

Mortalidade materna no Distrito Federal: o impacto da pandemia de Covid-19

Ana Cláudia Morais Godoy Figueiredo, Claudia Andrade Santos, Cláudio José Ferreira Lima Júnior, Cristiane Resende Silva, Delmason Soares Barbosa de Carvalho, Diones Araújo da Guarda, Elaine Ramos de Moraes Rego, Giselle Hentzy Moraes, Jorge Luiz Nascimento Ramos, Luciane Santos Batista Carvalho, Manuela Emiliana Amorelli Chacel, **Márcia Cristina de Sousa Reis**, Paloma Regina Dias Santos, Rosana Maria da Costa, Rosangela Silva, Samantha Andrea Peres Valbuena

Introdução

O óbito materno é definido como a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, e cuja causa esteja relacionada ou tenha sido agravada por esta ou por seu manejo.(1) É considerado um evento evitável, na maioria dos casos; e a alta mortalidade materna reflete a desigualdade das condições de vida, acesso e qualidade dos serviços de saúde.(2)

A vigilância epidemiológica do óbito materno é uma atribuição dos municípios e estados, conforme definido pela Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004. A regulamentação e o estabelecimento de fluxos e prazos para a investigação estão descritos na Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho de 2008.

A estratégia utilizada está baseada na investigação dos óbitos maternos declarados, bem como na investigação da história de gravidez nos 12 meses anteriores ao óbito de todas as mulheres em idade fértil (MIF), com a finalidade de identificar possíveis óbitos maternos não declarados, ampliando a capacidade de detecção. Após a investigação e a discussão conjunta em comitê, os óbitos são classificados de acordo com a causa básica do óbito (morte materna obstétrica direta ou indireta e morte não obstétrica) e momento do óbito (gravidez, aborto, parto, puerpério até 42 dias após o término da gestação ou de 43 dias a um ano após o término da gestação). A partir deste trabalho é possível aperfeiçoar as estatísticas sobre mortalidade, dispor de um diagnóstico situacional e desenvolver ações para a prevenção dos óbitos e a melhoria da assistência à saúde.(3)

A mortalidade materna no Brasil sempre se manteve em patamares considerados elevados. Em 2018, a RMM foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número bem acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta

era reduzir, até 2015, a RMM para 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Atualmente, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir, até 2030, a RMM para 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.(4)

Este boletim apresenta os dados da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno no Distrito Federal, enfatizando o perfil epidemiológico dos óbitos maternos e a situação de investigação. O seu objetivo foi descrever o comportamento da mortalidade materna entre os anos de 2010 a 2021 e o impacto da pandemia por Covid-19 no perfil desses óbitos no Distrito Federal em 2020 e 2021, a fim de disponibilizar informações que subsidiem os gestores na implementação de ações para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e a prevenção de óbitos.

Métodos

Este relatório utilizou os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Estes sistemas registram os eventos ocorridos no Distrito Federal, tanto em instituição pública como privada, no domicílio e outros locais, como via pública. Além disso, estes sistemas também incluem os óbitos e nascimentos de residentes no Distrito Federal ocorridos em outras unidades da federação.

A razão de mortalidade materna (RMM) é o principal indicador utilizado internacionalmente para estimar o risco de morte de mulheres durante a gravidez, o aborto, o parto e o puerpério (até 42 dias após o término da gestação), como consequência de causas relacionadas, sendo calculado pelo número de óbitos maternos de residentes no Distrito Federal, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 100.000.(5)

A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (após criteriosa investigação), F53 e M83.01.

A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação).(1)

Os óbitos de MIF consideram todas as mortes de indivíduos do sexo feminino ocorridos na faixa etária de 10 a 49 anos, independente da causa.(1)

Outras definições relacionadas a morte materna consideradas na vigilância epidemiológica do óbito materno, incluem: a) óbito incidental (não obstétrico ou não relacionado) que refere-se a morte de MIF que ocorre durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez ou seu manejo; b) óbito tardio que é a morte de MIF que ocorre durante o puerpério tardio (43 dias a menos de um ano após o parto) devido a causa obstétricas diretas ou indiretas.(1)

Considerando que a composição das regiões de saúde pode sofrer alteração ao longo dos anos, esses agrupamentos consideraram a configuração atual, respeitando a série histórica de cada região administrativa. Assim, os dados foram estratificados considerando as 31 regiões administrativas que compunham o território de Brasília no ano de 2019/2020, organizadas em sete regiões de saúde, coordenadas pelas superintendências regionais.

A análise de dados foi realizada utilizando-se os programas Tabwin® versão 3.6, Microsoft Excel® 2003 e Epi Info 7.2.1.

