

ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL E DOS ENCAMINHAMENTOS AO ALTO RISCO EM UM MUNICÍPIO DA AMFRI

Daiane Deise Pereira Massaroli¹
Rita de Cassia Teixeira Rangel²
Eneida Patrícia Teixeira³
Rodrigo Massaroli⁴
Eliane Kachuski⁵
Ana Luísa Tiegs⁶

¹Discente do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho UNIVALI. E-mail: daipereiramassaroli@yahoo.com.br Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-3306-1806>.

²Doutora em Enfermagem, docente em Universidade do Vale do Itajaí. Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: rita.rangel@univali.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9713-0220>.

³Doutora em Enfermagem, docente em Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: eneideateixeira@univali.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1849-8017>.

⁴Doutor em Enfermagem, docente em Universidade do Vale do Itajaí. Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: massaroli@univali.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7746-9021>.

⁵Enfermeira pós graduada em estratégia de saúde da família. Atua na Secretaria Municipal de Saúde de Penha. E-mail: kachuski070986@gmail.com.

⁶Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Vale do Itajaí. E-mail: tiegs.ana@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-6646-5475>.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: A mortalidade materna, fetal e infantil é um dos indicadores mais sensíveis da qualidade da atenção em saúde e reflete não apenas a organização e a resolutividade dos serviços, mas também os determinantes sociais, culturais e econômicos que atravessam a vida de mulheres e crianças. A Organização Mundial da Saúde define mortalidade materna como a morte de uma mulher durante a gestação, parto ou até 42 dias após o seu término, excluídas as causas acidentais ou incidentais, sendo, na maioria das vezes, um evento evitável. No Brasil, as causas mais frequentes ainda estão ligadas a complicações como hemorragias, síndromes hipertensivas, infecções puerperais e abortamento inseguro, que poderiam ser prevenidas ou manejadas com protocolos clínicos adequados e resposta oportuna dos serviços de saúde. A trajetória das políticas públicas no país mostra como esse cuidado foi sendo construído e fortalecido: em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma mudança de paradigma ao ampliar o olhar sobre a saúde da mulher para além do ciclo reprodutivo; em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Agenda de Compromissos pela Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil trouxeram foco direto na redução de óbitos evitáveis; em 2011, a Rede Cegonha estruturou a linha de cuidado do pré-natal ao parto e ao acompanhamento da criança até os dois anos; e, mais recentemente,



em 2024, a Rede Alyne foi lançada como uma atualização e reestruturação da Rede Cegonha, buscando reduzir desigualdades, garantir acesso resolutivo e humanizar a atenção materno-infantil. Essa linha histórica evidencia que a Rede Alyne não surgiu de forma isolada, mas como parte de um processo de continuidade e aprendizado acumulado. Em Santa Catarina, o Boletim Epidemiológico Barriga Verde (2025) revelou que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) alcançou 45,9 por 100 mil nascidos vivos em 2024, valor acima da meta nacional e distante dos parâmetros globais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), reafirmando a urgência de olhar para esse tema com prioridade. **Objetivo:** Este relato teve como objetivo descrever a experiência de monitoramento das gestantes cadastradas, os encaminhamentos ao ambulatório de alto risco e a ocorrência de mortalidade materna, fetal e infantil em um município da Região da AMFRI, no período de janeiro de 2024 a agosto de 2025, destacando aprendizados, desafios e reflexões para a qualificação do cuidado. **Metodologia:** É um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, retrospectivo, a partir da análise de dados secundários do sistema municipal de informação em saúde. Foram consideradas as variáveis: número de gestantes cadastradas, encaminhamentos ao Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) e óbitos maternos, fetais e infantis. Ressalta-se que, para a análise da mortalidade infantil, foram incluídos apenas os óbitos ocorridos até os dois meses de vida, por se tratar dos mais diretamente relacionados à qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao período neonatal. Os achados foram confrontados com os dados estaduais e a literatura científica sobre o tema, compondo um panorama situacional que dialoga tanto com a prática assistencial quanto com as políticas públicas vigentes. Este estudo está vinculado ao projeto e mobilidade internacional FeminaGlobal e por ser realizado busca em dados públicos dispensou aprovação de CEP. **Resultados e discussão:** Os resultados mostraram que, no período, foram cadastradas 722 gestantes no município, sendo 427 em 2024 e 295 até agosto de 2025. Do total, 198 gestantes foram encaminhadas ao AGAR, revelando esforço da Atenção Primária na estratificação de risco. No entanto, a análise dos desfechos mostrou que o encaminhamento, por si só, não garante resolutividade, já que fatores estruturais, organizacionais e de regulação podem interferir no acesso em tempo oportuno. Quanto à mortalidade materna, foi registrado 1 óbito em 2024, decorrente de sepse urinária em gestante de 20 semanas, sem diagnóstico precoce durante o pré-natal. Em 2025, até agosto, não houve registros de óbitos maternos, o que representa um avanço, ainda que não suficiente para alterar significativamente o cenário local. Na mortalidade fetal e infantil, os números ajustados revelaram: em 2024, 5 óbitos (2 infantis e 3 fetais). Os infantis incluíram casos de ausência ou inadequação de pré-natal, com parto de emergência em pronto atendimento e evolução desfavorável no período neonatal precoce; os fetais envolveram



