas do Capítulo XV que são consideradas como contributivas, ou seja, provavelmente não causam morte, mas podem ter contribuído para o óbito.¹² Essas foram consideradas como outras causas obstétricas diretas (O34; O42; O47; O62-O65; O75.1).¹³

Tétano obstétrico (A34), osteomalácia puerperal (M83.0), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53), necrose pós-parto da hipófise (E23.0) e mola hidatiforme maligna (D39.2), quando no período da gestação, parto ou puerpério, também foram incluídas como outras causas obstétricas diretas.

As causas indiretas, segundo a OMS, referem-se a um único grupo: complicações não obstétricas. Adicionalmente, neste estudo, optou-se por incluir subgrupos das causas indiretas utilizados pelo Ministério da Saúde.^{2,3} Portanto, foram definidos como Aids (B20.0-B24.9; O98.7), doenças do aparelho circulatório (O99.4), doenças do aparelho respiratório (O99.5),

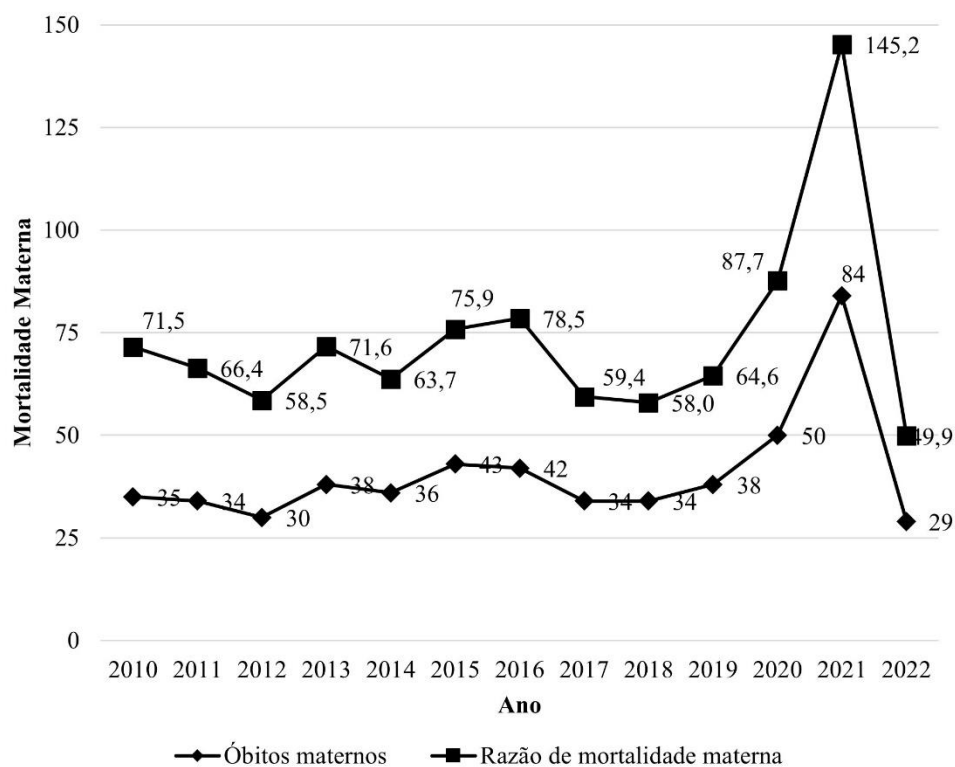
doenças infecciosas e parasitárias maternas (O98.0-O98.6, O98.8-O98.9) e outras complicações não obstétricas (O10; O24.0-O24.3, O24.9; O99, exceto O99.4 e O99.5). Por fim, óbitos por causas desconhecidas foram classificados como não especificados (O95). Foi realizada análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas dos óbitos maternos conforme características sociodemográficas e relacionadas à causa básica do óbito. Foi calculada a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por ano, considerando, no numerador, o número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério e, no denominador, o número de nascidos vivos, multiplicado por 100.000.

