



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, SOCIEDADE E
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

BÁRBARA SANTIAGO PEDREIRA DA COSTA

DESIGUALDADES DA MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO RAÇA/COR NA
ÁREA METROPOLITANA DE BRASÍLIA ENTRE 2014 E 2023

Brasília

2025

BÁRBARA SANTIAGO PEDREIRA DA COSTA

DESIGUALDADE DA MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO RAÇA/COR NA AMB
ENTRE 2014 E 2023

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Determinantes Sociais da Mortalidade no Brasil

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Nogales Vasconcelos

Brasília

2025

Costa, Bárbara Santiago Pedreira da

Desigualdade da Mortalidade Materna Segundo Raça/Cor na Área Metropolitana de Brasília/Bárbara Santiago Pedreira da Costa; orientador Ana Maria Nogales Vasconcelos. – Brasília, 2025. 62p.

Dissertação (Mestrado – Mestrado em Determinantes Sociais da Mortalidade no Brasil) – Universidade de Brasília, 2025

BÁRBARA SANTIAGO PEDREIRA DA COSTA

DESIGUALDADE DA MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO RAÇA/COR NA AMB
ENTRE 2014 E 2023

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Banca examinadora formada por:

Profa. Dra. Ana Maria Nogales Vasconcelos – Universidade de Brasília
(Orientadora)

Profa. Marília Miranda Forte Gomes – Universidade de Brasília
(Examinadora Interna)

Profa. Dra. Rebeca Carmo de Souza Cruz – OPAS/OMS
(Examinadora Externa)

Profa. Dra. Fabiana da Cunha Saddi – Universidade de Brasília
(Examinadora Suplente)

Brasília, 27 de Março de 2025

Dedico este trabalho a todas as pessoas que morreram durante o ciclo gravídico-puerperal por alguma forma de negligência. Em especial a todas as mulheres que estiveram comigo durante o processo de desenvolvimento deste texto.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente a Juçara Santiago Pedreira, a quem me deu a oportunidade de existir, lutou pela minha formação e esteve ao meu lado nos momentos de aflição, de falha, de incapacidade, de falta de qualificação durante toda a minha caminhada educacional.

Agradeço a todo corpo clínico que me deu suporte físico e emocional, corpo técnico que esteve disponível em todos os momentos de dúvida (Rebeca, Marília, Fabiana, Valéria, Tanyara), às amigas que foram minhas pernas quando eu não fui capaz de andar, às minhas tias que estiveram me apoiando nos altos e baixos desde o momento o primeiro momento, à minha comadre que pegou na minha mão quando eu não sabia mais por onde seguir, ao meu gerente que flexibilizou minha jornada de trabalho para que o cumprimento da carga horária das aulas fosse cumprido e a todos que se dispuseram a estar do meu lado de alguma forma durante o período do mestrado.

Agradeço a todos que me formaram tecnicamente como doula, me mostraram que sou capaz de aprender e ser especialista em alguma área da vida e que a medicina baseada em evidências é o melhor caminho para que pessoas parem de morrer ao gestar, parir e maternar.

Gratidão às minhas parceiras de ocupação que formam uma rede de proteção às gestantes e puérperas e que militam a favor de um ciclo gravídico-puerperal respeitoso.

Agradeço imensamente à Giovanna Valadares, Taryane Perné e Nahari Terena que me deram apoio incondicional durante meus dias de mestranda, perderam noites, deixaram de estar focadas em seus trabalhos, vidas e momentos de descanso para estar comigo.

Por último, não poderia deixar de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Ana Maria Nogales Vasconcelos. A ela minha admiração por estar comigo durante minha caminhada acadêmica, me preparar para o mercado de trabalho com excelência, me mostrar que é possível ser uma mulher potente da área de exatas mesmo com todos os obstáculos da sociedade e por acreditar em mim todas as vezes que eu não acreditei.

Resumo

Esta dissertação investiga as desigualdades na mortalidade materna segundo raça/cor na Área Metropolitana de Brasília (AMB) entre 2014 e 2023, destacando os determinantes sociais e os impactos da pandemia de COVID-19 como fatores cruciais para compreender esse grave problema de saúde pública. A mortalidade materna, reconhecida como um sensível indicador das iniquidades socioeconômicas e raciais no Brasil, foi analisada considerando variáveis como raça, escolaridade, acesso aos serviços de saúde e o contexto das políticas públicas nacionais, incluindo o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e a Rede Cegonha.

A revisão da literatura traz evidências contundentes sobre a mortalidade materna em mulheres negras. Dentre as 83 publicações analisadas, emergiram padrões consistentes: as disparidades entre mulheres pretas/pardas e brancas estão intrinsecamente ligadas a determinantes sociais como renda, escolaridade e acesso à saúde, sendo agravadas pelo racismo estrutural e institucional, que se manifesta na pior qualidade do atendimento obstétrico destinado a mulheres negras. Além disso, identificou-se que lacunas nos sistemas de informação - como subnotificação e preenchimento inadequado das declarações de óbito - comprometem a precisão na identificação das causas desses óbitos.

Metodologicamente, a pesquisa combinou uma revisão narrativa com uma análise quantitativa de dados secundários dos sistemas SIM e SINASC, que permitiu calcular a Razão de Mortalidade Materna (RMM) na AMB. Foram examinadas variáveis críticas, incluindo raça/cor, escolaridade, faixa etária, localização geográfica (comparando DF e entorno), período pandêmico (dividido em pré, durante e pós-pandemia) e causas básicas dos óbitos.

Os resultados revelaram um cenário de profundas desigualdades: mulheres pretas e pardas apresentaram RMM significativamente mais elevada que as brancas, com um pico alarmante de 210 óbitos por 100.000 nascidos vivos entre as pretas em 2021, contra 57,7 entre as brancas. A pandemia exacerbou essas disparidades, dobrando a RMM geral, com impacto desproporcional sobre a população negra. Fatores como baixa escolaridade (menos de 3 anos de estudo) e residência no entorno da AMB mostraram-se fortemente associados ao aumento do risco de morte materna, com os municípios do entorno registrando RMM 30% superior à do DF - reflexo claro das barreiras no acesso a serviços especializados. Outro dado crítico foi a concentração de 80% dos óbitos no período puerperal, sinalizando possíveis lacunas na atenção pós-parto.

Em síntese, o estudo confirma que as desigualdades raciais e socioeconômicas constituem determinantes fundamentais da mortalidade materna na AMB, cujos efeitos foram intensificados pela pandemia. Esses achados não apenas corroboram a urgência de políticas públicas direcionadas às populações mais vulneráveis, mas também expõem a necessidade de melhorias nos sistemas de informação e na qualidade da assistência obstétrica, especialmente no puerpério.

Palavras-chave: Morte materna, Raça/cor, Determinantes Sociais em Saúde, AMB

Abstract

This dissertation investigates inequalities in maternal mortality according to race/color in the Brasília Metropolitan Area (BMA) between 2014 and 2023, highlighting social determinants and the impacts of the COVID-19 pandemic as crucial factors in understanding this serious public health problem. Maternal mortality, recognized as a sensitive indicator of socioeconomic and racial inequities in Brazil, was analyzed considering variables such as race, education, access to health services, and the context of national public policies, including the National Pact for the Reduction of Maternal Mortality and the Stork Network.

The literature review provides compelling evidence on maternal mortality among black women. Among the 83 publications analyzed, consistent patterns emerged: disparities between black/brown and white women are intrinsically linked to social determinants such as income, education, and access to health care, and are aggravated by structural and institutional racism, which manifests itself in the poorer quality of obstetric care provided to black women. Furthermore, it was identified that gaps in the information systems - such as underreporting and inadequate completion of death certificates - compromise the accuracy in identifying the causes of these deaths.

Methodologically, the research combined a narrative review with a quantitative analysis of secondary data from the SIM and SINASC systems, which allowed calculating the Maternal Mortality Ratio (MMR) in the AMB. Critical variables were examined, including race/color, education, age group, geographic location (comparing DF and surrounding areas), pandemic period (divided into pre, during and post-pandemic) and underlying causes of deaths.

The results revealed a scenario of profound inequalities: black and brown women had a significantly higher MMR than white women, with an alarming peak of 210 deaths per 100,000 live births among black women in 2021, compared to 57.7 among white women. The pandemic exacerbated these disparities, doubling the overall MMR, with a disproportionate impact on the black population. Factors such as low education (less than 3 years of study) and living in the vicinity of the AMB were strongly associated with an increased risk of maternal death, with the surrounding municipalities recording MMR 30% higher than that of the Federal District - a clear reflection of the barriers to access to specialized services. Another critical fact was the concentration of 80% of deaths in the puerperal period, signaling possible gaps in postpartum care.

In summary, the study confirms that racial and socioeconomic inequalities are fundamental determinants of maternal mortality in the AMB, the effects of which were intensified by the pandemic. These findings not only corroborate the urgency of public policies targeting the most vulnerable populations, but also expose the need for improvements in information systems and in the quality of obstetric care, especially in the puerperium.

Keywords: Maternal death, Race/color, Social Determinants of Health, AMB

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Área Metropolitana de Brasília
CIB	Comissão Intergestores Bipartites
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
GDF	Governo do Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MIF	Mulher em Idade Fértil
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RMM	Razão de Morte Materna
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

UBS

Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Área Metropolitana de Brasília	15
Figura 2 – Razão de Morte Materna por Ano.....	26
Figura 3 – Proporção de óbitos investigados	28
Figura 4 – Comparação da Razão de Morte Materna por Período Pandêmico.....	29
Figura 5 – Razão de Morte Materna por Período e Raça/Cor	30
Figura 6 – Razão de Morte Materna por ano segundo Raça/Cor	31
Figura 7 – Razão de Morte Materna por anos de estudo	32
Figura 8 – Razão de Morte Materna por faixa etária.....	33
Figura 9 – Razão de Morte Materna por momento da morte	34
Figura 10 – Razão de Morte Materna por situação conjugal.....	36
Figura 11 – Razão de Morte Materna por município de residência	37
Figura 12 – Razão de Morte Materna por município de ocorrência.....	39
Figura 13 – Comparação da Razão de Morte Materna entre DF e entorno	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Razão de Morte Materna por ano	27
Tabela 2 - Frequência de morte materna por causa básica	35
Tabela 3 - Razão de Morte Materna por município de residência.....	38
Tabela 4 – Razão de Morte Materna por local de ocorrência.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das variáveis dos óbitos maternos utilizadas neste estudo	9
Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão de Literatura	48

SUMÁRIO

1.	Introdução	1
2.	Metodologia.....	4
3.	Revisão de literatura	16
4.	Análise de Dados.....	23
5.	Conclusão	42
6.	Bibliografia.....	43
7.	Apêndice A – Quadro Síntese da Revisão de Literatura	47

1. Introdução

A mortalidade materna, definida como o óbito de gestantes ou puérperas, é amplamente reconhecida como evitável e um indicador sensível das desigualdades globais em saúde (DIAS *et al*, 2015). Mundialmente, esforços foram empreendidos para enfrentar essa realidade, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), lançados em 2000 pela ONU, cujo quinto objetivo visava a melhoria da saúde materna. Em 2015, esse compromisso foi renovado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabeleceram como meta reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Apesar dos avanços, fatores como viver em países em desenvolvimento, residir em áreas rurais ou pobres e ter menos de 15 anos ainda elevam o risco de morte materna (OPAS Brasil, 2018). As principais causas são hipertensão, hemorragias, infecções, complicações no parto e aborto inseguro. Muitas mortes poderiam ser evitadas com acesso a serviços de saúde qualificados, pré-natal adequado, diagnóstico precoce e atenção contínua durante todo o ciclo gravídico-puerperal (CARVALHO *et al.*, 2023). A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe como estratégia a ampliação do acesso, a melhoria na qualidade da atenção e o fortalecimento dos sistemas de saúde para coleta e uso de dados.

No Brasil, país em desenvolvimento, a mortalidade materna representa um grave problema de saúde pública. Mulheres pretas e pardas enfrentam desigualdades marcantes nesse contexto, em razão de fatores como idade, raça, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico (RIOS NETO, 2005). A análise por raça/cor revela maior vulnerabilidade das mulheres negras, que têm os piores níveis de escolaridade, menor renda, maior dificuldade de acesso a serviços de saúde e assistência de menor qualidade (MARTINS, 2006). Para Whithead (1992), essas disparidades são evitáveis e inaceitáveis sob a perspectiva ética e social, demandando ações que priorizem a equidade e enfrentem as raízes dessas desigualdades.

Políticas públicas têm buscado reduzir esses óbitos e se mostram fundamentais no enfrentamento das desigualdades, como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), a Rede Cegonha (2011) e, mais recentemente, a Rede Alyne (2023). O Pacto visava reduzir desigualdades regionais e raciais no acesso e qualidade da atenção obstétrica. A Rede Cegonha promoveu assistência integral à saúde materna, neonatal e infantil, com enfoque em populações vulneráveis, e contribuiu para a ampliação do acesso ao pré-natal, embora com desigualdades na implementação. Já a Rede Alyne surge como um aprimoramento dessas estratégias e incorpora tecnologias digitais, análise de dados e inteligência artificial para

detecção precoce de riscos, além de atuar diretamente no enfrentamento do racismo institucional.

As políticas do Pacto e da Rede Cegonha contribuíram para a redução da razão de mortalidade materna de 143,2 em 1990 para 68,2 por 100.000 nascidos vivos em 2010 (DIAS *et al*, 2015). No entanto, persistem disparidades, principalmente entre mulheres negras e residentes em áreas periféricas, onde fatores como renda, escolaridade, e acesso aos serviços influenciam significativamente os desfechos.

A pandemia de COVID-19, a partir de março de 2020, intensificou essas desigualdades e desestruturou o acompanhamento pré-natal. Gestações de risco habitual passaram a ser tratadas como de alto risco, e atendimentos foram suspensos nos primeiros meses, prejudicando a manutenção do cuidado necessário. A restrição à atividade física e a falha no vínculo entre pré-natal e local de parto agravaram o cenário.

No Distrito Federal, a realidade reflete um paradoxo: altos índices de desenvolvimento humano coexistem com profundas desigualdades socioeconômicas e barreiras no acesso à saúde. A Área Metropolitana de Brasília, composta pelo DF e 12 municípios do Goiás do entorno, é marcada pela migração pendular e pela dificuldade de acesso regular a consultas, especialmente de alto risco. A precariedade no transporte público e as longas distâncias até os hospitais regionais impactam negativamente a assiduidade ao pré-natal.

A reforma na saúde do DF a partir de 2015, com a criação de sete regiões de saúde, buscou descentralizar os serviços. No entanto, a configuração urbana de Brasília, aliada à ineficiência do transporte público, limita a efetividade dessa descentralização. Os desafios de mobilidade se intensificam nos casos de alto risco, aumentando o risco de complicações e contribuindo para a abstenção em consultas.

Essa dificuldade de acesso compromete o diagnóstico e a condução adequada de gestações de alto risco, influenciando negativamente os desfechos obstétricos. Como Tatem *et al*. (2014) apontam, o acesso geográfico é determinante para a redução da mortalidade materna em países em desenvolvimento, como o Brasil, reforçando a urgência de soluções territorializadas.

Mulheres negras relatam experiências de discriminação nos serviços de saúde, desde demora no atendimento até a subestimação de sintomas, o que eleva os riscos e resulta em maiores taxas de mortalidade. Estudos qualitativos evidenciam que a exclusão dessas mulheres

é contínua ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. O racismo obstétrico, caracterizado pela desumanização e omissão de cuidados adequados, agrava esse cenário, sendo prática ética e sanitariamente inaceitável.

Embora haja avanços, é necessário aprimorar os sistemas de informação para incorporar consistentemente o quesito raça/cor e subsidiar o planejamento de ações efetivas. Também é essencial capacitar profissionais de saúde para uma assistência equânime e sensível às desigualdades de raça e gênero.

