

**COORDENADORIA GERAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
SAÚDE DA MULHER**

**RELATÓRIO ANUAL  
COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA  
DE PORTO ALEGRE -2018**

**Junho de 2019**



**Prefeitura de  
Porto Alegre**

SECRETARIA DE SAÚDE



# RELATÓRIO ANUAL COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE -2018



## Elaboração e informações

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Secretário Municipal de Saúde

Pablo Stürmer

### ASSEPLA – Assessoria, Planejamento, Monitoramento e Avaliação

Avenida João Pessoa, 325

Centro Histórico, Porto Alegre – RS, 90040-000

Email: areamulher@sms.prefpoa.com.br

Contato: (51) 3289 – 2779

### Elaboração Técnica

Luciana Silveira Campos

ASSEPLA – Assessoria, Planejamento, Monitoramento e Avaliação

## Componentes do Comitê de Mortalidade Materna

Aline Vieira Medeiros – Gerência Distrital Centro

Andréia Polanczyk Welter – Gerência Distrital da Glória/ Cruzeiro/ Cristal;

Camila da Silva Campos – Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro;

Camilla Schneck – Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre;

Daniele Lima Alberton – Gerência Distrital Sul/ Centro Sul;

Denise Loureiro Pedroso – Gerência Distrital Centro;

Elaine Oliveira Soares – Ações Específicas da Saúde da População Negra – SMS

Fabiane Dubina – Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar;

Fernanda Uratani – Gerência Distrital Partenon/ Lomba do Pinheiro;

Helena Beatriz Scheeren – Gerência Distrital Restinga/ Extremo Sul;

Janete Vattorazzi – Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

Janine Cavagnolli – Gerência Distrital Sul/ Centro Sul;

José Antonio Perroni – Hospital São Lucas da PUC;

Loreni Lucas – Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre;

Luciane da Silva – COREN-RS;

Magali QueirozDuarte Torres – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre;

Marcia Ruschel Meine – Gerência Distrital Leste/ Nordeste;

Marcos Wengrover Rosa – Hospital Moinhos de Vento;

Maria Lúcia da Rocha Opperman – CREMERS e Hospital Mãe de Deus

Marla Spilki – Gerência Distrital Norte/ Eixo Baltazar;

Mauria Rosana Gehlen – Gerência Distrital Restinga/ Extremo Sul;

Patrícia Conzatti Vieira – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – SMS;

Rosane C. A. Teixeira – Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC;

Silvana Aline Cordeiro Antonioli – Gerência Distrital da Glória/ Cruzeiro/ Cristal;

Silvia Casagrande – Gerência Distrital Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas;

Solange Rousara de S. Brito – Ações Específicas da Saúde da População Negra –SMS

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como uma questão que merece atenção e destaque na saúde pública. Desde os anos 80 o mundo tem se mobilizado para combater a morte de mulheres durante a gravidez, parto ou puerpério. Durante este período, milhares de mulheres perderam a vida por causas relacionadas à gestação. As principais condições biomédicas identificadas foram: hemorragia pós-parto, doenças hipertensivas, eclâmpsia e complicações do aborto, todas causas evitáveis.

Na intensificação dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, incluindo as ações de prevenção, detecção precoce de complicações e o enfrentamento das complicações obstétricas, os determinantes sociais da saúde passaram a ser considerados. Educação, renda, local de nascimento, aspectos culturais das relações de gênero e do papel da mulher na sociedade estão refletidos nos indicadores de mortalidade materna. Assim, elevados índices são indicativos de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A partir desse entendimento, a mortalidade materna passou a ser vista para além das condições de saúde e da qualidade da assistência, passando a ser compreendida como um indicador de desenvolvimento social. Assim, a redução da mortalidade materna foi incluída entre os Objetivos do Milênio (ODM), uma iniciativa global promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) subscrita por governos de mais de 180 países, visando o desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza, por meio de um conjunto de metas a serem atingidas entre os anos de 2000 a 2015.

Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas em todo o mundo. O Relatório Saúde nas Américas + 2017, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), indicou que a região obteve importantes conquistas em matéria de saúde, inclusive o alcance de várias metas incluídas entre os ODM. Contudo, não foram alcançadas as metas associadas ao ODM 5, que propunha uma redução de 75% nos índices de morte materna.

