

MORTALIDADE POR SÍNDROMES HIPERTENSIVAS GESTACIONAIS NO BRASIL: UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 2014 A 2023

MORTALITY FROM GESTATIONAL HYPERTENSIVE SYNDROMES IN BRAZIL: AN EPIDEMIOLOGICAL PROFILE FROM 2014 TO 2023

Gustavo dos Santos **Machado**¹, Anny Larissa **Leite**², Isabella Teixeira **Cortês**³, Iasmim Santos **Ramiro**⁴, Hingrid Stephani Rodrigues **Ribeiro**⁵, Renata **Jardim**⁶

Resumo

Introdução: as Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG) são uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo, refletindo desigualdades regionais, sociodemográficas. Apesar dos avanços nas políticas públicas, a razão da mortalidade materna permanece elevada, evidenciando falhas na assistência obstétrica e no acesso equitativo à saúde. **Objetivo:** traçar o perfil epidemiológico da mortalidade materna associada às Síndromes Hipertensivas Gestacionais no Brasil, no período de 2014 a 2023. **Métodos:** estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo e quantitativo, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Foram incluídos todos os óbitos maternos por SHG registrados no Brasil entre 2014 e 2023, com classificação CID-10 entre O10 e O16. As variáveis analisadas incluíram idade, cor/raça, escolaridade, estado civil, região e tipo de síndrome. **Resultados:** foram registrados 3.330 óbitos por SHG no período. As regiões com maior número absoluto de mortes foram Nordeste (38,4%) e Sudeste (30,3%), com destaque para a maior taxa proporcional no Norte (2,81/100 mil). A maioria dos óbitos ocorreu entre mulheres pardas (55,5%), de 30 a 39 anos (42,7%), com escolaridade entre 8 e 11 anos e estado civil solteiro. A eclâmpsia foi a principal causa (43,6%). **Conclusão:** a mortalidade por SHG reflete desigualdades sociais e territoriais. Fortalecer o pré-natal, garantindo o acesso qualificado e equitativo à saúde são medidas urgentes para reduzir essas mortes evitáveis.

Palavras-chave: mortalidade materna; fatores socioeconômicos; epidemiologia descritiva; saúde da mulher.

Abstract

Introduction: gestational Hypertension Syndromes (GHS) are one of the leading causes of maternal mortality in Brazil and worldwide, reflecting regional and sociodemographic inequalities. Despite advances in public policies, the maternal mortality rate remains high, highlighting shortcomings in obstetric care and equitable access to healthcare. **Objective:** to outline the epidemiological profile of maternal mortality associated with Gestational Hypertension Syndromes in Brazil, from 2014 to 2023. **Methods:** an epidemiological, observational, retrospective, and quantitative study based on data from the Mortality Information System (SIM/DATASUS). All maternal deaths due to GHS registered in Brazil between 2014 and 2023, with ICD-10 classification between O10 and O16, were included. The variables analyzed included age, race/ethnicity, education level, marital status, region, and type of syndrome. **Results:** 3,330 deaths due to HGH were recorded during the period. The regions with the highest absolute number of deaths were the Northeast (38.4%) and Southeast (30.3%), with the North showing the highest proportional rate (2.81/100,000). The majority of deaths occurred among mixed-race women (55.5%), aged 30 to 39 years (42.7%), with 8 to 11 years of schooling and single marital status. Eclampsia was the main cause (43.6%). **Conclusion:** mortality due to HGH reflects social and territorial inequalities. Strengthening prenatal care, guaranteeing qualified and equitable access to health, are urgent measures to reduce these preventable deaths.

Keywords: maternal mortality; socioeconomic factors; descriptive epidemiology; women's health.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna constitui um dos principais indicadores de qualidade da assistência à saúde da mulher e do desempenho dos sistemas de saúde (Oliveira *et al.*, 2024a). Sua ocorrência está intrinsecamente relacionada a determinantes clínicos, estruturais, sociais e econômicos, o que a torna um evento sentinela da equidade no acesso e na efetividade das políticas públicas voltadas à gestação, ao parto e ao puerpério (OMS, 2019). Apesar dos avanços institucionais no Brasil nas últimas décadas, como a Rede Cegonha e a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a razão da mortalidade materna no país permanece acima dos parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), refletindo desigualdades profundas entre regiões, grupos étnico-raciais e condições socioeconômicas (OMS, 2019; Oliveira *et al.*, 2024b).

Dentre as causas obstétricas diretas, as Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG), que incluem a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e as hipertensões crônicas agravadas pela gestação configuram-se como uma das principais responsáveis pelos óbitos maternos no Brasil e no mundo (Dadzie *et al.*, 2020). Essas condições se iniciam geralmente após a 20ª semana gestacional, evoluindo com elevação da pressão arterial e, em casos mais graves, comprometimento multissistêmico. A eclâmpsia, forma mais severa do espectro, pode resultar em convulsões, complicações neurológicas, morte materna ou fetal (Costa Junior *et al.*, 2025).