Portanto, este estudo tem como objetivo investigar as desigualdades raciais na mortalidade materna na Área Metropolitana de Brasília, região marcada por exclusões históricas e contrastes urbanos. Entre os objetivos específicos, estão:

- 1.Examinar a literatura sobre a mortalidade materna segundo raça/cor no Brasil;
- 2.Caracterizar os óbitos maternos na AMB segundo informações dos Sistemas de Informação de Saúde;
- 3.Estimar a Razão de Morte Materna segundo raça/cor por período pandêmico na AMB para verificar o efeito da Covid – 19 na mortalidade materna segundo raça/cor.

A pesquisa está organizada em 6 capítulos, a contar com esta introdução. A seguir, o capítulo 2, explicita a metodologia utilizada, seguido pelo capítulo 3 onde é realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. No capítulo 4, é apresentada a análise dos dados de 2014 a 2023 para a AMB, estimando a razão de mortalidade materna por raça/cor nos períodos pré, durante e pós-pandemia para evidenciar os efeitos da COVID-19 sobre a população negra da área. O capítulo 5 traz as principais conclusões e aprendizados sobre os pontos analisados ao longo do trabalho e capítulo 6, lista a bibliografia utilizada na elaboração desta dissertação.

2. Metodologia

Este capítulo descreve a metodologia adotada para a realização desta dissertação e está dividida, basicamente, em duas partes: Em primeiro lugar é realizada uma Revisão Narrativa de Literatura seguida de uma análise exploratória e descritiva dos dados.

Esta produção é uma abordagem epidemiológica, quantitativa e descritiva, que visa analisar as desigualdades na mortalidade materna segundo raça/cor na AMB. A pesquisa associa uma revisão narrativa de literatura com a análise de dados secundários derivados dos sistemas de informação em saúde (SIM e SINASC), buscando identificar padrões, tendências e fatores associados à mortalidade materna no período de 2014 a 2023.

O primeiro item desta produção é a Revisão Narrativa de Literatura, que busca sintetizar toda a produção e conhecimento disponibilizado sobre mortalidade materna, com foco em desigualdades sociais, desigualdades raciais e no acesso aos serviços de saúde. A revisão executou um protocolo de seis estágios que serão descritas a seguir:

Busca-se entender os aspectos relevantes e informações abrangentes do tema, trazer conceitos e metodologias, além de identificar lacunas de pesquisa. A revisão será desenvolvida em seis passos. São eles:

- 1) **Elaboração da pergunta norteadora:** A elaboração da pergunta norteadora é uma etapa fundamental para a seleção das publicações que serão estudadas e consideradas na revisão, além de auxiliar em uma avaliação direcionada da literatura que vai observar os métodos utilizados e resultados que serão mensurados;
- 2) **Busca na literatura:** A busca de publicações deve ser ampla e diversificada. Bases como PubMed, SciELO e LILACS, possuem a maioria das publicações relacionadas à saúde. A conduta ideal seria incluir todos os estudos encontrados.
- 3) **Coleta de dados:** Consiste em extrair as informações da literatura selecionada como definições, metodologias, variáveis, tamanho da amostra, conceitos, método de análise;
- 4) **Análise Crítica dos estudos incluídos:** A análise é o momento de avaliar o que os dados coletados vão acrescentar nos seus objetivos. As características de cada estudo, os métodos e a validade dos resultados, são avaliados. A ciência baseada em evidências utiliza uma classificação que está relacionada à abordagem metodológica aplicada;
 - **Nível 1:** Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;

- Nível 2: Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
 - Nível 3: Evidências de estudos quase-experimentais;
 - Nível 4: Evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
 - Nível 5: Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
 - Nível 6: Evidências baseadas em opiniões de especialistas.
- 5) Discussão dos resultados: Com base nos resultados obtidos na análise crítica das publicações selecionadas, comparam-se os dados dos artigos e o referencial teórico. Definir prioridades de estudos futuros e identificar lacunas são possíveis resultados alcançados no quinto passo.
- 6) Apresentação da revisão narrativa: Deve conter todos os aspectos observados na literatura de forma clara para que permita aos leitores, fazer uma avaliação crítica dos resultados.

A segunda parte do estudo consiste em fazer uma análise exploratória e descritivas dos dados relacionados à morte materna. Com base na revisão de literatura, na análise exploratória e nas possibilidades oferecidas pelas bases disponíveis, as análises serão feitas.

O Ministério da Saúde, em 1975, desenvolveu o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), uma das bases que serão utilizadas nesta pesquisa, para obter regularmente os dados sobre mortalidade do Brasil e subsidiar programas, avaliações, indicadores e a gestão pública com dados socioeconômicos, local de residência e ocorrência, óbitos fetais e não fetais, condições e causas do óbito, e informações de causas externas. Os dados são coletados a partir das declarações de óbito preenchidas por profissionais da saúde que atenderam o óbito e disponibilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) na plataforma DATASUS.

Outra base que será utilizada é a do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ela foi implantada em 1990 com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde e para subsidiar ações e decisões da gestão pública. Os dados são coletados através da Declaração de Nascido Vivo que pode ser preenchida por profissionais de saúde ou por parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto e enviadas às Secretarias

Municipais de Saúde, que repassam a informação até chegar ao Ministério da Saúde e ser disponibilizada, também no DATASUS, pela SVSA .

Inicialmente seria feito um merge entre as bases do SIM e do SINASC, mas é necessária uma autorização do comitê de bioética e um pedido ao ministério da saúde das bases unidas e sem identificação. Portanto foram utilizados os dados abertos do SIM e SINASC sem o merge. A utilização de dados secundários de domínio público, disponibilizados pelo DATASUS, sem identificação dos indivíduos permite que a pesquisa seja feita sem a necessidade da autorização do comitê de ética, mas a forma de utilização dos dados gera a limitação em que alguns óbitos podem ser classificados de forma diferente nas categorias de raça/cor e idade, por exemplo.

Tanto a base de nascidos vivos quanto a de mortes possuem limitações. Uma das limitações mais importantes é a subnotificação ou subinformação - preenchimento incorreto das declarações de óbito e de nascimentos. Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde.

Os problemas de preenchimento dificultam a identificação das mortes maternas e das mortes maternas de pessoas pretas, visto que raça/cor deixa de ser uma resposta autodeclarada como seria em outras situações.

Estudos confirmam níveis elevados de subnotificação das mortes de mães (cerca de 40 a 50%) (MORSE *et al.*, 2011). Para contornar a subinformação, é feita a investigação do óbito materno em todos os óbitos de Mulheres em Idade Fertil (MIF) – aqueles ocorridos entre 10 e 49 anos. Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica, a vigilância é baseada em documentos relacionados à saúde e deve ser feita por profissionais de saúde, escolhidos por autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, e o protocolo de investigação segue seis etapas:

1. Identificar o óbito de uma MIF;
2. Entrevistar a família;
3. Consultar registros de serviços de saúde;
4. Preencher a Declaração de Óbito;
5. Preencher a Ficha de Investigação do Óbito Materno;
6. Consolidar as informações em um módulo web

Os documentos utilizados como fontes de informação são:

- Cartão da gestante;
- Partograma;
- Relatório de alta da maternidade;
- Relatório de alta de internações hospitalares;
- Fichas de encaminhamento;
- Prontuários médicos;
- Receitas médicas;
- Resultados de exames;
- Laudos de necropsia.

Cerca de 83% das mortes maternas tardias declaradas foram resultado de investigação, sendo 65% corrigidas pelos Comitês de Mortalidade Materna. Esses percentuais elevados indicam a importância do serviço de investigação para a saúde materna muitas vezes negligenciada.

Segundo a OMS, mortalidade materna é a morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou incidentais. Existe também a morte materna tardia, trata-se da morte de uma puérpera entre 43 dias e um ano após o fim da gravidez (VEGA *et al.*, 2017).

A Razão de Morte Materna (RMM) é o principal indicador para mensurar o risco de morte de mulheres durante a gravidez, o aborto, o parto, o puerpério (até 42 dias após o término da gestação) e, neste estudo, o puerpério tardio (entre 43 dias e um ano após o parto), como consequência de causas relacionadas (GIASS-DIVEP-SVS-SES-GDF, 2021). Além disso, permite a comparação entre grupos e locais independente das diferenças de tamanho da população, por ser multiplicado pelo mesmo número sempre (100000). Ela é calculada da seguinte forma:

$$RMM = \frac{\text{Número de óbitos maternos}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100000$$

Neste trabalho utilizamos os dados disponíveis no SIM para saber a quantidade de óbitos maternos relacionados a causas associadas a complicações durante a gestação, parto, puerpério, somamos ao número de óbitos maternos ocorridos no puerpério tardio durante o período e no local observado, e dividimos pelo número de nascidos vivos no mesmo local e período.

Em países ricos a RMM chega a 3 mortes a cada 100000 nascidos vivos, enquanto esse indicador chega a 1500 mortes a cada 100000 nascidos vivos em países pobres. Segundo Bonita (2010), na segunda edição do livro de Epidemiologia Básica, essa comparação não reflete de forma adequada o risco de morrer por causas gestacionais em países pobres dado que essas mortes estão associadas à determinantes sociais em saúde. Entre mulheres negras, a RMM também é um indicador que pode ser alterado por fatores como a desigualdade racial e a falta de acesso a cuidados de saúde.

Em alguns países com situação econômica ruim, como Cuba e Costa Rica, as razões de mortalidade materna são consideravelmente menores, sugerindo que a morte materna pode ser um indicador da decisão política de garantir a saúde a esta parcela da população (DAPE-BRASIL, 2007). No entanto, para compreender os padrões de mortalidade materna em contextos específicos é essencial analisar um período mais extenso, especialmente diante de eventos que impactam significativamente a saúde pública, como a pandemia de COVID-19.

A morte materna é um evento raro e a análise de uma área metropolitana específica do Brasil requer um número suficiente de casos para melhorar a robustez dos resultados. Portanto, o período do estudo escolhido foi a última década, de 2014 a 2023, permitindo a análise de um maior número de casos ao longo do tempo. Dentro do período supracitado, a pandemia de COVID-19 representou um fator disruptivo, causando um aumento expressivo (de 80%) nas mortes maternas no Distrito Federal. No Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de pessoas pretas em 2022 foi quase o dobro (110,6) da RMM nacional (57,7). Segundo a Agência Senado, o governo brasileiro decretou o início da pandemia em fevereiro de 2020 e o fim em maio de 2023, mas a vacinação de gestantes só começou em maio de 2021. Portanto, este trabalho considera os anos de 2020 e 2021 como o período pandêmico com repercussão direta no número de mortes maternas.

Os dados disponíveis nas bases sugerem uma seleção de variáveis que podem estar relacionadas aos determinantes sociais em saúde e às lacunas que esta pesquisa busca identificar e compreender. Raça/cor é uma variável necessária para trazer a possibilidade de fazer o recorte proposto no estudo. Outras variáveis que serão possivelmente observadas no texto e suas categorias estão descritas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Descrição das variáveis dos óbitos maternos utilizadas neste estudo

Variável	Categoria
Ano	2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023
Município de Residência	Águas Lindas de Goiás Alexânia Cidade Ocidental Cocalzinho de Goiás Cristalina Formosa Luziânia Novo Gama Padre Bernardo Planaltina Santo Antônio do Descoberto Valparaíso de Goiás Brasília
Município de Ocorrência	Águas Lindas de Goiás Alexânia Cidade Ocidental Cocalzinho de Goiás Cristalina Formosa Luziânia Novo Gama Padre Bernardo Planaltina Santo Antônio do Descoberto Valparaíso de Goiás Brasília
Local	DF Entorno
Raça/Cor	Branca Parda Preta

(Continuação) Quadro 1

Variável	Categoria
Escolaridade	Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos ou mais
Idade	10 a 14 anos 15 a 19 anos 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos
Situação Conjugual	Casada Separada judicialmente Solteira União consensual Viúva
Período Pandêmico	Antes da pandemia Durante a pandemia Após a pandemia
Momento da Ocorrência	Gestação No aborto No parto Puerpério Puerpério Tardio
Óbito Investigado	Sim Não

Cada uma das variáveis acima possui contexto e relevância para o trabalho que serão descritos abaixo:

Ano corresponde ao ano de ocorrência do óbito e pode ser utilizada para avaliar a alteração de determinadas variáveis ao longo do tempo, além de possibilitar a criação de outras variáveis relacionadas como período pandêmico.

Município de residência e de ocorrência indicam qual município a pessoa residia e onde ocorreu o óbito. Resultados distintos entre essas duas variáveis podem indicar que ocorreu grandes deslocamentos da residência até o hospital, demonstrando uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

Local é uma variável que foi construída para comparar as mortes ocorridas na zona central da AMB e nos municípios do entorno, e para trazer uma reflexão sobre disparidades na

qualidade dos serviços, no acesso a hospitais e o impacto de políticas públicas específicas para cada uma das áreas.

Raça/cor é uma das variáveis mais utilizada neste trabalho. É o que vai trazer o recorte e a comparação entre duas populações socialmente distintas. É um marcador social muito importante que costuma estar associado a desigualdades no acesso à saúde, condições socioeconômicas, vulnerabilidades. Será fundamental para entender iniquidades em saúde e o impacto do racismo estrutural nos desfechos de saúde.

Escolaridade em anos é uma variável categórica que reflete nível socioeconômico e está associada ao acesso a oportunidades (educação, cuidados de saúde e condições de vida). Ela vai corroborar com a compreensão de como o nível educacional impacta nos desfechos de saúde e na mortalidade materna.

A faixa etária é um fator de risco para óbito por causas distintas nas diferentes fases da vida. Permite identificar quais faixas precisam de um cuidado mais específico para evitar desfechos fatais.

Situação conjugal pode demonstrar o acesso a rede de apoio social e emocional, o que impacta diretamente na saúde de pessoas que estão passando pelo ciclo gravídico-puerperal.

Período pandêmico é uma variável que foi desenvolvida com base na variável “ano” para observar a interferência da pandemia nos padrões de mortalidade materna. Essencial para estudos que buscam entender como a pandemia afetou as desigualdades sociais e os óbitos maternos.

O momento da morte nos informa em que momento do processo gravídico-puerperal ocorreu a morte da mãe. Uma variável muito importante para rastrear lacunas no atendimento à saúde da mulher

Por último, mas muito relevante, o óbito investigado mostra quantas das mortes notificadas precisaram ser investigadas para que fossem classificadas como óbito materno. Números muito altos de óbitos investigados demonstram uma dificuldade de preenchimento das Declarações de Óbito, falhas na integração dos sistemas de saúde e na compreensão da importância dos dados advindos das declarações de óbito. Além das lacunas supracitadas, esta variável também é importante para avaliar a confiabilidade dos dados e a efetividade dos sistemas de vigilância de óbitos.

As variáveis descritas foram avaliadas com uma análise exploratória e validadas para uso nesta pesquisa. Algumas variáveis, possuem uma quantidade de dados faltantes (missings) que inviabilizam seu uso para análise. Essa limitação reflete desafios comuns em estudos sobre mortalidade materna, especialmente em regiões com desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, como é o caso da Área Metropolitana de Brasília. A Área Metropolitana de Brasília, composta pelo Distrito Federal e 12 municípios goianos, é marcada por disparidades significativas em termos de infraestrutura, acesso aos serviços de saúde e indicadores socioeconômicos, como o Índice de Gini e o IDH. Essas desigualdades impactam diretamente a qualidade dos registros de saúde e a disponibilidade de informações, o que justifica a necessidade de uma análise cautelosa das variáveis disponíveis.

Os dados foram processados e explorados utilizando o software R com auxílio do R Studio, ferramentas adequadas para lidar com a complexidade e o volume das informações relacionadas à mortalidade materna na AMB. As Razões de Morte Materna (RMM) foram calculadas utilizando variáveis equivalentes das bases do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), permitindo a análise de grupos específicos e a identificação de padrões.