A nova proposta da ONU, Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, mantém entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) o combate à mortalidade materna evitável e propõe que a taxa de mortalidade materna global deve ser reduzida para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ODS 3.1).

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil caiu de 143 para 60 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de 58% entre 1990 e 2015. Para que se atinja o ODS 3.1 até 2030 é necessária uma redução da mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil para o ano de 2010. Segundo a OMS, o coeficiente de mortalidade materna ideal é de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo aceitável até 20 mortes 100.000 nascidos vivos.

Para isso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede de Cuidados Materno Infantil denominada Rede Cegonha (RC), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no país, propondo cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Propõe para as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. As diretrizes da RC visam a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco; a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro e as boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Acrescendo as ações da RC, o Ministério da Saúde apresentou em 2017 o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON), que propõe a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em 95 hospitais de ensino e hospitais universitários, que atuam como unidades auxiliares de ensino da RC. A iniciativa preconiza a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual.

Em Porto Alegre, cerca de 70% da população feminina utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso equivale a um total de 528.894 mulheres, sendo que destas aproximadamente 310.965 estão em idade fértil (10 – 49 anos), conforme o IBGE 2010. Por meio do Porto Alegre Cuidando da Mãe e do Bebê, que define a regionalização do parto e do nascimento. Nele as gestantes são informadas de qual hospital será realizado seu parto e onde serão atendidas se houver indicação de pré-natal de alto-risco ou nas intercorrências do ciclo gravídico puerperal. A gestante também pode conhecer a maternidade, através de visita programada e tem o direito garantido da presença de acompanhante no período de periparto (Lei 11.108/2005). Após o parto, as consultas de revisão na Unidade de Saúde para a mãe e para o bebê estão garantida através da marcação direta realizada pelo hospital.

Anterior a essas medidas, a política da saúde da mulher do município atende a determinação da Portaria nº 1.399/1999 do Ministério da Saúde que estabelecendo o Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, que analisa e monitora todos os óbitos maternos ocorridos no município, definindo medidas preventivas. É um organismo interinstitucional, de atuação sigilosa e caráter educativo e epidemiológico, composto por membros da Secretaria da Saúde (ASSEPLA e Vigilância em Saúde), das maternidades de referência, serviços de saúde, conselhos de categorias profissionais e organizações não governamentais, entre outros. É um instrumento da gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, sendo um agente fundamental na redução dos óbitos maternos da cidade de Porto Alegre.

Considerando, portanto, a redução da mortalidade materna um compromisso assumido por este município, tornam-se públicos os dados monitorados referente ao ano de 2018, por meio deste documento.

## CONCEITOS BÁSICOS

O Ministério da Saúde, define os seguintes conceitos:

**Morte Materna** – é a morte de uma mulher durante a gestação, parto, ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna a que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

**Morte Materna Obstétrica Direta** – é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

**Morte Materna Obstétrica Indireta** – é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

**Mortalidade Materna Não Obstétrica** – é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

**Morte Materna Tardia** – é a morte de uma mulher em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez devido a causas obstétricas diretas ou indiretas.

**Morte Materna Declarada** – é quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito materno.

**Mulher em Idade Fértil** – no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos. A base de cálculo para as informações prestadas também pode ser averiguada através das seguintes fórmulas:

Cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) - Número de óbitos maternos (diretos e indiretos até 42 dias) sobre o número de nascidos vivos x 100.000

**As mortes maternas tardias e as externas não são contabilizadas neste cálculo.**

## METODOLOGIA

O Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre (CMM-POA) é constituído de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, contando com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, hospitais-maternidades, gerências de saúde, controle social e representantes dos conselhos profissionais estaduais. O CMM-POA é um espaço educativo de construção e revisão de processos de trabalho, atuando de maneira técnica, sigilosa e não-punitivo. O comitê é responsável pela investigação dos casos de mortalidade materna, bem como sua classificação, elaboração de propostas e intervenções junto aos demais integrantes e equipamentos de saúde envolvidos.

Com base no Portaria Nº 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos no âmbito federal, o município de Porto Alegre investiga todos os casos de óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada. Os óbitos são examinados pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e em caso de suspeita de morte materna, os registros são encaminhados para investigação pelo CMM. As Declarações de Óbito (DO) são recolhidas dos Cartórios de Registro Civil do município de Porto Alegre e encaminhados para a CGVS. A equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não-Transmissíveis analisa as DO, e de acordo com o preenchimento dos campos referentes à “Óbito de mulheres em idade fértil” (campo 37) e as causas da morte (campo 40) classificam essas declarações como suspeita de óbito materno. Além disso, as informações são cruzados com outras bases de dados como SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIH (Sistema de Informação Hospitalares), SINAN (Sistemas de Agravos de Notificação) e E-SUS.

