

# MORTES MATERNAS

PORTUGAL

---

2017-2018

# Mortes Maternas em Portugal

2017-2018

## FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

### **Mortes Maternas em Portugal, 2017-2018.**

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, editado em agosto de 2022

#### EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

#### AUTORES

Teresa Ventura

Diogo Cruz

Manuel Carmo Gomes

Ana Paula Soares

#### GRUPO NOMEADO PARA ANÁLISE DE MM EM 2017-18

Diogo Ayres de Campos

Fátima Serrano

Joana Saldanha

João Bernardes

Paula Pinheiro

# Índice

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
2.1. Definições.....	9
2.2. Dados .....	9
<b>3. RESULTADOS DA SÉRIE TEMPORAL LONGA (2001-2018).....</b>	<b>11</b>
3.1. Evolução temporal do número de mortes maternas em Portugal .....	11
3.2. Mortes maternas por idade .....	12
<b>4. RESULTADOS DO BIÉNIO 2017-2018.....</b>	<b>17</b>
4.1. Análise por região de saúde, local e nacionalidade .....	17
4.2. Semanas de gravidez e vigilância das mulheres.....	19
4.3. Tipo de parto .....	20
4.4. Idade das mulheres .....	20
4.5. Causas de morte.....	21
<b>5. CONCLUSÕES e RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>23</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>

## Índice Tabelas

Gráfico 1. Evolução do número de MM e do RMM, em Portugal, entre 1980 e 2018. ....	12
Gráfico 2. Percentagem de mortes maternas com idades $\geq 35$ anos, entre 2001 e 2018. ....	13
Gráfico 3. Percentagem de mortes maternas com idades $< 35$ e $\geq 35$ anos, em três períodos. ....	13
Gráfico 4. Idade média das MM e das mães de nados-vivos (NV), entre 2001 e 2018. ....	14
Gráfico 5. Risco de mortes maternas por idade. ....	14
Gráfico 6. Risco de mortes maternas, avaliado rácio de mortalidade materna por grupo etário, em três períodos consecutivos de seis anos. ....	15
Gráfico 7. Distribuição mensal das 26 MM ocorridas em 2017 e 2018. ....	17
Gráfico 8. Distribuição das mortes maternas de 2017-18 por região de saúde, em número absoluto de óbitos (esquerda) e em mortes maternas por 100 000 nados-vivos (direita). ....	18
Gráfico 9. Distribuição das MM de 2017-18 por nacionalidade. ....	18
Gráfico 10. Distribuição das mortes maternas por semanas completas de gestação (esquerda) e número de dias decorridos pós-parto (em 11 puérperas conhecidas) aquando do óbito (direita). ....	19
Gráfico 11. Locais de vigilância da gravidez das 26 mortes maternas de 2017-18. ....	19
Gráfico 12. Tipos de partos ocorridos entre as 26 mortes maternas de 2017-18. ....	20
Gráfico 13. Distribuição das idades das mortes maternas em 2017-18. ....	20
Gráfico 14. Distribuição por idade das MM às quais foi atribuída causa direta (esquerda) e indireta (direita). ....	21
Gráfico 15. Frequência de mulheres com patologia nos dois grupos etários ( $< 35$ e $\geq 35$ anos). ....	22

## Índice Tabelas

Tabela 1. Número anual de mortes maternas, nados vivos e do rácio de mortalidade materna, em Portugal. ....	11
Tabela 2. Mortes maternas por grupo etário, entre 2001 e 2018 (dados 2014-15 provisórios)...12	12
Tabela 3. Local de ocorrência da MM nos 26 casos de 2017 e 2018. ....	18
Tabela 4. Causas de morte materna atribuídas em 2017-2018. ....	21
Tabela 5. Patologias identificadas nas 26 mulheres que faleceram em 2017-2018 e a sua frequência em dois grupos de idade (< 35 e ≥ 35 anos).....	22

## Siglas e Acrónimos

DGS - Direção Geral da Saúde

CNSMCA - Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

DSSRIJ - Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil

MM - Mortes maternas

NV – Nados vivos

RMM – Rácio de mortalidade materna (MM por 100.000 nados vivos)

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneo

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID-9 e CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SICO – Sistema de Informação de Certificados de Óbito

CO – Certificado de Óbito

# 1. INTRODUÇÃO

Em 2009, foi publicado um relatório sobre a evolução temporal das mortes maternas em Portugal desde 1975 (DGS 2009). Este relatório focou-se no estudo epidemiológico do período 2001-2007, nomeadamente no que respeita às causas de mortalidade, tendo sido marcado pela dificuldade em estimar com precisão este importante indicador da qualidade do acesso da mulher aos cuidados de saúde.

Em todo o mundo existem dificuldades para obter dados com fiabilidade sobre mortes maternas, bem como para aplicar metodologias válidas para ultrapassar a sua habitual subestimação. É conhecida a subnotificação das mortes maternas nas estatísticas oficiais de todos os países, incluindo os europeus, apesar da melhoria dos sistemas de recolha de informação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com o Europeristat, os números muito baixos são tendencialmente menos fiáveis e poderão estar associados a maiores taxas de subnotificação.

Em Portugal foi, também por isso, melhorado o sistema de recolha deste indicador através do Sistema de Informação de Certificados de Óbito (SICO), dando assim cumprimento às recomendações da OMS e do Europeristat no sentido melhorar os sistemas de recolha de informação sobre a mortalidade.

O SICO, forma universal e eletrónica de certificados de óbito em Portugal desde 2014, foi aperfeiçoado em 2016 e em 2019 no sentido de melhorar a recolha de dados, nomeadamente para não permitir a inclusão errada de categorias etárias ou de género. Foi também analisada a fonte de dados de registos hospitalares.

O presente relatório coloca especial ênfase nos últimos dois anos para os quais existe informação consolidada com dados dos inquéritos epidemiológicos, ou seja, para os anos de 2017 e 2018. Para recolha desta informação foram efetuadas visitas de campo a hospitais onde ocorreram mortes maternas nos dois anos assinalados e foram aplicados os formulários dos inquéritos epidemiológicos elaborados pela Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (DSSRIJ) da Direção-Geral da Saúde (DGS). Estas visitas decorreram entre agosto e dezembro de 2019 e foram asseguradas por uma equipa composta por obstetra, internista e neonatologista, profissionais da DGS e da Comissão Nacional da Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente (CNSMCA).

A fim de contextualizar os resultados de 2017 e 2018, o presente relatório cobre, para além deste biénio, também o período 2001-2018 (período com dados disponíveis).

A apresentação de séries temporais longas (>10 anos) recorre habitualmente a fontes de informação que evoluem ao longo dos anos e a validade científica da comparação num mesmo gráfico de dados oriundos de fontes diferentes deve ter estas mudanças em consideração. Neste relatório, há gráficos de séries temporais longas em que os dados dos anos mais recentes foram obtidos pelo SICO e os mais antigos por outras fontes, descritas seguidamente na metodologia. Os dados de mortes maternas de 2016 para diante resultam da metodologia SICO já desenvolvida em 2019. Para os anos 2014 e 2015 ainda não houve revisão dos números de mortes maternas com a nova metodologia desenvolvida no SICO, pelo que estes são provisórios.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. Definições

Foram adotadas as seguintes definições relativas a mortes maternas e à sua quantificação, a partir da OMS:

**Morte materna (MM)** – Morte de uma mulher enquanto grávida ou até 42 dias após o termo da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não devida a causas acidentais ou fortuitas.