A escolha das variáveis e a metodologia de análise foram guiadas pelas particularidades da AMB, como a centralização da regulação de saúde no DF e a ausência de uma pactuação intermunicipal efetiva, devido à impossibilidade de divisão do DF em municípios, conforme estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica do DF. Essas características únicas do território reforçam a importância de estudos que considerem as desigualdades regionais e os determinantes sociais da saúde, como raça/cor, escolaridade e situação socioeconômica, que foram incluídos na análise. Dessa forma, a metodologia adotada busca não apenas descrever os padrões de mortalidade materna, mas também contextualizá-los dentro das dinâmicas territoriais e sociais da AMB, contribuindo para a identificação de políticas públicas mais eficazes e equitativas.

Essa abordagem metodológica é particularmente relevante para a AMB, local em que as diferenças entre o Distrito Federal e os municípios do entorno são acentuadas. Enquanto o DF concentra a maior parte da infraestrutura de saúde, incluindo hospitais de referência para gestantes de alto risco, os municípios do entorno enfrentam desafios como a falta de serviços especializados e a dependência do DF para atendimentos complexos. Essas disparidades foram consideradas na análise, com a categorização das variáveis relevantes e a realização de

frequências de ocorrência por categorias, permitindo uma compreensão mais detalhada dos fatores associados à mortalidade materna na região.

A Área Metropolitana de Brasília (AMB) representa um território de grande relevância para estudos sobre desigualdades em saúde, especialmente no contexto da mortalidade materna e do acesso aos serviços de saúde. Segundo a CODEPLAN, a AMB é composta pelo Distrito Federal (DF) e 12 municípios goianos que formam seu entorno: Luziânia, Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade Ocidental, Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas de Goiás, Planaltina, Formosa, Padre Bernardo, Alexânia, Cristalina, Cocalzinho.

Essa região concentra uma população diversa e enfrenta desafios socioeconômicos e de infraestrutura que impactam diretamente a saúde pública, especialmente a atenção à gestantes e puérperas.

O Distrito Federal (DF) é uma unidade da federação com características únicas que o diferenciam dos demais estados. Segundo a Constituição Federal e a Lei Orgânica do DF, o território não pode ser dividido em municípios, o que afeta diretamente a organização e a pactuação de políticas públicas de saúde. Enquanto em outros estados as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) facilitam a articulação entre municípios e estados, no DF essa dinâmica é mais centralizada, o que pode gerar desafios na gestão descentralizada e na distribuição equitativa de recursos. Apesar de ser uma unidade federativa com uma das maiores receitas tributárias e contar com o Fundo Constitucional do DF, as desigualdades internas e na região metropolitana são evidentes, refletindo-se em indicadores de saúde e desenvolvimento humano.

O DF apresenta o maior índice de Gini do país (0,674 em 2021, segundo o IBGE), indicador que mede a desigualdade de renda, o que evidencia as disparidades socioeconômicas no território. Essas desigualdades são exacerbadas pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que incluem fatores como renda, escolaridade, raça/cor e acesso a serviços básicos. O período pandêmico agravou ainda mais essas disparidades, sobrecarregando o sistema de saúde e expondo as fragilidades no acesso e na qualidade dos serviços, especialmente para populações vulneráveis (Valéria, 2023).

No contexto da atenção primária à saúde, a Área Metropolitana de Brasília (AMB) enfrenta adversidades significativas. O DF possui uma rede de unidades básicas de saúde (UBS) e hospitais de referência, mas a distribuição desses serviços é desigual. Enquanto as regiões

centrais do DF concentram a maior parte da infraestrutura de saúde, os municípios do entorno enfrentam dificuldades de acesso, com poucas UBS e hospitais de referência. O Índice de Acesso aos Serviços de Saúde (IASS) revela que a população residente nas áreas centrais tem maior acesso aos serviços de saúde, enquanto os municípios do entorno enfrentam obstáculos como falta de transporte, infraestrutura precária e longas distâncias até os serviços de saúde (Valéria, 2023).

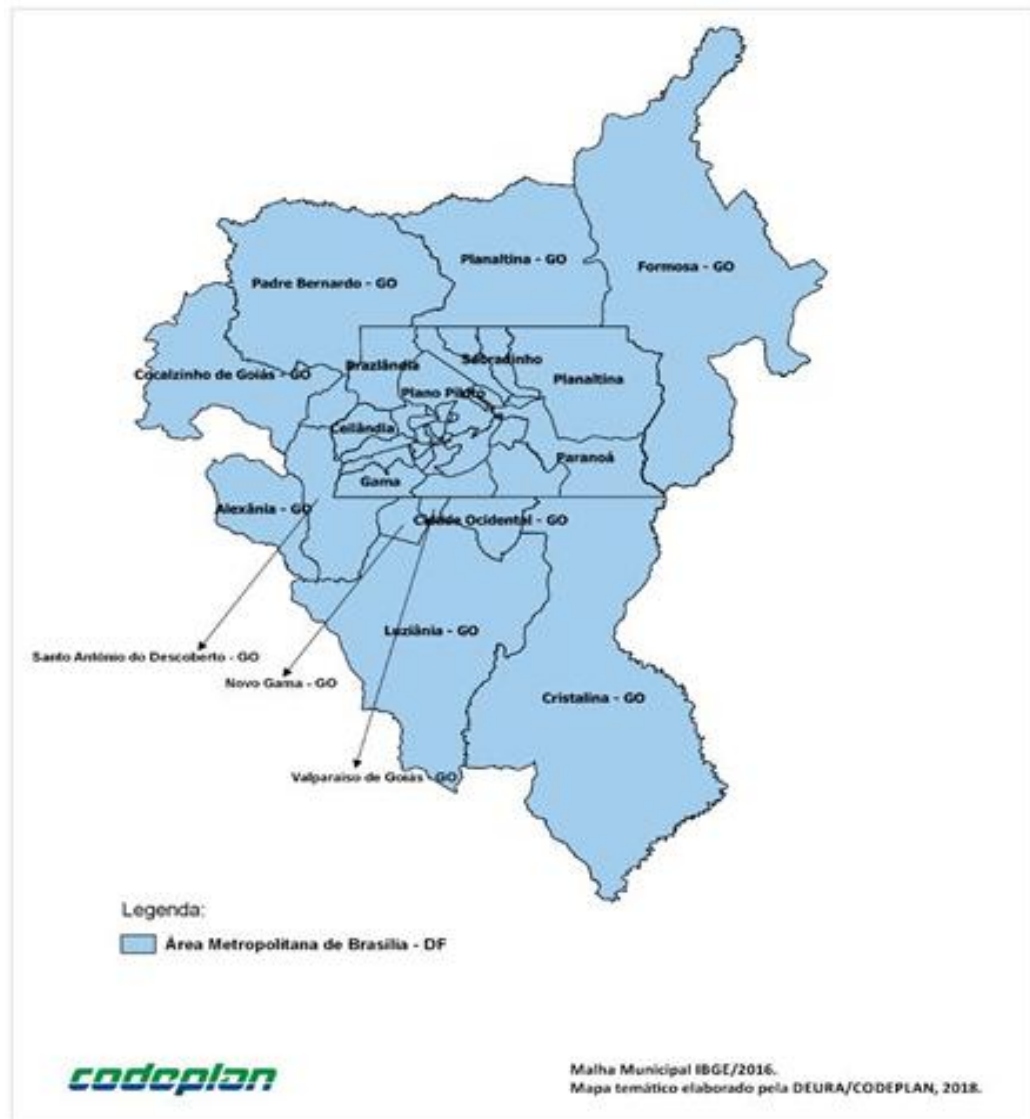
No DF, a regulação de consultas e procedimentos é centralizada, o que pode gerar filas de espera prolongadas e dificuldades no encaminhamento adequado para gestantes e puérperas no Sistema Único de Saúde (SUS), o que reflete desigualdades. Já nos municípios do entorno, a falta de hospitais de referência e a dependência do DF para atendimentos especializados agravam a situação, especialmente para gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade.

A AMB também apresenta disparidades significativas em indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Enquanto o DF possui um IDH elevado (0,824 em 2010, segundo o PNUD), os municípios do entorno apresentam indicadores mais baixos, refletindo diferenças na qualidade de vida, educação e renda. Essas desigualdades impactam diretamente os desfechos em saúde, incluindo a mortalidade materna. Estudos mostram que 59% das Regiões Administrativas (RAs) com piores indicadores concentram populações negras, de baixa renda e baixa escolaridade, que enfrentam maiores desafios no acesso aos serviços de saúde (Valéria, 2023).

A atenção às gestantes e puérperas na AMB é um tema crítico, especialmente considerando a rede assistencial disponível. O DF possui hospitais de referência para atendimento de gestantes de alto risco, como o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), mas a capacidade desses serviços é insuficiente frente à demanda da AMB. A falta de hospitais de referência nos municípios do entorno provoca uma dependência do DF para atendimentos especializados, gerando sobrecarga no sistema e dificuldades no acesso adequado ao cuidado.

Em resumo, estudar a AMB é necessário para compreender as desigualdades territoriais e sociais que impactam a saúde materna. A região representa uma pequena amostra das disparidades brasileiras, com áreas de alto desenvolvimento e outras marcadas pela vulnerabilidade. A análise dessas desigualdades na mortalidade materna segundo raça/cor na AMB, aliada à compreensão da organização do sistema de saúde e dos determinantes sociais, pode contribuir para a identificação de fatores associados e para a proposição de políticas públicas que reduzam a mortalidade materna e melhorem a qualidade da atenção à saúde.

Figura 1 – Mapa da Área Metropolitana de Brasília



Fonte: Codeplan

3. Revisão de literatura

A morte materna é um tema que está sendo explorado pela academia. Ao utilizar os descritores “(maternal mortality) AND (race) AND (Brazil)”, publicados na última década (2015 a 2025), a Biblioteca Virtual em Saúde retorna 83 publicações. Assim, optou-se pela revisão narrativa para a execução da análise qualitativa desta produção científica. A amostra final contemplou 29 publicações que apresentavam aderência aos critérios de inclusão e alinhamento conceitual com o problema de pesquisa investigado.

Esta revisão busca trazer para o texto conceitos, metodologias, discussões e olhares sobre a morte materna de pessoas negras com base nas evidências científicas disponíveis com a finalidade de caracterizar a morte materna de pessoas negras. A seguir, discutem-se os principais achados em relação ao referencial teórico, prioridades para estudos futuros, lacunas identificadas e possíveis vieses.

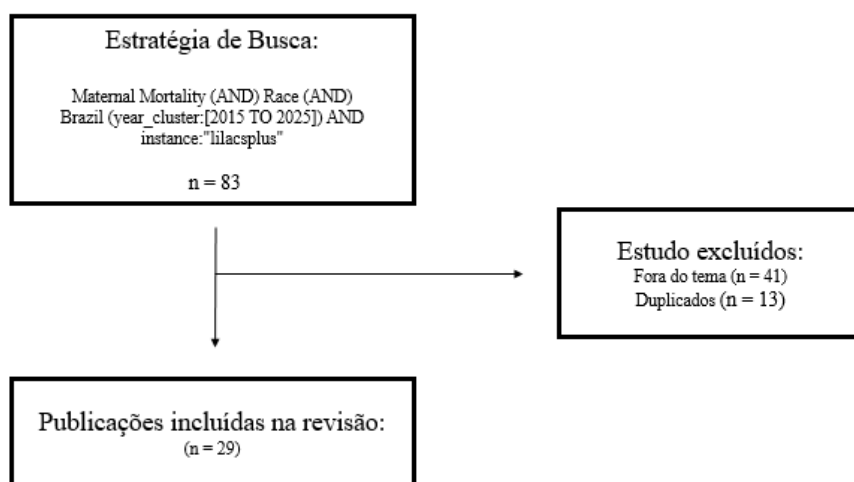
A análise crítica das publicações selecionadas revelou padrões consistentes e disparidades marcantes na mortalidade materna segundo raça/cor, particularmente na Área Metropolitana de Brasília (AMB). Os resultados destacam a interseção entre determinantes sociais, racismo estrutural e falhas no sistema de saúde, que corroboram com desfechos desproporcionais entre mulheres negras (pretas e pardas) e brancas.

Os estudos revisados, descritos no quadro 1, corroboram a hipótese de que desigualdades raciais e socioeconômicas são determinantes críticos da mortalidade materna. Segundo Whithead (1992), tais disparidades são "inaceitáveis e evitáveis", reforçando a necessidade de políticas baseadas em equidade.

A revisão de literatura se desdobrou nos seguintes passos:

- 1) Elaboração da pergunta norteadora: A elaboração da pergunta norteadora é uma etapa fundamental para a seleção das publicações que serão estudadas e consideradas na revisão, além de auxiliar em uma avaliação direcionada da literatura que vai observar os métodos utilizados e resultados que serão mensurados. Para este texto a pergunta norteadora definida é: Quais são os determinantes sociais da morte materna de pessoas negras na Área Metropolitana de Brasília no período de 2014 a 2023;

2) Busca na literatura: A busca de publicações foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde que reúne publicações de bases como PubMed, SciELO, LILACS, utilizando os descritores “maternal mortality”, “race” e “Brazil” com o booleano “AND” unindo os três descritores. Neste trabalho foram incluídos todos os artigos que abordaram o tema “mortalidade materna” e suas interseções com raça/cor e acesso aos serviços de saúde. Portanto dos 83 resultados, apenas 29 foram incluídos na revisão por abordarem temas aderentes à pesquisa.



3) Coleta de dados: Na terceira etapa foi elaborado um quadro síntese da revisão de literatura localizado no Apêndice A, para conseguir organizar e visualizar melhor as informações extraídas da literatura.

4) Análise Crítica dos estudos incluídos: As desigualdades segundo a variável raça/cor, são descritas repetidas vezes em diversas situações, locais e períodos. As categorias que apresentam maiores valores para a Razão de Morte Materna são as mesmas observadas nas publicações analisadas. Portanto, baixa escolaridade, raça/cor, faixa etária, causas de morte, possuem diferenças bem marcadas e esperadas na Razão de Morte Materna.

A análise dos estudos evidenciou que a mortalidade materna no Brasil é um fenômeno complexo e multifacetado, marcado por profundas desigualdades raciais, socioeconômicas e regionais. Os resultados demonstraram um padrão consistente de maior risco de óbito entre mulheres negras (pretas e pardas) em comparação com mulheres brancas. Estudos como Reis *et al* (2024), Silva *et al* (2024), Carvalho;

Meirinho (2020), Ruas *et al* (2020), Reis *et al* (2020), Rosendo; Roncalli; Azevedo (2017) e Cruz *et al* (2016) destacaram que mulheres negras apresentam risco de mortalidade materna de duas a quatro vezes maior, um achado atribuído ao racismo estrutural e a barreiras no acesso a serviços de saúde qualificados. Esse cenário é agravado pela discriminação institucional, como a menor oferta de analgesia e a desumanização no atendimento obstétrico, conforme apontado em Ruas *et al* (2020) e Cruz *et al* (2016). Contudo, estudos como Nascimento *et al* (2018) e Carvalho *et al* (2016) apresentaram resultados divergentes, com menor risco para mulheres não brancas, possivelmente devido a fatores metodológicos, como a classificação racial imprecisa ou particularidades regionais.

As desigualdades socioeconômicas também emergiram como determinantes críticos da mortalidade materna. Baixa escolaridade, renda insuficiente e residência em regiões menos desenvolvidas, como o Norte e Nordeste, foram frequentemente associadas a piores desfechos. Estudos como Reis *et al* (2024), Ribeiro *et al* (2024), Reis *et al* (2020) e Fernandes; Sousa; Cecatti (2017) destacaram que mulheres com menos de oito anos de estudo e residentes em áreas de alta vulnerabilidade social enfrentam maiores dificuldades no acesso ao pré-natal e a serviços especializados. Programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, mostraram efeitos positivos na redução da mortalidade, mas não foram suficientes para eliminar as disparidades, especialmente entre populações negras e periféricas (Monteiro; Fernandes; Fittipaldi (2023)). A interseccionalidade entre raça, classe e gênero foi um fator recorrente, como observado em Fernandes *et al* (2019) e Cruz *et al* (2016), nos quais mulheres negras e pobres enfrentaram barreiras adicionais, incluindo a falta de transporte para unidades de saúde e a escassez de profissionais qualificados em suas regiões.