Foram construídas tabelas e gráficos utilizando o Microsoft Excel. As análises foram realizadas no software STATA versão 16.0. O estudo utilizou dados de domínio público e atendeu às diretrizes da Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2022, no estado de Mato Grosso, ocorreram 527 óbitos maternos, com maior frequência em 2020 (9,5%) e 2021 (15,9%). No período, a RMM (por 100.000 nascidos vivos) variou de 71,5, em 2010, a 49,9, em 2022, com maior RMM em 2021 (145,2) (Figura 1). Do total de óbitos maternos, 45,9% tinham idades entre 25 e 34 anos, 68,6% eram pardas/pretas, 47,6% eram solteiras e 46,5% tinham entre 8 e 11 anos de estudo (Tabela 1).

Figura 1. Óbitos maternos e razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos (RMM) no período de 2010–2022 em Mato Grosso.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Tabela 1. Características sociodemográficas de óbitos maternos. Mato Grosso, 2010–2022.

Variáveis	n	% ¹
Faixa etária		
10 – 14	4	0,8
15 – 19	63	12,0
20 – 24	91	17,3
25 – 29	131	24,9
30 – 34	111	21,1
35 – 39	91	17,3
40 – 44	34	6,5
45+	2	0,4
Raça/cor da pele		
Amarela	1	0,2
Branca	135	27,2
Indígena	29	5,5
Parda	323	61,5
Preta	37	7,0
Sem informação	2	–
Estado civil		
Casada	156	30,3
Separada judicialmente/divorciada	7	1,4
Solteira	245	47,6
Viúva	1	0,2
União estável	106	20,6
Sem informação	12	–
Anos de estudo		
Nenhuma	13	2,6
1 a 3 anos	36	7,2
4 a 7 anos	115	22,9
8 a 11 anos	234	46,5
12 anos e mais	104	20,7
Sem informação	24	–

¹ Calculado em relação aos dados completos (excluindo os sem informação).

As causas obstétricas diretas representaram 58,4% dos óbitos maternos e as indiretas, 40,2%. Entre as diretas, as principais causas de óbitos maternos no período foram a hipertensão na gravidez, parto ou puerpério (32,5%) e outras complicações obstétricas (25,0%).

Doenças infecciosas e parasitárias maternas (35,9%) e outras complicações não obstétricas (32,1%) foram as principais causas indiretas. Gravidez terminada em aborto e a Aids representaram as causas de mortalidade de menor frequência em cada grupo, com 10,4% e 2,8%, respectivamente (Tabela 2).



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Tabela 2. Distribuição dos óbitos maternos segundo classificação e causa obstétrica. Mato Grosso, 2010–2022.

Classificação	n	%
Causa obstétrica direta	308	58,4
Hipertensão	100	32,5
Hemorragia	55	17,8
Infecção puerperal	44	14,3
Aborto	32	10,4
Outras complicações obstétricas	77	25,0
Causa obstétrica indireta	212	40,2
Doenças infecciosas e parasitárias maternas	76	35,9
Doença do aparelho respiratório	34	16,0
Doença do aparelho circulatório	28	13,2
Aids	6	2,8
Outras causas maternas não obstétricas	68	32,1
Causa não especificada	7	1,3
Total	527	100,0

Entre as outras complicações obstétricas, as mais frequentes foram embolia de origem obstétrica (n=26; 33,8%), anormalidades das forças de trabalho de parto (n=11; 14,3%) e interrupção da ferida (n=10; 13,0%). As outras complicações não obstétricas que mais prevaleceram foram outras doenças maternas (n=60; 88,2%) e hipertensão pré-existente (n=6; 8,8%) (dados não mostrados em tabela).

Foi verificado crescimento do número de óbitos por causas indiretas de 2010 a 2022, com aumento expressivo em 2021 (Figura 2). Além disso, evidenciou-se o aumento dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias maternas nos anos de 2020 e 2021, correspondentes ao período da pandemia de COVID-19, representando 28,0% (n=14) e 65,5% (n=55) dos óbitos daquele período, respectivamente (Figura 3 A, B).



Figura 2. Óbitos maternos segundo causa obstétrica em Mato Grosso no período de 2010–2022.