Em caso de suspeita ou confirmação de morte materna, uma cópia da DO é encaminhada para o CMM, envia os formulários de investigação para a gerências e unidades de saúde onde a mulher foi atendida e para o serviço hospitalar onde ocorreu o óbito, a fim de coletar dados referentes a assistência no parto, pré-natal e demais informações que possam auxiliar na investigação.

Os dados coletados pelos diversos níveis de atenção são discutidos nas reuniões mensais do CMM, costurando-se os passos dessas mulheres dentro da rede assistencial, classificando os casos de acordo com as informações reunidas (Morte Materna Direta, Indireta, Tardia, Externa e Indeterminada), identificando “se” e “quais” processos poderiam ter sido realizados para evitar o desfecho e quais as medidas a serem tomadas para prevenção de casos semelhantes.

Concluindo os trabalhos executados pelo CMM, constrói-se o relatório de mortalidade materna anual, contendo análises epidemiológicas, propondo ações, intervenções e reflexões acerca do panorama de mortalidade materna do município de Porto Alegre. O relatório é construído a partir das diretrizes ditadas pelo Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MS, 2009), respeitando as diretrizes mínimas de consolidação dos dados e utilizando como indicadores a razão de mortalidade materna (RMM) geral e específica.

### Cálculo para razão de mortalidade materna geral:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

### Cálculo para razão de mortalidade materna específica:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos variável específica}}{100.000} \times \text{N.º de nascidos vivos}$$

## RESULTADOS

A partir da frequência de óbito (coeficiente de mortalidade materna) ocorre, verifica-se a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher, condições de vida, desigualdades sociais e da fragilidade das políticas públicas específicas para este grupo.

Porto Alegre possui uma equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis que gerencia em nível municipal os seguintes sistemas e programas: SIM (Mortalidade), SINASC (Nascidos Vivos), PRANENÊ (Crianças no 1º ano de vida), SISPRENATAL (Gestantes), VIVA (Vigilância da Violência), SISMAMA (Câncer de Mama), SISCOLO (Câncer de Colo do Útero) e DANT (Doenças e Agravos não Transmissíveis). Esta equipe monitora estes sistemas e os mantém atualizados, disponíveis para consulta. Além disso, são tornados públicos relatórios de gestão da saúde e dos sistemas e programas supracitados, elaborados com o apoio dos trabalhadores das áreas técnicas das políticas em saúde. Na página virtual da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), há também um compilado de materiais de apoio e legislações disponíveis para a consulta.

Através do SIM é possível obter o número de óbitos maternos no ano de 2018, apresentado na figura 1.

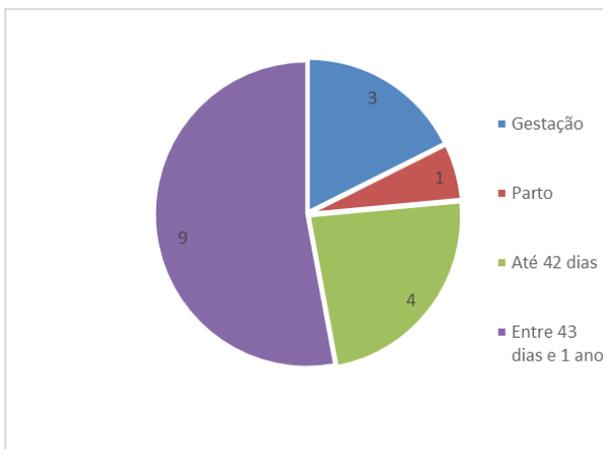
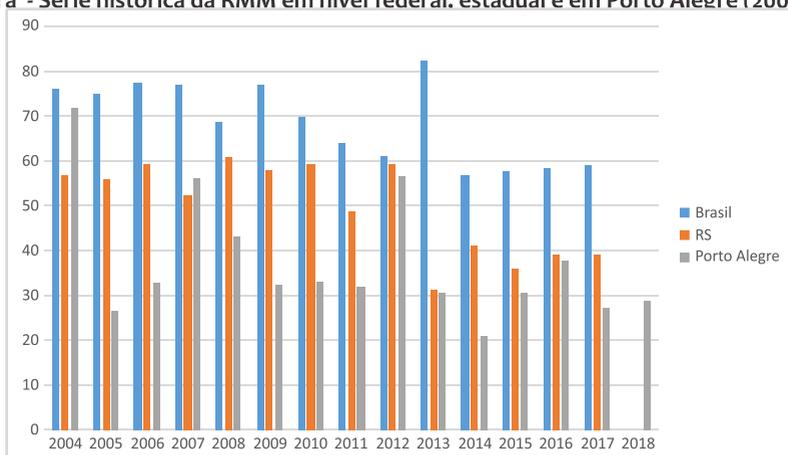