As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos:

**Mortes obstétricas diretas** – Se resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devidas a uma cadeia de acontecimentos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

**Mortes obstétricas indiretas** – Se resultam de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

**Morte materna tardia** – Morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o fim da gravidez.

**Morte fortuita ou acidental** - Quando a morte de uma mulher enquanto grávida ou até 42 dias após o termo da gravidez, não é devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.

**Rácio de mortalidade materna (RMM)** – Número de mortes maternas durante um determinado período, dividido por 100.000 nados-vivos ocorridos no mesmo período.

**Taxa de mortalidade materna (TMM)** - Número de mortes maternas durante um determinado período, dividido por 100.000 mulheres em idade reprodutiva durante o mesmo período.

### 2.2. Dados

Entre 2001 e 2013, até à implementação do SICO (2014), o número anual de mortes maternas foi obtido a partir das seguintes fontes de informação:

1. **Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH)** – Registos de episódio de internamento nos hospitais públicos baseados na Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-9 até 2016; CID-10 desde 2017).
2. **Inquéritos Epidemiológicos** - Inquéritos preenchidos voluntariamente por profissionais de saúde no hospital onde a morte ocorreu. Os inquéritos foram enviados à DGS no seguimento de uma morte. Estas respostas não cobrem todos os episódios de morte materna ocorridos nestas Instituições.

3. Instituto Nacional de Estatística (INE) – A informação sobre óbitos por causas de morte, recolhida pelas Conservatórias e registada no Sistema Integrado do Registo e Identificação Civil (SIRIC). Este registo inclui óbitos fora das Instituições de Saúde.

O SICO entrou em vigor a partir de 1 de janeiro de 2014. O SICO oferece diversas vantagens, pois permite a articulação das entidades envolvidas no processo de certificação dos óbitos, nomeadamente Ministério Público, Autoridades Policiais, Instituto Nacional de Emergência Médica, IP e Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forense IP, de forma a assegurar a sua intervenção célere nas situações previstas na lei.

O SICO promove ainda a melhoria da qualidade e o rigor na informação, assim como o respeito pela privacidade e o acesso centralizado, seguro e atempado à informação. O sistema tem sede na DGS, onde também é feita a codificação da causa básica de morte segundo a CID-10. O INE recorre também ao SICO. O certificado de óbito eletrónico veio permitir, não só a adição de informação clínica complementar, como, ao envolver entidades diferentes incluindo o Instituto de Medicina Legal, veio permitir integrar resultados de exames forenses que aumentam a fiabilidade da informação da causa de morte, e reduzir a subestimação da taxa de mortalidade materna.

O número de mortes maternas entre 2014 e 2015, anos já cobertos pelo SICO, encontra-se presentemente sob revisão na DGS, pelo que os valores abaixo apresentados para estes dois anos são provisórios.

### 3. RESULTADOS DA SÉRIE TEMPORAL LONGA (2001-2018)

#### 3.1. Evolução temporal do número de mortes maternas em Portugal

A Tabela 1 apresenta a evolução do número de mortes maternas (MM) e do rácio de mortalidade materna (RMM = MM / 100 000 nados-vivos), em Portugal, entre 2001 e 2018. Os dois indicadores apresentam oscilações paralelas, variando entre 5 e 20 mortes maternas por ano. Desde 2014 apresentam uma tendência crescente, embora dentro da gama de valores observadas em anos anteriores. De notar que o número de mortes maternas entre 2014 e 2015 encontra-se presentemente sob revisão na DGS, pelo que os valores abaixo apresentados para estes dois anos são provisórios.

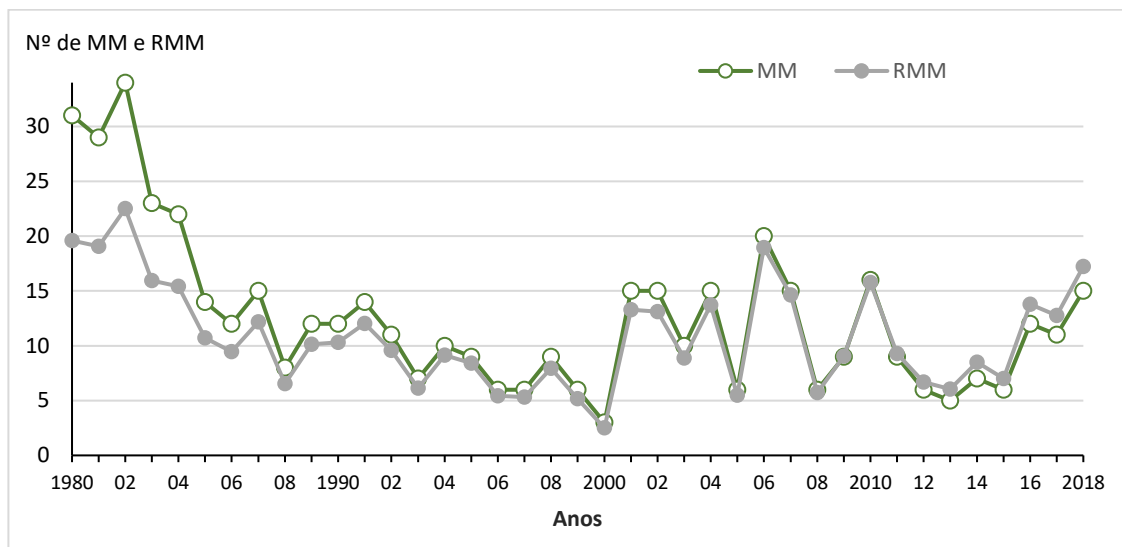
Tabela 1. Número anual de mortes maternas, nados vivos e do rácio de mortalidade materna, em Portugal.

ANO	MM	NVs	RMM
2001	15	112 774	13,3
2002	15	114 383	13,1
2003	10	112 515	8,9
2004	15	109 298	13,7
2005	6	109 399	5,5
2006	20	105 449	19,0
2007	15	102 492	14,6
2008	6	104 594	5,7
2009	9	99 491	9,0
2010	16	101 381	15,8
2011	9	96 856	9,3
2012	6	89 841	6,7
2013	5	82 787	6,0
2014	7	82 367	8,5
2015	6	85 500	7,0
2016	12	87 126	13,8
2017	11	86 154	12,8
2018	15	87 020	17,2

Nota: Os dados das mortes maternas e do rácio de mortes maternas são provisórios para os anos de 2014-16.

O Gráfico 1 apresenta a cronosérie de mortes maternas desde 1980, com os dados atualmente disponíveis.