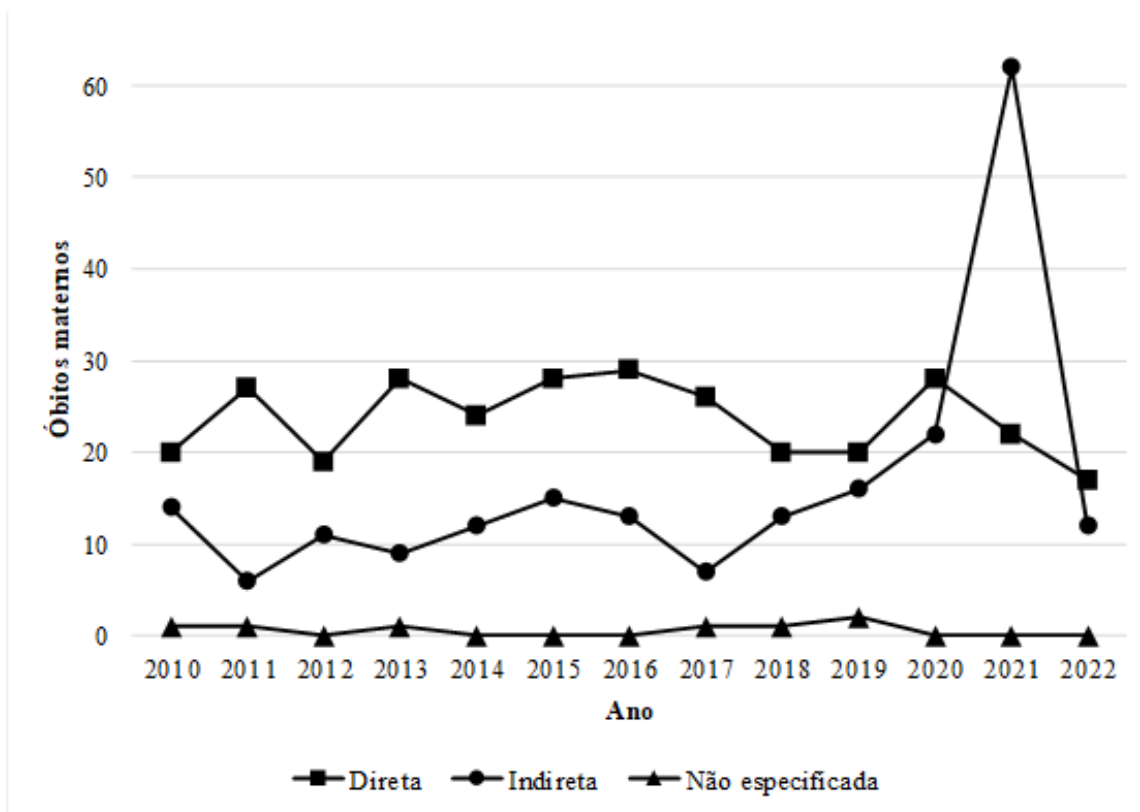
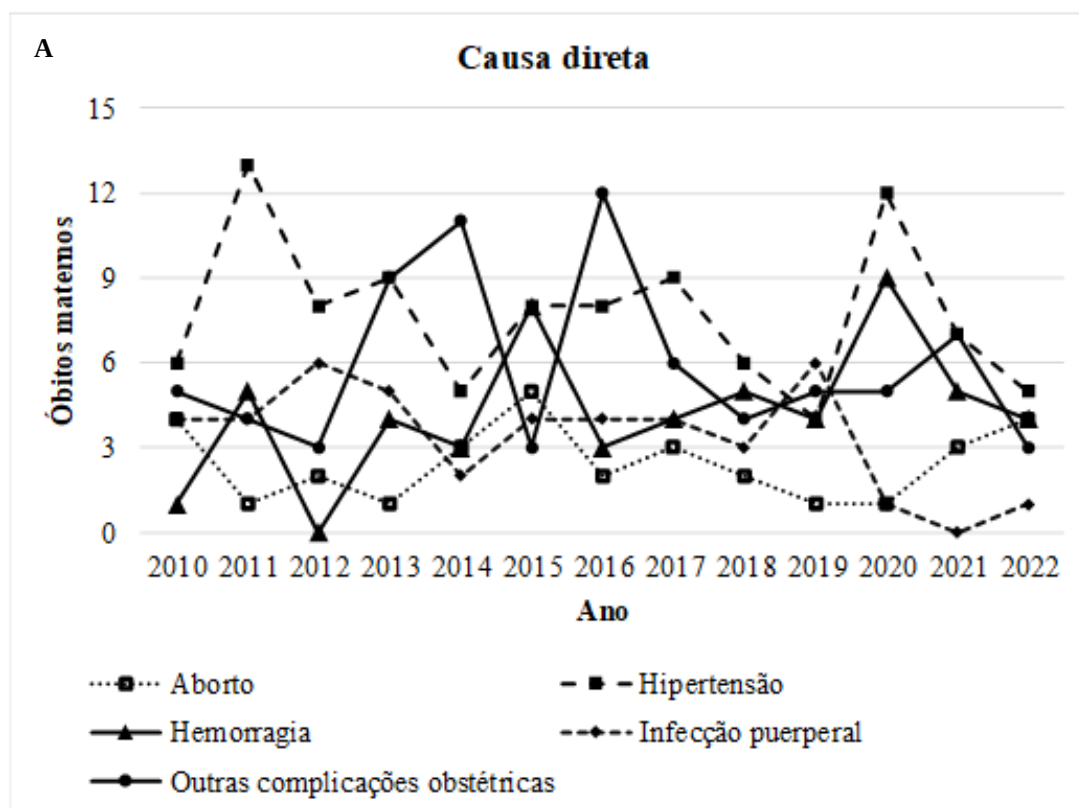