O problema se agrava quando se considera que a ocorrência das SHG e suas consequências letais não estão distribuídas de maneira uniforme na população. Diversos estudos apontam que mulheres negras, com baixa escolaridade, sem parceiro estável, residentes em regiões com menor cobertura de atenção básica ou com piores indicadores socioeconômicos são desproporcionalmente afetadas (Moreira; Motta, 2021; Araújo *et al.*, 2025). A escassez de recursos diagnósticos, a demora no reconhecimento de sinais de gravidade, as barreiras no acesso a serviços de referência e as falhas na continuidade do cuidado contribuem para o desfecho fatal (Viana *et al.*, 2022). Assim, investigar os padrões epidemiológicos da mortalidade materna por SHG não apenas revela lacunas nos serviços de saúde, como também ilumina injustiças estruturais que perpetuam a vulnerabilidade de determinados grupos.

O presente estudo justifica-se, pela necessidade de compreender a magnitude e a distribuição dos óbitos por SHG em território nacional, com foco nas disparidades regionais e sociodemográficas. A produção de evidências sobre o perfil dessas mortes é essencial para subsidiar políticas públicas mais equitativas, voltadas ao fortalecimento da atenção obstétrica e ao enfrentamento das iniquidades em saúde. Além disso, trata-se de um tema prioritário para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3, que visa reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 por 100 nascidos vivos até 2030 (ONU; 2015; Moreira; Motta, 2021).

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo geral traçar o perfil epi-

demiológico da mortalidade materna associada às síndromes hipertensivas gestacionais no Brasil, no período de 2014 a 2023.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, retrospectivo e com abordagem quantitativa. A hipótese central do estudo consistiu na existência de desigualdades regionais, demográficas e sociais associadas à ocorrência desses óbitos, refletidas em variáveis como idade, cor/raça, escolaridade e estado civil.

A população do estudo compreendeu todos os óbitos maternos registrados no território brasileiro entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2023, com causa básica de morte atribuída às SHG, segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10). Foram incluídos os registros classificados sob os seguintes códigos: O10 (hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério), O11 (distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta), O13 (hipertensão gestacional sem proteinúria significativa), O14 (hipertensão gestacional com proteinúria significativa), O15 (eclâmpsia) e O16 (hipertensão não especificada na gravidez). A amostra foi censitária, contemplando todos os casos registrados no período analisado.

Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), acessado em janeiro de 2024. A coleta envolveu a extração e tabulação de dados secundários, de domínio público

e sem identificação individual, não havendo, portanto, qualquer tipo de intervenção direta com seres humanos.

Foram analisadas as seguintes variáveis: ano do óbito, região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), faixa etária (classificada em intervalos regulares de 10 a 59 anos), cor/raça (branca, parda, preta, indígena, amarela e ignorada), escolaridade em anos de estudo (nenhuma, 1–3 anos, 4–7 anos, 8–11 anos, 12 anos ou mais, ignorado), estado civil (solteira, casada, viúva, separada, outros, ignorado) e categoria do CID-10, conforme classificação das SHG. As definições de cor/raça e escolaridade seguiram os critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que utilizam a autodeclaração como base para classificação.

O processamento dos dados foi realizado no software Microsoft Excel® versão 365. Foram calculadas medidas de tendência central (média e desvio padrão), frequências absolutas e relativas, bem como coeficientes de mortalidade ajustados pela população, com base nos dados censitários do IBGE (2022). A análise estatística inferencial incluiu o teste do qui-quadrado de aderência para avaliar a homogeneidade da distribuição das variáveis em relação à população brasileira, e o teste do qui-quadrado de independência para investigar associações entre variáveis categóricas.

Para avaliação das tendências temporais de mortalidade por SHG, utilizou-se regressão linear simples, considerando o número absoluto de óbitos anuais como variável dependente contínua. Para estimar a magnitude das desigualdades entre