Gráfico 1. *Evolução do número de MM e do RMM, em Portugal, entre 1980 e 2018.*



### 3.2. Mortes maternas por idade

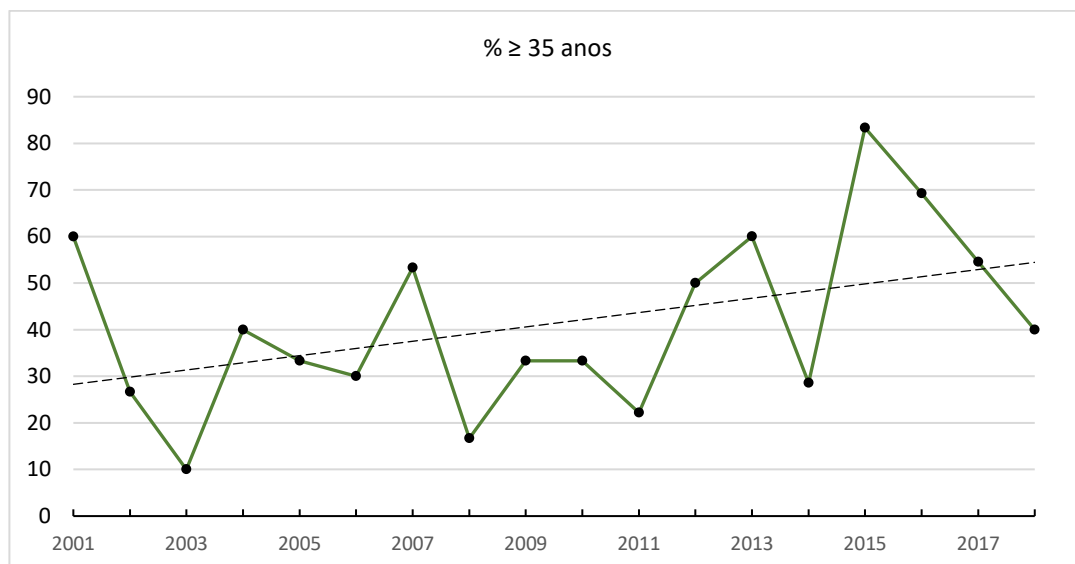
A Tabela 2 apresenta a distribuição das mortes maternas por grupo etário entre 2001 e 2018. Neste período registou-se um total de 198 mortes maternas com idade conhecida.

Tabela 2. *Mortes maternas por grupo etário, entre 2001 e 2018 (dados 2014-15 provisórios).*

<i>Idades</i>	<i>&lt;20</i>	<i>20-29</i>	<i>30-39</i>	<i>&gt;39</i>	<i>DESC</i>	<i>total</i>
2001		4	8	3		15
2002		5	9	1		15
2003		4	5	1		10
2004	1	4	7	3		15
2005	1		5			6
2006	1	4	14	1		20
2007	1	2	12			15
2008		2	4			6
2009	1	3	4	1		9
2010	2	5	8		1	16
2011		4	5			9
2012		1	4	1		6
2013		1	4			5
2014	2	2	3			7
2015		1	1	4		6
2016	1	1	10	1		13
2017		4	5	2		11
2018		5	8	2		15
	10	52	116	20	1	199

Ao longo do tempo, a percentagem de mortes maternas ocorridas em idades  $\geq 35$  anos tem aumentado. Quando observadas numa base anual, esta percentagem apresenta grande variabilidade, embora com tendência crescente. O valor mais elevado da série considerada foi alcançado em 2015 (83,3%) (Gráfico 2).

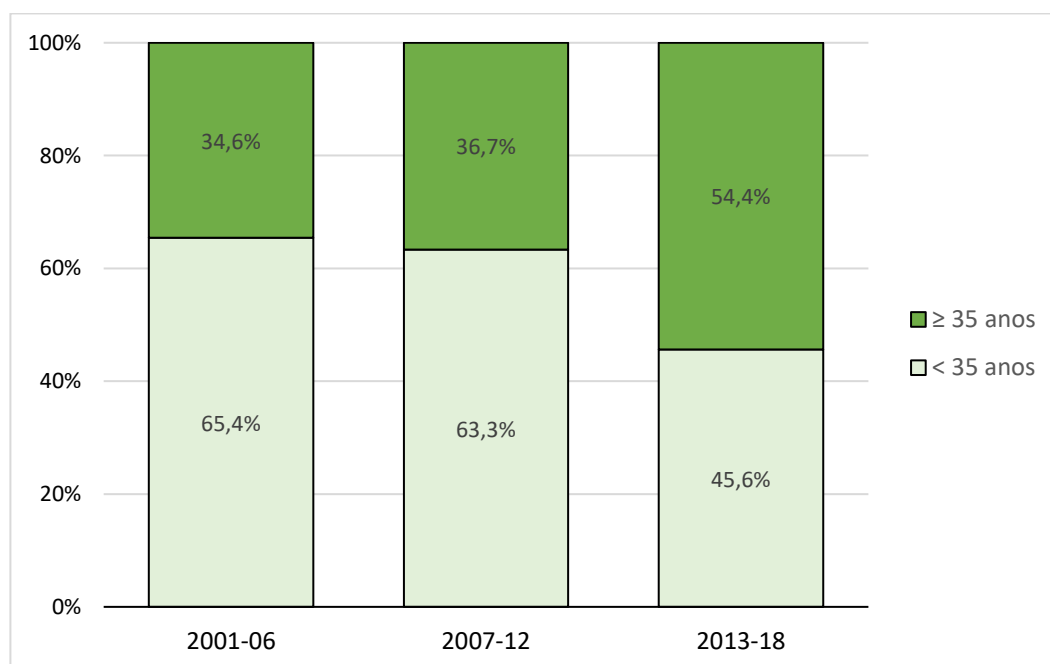
Gráfico 2. Percentagem de mortes maternas com idades  $\geq 35$  anos, entre 2001 e 2018.



Nota: A linha de regressão tracejada é meramente ilustrativa da tendência média desta percentagem.

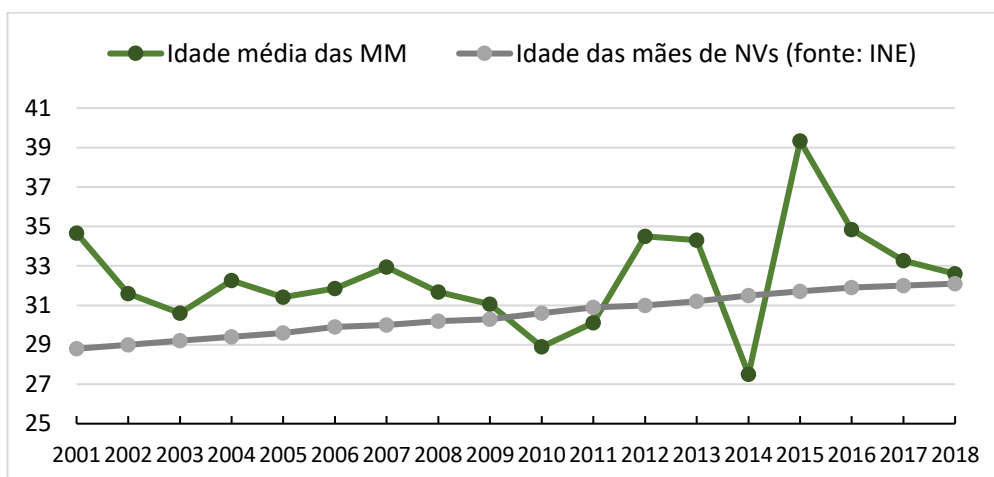
Para melhor ilustrar este aumento, o período 2001-2018 foi dividido em três segmentos de 6 anos cada (Gráfico 3), observando-se que se evoluiu de 34,6% de mortes maternas com  $\geq 35$  anos em 2001-2006 para 54,4% em 2013-2018.

Gráfico 3. Percentagem de mortes maternas com idades  $< 35$  e  $\geq 35$  anos, em três períodos.