A qualidade da assistência obstétrica foi outro eixo central na discussão, com vários estudos apontando falhas evitáveis no pré-natal, atrasos no atendimento e vieses implícitos no cuidado. Pesquisas como Silva *et al* (2024), Duarte *et al* (2020) e Borges *et al* (2019) relataram que entre 60% e 74% dos óbitos maternos foram classificados como evitáveis, frequentemente associados a pré-natal inadequado (menos de seis consultas) e demora no reconhecimento de complicações graves. A desumanização do atendimento, especialmente para mulheres negras, foi amplamente criticada em estudos como Ruas *et al* (2020) e Cruz *et al* (2016), que destacaram a menor qualidade do

cuidado oferecido a essa população, incluindo a falta de acompanhante durante o parto e a menor disponibilidade de recursos como analgesia.

Entre as limitações identificadas nos estudos analisados, destacam-se a incompletude dos dados em sistemas de informação como o SIM e o SINASC, particularmente em relação a variáveis como raça/cor e escolaridade Leal *et al* (2021); Picoli; Cazola; Lemos (2017). Além disso, a predominância de estudos ecológicos como Reis *et al* (2024) e Silva; Santiago; Surita (2023), limitou a capacidade de inferência causal, enquanto a heterogeneidade na definição de desfechos graves, como o near miss materno Nascimento *et al* (2018); Fernandes; Sousa; Cecatti (2017), dificultou comparações diretas entre as pesquisas.

Para avançar no enfrentamento da mortalidade materna, são necessárias abordagens intersetoriais que considerem as múltiplas dimensões das desigualdades. Recomenda-se a realização de estudos qualitativos para investigar os mecanismos do racismo institucional nos serviços de saúde, conforme proposto em Belfort; Kalckmann; Batista (2016), bem como a melhoria na coleta de dados sobre determinantes sociais, como raça e renda Ruas *et al* (2020); Fernandes *et al* (2019). Além disso, é fundamental avaliar o impacto de políticas afirmativas, como a Rede Cegonha, em subgrupos populacionais específicos, garantindo que as intervenções alcancem as mulheres mais vulneráveis Monteiro; Fernandes; Fittipaldi (2023).

5) Discussão dos resultados: Em síntese, esta revisão destacou que a mortalidade materna no Brasil é um grave problema de saúde pública, profundamente enraizado em desigualdades históricas. Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), a persistência de disparidades revela a necessidade de políticas mais efetivas e equitativas, que considerem as interseccionalidades entre raça, classe e gênero. Pesquisas futuras devem adotar metodologias mistas para capturar a complexidade desses determinantes e propor intervenções mais direcionadas, alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), particularmente o ODS 3.1, que visa reduzir a mortalidade materna globalmente.

6) Apresentação da revisão narrativa: A revisão analisou de forma crítica e abrangente os fatores determinantes da mortalidade materna no Brasil, com especial atenção às desigualdades estruturais que permeiam este grave problema de saúde pública. A síntese das evidências revelou um cenário complexo, marcado por disparidades persistentes e desafios multifacetados no cuidado à saúde materna.

Os estudos analisados demonstraram de forma consistente que mulheres negras enfrentam um risco significativamente maior de mortalidade materna quando comparadas às mulheres brancas. Pesquisas como Reis *et al* (2024), Silva *et al* (2024) e Carvalho; Meirinho (2020) identificaram que mulheres pretas e pardas apresentam chances de óbito entre duas e quatro vezes superiores. Esta desigualdade manifesta-se de diversas formas: desde a menor qualidade do atendimento recebido, com menor acesso a procedimentos como analgesia, até a desumanização durante o processo de parto, conforme destacado em Ruas *et al* (2020) e Cruz *et al* (2016). A análise revelou ainda que essas disparidades são agravadas por problemas estruturais no sistema de saúde, incluindo a subnotificação de dados raciais nos sistemas de informação, como apontado em Picoli; Cazola; Lemos (2017), o que pode mascarar a real magnitude do problema.

As condições socioeconômicas emergiram como outro fator determinante crucial para os desfechos maternos. Estudos como Reis *et al* (2024), Ribeiro *et al* (2024) e Fernandes; Sousa; Cecatti (2017) evidenciaram que mulheres com baixa escolaridade - especialmente aquelas com menos de oito anos de estudo - apresentam risco aumentado de mortalidade. A região de residência também mostrou forte associação com os resultados, com as regiões Norte e Nordeste, que concentram os menores índices de desenvolvimento humano, apresentando as taxas mais elevadas de óbitos maternos, conforme demonstrado em Reis *et al* (2020) e Fernandes *et al* (2019). Embora programas sociais como o Bolsa Família Monteiro; Fernandes; Fittipaldi (2023) tenham demonstrado impacto positivo na redução da mortalidade, os dados indicam que essas iniciativas não foram suficientes para eliminar as iniquidades, particularmente entre a população negra e periférica.

A qualidade da assistência obstétrica mostrou-se como um eixo central na discussão sobre mortes evitáveis. Entre 60% e 74% dos óbitos analisados em estudos como Silva *et al* (2024), Duarte *et al* (2020) e Borges *et al* (2019) foram classificados como preveníveis, com falhas identificadas em diversos pontos da linha de cuidado. O

pré-natal inadequado - caracterizado principalmente por número insuficiente de consultas - foi um dos problemas mais frequentes. Atrasos no reconhecimento de complicações obstétricas e dificuldades no acesso a serviços especializados também foram apontados como fatores contribuintes em diversas pesquisas, como Silva; Santiago; Surita (2023) Reis *et al* (2020). A violência obstétrica, especialmente contra mulheres negras, foi outro aspecto relevante destacado nos estudos, Ruas *et al* (2020) e Cruz *et al* (2016).

A análise também identificou importantes limitações na produção científica sobre o tema. A incompletude dos dados nos sistemas de informação, particularmente no que diz respeito a variáveis como raça/cor e escolaridade Leal *et al* (2021); Picoli; Cazola; Lemos (2017), representa um obstáculo significativo para a compreensão abrangente do problema. Além disso, a heterogeneidade metodológica entre os estudos - com diferenças na definição de desfechos como o near miss materno Nascimento *et al* (2018); Fernandes; Sousa; Cecatti (2017) - dificulta comparações diretas e a consolidação de evidências, mas mostra que a área de estudo tem procurado diversificar métodos de forma a levantar evidências diversificadas e melhor compreender problemáticas relacionadas a mortalidade materna.

Esta revisão, ao evidenciar e articular comparativamente regiões distintas, metodologias e problemáticas relacionadas à mortalidade materna entre mulheres negras, proporciona um mapeamento relevante para a compreensão do estado do conhecimento sobre o tema no Brasil. Permanecem, contudo, desafios significativos, como lacunas temáticas ainda não exploradas ou que demandam maior articulação com a questão racial. Trata-se de um campo em expansão no país, cujo desenvolvimento deve ser intensificado para aprofundar o conhecimento, desvelar novos obstáculos e produzir evidências contextuais robustas, fundamentais para o aprimoramento de políticas públicas capazes de reduzir a mortalidade materna.

Diante dos achados, o estudo aponta a necessidade de intervenções multifacetadas. O enfrentamento ao racismo institucional no sistema de saúde configura-se como prioridade, exigindo tanto a capacitação contínua dos profissionais quanto a implementação de protocolos clínicos equitativos, conforme proposto por Belfort, Kalckmann e Batista (2016). A melhoria dos sistemas de informação, com padronização na coleta de dados sobre determinantes sociais da saúde, revela-se essencial para o planejamento de políticas eficazes, conforme destacado por Ruas *et al*.

(2020) e Fernandes et al. (2019). Ademais, o fortalecimento da atenção primária – particularmente em regiões de maior vulnerabilidade (Reis et al., 2020) – e o fomento a pesquisas que incorporem perspectivas interseccionais completam o conjunto de recomendações derivadas da análise.

Esta revisão evidenciou que a mortalidade materna entre mulheres negras no Brasil constitui um grave problema de saúde pública, marcado por desigualdades históricas e estruturais que persistem mesmo diante dos avanços do Sistema Único de Saúde. Ao sintetizar o conhecimento existente, o estudo não apenas mapeou as lacunas e desafios na produção acadêmica sobre o tema, mas também apontou caminhos críticos para intervenções futuras.

Ficou claro que as estratégias atuais têm se mostrado insuficientes para assegurar equidade nos desfechos maternos, exigindo ações multifacetadas que combinem: o enfrentamento ao racismo institucional na saúde, mediante capacitação profissional e protocolos equitativos (Belfort, Kalckmann & Batista, 2016); a melhoria dos sistemas de informação, com ênfase na coleta padronizada de dados sociais (Ruas et al., 2020; Fernandes et al., 2019); e o fortalecimento da atenção primária em regiões vulneráveis (Reis et al., 2020).

Além disso, destacou-se a necessidade de pesquisas que adotem perspectivas interseccionais, capazes de desvendar as complexas relações entre racismo, determinantes sociais e saúde materna. A superação desse cenário demandará políticas públicas baseadas em evidências robustas, monitoramento contínuo dos resultados e coordenação intersetorial – elementos fundamentais para reverter as iniquidades que perpetuam a mortalidade materna evitável nesse grupo populacional.

Portanto, este trabalho reforça que apenas abordagens integradas, que articulem dimensões clínicas, sociais e institucionais do problema, poderão gerar impactos significativos na redução das disparidades raciais em saúde materna no Brasil. Tais esforços não apenas honrariam os princípios de equidade do SUS, mas representariam um passo decisivo na garantia do direito universal à saúde reprodutiva.

4. Análise de Dados

A investigação dos dados sobre mortalidade materna na Área Metropolitana de Brasília (AMB) configura-se como uma relevante abordagem metodológica que, mediante a utilização de eventos concretos, permite elucidar as disparidades associadas ao recorte racial, considerando tanto fatores estruturais quanto eventos disruptivos ocorridos no período entre 2014 e 2023. Narrar um fenômeno que a literatura sugere persistir mesmo após estudos prévios demanda a seleção de uma janela temporal ampla, a fim de assegurar uma amostra estatisticamente robusta e resultados com maior validade. As evidências empíricas indicam uma realidade social marcada por profundas desigualdades, caracterizada por uma assistência à saúde materna insuficiente e um acesso deficiente aos serviços de saúde para mulheres residentes no entorno da AMB – cenário que se agravou significativamente durante a pandemia de COVID-19.

Esta etapa da pesquisa tem como objetivo conduzir uma análise exploratória e descritiva da mortalidade materna na AMB, considerando variáveis como: ano do óbito, município de residência e ocorrência, localização do óbito (Distrito Federal ou entorno), raça/cor, fase do ciclo gravídico-puerperal, escolaridade, faixa etária, estado civil, período pandêmico e causas básicas do óbito. Dessa forma, a análise proposta visa não apenas descrever as características epidemiológicas da mortalidade materna na região, mas também identificar padrões e desigualdades que possam fundamentar discussões sobre políticas públicas voltadas à redução da mortalidade materna, à mitigação das iniquidades raciais e à melhoria do acesso aos serviços de saúde.

Esta é uma análise exploratória e descritiva de dados secundários sobre mortalidade materna na AMB, abrangendo o período entre 2014 e 2023. Foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pela SVSA do Ministério da Saúde via DATASUS. As variáveis exploradas incluem:

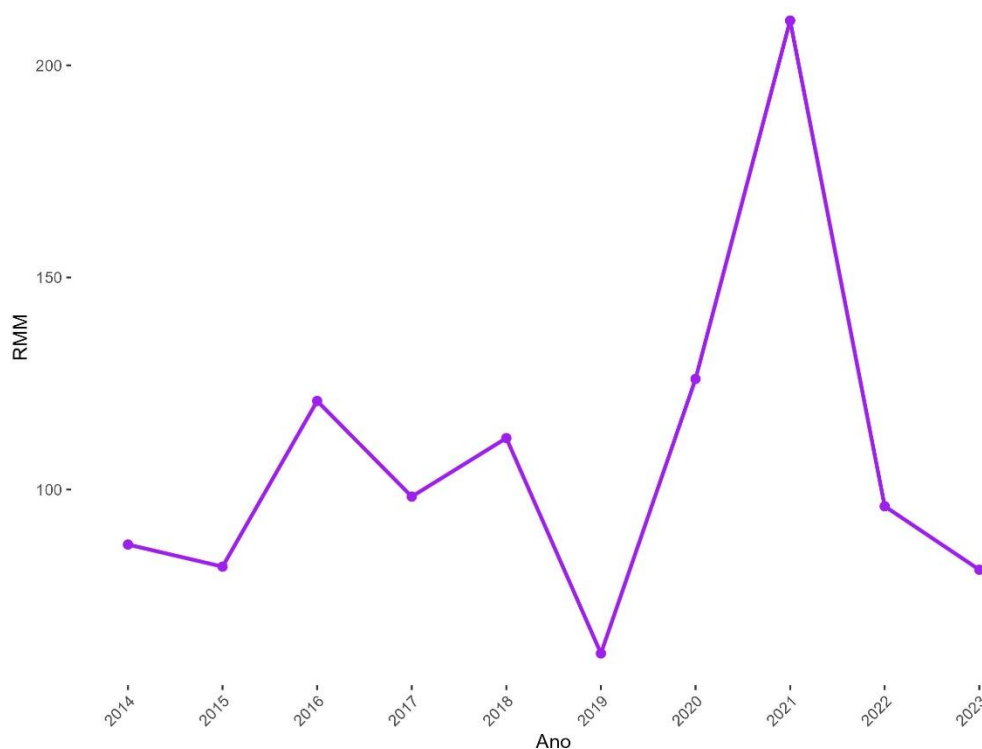
- Ano: Variável que possibilita observar o comportamento da Razão de Óbito Materno ao longo da década escolhida e desenvolver uma variável chamada Período Pandêmico;

- Município de Residência: Variável que possibilita observar disparidades no acesso à saúde;
- Município de Ocorrência: Variável que, em conjunto com a anterior, pode mostrar as dificuldades de acesso a saúde nos municípios do entorno, caso a maioria dos óbitos ocorra no DF e a maioria das mortes sejam de residentes do entorno;
- Local: Variável construída para fazer uma análise das disparidades entre DF e entorno. Os municípios do entorno foram agregados na categoria entorno que, por sua vez, foi comparada com a RMM do DF
- Raça/Cor: Variável que norteia o estudo. Na Área metropolitana só foram analisados óbitos de mães Brancas, Pardas e Pretas. Não houve ocorrência de morte de pessoas das outras categorias durante o período estudado;
- Escolaridade: A escolaridade é uma variável que descreve desigualdade socioeconômica. Foi analisada a RMM por faixa de escolaridade;
- Idade: Esta variável também é utilizada para descrever o nível socioeconômico dos indivíduos estudados;
- Situação Conjugal: Descreve uma possível falta de rede de apoio que pode culminar em menos tempo de repouso no pós-parto, consequentemente, maior risco de intercorrência no puerpério;
- Período Pandêmico: Variável construída agregando os anos de 2014 a 2019, 2020 a 2021 e 2022 a 2023;
- Momento da ocorrência: Variável que apresenta uma informação muito valiosa para utilizar no planejamento de políticas públicas no enfrentamento ao óbito materno, ela mostra em qual momento do ciclo gravídico-puerperal ocorreu o óbito.
- Óbito investigado: Outra variável que carrega uma informação valiosa. Ela demonstra que os responsáveis por preencher as DOs não estão sabendo ou não estão se importando com a qualidade dos dados. Portanto, há uma necessidade de lidar com essa questão levando em consideração que a investigação é muito cara e exige esforço por parte do serviço público;

- Causas Básicas do Óbito: Variável valiosa para nortear políticas públicas e necessita fortemente do trabalho da comissão de óbitos maternos para preencher estas variáveis.

Na Figura 2 é possível observar a Razão de morte materna por ano. O ano de 2019 foi um momento com uma queda das mortes maternas que chegou a um valor questionável (61,3). Já em 2021 aparece o pico das mortes maternas em meio a pandemia. O que fica explícito é o aumento da Razão de morte materna em 2020, chegando ao pico em 2021.