Figura - Número de óbitos classificados quanto ao tipo de morte materna em 2018 em Porto Alegre  
Fonte: PMPA / SMS / CGVS / EVEV, 2019.

A SMS vem atuando na qualificação da assistência às gestantes desde 2004, empreendendo ação a regionalização dos serviços de saúde por maternidade; implantação da Rede Cegonha, pactuação e monitoramento de indicadores e metas; implantação de protocolos assistenciais nas maternidades e serviços de saúde; agilização no agendamento do Pré-Natal de Alto Risco e a qualificação das investigações dos óbitos maternos. O impacto destas ações se expressa nos resultados da RMM do município, que tem reduzido gradualmente. A série histórica em nível federal, estadual e municipal está descrita na Figura 2.

**Figura - Série histórica da RMM em nível federal, estadual e em Porto Alegre (2004-2018)**



Fonte: CMM - POA, 2019 /VITAIS, 2019 /SIM,2019 /SINASC, 2019 / IBGE, 2010.

O ano de 2018 conta apenas com o coeficiente de mortalidade materna municipal. Este número é resultado do cálculo para a RMM, em que são considerados os óbitos classificados como diretos e indiretos. A classificação quanto ao tipo de tipo de óbito materno pela CMM está descrita na Tabela 1.

**Tabela 1 - Óbitos maternos classificados quanto ao tipo de causa obstétrica no ano de 2018**

Causa obstétrica	N (%)
Direta	2 (11,76)
Indireta	3 (17,64)
Tardia	3 (17,64)
Externa	9 (52,94)
<b>Total</b>	<b>17</b>

Fonte: CMM-POA, 2019

Dois óbitos foram causados por doenças e/ou complicações obstétricas. Três óbitos foram causados por doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gestação, parto ou puerpério até 42 dias. Eventos tardios, ocorridos entre 43 dias e um ano após o fim da gestação foram causa do óbito de três mulheres. As causas externas foram responsáveis pelo óbito de nove pacientes. No cálculo da RMM são considerados apenas os óbitos maternos diretos e indiretos (cinco). No ano de 2018 a RMM foi de 28,6. A tabela 2 apresenta os cinco óbitos que compõe a RMM classificados por causa segundo a Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10).

**Tabela 2 – Classificação pelo CID-10 das causas obstétricas de óbito em 2018**

Classificação CID-10	N
	1
	1
	1
	1
	1

Fonte: CMM - POA, 2019

O Comitê classifica as causas de morte de acordo com o capítulo XV da CID 10 – complicações da gravidez, parto e puerpério - avaliando a evitabilidade dos casos. Busca-se identificar todos os fatores, uma vez que o que determina os eventos é o conjunto dos determinantes biológicos, sociais, econômicos e de prestação de serviços. As cinco mortes maternas de causa obstétrica do ano de 2018 foram consideradas evitáveis pelo CMM. A tabela 3 apresenta faixa etária, escolaridade e raça dessas mulheres.

**Tabela 3. Faixa etária, raça e escolaridade das mulheres que foram a óbito por causa óbito classificados quanto ao tipo de causa obstétrica em 2018.**

Classificação CID-10	Faixa etária	Raça	Escolaridade
Epilepsia (CID O993)	> De 35 anos	Branca	Ignorada
Fígado gorduroso (O226)	> De 35 anos	Preta	Ensino fundamental II
Apendicite com abscesso (O996)	20 a 35 anos	Branca	Ensino médio completo
Embolia pulmonar (O882)	20 a 35 anos	Branca	Ensino fundamental I
Tuberculose (O980)	20 a 35 anos	Parda	Ensino médio incompleto

Fonte: CMM-POA, 2019/ SINASC, 2019

Ao contrário do ano passado, não houve casos de morte materna na faixa etária abaixo de 20 anos, onde a literatura descreve um maior risco de morte. E 2017 não houve nenhum óbito na faixa etária acima de 35 anos. O pequeno número de óbitos em Porto Alegre torna as RMM específicas para faixa etária, escolaridade muito variáveis de um ano para o outro, acrescentando pouco significado à análise global, tendo utilidade maior na compreensão qualitativa da cadeia de fenômenos que desencadearam cada óbito.