Quando a idade média das mortes maternas é calculada numa base anual, observa-se grande variabilidade ao longo dos anos sem um padrão óbvio, comparando, por exemplo, com a tendência crescente da média das idades das mães de nados-vivos (Gráfico 4). Não obstante, observa-se que a média da idade das mortes maternas é em geral superior à média da idade das mães de nados-vivos nos anos correspondentes, com exceção dos anos de 2010, 2011 e 2014.

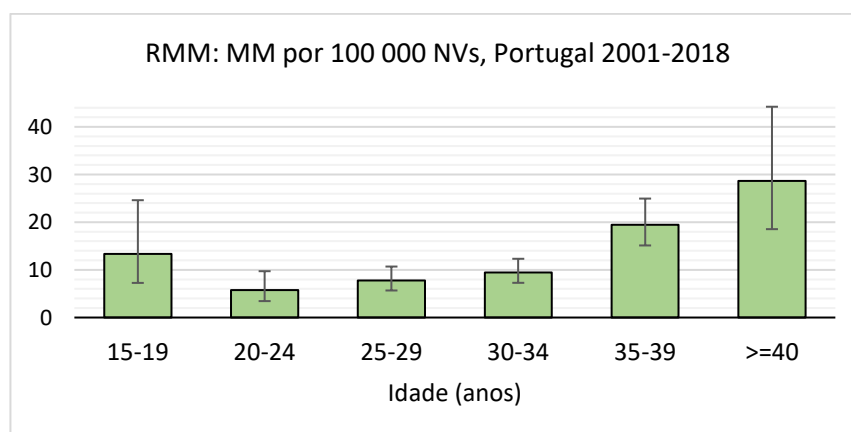
Gráfico 4. Idade média das MM e das mães de nados-vivos (NV), entre 2001 e 2018.



A probabilidade (ou risco) de uma gravidez ter como desfecho a morte da grávida ou puérpera, pode ser estimada aproximadamente, dividindo o número anual de mortes maternas pelo número de gravidezes ocorridas durante o mesmo ano. O número de gravidezes foi estimado de forma aproximada por um *proxy*, que é o número de nados vivos ocorridos durante o ano. O quociente entre mortes maternas e nados vivos é convencionalmente designado por rácio de mortes maternas (MM) e é frequentemente utilizado como *proxy* do risco de mortes maternas, sendo usado para comparação entre países, regiões e grupos etários.

O Gráfico 5 apresenta o risco global de morte materna por idade em Portugal, entre 2001 e 2018, com o resultado a assumir a configuração da “curva em J” descrita na literatura, especialmente acentuada na Europa, regiões do Pacífico Ocidental e do Mediterrâneo Oriental (Nove *et al*, *The Lancet* 2(3) PE155-E164, March 2014).

Gráfico 5. Risco de mortes maternas por idade.

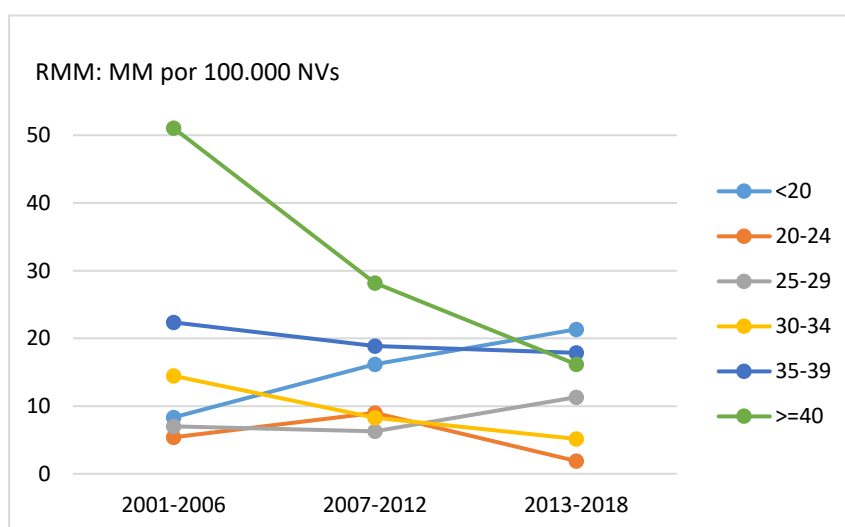


**Nota:** RMM avaliado com base nas 198 MM de 2001-2018. As linhas verticais delimitam IC 95% de Wilson score.

Tratando-se de séries anuais de pequenos números, foi necessário agrupar o período analisado em 3 grupos temporais de 6 anos cada. O risco de morte materna foi calculado por grupo etário, para os seguintes três períodos de seis anos: 2001-2006, 2007-2012 e 2013-2018 (Gráfico 6).

O risco de mortes maternas é mais baixo entre os 20 e os 29 anos do que nas adolescentes, começando a elevar-se significativamente depois dos 35 anos de idade (Gráfico 6). Andrea Nove *et al* (2014) estudaram a mortalidade materna em 95% da população mundial, entre 1985 e 2011, apresentando evidência de que o risco de mortes maternas em grávidas adolescentes é inferior ao que anteriormente se pensava. Em todos os países, o risco de mortes maternas em adolescentes é baixo comparativamente com o risco de mortes maternas em mulheres acima dos 35 anos, com um padrão semelhante ao do Gráfico 6.

Gráfico 6. Risco de mortes maternas, avaliado rácio de mortalidade materna por grupo etário, em três períodos consecutivos de seis anos.



Apesar de as mulheres que morrem terem tendência a ser cada vez mais velhas, entre 2001 e 2018, o risco de mortes maternas diminuiu na maioria dos grupos etários (Gráfico 6). O decréscimo foi especialmente acentuado nas mulheres mais velhas ( $\geq 40$  anos), tendo descido de 51 para 16 mortes maternas por 100.000 nados vivos entre, respetivamente, 2001-2006 e 2013-2018.

O risco de morrer é um quociente:  $\text{risco} = \frac{\text{n.º MM}}{\text{n.º mulheres grávidas}}$ . Quando calculamos este quociente só para idades  $> 40$  anos, constatamos que o denominador tem vindo a aumentar ao longo dos anos, mas o numerador embora também aumente, não tem tido um aumento tão grande como o denominador, pelo que o risco tem vindo a diminuir.

Apesar de as mulheres engravidarem cada vez mais tarde na vida, os serviços têm tido uma capacidade crescente de lhes salvar a vida. Este facto abona a favor dos nossos serviços de saúde, pois se não fosse a capacidade de “travar” o aumento do numerador, diminuindo o risco de morte nas grávidas mais velhas, a mortalidade materna em Portugal seria muito pior.

Ocorreu também decréscimo de risco de mortes maternas nas idades 30-34 e 35-39 anos, apesar de este grupo reunir o maior número absoluto de mortes maternas (Tabela 2), sendo, por isso, menos vulnerável a flutuações aleatórias.

No grupo etário das adolescentes (<20 anos) observou-se um aumento do risco de mortes maternas. Comparando os períodos 2001-06 e 2013-18, passou-se de 8 para 21 mortes maternas por 100 000 nados vivos.