Figura 2 – Razão de Morte Materna por Ano



Fonte: SIS - DATASUS

Abaixo, na tabela 1, apresenta mais detalhes sobre as Razões de Morte Materna por ano de ocorrência. O ano de 2019 foram registradas cerca de 20 mortes para cada 100000 nascidos vivos a menos que o segundo e terceiro período com menores valores para RMM. Considerando que o valor mais baixo da década foi cerca de 80 mortes, no pico da pandemia o número mais que dobrou (210 mortes a cada 100000 nascidos vivos).

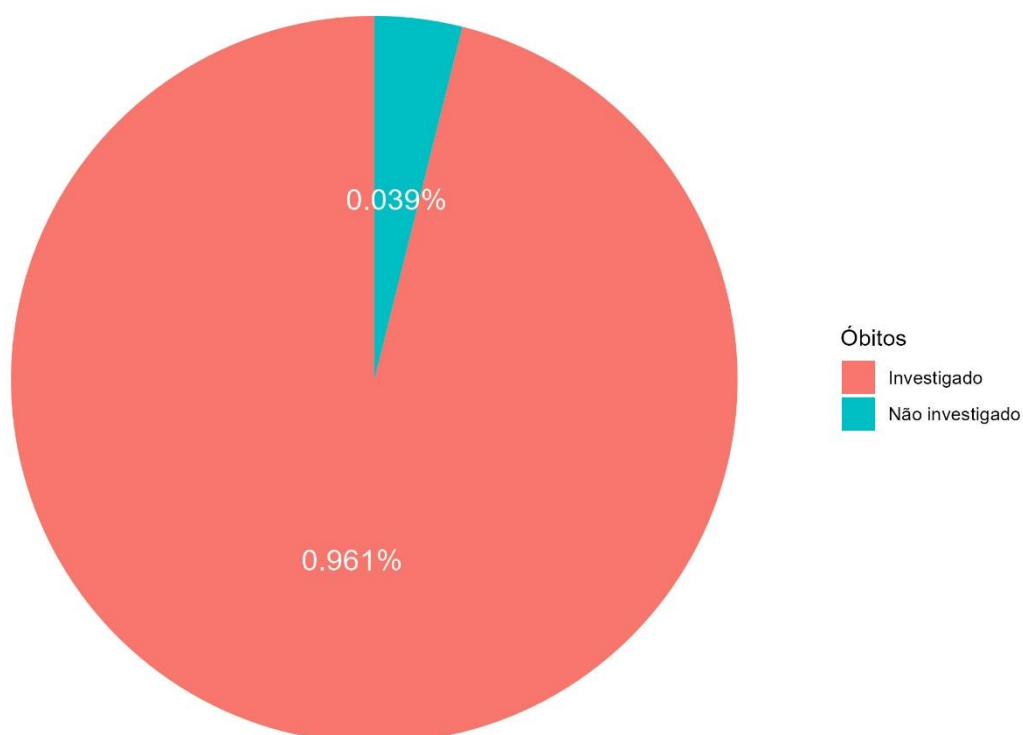
Tabela 1 – Razão de Morte Materna por ano

Município	Mortes	Nascimentos	RMM	IC_inferior	IC_superior
Brasília	576	535593	107.54	98.94	116.70
Formosa	10	14184	70.50	33.81	129.66
Luziânia	10	5504	181.69	87.13	334.13
Planaltina	4	10235	39.08	10.65	100.06
Santo Antônio do Descoberto	4	299	1337.79	364.50	3425.28
Valparaíso de Goiás	6	3591	167.08	61.32	363.67
Águas Lindas de Goiás	8	948	843.88	364.33	1662.78

Fonte: SIS - DATASUS

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de óbitos registrados na AMB que foram investigados. O percentual de óbitos investigados é expressivo e demonstra que existe um trabalho árduo na busca pelas informações para que os óbitos maternos sejam corretamente identificados e registrados.

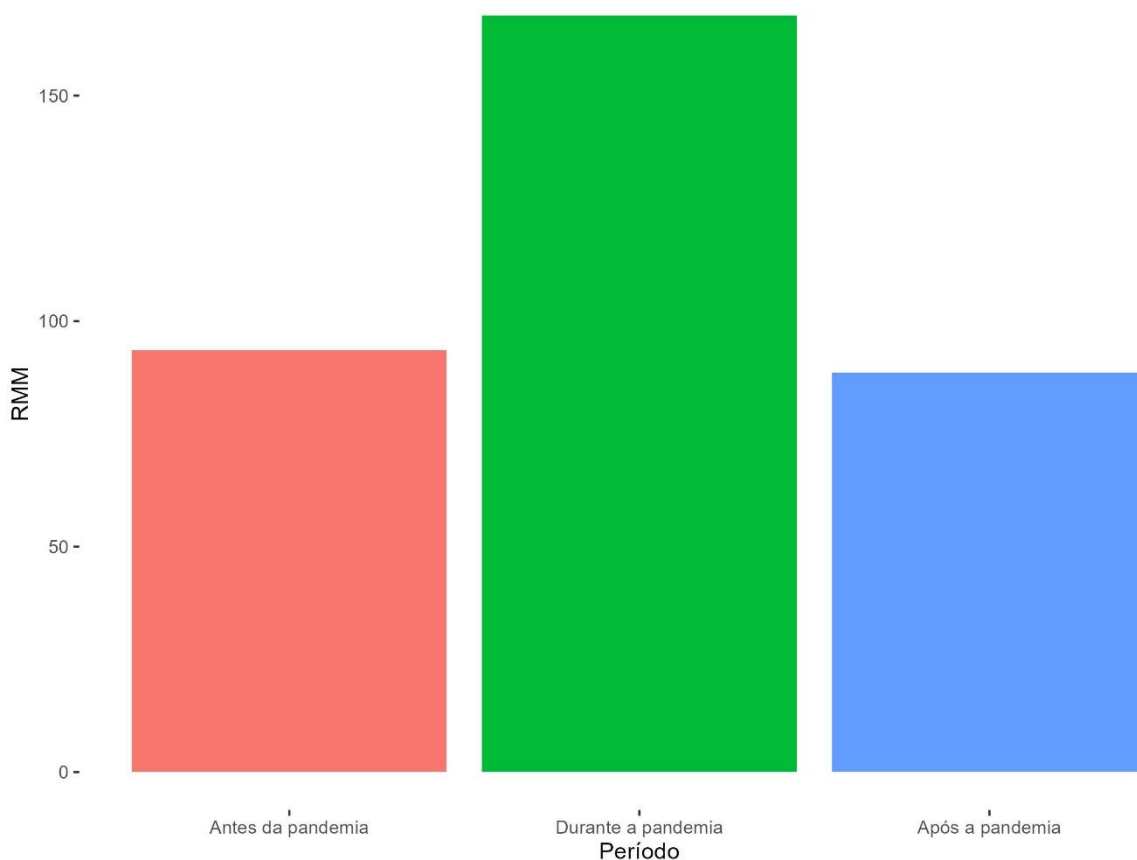
Figura 3 – Proporção de óbitos investigados



Fonte: SIS - DATASUS

Com as informações obtidas na figura 4, mostrar a comparação das Razões de Morte Materna antes da pandemia, durante e depois. A variável período foi construída e não foi observada em nenhum dos estudos da revisão de literatura. Como já dito antes, a RMM tem o poder de comparação independente do tamanho da população. Temos um período “Antes da pandemia” com seis anos (2014 a 2019) e os outros dois (Durante a pandemia e Após a pandemia) possuem 2 anos. De 2020 a 2021 e de 2022 a 2023, respectivamente. Observando o gráfico nota-se uma desordem no período pandêmico com a RMM maior do que os períodos considerados não pandêmicos. Esse resultado sugere que durante a pandemia as mulheres foram muito afetadas durante a fase gestacional e puerperal, fase em que o corpo está menos resistente e resiliente a infecções. Os dois momentos são chamados de risco habitual ou alto risco, portanto é uma população que precisa de uma atenção maior e prioridade em situações de risco à saúde de toda população.

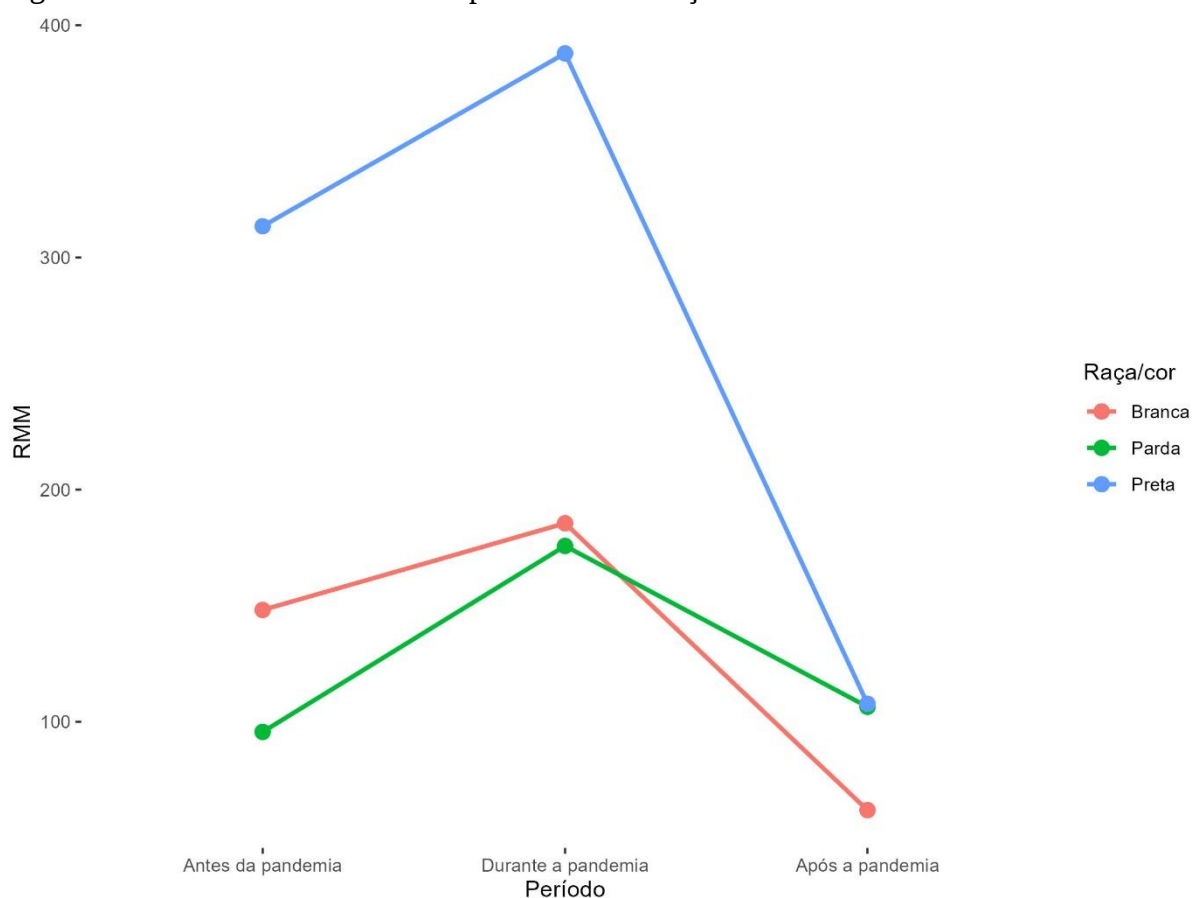
Figura 4 – Comparação da Razão de Morte Materna por Período Pandêmico



Fonte: SIS - DATASUS

Além da vulnerabilidade das gestantes aumentar durante a pandemia de COVID-19, ao fazer o recorte por raça/ cor, verifica-se que apesar da diferença entre os períodos ser uma condição geral da população materna, a população preta é violentamente atingida pela COVID-19. Antes da pandemia, a RMM de mães pretas já era o dobro da RMM das mães brancas. De antes da pandemia para a Razão de morte da pandemia, as linhas das pretas e pardas possuem um ângulo mais ascendente que a linha das mulheres brancas. Enquanto a RMM das brancas variou cerca de 50 mortes entre antes e durante, as pretas e pardas tiveram cerca de 100 mortes a mais durante a COVID-19.

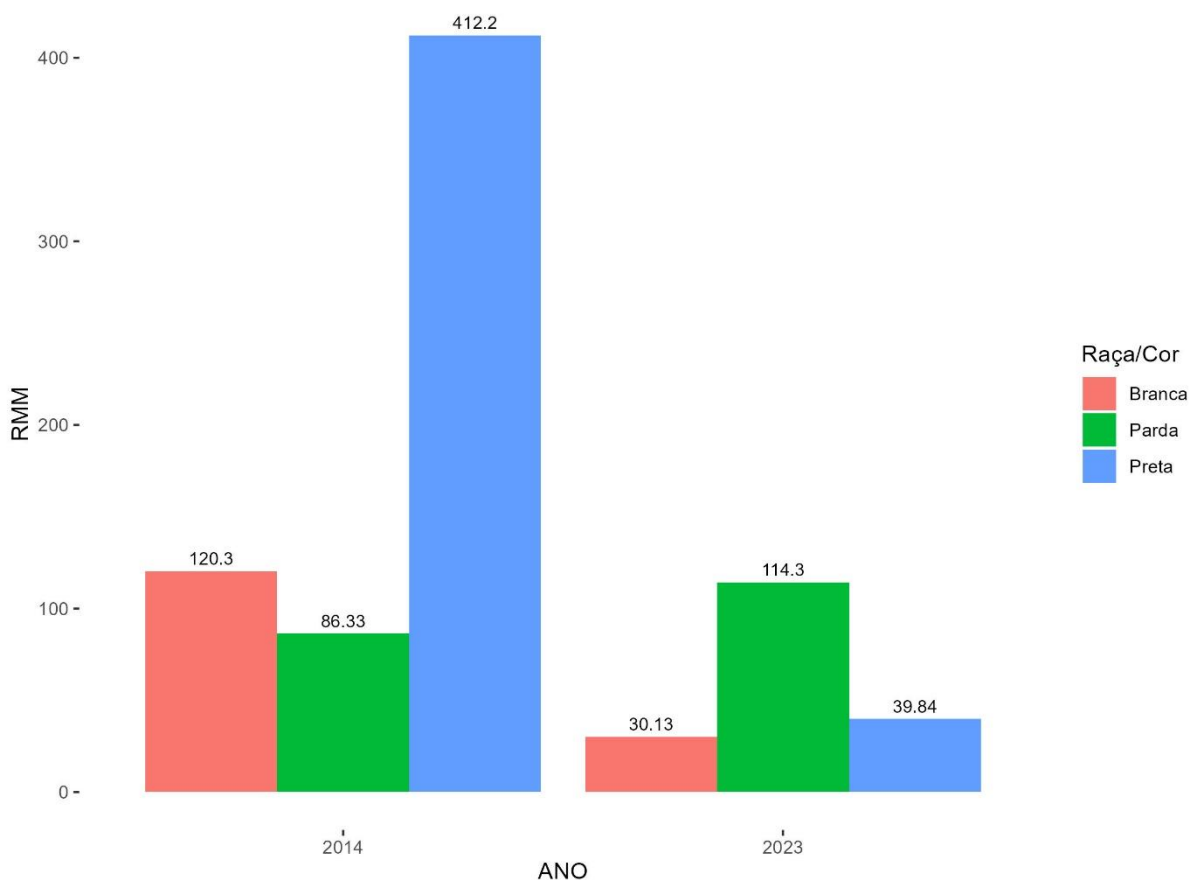
Figura 5 – Razão de Morte Materna por Período e Raça/Cor



Fonte: SIS - DATASUS

Outro achado interessante é a diferença da quantidade de mortes a cada 100000 nascidos vivos entre 2014, primeiro ano observado, e 2023, último ano. Discrepância entre a população preta e as demais é intensa no primeiro ano. Foram 412 mortes para pretas enquanto brancas ou pardas não chegaram a 130 mortes. O cenário de 2023 é bem diferente do início do estudo. As mortes predominam entre as pardas (114), chegando a quase quatro vezes maior que as mortes das pessoas brancas (30).