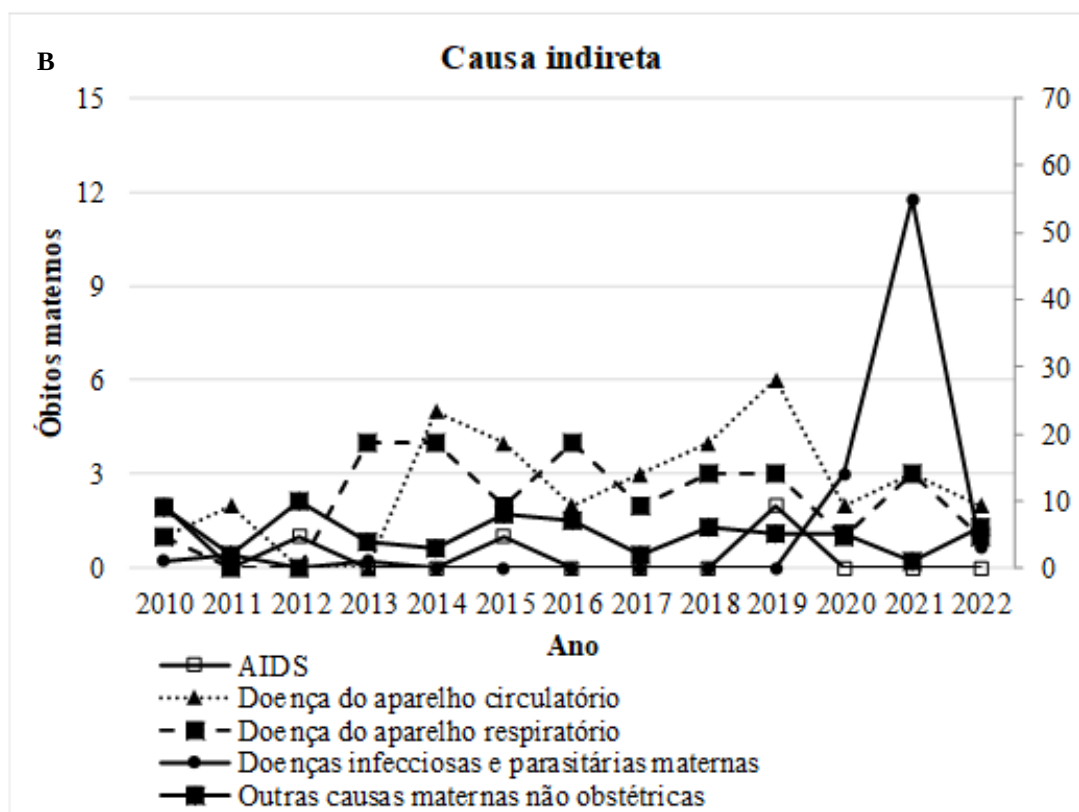