Resultados

Situação epidemiológica

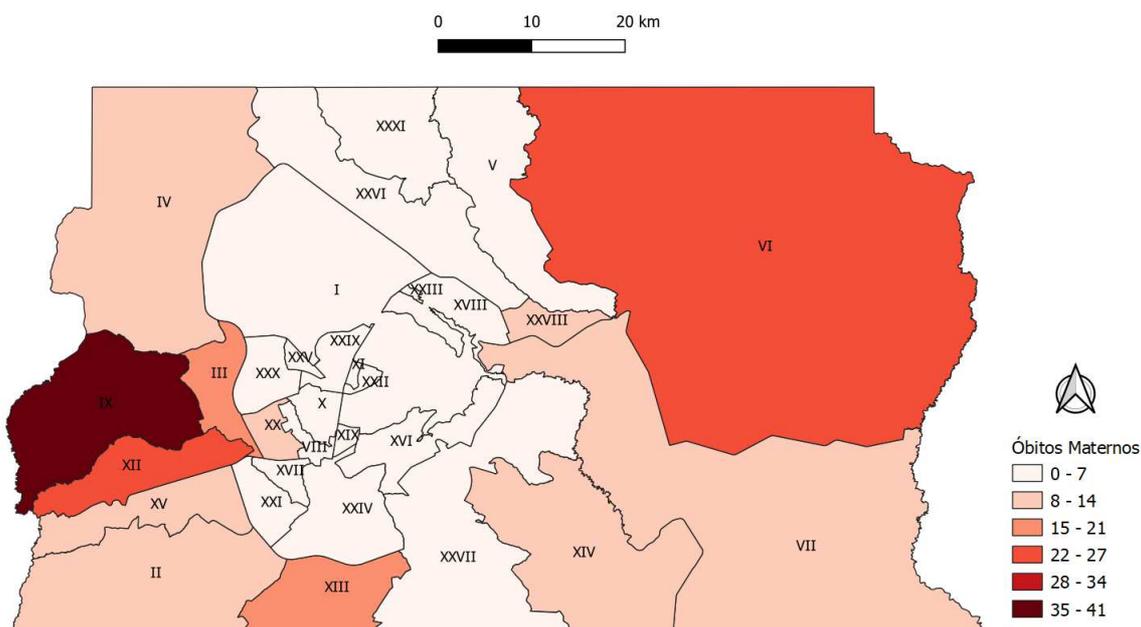
No ano de 2020 ocorreram 13 óbitos maternos entre residentes do Distrito Federal. Em 2021 foram registrados 36 óbitos, o maior número da série (Figura 1). Observam-se variações no quantitativo de óbitos maternos no período analisado, sendo que a menor razão de mortalidade foi registrada em 2019 (18,9) e as maiores foram em 2016 (48,5) e 2021 (94,8).

Figura 1 - Número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna (RMM). Distrito Federal, 2010 a 2021.



Na análise por Região de Saúde de residência, as Regiões Sudoeste e Oeste acumularam o maior número absoluto de óbitos entre 2010 e 2021; sendo que os maiores riscos de morte materna, com base no cálculo da RMM (dados acumulados), foram identificados nas Regiões Norte e Oeste (Tabela 1). Ceilândia foi a Região Administrativa que concentrou o maior número de óbitos maternos no período, merecendo destaque também Planaltina, Samambaia e Taguatinga (Tabela 1 e Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos óbitos maternos por região administrativa de residência. Distrito Federal, dados acumulados de 2010 a 2021.



