Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32822

MORTALIDADE MATERNA POR CAUSAS EVITÁVEIS NO PERÍODO GESTACIONAL E PUERPERAL: UM ESTUDO ECOLÓGICO DE DOIS ESTADOS DO NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2021-2026

MATERNAL MORTALITY DUE TO PREVENTABLE CAUSES DURING PREGNANCY AND THE PUERPERIUM: AN ECOLOGICAL STUDY OF TWO STATES IN NORTHEASTERN BRAZIL IN THE PERIOD 2021-2026

Alan Lopes Silva[1]
Isaac Amorim de Oliveira[2]
Jucycler Ferreira Freitas[3]
Maria Fabiana de Almeida[4]
Shirley Leite Maia[5]
Valeska Camilo Gonçalves[6]
Monalisa Ribeiro Silva[7]

RESUMO: Os indicadores de mortalidade materna têm refletido os aspectos intrínsecos ao desenvolvimento humano, e, por conseguinte, o acesso aos serviços básico que são direitos fundamentais do homem, inclusive os que refletem os determinantes da saúde. Nesse tocante, esse estudo tem como objetivo analisar as causas evitáveis de mortalidade materna durante a gestação e o puerpério nos estados do Ceará e de Pernambuco. Trata-se de um estudo ecológico, realizado por meio da coleta de dados secundários disponíveis em plataformas oficiais, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dentre as causas que foram mais prevalentes nesses dois estados do Nordeste foram: Doenças infecciosas e parasitárias maternas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério 17,07% no Ceará e 15,52% no Pernambuco, já a hipertensão gestacional com proteinúria significativa foram 13% e 12,23% em cada Estado respectivamente, a eclampsia cursa com a porcentagem 9,21% e 3,88%. Conclusão: A identificação destas causas é fundamental para subsidiar estratégias de prevenção e assim melhorar a assistência materna nessas unidades federativas.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Morte relacionada à gestação. Puerpério.

ABSTRACT: Maternal mortality indicators have reflected aspects intrinsic to human development, and, consequently, access to basic services that are fundamental human rights, including those that reflect health determinants. In this regard, this study aims to analyze the preventable causes of maternal mortality during pregnancy and the puerperium in the states of Ceará and Pernambuco. This is an ecological study, carried out through the collection of secondary data available on official platforms, such as the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Among the most prevalent causes in these two Northeastern states were: Maternal infectious and parasitic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, 17.07% in Ceará and 15.52% in Pernambuco, while gestational hypertension with significant proteinuria accounted for 13% and 12.23% in each state, respectively, and eclampsia accounted for 9.21% and 3.88%. Conclusion: Identifying these causes is essential to support prevention strategies and thus improve maternal care in these federative units.

Keywords: Maternal mortality. Pregnancy-related death. Puerperium.

[1] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.
[2] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.
[3] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.
[4] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.
[5] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.
[6] Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.
[7] Orientadora. Professora do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna representa um dos índices mais significativos das desigualdades intrínsecas aos determinantes e condicionantes de saúde e da qualidade dos serviços obstétricos ofertados à mulher no período gestacional e puerperal. Notadamente em Estados que integram a Região do Nordeste brasileiro, cuja desigualdade social e econômica marcam por diversas décadas a sua história, esses índices são mais expressivos (SOUZA et al., 2019; ALBUQUERQUE et al., 2022).

Ademais, do período pós-pandêmico até os dias hodiernos tem sido marcado pela ressignificação da oferta dos serviços em saúde. Principalmente, naquele período em que o isolamento social implicou na redução de atendimentos em saúde e pelo consequente processo de recuperação da disponibilidade desses serviços observados nos últimos anos (LIMA et al., 2021).

As causas evitáveis de morte materna apontam diretamente para as falhas estruturais do sistema de saúde e para a desigualdade territorial no Brasil. Muito além do viés clínico, mortes por síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções no puerpério escancaram como a baixa escolaridade, a vulnerabilidade financeira e o racismo institucional afetam o direito à vida. O acesso ao pré-natal e à assistência obstétrica de alto risco ainda é desigual (FREITAS-JÚNIOR, 2020).

Apesar dos distintos programas criados para o acompanhamento da mulher, inclusive no período gestacional, ainda se observa índices relevantes no que concerne ao indicador de mortalidade, inferindo que fatores estruturais e de assistência em saúde refletem de forma distinta o risco inerente ao óbito materno. Assim, essa heterogeneidade dentro da mesma região federativa ainda carece de maior exploração nos estudos e pode implicar na oferta de políticas públicas eficazes para o combate às causas de mortalidade evitável (CFM, 2023; SILVA; SANTOS, 2020).

Além das complicações clínicas relacionadas direta ou indiretamente à gestação, existem as barreiras físicas estruturais nomeadas das três demoras: 1. demora na decisão em buscar atendimento; 2. demora a chegar no local; 3. demora na prestação do cuidado (diagnóstico e intervenção). Juntamente com as desigualdades sociais e raciais atingem majoritariamente mulheres jovens, com baixa escolaridade e cor parda. (FREITAS-JÚNIOR, 2020).