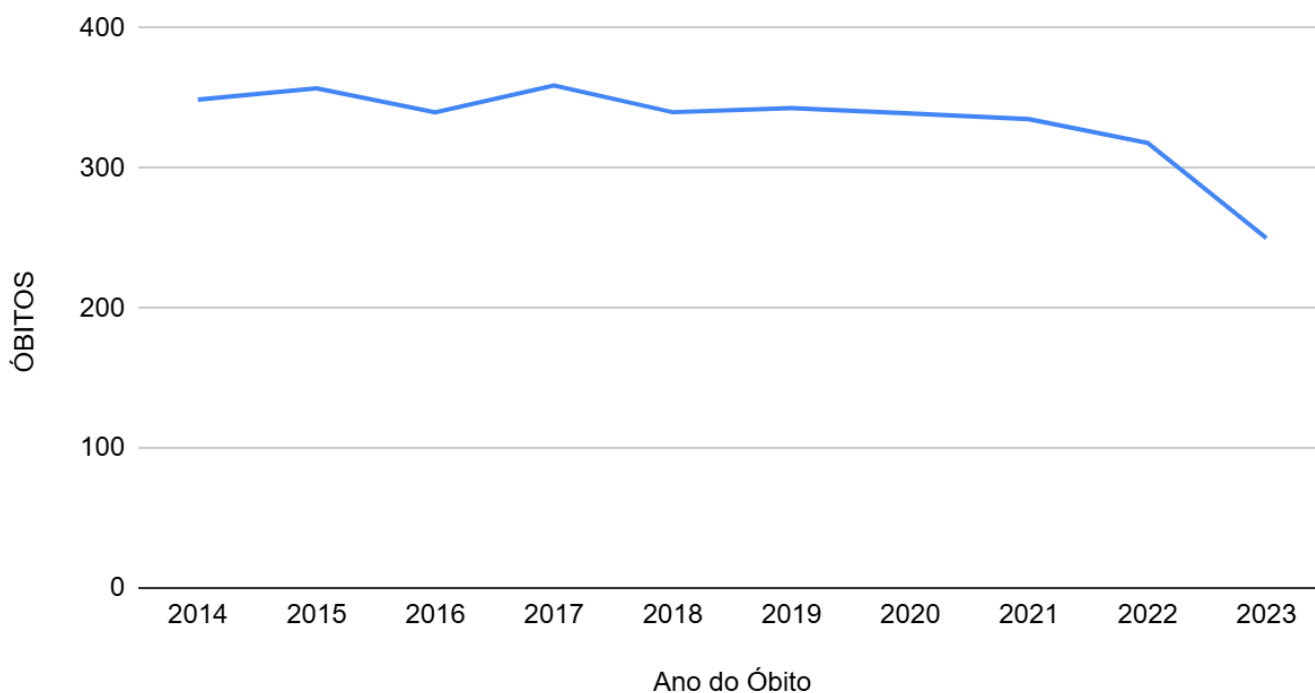
os grupos, o risco relativo (RR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados por meio de regressão de Poisson com variância robusta, adequada para desfechos binários.

Todos os procedimentos metodológicos seguiram os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016). Por utilizar exclusivamente dados secundários, públicos e anonimizados, o estudo está dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme regulamentação vigente.

RESULTADOS

No período pesquisado de 2014 a 2023, foram notificadas 3.330 mortes por SHG. A média de óbitos nesta década foi de $333 \pm 34,6$. O ano com maior quantidade de óbitos foi 2017 com 359 registros, enquanto que o menor número (250) foi registrado em 2023. Apesar da redução média anual de 1,1%, a tendência não foi estatisticamente significativa ($p=0,07$), sugerindo relativa estabilidade no período. A redução abrupta em 2023 pode refletir subnotificação, exigindo cautela na interpretação dos dados (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Evolução do número anual de óbitos maternos com causa básica de morte atribuída às SHG* no Brasil de 2014 a 2023.



*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

Na análise regional, o Nordeste concentrou o maior número de óbitos por SHG, com 38,4% (1.279) do total, seguido pelo Sudeste com 30,3% (1.011), Norte com 15,7% (523), Centro-Oeste com 7,7% (259) e Sul com 7,7% (258). No entanto, ao considerar a taxa ajustada pela população regional, o Norte apresentou o maior coeficiente de mortalidade, com 2,81 óbitos por 100 habitantes, seguido do Nordeste (2,24), Centro-Oeste (1,55), Sudeste (1,13) e Sul (0,85). A média nacional no período foi de 1,57 óbitos por 100 habitantes (Tabela 1).

Com relação à faixa etária, as mulheres de 30 a 39 anos foram as mais acometidas, com 1.425 óbitos registrados (42,7%). As gestantes entre 20 e 29 anos também apresentaram número expressivo de mortes (n=1.174; 35,2%). Juntas, essas duas faixas

etárias concentraram 78% de todos os óbitos por SHG no período analisado. Por outro lado, as mulheres de 50 a 59 anos foram as menos impactadas, com apenas 2 óbitos (0,06%). Destaca-se ainda que foram registrados 34 óbitos (1,0%) entre meninas de 10 a 14 anos e 377 mortes (11,3%) entre as adolescentes de 15 a 19 anos. Já na faixa de 40 a 49 anos, houve 318 óbitos (9,5%) (Gráfico 2).

Nesse sentido, a média estimada de idade para óbito foi de 29,7 anos ($\pm 8,9$), com concentração entre 20 e 39 anos. A distribuição dos óbitos entre as faixas etárias foi estatisticamente não uniforme ($p < 0,001$), com maior concentração entre 30 e 39 anos. Ao comparar os óbitos entre mulheres de 30 a 39 anos e 20 a 29 anos, observou-se um (RR) aproximado de 1,21, indicando que a mortalidade foi 21% maior entre as gestantes mais velhas.