REGIÕES ADMINISTRATIVAS

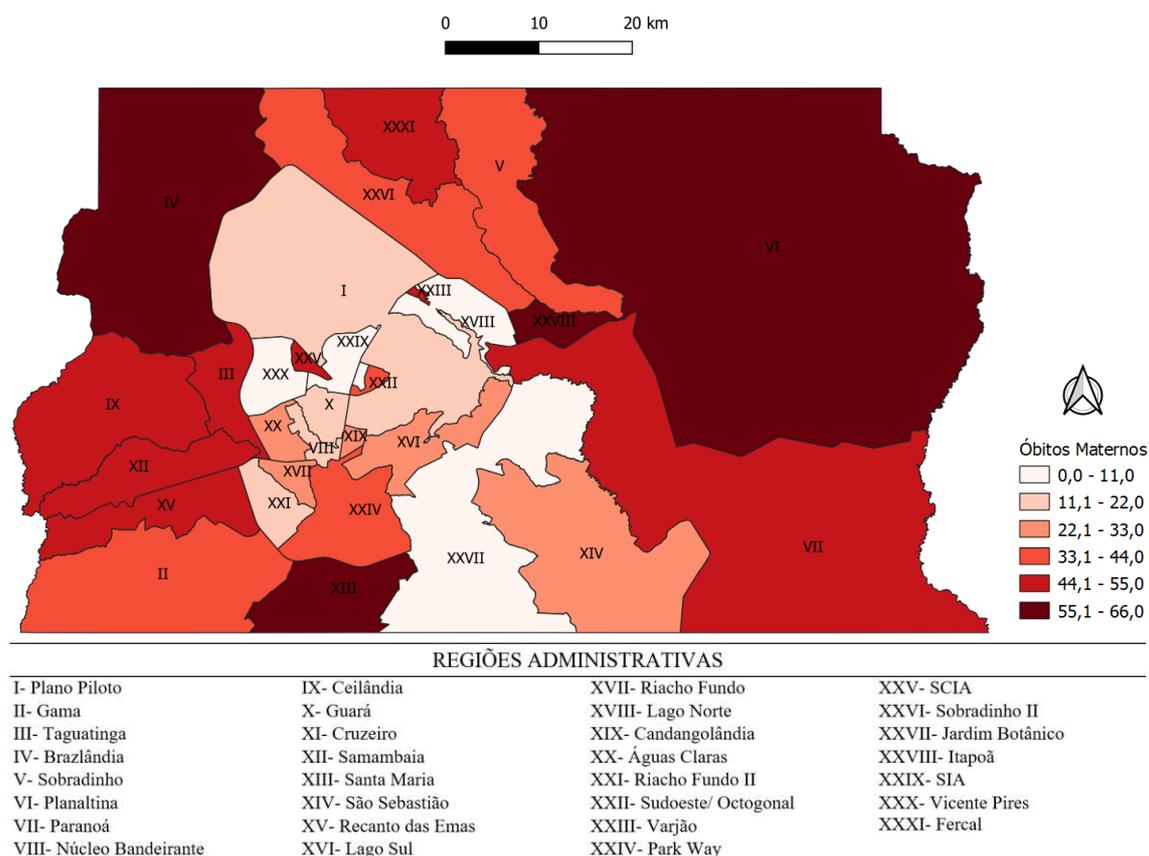
I- Plano Piloto	IX- Ceilândia	XVII- Riacho Fundo	XXV- SCIA
II- Gama	X- Guará	XVIII- Lago Norte	XXVI- Sobradinho II
III- Taguatinga	XI- Cruzeiro	XIX- Candangolândia	XXVII- Jardim Botânico
IV- Brazlândia	XII- Samambaia	XX- Águas Claras	XXVIII- Itapoã
V- Sobradinho	XIII- Santa Maria	XXI- Riacho Fundo II	XXIX- SIA
VI- Planaltina	XIV- São Sebastião	XXII- Sudoeste/ Octogonal	XXX- Vicente Pires
VII- Paranoá	XV- Recanto das Emas	XXIII- Varjão	XXXI- Fercal
VIII- Núcleo Bandeirante	XVI- Lago Sul	XXIV- Park Way	

Tabela 1 - Número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna por região de residência. Distrito Federal, 2010 a 2021.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
													Nº	RMM
CENTRAL	2	1	0	2	0	1	0	1	1	0	0	2	10	19,7
..Cruzeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
..Lago Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
..Lago Sul	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	26,4
..Plano Piloto	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	5	17,4
..Sudoeste/Octogonal	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	42,7
..Varjão do Torto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	46,0
CENTRO-SUL	1	1	2	0	2	1	0	2	0	1	1	2	13	22,7
..Candangolândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	31,2
..Guará	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	14,5
..Núcleo Bandeirante	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	20,8
..Park Way	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40,4
..Riacho Fundo I	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	22,2
..Riacho Fundo II	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	12,1
..SCIA (Estrutural)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4	46,9
..SIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
LESTE	2	1	3	3	2	1	3	1	3	0	0	3	22	42,0
..Itapoã	2	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	1	8	66,0
..Jardim Botânico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
..Paranoá	0	0	1	2	0	0	1	1	2	0	0	0	7	49,6
..São Sebastião	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	2	7	31,5
NORTE	6	5	2	3	1	3	6	1	1	2	3	2	35	52,2
..Fercal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	44,2
..Planaltina	2	3	1	2	1	2	5	0	0	2	3	2	23	63,3
..Sobradinho	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	33,6
..Sobradinho II	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	6	44,0
OESTE	2	2	7	6	5	2	4	5	5	0	4	7	49	53,0
..Brazlândia	1	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	0	8	62,1
..Ceilândia	1	2	7	6	5	1	1	4	3	0	4	7	41	51,5
SUDOESTE	2	5	3	5	5	4	4	3	9	4	4	13	61	42,2
..Águas Claras	0	1	0	1	1	2	1	0	0	0	1	1	8	30,3
..Recanto das Emas	1	1	1	0	1	1	0	0	3	1	1	3	13	52,4
..Samambaia	1	1	1	1	3	0	2	1	4	2	1	5	22	48,8
..Taguatinga	0	2	1	3	0	1	1	2	2	1	1	4	18	47,4
..Vicente Pires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
SUL	2	2	1	2	2	0	4	2	2	1	1	6	25	49,0
..Gama	0	2	1	0	2	0	2	0	1	0	0	2	10	40,5
..Santa Maria	2	0	0	2	0	0	2	2	1	1	1	4	15	57,0
Total	17	17	18	21	17	12	21	15	21	8	13	36*	216	41,7