Em decorrência dessas barreiras físicas estruturais reformulou-se a antiga Rede Cegonha devido à morte de uma jovem chamada Alyne Pimentel em 2002, fato de repercussão e consequente penalização pela ONU por violação dos direitos humanos. Esse programa referência questões raciais e sociais com intuito de reduzir óbitos maternos de mulheres pardas e pretas, com baixa escolaridade. (BRASIL, 2024)

Nesse tocante, qual seria a magnitude, a distribuição temporal e os determinantes em saúde relacionados ao aspecto ecológico da mortalidade materna desencadeada por situações evitáveis ao longo do período gestacional e puerperal nos estados do Ceará e do Pernambuco entre o período de janeiro de 2021 e agosto de 2026?

Assim, o presente trabalho torna-se essencial para a compreensão dos fatores correlatos à mortalidade materna e, por esse ser, um tema de extrema relevância e que reflete acerca da qualidade dos serviços ofertados para as mulheres em fase gestacional ou pós-gestacional. Abordamos a situação de saúde pública na perspectiva de contextualizar a situação por meio das causas evitáveis e o aporte oferecido pelos serviços de saúde no acompanhamento gestacional e puerperal.

Desse modo, segundo dados do Ministério da Saúde, no período de janeiro de 2021 a agosto de 2026, o Estado do Ceará apresentou 369 ocorrências nesse sentido e o Estado de Pernambuco figurou com 335 casos (MS, 2026c; MS, 2026d). Embora possa parecer números ínfimos se comparados às populações dos respectivos estados federados, eles refletem um indicador social primordial.

Nesse âmbito, o estudo terá o objetivo primordial de analisar a amplitude, a disposição temporal e distribuição da morte materna relacionada às causas obstétricas diretas mais frequentes: hipertensão arterial, hemorragias puerperais e complicações de aborto, além das causas indiretas como: doenças preexistentes que se agravaram na gestação (problemas cardíacos, respiratórios ou infecções sistêmicas) durante o período compreendido entre a gestação e o puerpério nos estados do Ceará e do Pernambuco no período de janeiro de 2021 a agosto de 2026.

Os objetivos específicos incluem: correlacionar os índices de morte materna com os aspectos socioeconômicos e assistenciais ofertados para a mulher em fase gestacional ou puerperal; identificar aspectos ecológicos que deem subsídio ações de vigilância em saúde e prevenção da ocorrência de óbitos evitáveis; descrever o perfil epidemiológico dos dois estados, comparando os indicadores peculiares à mortalidade materna por causa evitável.

METODOLOGIA

A pesquisa se constitui com o cunho ecológico, descritivo, exploratório e comparativo, com abordagem qualitativa e quantitativa descritiva. Assim, o desenho ecológico permite a identificação dos dados de saúde de distintas unidades federadas, trazendo a correlação de caráter socioeconômico e assistencial ao período peri e pós-gestacional.

Para tanto, foram escolhidos os estados nordestinos do Ceará e do Pernambuco, por terem características populacionais peculiares. Nesse sentido, as informações serão embasadas em dados secundários de acesso público obtidos a partir de plataformas oficiais, como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da extração através do TABNET, especificamente no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Além disso, por intermédio do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), os dados serão usados para calcular indicadores epidemiológicos, como a razão de mortalidade materna. Bem como, por meio dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que trará as informações socioeconômicas dos estados brasileiros objetos do estudo.

De modo suplementar, ocorrerá uma revisão de literatura desenvolvida nas bases da literatura científica, disponíveis no LILACS, PubMed, SciELO, dentre outros que possam permitir uma vasta investigação acerca da temática. Cuja busca será desenvolvida utilizando os seguintes descritores em ciências saúde (DeCS): “mortalidade materna”, “morte relacionada à gestação” e “puerpério”.

Dessa forma, para a configuração do óbito materno, se utilizará a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio das causas obstétricas diretas e indiretas. Assim, a pesquisa albergará os óbitos maternos evitáveis ocorridos durante a gravidez, parto e puerpério em decorrência das ações da atenção básica à saúde, assistência ao parto e diagnóstico preventivo.

Nesse tocante, serão extraídas as seguintes variáveis: quantidade de óbitos maternos ao longo de janeiro de 2021 a agosto de 2026 e nos respectivos estados objetos do estudo; as causas que ensejaram o óbito; as características de cunho socioeconômico peculiares às mulheres que tiveram a perda da vida por causa materna; a quantidade de nascidos vivos, e; dados de acesso e cobertura ao acompanhamento pré-natal e obstétrico.

Nesse contexto, serão realizadas as análises estatísticas pertinentes à razão de mortalidade materna, bem como, os dados serão submetidos ao estudo estatístico descritivo, permitindo a obtenção da frequência absoluta, relativa, média e mediana. Além disso, a análise

comparativa entre os dois estados federados permitirá buscar a correlação entre os indicadores de mortalidade materna e as condições socioeconômicas que permeiam a vida materna.