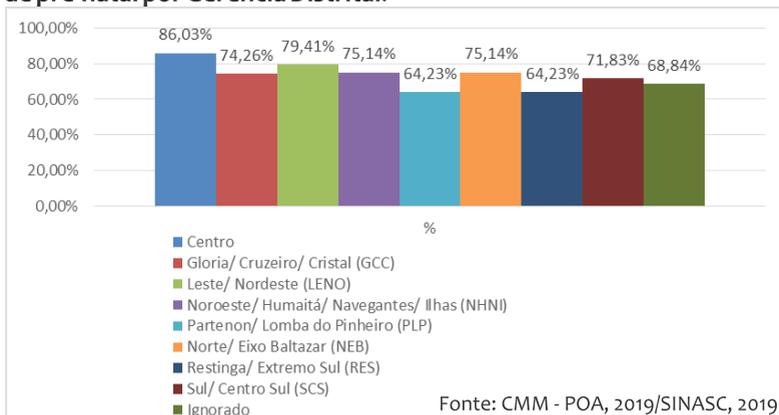
As RMM específicas podem ser avaliadas ao longo do tempo. Assim como em 2017, a RMM de mulheres brancas foi menor (24,04) que a de mulheres negras ou pardas 9(40,3), tendência verificada nos anos anteriores. Tal fenômeno corrobora dados da literatura. Em 2018, o número de mulheres negras que não realizou pré-natal ou fez entre 1 e 3 consultas é duas vezes maior que o de mulheres brancas (5,16% vs 11,35%). A tabela 4 apresenta o número de óbitos e número de nascidos vivos por Gerência Distrital em 2018. No ano de 2017, Glória/ Cruzeiro/ Cristal (GCC); Restinga/ Extremo Sul (RES) e Sul/ Centro Sul (SCS) não registraram casos de morte materna.

**Tabela 4. Número de óbitos e número de nascidos vivos- Gerência Distrital em 2018**

Gerência	N	NV
Centro	0	2219
Gloria/ Cruzeiro/ Cristal (GCC)	2	1717
Leste/ Nordeste (LENO)	0	2088
Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas (NHNI)	1	2007
Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP)	1	2392
Norte/ Eixo Baltazar (NEB)	2	2457
Restinga/ Extremo Sul (RES)	0	1465
Sul/ Centro Sul (SCS)	0	1465
Ignorado	0	934

Fonte: CMM - POA, 2019/SINASC, 2019

Na **figura 3** é apresentado o **percentual de gestantes que fez sete ou mais consultas de pré-natal por Gerência Distrital**.



Embora Porto Alegre como um todo tenha atingido a meta de abranger 75% de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, as gerências Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP) e Restinga/ Extremo Sul (RES) ficaram abaixo da meta. No ano anterior apenas as gerências Sul/ Centro Sul (SCS), Leste/ Nordeste (LENO) e Centro tinham atingido a meta. A OMS recomenda a realização de sete ou mais consultas entre pré-natal e puerpério, uma vez que as evidências científicas apontam que o maior número de consultas diminui a probabilidade de natimortos e mortalidade materna, ampliando as oportunidades de detecção de potenciais intercorrências durante o parto e puerpério. Considerando a esfera de atendimentos prestados (SUS, privado e público-privado), sendo hospitais públicos àqueles que atendem exclusivamente pelo SUS; privados os que ofertam serviços apenas à rede privada e suplementar e mistos, como àqueles contratualizados pela rede SUS, mas que também atendem a rede privada e suplementar. Em 2018, dois óbitos ocorreram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um óbito ocorreu no Hospital Nossa Senhora da Conceição, outro no Hospital Independência e um óbito ocorreu no domicílio. A tabela 5 apresenta os óbitos maternos por causas externas, que aumentaram nos últimos anos. Com exceção do óbito sob o CID Y004, devido ao desabamento do teto da residência, os outros óbitos foram ocasionados violentamente. A violência contra a mulher é uma questão em aberto na sociedade brasileira, que inclui fatores culturais, políticos e econômicos. Entretanto, a literatura tem demonstrado um aumento das mortes maternas em países desenvolvidos com os Estados Unidos, um fenômeno novo, de difícil compreensão, para o qual novas tentativas de enfrentamento estão sendo delineadas atualmente.