As Regiões Administrativas com maior RMM foram Itapoã, Planaltina, Brazlândia e Santa Maria (Tabela 1 e Figura 3).

Figura 3 - Razão de mortalidade materna acumulada conforme região administrativa de residência. Distrito Federal, dados acumulados de 2010 a 2021.



Analisando as causas básicas de óbito, as causas obstétricas diretas foram responsáveis por 62,4% dos óbitos maternos, enquanto as indiretas por 36,6% (Tabela 2). Atenção especial para o ano de 2021, com 76,5% dos óbitos decorrentes de causas obstétricas indiretas, sobretudo referentes aos óbitos maternos por Covid-19.

Tabela 2 - Número e proporção de óbitos maternos por tipo de causa. Distrito Federal, 2010 a 2021.

Ano	Tipo de Causa					
	Obstétrica Direta		Obstétrica Indireta		Total	
	n	%	n	%	N	%
2010	10	58,8	7	41,2	17	100,0
2011	11	64,7	6	35,3	17	100,0
2012	12	66,7	6	33,3	18	100,0
2013	20	95,2	1	4,8	21	100,0
2014	12	70,6	5	29,4	17	100,0
2015	7	58,3	5	41,7	12	100,0
2016*	17	81,0	3	14,3	21*	100,0
2017	11	73,3	4	26,7	15	100,0
2018	17	81,0	4	19,0	21	100,0
2019	3	37,5	5	62,5	8	100,0
2020	7	53,8	6	46,2	13	100,0
2021**	8	22,2	26	72,2	36**	100,0
Total	135	62,5	78	36,1	216	100,0

Notas: **Um óbito de causa obstétrica não especificada **Dois óbitos de causa obstétrica não especificada

A hipertensão arterial na gravidez, parto e puerpério (O11-O16) foi a causa mais frequente de óbitos maternos, correspondendo a 16,2% dos óbitos no período (Tabela 3). Nesse subgrupo, a hipertensão gestacional com proteinúria significativa (O14) foi a causa mais frequente, responsável por 8,3% dos óbitos, seguida pela eclampsia, com 5,6%. A gravidez que termina em aborto (O00-O08) foi responsável por 15,3% dos óbitos e as hemorragias (O44-O46, O62, O67, O72) por 13,4%.

O Covid-19 foi responsável por 22 óbitos maternos, tendo ocorrido 3 casos em 2020 e 19 em 2021, correspondendo a 10,2% de todos os óbitos no período, sendo a causa específica mais frequente. Esse aumento da razão de mortalidade materna do ano de 2021 acompanhou o aumento da mortalidade de mulheres em idade fértil.

A mortalidade das mulheres em idade fértil também sofreu grande impacto em 2021 influenciada pela pandemia. No ano de 2019 foi observado um dos menores riscos de óbito do período analisado, com 70,6 óbitos para cada 100 mil mulheres desse grupo etário. Em 2020 observamos um aumento de 17,3% desse risco e em 2021, um aumento de 56,7%, chegando a 110,6 óbitos para cada 100 mil mulheres desse grupo etário (Figura 4).

Foram observados 41 óbitos de MIF durante o puerpério tardio relacionados a causas maternas (Tabela 4). Quanto aos óbitos incidentais, ocorreram 44 óbitos de MIF durante a gravidez, parto, aborto ou puerpério precoce por causas não obstétricas, sendo 68,2% provocados por causas externas (Tabela 5).

Tabela 3 - Número de óbitos maternos por causa básica (CID-10). Distrito Federal, 2010 a 2021.