Faz-se notar que estes dados não refletem um aumento do número absoluto de mortes maternas entre adolescentes. Em 2001-06, 2007-12 e 2013-18 ocorreram, respetivamente, 3, 4, e 3 mortes maternas (Tabela 2). O aparente aumento do risco deve-se à acentuada diminuição do número de nados vivos filhos de mães adolescentes (denominador do rácio de mortalidade materna), o qual passou de aproximadamente 36 mil nados vivos em 2001-06 (em 6 anos) para 24,7 mil em 2013-18 (em 6 anos). Entre 2011 e 2018 o número de nados vivos em adolescentes com menos de 20 anos reduziu 44%. Também a redução do rácio de mortalidade materna nas mulheres com 40 ou mais anos reflete o aumento de nados vivos neste grupo etário ao longo dos últimos anos.

No grupo de adolescentes, é ainda possível que outros motivos, como a legalização do aborto até às 10 semanas, possa ter contribuído para uma redução do número total de nados vivos. Neste grupo (<20 anos), desde 2011 verifica-se uma redução tanto do número de nados vivos (*proxy* do número de gravidezes neste grupo etário), como dos episódios de interrupção de gravidez (IG), apontando para um maior acesso a métodos contraceptivos e, eventualmente, maior informação sobre os métodos e sobre a forma de aceder aos serviços de planeamento familiar e programas para jovens. Em 2017 e 2018, por exemplo, a percentagem de IG em jovens de 15-19 anos foi estimada em cerca de 40% das gravidezes neste grupo etário (DGS – Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, 2017 e 2018).

## 4. RESULTADOS DO BIÉNIO 2017-2018

Foram efetuadas visitas de campo por uma equipa de profissionais (dois da DGS e, sempre que possível, um da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente) a qual visitou hospitais onde ocorreram mortes maternas nos dois anos assinalados. O objetivo destas visitas consistiu em identificar a eventual existência de padrões clínicos ou epidemiológicos associados às mortes maternas, bem como de outros dados passíveis de intervenção ou de recomendações, sempre visando a melhoria dos cuidados de saúde. Durante as visitas, procedeu-se a:

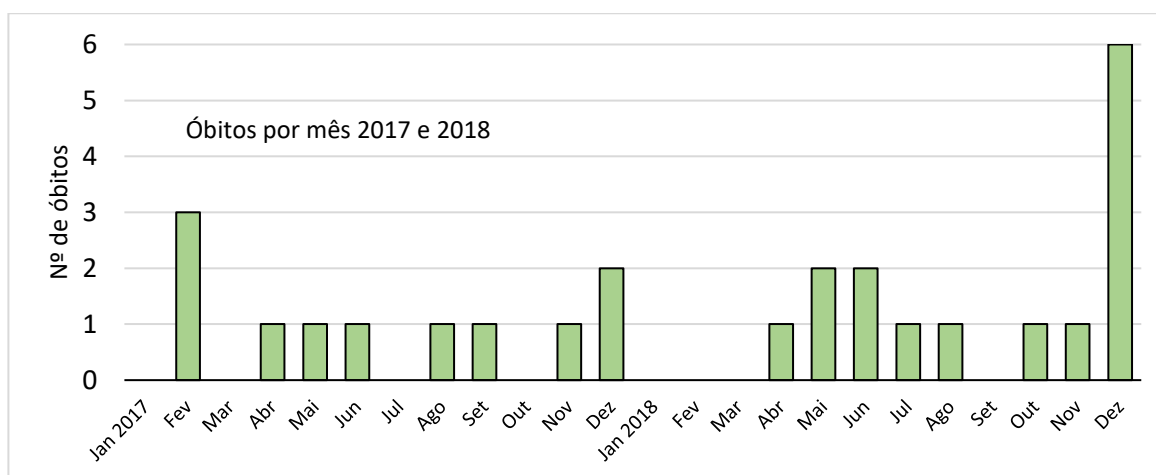
- (i) Consulta do processo clínico e dos exames complementares nos vários serviços.
- (ii) Preenchimento do inquérito epidemiológico das mortes maternas.

A compilação e tratamento da informação recolhida foi efetuada na sequência destas visitas.

### 4.1. Análise por região de saúde, local e nacionalidade

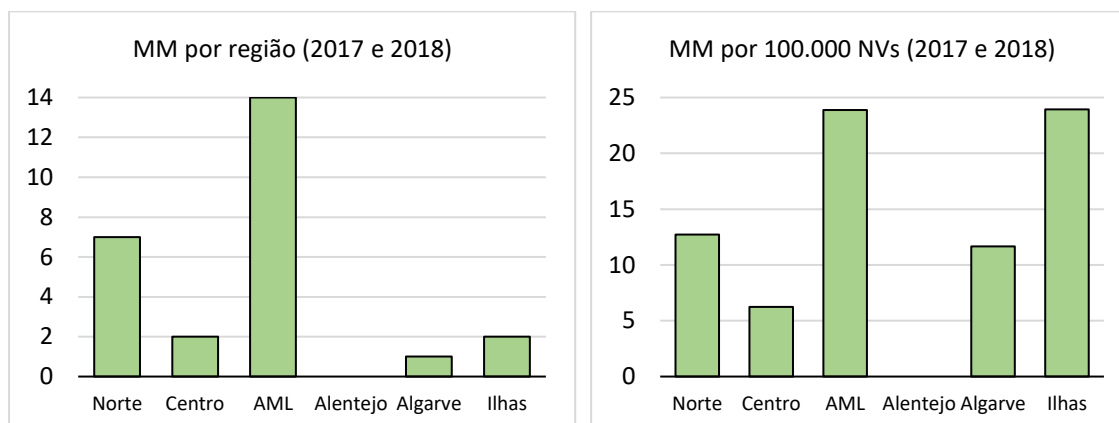
Em 2017 e 2018, os anos mais recentes para os quais a informação relativa às mortes maternas foi revista e em que foram preenchidos inquéritos epidemiológicos no decurso das visitas de campo, ocorreram 26 óbitos (11 em 2017 e 15 em 2018 - Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribuição mensal das 26 MM ocorridas em 2017 e 2018



A maior parte destes óbitos (14) teve lugar na área metropolitana de Lisboa, seguindo-se a região Norte com 7 óbitos (Gráfico 8, esquerda). A área metropolitana de Lisboa permanece a região com o maior número de mortes maternas, mesmo quando se tem em consideração o número de nascimentos por região (Gráfico 8, direita). A transferência dos casos mais complexos para os hospitais centrais de maior diferenciação, é uma explicação provável para esta distribuição.

Gráfico 8. Distribuição das mortes maternas de 2017-18 por região de saúde, em número absoluto de óbitos (esquerda) e em mortes maternas por 100 000 nados-vivos (direita).



A maioria das mortes maternas nestes dois anos em análise ocorreu em instituições do SNS (18 MM, 69%), que são também as instituições com maior volume de partos. Das restantes, 2 ocorreram na Região Autónoma da Madeira (RAM) e 5 fora do SNS (3 no domicílio, 2 na via pública, 1 em instituição privada), conforme discriminado na Tabela 3.

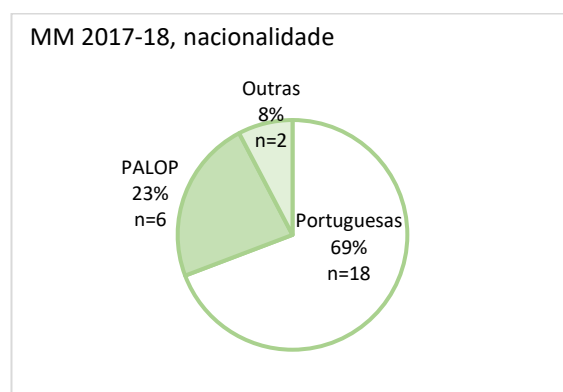
Tabela 3. Local de ocorrência da MM nos 26 casos de 2017 e 2018.