Ressalta-se que, pelo fato da pesquisa está ancorada somente em dados secundários de acesso público e sem a possibilidade de identificação pacientes envolvidos, torna-se desnecessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), nos moldes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata do assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado do Ceará, localizado no nordeste brasileiro, possui uma população estimada de 9.302.211, com uma população feminina entre 10 e 50 anos de aproximadamente 2.703.851, o que representa 29,06% da população total do estado. O estado apresenta-se em 2º lugar nos anos iniciais do ensino fundamental do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e possui 1.486.397 discentes matriculados no ensino fundamental e ensino médio. Ressalta-se que possui um rendimento nominal domiciliar per capita de R$ 1.390,00, o que lhe ranqueia na penúltima colocação da federação (IBGE, 2026a).

No que concerne à saúde, em agosto de 2026, esse estado federado possuía 16.520 estabelecimentos de saúde, das quais 5.010 possuem vínculo com a administração pública e dessas 4.604 estão integradas aos municípios. Dessa forma, a rede é composta por 389 postos de saúde, 2.342 unidades básicas, 52 policlínicas, 167 hospitais gerais e 8 especializados, 6 unidades mistas, 6 pronto socorro gerais, 8 consultórios isolados, 423 centros de especialidade, 53 unidades de apoio, diagnóstico e terapia, 91 unidades móveis terrestres, 203 unidades móveis de nível pré-hospitalar a área de urgência, 137 farmácias, 92 unidades de vigilância em saúde, 2 centros de parto normal-isolado e 2 hospitais dia-isolado (MS, 2026e).

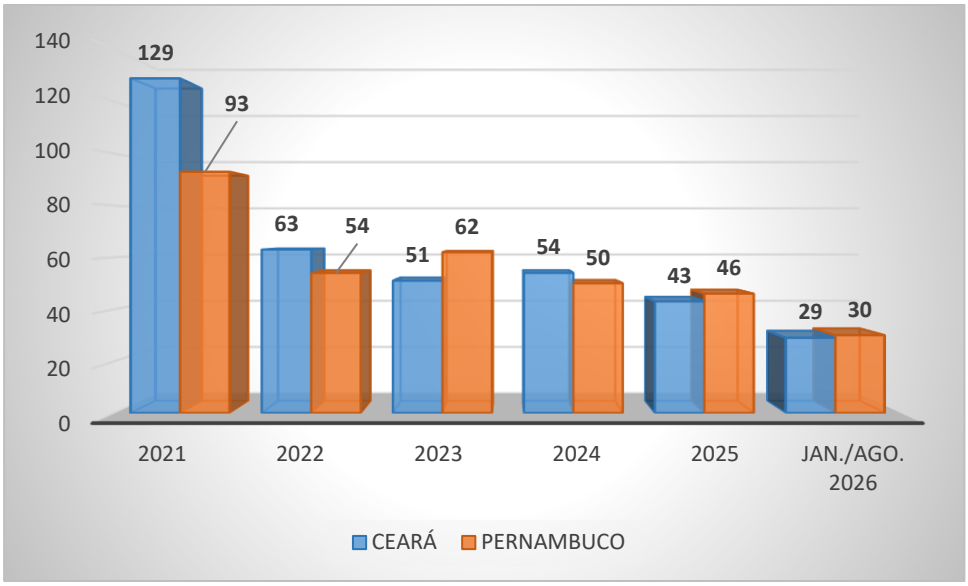
Além disso, possui 5 laboratórios centrais de saúde pública - LACEN, 225 centrais de gestão em saúde, 5 centro de atenção em hemoterapia e/ou hematologia, 205 centros de atenção psicocossial, 103 centros de apoio à saúde da família, 30 unidades de atenção à saúde indígena, 105 pronto atendimentos, 121 polos academia da saúde, 3 telessaúde, 4 centrais de regulação médica das urgências, 7 serviços de atenção domiciliar, 1 oficina ortopédica, 8 laboratórios de saúde pública, 68 centrais de regulação do acesso, 5 centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos estaduais, 3 polos de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, 124 centrais de abastecimento e 7 centros de imunização (MS, 2026e).

Por sua vez, o Estado de Pernambuco, está localizado no nordeste brasileiro, possui uma população total estimada de 9.583.176 habitantes, com uma população feminina entre 10 e 50 anos de 2.795.468, o que equivale a 29,17% da população total estadual. No que concerne à educação, o estado ocupa a 17ª nos anos iniciais do ensino fundamental do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e tem 1.544.735 discentes matriculados no ensino fundamental e ensino médio. Além disso, possui um rendimento nominal mensal domiciliar per capita de R$ 1.600,00, o que lhe insere na 18ª posição entre os entes federados (IBGE, 2026b).