Causa (CID 10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
.Gravidez termina em aborto (O00-O08)	1	1	3	10	4	2	3	0	3	0	3	3	33	15,3
..O00 Gravidez ectópica	0	1	0	4	1	0	2	0	1	0	1	0	10	4,6
..O01 Mola hidatiforme	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
..O02 Outros produtos anormais da concepção	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
..O03 Aborto espontâneo	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	5	2,3
..O05 Outros tipos de aborto	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	5	2,3
..O06 Aborto NE	0	0	3	3	1	0	1	0	0	0	1	1	10	4,6
..O07 Falha de tentativa de aborto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
.Hipertensão pré-existente complicando GPP (O10)	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	4	1,9
.Hipertensão arterial na GPP (O11-O16)	5	4	4	2	5	2	4	4	2	1	0	2	35	16,2
..O11 Distúrbios hipertensivos pré-existent com proteinúria superposta	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
..O13 Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9
..O14 Hipertensão gestacional com proteinúria significativa	1	2	2	0	1	2	3	3	1	1	0	2	18	8,3
..O15 Eclampsia	2	1	1	2	4	0	1	1	0	0	0	0	12	5,6
..O16 Hipertensão materna NE	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0,9
.Complicações venosas na gravidez (O22)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
.Infecções do trato geniturinário na gravidez (O23)	1	1	0	1	1	0	3	0	0	0	1	0	8	3,7
.Diabetes mellitus na gravidez (O24)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,5
.Transtornos do fígado na GPP (O26.6)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	1,4

Notas: * GPP=Gravidez, parto e puerpério, NCOP=Não Classificadas em Outra Parte, NE=Não Especificada

Tabela 3 – (Continuação) Número de óbitos maternos por causa básica (CID-10). Distrito Federal, 2010 a 2021.

Causa (CID 10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
.Hemorragias (O44-O46, O62, O67, O72)	2	4	1	5	1	3	3	5	2	1	2	0	29	13,4
..O44 Placenta prévia com hemorragia	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0,9
..O45 Descolamento prematuro da placenta	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	0	0	7	3,2
..O46 Hemorragia anteparto NCOP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
..O62 Anormalidades da contração uterina	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1,9
..O67 Outras hemorragias intraparto	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9
..O72 Hemorragia pós-parto	1	1	0	2	1	2	0	3	1	0	2	0	13	6,0
.Traumatismo obstétrico (O70 e O71)	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	4	1,9
..O70 Laceração do períneo durante o parto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,5
..O71 Outros traumas obstétricos	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1,4
.Complicações da anestesia no parto (O74)	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,9
.Infecções puerperais (O85 e O86)	1	1	1	0	1	0	1	1	3	1	0	0	10	4,6
.Complicações venosas no puerpério (O87)	0	1	0	0	0	1	0,5							
.Embolia de origem obstétrica (O88)	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4	1,9
.Complicações do puerpério NCOP (O90)	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	4	1,9
.Afecções da mama associadas ao parto (O92)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,5
.Morte obstétrica de causa NE (O95)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	1,4
.Doença infecto parasitária complicando GPP (O98)	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	3	20	27	12,5
..Covid-19											3	19	22	10,2
.Outras doenças maternas complicando GPP (O99)	7	5	6	1	3	4	2	3	4	3	3	5	46	21,3
Total	17	17	18	21	17	12	21	15	21	8	13	33	216	100,0

Notas: * GPP=Gravidez, parto e puerpério, NCOP=Não Classificadas em Outra Parte, NE=Não Especificada

Tabela 4 - Óbitos maternos tardios. Distrito Federal, 2010 a 2021.

Causa	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
.Gravidez ectópica (O00)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
.Aborto espontâneo (O03)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Outros tipos de aborto incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos (O05)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
.Hipertensão pré-existente complicando GPP (O10)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
.Aborto NE (O06)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
.Hipertensão gestacional com proteinúria significativa (O14)	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
.Hipertensão materna NE (O16)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez (O26)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Hemorragia pós-parto (O72)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
.Outras infecções puerperais (O86)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Embolia de origem obstétrica (O88)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
.Complicação do puerpério NCOP (O90)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
.Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem na GPP (O98)	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	5
..HIV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
..Covid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1
.Outras doenças maternas classificadas em outra parte mas que complicam a GPP (O99)	1	1	0	2	1	0	2	3	1	1	6	3	21
Total	3	3	1	3	3	3	3	6	2	1	8	5	41

Notas: * GPP=Gravidez, parto e puerpério, NCOP=Não Classificadas em Outra Parte, NE=Não Especificada

Tabela 5 – Óbitos maternos incidentais. Distrito Federal, 2010 a 2021.