Figura 3 (A, B). Óbitos maternos segundo classificação e causa obstétrica. Mato Grosso, 2010–2022.





DISCUSSÃO

Entre os 527 óbitos maternos ocorridos no estado de Mato Grosso no período analisado, a maior parte era de mulheres entre 25 e 34 anos, pardas, solteiras e com 8 a 11 anos de estudo. As causas obstétricas diretas representaram 58,4% dos óbitos maternos no período; entretanto, houve aumento do número de causas indiretas, especialmente das doenças infecciosas e parasitárias maternas nos últimos anos analisados.

No presente estudo, os óbitos maternos ocorreram com maior frequência na faixa etária entre 25 e 34 anos (45,9%), semelhante a estudo realizado em período anterior no estado, em que a maior frequência de óbitos maternos ocorreu na faixa etária entre 20 e 29 anos.¹⁴

De forma semelhante ao verificado em dados nacionais no ano de 2020, houve maior ocorrência de óbitos maternos em mulheres entre 25 e 39 anos de idade.³

Outro estudo realizado no estado do Ceará, no período de 2019 a 2020, mostrou que as faixas etárias entre 20 e 29 anos e entre 30 e 34 anos representaram 43,0% e 26,7% dos óbitos maternos, respectivamente.¹⁵

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou o manual de gestação de alto risco, com o objetivo de identificar as mulheres que têm maior probabilidade de apresentar eventos adversos à saúde durante a gestação e coordenar o cuidado.

Entre as características sociodemográficas, as idades menor que 15 anos e maior que 40 anos foram consideradas como fatores de risco na gestação.¹⁶ Entretanto, é necessário ressaltar que, independentemente da idade, as estratégias de cuidado e de prevenção à saúde, antes, durante e após a

gestação, podem assegurar a vida de mulheres e de seus filhos. Em nosso estudo, um quarto dos óbitos foi de mulheres com mais de 35 anos e, aproximadamente, 7% tinham 40 anos ou mais.

A maior frequência de óbitos maternos entre mulheres negras (pardas/pretas) foi semelhante à de outros estudos.¹⁴⁻¹⁷ No Brasil, estudo realizado no período de 2010 a 2020 mostrou que 54,0% dos óbitos maternos ocorreram em mulheres pardas.¹⁸

Estudo realizado no estado de Mato Grosso, de 2000 a 2006, mostrou que 58,0% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres pardas e 5,0% entre pretas.¹⁴ No Ceará, no período de 2019 e 2020, a raça/cor da pele com maior número de óbitos foi a parda, apresentando o percentual de 80,0%.¹⁵ Resultado semelhante foi observado na cidade de Montes Claros (Minas Gerais), entre 2009 e 2013, em que a raça/cor da pele mais declarada entre os óbitos maternos foi a parda (61,3%).¹⁷

É verdade que esses achados podem ser parcialmente explicados pela composição da população, pois, segundo dados do Censo 2022, 56% dos residentes do estado de Mato Grosso se autodeclararam pardos.¹⁹ Todavia, esses resultados também reforçam as desigualdades de raça/cor da pele na mortalidade materna.

No Brasil, a RMM, no período de 2017 a 2022, foi significativamente maior entre mulheres pretas do que entre mulheres brancas ou pardas.²⁰ Mulheres negras estão mais expostas a contextos de vulnerabilidade social, com piores condições de saúde e menor oportunidade de acesso aos serviços de saúde.^{20,21}



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Outra variável analisada foi o estado civil, sendo 47,6% dos óbitos maternos de mulheres solteiras. Esse resultado foi semelhante ao observado no Brasil, no período de 2010 a 2020,¹⁸ em Mato Grosso, de 2000 a 2006,¹⁴ no Ceará, de 2019 a 2020,¹⁵ e, em Recife, de 2006 a 2017,²² em que a maioria dos óbitos maternos nos períodos analisados foi de mulheres solteiras. Ainda que o estado civil possa não apresentar correspondência exata com a situação conjugal, essa pode ser uma fragilidade dessa variável. A ausência de companheiro(a) durante a gestação, parto e puerpério pode refletir maior vulnerabilidade social e emocional das mulheres.^{14,23}