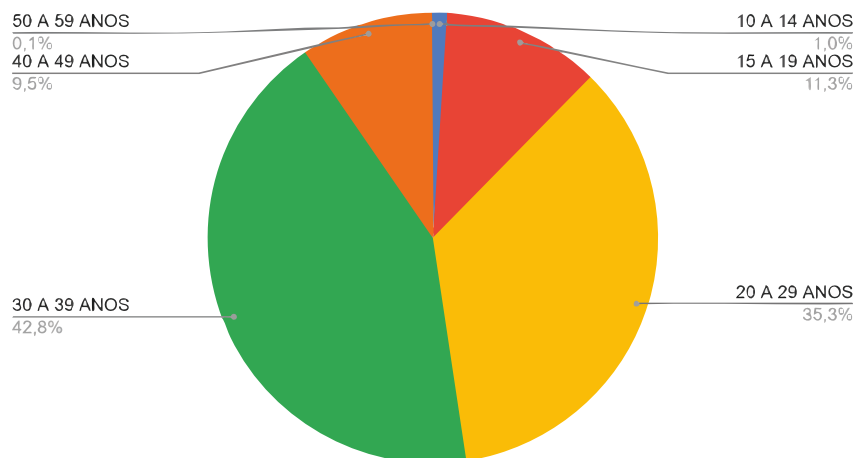
Tabela 1 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de óbitos maternos com causa básica de morte atribuída às SHG*, por região no Brasil, 2014 a 2023.

Região	Óbitos absolutos	% Nacional	Taxa de mortalidade materna por SHG* por 100 habitantes
Nordeste	1279	38,4%	2,24
Sudeste	1011	30,3%	1,13
Norte	523	15,7%	2,81
Centro - Oeste	259	7,7%	1,55
Sul	258	7,7%	0,85
Brasil	3330	100%	1,57

*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

Gráfico 2 - Distribuição proporcional da quantidade de óbitos maternos com causa básica de morte atribuída às SHG*, por faixa etária, no período de 2014 a 2023.



*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

Sob a ótica da cor/raça, as pardas foram as que mais morreram com 1.851 óbitos (55,5%), seguidas das brancas com 882 (26,4%), pretas com 449 (13,4%), indígenas com 54 (1,6%) e amarelas com 10 mortes (0,3%). Infelizmente, 84 mulheres (2,5%) não tiveram a variável cor/raça registrada, fator que impacta na análise epidemiológica (Tabela 2).

Ao comparar os dados da mortalidade materna por SHG com a composição étnico-racial brasileira (IBGE, 2022), observou-se sobre representação de pardos (55,59%

vs. 47% da população) e pretos (13,48% vs. 10%), enquanto brancos estiveram sub-representados (26,49% vs. 43%). O teste qui-quadrado de aderência confirmou diferenças estatisticamente significativa ($p < 0,001$), rejeitando a hipótese de distribuição proporcional à população geral.

O RR ajustado pela distribuição populacional indicou que pardos apresentaram 60% mais risco de óbito em comparação a brancos ($RR \approx 1,6$). Para pretos, o RR aproximado foi 1,35, sugerindo maior vulnerabilidade, mesmo após ajuste demográfico.

Tabela 2: Risco relativo de óbito materno por SHG*, por cor/raça no Brasil, no período de 2014–2023.

Cor/raça	% na População (IBGE 2022)	% dos óbitos	Risco Relativo (RR) Aproximado
Parda	47%	55,6%	1,18
Preta	10%	13,5%	1,35
Branca	43%	26,5%	0,62
Indígena	0,8%	1,6%	2,00
Amarela	1,1%	0,3%	0,27

*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

A análise demonstrou uma distribuição desigual da mortalidade por SHG segundo o nível de escolaridade. Mulheres com 8 a 11 anos de estudo concentraram a maior parte dos óbitos (42,5%; n=1.417), seguidas por aquelas com 4 a 7 anos (22,0%; n=735) e com 12 anos ou mais de escolaridade (11,6%; n=389). Grupos com baixa escolaridade sem nenhuma instrução ou até 3 anos de estudo representaram 10,7% dos casos (n=357). Além disso, 12,9% dos registros (n=432) foram classificados como “ignorado”, o que pode impactar a acurácia da análise (Gráfico 3).