Ressalta-se que, em agosto de 2026, o estado pernambucano possuía 14.769 estabelecimentos de saúde, dos quais 6.053 possuem vinculação com a administração pública, sendo que desses 5.764 estão vinculados aos municípios. Assim, a rede local é integrada por 187 postos de saúde, 2.781 unidades básicas, 97 policlínicas, 158 hospitais gerais e 11 especializados, 61 unidades mistas, 3 pronto socorro gerais, 1 pronto socorro especializado, 10 consultórios isolados, 541 centros de especialidade, 77 unidades de apoio, diagnose e terapia, 125 unidades móveis terrestres, 246 unidades móveis de nível pré-hospitalar a área de urgência, 144 farmácias, 119 unidades de vigilância em saúde, 7 centros de parto normal-isolado e 2 hospitais dia-isolado (MS, 2026f).

Também possui, 1 laboratório central de saúde pública - LACEN, 218 centrais de gestão em saúde, 8 centro de atenção em hemoterapia e/ou hematologia, 183 centros de atenção psicocossial, 125 centros de apoio à saúde da família, 49 unidades de atenção à saúde indígena, 41 pronto atendimentos, 402 polos academia da saúde, 13 telessaúde, 5 centrais de regulação médica das urgências, 8 serviços de atenção domiciliar, 34 laboratórios de saúde pública, 81 centrais de regulação do acesso, 5 centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos estaduais, 8 pólos de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, 284 centrais de abastecimento e 18 centros de imunização (MS, 2026f).

Tabela 1 – Óbitos maternos dos Estados do Ceará e do Pernambuco



Fonte: MS, 2026c; MS, 2026d.

Observa-se, na tabela 1, uma tendência de redução dos óbitos maternos nos dois estados ao longo do período analisado. No Ceará, os registros passaram de 129 óbitos em 2021 para 63 em 2022, 51 em 2023, 54 em 2024 e 43 em 2025, o que corresponde a uma queda de aproximadamente 66,7% entre o primeiro e o último ano completo da série. Em Pernambuco, o comportamento foi semelhante, porém menos acentuado: de 93 óbitos em 2021 para 54 em 2022, 62 em 2023, 50 em 2024 e 46 em 2025, redução de cerca de 50,5%. Em ambos os estados, 2021 concentra a maior parcela da série, com 35% dos óbitos cearenses e 27,8% dos pernambucanos.

A trajetória, contudo, não é linear. Em 2023, Pernambuco registrou aumento de 54 para 62 óbitos e superou o Ceará (51), ao passo que o Ceará apresentou leve elevação em 2024 de 51 para 54. Em 2025, os valores voltam a se aproximar (43 e 46 óbitos), e o recorte parcial de janeiro a agosto de 2026, com 29 e 30 óbitos, indica um patamar próximo ao do ano anterior, ainda que, por abranger apenas oito meses, não seja diretamente comparável aos anos completos. Cabe ressaltar que a comparação em números absolutos deve ser feita com cautela, uma vez que os estados diferem quanto ao volume de nascimentos, o que justifica a análise da razão de mortalidade materna apresentada adiante.

Esse padrão reflete, em parte, o contexto pós-pandêmico: o pico observado em 2021 coincide com o período de isolamento social e de reorganização da oferta de serviços de saúde, seguido de um processo gradual de recuperação da disponibilidade desses serviços nos anos seguintes (LIMA et al., 2021). Por outro lado, a persistência de dezenas de óbitos anuais, mesmo

após a queda, indica que mortes por causas evitáveis continuam ocorrendo, o que é compatível com a compreensão da mortalidade materna evitável como expressão de injustiça social e de desigualdades no acesso ao pré-natal e à assistência obstétrica (FREITAS-JÚNIOR, 2020). Nessa mesma direção, a literatura aponta que as desigualdades sociais e territoriais do Nordeste mantêm esses indicadores mais expressivos (SOUZA et. al., 2019; ALBUQUERQUE et al., 2022), e a reestruturação da Rede Cegonha em Rede Alyne reforça a necessidade de políticas direcionadas à redução desses óbitos (BRASIL, 2024).

No que tange aos óbitos maternos, o Estado do Ceará apresentou uma média de 61,5 casos, com mediana de 52,5, desvio padrão de 31,95 e com ocorrência amodal. Já o Estado do Pernambuco, comportou-se com média de 55,83, mediana de 2, desvio padrão de 19,24 e sem presença de moda.

Quando se abordam os óbitos maternos de acordo com o estado civil da mãe, tem-se que, no Estado do Ceará: 217 solteiras, 93 casadas, 6 viúvas e 10 separadas; representando respectivamente, 58,80%, 25,20%, 1,62% e 2,71. Por sua vez, no Estado do Pernambuco: 193 solteiras; 84 casadas, e; 11 separadas, o que implica respectivamente, em 57,61%, 25,07% e 3,28% do valor total (MS, 2026c; MS, 2026d).