Figura 6 – Razão de Morte Materna por ano segundo Raça/Cor

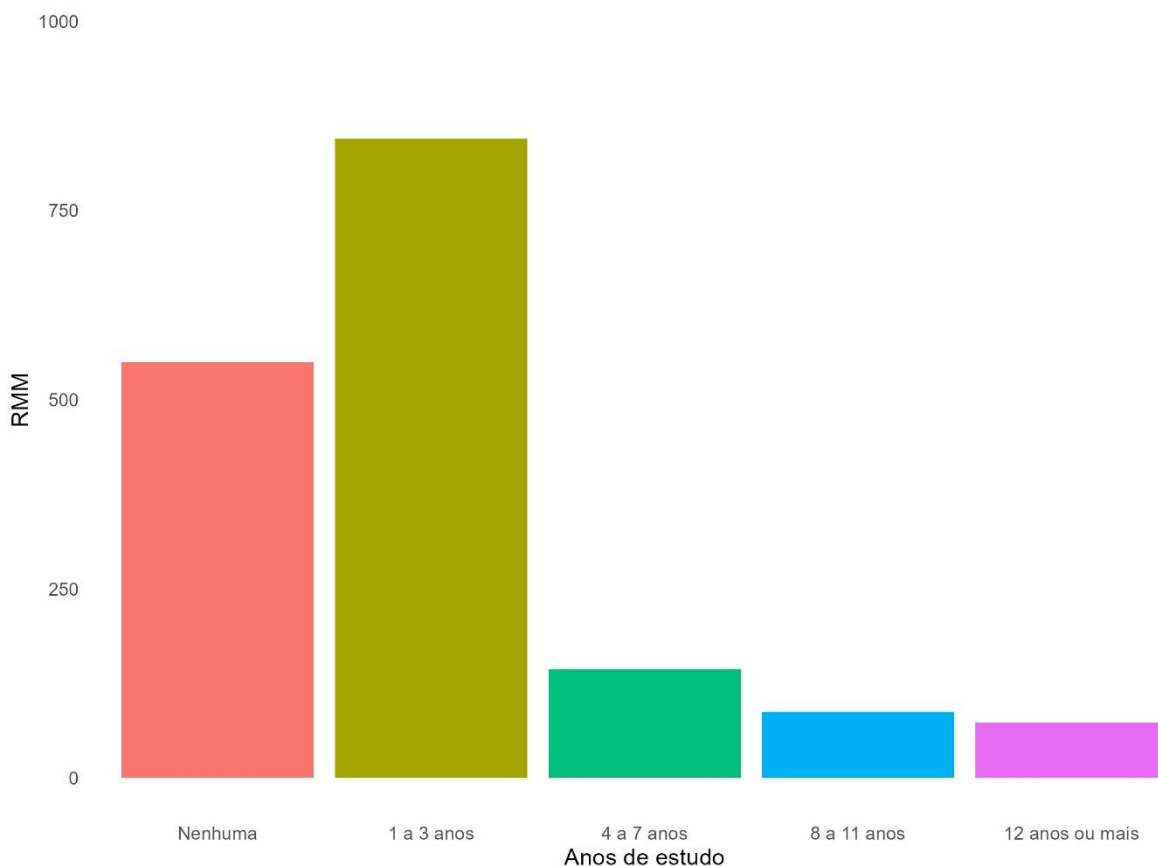


Fonte: SIS - DATASUS

Portanto, é visível qual grupo a morte materna atinge mais. Nas literaturas a população preta e parda possui situação socioeconômica menos favorecidas, então abaixo será analisada a morte materna na AMB sob a ótica de variáveis sociodemográficas.

Ao observar a variável escolaridade, um indicador de status socioeconômico, percebe-se uma ocorrência de mais mortes entre o grupo que não obteve acesso aos estudos ou que estudaram até 3 anos. O grupo de 1 a 3 anos de estudo apresenta 800 mortes a cada 100000 nascidos vivos, sendo o grupo com a pior realidade. O grupo seguinte, com 4 a 7 anos de estudo já demonstra uma redução para menos de 200 mortes e quanto mais anos de estudos, menor a RMM, mas sem diferenças muito expressivas entre as categorias.

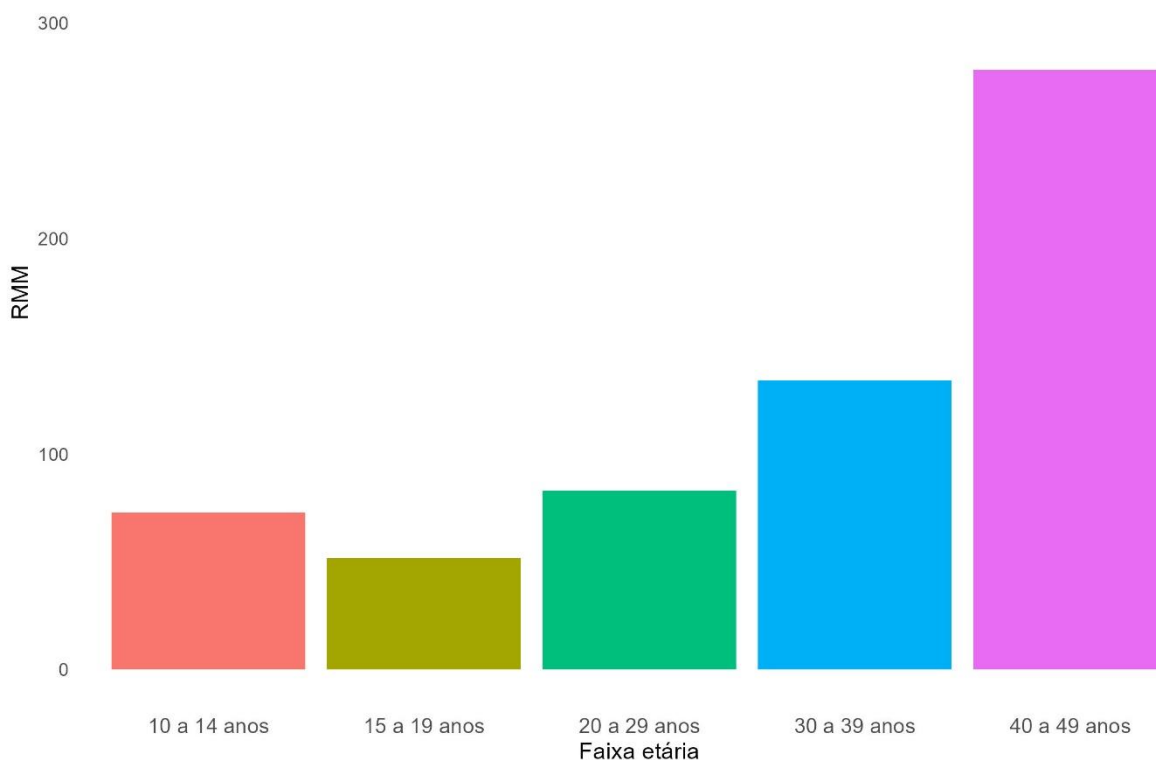
Figura 7 – Razão de Morte Materna por anos de estudo



Fonte: SIS - DATASUS

A seguir analisa-se a variável de idade por faixa etária. Esta variável possui um comportamento interessante. Quanto maior a idade, maior o risco de morte sendo a faixa etária entre 40 e 49 anos, a que possui a maior RMM, exceto pela categoria de 10 a 14 anos. O comportamento desta pode estar relacionada à fisiologia do corpo humano que quanto mais tempo de vida, mais frágil está para viver situações adversas, além de ser mais provável apresentar comorbidades que podem interferir na saúde durante a gestação. A primeira faixa etária também pode estar relacionada aos riscos de uma gestação na infância e adolescência.

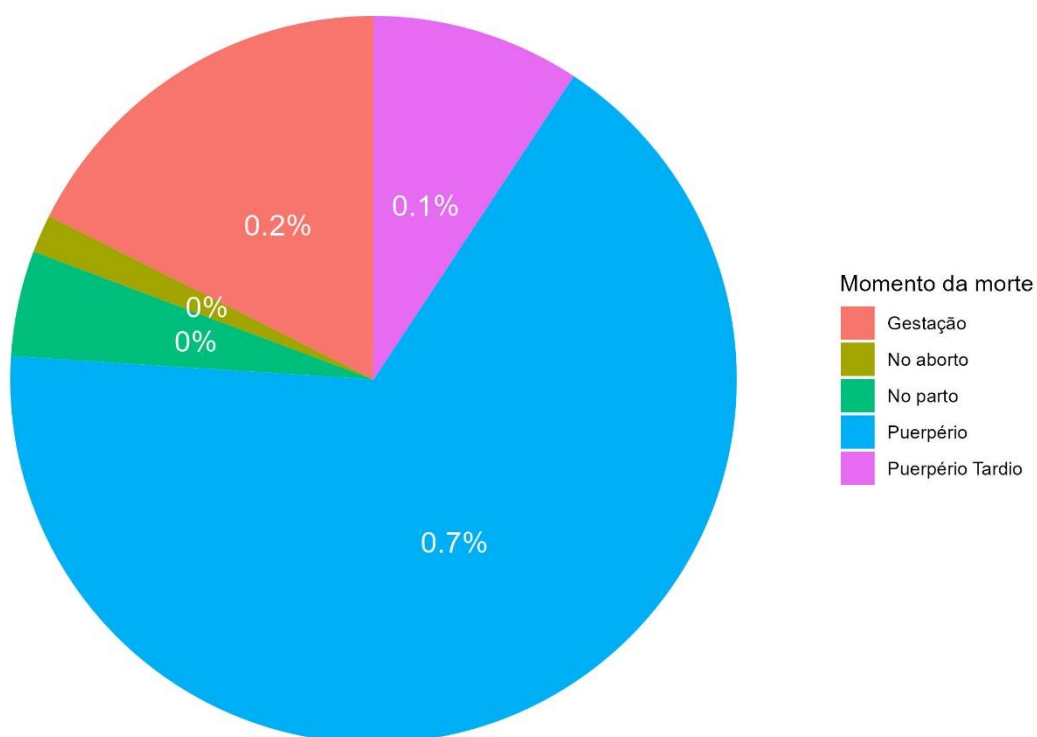
Figura 8 – Razão de Morte Materna por faixa etária



Fonte: SIS - DATASUS

O gráfico abaixo apresenta o percentual de mortes por período de ocorrência. A proporção de mortes que ocorrem após o parto é significativa. Oitenta por cento dos óbitos ocorreram no puerpério, o que sugere que existe uma falha na atenção às puérperas. É uma população extremamente vulnerável por conta do parto, pessoas que fizera cesarianas ainda estão se recuperando da cirurgia no puerpério imediato, o que ocorre até 42 dias após o parto. Esse é um momento da vida materna que requer ações eficientes para reverter esta realidade.

Figura 9 – Razão de Morte Materna por momento da morte



Fonte: SIS - DATASUS

A variável causa básica é importante para ajudar a pensar políticas voltadas para as causas de mortes mais frequentes nas puérperas. Com base no trabalho da comissão de investigação de morte materna, muitas das causas de morte são corrigidas nas declarações de óbito.

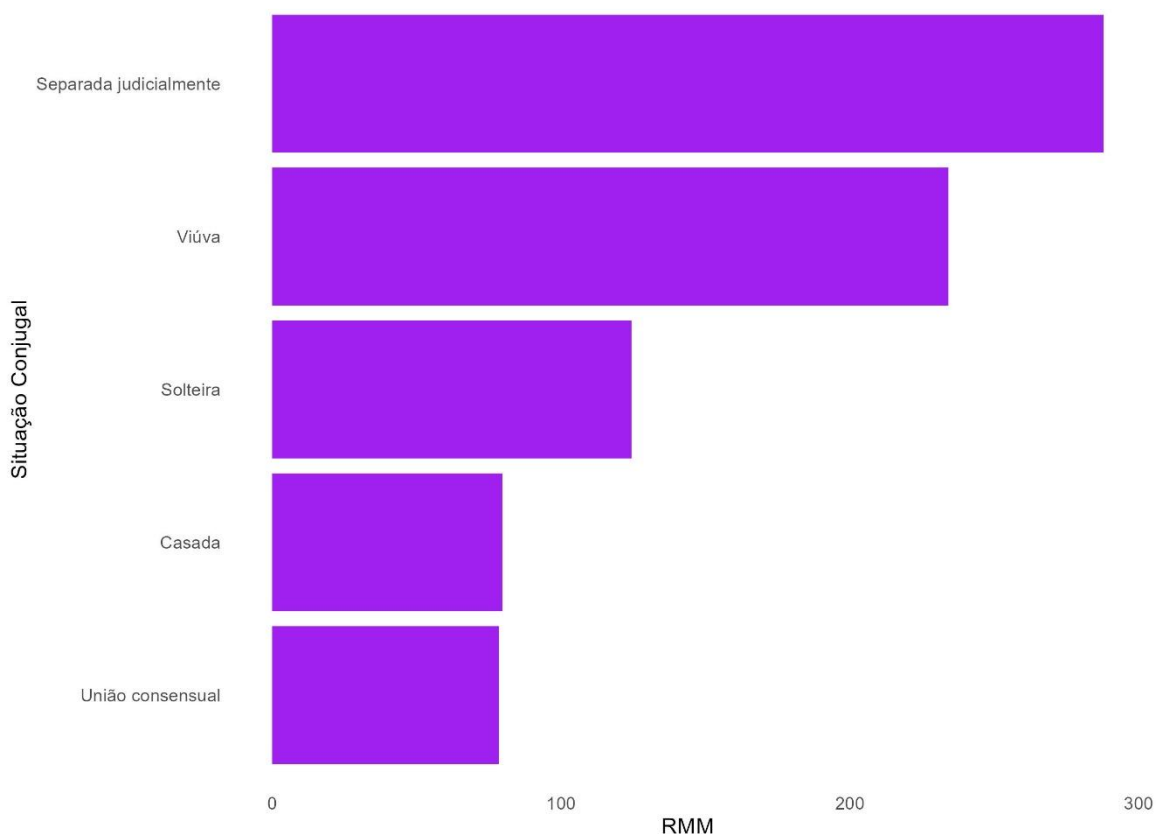
Tabela 2 - Frequência de morte materna por causa básica

Causa	Freq
Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita	2
Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta	4
Falha na indução do trabalho de parto	2
Gestação múltipla	2
Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa	2
Hipertensão materna não-especificada	6
Infecção puerperal	20
Morte obstétrica de causa não-especificada	18
Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe	2
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	4
Parto pré-termo	2
Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical	2
Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal	2

Fonte: SIS - DATASUS

Uma das causas mais frequentes que aparecem nas respostas é a “Morte materna não-especificada” e a mais frequente está relacionada ao puerpério. Justamente o período do ciclo em que a maior parte das mulheres observadas morreram. A infecção puerperal pode estar relacionada a falta de rede de apoio após o parto. O próximo gráfico indica as RMMs por situação conjugal. Mulheres com uma situação conjugal que sugerem uma possível maternidade solo, morreram mais. Reforçando a teoria que mães solo possuem um maior risco de morte materna.