**Tabela 5- Classificação pelo CID-10 dos óbitos maternos de causas externas do ano de 2018**

CLASSIFICAÇÃO CID-10	N
Durante a gestação ou 42 dias após o parto	
Impacto causado por objeto lançado ou em queda (W200)	1
Homicídio arma de fogo (X954)	1
Agressão por objeto contundente (Y004)	1
Após 43 dias até 1 ano após o parto	
Homicídio por arma de fogo (X950)	2
Homicídio por arma de fogo (X954)	3
Agressão por meio não especificado (Y095)	1

Fonte: CMM - POA, 2019/SINASC, 2019

## CONSIDERAÇÕES

Atualmente Porto Alegre registra um coeficiente de mortalidade materna de 28,6, ainda longe dos níveis recomendados de pela OMS de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e, aceitável de até 20 mortes por nascidos vivos. Para que eles sejam atingidos é necessário que se reduza em 35% da RMM. O risco de morte materna na capital está de uma morte para cada 1.055 mulheres em idade fértil. Este índice analisa a probabilidade cumulativa do óbito como resultado de uma gravidez ao longo do período reprodutivo da vida da mulher. Calcula-se multiplicando a taxa de mortalidade materna pelos anos do período reprodutivo. Ou seja, 39 anos-mulheres, que equivale à idade dos 10 aos 49 anos.

Considerando os fatores de risco para morte materna, verificou-se que o perfil traçado nos últimos anos se modificou em relação ao indicador faixa etária. Morreram mais mulheres jovens adultas, entre 20 e 34 anos e com mais anos de estudo do que nos anos anteriores, o que pode refletir apenas o aumento da escolaridade da população como um todo.

Os números também demonstram que Porto Alegre não conseguiu superar a cultura da iniquidade racial, que marginaliza e dificulta o acesso igualitário aos bens e serviços públicos, que se estende para toda a população parda e negra, em todos os ciclos da vida. O número de mulheres negras que não realizou pré-natal ou que realizou um número insuficiente de consultas é duas vezes maior que o da população branca, ilustrando as dificuldades de acesso.

Destaca-se ainda o alto índice de mortes maternas por causas externas, fenômeno que se repete nos países desenvolvidos, onde os números de morte materna violenta têm aumentado. Isso indica que a conformação da violência na sociedade tem grandes implicações à saúde das mulheres, expressando-se nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e nos custos, diretos e indiretos. Embora a violência seja um fenômeno que transcenda às questões de saúde, alguns programas vinculados a assistência à saúde tem demonstrado sucesso nos Estados Unidos e são pauta de discussão no Comitê de Morte Materna. Planejamos o delineamento de uma estratégia semelhante, adaptada para a realidade do município de Porto Alegre.

A morte materna é determinada por uma série de fatores sociais, que vão desde a dificuldade de acesso à educação, aos serviços de saúde e a bens de consumo, abrangendo questões étnico-raciais e falhas nos processos de atendimento. Portanto, faz-se necessária a continuidade de esforços intersetoriais e interinstitucionais, para eliminar as mortes maternas evitáveis e buscar um patamar de saúde cada vez mais elevado.

## REFERÊNCIAS

- BATISTA, Luís Eduardo et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso)>. Acesso em: Jun/2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)>. Acesso em Jun/2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Portaria Nº1.119, de 5 de Junho de 2008. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html)>. Acesso em: Jun2018.
- LÓPEZ, Laura C. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. Sergipe: UFS. TOMO. N. 28 JAN/JUN. 2016. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424>> Acesso em: Jun/2018.
- MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.623-638, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>. Acesso em: Jun/2018.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. OMS, 2017.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Eventos Vitais. Porto Alegre: PMPA/ SMS/ CGVS/ EVEV, 2017. Disponível em: <<https://public.tableau.com/profile/eugenio.lisboa5167#!/>> Acesso em: Jun/2018.