Causas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
.Neoplasias (C00-D48)	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	5
.Doenças do Sistema Nervoso (G61)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	5
.Doenças do Aparelho Digestivo (K86)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.Causas mal definidas (R99)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
.Causas externas	2	5	1	4	2	2	3	2	3	1	3	2	30
..Acidentes de transporte (V01-V99)	2	4	1	2	1	1	2	0	0	0	1	0	14
..Quedas (W13)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
..Afogamentos (W69)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
..Suicídios (X70)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	3
..Agressões (X85-Y09)	0	1	0	0	1	0	1	2	2	1	2	1	11
Total	4	8	1	6	5	4	3	2	3	2	3	3	44

Figura 4 - Coeficiente de mortalidade de mulheres em idade fértil comparado à razão de mortalidade materna. Distrito Federal, 2010 a 2021.



Análise de possíveis fatores de risco

O maior número de óbitos maternos ocorreu entre mulheres de 30 a 39 anos, porém o maior risco foi visto na faixa etária de 40 a 49 anos, com RMM de 130,9 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (Tabela 6).

Quanto ao grau de instrução, 63,8% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres com mais de 8 anos de escolaridade, entretanto, merece destaque a percepção de um maior risco de morte nos grupos de baixa escolaridade (nenhuma e de 1 a 3 anos), com RMM superior a 223,9 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos.

Mais da metade dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres de raça/cor pardas (53,7%), 36,1% em brancas e 9,3% em pretas. Nenhum óbito ocorreu em mulheres indígenas e amarelas.

Considerando o número de consultas de pré-natal, 61,6% das mulheres que foram a óbito no período analisado realizaram menos de 7 consultas, enquanto 23,1% realizaram 7 ou mais. Na análise de risco, verificou-se que quanto menor a frequência de consultas de pré-natal maior foi o risco de morte materna; sendo a maior RMM (293,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos) observada em mulheres que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Tabela 6 - Caracterização dos óbitos maternos por faixa etária, escolaridade, raça/cor e número de consultas de pré-natal. Distrito Federal, 2010 a 2020.

Variáveis	Classes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
														Nº	Razão*
Faixa etária	15-19	0	2	1	1	0	1	0	0	0	2	0	4	11	18,5
	20-29	9	6	6	9	5	4	7	4	8	1	5	11	75	31,8
	30-39	6	9	8	8	9	6	11	6	10	5	6	19	103	51,5
	40-49	2	0	3	3	3	1	3	5	3	0	2	2	27	130,9
Escolaridade	Nenhuma	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	406,0
	1-3 anos	2	1	0	4	3	1	0	3	3	1	2	3	23	223,9
	4-7 anos	4	8	6	3	1	2	6	4	1	3	1	2	41	58,4
	8-11 anos	6	3	7	7	8	3	9	7	9	3	7	15	84	33,3
	12 e+	3	3	4	5	3	6	5	1	8	1	2	13	54	30,5
	Sem informação	2	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	3	11
Raça/Cor	Branca	9	8	7	5	6	5	7	5	7	2	3	14	78	64,1
	Preta	1	0	3	2	1	1	2	1	2	1	2	4	20	98,3
	Amarela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Parda	7	8	8	14	10	5	12	9	12	5	8	18	116	44,4
	Indígena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Sem informação	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	-
Número de consultas de pré-natal	Nenhuma	1	1	3	7	3	1	2	2	7	1	4	8	40	293,0
	1-3 vezes	2	5	5	3	1	1	4	3	5	2	3	4	38	128,4
	4-6 vezes	8	3	5	2	3	1	2	4	6	4	4	13	55	53,9
	7 e +	4	6	5	5	3	2	7	5	1	1	2	9	50	13,6
	Sem informação	2	2	0	4	7	7	6	1	2	0	0	2	33	-
Total		17	17	18	21	17	12	21	15	21	8	13	36	216	41,1

Óbitos maternos ocorridos no Distrito Federal

Considerando todos os óbitos maternos ocorridos no Distrito Federal, 250 (72,7%) ocorreram em estabelecimentos públicos da SES/DF e 73 (21,2%) em

estabelecimentos privados (Tabela 7). Pelo cálculo da razão entre todos os óbitos maternos e nascimentos ocorridos nesses estabelecimentos verificou-se que em estabelecimentos da SES/DF ocorreram 53,4 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos, enquanto que nos estabelecimentos privados essa razão foi menor, 40,3 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos.

Tabela 7 - Número de óbitos maternos por tipo de estabelecimento de ocorrência*. Distrito Federal, 2010 a 2021.