LOCAL do ÓBITO	2017	2018	Total
SNS	9	9	18
RAM	0	2	2
Fora do SNS	2	4	6
	11	15	26

Nota: O SNS inclui os hospitais PPP, onde ocorreram 3 MM em 2017 e 2 MM em 2018.

A maioria das mulheres eram de nacionalidade portuguesa, num total de 18 mortes maternas (69%). As restantes 6 mortes maternas (23%) eram mulheres de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), com um peso relativo superior ao número de nascimentos de mães de origem PALOP em Portugal. As outras 2 mortes maternas ocorreram em mulheres de outras nacionalidades (Gráfico 9). Em 2017 houve 9,9% de nascimentos de mães estrangeiras (inclui países de língua oficial portuguesa) e em 2018 este valor ascendeu a 11%.

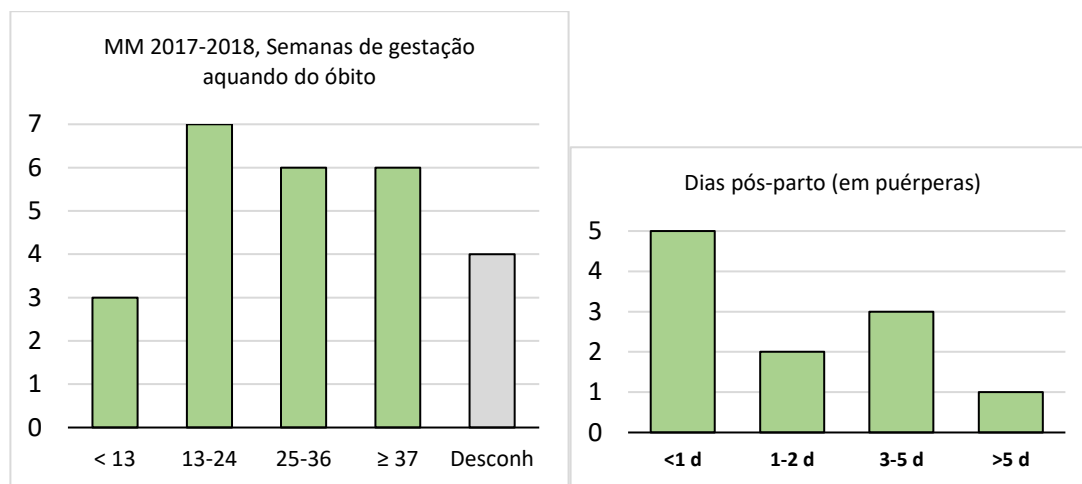
Gráfico 9. Distribuição das MM de 2017-18 por nacionalidade



## 4.2. Semanas de gravidez e vigilância das mulheres

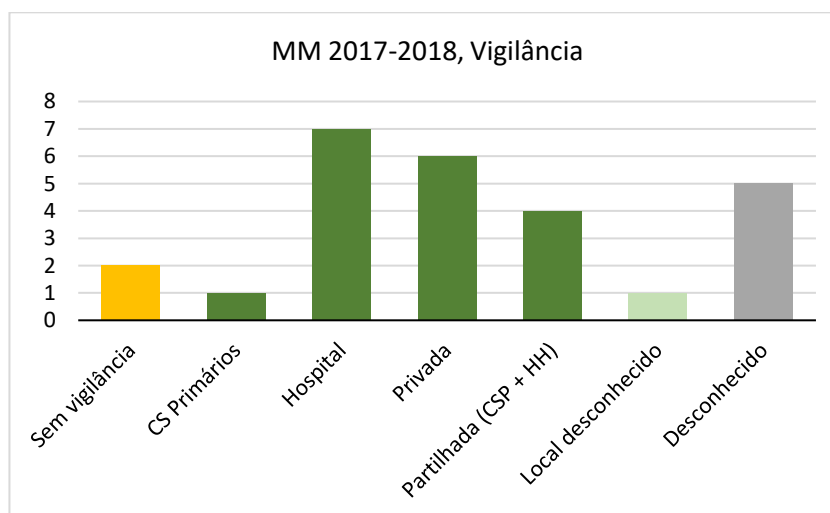
Entre as 26 mortes maternas ocorridas em 2017-18, foram 13 as que ocorreram durante a gravidez e 13 no puerpério. Nenhuma morte materna ocorreu durante o parto, embora alguns episódios que levaram posteriormente à morte se tenham iniciado durante o parto. O Gráfico 10 ilustra a distribuição do número de semanas de gestação aquando da ocorrência do óbito e, no caso das puérperas, o número de dias decorrido após o parto quando ocorreu o óbito.

Gráfico 10. Distribuição das mortes maternas por semanas completas de gestação (esquerda) e número de dias decorridos pós-parto (em 11 puérperas conhecidas) aquando do óbito (direita).



Foi possível apurar que 19 das mulheres que faleceram tiveram vigilância da gravidez. Em dois casos a gravidez só foi conhecida na altura do episódio que levou ao internamento. Em 5 mulheres não foi possível apurar se houve vigilância. Nas mulheres em que a vigilância da gravidez é conhecida, esta decorreu maioritariamente em hospital público (7) ou em serviços privados (6), como se ilustra no Gráfico 11.

Gráfico 11. Locais de vigilância da gravidez das 26 mortes maternas de 2017-18.

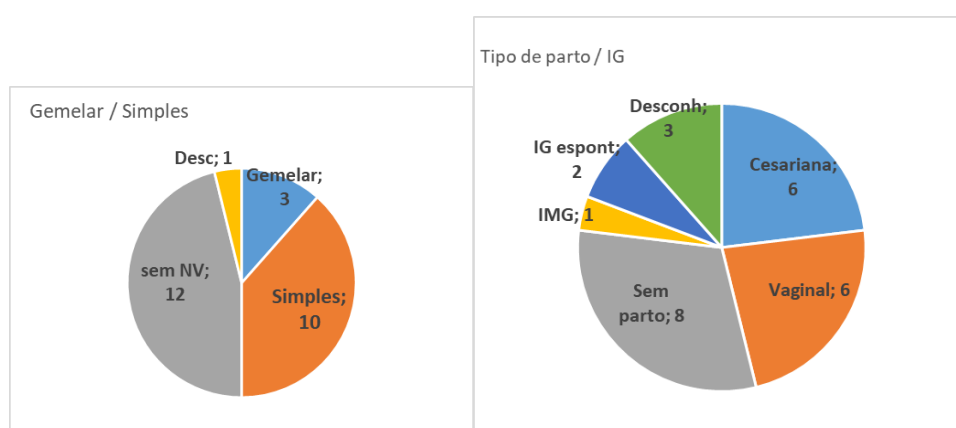


Nota: As grávidas vigiadas estão nas colunas verdes.

### 4.3. Tipo de parto

Em 13 das 26 mortes maternas ocorridas em 2017-18, foi possível apurar que houve partos com nados-vivos. Destes 13 partos, 3 foram gemelares e os 10 restantes simples. A percentagem de partos gemelares (23% = 3/13) nas mortes maternas em que foi possível apurar que houve partos com nados vivos, é muito superior à percentagem de partos gemelares na população, a qual igualou 1,7% e 1,6%, respetivamente, em 2017 e 2018. Em 12 das mortes maternas não houve lugar a nascimentos e num caso desconhece-se se houve nascimento. Dos 13 partos com nados-vivos supramencionados, 6 foram vaginais, 6 por cesariana e 1 desconhecido. O Gráfico 12 ilustra a distribuição dos tipos de partos.