nativos de gestantes classificadas como risco habitual, entre 22 e 27 semanas, além de uma gestante acompanhada fora do município, sem informações detalhadas sobre estratificação de risco. Já em 2025 (até agosto), foram registrados 2 óbitos (1 infantil e 1 fetal). O óbito infantil correspondeu a uma criança filha de gestante encaminhada ao alto risco por pré-eclâmpsia, mas que não teve acesso ao atendimento em tempo oportuno; o fetal, de gestante com hipertensão arterial também encaminhada ao alto risco, mas que não conseguiu acesso resolutivo antes da perda gestacional. Assim, no período analisado, foram contabilizados 7 óbitos no total: 3 infantis e 4 fetais, além de 1 materno. A discussão desses resultados mostra que, embora o município apresente consistência no cadastramento de gestantes e expressiva taxa de encaminhamentos, ainda persiste uma lacuna entre a identificação do risco e a efetiva resolução do problema. É importante destacar que essas dificuldades não podem ser atribuídas a um único ponto da rede, mas refletem limitações sistêmicas, como fluxos de regulação, disponibilidade de leitos, equipes especializadas e integração entre níveis de atenção. Outro aspecto essencial é reconhecer que mesmo quando o pré-natal ocorre de forma adequada, complicações podem surgir no momento do parto ou durante a internação hospitalar, compondo a chamada “terceira demora”. Problemas como sobrecarga de maternidades, demora em decisões clínicas ou falta de profissionais especializados podem comprometer a segurança materno-infantil. Isso reforça a necessidade de uma rede integrada, onde a APS, o atendimento hospitalar e os serviços especializados atuem de forma coordenada. A literatura e experiências relatadas por pesquisadoras como a Profa. Dra. Rita de Cássia Teixeira Rangel, da UNIVALI, reforçam esse entendimento, ao destacar a importância da educação permanente para vigilância de óbitos e a inovação em tecnologias para prevenção de hemorragias pós-parto, aplicadas inclusive em contextos internacionais, como em Angola. Esses aprendizados contribuem para fortalecer o cuidado e ampliar a capacidade de resposta do sistema.

Contribuições do trabalho em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: As contribuições deste estudo dialogam diretamente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No ODS 3, destacam-se as metas 3.1 e 3.2, voltadas à redução da mortalidade materna e infantil, respectivamente. Também há relação com o ODS 10, que trata da redução das desigualdades, já que muitos dos óbitos analisados estão associados a vulnerabilidades sociais e a barreiras de acesso. Ao sistematizar e refletir sobre dados locais, este trabalho busca oferecer subsídios para a tomada de decisão e para o aprimoramento de práticas, reafirmando o compromisso de que cada óbito materno, fetal ou infantil deve ser visto como evitável até prova em contrário e, portanto, analisado com responsabilidade e humanidade.

Considerações finais: Em conclusão, a experiência de análise demonstrou que o município da Região da AMFRI tem realizado

avanços importantes na organização do cuidado pré-natal e nos encaminhamentos ao alto risco, mas ainda enfrenta desafios significativos na integralidade da atenção, especialmente na transição do acompanhamento da APS para os serviços hospitalares. O único óbito materno registrado no período evidencia falhas no diagnóstico precoce de agravos comuns, enquanto os óbitos fetais e infantis revelam tanto dificuldades de acesso quanto limitações de resolutividade em momentos críticos do cuidado. Reconhecer essas fragilidades, sem culpabilizar serviços específicos, mas compreendendo a complexidade do sistema de saúde, é fundamental para a construção de respostas mais efetivas. Reforça-se, assim, a importância de investir em educação permanente, protocolos clínicos claros, integração entre os pontos de atenção e em uma vigilância ativa e humanizada dos casos de óbito, incluindo a abordagem do Morbidade Materna Grave (Near Miss Materno). Trata-se de um compromisso não apenas técnico, mas também ético, com o direito de mulheres e crianças a um cuidado seguro, digno e equitativo, em consonância com as metas nacionais e internacionais de desenvolvimento sustentável.

Descritores: Mortalidade Materna; Mortalidade Infantil; Saúde Materno-Infantil; Cuidado Pré-Natal; Políticas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 220/2024-DGCI-SAPS-MS e DAHU-SAES-MS**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-220-2024-dgci-saps-ms-e-dahu-saes-ms.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comunicação. **Rede Alyne**: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>. Acesso em: 5 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: OPAS, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

RANGEL, R. C. T. et al. Prevention and control of postpartum hemorrhage: validation of Rangel's technology for Huambo, Angola. **Open Journal of Nursing**, v. 13, n. 8, p. 923-939, 2023. DOI:

10.4236/ojn.2023.138038.

Disponível

em:

<https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=127799>. Acesso em: 5 set. 2025.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC). **Boletim Epidemiológico Barriga Verde:** Mortalidade Materna no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2025. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br>.

Eixo: Políticas, gestão em saúde, saúde digital e tecnologias na saúde.

Financiamento: não se aplica.

Agradecimentos: não se aplica.