Tipos de estabelecimentos de ocorrência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%
Públicos (SES-DF)	31	17	22	17	17	13	25	19	19	15	18	37	250	72,7
Outros serviços públicos	1	1	0	1	0	1	0	1	3	0	0	3	11	3,2
Privados	6	6	6	7	7	8	5	4	9	0	2	13	73	21,2
Sem informação	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	2	3	10	2,9
Total	39	25	30	26	24	22	30	24	31	15	22	56	344	100,0

Notas: *Inclui todos os óbitos ocorridos no Distrito Federal, inclusive residentes em outros Estados.

Situação de investigação

Durante os anos analisados a proporção de investigação de óbitos em MIF encerrada oportunamente variou de 22,4% em 2017 a 73,8% em 2021. O ano com maior proporção de óbitos não investigados foi 2011 (30,7%). Considerando os dados acumulados da série, apenas 48,9% dos óbitos foram investigados de maneira oportuna, e 14,2% dos óbitos não foram investigados (Tabela 8).

Tabela 8 - Situação da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Distrito Federal, 2010 a 2021.

Ano do Óbito	Investigação encerrada oportunamente	Investigação encerrada tardiamente	Não investigado
2010	37,0	48,4	14,6
2011	35,2	34,1	30,7
2012	44,2	44,5	11,3
2013	62,2	28,0	9,8
2014	57,7	29,2	13,1
2015	38,9	43,4	17,7
2016	30,8	47,0	22,2
2017	22,4	57,9	19,7
2018	49,2	37,6	13,2
2019	60,3	30,5	9,3
2020	63,4	30,9	5,6
2021	73,8	20,6	5,6
Total	48,9	36,9	14,2

Notas: *Inclui todos os óbitos de MIF, inclusive óbitos maternos.

Referente aos óbitos maternos, 29,7% das investigações foram oportunas (variando de 0,0% em 2011 a 81,0% em 2013), e o ano com o maior percentual de óbitos não investigados foi 2010 (15,0%). Considerando todo o período, 3,7% dos óbitos não foram investigados (Tabela 9).

Tabela 9 - Situação da investigação dos óbitos maternos. Distrito Federal, 2010 a 2021.

Ano do Óbito	Investigação encerrada oportunamente	Investigação encerrada tardiamente	Não investigado
2010	10,0	75,0	15,0
2011	0,0	94,1	5,9
2012	33,3	66,7	-
2013	81,0	14,3	4,8
2014	29,4	64,7	5,9
2015	16,7	75,0	8,3
2016	23,8	76,2	-
2017	6,7	93,3	-
2018	28,6	66,7	4,8
2019	37,5	62,5	-
2020	23,1	76,9	-
2021	41,7	58,3	-
Total	29,7	66,7	3,7

Discussão

Este boletim apresentou o perfil e a tendência espaço-temporal de mortalidade materna do Distrito Federal. A Covid-19 afetou o perfil de mortalidade materna do Distrito Federal, mas também afetou a mortalidade de mulheres em idade fértil. Analisar e comparar o impacto da pandemia de Covid-19 na mortalidade materna pode contribuir para prevenir as mortes evitáveis no Distrito Federal.

Dos 216 óbitos maternos registrados entre 2010 e 2021, todos foram classificados como evitáveis, segundo a Lista Brasileira de Causas de Morte Evitáveis.(5) Destes, 62,5% foram considerados óbitos por causa obstétrica direta, decorrentes principalmente de transtornos hipertensivos, abortos e hemorragias. Destaca-se que as mortes por causas obstétricas diretas refletem a baixa qualidade da atenção obstétrica.(6) Apenas em 2019 e 2021 foi observado maior proporção de causas obstétricas indiretas (62,5% e 72,2%). Das causas obstétricas indiretas, destaque para os óbitos por Covid-19, sobretudo os ocorridos no ano de 2021.

A assistência pré-natal no Brasil enfrenta dificuldades crônicas e complexas que podem influenciar diretamente os resultados maternos e perinatais. É possível que o contexto pandêmico e a priorização da Covid-19 na alocação de recursos no sistema de saúde também tenham prejudicado a qualidade do pré-natal no país, ao criar barreiras no acesso às consultas de pré-natal de rotina e exames laboratoriais.(6)

As taxas de mortalidade materna têm se mantido elevadas no Distrito Federal, porém com queda em alguns anos. Essas reduções podem ser reflexo do mascaramento de óbitos maternos, considerando a subnotificação e limitações da investigação dos óbitos de MIF.

É importante destacar que o monitoramento da magnitude da mortalidade materna é afetado pela qualidade do preenchimento das declarações de óbito, sobretudo pela omissão de informações que podem relacionar a morte com complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Além disso, muitas vezes as causas declaradas registram apenas a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, mascarando a causa básica e impedindo a identificação do óbito materno. Todas essas causas que ocultam o estado gestacional são conhecidas como máscaras.(7)

O Ministério da Saúde estabelece que a investigação dos óbitos maternos e de MIF é obrigatória; conforme Portaria GM/MS nº 1.119/2008. A estratégia de investigar a história de gravidez até doze meses antes do óbito em todas as MIF visa aumentar a sensibilidade da vigilância para a identificação de possíveis óbitos maternos mascarados, evitando assim a subnotificação.