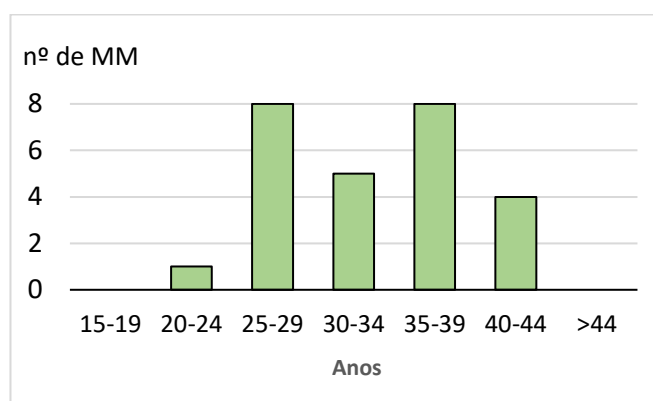
Gráfico 12. Tipos de partos ocorridos entre as 26 mortes maternas de 2017-18



### 4.4. Idade das mulheres

Nas mortes maternas ocorridas em 2017-18, a idade variou entre 22 e 44 anos (Gráfico 13), sendo a média de 32,9 anos e a mediana 33 anos. As idades nas mortes maternas foram em média superiores à média de idade das mães nos mesmos anos, em 2017 e 2018 (Gráfico 4). Registaram-se 46,2% (12 MM) de óbitos em mulheres com idades  $\geq 35$  anos, uma percentagem inferior aos 54,4% verificados no período 2013-18, mas superior aos 36,7% de 2007-12.

Gráfico 13. Distribuição das idades das mortes maternas em 2017-18.



Nota: A idade média foi de 32,9 anos, e 46,2% ocorreu em idades  $\geq 35$  anos

## 4.5. Causas de morte

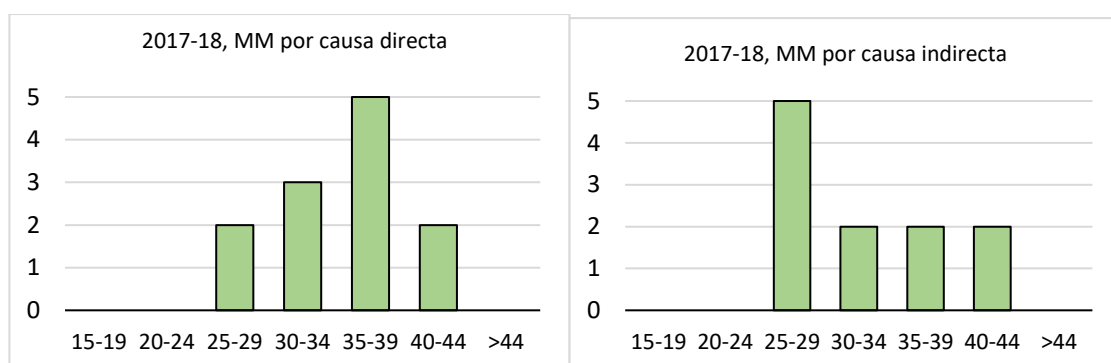
Em 2017-2018, ocorreram 12 mortes maternas às quais foi atribuída causa direta e 11 mortes maternas por causa indireta. Em 3 mortes maternas não foi possível atribuir causa de morte com base na informação disponível (Tabela 4). A maioria das causas de morte direta associaram-se a hemorragia/coagulopatia (5 mortes maternas) e a doença hipertensiva da gravidez (3 mortes maternas). As causas indiretas distribuíram-se mais uniformemente por tromboembolia, causas oncológicas, infeções e outras (Tabela 4).

Tabela 4. Causas de morte materna atribuídas em 2017-2018.

CAUSAS DE MORTE (2017 + 2018)	Idades						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
<b>Directa</b>							<b>12</b>
Hemorragia/coagulopatia			1	1	2	1	<b>5</b>
Doença hipertensiva da gravidez			1	1		1	<b>3</b>
Tromboembolia				1	1		<b>2</b>
Outras embolias					1		<b>1</b>
Outras causas					1		<b>1</b>
<b>Indirecta</b>							<b>11</b>
Infeção/Sépsis				1		1	<b>2</b>
Doença cardíaca			1				<b>1</b>
Oncológica			2				<b>2</b>
Hipertensão pulmonar			1				<b>1</b>
Tromboembolia				1	2		<b>3</b>
Outras			1			1	<b>2</b>
<b>Desconhecida</b>							<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	0	1	8	5	8	4	<b>26</b>

Cerca de 58% das mortes maternas por causa direta ocorreram em mulheres com idade  $\geq 35$  anos, enquanto entre os óbitos por causa indireta a moda (classe de maior frequência) situou-se no grupo etário 25-29 anos (Gráfico 14).

Gráfico 14. Distribuição por idade das MM às quais foi atribuída causa direta (esquerda) e indireta (direita).



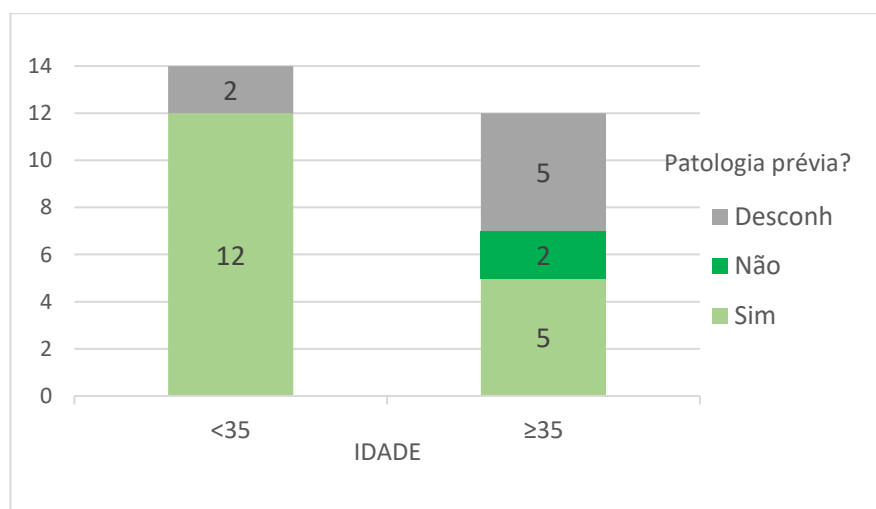
De um modo geral, observou-se grande carga de doença e diversidade de patologia nas mulheres falecidas (Tabela 5).

Tabela 5. Patologias identificadas nas 26 mulheres que faleceram em 2017-2018 e a sua frequência em dois grupos de idade (< 35 e ≥ 35 anos).