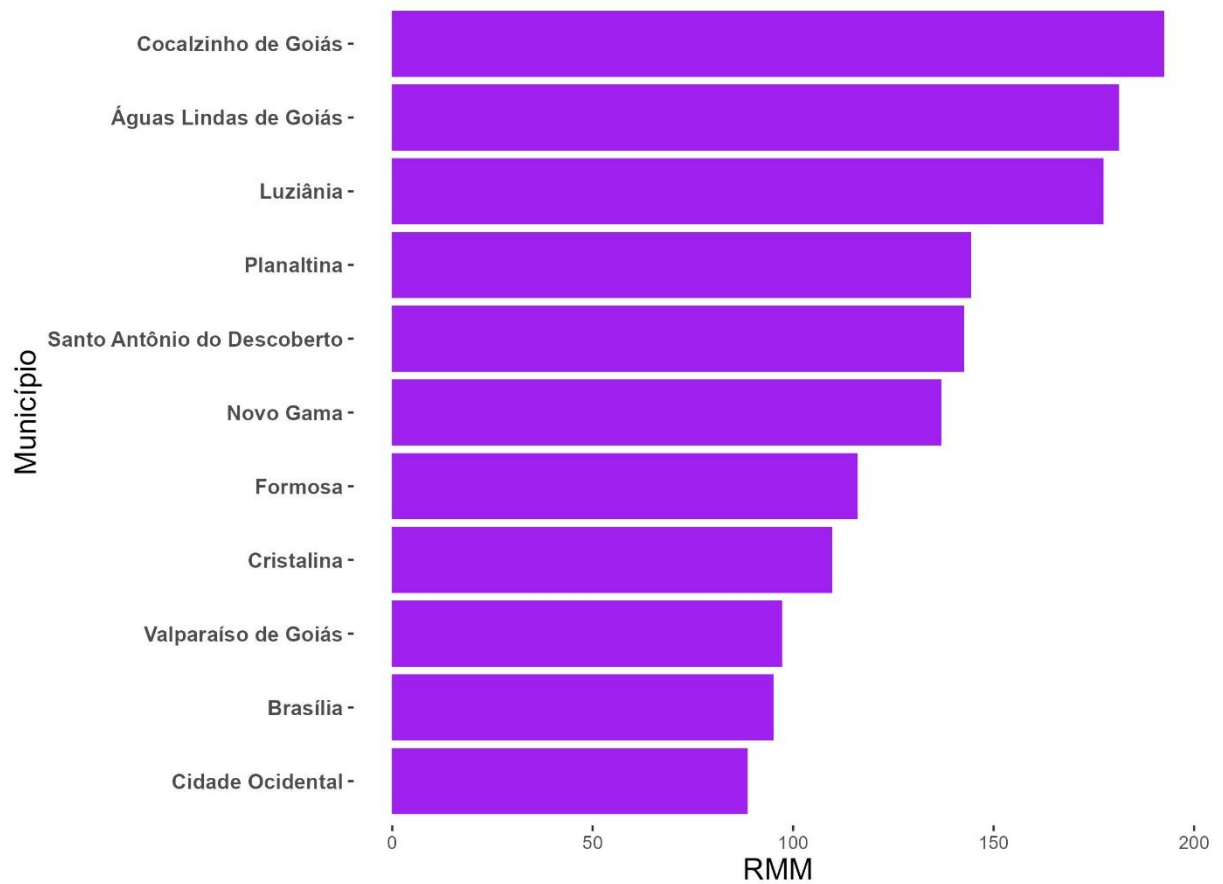
Figura 10 – Razão de Morte Materna por situação conjugal



Fonte: SIS - DATASUS

Além das variáveis supracitadas, existem as variáveis geográficas que indicam como as mortes estão distribuídas por municípios. Primeiro será observada a mortalidade materna por local de residência. Cocalzinho de Goiás e Águas Lindas de Goiás apresentaram as maiores RMM por município. Dois municípios não registraram ocorrência de morte durante a década observada, são eles Padre Bernardo e Alexânia. Brasília é o segundo local com a menor RMM, este tipo de observação dá indícios de que Brasília, o centro da Área Metropolitana tem mais acesso aos aparelhos de saúde, unidades básicas de saúde, hospitais de referência, transporte público que permite acessar a saúde mais que os municípios do entorno.

Figura 11 – Razão de Morte Materna por município de residência



Fonte: SIS - DATASUS

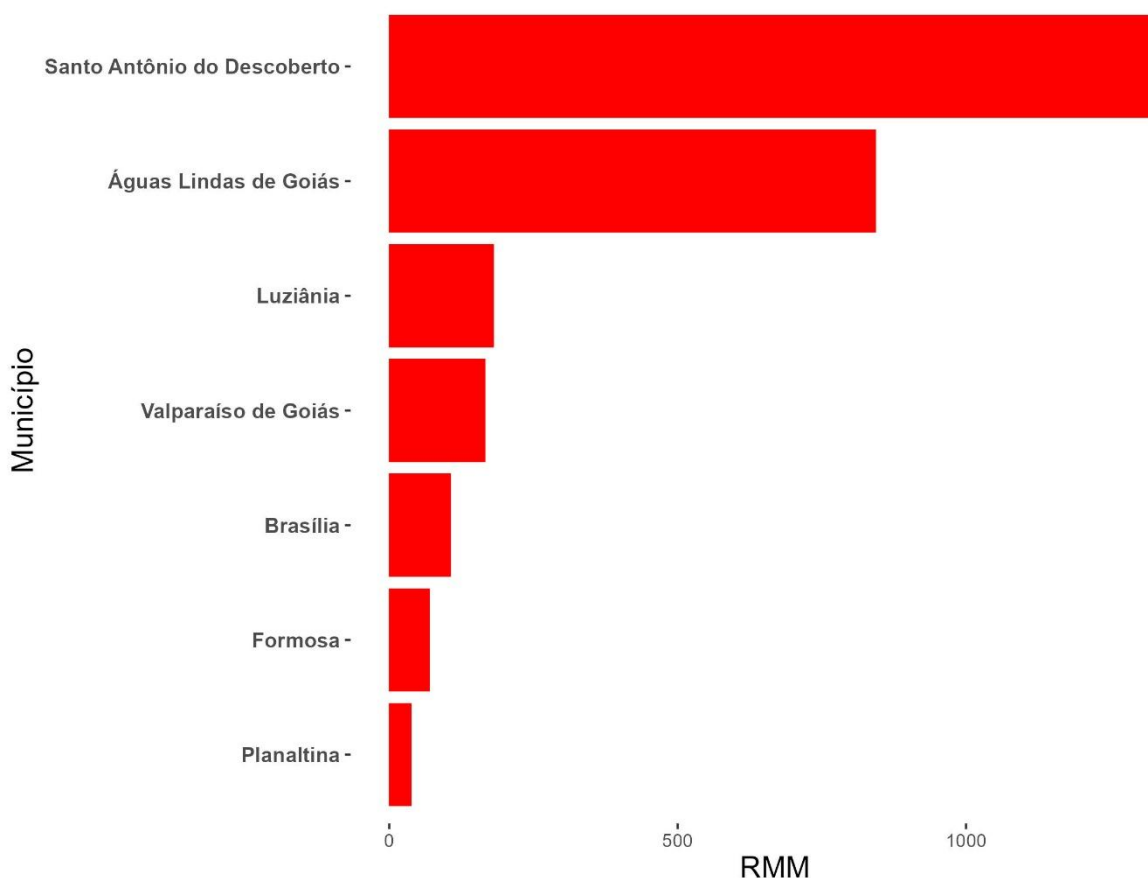
Tabela 3 - Razão de Morte Materna por município de residência

Município	Mortes	Nascimentos	RMM	IC_inferior	IC_superior
Brasília	392	411986	95.15	85.96	105.05
Cidade Ocidental	10	11280	88.65	42.51	163.04
Cocalzinho de Goiás	2	1039	192.49	23.31	695.35
Cristalina	10	9115	109.71	52.61	201.76
Formosa	20	17227	116.10	70.91	179.30
Luziânia	52	29306	177.44	132.52	232.69
Novo Gama	20	14592	137.06	83.72	211.68
Planaltina	22	15234	144.41	90.50	218.64
Santo Antônio do Descoberto	14	9808	142.74	78.04	239.49
Valparaíso de Goiás	24	24696	97.18	62.27	144.60
Águas Lindas de Goiás	52	28677	181.33	135.43	237.79

Fonte: SIS - DATASUS

Santo Antônio do Descoberto apresentou a maior RMM, seguido de Águas lindas por município de ocorrência. Na Tabela 2 é possível observar que o resultado tem características que devem ser explicitadas.

Figura 12 – Razão de Morte Materna por município de ocorrência



Fonte: SIS - DATASUS

Observa-se que o número de mortes e nascimentos de Brasília são maiores e que o intervalo de confiança é menos amplo (com diferença de pouco mais de 17 mortes). Águas Lindas de Goiás e Padre Bernardo, que aparecem com as maiores RMM do gráfico possuem menores números nascimentos, consequentemente um intervalo de confiança (IC) com uma amplitude enormes (com diferenças próximas de 1298 e 3060 mortes), portanto a quantidade de observações é pequena e a possibilidade de acerto da quantidade de mortes dentro de um intervalo exige que este intervalo seja mais abrangente.

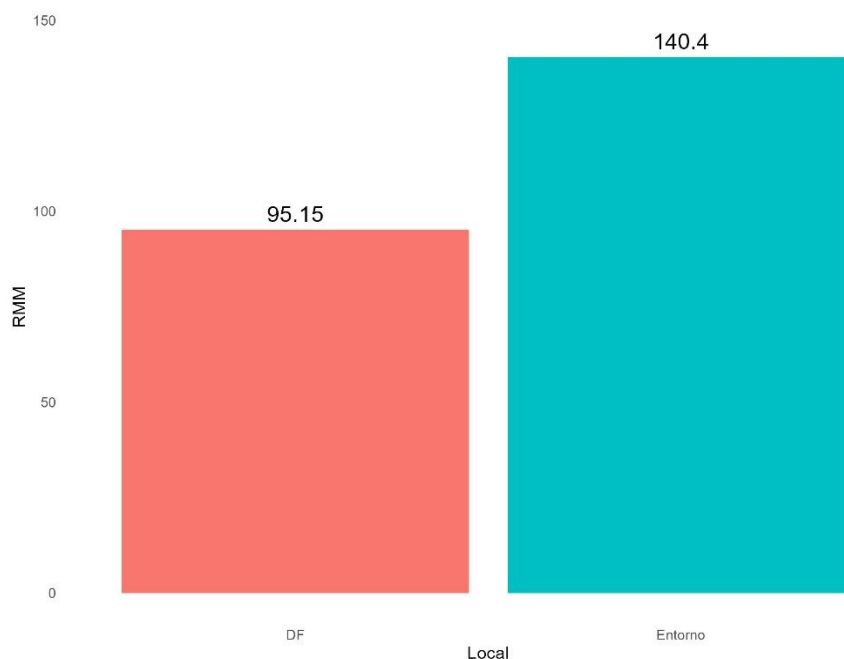
Tabela 4 – Razão de Morte Materna por local de ocorrência

Município	Mortes	Nascimentos	RMM	IC_inferior	IC_superior
Brasília	576	535593	107.54	98.94	116.70
Formosa	10	14184	70.50	33.81	129.66
Luziânia	10	5504	181.69	87.13	334.13
Planaltina	4	10235	39.08	10.65	100.06
Santo Antônio do Descoberto	4	299	1337.79	364.50	3425.28
Valparaíso de Goiás	6	3591	167.08	61.32	363.67
Águas Lindas de Goiás	8	948	843.88	364.33	1662.78

Fonte: SIS - DATASUS

O gráfico da variável “Local” foi construído para comparar a RMM do DF e de todos os municípios do entorno juntos. É possível observar no gráfico que o entorno tem uma Razão de Morte Materna maior que a do DF. Fato que contribui com o discurso da existência de uma pior estrutura dos estabelecimentos de saúde no entorno e de menos acesso aos cuidados médicos, portanto mais mortes. Outro fator que pode influenciar no resultado apresentada na figura 14, é a existência de uma maior população que vive em condições desfavorecidas.

Figura 13 – Comparação da Razão de Morte Materna entre DF e entorno



Fonte: SIS - DATASUS

As informações descritas ao longo dessa análise de dados propõem que a AMB possui uma desigualdade em saúde materna, em relação à população do entorno. Pessoas com menos anos de estudo, sem um parceiro oficial, de pele preta e parda, nas faixas etárias entre 10 e 15 anos e entre 40 e 49 anos, durante o puerpério imediato estão mais expostas ao risco de uma morte materna. Durante os anos observados as Razões de Morte Materna foram mais expressivas nos anos da pandemia de COVID-19 e afetaram mais profundamente a população preta seguida das mulheres pardas.

Portanto, fica evidente que há disparidades por raça/cor entre as mulheres na Área Metropolitana de Brasília e que durante o período pandêmico as disparidades por raça/cor foram agravadas.

Para enfrentar os desafios apresentados, recomenda-se que sejam feitas mais produções acadêmicas com este tema, com o recorte raça/cor, com uma maior abrangência e com mais detalhes para que sejam desenvolvidas e melhoradas, as políticas públicas de enfrentamento ao óbito materno.

5. Conclusão

A revisão de literatura e a análise dos dados apresentaram uma disparidade persistente e uma vulnerabilidade das mães pretas e pardas a qualquer adversidade que venha a acontecer na sociedade. Quando se trata de período pandêmico, foi possível observar que as diferenças são desoladoras. Os números de mortes chegam a dobrar para a população preta em relação às pessoas brancas.

É necessário investir e estimular produção de evidências científicas que possam subsidiar, revisar, acompanhar de perto políticas públicas e a gestão pública. É necessário treinar e cobrar que os profissionais da saúde preencham as declarações de forma integral e correta. Os gestores e profissionais de saúde precisam trabalhar juntos, utilizando medicina baseada em evidências, fazendo jornadas menos exaustivas, com infraestrutura digna e atendimento equânime para todos os pacientes que são atendidos seja no serviço público ou privado para que ocorra a redução dos óbitos maternos.

A produção de estudos com as bases SIS mascaradas e vinculadas pode trazer resultados mais robustos para a academia e para a administração pública. Uma possibilidade de trabalho futuro é pensar em como imputar dados de variáveis essenciais que hoje estão com um sub-registro importante e que podem ser trabalhadas juntamente com outras variáveis e com metodologias adequadas para fazê-lo com a menor perda de informações possível. É necessário estudar qual a causa da resistência do sistema e da sociedade em solucionar mortes evitáveis no Brasil. As questões observadas na Área Metropolitana de Brasília, uma unidade da federação com privilégios financeiros para investir em saúde, demonstram que o problema não está apenas nas dificuldades financeiras maternas. Trabalhar com equipes multidisciplinar para preencher as lacunas que tornarão o inevitável, extinto.

6. Bibliografia

AFONSO, Lucélia Rodrigues; CASTRO, Victor Hugo Santos de; MENEZES, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro; *et al.* Perfil da mortalidade materna no Estado do Ceará. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 1, p. 115–119, 2022.

ALEGRE, Porto. Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 719–727, 2012.

BONITA, R. *Epidemiologia básica*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BORGONOVE, Kelly Cristina Almeida; LANSKY, Sônia; SOARES, Vânia Muniz Nequer; *et al.* Análise de série temporal: tendência da mortalidade materna tardia no Brasil, 2010–2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, p. e00168223, 2024.

CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1905>. Acesso em: 24 mar. 2025.

CRUZ, Amanda Fernandes do Nascimento da; VIEIRA, Bianca Dargam Gomes; ALVES, Valdecyr Herdy; *et al.* Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4290–4299, 2016.

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: MS, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

FERREIRA, Cláudia Aparecida Avelar; CARVALHO, Paulo Fernando Braga. Análise da distribuição espacial e racial da Razão de Mortalidade Materna brasileira. **Confins. Revista franco-brésilienne de géographie**, n. 61, 2023. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/54754>. Acesso em: 6 mar. 2025.

FONSECA, Humberto Lucena Pereira da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1981–1990, 2019.

GÓES, Emanuelle Freitas; FERREIRA, Andrêa J. F.; RAMOS, Dandara. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, 2023.

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO. Brasília: MS, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MORSE, Marcia Lait; FONSECA, Sandra Costa; BARBOSA, Mariane Doelinger; *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 623–638, 2011.

SANTOS, Andreza Ramos Seixas dos; GOUVÊA, Abilene do Nascimento; TEIXEIRA, Patrícia da Costa. Mortalidade materna sob a ótica racial: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e248101724902, 2021.