Em relação à escolaridade, 49,4% tinham entre 8 e 11 anos de estudo. Resultado diferente do observado anteriormente no estado, em que 56,7% das mulheres pardas e 44,6% das brancas que foram a óbito entre 2000 e 2006 cursaram somente o ensino fundamental.¹⁴ Entretanto, essa proporção assemelha-se à observada no Brasil, de 2010 a 2021, quando houve 44,2% de óbitos maternos em mulheres com 8 a 11 anos de estudo.¹⁸ O aumento da escolaridade contribui para maior acesso à informação e aos serviços de saúde e reduz as desigualdades socioeconômicas.²⁴

As causas obstétricas diretas representaram 58,4% dos óbitos maternos, sendo mais frequentes as causas hipertensivas na gravidez, parto ou puerpério e outras complicações obstétricas. Esse resultado difere do observado no Brasil no mesmo período, em que predominou a hipertensão, seguida de hemorragia, infecção puerperal e aborto.³

As causas obstétricas indiretas corresponderam a 40,2%, das quais 35,8% eram doenças infecciosas e parasitárias maternas e 32,1% outras complicações não obstétricas. Esse achado também difere do observado no Brasil, em que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes, seguidas das doenças do aparelho respiratório e das doenças infecciosas e parasitárias maternas.³

No período de 2010 a 2020, as causas obstétricas diretas apresentavam maior número de óbitos. Contudo, em 2021, observou-se aumento considerável nas causas obstétricas indiretas. Esse resultado é semelhante ao observado no Brasil, em que houve um aumento de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias maternas nos anos de 2020 e 2021, passando de 36 óbitos em 2010 para 1.590 em 2021,^{3,18} possivelmente relacionado à pandemia de COVID-19. Além disso, nesse período, o maior número de óbitos ocorreu em mulheres negras (56,2%), casadas (30,0%), com 12 anos ou mais de estudo (13%) e que possuíam algum tipo de comorbidade. O contexto pandêmico dificultou a assistência adequada às gestantes, tanto no pré-natal quanto no parto, aumentando o risco de morte materna.^{25,26}

O Brasil e o estado de Mato Grosso ainda estão distantes da meta de redução para 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até 2030, estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.²⁵

Esse cenário representa um desafio para as ações de atenção e gestão em saúde materna, que visam reduzir as desigualdades no acesso e na assistência, além de fortalecer os sistemas de saúde para responder de forma oportuna às necessidades e prioridades da população.¹

Este estudo utilizou dados secundários, disponibilizados no SIM, que podem estar sujeitos à subnotificação da causa do óbito materno e a problemas de preenchimento da declaração de óbito, o que pode resultar em incompletude das informações.

Como ponto forte, destaca-se a análise de dados atualizados da mortalidade materna no estado, segundo características sociodemográficas e classificação das causas de óbitos, bem como o baixo percentual de incompletude das variáveis analisadas e das causas não especificadas. Dos 527 óbitos maternos, 506 foram investigados, correspondendo a uma cobertura de 96,0% no período analisado.¹¹

Conhecer a magnitude e o perfil dos óbitos maternos no nível local é fundamental para implementar melhorias na assistência à saúde materna e subsidiar as ações que qualifiquem a atenção à saúde e a gestão dos serviços de saúde.

A partir dos dados apresentados, é necessário considerar o efeito dos determinantes sociais sobre a saúde materna, como as desigualdades sociais, de gênero e de raça/cor da pele, além das fragilidades das políticas sociais e de saúde. Esses aspectos podem levar à restrição no acesso a bens e serviços, dificultar o planejamento reprodutivo e a assistência adequada, além de influenciar na ocorrência precoce ou avançada do período gestacional, contribuindo para o risco de complicações que podem levar à morte materna.