No período de janeiro de 2021 a agosto de 2026, no Ceará e no Pernambuco, foram registrados respectivamente, 82 e 74 óbitos maternos durante a gravidez, parto e aborto, equivalendo respectivamente a 22,22% e 22,08% do número total e; 242 e 202 eventos de falecimento materno durante o puerpério até 42 dias, representando 65,58% e 60,29% do valor total (MS, 2026c; MS, 2026d).

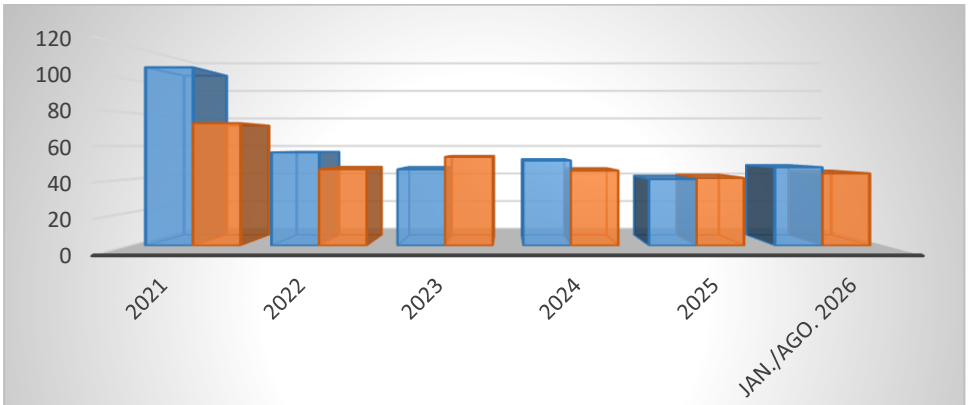
No que concerne ao nível de escolaridade, as vítimas cearenses possuíam em sua maioria de 4 a 7 anos ou de 8 a 11 anos de frequência ao ensino básico, consistindo em 96 e 162 pessoas, que se traduzem em 26,01% e 43,90% do valor total. Por sua vez, as pernambucanas refletem a mesma realidade cearense, no que concerne ao tempo de estudo, isto é, 94 e 141, o que representa 28,05% e 42,08% do montante (MS, 2026c; MS, 2026d).

Quando se refere a cor ou raça das vítimas, entre as cearenses predominam as pardas com 279, as brancas com 68 e as pretas com 17, o que representam respectivamente 75,60%, 18,42% e 4,60%. Por outro lado, as pernambucanas estão representadas por 225 pardas, 75 brancas e 31 pretas, em percentuais são respectivamente, 67,16%, 22,38% e 9,25% (MS, 2026c; MS, 2026d).

Entre as cearenses, prevaleceu as faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, com 136 e 160 casos, representando 36,85% e 43,36%. Ademais, quando analisadas as pernambucanas, há

prevalência entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, com 109 e 153 ocorrências, representando 32,53% e 45,67% (MS, 2026c; MS, 2026d).

Tabela 2 – Nascidos vivos nos Estados do Ceará e do Pernambuco



	2021	2022	2023	2024	2025	JAN./AGO. 2026
CEARÁ	107,26	56,09	45,9	51,2	40,04	47,19
PERNAMBUCO	73,68	45,98	53,36	45,11	40,73	43,47

Fonte: MS, 2026c; MS, 2026d.

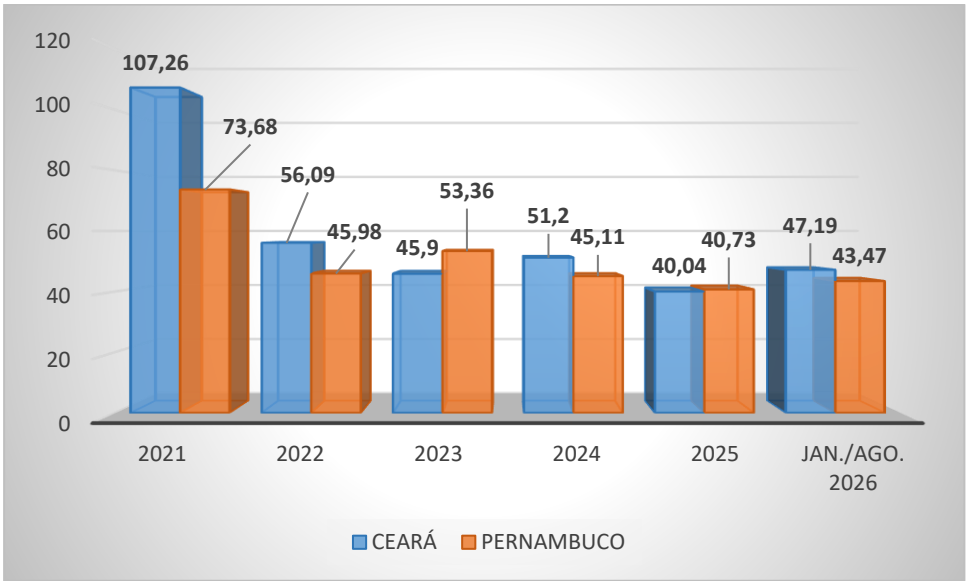
Os dados da tabela 2 extraídos do SINASC/DATASUS sobre a quantidade de nascidos vivos nos estados do Ceará e Pernambuco entre 2021 e 2026 constitui um marcador importante da Razão de Mortalidade Materna (RMM). O volume de nascimentos reflete a demanda sobre as redes de atenção obstétrica e o fluxo reprodutivo dessa população. A partir desses números é possível dimensionar a cobertura e efetividade dos serviços de atenção primária e calcular as taxas de letalidade e morbidade materna.