Doença	Idades (anos)	
	<35	≥35
Lupus	1	
Hipertensão pulmonar	3	
Oncologia	3	
Nefropatia	1	
Asma	2	
Depressão	1	
Síndrome Mauriac	1	
Doença hepática	2	1
Hipertensão Arterial	3	1
Diabetes	2	1
Obesidade	3	3
Doença cardíaca	2	2
Varizes MI		1
Epilepsia		1
Patologia Tiroide		2
Insuficiência venosa periférica		1

Nas 14 mulheres que faleceram com idade <35 anos, foi possível aceder a registos de patologia não relacionada com a gravidez em pelo 12 (Gráfico 15). Situações de grande comorbilidade foram também detetadas em pelo menos 7 mulheres. Em várias havia registo de terem engravidado contra parecer médico, numa foi proposta várias vezes Interrupção Médica de Gravidez (IMG) e noutras situações foi abordada esta possibilidade.

Gráfico 15. Frequência de mulheres com patologia nos dois grupos etários (< 35 e ≥ 35 anos).



## 5. CONCLUSÕES e RECOMENDAÇÕES

A mortalidade materna em Portugal teve um decréscimo consistente nas décadas de 80 e 90, resultado da grande alteração dos cuidados de saúde a nível nacional, com maior acesso e progressiva organização e diferenciação dos cuidados de saúde.

Nos últimos anos há um aparente aumento da mortalidade materna, inferência que deve ser cautelosa já que houve simultaneamente uma melhoria dos sistemas de recolha de informação, minimizando as situações de subnotificação de casos.

Também nos últimos anos a população de grávidas em Portugal tem alterado as suas características, destacando-se: (i) aumento progressivo da idade da mulher na gravidez e no parto; (ii) mais mulheres jovens com patologia congénita complexa a chegar à idade fértil; (iii) recurso cada vez maior a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

Para além disso, importa destacar que em 2008 e 2018, respetivamente, 1,4% e 1,6% dos partos foram gemelares. O número absoluto de partos gemelares em 2008 e 2018, foi respetivamente, 1 445 e 1 386. Importa referir que este número diminuiu e que a percentagem aumentou porque o total de partos passou de 102 209 para 85 635 nos anos assinalados.

A DGS está atenta a esta evolução e, considerando que as séries de pequenos números são melhor interpretadas quando se agrupam períodos de pelo menos 5 anos, serão elaborados relatórios quinquenais.

Em 2017-2018, e considerando os dados analisados, identificaram-se os seguintes padrões principais nas mortes maternas:

1. Cerca de 54% das mortes maternas ocorreram em mulheres com menos de 35 anos. A morte em mulheres mais jovens esteve predominantemente associada a elevada carga de doença/doenças graves e ocorreu, principalmente, durante a gravidez.
2. As mortes em mulheres com  $\geq 35$  anos ocorreram maioritariamente após o parto.
3. As gravidezes gemelares estiveram mais representadas do que a sua ocorrência no universo total de partos neste período (1,7% e 1,6%, em 2017 e 2018).
4. As mulheres oriundas de Países PALOP tiveram elevada representação (23%) nas mortes maternas ocorridas em Portugal.

Nos dois anos em análise, verificou-se ainda deficiência de literacia em assuntos obstétricos na população de grávidas. Aparentemente, a partilha de informação com as utentes pode ser insuficiente para que todas compreendam os riscos envolvidos numa gravidez, especialmente em casos clínicos de grande complexidade.

Os resultados aqui apresentados foram discutidos com o grupo de peritos nomeado para a análise destes dois anos, tendo-se chegado às **conclusões/recomendações** que se elencam em seguida:

1. Avaliar a mortalidade materna numa janela móvel que inclua pelo menos os 5 anos anteriores, devido ao pequeno número de casos de mortes maternas que ocorrem anualmente em Portugal.
2. Promover a prestação de cuidados pré-concepcionais, incluindo nos Cuidados de Saúde Primários, nos termos da Norma nº2/DSMIA de 16/01/2006, sendo a consulta mandatária se houver patologia prévia.
3. Atualizar a Norma sobre cuidados pré-concepcionais e desenvolver orientações técnicas sobre Profilaxia do Tromboembolismo Venoso na Gravidez e Puerpério.
4. Reforçar as intervenções relacionadas com o seguimento da gravidez, nomeadamente:
  - Mulher com patologia prévia que potencie o risco inerente a uma gravidez, deve ser referenciada para consulta hospitalar pré-concepcional;
  - Se não tiver comparecido em consulta pré-concepcional, em caso de doença complexa, a grávida deve ser referenciada precocemente para cuidados obstétricos hospitalares;
  - Na avaliação inicial, deve ser dada informação sobre os riscos e o prognóstico que a situação envolve relativamente à saúde da mãe e ao decurso da gravidez, bem como as opções possíveis, reforçando a literacia em saúde da mulher grávida;
  - Registrar obrigatoriamente no processo clínico que foram apresentados os riscos inerentes à situação clínica e a opção de Interrupção Médica da Gravidez (IMG), caso o risco materno seja elevado;
  - Garantir que a mensagem transmitida à utente é compreendida e assegurar, quando necessário, apoio da Psiquiatria, Psicologia ou de Assistente Social;
  - Assegurar acompanhamento multidisciplinar especializado com conhecimento em medicina obstétrica (a organização interna de cada serviço deve ser feita de acordo com os recursos disponíveis e a metodologia que o serviço entender ser a mais adequada ao seu perfil assistencial);
  - Garantir seguimento pós-parto destas puérperas, mantendo vigilância especializada multidisciplinar.
5. Rever indicadores de contratualização no âmbito dos cuidados de saúde primários.
6. Definir tempos de resposta para obstetrícia.
7. Assegurar que os inquéritos epidemiológicos passam a ser eletrónicos e de preenchimento obrigatório para cada morte materna, sem prejuízo do estudo complementar de cada caso concreto.

8. Equacionar o registo anual dos episódios de “morbilidade materna grave” nos serviços. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem procurado desenvolver um novo e melhor indicador da capacidade de resposta dos serviços, o qual incentive o registo dos episódios de “morbilidade materna grave” de acordo com critérios clínicos, laboratoriais e de intervenção terapêutica, devendo a DGS incentivar a aplicação destas metodologias.
9. Criar uma Comissão de Acompanhamento das Mortes Maternas e dos episódios de “morbilidade materna grave”, cuja missão será assegurar o acompanhamento e a análise das mortes maternas e episódios de morbilidade materna grave, bem como a edição anual de um relatório com análise dos 5 anos anteriores (janela móvel) e um relatório detalhado a cada 5 anos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O sistema de recolha de notificações dos episódios de mortalidade materna foi melhorado.
2. As tendências com variações de pequenos números só podem ser analisadas em séries temporais – deve ser elaborado um relatório com dados desde 2008.
3. Há necessidade de criar uma Comissão de Acompanhamento da Mortalidade Materna e implementar progressivamente a monitorização dos episódios de morbilidade materna grave.
4. Existe necessidade de reforçar a dotação de recursos humanos e de equipamentos nos serviços de obstetrícia, pois a maior carga de doença na população de grávidas exige mais consultas, mais exames, mais articulação interdisciplinar.
5. Foi detetada diversidade de sistemas informáticos em cada serviço / instituição, incompatíveis entre si, o que dificulta a comunicação e o acesso a dados entre serviços ou departamentos da mesma instituição e mais ainda a partilha de dados entre diferentes instituições. Será necessário desenvolver uma metodologia de interligação dos sistemas de informação para que seja assegurado o acesso a toda a informação disponível.
6. Existe ainda necessidade de trabalhar proactivamente, com todos os parceiros, no sentido de potenciar a literacia da população.

## Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)