CONCLUSÃO

Os óbitos maternos no estado de Mato Grosso foram mais frequentes em mulheres na faixa etária entre 25 e 34 anos, pardas, solteiras e com 8 a 11 anos de estudo. As causas obstétricas diretas foram as mais frequentes; entretanto, em 2020 e 2021, houve um aumento no número de causas indiretas, especialmente das doenças infecciosas e parasitárias maternas. Ainda são necessários esforços para reduzir a mortalidade materna em nível local e nacional, principalmente diante dos determinantes sociais da saúde, das causas do óbito materno e dos desafios impostos pela pandemia. Destaca-se a importância de ações de fortalecimento da rede de atenção à saúde e do cuidado integral à saúde da mulher, especialmente durante a gravidez, parto e puerpério.

Conflitos de Interesse

As autoras declaram inexistência de conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 26 jul 2024]. 104 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2024 25 jul 2024]. 84 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf



3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2020 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 25 jul 2024]. 37 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>
4. Chou VB, Walker N, Kanyangarara M. Estimating the global impact of poor quality of care on maternal and neonatal outcomes in 81 low- and middle-income countries: a modeling study. *PLoS Med.* 2019;16(12): e1002990. doi: 10.1371/journal.pmed.1002990.
5. Tintori JA, Mendes LMC, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paul Enferm.* 2022;35: eAPE0025. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO00251.
6. United Nations. The sustainable development goals report 2019 [Internet]. New York: UN; 2019 [acesso em 25 jul. 2024]. 60 p. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>
7. Michels BD, Iser BPM. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil: atualizações. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2022;22:445-6. doi: 10.1590/1806-9304202200020014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2019 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 25 jul 2024]. 37 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades e Estados [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2024. [acesso em 25 jul 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt.html>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico 2022 - População por Idade e Sexo - Resultados do Universo [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2024. [acesso em 25 jul 2024]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9514#resultado>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de informação sobre Mortalidade. Óbitos maternos: 2010-2022 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 25 jul 2024]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>
12. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [acesso em 25 jul 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
13. Mendonça IM, Silva JBF, Conceição JFF, Fonseca SC, Boschi-Pinto C. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(3):e00195821. doi: 10.1590/0102-311X00195821.
14. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2012;12(1):27-35. doi: 10.1590/S1519-38292012000100003.
15. Afonso LR, Castro VHS, Menezes CPSR, Custódio LL, Silva MGC, Gomes ILV. Perfil da mortalidade materna no estado do Ceará. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2022;22(1):115-9. doi: 10.1590/1806-93042022000100007.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 25 jul 2024]. 692 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf
17. Ruas CA, Quadros JFC, Rocha JFD, Rocha FC, Andrade Neto GR, Piris ÁP, et al. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2020;20(2):385-96. doi: 10.1590/1806-93042020000200004.
18. Oliveira IVG, Maranhão TA, Frota MMC, Araujo TKA, Torres SdaRF, Rocha MIF, et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2024;29(10): e05012023. doi: 10.1590/1413-812320242910.05012023.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022 – Panorama [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2024. [acesso em 25 jul 2024]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
20. Silva AD, Guida JPS, Santos DdeS, Santiago SM, Surita FG. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Rev Saúde Pública.* 2024;58:25. doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005862.
21. Martins AL, Oliveira AE, Trindade RF. Desigualdades raciais e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:1-9. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007069.
22. Carvalho PI, Frias PG, Lemos MLC, Frutuoso LALM, Figueirôa BQ, Pereira CCB, et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(1):e2019185. doi: 10.5123/S1679-49742020000100005.
23. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, Zhang J, Mori R, Baguiya A, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *Lancet Glob Health.* 2024;12(2):e306-16. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00468-0.
24. Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, França GVA, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):4-24. doi:10.1016/S0140-6736(12)60113-5.
25. Souza ASR, Amorim MMR. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2021;21(Supl. 1):S257-61. doi: 10.1590/1806-9304202100S100014.
26. Souza VTF, Ribeiro JM. Análise das implicações da pandemia COVID -19 na mortalidade materna no Brasil em 2020-2021. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2024;30(suppl 1):e01092024. doi:10.1590/1413-812320242911.01092024.

Como citar este artigo:

Firmino HS, Silva JI, Oliveira LBR, Melanda FN, Sousa NFS, Muraro AP, Andrade A. Óbitos maternos no estado de Mato Grosso no período de 2010 a 2022: estudo descritivo. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2026;28:e69668. doi: 10.23925/1984-4840.2026v28a11.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.