A relação entre os nascidos vivos e óbitos maternos revela que variações nos indicadores de saúde não são decorrentes somente da quantidade de partos, mas sim da qualidade do pré-natal e a capacidade de suporte das redes assistenciais. Reforçando esses achados com o pensamento de Freitas-júnior (2020) que caracteriza a mortalidade materna como um conjunto de manifestações diretas e indiretas de injustiça social, associado conjuntamente a falhas estruturais e de acesso desigual às abordagens de ações preventivas e acompanhamento de alto risco.

Além disso, Lima et al (2021) destacou o impacto do período de reorganização dos serviços de saúde pós-pandêmicos na regularização das ofertas dos cuidados essenciais na região Nordeste, colocando a gestante em maior risco. Somado a isso, Silva e Santos (2020)

ressaltaram as deficiências no saneamento, moradia e infraestrutura urbana nessas regiões, colocando a gestante em exposição a mais riscos previsíveis.

Tabela 3 – Razão de mortalidade materna nos Estados do Ceará e do Pernambuco



Fonte: MS, 2026c; MS, 2026d.

Por sua vez, a Razão de Mortalidade Materna (RMN) consiste em um indicador epidemiológico que mede o número de óbitos femininos advindos de complicações na gestação, parto ou puerpério para cada 100 mil nascidos vivos. Com efeito, esse índice reflete de maneira direta o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil. Além disso, configura-se como um dos principais indicadores do nível de desenvolvimento econômico e social de uma região, revelando, assim, desigualdades sociais existentes nessa.

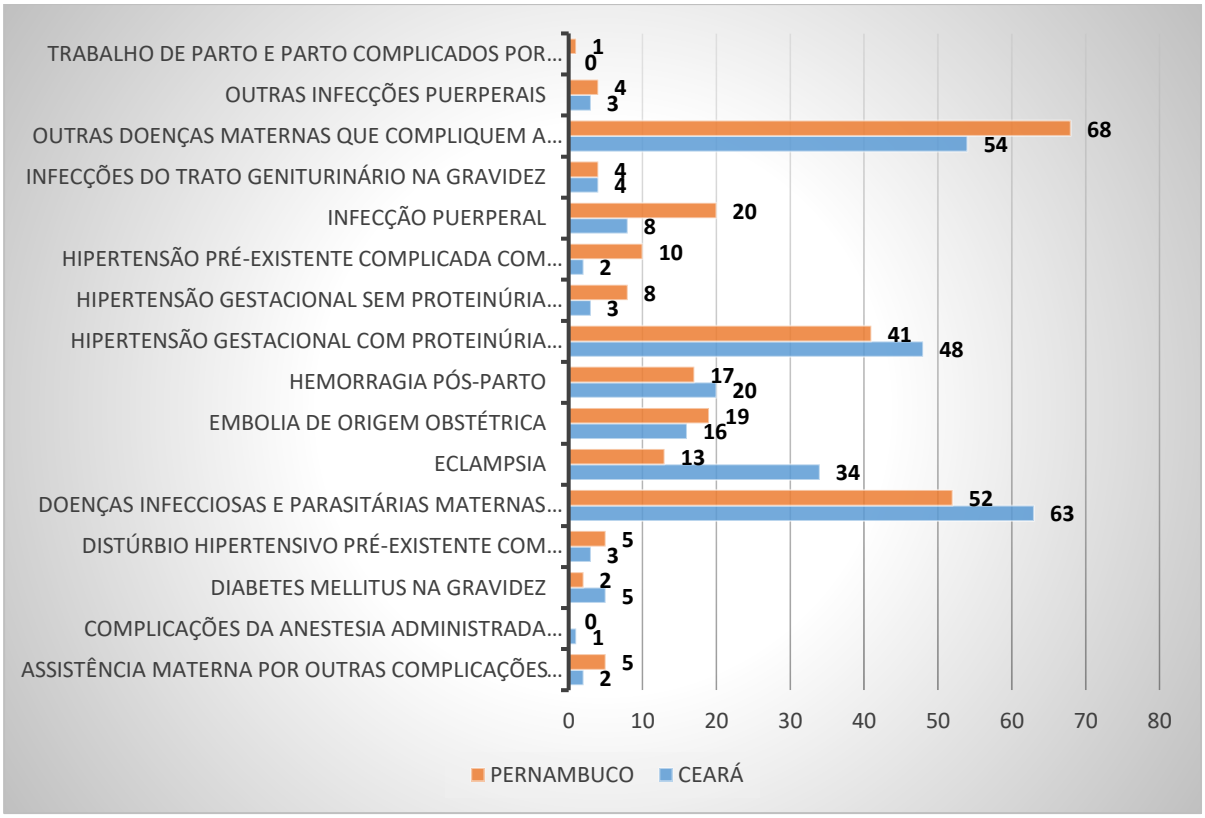
Avaliando o respectivo gráfico, verifica-se que os dados apontam que o pico foi alcançado em 2021. Assim, o Ceará registrou uma razão alarmante de 107,26 e em contrapartida o Pernambuco atingiu 73,68. A partir de 2022, os dois estados obtiveram uma forte queda, com as taxas flutuando entre 40 e 50. No ano de 2025, os estados praticamente se igualaram, Ceará com 40,04 e Pernambuco atingiu 40,73 (MS, 2026c: MS, 2026d).