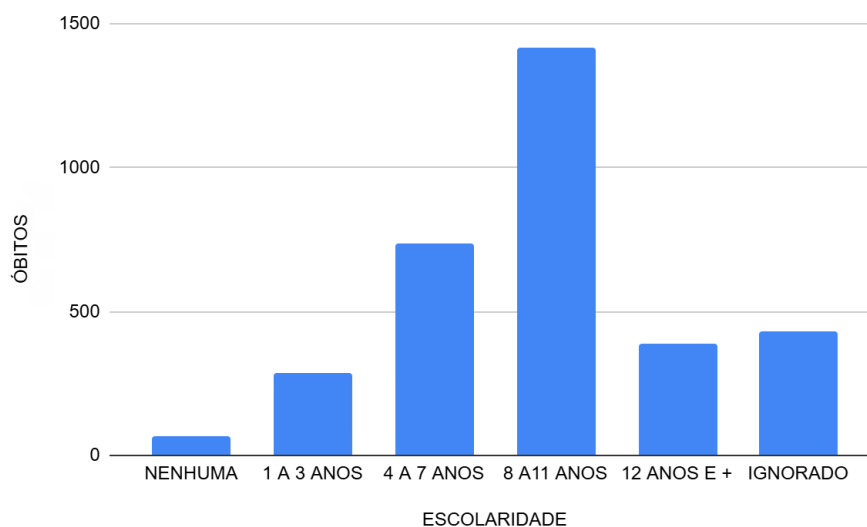
O teste qui-quadrado de independência indicou associação estatisticamente significativa entre escolaridade e mortalidade ($p < 0,001$). Ao comparar mulheres com 8 a 11 anos de estudo (grupo mais afetado) àquelas com 12 anos ou mais (grupo de referência), observou-se um RR ajustado de 1,1 (IC 95%: 0,9–1,3), sem significância estatística, o que indica que a diferença observada pode ter ocorrido

ao acaso e não permite afirmar uma maior probabilidade de óbito no primeiro grupo.

Ao se analisar o estado civil das gestantes, observou-se que a maior parte dos óbitos ocorreu com as mulheres solteiras (43,9%, n=1463), seguidas das casadas com (29,6%, n=986), separadas judicialmente com (1,6%, n=54) e viúvas com (0,5%, n=17), respectivamente. Há de se levar em consideração que 571 mulheres (17,1%) indicaram outros estados civis e 239 (7,1%) tiveram esse quesito ignorado, o que impacta no estudo estatístico como uma subnotificação da informação (Gráfico 4).

Ao comparar a distribuição de óbitos com dados populacionais (IBGE, 2022), observou-se que solteiras apresentaram proporção de óbitos equivalente à sua representação na população (43,93% vs. 45%). Em contraste, casadas mostraram sub-representação acentuada (29,61% vs. 40%), sugerindo um possível efeito protetor associado ao casamento. A categoria ‘Outro’ destacou-se com

Gráfico 3 - Distribuição de óbitos maternos por SHG* por escolaridade no período de 2014 a 2023 no Brasil.



*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

subrepresentação expressiva (17,15% vs. 5%), indicando vulnerabilidade em situações não tradicionais.

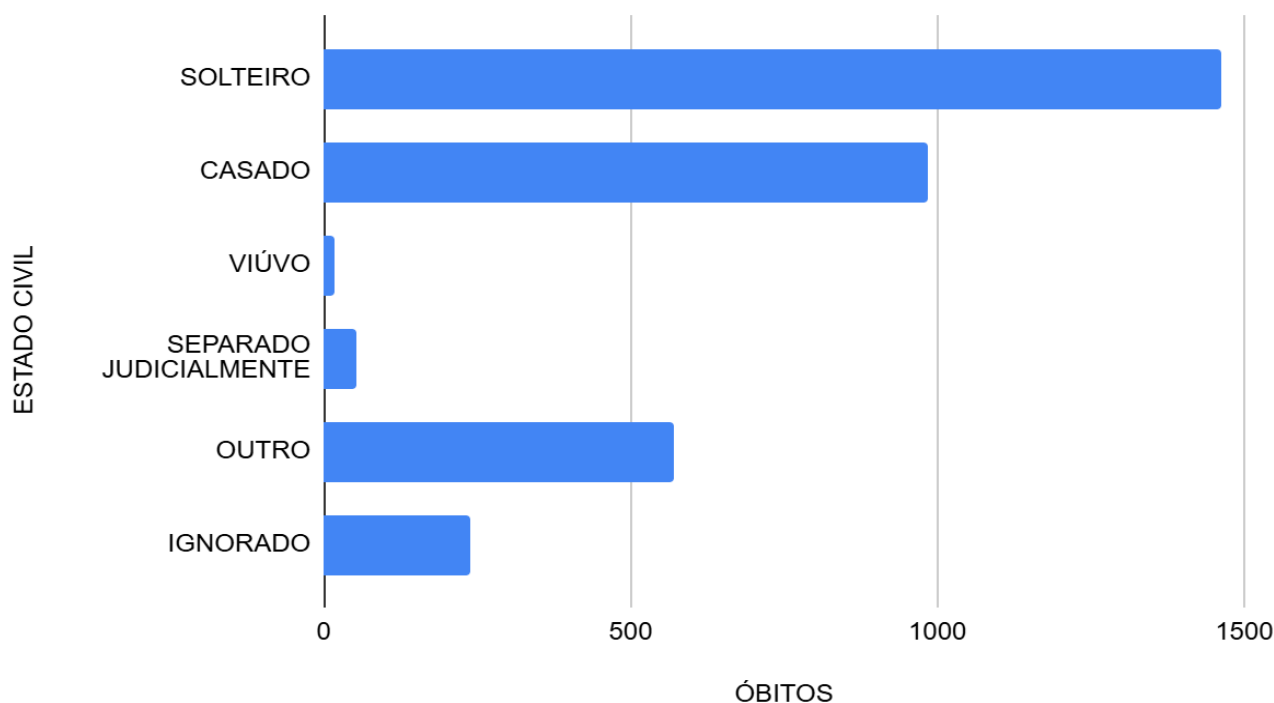
O teste qui-quadrado de aderência revelou diferenças estatisticamente significativas entre a distribuição observada e a esperada ($p < 0,001$). O (RR) aproximado mostrou que mulheres solteiras tiveram 30% mais risco de óbito em relação às casadas (RR = 1,3; IC 95%: 1,2–1,5), enquanto a categoria 'Outro' apresentou 4,6 vezes mais risco (IC 95%: 3,8–5,5).