A investigação de óbitos deve valorizar a coleta de dados em múltiplas fontes, como entrevista de familiares, pesquisa em registros de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, entrevistas com profissionais de saúde que prestaram assistência, além de informações pós-morte obtidas no IML ou serviços de verificação de óbitos.

Essas informações, além de possibilitar a correção e/ou complementação de dados da declaração de óbito, também permitem a avaliação das circunstâncias relacionadas ao óbito, com a finalidade de recomendar medidas de prevenção e controle. Além disso, a discussão da investigação dos óbitos maternos em comitê, com a participação dos profissionais da assistência à saúde é fundamental para a implementação das ações apontadas.

No DF as discussões dos óbitos maternos são realizadas com representantes da câmara técnica de ginecologia e obstetrícia e dos comitês central e regionais, a fim de classificar adequadamente as causas de óbito, identificar problemas e propor soluções.

O objetivo da vigilância do óbito materno não se restringe à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde. Assim, é imprescindível a discussão dos problemas que contribuíram para os óbitos, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade, e a definição de intervenções voltadas para a melhoria do serviço e prevenção de mortes.(7)

O fortalecimento dos Comitês Regionais de Prevenção e Controle de Óbitos Maternos e a busca pela melhoria da qualidade da investigação dos óbitos são estratégias fundamentais para o alcance dos objetivos da vigilância do óbito materno.

Uma vez que o poder de detecção de óbitos maternos precisa ser aumentado, é fundamental que a investigação de óbitos de MIF ocorra em tempo oportuno e em múltiplas fontes de dados, como forma de garantir informações confiáveis e detalhadas sobre os óbitos ocorridos.

Quanto a situação da investigação dos óbitos, a recomendação do Ministério da Saúde em acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde é de que a meta de referência para a investigação de óbitos seja de 100% para óbitos maternos, e de no mínimo, 75% para óbitos de MIF.(8) O Distrito Federal, ao longo dos últimos 10 anos, tem conseguido manter os percentuais de investigação de óbitos de MIF, em sua maior parte do tempo, acima da meta preconizada; entretanto, em relação a investigação de óbitos maternos, a meta de 100% não tem sido alcançada sistematicamente.

Quanto a oportunidade da investigação (em até 120 dias após o óbito) os resultados mostram que existe atraso para a conclusão das investigações; especialmente para os óbitos maternos que apresentaram média de 29,7% no período. Este resultado chama a atenção, uma vez que estas investigações fazem parte das prioridades estabelecidas, com vista a qualificação de informações estratégicas que possibilitem um oportuno diagnóstico situacional e a implementação de ações para o enfrentamento dos problemas identificados.

Além disso, os dados apresentados neste relatório não excluem a possibilidade de subnotificações e falhas de registros, bem como limitações inerentes a capacidade de aferir o risco de óbito a partir dos métodos utilizados (razão de mortalidade materna e cálculo do Odds Ratio), além da influência de outros fatores que porventura possam interferir nos resultados obtidos; como por exemplo: diferenciais na disponibilidade de acesso aos serviços de saúde etc.

Por fim, o fortalecimento da vigilância do óbito materno e a melhoria da assistência à saúde da mulher, especialmente no período gravídico-puerperal representam um importante desafio para o Distrito Federal. É fundamental que se garanta a qualidade da investigação dos óbitos de MIF e maternos de forma a contribuir com o Sistema de Informação de Mortalidade e a elaboração de políticas de saúde efetivas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. OPAS. Folha Informativa - Mortalidade Materna, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820> Acesso em 03 de maio de 2021
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
4. RIPSAs. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. RIPSAs, 2ª ed. Brasília: OPAS, 2008. Disponível

em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em 03 de maio de 2021

5. MALTA DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):233-244, 2007
6. TAKEMOTO MLS et al. Maternal Mortality and Covid-19. The Journal of Maternal-fetal e Neonatal Medicine, V. 35, n° 12, p. 2355-2361, 2022
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol.51 n°20, maio de 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>> Acesso em 03 de maio de 2021.
8. CONASS. NOTA TÉCNICA - Indicadores universais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2013 – 2015. Vigilância da Mortalidade Materna, 2015 Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT-8-VIG-MORT-MATERNA.pdf> Acesso em 03 de maio de 2021.