Isso reflete o colapso sofrido pela assistência obstétrica em 2021, em virtude do agravamento da pandemia de COVID -19, resultando em um considerável aumento dos casos de óbitos maternos. A posterior redução reflete a retomada e reorganização dos serviços de saúde pós pandemia.

Maria do Carmo Leal (Leal et. al 2014) e Célia Landmann Szwarcwald (Szwarcwald et al, 2014), autoras e pesquisadoras, defendem que a mortalidade materna reverbera falhas

estruturais de longa data da assistência à saúde. Em consonância a isso, pesquisadores do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) como a epidemiologista Rossana Pulcineli Francisco (Francisco et al.,2021), afirmaram em documentário que o pico trágico de 2021 motivou se tanto pela gravidade da COVID-19 em gestantes como também pela falta de assistência nos serviços básicos de pré natal e terapia intensiva, corroborando o comportamento de recuperação demonstrado pelo gráfico nos seguintes anos.

Tabela 4 - Óbitos maternos por etiologia



Fonte: MS, 2026c; MS, 2026d.

Ao analisarmos os dados apresentados na Tabela 4, fica nítido que as causas mais frequentes de óbito materno no Ceará e em Pernambuco, no período de 2021 a agosto de 2026, concentram-se em condições essencialmente evitáveis. As doenças infecciosas e parasitárias que complicam a gestação, o parto e o puerpério assumem um papel de destaque, registrando 63 casos no Ceará e 52 em Pernambuco. Além disso, os quadros hipertensivos têm um peso expressivo nessa realidade: a hipertensão gestacional com proteinúria significativa foi responsável por 48 ocorrências no Ceará e 41 em Pernambuco, enquanto a eclâmpsia somou 34 e 13 casos, respectivamente. Vale ressaltar também o impacto de outras doenças maternas pré-

existentes que acabaram se agravando ao longo da gestação ou do puerpério, somando 54 registros entre as cearenses e 68 entre as pernambucanas.

Esses números traduzem o quanto as fragilidades da rede pública de saúde ainda cobram um preço alto, refletindo gargalos que vão desde a captação precoce no pré-natal até a rapidez no atendimento de urgência. Na visão de autores como Freitas-Júnior (2020), Albuquerque et al. (2022) e Lima et al. (2021), a manutenção desses índices de mortes previsíveis está intimamente ligada às desigualdades sociais e regionais do Nordeste. Fatores como renda baixa, menor grau de escolaridade e o próprio racismo institucional criam barreiras que dificultam o acesso a um acompanhamento contínuo e a uma assistência obstétrica de alto risco de qualidade.

Outro ponto determinante que os dados trazem à tona é a forte concentração dos serviços de maior complexidade nos grandes polos urbanos, como as regiões metropolitanas de Fortaleza e do Recife. Isso força muitas mulheres do interior a percorrerem longas distâncias em busca de socorro, gerando um atraso precioso entre os primeiros sintomas, o diagnóstico e o tratamento adequado. No fim das contas, a Tabela 4 reforça que, para mudar essa realidade, não basta apenas criar novos leitos; é fundamental descentralizar a atenção obstétrica e estruturar de fato a atenção primária para acolher e proteger essas gestantes a tempo.

Quando se refere à causa obstétrica, observa-se entre as cearenses um total de 242 casos de morte materna de causa obstétrica direta e 123 de causa indireta, o que representa 65,58% e 33,33%, respectivamente. No que concerne às pernambucanas, houve 195 de causa direta e 132 de causa indireta, representando respectivamente 58,20% e 39,40% (MS, 2026c; MS, 2026d).

A relação entre as condições socioeconômicas e o funcionamento da saúde pública no Ceará e em Pernambuco mostra como as marcas da desigualdade interferem no dia a dia da população. Em dois estados historicamente impactados por disparidades regionais, o desafio de garantir atendimento universal para todos esbarra em barreiras bem conhecidas: quando a renda é curta e o trabalho é informal, fica muito mais difícil priorizar a prevenção ou manter um tratamento contínuo (LIMA et al., 2021; ALBUQUERQUE et al., 2022).