Ao detalhar a análise das SHG em cada categoria CID-10, a Eclâmpsia (CID-10 O15) registrou o maior número de óbitos (43,6%, $n=1454$), a Hipertensão Gestacional com Proteinúria Significativa (CID-10 O14)

também apresentou número significativo de 1.248 mortes (37,4%). Juntas, essas categorias representaram 81,2% dos óbitos, destacando-se como as principais causas de mortalidade.

A Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério (CID-10 O10) registrou 233 óbitos (6,9%), seguida da Hipertensão Gestacional sem Proteinúria Significativa (CID-10 O13) com 202 registros (6%) e, por último, o Distúrbio Hipertensivo Pré-existente com Proteinúria Superposta (CID-10 O11) ocasionou 48 óbitos (1,4%). Casos não especificados (O16) totalizaram 4,4% ($n = 145$), sugerindo lacunas na precisão diagnóstica ou notificação.

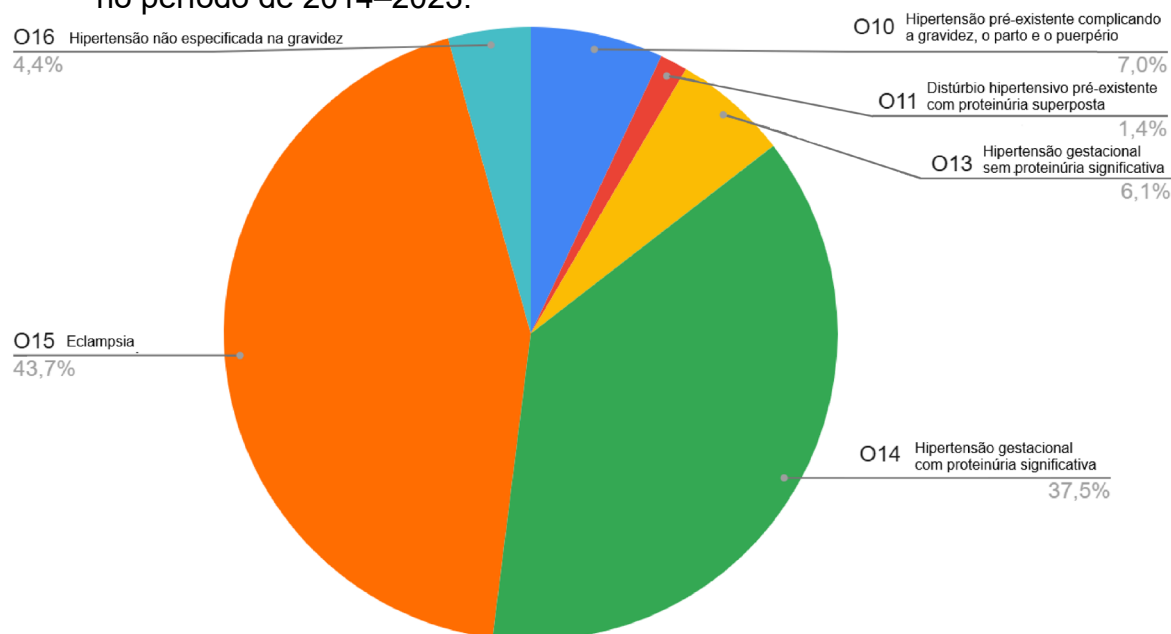
Gráfico 4 - Distribuição dos óbitos maternos por SHG*, por estado civil no Brasil, no período de 2014–2023.



*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

Gráfico 5 - Distribuição dos óbitos maternos por SHG* conforme códigos do CID-10 no Brasil no período de 2014–2023.



*SHG: Síndrome Hipertensiva Gestacional

Fonte: DATASUS/SIM (2025).

DISCUSSÃO

A análise do perfil epidemiológico dos óbitos de mulheres por Hipertensão Arterial Gestacional revelou dados preocupantes, comprovando não só as desigualdades regionais, sociais, raciais e demográficas, mas também ressaltou a importância de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado dessa doença. Tal análise corrobora com os estudos de (Santos e Almeida-Santos, 2023; Oliveira *et al.*, 2024b). Durante o período de 2014 a 2023, foram notificadas 3.330 mortes por SHG no Brasil. Essa quantidade demonstra a dimensão do problema e sua importância para a saúde materna. Ademais, o tempo analisado não apresentou redução significativa na mortalidade, indicando estabilidade e pouca melhoria, apesar das políticas públicas implementadas.