SANTOS, Gustavo Gonçalves dos; ANDRADE, Luis Henrique de; MAGATON, Anna Paula Frassom da Silva; *et al.* Efeitos da COVID-19 entre gestantes pretas e pardas: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e6710615531, 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha; BARBOSA, Dulce Aparecida; *et al.* Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 1, p. 27–35, 2012.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira; SOARES, Vânia Muniz Néquer; LOURENÇO FRANCISCO NASR, Acácia Maria. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00197315, 2017.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429–445, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>. Acesso em: 26 abr. 2024.

Teses e Dissertações

MOURA, Bárbara Laisa Alves. **Gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo: desfechos de uma coorte de dados secundários**. 2017. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23052017-164937/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

QUEIROZ, Marcel Reis. **Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e nascimento", 2011-2012**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-23042018-140322/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

Documentos Eletrônicos (Sites, Portais, Relatórios)

ATLAS BRASIL. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/map>. Acesso em: 9 mar. 2025.

DISTRITO FEDERAL recebe novo plano de redução da mortalidade materna. **Ministério da Saúde**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/distrito-federal/2024/setembro/distrito-federal-recebe-novo-plano-de-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 5 mar. 2025.

FECHINE, Valéria Maria Rodrigues; FLEURY, Marcelo Pereira de Souza; VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; *et al.* **Indicador de acesso aos serviços de saúde no Distrito Federal: um estudo ecológico**. 2024. Disponível em: <https://proceedings.science/encontro-abep/abep-2024/trabalhos/indicador-de-acesso-aos-servicos-de-saude-no-distrito-federal-um-estudo-ecologic?lang=pt-br>. Acesso em: 8 mar. 2025.

FIM DA EMERGÊNCIA de saúde da covid pode impactar legislação e políticas públicas. **Senado Federal**, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/04/20/fim-da-emergencia-de-saude-da-covid-pode-impactar-legislacao-e-politicas-publicas>. Acesso em: 6 mar. 2025.

GESTANTES, puérperas e lactantes: Saúde orienta vacinação contra a covid-19 para mulheres de grupos prioritários. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/gestantes-puerperas-e-lactantes-saude-orienta-vacinacao-contr-a-covid-19-para-mulheres-de-grupos-prioritarios>. Acesso em: 6 mar. 2025.

GOVERNO FEDERAL revoga decretos de enfrentamento à pandemia. **Senado Federal**, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/05/23/governo-federal-revoga-decretos-de-enfrentamento-a-pandemia>. Acesso em: 6 mar. 2025.

INFORME – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2023. **Ministério da Saúde**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/setembro/informe-2013-pesquisa-nacional-de-demografia-e-saude-pnds-2023/view>. Acesso em: 11 mar. 2025.

IPEADATA. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerieR.aspx?stub=1&serid=2096726935&MINDATA=2015&MAXDATA=2025&TNIVID=2&TPAID=1&module=S>. Acesso em: 9 mar. 2025.

MORTALIDADE (SIM) – Portal da Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/mortalidade/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

SAÚDE MATERNA. **OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>. Acesso em: 6 mar. 2025.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE – SIM. **OPENDATASUS**. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim>. Acesso em: 5 mar. 2025.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS). **Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/unidades-basicas>. Acesso em: 10 mar. 2025.

7. Apêndice A – Quadro Síntese da Revisão de Literatura

Quadro 2 - Quadro Síntese da Revisão de Literatura

Referência	Título	Local de publicação	Tipo de estudo	Base de dados	Programas utilizados	Método de análise	Variáveis
Reis <i>et al</i> (2024)	Maternal deaths caused by eclampsia in Brazil: a descriptive study from 2000 to 2021.	Brasil	ecológico de série temporal	SIM, SINASC	EXCEL, QGIS, GraphPad Prism	RMM, análise estatística	Idade (faixa etária), raça/cor, estado civil, nível educacional (anos de estudo), UF, região do país, ano do óbito
Ribeiro <i>et al</i> (2024)	Factors associated with COVID-19 death in pregnant women hospitalized in Intensive Care Units.	Brasil	ecológico e retrospectivo	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)	R e SPSS	Análise descritiva, análise univariada, regressão logística múltipla	Idade, raça/cor, região e zona de residência, evolução do caso (óbito ou alta), estado vacinal, sintomas, comorbidades, trimestre gestacional
Silva <i>et al</i> (2024)	Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database.	Brasil	retrospectivo transversal	SIM, SINASC	EpiInfo 7.0	Análise univariada, razão de prevalência e análise estratificada	Idade, raça/cor, região, período (2017 a 2019, 2020 a 2022)
Figueiredo <i>et al</i> (2024)	Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021.	Brasil	ecológico observacional	SIM, SINASC	Tabwin, R (microdatas package), SPSS, QGIS	Regressão Logística, Regressão Linear Múltipla	Idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, região, número de consultas pré-natais, cesarianas, nascidos vivos de mães adolescentes, tipo de morte obstétrica, óbito durante gravidez ou puerpério, risco específico de mortalidade, fonte de investigação do óbito
Galvão <i>et al</i> (2023)	Maternal mortality in adolescents and young adults: temporal trend and correlation with prenatal care coverage in the state of Bahia, Brazil, 2000-2020.	Bahia	ecológico de série temporal	SIM, SINASC	Stata, TABNET	Regressão de Prais-Winsten, análise estatística	Idade, raça/cor, causa obstétrica do óbito, momento do óbito, RMM, número de consultas pré-natal
Silva; Santiago; Surita (2023)	Racismo como determinante social da saúde no Brasil - na pandemia de COVID-19 e além	Brasil	revisão narrativa ou editorial	Bases nacionais e internacionais, The Lancet, JAMA, dados do IBGE		Revisão integrativa, análise crítica, abordagem interseccional	Raça/cor, RMM, pré-natal, desfechos cardiovasculares, tempo de espera em emergências, escolaridade, renda, cobertura do plano de saúde, taxa de infecção por COVID-19, mortalidade por COVID-19 e gravidade da COVID-19.
Alves <i>et al</i> (2023)	Association of Conditional Cash Transfers With Maternal Mortality Using the 100 Million Brazilian Cohort.	Brasil	análise transversal aninhada em uma coorte retrospectiva	SIM, SINASC, CadUnico		Pareamento por escore de propensão, regressão logística ponderada, análises estratificadas, análise de sensibilidade	Idade, raça/cor, região, zona de residência, escolaridade, condições de moradia, saneamento, número de consultas pré-natal, tipo de parto, intervalo intergestacional, recebimento do bolsa família, duração do benefício, causa obstétrica de morte
Monteiro; Fernandes; Fittipaldi (2023)	Impactos da pandemia da COVID-19 no programa mãe coruja da VII região de saúde de Pernambuco	Pernambuco	descritivo, transversal e quantitativo	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)	EXCEL, SPSS	Análise estatística, estatística descritiva	Raça/etnia, escolaridade, risco gestacional, tipo de parto, prematuridade, consultas de pré-natal, amamentação na primeira hora, registro civil, consultas de puericultura, peso ao nascer, escala de Apgar, morte fetal.

Continuação: Quadro Síntese da revisão de literatura

Referência	Título	Local de publicação	Tipo de estudo	Base de dados	Programas utilizados	Método de análise	Variáveis
Silva et al (2023)	Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	coorte retrospectiva	Prontuários médicos, Declarações de Nascido Vivo (DN) e Declarações de Óbito (DO), SIM	Stata SE	Análise descritiva, regressão logística multinomial	Idade, raça/cor, escolaridade, presença de companheiro, ocupação remunerada, paridade, adequação do pré-natal, tipo de parto, morbidades obstétricas (direta, indireta ou mista), Near miss neonatal, óbitos fetais e neonatais
Afonso et al (2022)	Perfil da mortalidade materna no Estado do Ceará	Ceará	ecológico, descritivo e retrospectivo	IntegraSUS	EXCEL	Análise descritiva	Faixa etária, cor/raça, estado civil, escolaridade, causa obstétrica de morte
Leal et al (2021)	Characteristics and outcomes of pregnant women with SARS-CoV-2 infection and other severe acute respiratory infections (SARI) in Brazil from January to November 2020.	Brasil	estudo observacional transversal	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)	SAS, ArcGIS	Análise descritiva e espacial	Idade, raça/etnia, escolaridade, região de residência, comorbidades, sintomas, trimestre gestacional, admissão em UTI, suporte ventilatório, óbito
Alves; Guimarães (2021)	Race inequalities in maternal mortality in the city of Rio de Janeiro, Brazil: 2010-2019.	Rio de Janeiro	transversal observacional	SIM, SINASC		Regressão de poisson, Modelos de regressão polinomial	Idade, raça/cor, RMM
Carvalho; Meirinho (2020)	O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde	Brasil	quantitativo, com abordagem descritiva e analítica	SIM, SINASC		RMM, análise temporal e regional	Idade, raça/cor, UF, período
Ruas et al (2020)	Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna	Minas Gerais	descritivo, transversal, documental e quantitativo	Fichas de Investigação de Óbito Materno (M1 a M5), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2010)	SPSS, R	Análise descritiva, análise espacial	Idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, fatores de risco gestacional, uso de medicamentos, classificação de risco, número de consultas pré-natal, local do pré-natal, tipo de parto, intercorrências, DHEG, neoplasias, doenças circulatórias, distribuição geográfica por IVS-5
Duarte et al (2020)	Mortalidade materna e vulnerabilidade social no Estado de Alagoas no Nordeste brasileiro: uma abordagem espaço-temporal	Alagoas	ecológico misto	SIM, SINASC, Atlas de Vulnerabilidade Social	Joinpoint Regression Program, TerraView, GeoDa e QGIS	Análise descritiva, espacial, bivariada, Joinpoint, modelo bayesiano empírico local	Idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, causas obstétricas de morte, Infraestrutura Urbana, Capital Humano, Renda e Trabalho e Índice de Gini
Reis et al (2020)	Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil	Brasil	revisão narrativa	LitCovid, PubMed		Triagem de artigos, inclusão de documentos oficiais, abordagem crítica e reflexiva	Gênero e raça, acesso a SSR, Trabalho produtivo/reprodutivo, violência de gênero
Moraes et al (2019)	Classificação de risco gestacional baseada no perfil de óbitos maternos ocorridos de 2008 a 2013: relato de experiência no município de Porto Seguro, Bahia.	Bahia	descritiva e transversal, com abordagem quantitativa	Ficha de investigação de óbitos maternos municipal	Excel	Análise descritiva	idade, escolaridade, raça/cor da pele, distrito de residência, situação conjugal e renda familiar, presença de doenças pré-existent (especialmente cardíacas), histórico reprodutivo (abortamentos, pré-eclâmpsia), número de consultas de pré-natal e causas dos óbitos.
Borges et al (2019)	Fatores de risco associados à mortalidade perinatal: um estudo de caso-controle	Santa Catarina	caso-controle	Serviço de Arquivamento Médico e Estatística		Regressão logística	Idade, raça/cor e escolaridade, tipo de gestação (única/múltipla), idade gestacional e via de parto (vaginal/cesariana).
Ceccon et al (2019)	Maternal mortality in the provincial capitals of Brazil	Brasil	ecológico transversal	DATASUS, IBGE, PNAD	TerraView, SPSS	Regressão linear múltipla, análise descritiva	Índice de Gini, IDH, renda feminina per capita, percentual de população negra, pobreza, desemprego, analfabetismo, estado civil, gravidez adolescente, Número de consultas pré-natais, partos hospitalares/cesáreas, cobertura da atenção primária, leitos hospitalares, médicos por habitante.

Continuação: Quadro Síntese da revisão de literatura

Referência	Título	Local de publicação	Tipo de estudo	Base de dados	Programas utilizados	Método de análise	Variáveis
Fernandes <i>et al</i> (2019)	Skin Color and Severe Maternal Outcomes: Evidence from the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity.	Brasil	estudo transversal multicêntrico nacional	Prontuários médicos (OpenClinica)	SPSS, Stata	Regressão de poisson	Idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, IMC, Paridade, número de consultas pré-natais, idade gestacional, presença de "delays" (atrasos no atendimento), Hipertensão crônica, diabetes, obesidade, HIV/AIDS, doenças renais, MNM, MD, prematuridade, peso ao nascer, Apgar.
Nascimento <i>et al</i> (2018)	Causas externas de mortalidade em mulheres grávidas e puérperas	Pernambuco	retrospectivo	SIM	EpiInfo, R	Análise Descritiva	Idade, raça/cor, estado civil, local da ocorrência, prestação de atendimento médico e realização de necropsia, acidentes, suicídios e homicídios.
Picoli; Cazola; Lemos (2017)	Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015	Mato Grosso do Sul	descritivo e retrospectivo	SIM, SINASC	EpiInfo, EXCEL	Análise descritiva	Idade, raça/cor, escolaridade, momento do óbito, tipo de causa, grupos de causas
Rosendo; Roncalli; Azevedo (2017)	Prevalência da morbidade materna e sua associação com fatores socioeconômicos: estudo de base populacional em uma capital do nordeste brasileiro	Rio Grande do Norte	transversal (seccional) e de base populacional	Questionário		Regressão de Poisson e Análise de componentes Principais	Idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, renda, posse de bens, ocupação, Local do pré-natal, número de consultas, orientações sobre local do parto, tipo de parto, presença de acompanhante, hospitalização, Número de complicações maternas.
Moreira; Gubert (2017)	Healthcare and sociodemographic conditions related to severe maternal morbidity in a state representative population, Federal District, Brazil: A cross-sectional study.	Distrito Federal	transversal (cross-sectional) de base populacional	diagnóstico das condições de saúde e atenção à saúde da população materno-infantil do Distrito Federal	SPSS	Regressão logística	Idade, raça/cor, escolaridade, recebimento de Bolsa Família, Cuidado pré-natal, tipo de parto, local do parto, Peso ao nascer, eventos de SMM (eclampsia, histerectomia, transfusão sanguínea, internação em UTI).
Fernandes; Sousa; Cecatti (2017)	Skin Color and Maternal Near Miss: Exploring a Demographic and Health Survey in Brazil.	Brasil	observacional	PNDS	SPSS, Stata	Análise Estatística	Idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, região geográfica, renda familiar, acesso a serviços de saúde, ocorrência de maternal near miss, complicações obstétricas graves
Carvalho <i>et al</i> (2016)	Mortalidade de mulheres em idade fértil entre 1998 e 2012 na microrregião de Barbacena	Minas Gerais	Transversal	SIM, SINASC	Excel, SPSS	Análise Descritiva	Idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, causa básica do óbito, , local de ocorrência, paridade, número de nascidos vivos
Batista <i>et al</i> (2016)	Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção	São Paulo	pesquisa-ação/intervenção	PNDS, relatórios de gestão, convênio estabelecido, relatórios de ordenamento de despesas e o livro Nascer com equidade		Análise documental, diálogo com atores sociais e avaliação processual	Raça/cor, acesso a pré-natal, parto humanizado e participação paterna, Razão de Mortalidade Materna (RMM), acesso a anticoncepcionais e qualidade do atendimento, racismo estrutural nos serviços de saúde e coleta do quesito "cor" nos sistemas de informação
Belfort; Kalckmann; Batista (2016)	Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil	Maranhão	descritivo exploratório e transversal	SINASC	EXCEL	Entrevistas semiestruturadas, Análise quantitativa e qualitativa	idade, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar, situação conjugal, idade da menarca, início da vida sexual, número de gestações, idade na primeira gravidez, número de consultas pré-natais, intercorrências gestacionais, tipo de parto, sugestões para melhoria do serviço.
Cruz <i>et al</i> (2016)	Morbidade materna pela doença hipertensiva específica da gestação: estudo descritivo com abordagem quantitativa	Rio de Janeiro	descritivo e retrospectivo	registros hospitalares	EXCEL	Estatística Descritiva	idade, raça/cor, paridade, histórico de gestações anteriores, diagnóstico médico (pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, hipertensão gestacional), antecedentes pessoais (diabetes, hipertensão arterial, obesidade), complicações clínicas (eclâmpsia, síndrome HELLP), qualidade dos registros médicos.