No caso do Ceará, a distância entre a realidade da Grande Fortaleza e a do interior fica evidente na hora de conseguir um médico ou um exame. Embora lugares como Sobral sirvam de modelo no fortalecimento da atenção básica, os municípios menores do Sertão lidam com um orçamento curto que mal cobre o essencial. O resultado disso é a sobrecarga dos grandes centros urbanos e um desgaste enorme para as famílias da zona rural, que precisam se deslocar

longas distâncias em busca de assistência (ALBUQUERQUE et al., 2022; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2023).

Em Pernambuco, o cenário não é muito diferente, marcado por uma dependência crônica da estrutura concentrada no Recife e em alguns polos como Caruaru e Petrolina. Conforme os problemas de saúde avançam pelas cidades do interior, os vazios assistenciais da Zona da Mata e do Agreste vêm à tona. A falta de leitos especializados e de equipes médicas em quantidade suficiente acaba pesando ainda mais sobre os municípios que já sofrem com os piores índices de desenvolvimento (LIMA et al., 2021; SILVA; SANTOS, 2020).

Além do acesso aos hospitais e postos, a precariedade da moradia e do saneamento continua sendo um gargalo profundo. Nas periferias de Fortaleza, Olinda e Recife, a ausência de rede de esgoto e de água encanada mantém o ciclo sem fim das arboviroses e de outras infecções previsíveis. É uma conta alta para o SUS, que acaba gastando recursos valiosos tratando complicações de saúde que poderiam ter sido evitadas simplesmente com obras básicas de infraestrutura (SOUZA et al., 2019; SILVA; SANTOS, 2020).

Pensar em melhorias para a saúde nesses dois estados exige olhar além da simples abertura de novos leitos ou da compra de equipamentos. Para aliviar as filas e dar um atendimento digno às pessoas, é preciso enfrentar a raiz do problema: combater as desigualdades regionais, levar saneamento para quem não tem e investir forte na atenção primária como o caminho principal de cuidado (LIMA et al., 2021; ALBUQUERQUE et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados revelam que grande parte do problema está ligada a como funciona o sistema de organização da rede de atenção obstétrica. Os resultados deixam explícito que as medidas adotadas na rotina dos serviços ainda não estão sendo suficientes para extinguir mortes por causas plenamente previsíveis.

A centralização de atendimentos dos grandes centros urbanos como no caso da Região Metropolitana de Fortaleza e Polo de Recife é um fator penoso de deslocamento para as gestantes, gerando diagnósticos tardios e perda do tempo oportuno de tratamento. Deve-se priorizar a descentralização dos serviços de alta complexidade obstétrica e expansão de centros de parto normal e de leitos de suporte distribuídos regionalmente para evitar essas sobrecargas e garantir retaguarda.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. et al. Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para a Agenda 2030. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 115-129, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.551, de 8 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para reestruturar a Rede Cegonha, que passa a ser denominada Rede Alyne. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 69, p. 78, 10 abr. 2024. disponível em :<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html> Acesso em: 13 out. 2026

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Gastos com saúde nos municípios brasileiros: relatório de investimentos e financiamento do SUS**. Brasília: CFM, 2023.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio Oliveira de. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 20, n. 2, p. 615-622, abr./jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/>. Acesso em: 9 set. 2026.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Panorama Ceará. Rio de Janeiro - RJ: IBGE, 2026a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 30 set. 2026.

_____. Panorama Pernambuco. Rio de Janeiro - RJ: IBGE, 2026b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em: 30 set. 2026.

LIMA, R. C. et al. Aspectos espacial e temporal e fatores associados à interiorização da Covid-19 em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1011-1022, 2021.

_____. **Estabelecimento por tipo – Ceará.** Brasília – DF: MS, 2026e. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabce.def>. Acesso em: 30 set. 2026.

_____. **Estabelecimento por tipo – Pernambuco.** Brasília – DF: MS, 2026f. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabpe.def>. Acesso em: 30 set. 2026.

_____. **Nascidos vivos - Ceará.** Brasília – DF: MS, 2026a. Disponível em:< https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvce.def >. Acesso em: 30 set. 2026.

_____. **Nascidos vivos - Pernambuco.** Brasília – DF: MS, 2026b. Disponível em:< http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpe.def >. Acesso em: 30 set. 2026.

_____. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Ceará.** Brasília – DF: MS, 2026c. Disponível em:<https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10ce.def>. Acesso em: 30 set. 2026.

_____. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Pernambuco.** Brasília – DF: MS, 2026d. Disponível em:< https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10pe.def>. Acesso em: 30 set. 2026.

SILVA, A. M.; SANTOS, C. R. Determinantes socioambientais e a incidência de arboviroses na Região Metropolitana do Recife. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00124519, 2020.

SOUZA, J. F. et al. Desigualdades sociais e a distribuição espacial de agravos à saúde em Fortaleza, Ceará. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, e2018221, 2019.