No ano de 2017, observou-se um aumento pontual no número de mortes, provavelmente associado a uma maior vigilância na notificação de casos, enquanto a aparente diminuição em 2023 pode ser atribuída à subnotificação, tão frequente nas mortes de grupos marginalizados, comprometendo assim a análise da situação, bem como as intervenções (Araújo *et al.*, 2025; Menezes, 2024).

Na perspectiva regional, o maior número absoluto de óbitos concentrou-se no Nordeste (n=1.279) e no Sudeste (n=1.011), os quais podem ser explicados pelo maior contingente populacional nessas duas regiões, segundo dados do IBGE (2022). No entanto, considerando a população local, a região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade (2,81 óbitos por 100 mil habitantes), isso demonstra o efeito do acesso historicamente precário à assistência médica de qualidade e ao aconselhamento pré-natal

específico para prevenção da hipertensão gestacional.

Quanto à faixa etária, as mulheres de 30 a 39 anos foram as mais impactadas, totalizando 1.425 óbitos. Esse dado merece relevância especial, devido a gestantes com 35 anos ou mais serem consideradas com idade materna avançada, em conjunto a um risco aumentado de complicações na gestação.

Sobre o perfil étnico-racial, as informações corroboram as disparidades sociais: o maior número de falecimentos envolve mulheres que se identificaram como pardas (n=1.851 mortes), seguidas por mulheres brancas (n=882 mortes). Segundo o estudo de Pacheco *et al.* (2018), a cor/raça não funciona como um indicador genético ou biológico, mas influencia diretamente as condições de saúde na condição de determinante social. Embora seja aceito que a cor/raça não constitua um fator de risco intrínseco, ou seja, as iniquidades raciais em saúde são resultado de fatores estruturais, sociais e econômicos e não de uma predisposição biológica inerente a um grupo racial, deve-se considerar a inserção desigual da população parda no contexto social, justificando maior vulnerabilidade das mulheres mestiças a essa síndrome. Sobretudo no que diz respeito ao acesso aos serviços e à capacidade de comparecer aos atendimentos assistenciais de forma regular (Araújo *et al.*, 2025).

Ademais, é importante observar que a classificação de cor/raça pode variar dependendo da percepção do indivíduo no momento da certidão de nascimento ou como se autodeclara, o que pode levar a distorções nas informações obtidas pelo SIM. O estudo de Morse *et al.* (2011) aborda que a mortalidade

materna é maior entre mulheres pardas e negras, ao contrário do que foi encontrado no SIM. Isso ressalta a importância da melhoria da qualidade da informação para a formulação de políticas públicas eficazes.

Em relação à escolaridade, registrou-se que 42,5% dos falecimentos ocorreram entre pessoas do sexo feminino com 8 a 11 anos de estudo, enquanto apenas 10,7% dos óbitos ocorreram entre aquelas com pouca ou nenhuma escolaridade (sem escolaridade ou com até 3 anos de estudo). Esses achados evidenciam limitações na comunicação e na eficácia das orientações abordadas durante o pré-natal, mostrando que apesar das mulheres possuírem um nível intermediário de educação, a adesão delas às boas práticas não é uma realidade brasileira. Outro ponto relevante é a variável do estado civil. A maioria das mulheres que foram a óbito eram solteiras (n=1.463 casos), seguidas pelas casadas (n=986 casos). A menor taxa observada entre mulheres casadas, quando comparada com as mulheres solteiras, pode ser considerada um fator de proteção contra a SHG, dada a influência positiva da presença paterna durante a gestação, conforme sugerido por Oliveira, Soares e Pontes (2023).

Em relação às causas específicas de morte, a maioria foi atribuída à Eclâmpsia (CID-10 O15) e à Hipertensão Gestacional com Proteinúria Significativa (CID-10 O14), condições que refletem deficiências na identificação precoce e no manejo adequado da hipertensão durante a gravidez. A análise dessas variáveis é importante para a compreensão dos fatores que influenciam a mortalidade materna e não só permite construir, como também aprimorar estratégias de saúde

de pública voltadas à prevenção e ao cuidado das populações mais vulneráveis. Assim, é necessário implementar ações específicas considerando o perfil sociodemográfico das mulheres mais afetadas e desenvolver políticas públicas que fortaleçam o pré-natal, garantam o acesso universal aos serviços de saúde e reduzam as desigualdades regionais.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstraram que as SHG continuam a representar uma das principais causas de óbitos maternos no país, com marcadas disparidades que refletem fragilidades no sistema de saúde e profundas iniquidades sociais.

A análise revelou que, embora as taxas anuais tenham se mantido relativamente estáveis ao longo do período, o número de mortes permanece elevado. Os dados também indicaram que a mortalidade é desproporcionalmente maior entre mulheres pardas, com escolaridade intermediária, solteiras e residentes nas regiões Norte e Nordeste evidenciando um padrão de vulnerabilidade que demanda respostas específicas e direcionadas por parte das políticas públicas.

A predominância de causas como a eclâmpsia e a hipertensão gestacional com proteinúria significativa aponta para falhas no diagnóstico precoce e no manejo clínico adequado, o que reforça a urgência de fortalecer as ações de vigilância, capacitação profissional e ampliação do acesso qualificado ao pré-natal. Tais medidas são fundamentais, não apenas para reduzir a mortalidade, mas também para garantir uma gestação segura e equitativa para todas as mulheres.

Portanto, enfrentar a mortalidade materna por SHG exige uma abordagem multifatorial, que envolva desde a reestruturação dos serviços de atenção obstétrica até o combate às desigualdades raciais, socioeconômicas e territoriais. Os achados desta pesquisa reiteram a importância de políticas públicas intersetoriais e integradas, baseadas em evidências e voltadas para a promoção da equidade em saúde. Reduzir essas mortes evitáveis é não apenas uma meta sanitária, mas um imperativo ético e social em direção à justiça reprodutiva e ao respeito à dignidade das mulheres brasileiras.

Para estudos futuros, sugere-se estudar mais a fundo as variáveis de maior impacto como cor/raça, estado civil, eclâmpsia, faixa etária de 30 a 39 anos e sua relação com fatores que influenciam direta e indiretamente as SHG. Além disso, seria relevante propor medidas de controle e prevenção mais eficazes que as já existentes.



AFILIAÇÃO:

1. Graduando em Medicina. Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil. – E-mail: gustavods544@gmail.com
2. Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil – E-mail: anny_larissa@yahoo.com.br
3. Enfermeira, Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, Sergipe, Brasil – E-mail: isabellacortes181@gmail.com
4. Graduanda em Medicina Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, Sergipe, Brasil – E-mail: iasmimsantosramiro@gmail.com
5. Graduanda em Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto, Sergipe, Brasil – E-mail: hingridsrr@academico.ufs.br
6. Doutora em Saúde Pública Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, Sergipe, Brasil. orcid.org/0000-0003-2760-3664. E-mail: renatajardim.m@gmail.com

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

DECLARAÇÕES:

Concepção: GSM, ALL, ITC, ISR, HSRR, RJ. Redação, Revisão, Supervisão e Aprovação: GSM e RJ. Aquisição de financiamento: não houve financiamento. Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Aprovação no comitê de ética: Não se aplica.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. Análise Epidemiológica das Determinantes Sociodemográficas da Mortalidade Materna no Nordeste do Brasil (2019-2023). **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 17, n. 1, p. 10, 2025. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/2691/1950>, acesso em 28 de abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) (Brasil). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016.

COSTA JUNIOR, V. A. *et al.* Complicações da Pré-Eclâmpsia Grave na Emergência. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n.2, p. 2192-2201, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2192-2201>. Disponível em: <https://bjihhs.emnuvens.com.br/bjihhs/article/view/5304>, Acesso em: 28 abr. 2025.

DADZIE, G. Y. *et al.* Hypertensive disorders of pregnancy and maternal mortality in sub-Saharan Africa: a systematic review. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 148, n. 1, p. 47–55, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: População residente por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: jan. 2024.

MENEZES, B. S. M. de. **Mortalidade Materna de Mulheres Indígenas no Brasil**. 2024. 28 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública). Salvador, 2024.

MOREIRA, M. R.; MOTTA, C. T. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n.10, p. 4397-4409, 2021.

MORSE, Janice M. What is qualitative health research? In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (orgs.). **The SAGE Handbook of Qualitative Inquiry**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.

OLIVEIRA, A. C. L. S.; SOARES, J. O.; PONTES, A. N. Protagonismo paterno durante o período da gravidez nas consultas de pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13315>. Acesso em: 28 abr. 2025.

OLIVEIRA, C. D. S. C. de *et al.* Mortalidade materna por síndromes hipertensivas da gestação no nordeste e em Alagoas: perfil epidemiológico de 2012 a 2022. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 5, p. e72467, 2024a. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72467>. Acesso em: 28 abr. 2025.

OLIVEIRA, I. V. G. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e05012023, 2024b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/79GdN5XdfvvQdFNP PGxkzgn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030>. Acesso em: jan. 2024.

PACHECO, V. C. *et al.* As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan./mar. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811610. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/781/51>. Acesso em: 28 abr. 2025.

SANTOS, I. M.; ALMEIDA-SANTOS, M. A. Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna por Síndromes Hipertensivas Gestacionais. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 4, p. e21712441307, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41307>. Acesso em: 28 abr. 2025.

VIANA, D. L. *et al.* Fatores associados à mortalidade materna por causas obstétricas diretas no Brasil: uma análise dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, e00234721, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjk3DDSH6B8c5X3TNsKy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2025.